



**MRC DE  
CHARLEVOIX-EST**

**MÉMOIRE SUR UNE PERSPECTIVE  
TERRITORIALE ET POPULATIONNELLE  
DE LA SANTÉ**

Déposé par la MRC de Charlevoix-Est  
au ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette

Janvier 2015

Le 20 janvier 2015

## Table des matières

Préambule _____	3
Introduction _____	4
Contexte _____	6
Le projet de redéploiement _____	7
Le territoire et la population de Charlevoix _____	8
Le découpage territorial et l'accès aux soins _____	9
Le pôle de Baie-Saint-Paul _____	10
Le pôle de La Malbaie _____	11
Les pratiques réelles : les flux de patients _____	12
Constat _____	14
Bilan de santé _____	15
Défavorisation matérielle _____	16
Concilier accessibilité et qualité _____	17
Références bibliographiques _____	19

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Données populationnelle et territoriale de Charlevoix, 2014 .....	8
Tableau 2 : Découpage territorial.....	9
Tableau 3 : Découpage territorial du pôle de Baie-Saint-Paul .....	10
Tableau 4 : Découpage territorial du pôle de La Malbaie .....	11
Tableau 5 : La rétention de l'Hôpital de La Malbaie 61 % .....	12
Tableau 6 : La rétention de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul 55 % .....	12
Tableau 7 : Défavorisation matérielle des municipalités de la MRC de Charlevoix-Est.....	16

## Préambule

Les questions d'organisation des services de santé sont aujourd'hui confrontées aux problématiques de l'aménagement du territoire et de bassin de population : tout simplement parce que les infrastructures médicales structurent depuis longue date l'espace géographique et parce que les flux qu'engendrent les déplacements des patients vers les soignants polarisent le quartier, la ville, la région tout entière en fonction de leur plus ou moins grande rareté. Les villes sont depuis longtemps, mais la révolution industrielle l'avait fait négliger, d'abord et avant tout le siège des hôpitaux. Aussi, parce que l'état de santé des groupes humains qui compose une population est varié, largement déterminé par « l'environnement » et qu'il commande des réponses qui doivent être adaptées, « ciblées », localement.

Aussi, parce qu'à l'opposé des visions locales, la centralisation rend impossible, voire sans objet, toute prise en compte des territoires locaux au bénéfice d'une vision lisse et sans inégalités du territoire par une sorte de glissement facile, mais dangereux des services à la population. Enfin, et ne soyons pas naïfs, parce que l'hôpital, avec la fin de la société industrielle, est devenu, en cette fin de siècle, non seulement le premier employeur, ce qu'il était déjà souvent, mais aussi souvent le dernier gros employeur de la plupart des villes.

Cette situation concerne toutes les villes, petites bien sûr où la fermeture projetée de tel ou tel hôpital résonne comme le glas d'une ville, d'un « territoire » tout entier, mais aussi des plus grandes, car que se passerait-il en termes économiques et sociaux si l'on fermait les établissements des plus grandes villes? Non seulement pour les villes concernées, mais aussi pour leur région : c'est un hôpital qui arrive en tête des plus grands établissements de la région.

Engagés dans la régionalisation, mettant en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire pour les agences régionales, les planificateurs ont pour mission fondamentale d'assurer une réponse optimale de l'offre aux besoins en termes d'accessibilité d'une part, de sécurité et de qualité des soins d'autre part. Dans cette tâche, ils se heurtent à de nombreux acteurs qui privilégient pour les uns l'accessibilité, pour les autres la sécurité. Soyons francs : sous peine d'une diminution de la qualité et de la sécurité des soins « tout n'est pas possible partout », mais pour autant « tout n'est pas impossible partout ».

À l'égard de cette contradiction dont la résolution n'est au fond rien d'autre que la recherche de l'équité, il n'est pas dit, en effet, que la question du redéploiement ait été posée avec toute la rigueur nécessaire ni qu'elle n'ait pas été posée à l'envers en partant de l'offre au lieu de la population. La solution est à rechercher dans le pragmatisme et la conciliation : pour les acteurs de la santé, elle doit consister à prendre en compte les questions d'aménagement du territoire, c'est-à-dire à intégrer l'aspect économique, social, culturel et politique de la santé à sa dimension purement médicale. Pour les acteurs de l'aménagement (fonctionnaires, élus), elle doit accepter de considérer les objectifs médicaux de sécurité et de qualité des soins, c'est-à-dire, de ne pas sacrifier des vies sur l'autel de l'emploi.

## Introduction

Au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, la durée moyenne de vie était de 25 ans. Elle est aujourd'hui estimée à un peu plus de 76 ans. Deux siècles et demi auront donc suffi pour multiplier la durée de la vie par trois. Dans le même temps, la mortalité infantile a été réduite de 30 ou 40 fois, fait sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Toutefois, ces progrès spectaculaires de la santé, liés à de fascinants progrès techniques, ont aussi leur rançon : ils ont relégué au second plan des perceptions collectives la question de l'accès aux soins, source d'inégalités persistantes entre les hommes, entre les catégories sociales, mais aussi entre les zones géographiques.

L'ignorance ou même le désintérêt pour ces différentes inégalités et la prédominance d'une logique managériale de l'offre dans la planification des soins de santé ont également d'autres causes : sources d'informations déficientes, difficultés d'analyse, croyance au caractère généralisé du progrès, et particulièrement du progrès des techniques médicales.

**L'actuel exercice de redéploiement des services de santé sur le territoire de Charlevoix devrait marquer l'abandon d'une approche fortement influencée par l'offre (les structures) au profit d'une approche centrée sur la population, sa consommation et ses besoins de services de santé.**

Cette logique de population doit être considérée comme le résultat de l'enracinement de l'idée de santé publique et des efforts de nombreux acteurs. Cependant, au-delà des circonstances dues au redéploiement, on peut y voir le mouvement d'une balance entre deux pôles : accessibilité d'une part et sécurité-qualité d'autre part. La première pousse à la diffusion des services, la seconde à la concentration. Tantôt la balance penche d'un côté tantôt elle penche de l'autre...

**La logique de population conduit à se soucier davantage du dénominateur : la population concernée, que du numérateur : tel ou tel élément de l'offre.** En effet, l'un des problèmes essentiels de l'organisation territoriale des soins provient de la difficulté qu'il y a de circonscrire géographiquement les populations et de pouvoir par là même assurer qu'elles consommeront ici les soins offerts ici. Ce problème a souvent été contourné par l'acceptation de limites administratives, sans aucune raison objective. **C'est à la résolution de ce problème, source de gaspillages et d'inefficacité potentielle que s'attache la notion de population qui vise à la fois à une meilleure accessibilité des personnes au système de santé et à une meilleure adéquation entre l'offre et la demande.**

## Présentation du mémoire

Ce mémoire est présenté par le conseil des maires de la MRC de Charlevoix-Est. Charlevoix-Est est une MRC rurale où la diversité est présente par rapport à la région de la Capitale-Nationale. Le conseil des maires de Charlevoix-Est considère que les réalités populationnelles doivent se refléter dans l'établissement de l'offre de services de santé sur le vaste territoire de Charlevoix.

Le mémoire aborde plus spécifiquement la construction d'un hôpital neuf et l'offre de services de santé dans Charlevoix-Est dans un contexte de redéploiement des services sur l'ensemble de la région de Charlevoix. Il se base sur une connaissance de la population du territoire (fortement marquée par la défavorisation matérielle et l'éloignement géographique) et des données découlant du plan clinique du CSSS de Charlevoix.

**Le mémoire offre un point de vue sur une approche territoriale et populationnelle de la santé (approche voulant rapprocher l'offre de services de santé de la réalité d'un territoire et des particularités de personnes qui y vivent). Il ne traite pas, dans ce contexte, des aspects cliniques qui relèvent des professionnels de la santé, mais plutôt de l'organisation des soins de santé et de la répartition sur le territoire de Charlevoix.**

Le mémoire tente essentiellement d'apporter une réflexion en regard du redéploiement proposé dans le plan clinique, soit de clarifier la situation présente, de fournir un cadre de référence et de formuler des recommandations quant à l'avenir des services et soins de santé sur le territoire de Charlevoix.

## Contexte

À la suite d'un rehaussement des normes parasismiques, le 17 janvier 2011, le ministre de la Santé annonce la construction de deux hôpitaux sur le territoire de Charlevoix. Le 23 février 2011, il demande qu'on lui dépose dans les meilleurs délais un plan clinique. Ce plan doit présenter l'offre détaillée de service que le CSSS de Charlevoix compte dispenser sur le territoire lorsque le projet de redéploiement sera complété, en ayant comme assises les orientations suivantes :

- Deux hôpitaux (un pour le pôle Est et un pour le pôle Ouest) disposant chacun d'un bloc opératoire à deux salles, d'une urgence ouverte 24 heures, 7 jours sur 7, et des lits d'hospitalisation en soins de courte durée.
- Le plan devra faire preuve d'éléments de complémentarité accrue dans l'organisation des soins et services sociaux entre les deux hôpitaux du territoire charlevoisien.
- Le plan clinique devra également tenir compte des orientations ministérielles énoncées dans les divers programmes de services émis par la Direction des services sociaux et communautaires ainsi que par la direction des services de santé et médecine universitaire du ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Le plan clinique devra s'inscrire dans les orientations des planifications stratégiques nationale et régionale et respecter la hiérarchisation établie des services au sein de la région de la Capitale-Nationale.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Plan clinique CSSS de Charlevoix.

## Le projet de redéploiement

L'objectif poursuivi par le plan clinique est de présenter la vision future du CSSS de Charlevoix quant à l'organisation et la dispensation des services qui seront offerts à la population de Charlevoix, une fois que le projet de redéploiement sera complété. Le plan clinique servira d'assises à la conception des programmes fonctionnels et techniques (PFT) des deux hôpitaux de Charlevoix.

La conception du plan clinique a été basée sur deux éléments. D'une part, sur la demande du ministre quant aux éléments de complémentarité accrue dans l'organisation des soins et services sociaux entre les deux installations hospitalières. D'autre part, sur les orientations des planifications stratégiques nationale et régionale et le respect de la hiérarchisation établie des services au sein de la région de la Capitale-Nationale.

Trois éléments ont servi d'assises à la démarche et ont conditionné l'organisation des services proposés.

Premièrement, la décision du 17 janvier 2011 du ministre de la Santé et des Services sociaux statuant que chaque hôpital serait doté d'une urgence 24/7, d'un bloc opératoire avec deux (2) salles, ainsi que de lits de courte durée.

Deuxièmement, les démarches déjà entreprises par le CSSS de Charlevoix concernant l'optimisation et la complémentarité de ses programmes et services. Dès le début des travaux, il fut effectivement décidé que ceux qui étaient déjà regroupés et fonctionnels sur un site demeureraient tels quels dans le plan clinique. C'est le cas notamment des services d'obstétrique et d'orthopédie qui sont concentrés à l'Hôpital de La Malbaie et de ceux de psychiatrie et d'ophtalmologie qui sont situés à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul.

Finalement, plusieurs services se prêtaient à une analyse de complémentarité plus approfondie. À ce titre, les critères suivants ont été utilisés pour en évaluer les avantages et la pertinence :

- Une utilisation optimale des plateaux techniques sur les deux sites.
- Des volumes d'intervention suffisants pour le maintien et le développement des compétences du personnel.
- Une concentration des volumes et services afin de les rendre plus attractifs pour un médecin, notamment les spécialistes.
- Une organisation du travail favorisant davantage l'interdisciplinarité et permettant une utilisation optimale des ressources humaines, notamment le personnel infirmier.

## Le territoire et la population de Charlevoix

La planification en santé commande une vision d'ensemble d'une population et de son évolution. Charlevoix est situé dans la région de la Capitale-Nationale. Sa population est d'un peu moins de 29 000 personnes.

Le territoire s'étend sur plus de 150 km et la population se regroupe principalement autour de deux pôles, soit Baie-Saint-Paul et La Malbaie. Le territoire de Charlevoix comporte aussi une île, l'Île-aux-Coudres, qui est accessible uniquement par le biais d'un traversier.

Selon les analyses menées par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale sur les 29 000 habitants que compte la région, 6 304 personnes sont âgées de 65 ans et plus, soit près de 22 % de la population. Chez les aînés, 57 % (3 557) ont entre 65 et 74 ans, un peu moins du tiers (32 % ou 1 987) a entre 75 et 84 ans, alors que 12 % (760) sont âgés de 85 ans et plus. **Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait doubler d'ici 2031, la région comptera alors plus de 10 000 aînés.** Ainsi, l'Agence prévoit que pour la période 2006-2031 :

- Le territoire de Charlevoix connaîtra une décroissance globale de sa population de 8 %.
- Une diminution constante du poids relatif des 0-17 ans qui passera de 17 % à 13 %.
- Une diminution importante et constante du poids relatif des 18-64 ans au sein de la population alors que leur proportion reculera de 65 % à 48 %
- Une **augmentation rapide et constante du poids relatif des 65 ans et plus alors que la proportion qu'ils occupent grimpera de 18 % à 39 %**
- Le gain des effectifs sera le plus marqué chez hommes de 85 ans et plus passant de 29 % à 41 %
- Pour la région de la Capitale-Nationale, **c'est le territoire du CSSS de Charlevoix qui connaîtra la tendance au vieillissement la plus accentuée.**

**Tableau 1 : Données populationnelle et territoriale de Charlevoix, 2014**

Municipalités/Villes	Population	Population (%)	Superficie (km)	Superficie (%)
Baie-Sainte-Catherine	206	1	233,0	6
Sagard	134	0	204,4	6
Saint-Siméon	1267	4	276,6	8
La Malbaie	8507	30	461,6	13
Clermont	2975	10	51,5	1
Saint-Aimé-des-Lacs	1112	4	92,4	3
Notre-Dame-des-Monts	772	3	57,4	2
Saint-Irénée	633	2	59,9	2
Mont-Élie	64	0	845,7	23
Saint-Hilarion	1197	4	97,7	3
Les Éboulements	1341	5	157,9	4
Isle-aux-Coudres	1224	4	119,4	3
Saint-Urbain	1433	5	327,7	9
Baie-Saint-Paul	7192	25	546,7	15
Petite-Rivière-Saint-François	739	3	135,6	4
<b>TOTAL :</b>	<b>28796</b>	<b>100</b>	<b>3667,5</b>	<b>100</b>

Source : Données compilées par l'ISQ pour le MAM



## Le découpage territorial et l'accès aux soins

Le milieu rural présente des particularités concernant l'accès aux soins et des risques spécifiques en matière de santé. À cet égard, l'actuel découpage administratif et historique du territoire de Charlevoix ne peut convenir que partiellement à un exercice de redéploiement des services de santé. Pour réaliser le déploiement, l'approche populationnelle doit être partie prenante du processus.

Pour cela, il est nécessaire de définir ce qu'est la « ruralité » pour la population sur le territoire. La notion d'espace rural est en effet devenue de plus en plus floue avec la profonde transformation de l'activité agricole. Dans de nombreux pays, les municipalités rurales sont des unités qui comptent moins de 2000 habitants. Au-dessus de ce seuil, une municipalité appartient à une unité urbaine.

Ainsi, le découpage territorial de Charlevoix peut se faire en définissant d'abord les unités urbaines comme étant des municipalités de plus de 2000 habitants situées à proximité d'un hôpital.

Ensuite, les unités rurales sont celles de moins de 2000 habitants situées à moins de 45 km d'un hôpital et qui coïncident avec des déplacements quotidiens pour sa population.

Finalement, les unités rurales isolées sont celles qui comptent moins de 2000 habitants situés à plus de 50 km d'un hôpital.

Selon ce qui précède, l'espace rural peut faire l'objet d'une hiérarchisation en zones selon le mode suivant :

**Tableau 2 : Découpage territorial**

Découpage territorial	Caractéristiques
Unité urbaine	Unité de plus de 2 000 habitants située à proximité d'un hôpital
Unité rurale	Unité de moins de 2 000 habitants située à moins de 45 km d'un hôpital
Unité rurale isolée	Toute autre unité (qui se déplace peu), située à plus de 50 km d'un hôpital, qui comporte une forte proportion d'inactif et de personnes âgées.

### Le pôle de Baie-Saint-Paul

Le découpage territorial présente les résultats populationnels suivants, lorsqu'appliqués au pôle de Baie-Saint-Paul :

- Les unités urbaines (municipalités de plus de 2 000 habitants) représentent 25 % de la population pour 15 % du territoire.
- Le rural (municipalité de moins de 2 000 habitants située à moins de 45 km d'un hôpital) représente 29 % de la population pour 29 % du territoire.
- **Pour l'ensemble du territoire de Charlevoix, le pôle de Baie-Saint-Paul représente 54 % de la population pour 43 % du territoire.**

**Tableau 3 : Découpage territorial du pôle de Baie-Saint-Paul**

	Municipalité/Ville	Population	Pop. en %	Zone habitée	
				Sup. en km	Sup. en %
Unités urbaines (+ de 2000 habitants)	Baie-Saint-Paul	7192	25%	546,7	15 %
	<b>Sous-total :</b>	<b>7192</b>	<b>25 %</b>	<b>546,7</b>	<b>15 %</b>
Unités rurales (- de 45 km)	Saint-Aimé-des-Lacs	1112	4 %	92,4	3 %
	Notre-Dame-des-Monts	772	3 %	57,4	2 %
	Saint-Irénée	633	2 %	59,9	2 %
	Saint-Hilarion	1197	4 %	97,7	3 %
	Les Éboulements	1341	5 %	157,9	4 %
	Isle-aux-Coudres	1224	4 %	119,4	3 %
	Saint-Urbain	1433	5 %	327,7	9 %
	Petite-Rivière-Saint-François	739	3 %	135,6	4 %
	<b>Sous-total :</b>	<b>8451</b>	<b>29 %</b>	<b>1048,0</b>	<b>29 %</b>
Unités rurales isolées	N/A	0	0 %	0	0 %
	<b>TOTAL :</b>	<b>15643</b>	<b>54 %</b>	<b>1594,7</b>	<b>43 %</b>

### Le pôle de La Malbaie

Le découpage territorial présente les résultats populationnels suivants, lorsqu'appliqué au pôle de La Malbaie.

- Les unités urbaines (municipalités de plus de 2 000 habitants) représentent 40 % de la population pour 14 % du territoire.
- Le rural (municipalité de moins de 2 000 habitants située à moins de 45 km d'un pôle hospitalier) représente 31 % de la population pour 32 % du territoire.
- Le rural isolé (toute autre unité rurale qui se déplace peu, à plus de 50 km d'un pôle urbain, qui comporte une forte proportion d'inactif et de personnes âgées) représente 1 % de la population pour 35 % du territoire.
- **Pour l'ensemble du territoire de Charlevoix, le pôle de La Malbaie représente 72 % de la population pour 81 % du territoire.**

Le tableau permet de constater que pour le pôle de La Malbaie permet à une large proportion de la population du territoire de bénéficier d'un accès aux services de santé.

**Tableau 4 : Découpage territorial du pôle de La Malbaie**

				Zone habitée		
	Municipalité/ville	Population	Pop. en %	Sup. en km	Sup. en %	
Unités urbaines (+ de 2000 habitants)	La Malbaie	8507	30 %	461,6	13 %	
	Clermont	2975	10 %	51,5	1 %	
<b>Sous-total :</b>		<b>11482</b>	<b>40 %</b>	<b>513,1</b>	<b>14 %</b>	
Unités rurales (- de 45 km)	Saint-Siméon	1267	4 %	276,6	8 %	
	Saint-Aimé-des-Lacs	1112	4 %	92,4	3 %	
	Notre-Dame-des-Monts	772	3 %	57,4	2 %	
	Saint-Irénée	633	2 %	59,9	2 %	
	Saint-Hilarion	1197	4 %	97,7	3 %	
	Les Éboulements	1341	5 %	157,9	4 %	
	Isle-aux-Coudres	1224	4 %	119,4	3 %	
	Saint-Urbain	1433	5 %	327,7	9 %	
	<b>Sous-total :</b>		<b>8979</b>	<b>31 %</b>	<b>1189,0</b>	<b>32 %</b>
	Unités rurales isolées	Baie-Sainte-Catherine	206	1 %	233,0	6 %
Sagard		134	0 %	204,4	6 %	
Mont-Élie		64	0 %	845,7	23 %	
<b>Sous-total :</b>		<b>404</b>	<b>1 %</b>	<b>1283,1</b>	<b>35 %</b>	
<b>TOTAL :</b>		<b>20865</b>	<b>72 %</b>	<b>2985,2</b>	<b>81 %</b>	

Trois municipalités, soit 404 personnes en sont éloignées de plus de 50 kilomètres (soit, 1 % de la population régionale). Ces municipalités n'ont pas d'autres alternatives de services de santé. **Pour des populations peu mobiles, la distance d'accès peut constituer un obstacle dès le premier kilomètre. Ce sont ces zones qui doivent être prises en compte pour le déploiement des services de santé sur le territoire, d'autant que la population est en déclin, ce qui peut représenter une forme de désertification. C'est pourquoi il est important que les services de santé soient le plus près possible de ces zones déjà fragilisées.**

## Les pratiques réelles : les flux de patients

L'étude des données territoriales et populationnelles permet de passer de définitions assez abstraites à l'organisation géographique concrète d'un territoire. À ces données, il faut ajouter les pratiques réelles des patients. Les tableaux des flux de patients présentent les résultats de la consommation de la population, et l'on pourra noter que ces résultats confirment la pertinence de l'approche par la mobilité, puisque les flux de patients semblent s'inscrire parfaitement dans les contours des pôles régionaux.

**Tableau 5 : La rétention de l'Hôpital de La Malbaie 61 %**

Municipalité	Taux de rétention (%)	Distance HLM (km)	Distance HBSP (km)	Distance CHU (km)
Baie-Sainte-Catherine	56	67	116	210
Sagard	53	65	114	208
Saint-Siméon	59	33	83	176
La Malbaie	62	-	50	144
Clermont	61	7	44	137
Saint-Aimé-des-Lacs	66	14	41	135
Notre-Dame-des-Monts	56	20	41	135
Saint-Irénée	55	15	31	127
Mont-Élie	-	-	-	-
Saint-Hilarion	15	30	21	114
Les Éboulements	18	29	17	112
Isle-aux-Coudres	7	43	28	123
Saint-Urbain	10	44	15	109
Baie-Saint-Paul	6	50	-	95
Petite-Rivière-Saint-François	4	70	22	93

Source : Réalisation d'une étude d'impacts cliniques et d'un PFT pour un hôpital dans l'est de Charlevoix, CIM, mai 2014

**Tableau 6 : La rétention de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul 55 %**

Municipalité	Taux de rétention (%)	Distance HLM (km)	Distance BSP (km)	Distance CHU (km)
Baie-Sainte-Catherine	2	67	116	210
Sagard	3	65	114	208
Saint-Siméon	15	33	83	176
La Malbaie	9	-	50	144
Clermont	9	7	44	137
Saint-Aimé-des-Lacs	10	14	41	135
Notre-Dame-des-Monts	14	20	41	135
Saint-Irénée	12	15	31	127
Mont-Élie	-	-	-	-
Saint-Hilarion	50	30	21	114
Les Éboulements	44	29	17	112
L'Isle-aux-Coudres	59	43	28	123
Saint-Urbain	50	44	15	109
Baie-Saint-Paul	60	50	-	95
Petite-Rivière-Saint-François	49	70	22	93

Source : Réalisation d'une étude d'impacts cliniques et d'un PFT pour un hôpital dans l'est de Charlevoix, CIM, mai 2014

Pour l'Hôpital de La Malbaie, on observe que 80 % de la clientèle hospitalisée proviennent du territoire de Charlevoix-Est, 10 % proviennent de Charlevoix-Ouest et finalement 10 % proviennent de l'extérieur du territoire (surtout de la MRC de la Haute-Côte-Nord). L'Hôpital de La Malbaie, par sa position géographique la plus éloignée de Québec, en fait un centre de production très important pour la population du territoire.<sup>2</sup>

On peut noter que les résultats en ce qui concerne les flux pour la consommation présentent une polarisation plus marquée sur le pôle de La Malbaie. Malgré un isolement relatif, les zones rurales s'organisent autour de l'offre de soins, autour de pôles de services qui représentent des « bassins de santé » qui coïncident avec les déplacements quotidiens de la population.

---

<sup>2</sup> Réalisation d'une étude d'impacts cliniques et d'un PFT pour un hôpital dans l'est de Charlevoix, CIM, mai 2014

## Constat

La redistribution géographique de la population par le découpage territorial en unités urbaines, rurales et rurales isolées apporte un point de vue différent sur le déploiement de l'offre de service de santé.

Au plan pratique, cette logique territoriale de service de santé, défini à partir d'une mesure locale de la population, débouche sur un concept opérationnel de commande publique de l'offre de soins de santé.

La logique de population doit être considérée dans les choix de déploiements des services de santé sur le territoire de Charlevoix.

Dans le futur les risques que les municipalités appartenant à la catégorie rurale isolée seront de cumuler les inégalités : déclin de population, pourcentage important de personnes âgées, éloignement des services de premiers recours. Ces caractéristiques peuvent d'ailleurs entraîner une spirale de désertification qui aboutit à des ghettos ruraux. La dépopulation conduit à la suppression de service, ce qui renforce l'exode rural. À ce constat déjà préoccupant s'ajoutent les perspectives de démographie médicale et les restructurations hospitalières. La diminution attendue du nombre de médecins, généralistes comme spécialistes, pourrait se traduire par une moindre couverture médicale du territoire. Ces perspectives bien réelles doivent être aujourd'hui présentes dans les réflexions des acteurs du système de santé sur le déploiement de services.

## Bilan de santé

Les premiers résultats sur l'état de santé de la population de Charlevoix laissent entrevoir quelques problèmes. Tout d'abord :

- Les hommes vivent en moyenne deux ans de moins que les autres Québécois.
- Davantage de personnes souffrent d'hypertension, d'arthrite ou de rhumatisme, et le taux de mortalité lié aux maladies de l'appareil respiratoire (particulièrement les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures) est passablement élevé.
- Le cancer fait aussi plusieurs victimes, entre autres, le taux d'incidence du cancer du sein et le taux de mortalité par tumeur maligne du pancréas atteignent des sommets régionaux dans Charlevoix.
- Sur la question des nouveau-nés, un sujet retient l'attention et soulève quelques questions. Malgré l'absence de données intrarégionales sur la prévalence de certaines anomalies congénitales, on note un taux particulièrement élevé d'hospitalisation au cours de la première année de vie pour une anomalie congénitale.
- Au sujet des traumatismes non intentionnels, à l'image de plusieurs territoires où **la proportion de personnes âgées est importante, on note, dans Charlevoix, un taux accru d'hospitalisations liées aux chutes accidentelles.**
- En ce qui a trait aux maladies infectieuses, on constate qu'il y a, dans Charlevoix, davantage de cas d'infections entérohémorragiques à *Escherichia coli*, de salmonelloses et d'entérites à *Campylobacter*, mais beaucoup moins de cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* génitale.
- Au chapitre du milieu de travail, la proportion de travailleurs éprouvant un stress quotidien élevé au travail est faible.
- Un problème semble émerger ces dernières années, le suicide chez les hommes est particulièrement élevé.

Les conséquences des inégalités sociales entre les territoires de la région de la Capitale-Nationale se reflètent dans la plupart des indicateurs concernant l'état de santé globale, de santé mentale et de santé physique de la population. Or, la littérature confirme que ces différences, ces disparités ou ces écarts de santé s'expliquent largement par l'environnement physique et social dans lequel les individus évoluent.

« Les personnes qui ne peuvent se loger adéquatement, se nourrir sainement et à leur faim, se déplacer, téléphoner ou recourir à des services essentiels vivent dans des conditions préjudiciables à leur santé. En plus d'être susceptible d'augmenter l'exposition aux maladies transmissibles et de favoriser la malnutrition, la privation matérielle peut conduire à un état de susceptibilité générale et à des états de stress qui ont des répercussions sur les processus psychologiques, biologiques et physiologiques du corps humain (résistance accrue à l'insuline, mobilisation des lipides, affaiblissement du système immunitaire, augmentation de la tension artérielle, etc.) Ces conditions ont également des conséquences directes sur le développement durant l'enfance et favorisent l'adoption de modes de vie et d'habitudes de vie néfastes à la santé ».

*« Les inégalités sociales de santé dans la région de la Capitale-Nationale constituent un problème majeur de santé publique. Elles interpellent tous les acteurs du domaine du développement social et économique, à commencer **par le réseau de la santé et des services sociaux, qui a non seulement un rôle important à jouer, mais a comme mandat d'agir pour les réduire** ».*

## Défavorisation matérielle

L'indice de défavorisation matérielle et sociale pour le territoire de Charlevoix fournit un éclairage distinctif en vue de mieux comprendre certains enjeux relatifs au portrait de santé de la population. Le CSSS de Charlevoix a réalisé, en 2006, un portrait de défavorisation matérielle et sociale du CSSS de Charlevoix. On y apprend entre autres que :

- Outre le vieillissement de la population et l'exode des jeunes propres aux territoires ruraux, l'envers du décor est la **fragilité de son économie**. De nombreux **emplois sont saisonniers**, le taux d'emploi est anémique, **le chômage avoisine les 15 %** et **la population est peu scolarisée**.
- L'accès à la propriété ou à un logement est plus problématique, principalement aux endroits où les valeurs foncières s'accroissent fortement.
- L'étendue et le caractère accidenté du territoire contribuent à un isolement géographique et à des contraintes d'accès aux services. **L'éloignement fragilise les familles vulnérables**.
- De façon générale, on peut constater que la défavorisation est davantage influencée par la composante économique que par la composante sociale.
- Le revenu moyen des particuliers dépasse à peine les 21 000 dollars.
- On retrouve proportionnellement un **% population sous le seuil de faible revenu significativement plus élevé pour la MRC de Charlevoix-Est** (6,15 % comparé à 4,87 % pour le territoire).

Plus précisément pour les municipalités de la MRC de Charlevoix-Est, les principales données du portrait sont les suivantes :

**Tableau 7 : Défavorisation matérielle des municipalités de la MRC de Charlevoix-Est**

Municipalités	Caractéristiques
<b>Baie-Sainte-Catherine</b> <i>Pop. : 227</i>	Plus faible proportion de personnes dans les groupes d'âge entre 0-24 ans Plus forte proportion de personnes dans les groupes d'âge des 45 ans et plus <b>Proportion de la population dans la catégorie « défavorisé » : 100 %</b>
<b>La Malbaie</b> <i>Pop. : 8 959</i>	<b>Proportion de la population sous seuil de faible revenu : 6,3 %</b>
<b>Notre-Dame-des-Monts</b> <i>Pop. : 746</i>	43,1 % de la population sans diplôme d'études secondaires (territoire : 30,7 %) 6,6 % de la population sous le seuil de faible revenu
<b>Sagard</b> <i>Pop. : 143</i>	42,6 % de la population en emploi (territoire : 55,4 %) 59,9 % de la population sans diplôme d'études secondaires (territoire : 30,7 %)
<b>Saint-Aimé-des-Lacs</b> <i>Pop. : 1 075</i>	Défavorisation influencée autant par la composante économique que par la composante sociale
<b>Saint-Irénée</b> <i>Pop. : 727</i>	<b>10,90 % de la population sous le seuil de faible revenu</b>
<b>Saint-Siméon</b> <i>Pop. : 1 360</i>	42,4 % de la population est en emploi (territoire : 55,4 %) 47,4 % de la population sans diplôme d'études secondaires (territoire : 30,7 %) 7,18 % de la population sous le seuil de faible revenu <b>29,9 % de la population fait partie de la catégorie « défavorisé »</b>

Source : Portrait de défavorisation matérielle et sociale 2006 du territoire du Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix, nov. 2011



## Concilier accessibilité et qualité

L'hôpital local répond aux demandes de première ligne des patients domiciliés à proximité pour des soins courants et oriente les malades selon les besoins vers un deuxième niveau de soins plus spécialisés. La médecine de proximité est une médecine de soins de premier recours qui permet de réaliser des bilans initiaux, de traiter des épisodes aigus ou subaigus et de participer à la prise en charge des pathologies (cancéreux, polyhandicapés, alcooliques...).

Les besoins plus spécialisés ont fréquemment les caractéristiques suivantes : ils n'ont pas un caractère d'urgence vitale et peuvent être le plus souvent programmés; ils sont conditionnés par la fréquence et le niveau technique des soins nécessaires.

Une fois les besoins identifiés, l'offre de soins doit être organisée de façon graduée pour garantir à tous les malades un accès de proximité à des soins de qualité dans des conditions optimales de sécurité. Il est évident qu'un hôpital ne peut exister que s'il répond à des besoins réels et qu'il s'intègre dans un réseau de prise en charge gradué.

En effet, il est nécessaire d'avoir « qui il faut et ce qu'il faut où il faut et quand il faut » et qu'à partir d'un épicycle, on définit pour des zones concentriques, le type d'équipes et de plateaux techniques dont le besoin est justifié. Cette distribution des soins suppose que chaque structure puisse réorienter les patients ne relevant pas de leur niveau de compétence (aussi bien en plus qu'en moins) vers des prises en charge adéquates, ceci afin de conserver la qualité et l'activité de chacun. Une structure ayant des praticiens de haute technicité n'atteindra pas l'efficacité que l'on attend si la majorité des cas qu'elle reçoit ne relève pas de cette haute technicité; on aboutira ainsi à une perte de qualité.

Pour le monde rural, les considérations populationnelles du territoire doivent s'imposer pour essayer de résoudre le paradoxe fondamental du système de soins provenant du fait que l'offre la plus abondante et la plus variée n'est pas là où les besoins sont les plus grands. Le déploiement de l'offre des services de santé fait souvent fi de la réalité de la population et peut conduire à des déséquilibres lorsque l'on regroupe des territoires distincts et que ces pôles ne sont pas reliés entre eux.

Là encore, il faut tenir compte de la variabilité des situations des territoires et de leur population. Sinon, il en résulte des zones mal dotées dans des régions les mieux dotées. L'approche territoriale met en évidence l'utilisation de la population comme outil d'aménagement de l'offre de services de santé et fournit une information pertinente et d'actualité.

Maintenir des conditions d'accessibilité « convenables » aux soins en milieu rural constitue un enjeu du XXI<sup>e</sup> siècle. L'énoncé du problème repose sur le maintien d'un encadrement médical au sein d'espaces aux populations faibles, vieillissantes et dispersées. L'accessibilité aux soins dans le monde rural repose avant tout sur une connaissance réelle du monde rural et une parfaite symbiose entre l'offre médicale et les patients.

Parce que les contraintes économiques ne peuvent être absentes d'un débat de déploiement de services de santé sur le territoire, mais aussi parce que la variabilité est inhérente aux phénomènes biologiques, il y a lieu de se garder de vouloir amener un trop grand lissage du territoire de la Capitale-Nationale. Poser résolument les stratégies, hiérarchiser les priorités, aménager la gradation de l'offre en se basant sur les données populationnelles sont sûrement plus efficaces pour combattre les inégalités qu'un saupoudrage qui gaspille les moyens.

## Recommandations

La MRC de Charlevoix-Est reconnaît la qualité du travail réalisé par le CSSS de Charlevoix dans la réalisation du plan clinique et apprécie la démarche ministérielle de procéder à sa réouverture. Le conseil des maires de la MRC de Charlevoix-Est désire s'associer à cette réflexion et formule, dans le cadre de son mémoire, quatre (4) recommandations afin de corriger le problème d'absence de balises sur le plan du redéploiement des services et soins de santé.

Considérant que les orientations qui ont servis à l'élaboration du plan clinique reposent sur la construction de deux hôpitaux (un pour le pôle Est et un pour le pôle Ouest), la complémentarité accrue dans l'organisation des soins et services sociaux entre les deux hôpitaux du territoire charlevoisien, les orientations ministérielles énoncées dans les divers programmes de services émis par la Direction des services sociaux et communautaires ainsi que par la direction des services de santé et médecine universitaire du ministre de la Santé et des Services sociaux, les orientations des planifications stratégiques nationale et régionale et respectant la hiérarchisation établie des services au sein de la région de la Capitale-Nationale;

Considérant l'iniquité intrarégionale potentielle pour l'accessibilité aux services de santé, le programme étant pour l'heure, essentiellement dirigé vers le pôle Ouest en ce qui a trait à la construction d'un nouvel hôpital, l'offre de service en gériatrie et en ophtalmologie pour une clientèle fortement défavorisée qui se situe à 72 % sur le pôle de La Malbaie pour 81 % du territoire si l'on considère une approche populationnelle.

Le conseil des maires de la MRC de Charlevoix-Est recommande de :

**Recommandations 1** | Accorder le titre d'hôpital régional à l'hôpital de La Malbaie, compte tenu de sa position géographique en périphérie de la région de la Capitale-Nationale, dans le cadre du redéploiement des services de santé du CSSS de Charlevoix.

**Recommandations 2** | Exiger que le projet d'Hôpital neuf de La Malbaie passe de la catégorie à l'étude à la catégorie planification lors de la révision 2015 du Plan québécois des infrastructures.

**Recommandations 3** | S'assurer que l'hôpital de La Malbaie bénéficie des ressources, des spécialités, des espaces, des équipements et des plateaux techniques nécessaires afin de répondre au besoin de la plus forte proportion de population du territoire de Charlevoix comme démontré dans le découpage géographique.

**Recommandations 4** | Autoriser dans les plus brefs délais la construction de l'Hôpital de La Malbaie pour rétablir l'équité intrarégionale d'accès aux services pour la population sur le territoire de la MRC de Charlevoix-Est.

## Références bibliographiques

- SANTÉ CANADA (2002). *Guidé par nos valeurs - L'avenir des soins de santé au Canada*. Rapport final. Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada (Romanow), 283 p.
- COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2002). *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral*. Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme (Kirby). Ottawa, Ontario, 351 p.
- COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000). *Les solutions émergentes - rapport et recommandations* (Clair). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 410 p.
- PREMIER'S ADVISORY COUNCIL ON HEALTH FOR ALBERTA (2001). *A Framework for Reform, Report of the Premier's Advisory Council on Health* (Mazankowski). Alberta, Canada, 73 p.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2003). *Les soins de santé au Canada, 2003*, 126 p.
- LEATT, P. et al. (2000). "Toward a Canadian model of integrated healthcare". *Health care Papers*. 1(2) : 13-35.
- RODRIGUEZ, C. (2003). « Scénarios d'intégration : le cas des CLSC urbains, une mission impossible? » *Ruptures*, 9 (2) : 92-109.
- LAMARCHE, P. A., M. D. BEAULIEU et al. (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. FCRSS, 36 p.
- HAGGERTY, J. L., R. G. REID et al. (2003). "Continuity of care: a multidisciplinary review", *British Medical Journal*, 327: 1219-1221. 10. Starfield, B. H. (1998).
- BASSET, B. et A. LOPEZ. *Planification sanitaire, méthodes et enjeux*. Rennes : ENSP, 1997.
- COCA, E. *Les inégalités entre hôpitaux*. Paris : Berger-Levrault, 1995.
- CORVEZ, A., T. LE LUDEC, M. NOGUÈS et E. VIGNERON. *Les bassins de santé : fondements territoriaux de l'étude et de l'organisation sanitaire* (Actes du IVe Colloque de géographie et socioéconomie de la santé, 1994). Paris : Credes, p. 148-154.
- La santé observée*. Tableau de bord régional sur la santé. Observatoires régionaux de la santé
- LUCAS-GABRIELLI V., F. TONNELIER et E. VIGNERON. *Une typologie des paysages socio-sanitaires en France*. Paris : Credes, 1998, n° 1220.
- MIZRAHI, A., H. PICHERAL et F. TONNELIER. *Allocations des ressources et géographie des soins* (Actes du Colloque international Credes/Geos, Paris, 22-24 avril 1998). Paris : Credes, 1998, 312 p.
- MIZRAHI, A., H. PICHERAL et F. TONNELIER. *Hôpitaux et géographie des soins* (Actes du Colloque international Credes/Geos, Paris, 25-27 janvier 1995). Paris : Credes, 1995, 359 p.
- TONNELIER, F. *Géographie de la santé*. Actualité et dossier en santé publique, n° 19, I-XL, juin 1997.
- VIGNERON, E. *Approches géographiques de la planification hospitalière*. Cahiers Geos, n° 32 (concepts) et n° 33 (applications), 1996, 72 p. et 58 p.
- VIGNERON, E. *Définition et délimitation des bassins de santé*. In : Allocation de ressources et géographie des soins (Actes du Ve Colloque de géographie et socio-économie de la santé. Paris, janvier 1995). Paris : Credes, 1995, 18 p.