

## L'accès aux soins d'urgence en milieu rural au Canada: y a-t-il lieu de s'inquiéter?

Richard Fleet, MD, PhD, CCFP (EM)\*†; Patrick Archambault, MD, MSc\*†; Jeff Plant, MD‡§; Julien Poitras, MD, CCFP (EM)\*†

Environ 20% de la population canadienne vit en milieu rural.<sup>1</sup> Les ruraux sont en moins bonne santé, et ils sont plus exposés aux traumatismes et à la mort par trauma que les citadins.<sup>2</sup> La prestation de soins d'urgence en milieu rural et l'accès à ces soins posent de sérieux problèmes au Canada à cause de l'éloignement et des ressources limitées. Par ailleurs, peu d'études ont porté sur le degré de ressources disponibles dans les services d'urgence (SU) en milieu rural au Canada ainsi que sur les difficultés inhérentes à la situation pour une prestation de soins sûrs.<sup>3,4</sup> Il existe très peu d'information sur le recours aux soins d'urgence au Canada, et il est difficile d'établir des comparaisons entre les provinces en raison des différences de types de données recueillies.<sup>5</sup>

Nous faisons état, dans le présent article, de la situation vécue dans un SU rural à Nelson, en Colombie-Britannique (C.-B.), après des réductions importantes de services.<sup>6,7</sup> La question d'un accès raisonnable aux services d'urgence fait l'objet de discussion dans le contexte de la *Loi canadienne sur la santé*.<sup>8</sup> Nous faisons valoir que l'attribution des services peut ne pas reposer sur des données probantes, compte tenu des restrictions budgétaires et de la hausse des coûts, et que les résultats cliniques ne seront pas comparés avec les critères de référence établis. Il peut en résulter des écarts importants d'accès aux soins rapides, et une recherche approfondie s'impose afin que l'incidence des réductions de services soit déterminée avant leur mise en application.

En 2001, les populations rurales en C.-B. ont connu une réduction des services de santé. Dans la région assurée par l'hôpital Kootenay Lake, à Nelson, il y a eu une centralisation des services dans une collectivité située à 74 km plus loin. Les services de soins intensifs, de chirurgie générale, et de psychiatrie hospitalière ont été fermés, et les services de laboratoire et de radiographie réduits.

En conséquence, plus de 1,500 patients par année doivent être transportés pour divers examens, des consultations, ou des soins spécialisés,<sup>6</sup> et ce, souvent en situation d'urgence; ce processus de déplacement des services se traduit par des délais dans l'obtention de traitements indiqués. D'après un rapport récent, les réductions de services auraient coïncidé avec une détérioration des résultats cliniques. L'Institut Fraser a publié, en 2011, sa fiche de rendement des hôpitaux de la Colombie-Britannique à partir de la Base de données sur les congés des patients et des données de l'Institut canadien d'information sur la santé.<sup>9</sup> Par exemple, les habitants de Nelson sont passés de la quatrième place (4<sup>e</sup> municipalité sur 47, en 2001–2002, avant les réductions de services de santé) à la dernière place, dans la province, en 2008–2009, au regard de l'«échec des secours», élément qui est considéré comme l'un des indicateurs les plus importants de la qualité de la santé et qui fournit une description de la mortalité attribuable aux complications qui se produisent pendant le séjour d'un patient à l'hôpital.<sup>10</sup>

Pour bon nombre de Canadiens et Canadiennes, le système de santé universel est l'une des caractéristiques du pays. Les citoyens qui vivent en milieu rural peuvent être tentés de se référer à la Loi pour y trouver des garanties; en effet, l'un des principes de base est un «accès raisonnable» aux soins.<sup>8</sup> «Le critère d'accessibilité vise à garantir aux assurés d'une province ou d'un territoire un accès satisfaisant aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, selon des modalités uniformes et sans restriction, directe ou indirecte, sous forme de frais modérateurs, de surfacturation ou par d'autres moyens (p. ex., la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé, ou la situation financière)». <sup>11</sup> Pourtant, «l'accès satisfaisant sur le plan de la disponibilité physique des services médicalement nécessaires a été interprété selon la règle “du lieu où les services sont offerts et de leur disponibilité».<sup>11</sup> «Ainsi, les habitants d'une province ou d'un territoire ont droit à un accès aux services de santé

Tiré de \*Department of Family and Emergency Medicine, Université Laval, Québec City, QC; †Research Centre of the Hôtel-Dieu de Lévis Hospital – a Université Laval Affiliated Hospital; ‡Faculty of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, BC; et §Department of Emergency Medicine, Penticton Regional Hospital, Penticton, BC.

**Correspondance** à: Dr. Richard Fleet, Research Centre, Hôtel-Dieu de Lévis, 143 Wolfe Street, Lévis, QC G6V 3Z1; rfleet@videotron.ca.

Cet article a été évalué par des pairs.

© Association canadienne des médecins d'urgence

CJEM 2013;15(4):194-196

DOI 10.2310/8000.2013.121008F

assurés là où les services sont offerts et suivant la disponibilité de ces services». Par ailleurs, les systèmes de services médicaux d'urgence ne sont pas visés par la Loi; ainsi, les délais de transport d'urgence et les coûts directs imposés aux patients, là où les services sont offerts, varient énormément d'une région à l'autre, au pays.<sup>12</sup> Aussi les notions du «lieu» et de la «disponibilité» des services accordent-elles aux provinces beaucoup de latitude quant à l'attribution des services en milieu rural et dans les régions éloignées, et il se pourrait qu'on ne puisse invoquer la Loi pour avoir la garantie d'un meilleur accès aux soins d'urgence.

Les disparités géographiques quant à l'accès aux soins d'urgence ne sont pas bien documentées. Le peu d'information sur le sujet s'explique de plusieurs façons. Premièrement, la plupart des études en médecine d'urgence sont menées dans des centres universitaires, situés en milieu urbain. Deuxièmement, les médecins de premier recours en milieu rural peuvent ne pas suffire à la tâche de prestation continue de services, ce qui leur laisse peu de temps pour faire état de la situation. En outre, des appréhensions de non-engagement de nouveau personnel ou même des craintes de représailles des autorités sanitaires pourraient dissuader les médecins en milieu rural de divulguer de l'information sur les effets néfastes de l'accès limité aux services.<sup>6,13</sup>

Les traumatismes sont la principale cause de mortalité chez les personnes âgées de 1 à 44 ans, au Canada.<sup>14</sup> Les populations rurales sont plus exposées aux traumatismes et à la mort par trauma que les populations citadines.<sup>15,16</sup> D'après un rapport récent de Hameed et ses collègues, 22,5% des Canadiens demeurent à plus d'une heure de route d'un centre de traumatologie de niveau primaire ou secondaire.<sup>12</sup> L'accès aux soins en traumatologie varie de piètre, sur trois territoires (0% de la population demeurant à 1 heure ou moins dans la circonscription hospitalière), à excellent en Ontario (85%) et au Québec (87%); d'autres provinces se situent dans la fourchette de 40 à 76% en ce qui concerne l'accès aux soins en traumatologie dans l'heure suivant l'accident. Les auteurs sont arrivés à la conclusion qu'il existe toujours, entre les villes et les régions, un fossé quant à l'accès aux soins de qualité, en traumatologie. Il faudrait que des études portent sur l'incidence de ces différences d'accès sur les résultats cliniques.

Malgré des pressions énormes pour freiner les coûts, les décideurs ont été critiqués pour ce que plusieurs considèrent comme simpliste et potentiellement dangereuse (pour les ruraux) l'approche adoptée à l'égard de la limitation des coûts: la régionalisation des services et les fermetures d'hôpitaux.<sup>17</sup> Cependant, leur avons-nous fourni les données probantes ou même les lignes directrices sur une prestation durable de soins d'urgence de qualité en milieu rural? La recherche démontre que l'atteinte de normes de qualité et la surveillance du rendement permettent une amélioration des soins de santé.<sup>18,19</sup> La liste des traitements d'urgence fondés sur des données probantes s'allonge, mais les chercheurs ont de la difficulté à

établir les critères les plus importants en matière de qualité des soins, en médecine d'urgence. Il est difficile de réclamer de «meilleurs» soins dans les communautés rurales quand il n'y a même pas de consensus sur des indicateurs de la qualité des soins ou sur des normes en la matière. Toutefois, la situation est appelée à changer grâce à des efforts déployés pour établir ce type d'indicateurs.<sup>19</sup> Un comité représentatif de chercheurs à l'échelle nationale a élaboré un ensemble de 48 indicateurs fondés sur des données probantes, qui permet de mesurer et de comparer la qualité des soins dans les SU, au Canada.<sup>19</sup> Le comité espère que ces indicateurs seront adoptés massivement dans les urgences, au pays, et qu'ils seront suivis de près.

Dans l'attente d'une étude à venir sur des indicateurs de la qualité des soins, de futures lignes directrices et politiques peuvent prendre le relais de travaux antérieurs de l'Association canadienne des médecins d'urgence. En 1997, l'Association a présenté un exposé de position sur la médecine d'urgence, en milieu rural, au Canada.<sup>20</sup> Dans cet exposé, on a établi des lignes directrices générales et particulières quant aux services de base à fournir. Il peut être temps de réviser ces lignes directrices à la lumière des progrès récents, réalisés en médecine, et des menaces continues qui pèsent sur les SU en milieu rural. En outre, il semblerait que seul le Québec ait publié des lignes directrices provinciales, comprenant des parties sur la prestation des soins d'urgence en milieu rural (*Guide de gestion de l'urgence*).<sup>21</sup> On a défini dans ce guide quels services de soutien devrait recevoir un service d'urgence selon la désignation de l'hôpital. Cette désignation dépend de plusieurs facteurs, notamment du nombre annuel de consultations. En 2006, le guide a été élaboré dans l'optique de rendre toutes les parties intéressées responsables de la qualité des soins aux services des urgences. Toutefois, il n'est pas certain que le Québec ait réussi à mettre en œuvre ces recommandations, et, si elles l'ont été, il reste à savoir si elles ont permis un accès plus facile à des soins de qualité. Nous menons une étude sur la question.

Compte tenu de l'augmentation des coûts liés aux soins de santé et de la pénurie de médecins et d'autres types de personnel, les collectivités rurales peuvent s'attendre à d'autres tentatives de centralisation des services hospitaliers, ce qui entraînera une réduction des services dans les urgences. Nous sommes d'avis que les parties intéressées auront besoin de données probantes convaincantes pour les empêcher de réduire encore davantage l'accès aux soins. Aussi faudrait-il en priorité établir des normes de soins d'urgence en milieu rural, fondées sur la recherche; élaborer et vérifier des indicateurs pertinents; cerner les causes de disparité quant à l'accès aux soins et, finalement, mesurer les résultats. Si l'on se fie aux travaux faits dans le domaine de l'obstétrique en milieu rural, les données provenant de la recherche pourraient permettre l'élaboration de modèles qui aideraient aux prises de décision relatives à l'attribution des services en milieu rural, dans le

contexte de réalités géodémographiques complexes.<sup>22</sup> Entretiens, des techniques relativement peu coûteuses, telles que la télé-médecine, l'échographie au chevet, et les examens pratiqués au point de service, permettent déjà une amélioration des soins d'urgence en milieu rural, et il faut continuer dans cette voie.<sup>23,24</sup> D'ailleurs, les provinces devraient faire part plus souvent de leurs expériences.

L'accès à un service complet de soins d'urgence en milieu rural au Canada connaît de sérieux problèmes, et les lois actuelles peuvent se révéler inefficaces pour protéger les citoyens vivant en milieu rural d'éventuelles réductions de services. Il faut disposer de normes fondées sur des données probantes en ce qui concerne les soins d'urgence en milieu rural. Nous faisons donc appel à la direction de l'Association pour se pencher sur la question. La révision de son document de référence de 1997, intitulé *Recommendations for the Management of Rural, Remote and Isolated Emergency Health Care Facilities in Canada*,<sup>20</sup> serait déjà un bon point de départ. Les collectivités comme celles de Nelson ont grandement besoin que toutes les parties intéressées s'unissent et trouvent des solutions à leurs problèmes criants.

**Remerciements:** Nous tenons à remercier Madame Julie Villa, M.Ps., pour son aide à la recherche documentaire et ses observations sur le manuscrit.

**Intérêts concurrentiels:** Le travail sur le présent article a été rendu possible grâce à l'appui du Fonds de recherche en santé Québec – Santé, de la Chaire de recherche en médecine d'urgence Université Laval – Hôtel-Dieu de Lévis et de la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis.

## RÉFÉRENCES

1. Statistics Canada. *Canada's rural population since 1851*. 2011. Available at: [http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-310-x/98-310-x2011003\\_2-fra.cfm](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-310-x/98-310-x2011003_2-fra.cfm).
2. Canadian Institute for Health Information. *How healthy are rural Canadians? An assessment of their health status and health determinants*. 2006. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/rural06/>.
3. Fleet R, Archambault P, Poitras J, et al. Limited access to services in Canada rural emergency departments: pilot study. *CJEM* 2012;14:S7.
4. Rourke JTB. Trends in small hospital medical services in Ontario. *Can Fam Physician* 1998;44:2107-12.
5. Roberge D, Pineault R, Larouche D, et al. The continuing saga of emergency room overcrowding: are we aiming at the right target? *Healthc Policy* 2010;5(3):27-39.
6. Fleet R, Plant J, Ness R, et al. An experience in patient advocacy by rural emergency physicians after major services cuts: the case of Nelson, BC. *CJEM* 2010;12:275.

7. Newman S. Nelson doctors issue emergency aid plea. *The Globe and Mail* 2008 Oct 7;S1-2.
8. Minister of Justice. *Canada Health Act*. 2011. Available at: <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/>.
9. Barua B, Esmail N. *The Fraser Institute hospital report card: British Columbia*. 2011. Available at: <http://www.hospitalreportcards.ca/bc/>.
10. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality. *Patient safety indicators*. 2006. Available at: [http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Software/SAS/V30/psi\\_guide\\_v30.pdf](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Software/SAS/V30/psi_guide_v30.pdf).
11. Minister of Health. *Canada Health Act - annual report 2009-2010*. 2010. Available at: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2010-cha-lcs-ar-ra/index-eng.php>.
12. Hameed S, Schuurman N, Razek T, et al. Access to trauma systems in Canada. *J Trauma* 2010;69:1350-61, doi:10.1097/TA.0b013e3181e751f7.
13. Canadian Medical Protective Association. *Changing physician-hospital relationships: managing the medico-legal implications of change*. 2011. Available at: [http://www.cmpa-acpm.ca/cmpap04/docs/submissions\\_papers/com\\_2011\\_changing\\_physician-e.cfm](http://www.cmpa-acpm.ca/cmpap04/docs/submissions_papers/com_2011_changing_physician-e.cfm).
14. Public Health Agency of Canada. *Facts on injury*. 2006. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/facts-eng.php>.
15. Gomez D, Bérubé M, Xiong W, et al. Identifying targets for potential interventions to reduce rural trauma deaths: a population-based analysis. *J Trauma* 2010;69:633-9, doi:10.1097/TA.0b013e3181b8ef81.
16. Simons R, Brasher P, Taulu T, et al. A population-based analysis of injury-related deaths and access to trauma care in rural-remote northwest British Columbia. *J Trauma* 2010; 69:11-9, doi:10.1097/TA.0b013e3181e17b39.
17. Larsen Soles TM. A strategic plan for eliminating rural hospital services through the process of regionalization. *Can J Rural Med* 2005;10:107-8.
18. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Med Care* 2003;41(1 Suppl):I30-8.
19. Schull MJ, Hatcher CM, Guttman A, et al. *Development of a consensus on evidence-based quality of care indicators for Canadian emergency departments*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2010.
20. Canadian Association of Emergency Physicians. *Recommendations for the management of rural, remote and isolated emergency health care facilities in Canada*. 1997.
21. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Guide de gestion de l'urgence*. 2006.
22. Kornelsen J, Grzybowski S, Iglesias S. Is rural maternity care sustainable without general practitioner surgeons? *Can J Rural Med* 2006;11:218-20.
23. Lyon ML, Blaivas M, Brannam L. Use of emergency ultrasound in a rural ED with limited radiology services. *Am J Emerg Med* 2005;23:212-4, doi:10.1016/j.ajem.2004.05.007.
24. Shuaib A, Khan K, Whittaker T, et al. Introduction of portable computed tomography scanners, in the treatment of acute stroke patients via telemedicine in remote communities. *Int J Stroke* 2010;5:62-6, doi:10.1111/j.1747-4949.2010.00408.x.

**Authors Queries**

Journal: **Canadian Journal of Emergency Medicine**

Paper: **CJEM\_2012\_121008\_F**

Title: **L'accès aux soins d'urgence en milieu rural au Canada: y a-t-il lieu de s'inquiéter?**

Dear Author

During the preparation of your manuscript for publication, the questions listed below have arisen. Please attend to these matters and return this form with your proof. Many thanks for your assistance

Query Reference	Query	Remarks
1	AU: Is M.Ps correct, exactly as shown?	
2	AU: Please provide date accessed for website refs.	
3	AU: Is there a city for ref 20? Is CAEP the publisher?	
4	AU: Is there a city for ref 21? Publisher?	