

## **Centre de recherche Hôtel-Dieu de Lévis Fleet, R., 2015-2016 – En cours**

**Titre du projet :** Comparaison de la mortalité suite à un infarctus du myocarde et un accident vasculaire cérébral dans les hôpitaux ruraux et urbains du Canada

**Résumé :** Les données probantes suggèrent un problème d'accès aux services en milieu rural et une variabilité nationale inquiétante. Selon les résultats de nos projets antérieurs, à l'exception des urgences rurales du Québec, qui dans plus de 74% des cas ont accès 24/7 à un chirurgien général, USI et TDM, moins de 20% des urgences rurales ailleurs au pays ont accès à ces services. Ce manque d'accès aux ressources pourrait être associé à un moins bon pronostic pour des conditions urgentes telles que l'AVC, l'infarctus du myocarde et les traumatismes. À cet égard, deux études américaines récentes suggèrent que les usagers traités dans les hôpitaux ruraux ont un pronostic moins favorable à la suite d'un infarctus du myocarde, d'une insuffisance cardiaque, d'une pneumonie ou d'un AVC que ceux traités dans les hôpitaux urbains. Dans le contexte où les hôpitaux canadiens en milieu rural ont accès à un plateau technique plus limité et à une brochette restreinte de médecins spécialistes, il ne serait pas surprenant que la situation soit semblable de ce côté-ci de la frontière.

Selon les recommandations de la Fondation des maladies du cœur du Canada et du « National Institute of Neurological Disorders », tout usager se présentant à l'urgence avec des signes suggestifs d'AVC doit passer une TDM du cerveau avec lecture radiologique, et ce, dans les 45 minutes après son arrivée. Cependant, seulement 10% des urgences rurales (excluant le Québec) ont accès à une TDM. À cet égard, nous avons réalisé une étude pilote en comparant la mortalité intrahospitalière à 30 jours suivant un AVC des usagers traités dans les hôpitaux ruraux ayant accès à une TDM versus ceux traités dans les hôpitaux ruraux n'ayant pas accès à ce service. Les résultats montrent effectivement que le taux de mortalité de toutes causes suivant un AVC est plus élevé dans les hôpitaux n'ayant pas accès à une TDM. Un constat similaire se profile aussi pour les cas d'infarctus du myocarde quoique les résultats semblent moins marqués. Toutefois, des limites sont à souligner : les données sur l'indicateur de la mortalité intrahospitalière à 30 jours suivant un AVC ou l'infarctus du myocarde ont été obtenues via le site web de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données étaient disponibles pour seulement 44% de nos urgences rurales. L'ICIS ne rapporte pas publiquement la mortalité dans le cas où le numérateur est inférieur à 5. De plus, le Québec n'a pas fourni de données pour ces années. Il est donc impossible de vérifier si l'accès favorable à la TDM et aux soins intensifs contribue à un meilleur pronostic au Québec. Par conséquent, il serait important d'obtenir les données complètes de toutes nos urgences rurales afin de vérifier l'impact du manque de services sur les issues cliniques telles que l'AVC et l'infarctus du myocarde. L'objectif principal du présent projet est de

comparer la mortalité intrahospitalière à 30 jours suivant un infarctus du myocarde et un AVC dans les hôpitaux ruraux versus les hôpitaux urbains académiques. Les objectifs secondaires sont : 1) d'étudier la relation entre les services offerts dans les hôpitaux ruraux et l'éloignement des centres de référence et, 2) d'effectuer des comparaisons interprovinciales.