

Urgences rurales 360

Rapport de recherche – volets portrait des urgences et exploration qualitative des enjeux et solutions pour les urgences rurales

23-05-03

Crédits

Chercheur principal :

Richard Fleet MD, PhD, CCMF-MU

Chaire de recherche en médecine d'urgence Université Laval – CISSS Chaudière-Appalaches

Département de médecine familiale et de médecine d'urgence – Université Laval

Centre de recherche du CISSS Chaudière-Appalaches

Centre de recherche sur les soins et services de première ligne de l'Université Laval

Cochercheurs :

Gilles Dupuis, Dept. Psychologie. Université du Québec à Montréal.

D^r Jean Paul Fortin, Dept. Médecine sociale et préventive. Université Laval.

D^r Jocelyn Gravel, Dept. Pédiatrie. Université de Montréal.

D^{re} France Légaré, Dépt. de médecine familiale et de médecine d'urgence. Université Laval.

Mathieu Ouimet, Dept. Sc politique. Université Laval.

D^r Julien Poitras, Faculté de médecine. Université Laval.

Coordination :

Catherine Turgeon-Pelchat, M.A., Chaire de recherche en médecine d'urgence

Financement :

Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS)

Collaborateurs :

Patrice Aubertin, École nationale de cirque de Montréal

Jean Marc Chauny, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

France Dumont, Direction services hospitaliers et télésanté. MSSS.

Antoine Groulx, Direction des services de proximité, des urgences et du préhospitalier. MSSS.

Jean Ouellet, Direction de l'enseignement en région. Université Laval.

Daniel Paré, Direction générale. CISSS Chaudière-Appalaches

Lucie Rochefort, Décanat à la pédagogie et au développement professionnel continu. Université Laval.

Hélène Sylvain, Sc infirmières. Université du Québec à Rimouski

Alain Tanguay, Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence

Jean-Guy Trottier, patient expert

Partenaires :

Hassane Alami, Centre de recherche sur les soins et services de première ligne de l'Université Laval

Dr Guy Béland, Direction du département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval

Dre Amélie Bourassa, Association des médecins d'urgence du Québec

Nathalie Decloître, CISSS de la Montérégie-Ouest

Michel Delamarre, Direction générale CIUSSS Capitale-Nationale

Dr Jean-Pierre Després, Centre de recherche sur les soins et services de 1^{ère} ligne de l'Université Laval

Éric Hamel, Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec

Maxime Laviolette, DESSERCOM

Bob Murphy, Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec

Dr Jeff Plant, Université de la Colombie-Britannique

Jean-François Racine, Patient partenaire

Anne-Marie Savard, Faculté de Droit, U. Laval

Jean-Guy Trottier, patient partenaire

23-05-03

Champions :

Dr Jonathan Aubert, Pavillon Les Escoumins
Diane Beaulieu, Point de services de la Basse-Côte-Nord
Marie-France Beaugard, Hôpital de Lac-Mégantic
Sonia Beaugard, Pavillon Sainte-Famille
Jessica Caron, Centre de santé de Chibougamau
Danie Chamberland, Centre de santé de l'Hématite
Gilbert Daoust, Centre hospitalier du Pontiac
Liliane Decoste, Hôpital de l'Archipel
Dre Julie Dorval, Hôpital de Baie-Saint-Paul
Patrick Duchesne, Hôpital de La Malbaie
Dr Frédéric Fortin, Hôpital de Dolbeau-Mistassini
Louise Gagné, Centre hospitalier de Matane
Marianne Gagnon-Bourget, CISSS Abitibi-Témiscaming

Dr. Daniel Lacoste, Hôpital de Ste-Anne-des-Monts
Michel Alain Laforest, Hôpital du Haut-Saint-Maurice
Michèle Lagacé, Centre hospitalier d'Amqui
Rémy Lalancette, Hôpital de Lac-Mégantic
Dr. Mike Langlois, Hôpital de Chandler
Daniel Legault, Point de service de Temiscaming-et-de-Kipawa
Dre Audrey Perry Melançon, Hôtel-Dieu de Gaspé
Dr Louis Gabriel Pinard, Hôpital de Maria
Chantal Tanguay, Point de services de la Minganie
Annie Thinel, CISSS des Laurentides
François Tremblay, Pavillon Les Escoumins
Kim Trembaly, Hôpital de Maniwaki

Professionnels et auxiliaires de recherche (Chaire de recherche en médecine d'urgence) :

Marie-Pierre Renaud, Julie Théberge, Fatoumata Korinka-Touunkara, Charles-Antoine Buisson, Gabrielle Goyer-Pétrin, Marie-Michèle Roy, Sophie Richard

Remerciements :

Merci sincère à tous les participants et les participantes à la recherche qui ont généreusement donné de leur temps lors des entrevues ou pour remplir les questionnaires afin de nous permettre de mieux comprendre les enjeux des urgences rurales. Vos témoignages touchants, engagés et avisés ont contribué de façon significative à la réflexion sur les pistes de solutions pour l'amélioration des soins et services. Nous sommes très reconnaissants de votre implication.

Merci également à toutes les personnes ci-haut ainsi que celles que nous avons oubliées et qui ont permis, par leur participation directe ou indirecte, de remplir la mission ambitieuse de cette recherche.

Table des matières

CRÉDITS	2
TABLE DES MATIÈRES	4
TABLE DES FIGURES	5
TABLE DES TABLEAUX	5
RÉSUMÉ	7
INTRODUCTION	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
OBJECTIFS	8
MÉTHODE	8
DÉMARCHE GÉNÉRALE	8
URGENCES PARTICIPANTES	8
ÉTUDES PILOTES	9
VOLET QUANTITATIF	10
VOLET QUALITATIF	10
<i>Recrutement</i>	10
<i>Analyse</i>	11
<i>Volet validation des données qualitatives</i>	11
RÉSULTATS	12
PARTICIPANTS À LA RECHERCHE	12
DONNÉES D'ORDRE GÉNÉRAL SUR L'UNITÉ D'URGENCE	14
DESCRIPTION DES ENJEUX ET DES CIBLES D'ACTION POUR AMÉLIORER LES SERVICES	14
<i>Gouvernance</i>	15
<i>Organisation des soins et services de santé connexes à l'urgence</i>	20
<i>Accès aux ressources</i>	26
<i>Pratique professionnelle</i>	35
DISCUSSION	39
LIMITES	42
CONCLUSION	43
RÉFÉRENCES	44
ANNEXES	46
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF	46
ANNEXE 2 : GUIDES D'ENTRETIENS	46
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DE VALIDATION DES DONNÉES QUALITATIVES	46

Table des Figures

FIGURE 1 : CARTE DES URGENCES RURALES DU PROJET URGENCES RURALES 360	9
FIGURE 2 : DIVISION DES URGENCES PARTICIPANTES EN TROIS TYPES ET IDENTIFICATION DES TYPES DE PARTICIPANTS	11
FIGURE 3 : ENJEUX ET CIBLES D’ACTION POUR AMÉLIORER LES SERVICES	15
FIGURE 4 : RÉPONSES DES CHAMPIONS (N=19) À LA QUESTION « L’HARMONISATION DES PROTOCOLES DEVRAIT ÊTRE COORDONNÉE PAR : (PLUS D’UNE RÉPONSE POSSIBLE)	18
FIGURE 5 : ACCÈS UNITÉS DE SOINS INTENSIFS ET INTERMÉDIAIRES DANS LES URGENCES RURALES (UR)*	26
FIGURE 6 : RÉPARTITION DES 26 URGENCES RURALES SELON LE POURCENTAGE DE QUARTS COUVERTS PAR DES MÉDECINS DÉPANNEURS ANNUELLEMENT (DONNÉES 2016-17; QUESTIONNAIRES DE DONNÉES AUX URGENCES)	32
FIGURE 7 : EXPÉRIENCE DE MANQUE DE PERSONNEL ET DÉCOUVERTURES À L’URGENCE (DONNÉES 2016-17; QUESTIONNAIRES DE DONNÉES AUX URGENCES)	32

Table des Tableaux

TABLEAU 1 : PARTICIPATION AU PROJET PAR URGENCE ET PAR VOLET	12
TABLEAU 2 : PARTICIPATION AU PROJET PAR CISS/CIUSSS ET PAR VOLET	13
TABLEAU 3 : RÉPARTITION DES PARTICIPANTS AUX ENTREVUES EN FONCTION DU TYPE DE PARTICIPANTS ET DU TYPE D’ENTRETIEN	13
TABLEAU 4 : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS	14
TABLEAU 5 : DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE CENTRE HOSPITALIER ET L’UNITÉ D’URGENCE (N=26) 2016-2017	14
TABLEAU 6 : POURCENTAGES DE CERTAINES RÉPONSES DES CHAMPIONS (N=19) AUX QUESTIONS DU QUESTIONNAIRE DE VALIDATION « QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDÉ AUX SOLUTIONS SUIVANTES POUR ADRESSER LES DÉFIS EN LIEN AVEC LA GESTION DES URGENCES ? » ET « QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDE AUX SOLUTIONS SUIVANTES LIEES A LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE EN MILIEU RURAL ?»	17
TABLEAU 7 : STATISTIQUES DES URGENCES RURALES À L’ÉTUDE : POPULATION DE LA VILLE DANS LAQUELLE EST SITUÉ L’HÔPITAL ET DISTANCE ENTRE L’URGENCE ET LE CENTRE DE TRAUMA SECONDAIRE OU TERTIAIRE LE PLUS PROCHE.	21
TABLEAU 8 : POURCENTAGES DES RÉPONSES DES CHAMPIONS (N=19) À LA QUESTION « QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDÉ À L’AMÉLIORATION DE CES ASPECTS DE L’ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE DANS VOTRE MILIEU?»	22
TABLEAU 9 : TRANSFERTS INTERÉTABLISSEMENTS	23
TABLEAU 10 : POURCENTAGES DES RÉPONSES DES CHAMPIONS (N=19) À LA QUESTION « QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDÉ AUX SOLUTIONS SUIVANTES POUR ADRESSER LES DÉFIS DES TRANSFERTS INTER-ÉTABLISSEMENTS?»	24
TABLEAU 11 : POURCENTAGES DES RÉPONSES DES CHAMPIONS (N=19) À LA QUESTION « QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDÉ AUX SOLUTIONS SUIVANTES POUR AMÉLIORER LES TRANSPORTS AMBULANCIERS?»	25
TABLEAU 12 : ACCÈS DANS L’ÉTABLISSEMENT – DIVERS RESSOURCES*	27
TABLEAU 13 : ACCÈS 24/7 DANS L’ÉTABLISSEMENT – RESSOURCES DIAGNOSTIQUES*	27
TABLEAU 14 : POURCENTAGES DES RÉPONSES DES CHAMPIONS (N=19) AUX QUESTIONS « QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDE AUX ASPECTS SUIVANTS LIES AUX EQUIPEMENTS ET AUX INFRASTRUCTURES? » ET «QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDE AU DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE»	28

TABLEAU 15 : ACCÈS 24/7 – SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES*	29
TABLEAU 16 : POURCENTAGES DE CERTAINES RÉPONSES DES CHAMPIONS (N=19) AUX QUESTIONS « QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDÉ À CES ASPECTS DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET AUX RESSOURCES DIAGNOSTIQUES DANS VOTRE MILIEU?» ET « QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDE A CES SOLUTIONS POUR RECRUTER DES MEDECINS SPECIALISTES ? »	31
TABLEAU 17 : DONNÉES SUR LES MÉDECINS D'URGENCE; MOYENNE DES 26 URGENCES*	33
TABLEAU 18 : DONNÉES SUR LE PERSONNEL INFIRMIER DES URGENCES; MOYENNE DES 26 URGENCES*	34
TABLEAU 19: POURCENTAGES DES RÉPONSES DES CHAMPIONS (N=19) À LA QUESTION « QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDÉ AUX ASPECTS SUIVANTS LIÉS AUX RESSOURCES HUMAINES?»	35
TABLEAU 20 : POURCENTAGES DES RÉPONSES DES CHAMPIONS (N=19) À LA QUESTION « QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDE AUX SOLUTIONS SUIVANTES LIEES A LA FORMATION?	38
TABLEAU 21 : POURCENTAGES DE CERTAINES RÉPONSES DES CHAMPIONS (N=19) À LA QUESTION « QUEL DEGRÉ DE PRIORITÉ DEVRAIT ÊTRE ACCORDÉ AUX SOLUTIONS SUIVANTES LIÉES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE EN MILIEU RURAL?»	39

23-05-03

Résumé

La présente étude vise à dresser un portrait des principaux enjeux rencontrés par les urgences en milieu rural et à identifier des solutions potentielles, selon leur degré de priorité, afin d'améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des soins à la population.

Le recrutement des participants s'est fait en établissant huit catégories de participants et trois types d'urgence afin de s'assurer d'avoir les points de vue de régions diversifiées et d'éviter la saturation des données. Une méthode de recherche-action participative a été utilisée afin de favoriser l'intégration des résultats et des recommandations par les milieux. Des données quantitatives et qualitatives des problématiques actuelles ont été recueillies via des questionnaires de données et des entrevues auprès de 26 urgences rurales correspondant aux critères de l'étude. Les pistes de solution et l'importance de prioriser certaines d'entre elles ont ensuite été évaluées au moyen de nouveaux questionnaires de validation remplis par chaque milieu. L'analyse des résultats a été faite de manière transversale de façon à faire ressortir les enjeux communs. Deux études pilotes ont été réalisées en 2015 et en 2016 afin de tester la méthodologie et les outils de collecte de données du projet.

Plusieurs enjeux ont été soulevés et ces derniers ont été classés en quatre thèmes principaux, soit la gouvernance, l'organisation des soins et des services de santé, l'accès aux ressources et la pratique professionnelle.

Les ressources financières limitées, la perte d'autonomie locale dans la prise de décisions et la complexité administrative sont les principaux enjeux qui sont ressortis en lien avec la gouvernance. L'implication de gestionnaires sur place dans les milieux, l'augmentation de l'autonomie décisionnelle, la gestion collaborative, notamment en impliquant les citoyens et les comités des usagers, et l'adaptation des mesures de performance à la réalité rurale constituent des pistes de solution dans cette voie.

L'organisation des soins est affectée par l'éloignement des régions rurales, par les particularités de chaque clientèle, par les difficultés d'accès à la première ligne en dehors de l'urgence ainsi que par les défis des transferts inter hospitaliers. La plupart des milieux questionnés soulèvent l'importance de bonifier la première ligne en augmentant l'accès aux médecins de famille et aux services sans rendez-vous, d'augmenter le personnel impliqué dans l'organisation et l'accompagnement des transports et d'implanter des corridors de services établis. L'adaptation des services pré hospitaliers restreints entre autres en augmentant le nombre et la qualité des ambulances, en plus de l'accessibilité aux services aériens, est aussi une cible intéressante.

Le manque de ressources disponibles localement et les difficultés de recrutement et de rétention du personnel dans les urgences rurales expliquent l'enjeu de l'accès aux ressources. Les milieux questionnés proposent d'améliorer les ressources informatiques, de développer les infrastructures selon les besoins, d'intégrer la télémédecine à l'urgence et de recruter intensivement en bonifiant les conditions du personnel et même, en obligeant les CIUSSS et les centres universitaires à apporter de l'aide pour les spécialités essentielles telles que la chirurgie et l'anesthésie.

Finalement, la pratique professionnelle fait référence au défi de maintien des compétences malgré un volume faible de cas complexes et graves et de la proximité sociale avec les patients. La formation continue, le retour sur les cas, l'échange avec d'autres milieux ruraux, la formation médicale axée sur la pratique en région et le développement du travail interdisciplinaire constituent des cibles d'action potentielles à ce niveau.

Ce rapport se veut un survol des principaux enjeux et pistes de solution qui pourront ensuite être présentés au panel d'experts afin de discuter des barrières et facilitateurs liés aux solutions prioritaires et avancées. Il est donc important de noter que plusieurs aspects évoqués dans ce rapport seront creusés davantage dans les phases ultérieures du projet.

Introduction

Les urgences rurales représentent un important filet de sécurité pour une population généralement plus âgée, en moins bonne santé et plus à risque de traumatismes (1-4). Au Québec, selon une étude réalisée en 2010-15, les urgences en milieu rural reçoivent en moyenne 20 000 visites annuellement. Près du quart des patients s'y présentent avec des conditions sérieuses qui peuvent mobiliser le personnel de façon considérable et nécessiter des transferts sur de longues distances, qui s'organisent difficilement. En moyenne, 300 transferts interétablissements annuels par urgence sont nécessaires (5). Les urgences rurales s'inscrivent par ailleurs dans un contexte organisationnel global qui accentue la notion de filet de sécurité, car caractérisée par le manque de solutions de rechange aux services hospitaliers d'urgence, l'importance de la clientèle orpheline et les problèmes de recrutement et de rétention des médecins (6). Malgré tout, les urgences en milieu rural ne sont pas beaucoup étudiées et disposent de peu de standards ou de guides, fondés sur les données probantes, qui soient directement applicables dans ces petits milieux, et ce, malgré les appels en ce sens (7-9).

Des études récentes et réalisées au Québec rapportent par ailleurs de moins bonnes issues cliniques pour des problèmes de santé urgents (AVC, trauma) pour les patients des milieux ruraux. Ces chiffres concordent avec la littérature nationale et internationale sur le sujet et viennent légitimer l'intérêt porté sur ces milieux de soins particuliers (10, 11).

Dans ce contexte, l'objectif de ce projet novateur de recherche-action participative est de produire des données probantes concernant des solutions adaptées pour améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des soins et services offerts dans les urgences rurales. La démarche vise également à accompagner les milieux vers la compréhension des recommandations et des conditions préalables nécessaires à leur implantation (12).

Objectifs

Le présent rapport s'inscrit dans le premier objectif de production de données probantes utiles et adaptées. Plus spécifiquement, nous cherchons à :

- 1) Mobiliser les parties prenantes (décideurs, professionnels, patients, citoyens) pour :
 - a. brosser un portrait des enjeux particuliers des urgences rurales selon les différentes perspectives ;
 - b. identifier des solutions pour l'amélioration de la qualité et de la performance des urgences rurales et ;
 - c. appréhender les barrières et facilitateurs liés aux solutions.

Méthode

Démarche générale

Une démarche de recherche-action participative a été privilégiée, afin de favoriser l'appropriation des résultats par les milieux. Ce type de recherche nous permet en effet d'adopter une perspective de co-construction susceptible de favoriser la mise en place des recommandations (13, 14).

Une méthodologie mixte (qualitative et quantitative) a également été privilégiée afin de favoriser le processus rigoureux, souple et créatif nécessaire à l'atteinte des objectifs.

La recherche a bénéficié de l'évaluation du Comité d'éthique à la recherche du CISSS Chaudière-Appalaches. Le no d'approbation du projet est MP-23-2017-396.

Urgences participantes

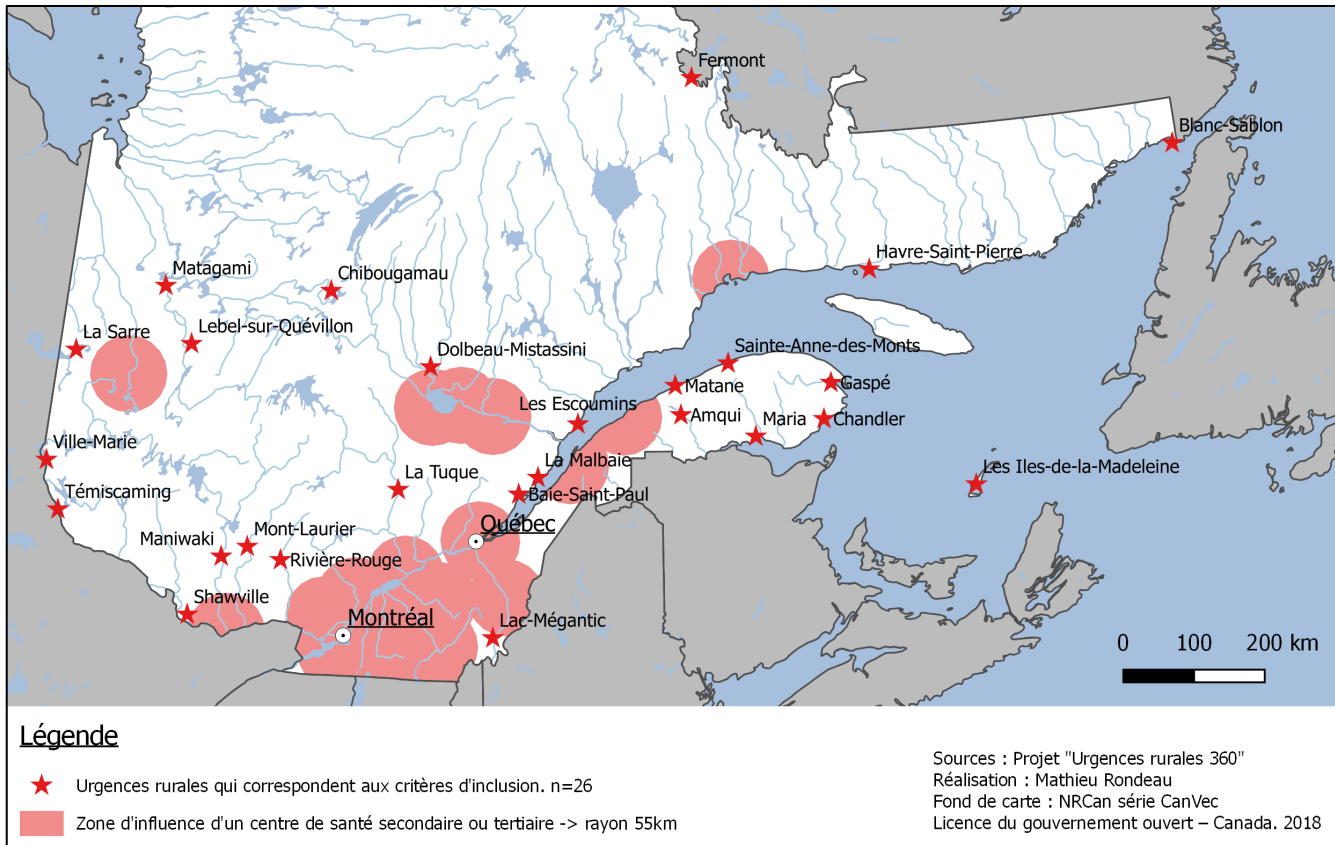
Toutes les urgences québécoises qui correspondent à nos critères d'inclusion et d'exclusion ont été incluses dans la recherche (n=26 ; Figure 1). Ces critères ont été définis afin de favoriser une relative homogénéité entre les milieux et de faciliter les comparaisons :

- Urgences offrant une couverture médicale 24/7 ;

23-05-03

- **Hôpitaux** comprenant des lits d'hospitalisation¹ ;
- Urgences qui sont situées dans des villes de moins de 15 000 habitants selon le recensement de 2016 (15)²
- Urgences qui sont à plus de 50 minutes d'un centre de traumatologie secondaire ou tertiaire (16)³ ;
- Exclusion des régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James).

Figure 1 : Carte des urgences rurales du projet Urgences rurales 360



Études pilotes

Deux études pilotes ont été réalisées afin de tester la méthodologie et les outils de collecte de données du projet. Ces études ont été réalisées dans trois milieux différents (qui participent aussi au projet 360) en 2015 et 2016. 91 participants aux profils variés ont participé aux deux projets via des entrevues individuelles et de groupe. L'analyse des données de ces études a permis de jeter les bases de la présente recherche. Les données de ces projets ont fait l'objet de publications distinctes (**17 et à venir**) et ne sont pas présentées ici, à moins d'indication contraire.

¹ Capacité de garder un patient plus de 72h; i.e. de dépasser le séjour à l'urgence.

² Statistique Canada établie à 10 000 habitants la limite pour être considéré « petite ville rurale » (15). Nous avons tenu compte de la fluctuation de la population en milieu rural et de l'augmentation générale de la population canadienne depuis 2001 pour établir la limite à 15 000 habitants dans le cadre de cette étude.

³ Le temps de transport est celui estimé par Google Maps, entre les hôpitaux, en voiture. Selon une étude américaine, bien qu'imparfait, le logiciel Google Maps est le plus fiable pour estimer les temps de transports préhospitaliers (16). Selon cette même étude, pour les transports de plus de 20 minutes, l'estimation de Google Maps était en moyenne 9.8 [±10.5] minutes inférieure aux temps réels. Ainsi, dans le cadre de la présente recherche, nous avons établi à 1 heure la distance minimale des urgences étudiées avec un centre de traumatologie secondaire ou tertiaire. Une marge d'erreur de 10 minutes a été appliquée, si bien que les hôpitaux qui sont à plus de 50 minutes d'un centre de traumatologie secondaire, secondaire régional ou tertiaire selon GoogleMaps sont inclus dans l'étude.

Volet quantitatif

L'objectif de ce volet était de dresser un portrait statistique complet des urgences rurales québécoises (temps d'attente, personnel, ressources, etc.). Pour ce faire, plusieurs éléments ont été identifiés par l'équipe de recherche, qui a utilisé diverses sources de données pour avoir accès à cette information :

- MSSS, Direction des services hospitaliers, du préhospitalier et des urgences, Données 2016-17 sur les urgences;
- Rapports statistiques annuels 2016-2017 des établissements⁴ ;
- Questionnaire de données rempli par le champion ou une personne désignée par lui dans, toutes les urgences rurales participantes (disponible en annexe 1).

Les données, qui concernent l'année 2016-17, ont fait l'objet d'une première analyse statistique descriptive réalisée avec le logiciel Excel, avant d'être validée auprès des milieux (champions). Quelques corrections ont ensuite été apportées. Les données sont rassemblées dans des tableaux présentés tout au long du rapport.

Volet qualitatif

Les objectifs du volet qualitatif étaient de :

1. Mobiliser les parties prenantes (décideurs, professionnels, citoyens) ;
2. Brosser un portrait des enjeux particuliers des urgences rurales selon les différentes perspectives ;
3. Identifier des solutions pour améliorer la qualité et la performance des urgences rurales ;
4. Appréhender les barrières et facilitateurs liés aux solutions.

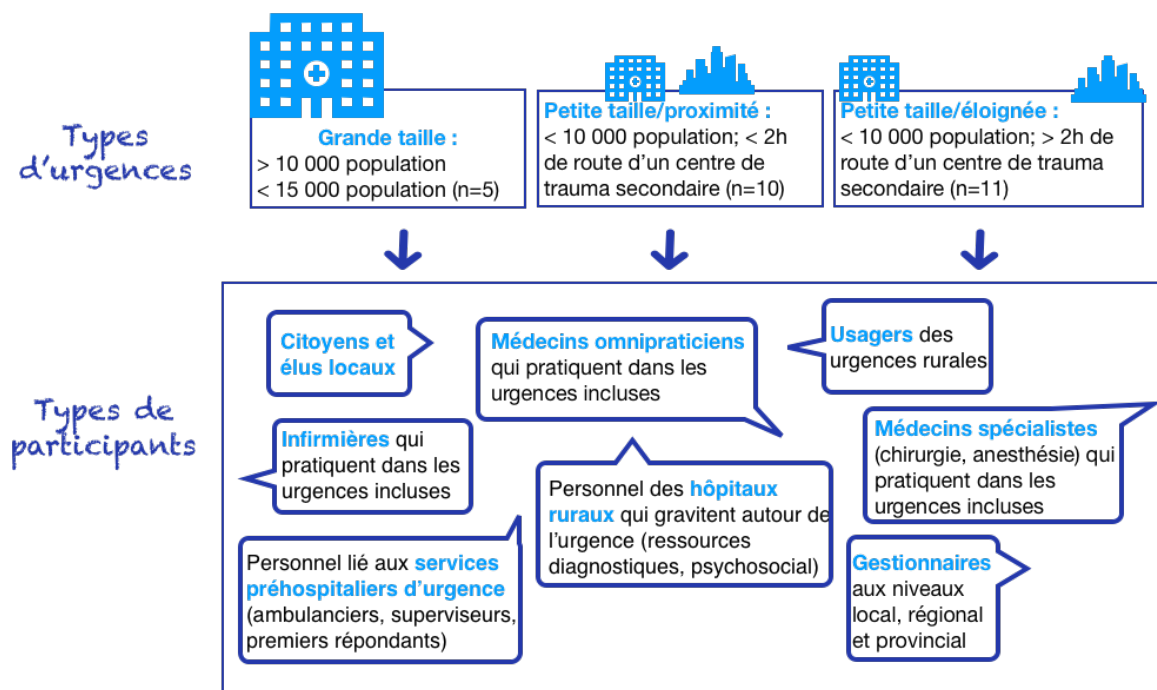
La collecte de données s'est effectuée via des entretiens semi-dirigés individuels et de groupe menés par deux professionnelles de recherche, en présentiel, visioconférence ou au téléphone, entre septembre 2017 et juillet 2018. Les guides d'entretiens, adaptés à chaque type de participants et d'entrevues, visaient à répondre aux objectifs ci-haut. Ils sont en annexe 2. Les entrevues ont été enregistrées et ont fait l'objet d'une retranscription verbatim. Les participants à la recherche ont également donné leur consentement et rempli un questionnaire de données sociodémographiques.

Recrutement

Deux principes ont guidé le recrutement des participants aux entrevues : la diversification des points de vue et la saturation des données. Ainsi, huit catégories de participants et trois types d'urgences ont tout d'abord été identifiés (Figure 2). Le recrutement s'est ensuite déroulé de façon à couvrir tous les types de participants et d'urgences et en prenant soin d'inclure une diversité dans les régions sondées. L'analyse des données, qui s'est déroulée de façon itérative en même temps que la collecte, a permis de porter une attention à la saturation des données et de mettre fin à la collecte, une fois tous les types d'urgence et de participants rencontrés et à partir du moment où l'ajout de matériel empirique n'apportait plus de données différentes ni de modifications à la codification (18, 19).

⁴ Accessibles sur le site web du MSSS au http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001972/?&txt=statistiques&msss_valpub&date=DESC

Figure 2 : Division des urgences participantes en trois types et identification des types de participants



Le recrutement des participants s'est effectué principalement via les champions des milieux ciblés, qui ont indiqué des participants potentiels pour chacune des catégories identifiées par l'équipe de recherche. L'équipe de recherche a ensuite contacté ces personnes pour leur demander de participer au projet. L'équipe de recherche a également contacté certains individus directement, sans qu'ils aient été identifiés par les champions, soit parce qu'ils occupaient un poste clé ou qu'ils avaient été recommandés par d'autres participants.

Analyse

L'analyse thématique des données, supportée par le logiciel N'Vivo, a permis de dégager de façon inductive une arborisation (thèmes et sous-thèmes) d'enjeux et de solutions susceptibles d'améliorer la performance des urgences rurales. L'analyse a aussi permis de faire ressortir des informations de nature qualitative associées aux solutions (contexte, faisabilité, etc.). L'analyse des entrevues des différents milieux a été réalisée de façon transversale, cherchant à faire ressortir les enjeux communs aux urgences rurales et les pistes de solutions souhaitées ou mises en place dans certains milieux qui pourraient répondre aux enjeux communs.

La codification a été inspirée de celle réalisée lors de la seconde étude pilote, tout en étant évidemment adaptée aux nouvelles données. Trois professionnelles de recherche se sont partagé la codification. Elles ont collaboré étroitement tout au long du processus de codification et d'analyse afin d'assurer une uniformité dans la codification et de s'assurer de la clarté des catégories. L'analyse a aussi été soumise à des discussions avec les co-chercheurs et une experte en analyse qualitative.

Volet validation des données qualitatives

Afin de valider les données qualitatives auprès des répondants, un sondage de validation a été créé. Ce sondage constituait un résumé de l'analyse des données recueillies et comportait des questions de validation **telles que** « reconnaissez-vous votre milieu dans cette description ? » et des questions de priorisation **telles que** « croyez-vous que l'implantation de cette solution soit prioritaire ? ». Le sondage LimeSurvey a été envoyé à tous les champions. Il a permis de valider l'adéquation de l'analyse avec l'expérience des milieux qui ont répondu. Les résultats des questions de priorisation seront présentés dans la section résultats. Le questionnaire est disponible en annexe 3.

Résultats

Participants à la recherche

Le Tableau 1 présente la participation au projet de recherche, pour chacun des volets – questionnaire quantitatif, entrevues, questionnaire de validation – en fonction des urgences (n=26 ; associées à un numéro aléatoire).

Tableau 1 : Participation au projet par urgence et par volet			
Milieux	Questionnaire quantitatif	Participation entrevues	Questionnaire validation
1	X	X	X
2	X		
3	X		X
4	X	X*	X
5	X		
6	X		X
7	X	X	X
8	X		
9	X	X	X
10	X		X
11	X	X	X
12	X	X*	X
13	X		X
14	X		X
15	X	X	X
16	X		X
17	X		
18	X	X	X
19	X	X	
20	X		
21	X		X
22	X	X	X
23	X		
24	X		X
25	X		X
26	X	X*	X
Total	26 (100%)	11 (42%)	19 (73%)

* : *Participation aux entrevues des projets pilotes*

Ce tableau permet de constater que 100% des urgences ont participé à au moins un volet de l'étude (quantitatif) et que 77% des urgences ont participé à deux volets ou plus. Le Tableau 2 permet quant à lui de constater que 100% des CISSS/CIUSSS inclus dans la recherche (n=12) ont participé à deux volets ou plus de la recherche.

Tableau 2 : Participation au projet par CISSS/CIUSSS et par volet

CISSS/CIUSSS	Questionnaire quantitatif	Participation entrevues	Questionnaire validation
A	X	X	X
B	X	X	X
C	X	X	X
D	X		X
E	X	X	X
F	X	X	X
G	X		X
H	X	X	X
I	X	X	
J	X	X*	X
K	X	X	X
L	X	X*	X
Total	12 (100%)	10 (83%)	11 (92%)

* : Participation aux entrevues des projets pilotes seulement

Au total, 84 personnes ont participé à la recherche via une entrevue individuelle ou de groupe. Le tableau 3 présente le nombre de participants en fonction de leur type.

Tableau 3 : Répartition des participants aux entrevues en fonction du type de participants et du type d'entretien

Types de participants	Entretiens individuels	Entretiens de groupes	Total de participants
Citoyens (élus, citoyens interpellés, usagers)	6	3	16
Médecins (omnipraticiens et spécialistes)	15	0	15
Gestionnaires (MSSS, CISSS/CIUSSS, Urgences)	12	1	15
Personnel infirmier (urgence, tous quarts)	8	2	13
Services diagnostiques (radio., labo., échographie, etc.)	2	2	12
Services préhospitaliers d'urgence (ambulanciers, superviseurs, 1 ^{ers} répondants)	1	2	12
Personnel psychosocial (travailleurs sociaux, psychologues)	5	0	5
Total	49	10	84

Le tableau 4 expose quelques caractéristiques sociodémographiques des participants rencontrés. On peut y constater qu'une majorité de femmes a participé aux entrevues. Les moyennes d'âge et d'années d'expérience des divers professionnels montrent aussi que les participants rencontrés avaient généralement une bonne expérience du terrain.

Tableau 4 : Principales caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques	Données
Sexe (n=84)	Hommes : 30 (36%) Femmes : 54 (64%)
Âge (n=70)	Moyenne 45,7 ans \pm 57,2
Années d'expérience au poste actuel (n=57)	Moyenne 13,5 ans \pm 24,3
Années d'expérience à l'hôpital/ville étudiée (n=52)	Moyenne 13,4 ans \pm 23,7

Données d'ordre général sur l'unité d'urgence

Le tableau suivant rapporte quelques données générales permettant de donner un portrait global de la taille des urgences étudiées. On peut y constater que les hôpitaux dans lesquels sont situées les 26 urgences rurales à l'étude ont, en moyenne, 31 \pm 17 lits d'hospitalisations, excluant ceux situés dans le département d'urgence. De tous les centres, 18 (69%) ont une désignation trauma primaire, 6 (23%) sont désignés comme des centres de stabilisations et 2 (8%) n'ont aucune désignation en traumatologie. Il y a en moyenne 6 (\pm 2) civières par département d'urgence. Il y a eu en moyenne 15 485 (\pm 5276) visites dans les urgences, dont une majorité (12 498 visites soit 79,61%) est des cas de niveau 4 ou 5 au triage. En moyenne, 1449 (\pm 1124) patients sont partis sans être pris en charge, soit 9,36% du nombre total de visites. La durée moyenne de séjour est de 4h10 (\pm 1h20) et le temps moyen de prise en charge médicale est de 1h49 (\pm 45minutes).

Tableau 5 : Données générales sur le centre hospitalier et l'unité d'urgence (n=26) 2016-2017

Nb lits d'hospitalisation (excluant urgence)*	Moyenne : 30,62 \pm 17,09	
Désignation trauma**	18 centres primaires	69,23% des UR
	6 centres de stabilisation	23,08% des UR
	2 aucune désignation	7,69% des UR
Nb civières***	Moyenne : 5,66 civières /urgence \pm 2,16	
Nb visites totales***	Moyenne : 15 485 visites \pm 5276	
Nb départs sans prise en charge médicale***	Moyenne : 1448,79 \pm 1123,78	
Durée moyenne de séjour (heure:minutes)***	Moyenne : 04:10 \pm 1:20:01	
Nb cas triage niveau 1-3****	Moyenne 3201 cas / année / urgence \pm 1906 soit 20,39% des cas	
Nb cas triage niveau 4-5****	Moyenne 12 498 cas/année/urgence \pm 4118 soit 79,61% des cas	
Délais de prise en charge médicale moyens****	Moyenne : 01:49 \pm 00:45	

* Données du questionnaire aux urgences

** Données SIRTQ

*** Données MSSS 23/26, données région 1/26, manquantes 2/ 26

**** Données MSSS 23/26

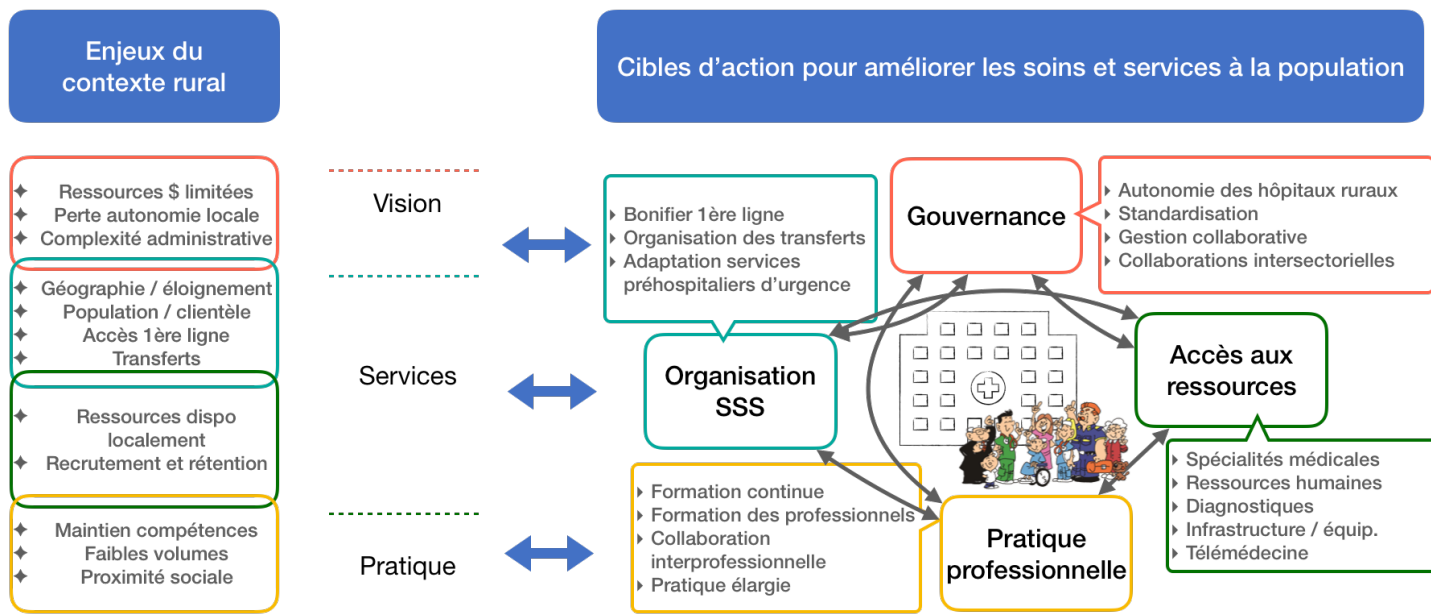
Description des enjeux et des cibles d'action pour améliorer les services

Les résultats du questionnaire de données sur l'urgence, des entrevues et du questionnaire de validation seront présentés ensemble, regroupés par thème, afin de créer un dialogue entre les sources de données. Cette conversation permettra de cerner globalement les enjeux et cibles d'action pour améliorer les soins et services d'urgence en milieu rural et de poser les bases pour la suite du projet de recherche.

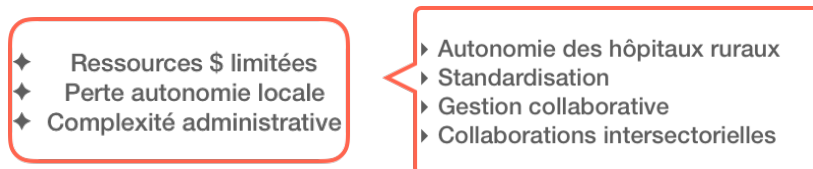
La Figure 3 résume les données et illustre les liens qui peuvent être faits entre d'une part les enjeux propres au contexte rural et d'autre part les cibles d'action adaptées pour améliorer les soins et services d'urgence à la population. Les différents thèmes et liens ont émergé de l'analyse des données qualitatives. Cette figure permet de voir que les défis et opportunités

des urgences rurales québécoises sont principalement liés à la vision, aux services et à la pratique. Les paragraphes suivants permettront de décortiquer cette figure en s'intéressant aux 4 grands thèmes que sont la gouvernance, l'organisation des services, l'accès aux ressources et la pratique professionnelle. Les enjeux et cibles d'action seront abordés conjointement par thèmes étant donné leurs liens forts.

Figure 3 : Enjeux et cibles d'action pour améliorer les services



Gouvernance



La thématique de la « gouvernance » regroupe les enjeux et cibles d'action liés au contexte organisationnel, administratif et politique des urgences à l'étude. Il s'agit donc d'un thème transversal qui est étroitement lié aux autres thèmes de l'analyse. D'abord les participants ont soulevé le contexte de ressources financières limité qui impose de faire des choix, en fonction de différentes perspectives. Le contexte de gestion à l'échelle des CISSS/CIUSSS permet ensuite de soulever les enjeux et solutions liés à la perte d'autonomie locale, la complexité administrative, la standardisation et la gestion collaborative.

Le contexte de **ressources financières limitées** a été apporté par plusieurs participants comme un élément d'influence majeur sur la gouvernance des urgences rurales. Bien que nos questions d'entrevues ne portaient pas directement sur le sujet, plusieurs participants ont présenté le contexte de ressources financières limitées comme un état de fait général qui limite les améliorations qui pourraient être faites dans les urgences. Certains participants sont révoltés face aux coupes budgétaires et aux ressources limitées et anticipent des conséquences négatives pour la santé des patients. D'autres, des gestionnaires surtout, insistent sur les particularités des milieux ruraux qui limitent la comparabilité avec les milieux urbains et appellent, selon eux, à un financement plus équitable. Le financement par activité, par exemple, est perçu comme étant désavantageux pour les milieux ruraux.

Pour certains participants aux entrevues, le contexte de ressources financières limitées oblige à faire des choix déchirants, qui doivent être guidés par la perspective clinique :

Il faut vraiment y aller avec une logique de « est-ce que c'est pertinent? Est-ce que c'est efficient? Est-ce que ça vaut vraiment la peine? » [...] Maintenant, qu'est-ce qu'on fait, t'sais, quand on a LE cas qui

arrive à 3 h du matin, là? Ça fait que là, bien, on les met tous en perspective « OK, on fait quoi? La radiologie change-t-elle quelque chose? Est-ce que le laboratoire change quelque chose? » T'sais, c'est tout ça, là. Ça fait qu'on l'analyse avec eux [les médecins] cliniquement, puis après ça, bien, on prend les décisions. [...] ça reste que c'est des choix difficiles et déchirants à faire. [EI53_ges]

Cependant, d'autres participants déplorent que cette logique mène à un effritement graduel des services en milieu rural; les volumes justifiant toujours une diminution des services et la perte d'un service en entraînant un autre.

Pour un autre gestionnaire, c'est vers la polyvalence que les petits milieux doivent se tourner pour offrir une gamme de service à la population, malgré les limitations budgétaires :

Les petits milieux sont appelés à toujours regarder comment ils offrent l'ensemble des services qu'ils ont à offrir [...] Mais t'sais, c'est sûr que je peux pas me permettre de mettre trois infirmières à l'urgence, trois en obstétrique ou trois en... t'sais, si je sais pas si je vais avoir un cas. Donc cette flexibilité-là, cette capacité aussi d'avoir des connaissances élargies, contrairement à un gros modèle urbain où tu sais que t'es à l'urgence, tu restes là, tu n'as qu'à faire de l'urgence, dans des milieux ruraux, je pense qu'il faut faire appel à cette flexibilité et davantage de connaissances. C'est quoi les services qui sont offerts, dans le fond, jour, soir, nuit, puis quel est le bassin de ressources que j'ai besoin pour faire face à cette mobilité-là? Et là, bien, il y aura une variante et un équilibre qui va s'installer par rapport à ça, sinon, je vais avoir des équipes partout qui vont se tourner les pouces. Mais j'ai besoin d'un minimum de base, parce que je reste ouvert 24 heures sur 24. Ça fait que j'ai l'obligation de garder les services ouverts, puis j'ai une gestion de risques à faire par rapport à l'équipe que je dois mettre en place pour offrir cet accès-là. Ça fait qu'il y a pas de réponse unique et mathématique claire. [GD29_ges.]

Au-delà de l'aspect financier, le contexte de gouvernance de la grande majorité des urgences étudiées au moment des entrevues (2017-2018) était sans conteste influencé par la récente réforme sur la gouvernance de la santé et des services sociaux (avril 2015), qui a donné naissance, par une fusion des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) d'une région sanitaire donnée, aux Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS). Pour la grande majorité des urgences de notre étude (22/26), cette réforme a signifié la fusion de leur CSSS avec ceux de la même région et conséquemment étendu considérablement le territoire et l'échelle de gouvernance.

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les participants aux entrevues nous aient parlé d'un sentiment de **perte d'autonomie locale** sur certains enjeux. Plusieurs personnes rencontrées (usagers, citoyens, professionnels, gestionnaires locaux) ont en effet l'impression d'être "noyées" dans une grosse entité et de perdre une voix locale forte pour faire valoir leurs particularités et leurs besoins auprès du Ministère ou de futurs employés ; ils souhaiteraient retrouver une certaine autonomie locale :

[Participant 1] si les décisions sont prises à 7 heures de route, là... il y a quelque chose qui se perd entre deux chaises, puis entre trois chaises!

[Participant 2], Mais le moral de l'histoire aussi c'est qu'en milieu rural, les décisions ne se prennent plus en milieu rural. Normalement, maintenant, pour toutes les petites urgences du Québec, il n'y a pas une décision qui est prise au CH même. C'est fini, ça. Ça fait que c'est pour ça que tout [...] ce qu'il y a à côté, là, c'est devenu très gros parce que c'est embarqué dans une machine. [FG09_cit]

C'est comme si on ne peut plus avoir la créativité locale, la couleur locale pour trouver les solutions adaptées aux réalités locales. [...] Il faudrait que ça soit réglé comme la même façon que c'est fait ailleurs. « Ah! Il n'y a pas ça dans les laboratoires de telle place, ça fait qu'on ne l'aura pas à telle place. » Pff! Pendant ce temps-là, la population locale pourrait être servie, mieux, par une autre solution tout à fait satisfaisante, puis on... Ailleurs, ils justifieront que ça ne s'applique pas ailleurs, mais qu'ici, ça pourrait se faire. [...] Puis ça prend une gestion locale avec un peu de pouvoir, aussi. Mais ce n'est pas « pouvoir » pour... pas pour instaurer un rapport de force, pour avoir de l'autonomie, un peu. [EI05_md]

Si les fusions ont été vécues différemment selon les milieux et la façon dont elles ont été mises en place, les milieux qui ont vécu la perte de cadres aptes à prendre des décisions locales ont été plus enclins à rapporter des effets négatifs des fusions et un sentiment de dilution de leurs enjeux et besoins. Il est aussi intéressant de noter que selon plusieurs milieux rencontrés, les fusions ont avantagé les plus grandes villes du territoire au détriment des plus petits centres, qui revendiquent une centralisation de certains aspects vers les plus petits centres (avoir chez eux le service de la paie, par exemple).

L'une des façons dont se manifeste le sentiment de perte d'autonomie locale dans les milieux est par l'imposition, par le CISSS/CIUSSS dont le siège social est situé dans la plus grosse ville de la région (c'est-à-dire pas celle de la plupart des urgences rurales du projet), de décisions perçues comme étant peu au fait du contexte géographique, organisationnel et populationnel local et donc difficilement applicables.

La **complexité administrative** associée aux fusions apparaît également évidente pour la plupart des participants rencontrés. Les changements de postes et de règles administratives semblent avoir en effet grandement complexifié la communication et ralenti la progression des petits dossiers. Cela est probablement d'autant plus prenant que dans les petits milieux, la communication avait tendance à être souvent informelle et rapide « on se croisait à la cafétéria ». Il est à noter que les citoyens impliqués dans les comités d'usagers voyaient aussi une augmentation de la lourdeur administrative qui contribue à la démobilitation des acteurs.

Pour plusieurs participants aux entrevues, il semblait aussi plus facile de mettre des initiatives en place avant les fusions, comme la mobilisation des parties prenantes se faisait à plus petite échelle. D'autres milieux mentionnent toutefois que l'engagement peut permettre d'améliorer les choses localement :

Au niveau de l'urgence, on a quand même une écoute des gestionnaires locaux, puis t'sais, quand... des fois, ça arrive, là, de proposer des changements puis de s'arranger pour pas que ça monte aux oreilles des hauts gestionnaires puis d'essayer de régler ça localement pour que ça bouge plus vite, là, puis c'est encore un peu possible. Ça fait que ça, je pense que c'est un avantage du fait qu'on soit un petit endroit, là. [...] ça fait que la mobilisation d'une équipe est encore là, mais aussitôt que, justement, on commence à monter dans les échelons, puis de se ramasser à l'échelle du CISSS, là, il y a plus rien de faisable à court terme. [EI35_md]

Le Tableau 6 résume les cibles d'action potentielles liées au thème de la gouvernance ainsi que leur degré de priorisation, selon les champions qui ont participé au questionnaire de validation.

Tableau 6 : Pourcentages de certaines réponses des champions (n=19) aux questions du questionnaire de validation « quel degré de priorité devrait être accordé aux solutions suivantes pour adresser les défis en lien avec la gestion des urgences ? » et « quel degré de priorité devrait être accordé aux solutions suivantes liées à la pratique professionnelle en milieu rural ? »						
	1 Pas du tout important	2 Peu Important	3 Moyenne ment important	4 Important	5 Très important	Ne sait pas
Donner plus d'autonomie décisionnelle aux urgences localement	0.00%	0.00%	15.79%	42.11%	42.11%	0.00%
Standardiser les normes, règlements, pratiques entre les urgences d'un même CISSS/CIUSSS	0.00%	5.26%	0.00%	15.79%	73.68%	5.26%
Réduction de la complexité administrative	0.00%	0.00%	0.00%	36.84%	63.16%	0.00%
Gestionnaire local décisionnel	0.00%	0.00%	0.00%	31.58%	68.42%	0.00%

Favoriser l'implication des citoyens dans la gestion de l'urgence	0.00%	5.26%	36.84%	52.63%	5.26%	0.00%
Favoriser l'implication des comités des usagers dans la gestion	0.00%	5.26%	31.58%	57.89%	5.26%	0.00%
Consolider les liens entre l'urgence et le milieu communautaire ou municipal	0.00%	0.00%	21.05%	52.63%	26.32%	0.00%
Méthode Lean	5.26%	0.00%	15.79%	52.63%	21.05%	5.26%
Amélioration du suivi statistique	0.00%	5.26%	26.32%	47.37%	21.05%	0.00%
Améliorer l'évaluation de la performance	0.00%	0.00%	31.58%	15.79%	52.63%	0.00%

Tel qu'illustré par le Tableau 6, les répondants exprimaient, en même temps qu'un désir de personnalisation, de ne pas « perdre les couleurs locales » ou de « diluer les enjeux locaux dans la machine » ; un fort **besoin de standardisation**, de partage de ressources cliniques et administratives avec le CISSS/CIUSSS et de mesure des progrès.

Ainsi, le partage d'expertise apparaît comme un bon moyen d'améliorer la qualité des soins selon plusieurs participants. Il peut se faire à travers le partage et l'harmonisation des protocoles au niveau des CISSS/CIUSSS ou au niveau national, avec une adaptation locale :

Puis on perd un temps fou à chaque trois ans à recommencer les protocoles, les vérifier. On est tous pareils, on n'a pas le temps de s'occuper des protocoles. On prend le téléphone, puis on appelle nos amis qui les ont travaillés dans les grands centres qu'ils nous les envoient. Mais en pratique, ça devrait se faire au jour le jour dans tout. Les nutritionnistes qui ont fait un paquet de bonnes recettes à l'Hôpital Laval, puis à Montréal pour les insuffisants rénaux, les cardiaques, [...] tout ce qu'on peut penser, elles ont toutes été réfléchies, ces recettes-là. Qu'ils les mettent sur l'Internet, puis qu'ils les partagent avec l'ensemble du réseau. [Ici], quand ça va être le temps de nourrir quelqu'un qui a un problème de diabète sévère, il ne cherchera pas de midi à quatorze heures des recettes, il va aller là-dessus. [EI02_md]

La Figure 4 illustre que selon les champions qui ont répondu au questionnaire de validation, l'harmonisation des protocoles devrait être une priorité et être coordonnée plutôt par des comités régionaux.

Figure 4 : Réponses des champions (n=19) à la question « l'harmonisation des protocoles devrait être coordonnée par : (plus d'une réponse possible)



23-05-03

Les comités cliniques mandatés pour évaluer la performance (par exemple comités de trauma) et l'amélioration du suivi statistiques à l'échelle du CISSS/CIUSSS ont aussi été mentionnés comme des cibles d'action potentielles pour améliorer les enjeux cliniques et de gouvernance des urgences rurales.

Cependant, plusieurs participants ont aussi mentionné les écueils liés à la gestion de la performance via des statistiques dans le milieu de la santé :

C'est sûr que les demandes sont énormes, là, du ministère. Je trouve que c'est beaucoup axé sur les statistiques, puis non sur le client, moins sur le clinique : ce que nous, les TS, on a un petit peu de misère avec ça parce qu'on n'est pas des machines à stats, on aide le monde, là! [...] T'sais, on state ce qu'on fait. Il y a des choses qui ne rentrent pas dans les statistiques. Si je fais une démarche parce que j'ai un client qui n'a plus de frigo, qu'il est brisé [...] Ça fait que là, je fais des démarches avec les Chevaliers de Colomb, j'appelle au Centre de dépannage. Toutes ces démarches-là, même si ça m'a pris 3 heures, je ne pourrai pas le stater. [...] Ce qu'ils nous demandent de faire comme stats, ce n'est pas représentatif du travail d'une travailleuse sociale. Puis en même temps, bien, moi, tant que mon client est bien, la stat, ça m'importe peu. Sauf que le gouvernement, veut, veut pas, met des cibles. Ça fait que les gestionnaires, à un moment donné, n'ont pas le choix de dire : « Là, il faut que tu atteignes ta cible. » [EI10_psy]

Barrette a donné des ordres qu'il faut absolument que les patients ne soient pas plus que 20 heures à l'urgence. Il ne faut pas qu'ils soient... Il faut qu'ils montent quand ils sont admis. On a deux heures pour monter le patient. Si tu n'as pas de lit en haut, tu les mets dans le corridor pour les cacher. C'est affreux, ça, c'est terrible! [...] Puis on traite les patients par numéros. Et nous, on est traités par numéros aussi. [...] C'est parce que nous, on est à l'extérieur. Comme là, présentement, là, on passe un TACO, mais on n'a pas de radiologiste ici. Il faut attendre après 9 h, [le radiologiste de la ville] qui va le lire quand ça va lui tenter. Puis des fois, on attend 4-5 heures. Ça fait que ça, ça va dans nos stats d'urgence. Ça nous retarde beaucoup. Nous, on se trouve à perdre des points. [FG20_inf]

Il semble donc que les milieux doivent naviguer entre l'importance de reconnaître les particularités locales/dangers de la standardisation et l'importance d'édicter, de suivre et de monitorer des normes et standards. C'est peut-être ce participant qui arrive le mieux à réconcilier ces deux positions lorsqu'il affirme :

Il faut faire attention entre standardisation puis harmonisation. Moi, je crois à une harmonisation. Moi, ici, tu me dis « dans quelques années il faudrait se diriger vers ça, vers tel processus. » C'est correct. C'est-à-dire que tous les changements tu vas les faire en cette fonction-là. Mais je pense qu'il faut aller vers une harmonisation. [EI60_ges]

Il est aussi intéressant de noter que les urgences, dans lesquelles un portrait assez positif de la gouvernance et plus spécifiquement des fusions administratives était dressé par une majorité d'acteurs, insistaient toutes sur l'importance de la **gestion collaborative** (professionnels, usagers, co-gestion, médecins à des postes clés, etc.), sur l'importance, pour les gestionnaires, de rester connectés au terrain ou sur l'intérêt d'une méthode de type Lean pour la gestion de l'urgence. Il est d'ailleurs intéressant de noter que selon les milieux où cette approche semble être déployée de façon importante, elle constitue un bon moyen pour réconcilier le personnel avec la gestion par statistiques, décrite plus haut:

Nous, on est même très avancés au niveau des salles de pilotage, au niveau des matrices de cohérence, des stations visuelles qui sont déployées dans les équipes. Je pense que ça, au niveau de l'administration, c'est là le lien entre la haute direction puis le personnel terrain. Où je veux en venir, c'est que chaque direction, bien, évidemment, on a des livrables, hein, avec soit les priorités du ministre ou les cibles de l'entente de gestion, etc., mais nous, maintenant, c'est déployé en matrices de cohérence. [...] Ça fait que vous voyez, il y a vraiment un lien entre l'entente de gestion puis le terrain pour dire « bien, regarde, gang, on a ça à faire, puis dans les opérations, nous autres, quels moyens on va prendre ensemble? » Là, bien, ça remonte dans le sens que moi, je suis les indicateurs dans mon bureau. P4, P5 à l'urgence, c'est exactement le même principe. [EI27_ges]

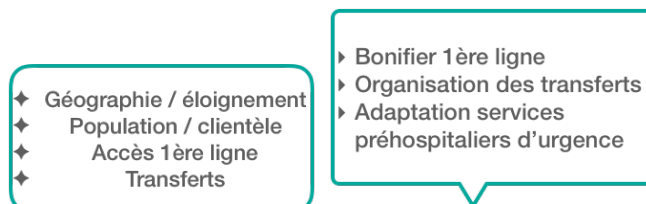
Un autre exemple intéressant provient d'un comité des usagers qui s'appuie sur une approche collaborative afin d'éviter aux patients de recourir aux plaintes formelles :

Ça fait que là, ce qu'ils sont en train de regarder au niveau du comité des usagers, c'est de voir, de ne pas juste prendre une plainte, puis d'aller au front pour régler la situation. Mais, c'est de travailler en collaboration avec les gens des différents départements pour voir, « il y a une situation X qui s'est produite, comment on peut faire pour remédier à ça? [...] Puis dans le fond, de prendre les commentaires des gens, puis essayer de trouver une solution avec les chefs de département ou les chefs de programme, etc.. [...] Ça fait que si les personnes ont peur de porter plainte, ils ne portent pas plainte, puis ils continuent d'endurer le malaise. Aussi bien de travailler autrement. Ça fait que là, on essaie de faire ça de cette façon-là pour que... le comité va essayer de travailler autrement. [EI32_cit]

L'intérêt de la **collaboration avec le milieu** est également apparu chez plusieurs participants citoyens et élus, pour qui le système de santé doit impérativement collaborer avec différents acteurs (milieux communautaires, centres de santé autochtones) afin d'offrir une gamme étendue et intégrée de services aux usagers, mais également dans un objectif d'amélioration des services, via des collaborations pour des représentations ou des collaborations sur des enjeux connexes tels le recrutement et la rétention du personnel. Plusieurs répondants citoyens ont également mentionné l'importance du rôle des citoyens et des élus afin de garder un regard local sur la qualité des services et d'assurer des pressions afin que celle-ci soit maintenue. Notamment, quelques milieux ont créé des comités de vigilance afin de s'assurer du maintien de la qualité des services offerts localement. Ces comités prennent des formes diverses en fonction des milieux; ils sont issus de citoyens interpellés, parfois d'élus et même de représentant des institutions de santé.

Ou souvent c'est des pressions citoyennes. Je pense à l'hémodialyse il y a eu énormément de pression citoyenne. Des gens qui se sont presque laissés mourir. Il y a toute une revue de presse là-dessus. [...] Bref ça a pris toute une pression citoyenne pour que ça marche. Je ne mettrais pas la réussite de ça sur les épaules ou sur la tête des dirigeants du CISSS, car souvent c'est la pression citoyenne. [EI45_cit]

Organisation des soins et services de santé connexes à l'urgence



Ce thème rapporte les éléments en lien avec le contexte global d'organisation des services de santé périphériques à l'urgence. Ainsi, l'éloignement et l'isolement ainsi que les caractéristiques populationnelles particulières aux milieux rencontrés (fluctuation de population, population autochtone) sont apparus comme des enjeux du contexte rural qui influencent l'organisation des services. L'organisation des services de première ligne, des transferts interétablissements et des services préhospitaliers d'urgence ont également émergé comme des cibles d'actions pour favoriser une meilleure intégration des soins pour les patients des urgences rurales.

Les participants ont fait ressortir les liens entre l'organisation des soins et services de santé et les déterminants géographiques et populationnels des urgences étudiées. Ainsi, tous les types de participants et toutes les urgences ont fait référence à leur **éloignement ou leur isolement** relatif pour justifier l'organisation des services souhaitée. Pour les participants, en plus des distances à proprement parler, l'éloignement et l'isolement des milieux étaient liés à la taille de la ville dans laquelle l'urgence est située, aux risques liés aux conditions climatiques difficiles (tempête de neige, coupure de route et absence d'alternatives, etc.) et à l'accès limité aux moyens de communication tels internet haute vitesse ou les réseaux cellulaires. Pour les milieux éloignés des villes québécoises, mais situés à proximité de villes d'autres provinces canadiennes, il ne faisait pas de doute que la collaboration avec d'autres juridictions est un enjeu majeur qui a le potentiel de limiter leur éloignement. Le Tableau 7 présente les distances entre les urgences étudiées et les centres de trauma secondaires ou tertiaires. On peut y constater que la majorité des centres sont à plus de 150km d'un centre de trauma secondaire ou tertiaire.

Les caractéristiques particulières des **populations** que doivent desservir les urgences rurales étudiées influencent aussi, selon les participants rencontrés, l'organisation des services sur le territoire. Le tableau 7 montre que les villes dans lesquelles sont situées les urgences sont des petites villes d'environ 6 000 habitants. Cette moyenne cache cependant de grandes disparités entre les villes. Par exemple, la plus grande ville de notre échantillon comporte 14 568 habitants, tandis que la plus petite en comporte 1 112. Il est par ailleurs important de souligner que la population desservie par les urgences est beaucoup plus importante que celle de la seule ville dans laquelle elle est située.

Des enjeux liés au vieillissement de la clientèle, à la défavorisation et à l'augmentation des cas de santé mentale ont été rapportés par les participants. Les aspects plus spécifiques aux milieux ruraux étudiés concernaient les fluctuations saisonnières de la population et de la clientèle (en fonction du tourisme surtout, mais aussi de chantiers qui provoquent un afflux de travailleurs temporaires) et, pour les milieux situés à proximité de communautés autochtones, la fréquentation de l'urgence par des patients des communautés avoisinantes. Ce dernier élément semble très important pour ces milieux. Ainsi, la fréquentation de l'urgence par cette clientèle amène, selon les participants rencontrés, une prise en charge administrative et clinique plus complexe (corridors de services particuliers, liens avec les cliniques autochtones, absence de reconnaissance de cette clientèle dans le financement, prévalence de problématiques de santé importantes pour lesquelles les ressources adéquates manquent, culture différente).

Tableau 7 : Statistiques des urgences rurales à l'étude : population de la ville dans laquelle est situé l'hôpital et distance entre l'urgence et le centre de trauma secondaire ou tertiaire le plus proche.

Population ville 2016*	Moyenne : 5 905 ±4 491	
Distance entre l'urgence rurale (UR) et le centre de trauma secondaire ou tertiaire le plus proche**	2 UR < 75km	7,69% des UR
	9 UR entre 76 et 150km	34,62% des UR
	6 UR entre 151 et 225km	23,08% des UR
	3 UR entre 226 et 300km	11,54% des UR
	1 UR entre 301 et 375km	3,85% des UR
	5 UR > 375km ou absence de route	19,23% des UR

* Source : Statistique Canada. Recensement de 2016.

** Source : Google Maps

Selon les participants aux entrevues, **l'organisation des services de première ligne** dans les milieux a une grande influence sur la fréquentation de l'urgence et, plus globalement, sur la qualité, l'accès et l'efficacité des soins offerts aux patients. Ainsi, plusieurs patients et citoyens ont témoigné des difficultés d'accès à un médecin de famille et à des plages horaires disponibles rapidement en GMF ou en clinique. Le fait que les mêmes médecins couvrent l'urgence et les GMF est notamment vu par plusieurs participants comme un frein au développement de la couverture médicale en première ligne à l'extérieur de l'urgence. Pour d'autres participants, cependant, ce sont plutôt les habitudes des patients (consulter directement à l'urgence sans même tenter de contacter le médecin de famille) ou même des médecins (faire venir leur clientèle à l'urgence) qu'il faudrait changer.

Plusieurs intervenants ont aussi rapporté des difficultés d'accès à des ressources en santé mentale (communautaires, privé, deuxième ligne) ; tandis que quelques milieux ont aussi mentionné les défis d'accès à des places d'hébergement pour les personnes âgées (CHSLD, hébergement intermédiaire, ressources dans la communauté, etc.) ou à des ressources compétentes dans ces milieux (qui pourraient éviter plusieurs visites non-nécessaires à l'urgence à leur clientèle s'ils étaient mieux formés).

Pour plusieurs participants aux entrevues, l'accès aux services de première ligne et la promotion des services autres que l'urgence devraient être des cibles d'action pour améliorer les soins à la population et limiter l'utilisation de l'urgence pour des cas non urgents. Il semble en effet que cette fréquentation inappropriée mobilise des ressources inutilement, augmente les temps d'attente et a des incidences négatives sur la prise en charge de certains types de cas :

Comme on disait tantôt, on a beaucoup de patients qui n'ont plus de médecin de famille. Ils arrivent pour faire un ajustement des médicaments contre le diabète. Ce n'est pas ma tasse de thé. Ce n'est pas là-dedans que je travaille à la journée longue. [...] Quand on est rendu dans la troisième puis quatrième ligne d'hypoglycémiant puis tout ça, bien souvent, je vais demander de l'avis de mes collègues ou [...]

d'un spécialiste. Fait que cette partie-là, c'est sûr que, ça, je la perds un petit peu en ne faisant pas de bureau. D'un autre côté, ce n'est pas des soins urgents non plus. On se ramasse, des fois, à faire du bureau, mais à l'urgence. [EI61_md]

Mon principe à moi, c'est la personne à la bonne place au bon moment. Si t'es une personne qui nécessite des soins d'urgence, t'es à la bonne place, t'es soigné par les bonnes personnes. Si t'es une personne qui ne nécessite pas des soins d'urgence, t'es pas à ta place. Justement, j'ai passé une petite entrevue hier à la radio pour [notre région] parce qu'on parlait justement de nos petites urgences [CLSC], [...] où j'ai un très faible achalandage. Entre autres pour la nuit, je vais vous donner un exemple, c'est environ une personne à tous les 4-5 jours. C'est pas beaucoup. Bon. Les gens se préoccupent, ils vont-tu fermer l'urgence 24/7? Moi, je le vois pas comme ça. [...] tu peux maintenir tes services, mais en même temps, ce qu'il faut regarder au niveau des ressources, est-ce qu'on utilise nos ressources de façon optimale? Par exemple, [...] au lieu que l'infirmière est à rien faire, est-ce que je peux lui donner des choses à faire pour que, dans le fond, elle peut être bien, là, comme... bien utilisée, puis en même temps, elle est disponible pour le service à la population. [...] Bien, ça peut être, par exemple, là, [...] pour mettre en place des processus. [...] télésoins. [...] peut-être que les gens peuvent répondre à Info-Santé aussi. On travaille beaucoup de choses. On est quand même assez créatifs pour garder nos ressources, puis en même temps, pour que notre performance de nos urgences soit bonne quand même, puis que les services se continuent à la population. [EI25_ges]

Le Tableau 8 témoigne, d'ailleurs, de l'importance accordée par les champions qui ont répondu au questionnaire à l'amélioration de la première ligne. Par contre, plusieurs participants soulignent aussi qu'il est malgré tout « inévitable » qu'une certaine proportion de cas non urgents se retrouve à l'urgence dans les petits milieux ; qu'il est « inutile » de doubler les services pour des petits volumes de cas et même « injuste » de juger les urgences rurales à l'aide de la proportion de visites P4 et P5 :

Il y a une urgence, t'as besoin de maintenir un médecin là, à l'urgence. [...] tous les patients qui s'y présentent ont pas d'affaire à aller à l'urgence nécessairement. Il y a un grand nombre qui pourrait être vu, il y a un GMF, ils pourraient être vus dans le GMF. Mais en même temps, si tu veux garder des médecins à l'urgence, faut que tu gardes un volume d'activités, parce qu'eux autres, t'sais, en même temps, le médecin, il fera pas du bénévolat à l'urgence, là, [...] Et les gens ont pris l'habitude, parce que c'est des urgences en général où le temps d'attente est pas long, là, puis le service est donné directement, ça fait que le meilleur modèle, le bon patient au bon endroit, des fois, il est dur à intégrer par la culture du milieu, par le fait qu'il faut essayer, il faut quand même qu'il y ait un volume à l'urgence, là, parce que sinon, il y aura pas personne qui va vouloir travailler là. [GD29_ges]

Si cette dernière affirmation est loin de faire l'unanimité, il semble qu'elle soulève, tout comme les citations précédentes, le fait les milieux doivent entreprendre une réflexion sur la fréquentation de l'urgence qui prend en compte l'efficacité, les besoins et attentes de la population, et qui conserve une certaine souplesse dans la façon d'organiser les services sur le territoire, de mettre à profit les professionnels et de juger de la performance du modèle. Il est par ailleurs intéressant de noter que quelques participants de différents milieux ont souligné le fait que la proximité physique de la première ligne dans les hôpitaux favoriserait l'orientation des patients dans le bon secteur.

Tableau 8 : Pourcentages des réponses des champions (n=19) à la question « quel degré de priorité devrait être accordé à l'amélioration de ces aspects de l'accès à la première ligne dans votre milieu? »

	1 Pas du tout important	2 Peu Important	3 Moyenne ment important	4 Important	5 Très important
Accès médecin de famille	10.53%	0.00%	5.26%	36.84%	47.37%

Plages de types « urgentes » ou « sans-rendez-vous » GMF/cliniques	10.53%	0.00%	0.00%	36.84%	52.63%
Services à domicile	0.00%	0.00%	5.26%	47.37%	47.37%
Santé mentale	0.00%	0.00%	10.53%	26.32%	63.16%
Soins intermédiaires pour les personnes âgées	0.00%	0.00%	5.26%	57.89%	36.84%
Places en CHSLD	0.00%	0.00%	21.05%	47.37%	31.58%
Prévention/promotion	5.26%	5.26%	10.53%	26.32%	52.63%
Faire diminuer la fréquentation de l'urgence par les cas non urgents	0.00%	5.26%	15.79%	21.05%	57.89%

Un autre aspect important de l'organisation des services périphériques à l'urgence, pour les participants, concerne **l'organisation des transferts interétablissements**. Le Tableau 9 permet d'avoir un ordre de grandeur concernant les transferts de l'urgence dans les milieux étudiés.

Tableau 9 : Transferts interétablissements

Nb annuel transferts interétablissements de l'urgence*	Moyenne: 541 ±933,33	3,51% des visites totales
5 principales causes de transferts interétablissements en ordre d'importance (du plus au moins important)**	Cardiologie; Orthopédie; Traumatologie; Psychiatrie; Pédiatrie	

* Source : données du questionnaire aux urgences (n=25). Données très approximatives.

** Source : données du questionnaire aux urgences (n=26). Données très approximatives.

Les médecins rencontrés étaient nombreux à nous rapporter les défis liés au fait de faire accepter les transferts par les centres receveurs (défi pour le médecin rural d'évaluer la pertinence et le moment optimal du transfert, défi de faire reconnaître cette importance aux centres receveurs et défi de trouver une place à certains patients quand les centres receveurs sont à pleine capacité) :

Ils [les grands centres] ne savent pas c'est quoi, notre réalité et souvent, ça crée comme un problème de communication entre les gens, entre les centres. Et à la longue, c'est comme : « Pas encore un transfert de... » [...] Je ne sais pas comment ils ont fait ça, mais ils ont approché un peu de la réalité, puis ils ont compris comment ça se passait et ç'a créé moins de remous après. C'est comme les polytraumas [...] quand il arrive là-bas, puis qu'on se rend compte qu'il n'a pas grand-chose, on dit : « Mais pourquoi il a été transféré? » Mais il a été transféré parce qu'on ne peut pas prendre de chance. [EI16_spe]

Souvent, ils vont me dire : « On n'a pas de lit. On n'a pas de place. » Puis là, il faut qu'on magasine pour un hôpital. C'est vraiment ça, là! Ça fait que c'est une perte de temps pour nous, pour les médecins de l'urgence, pour les infirmières aussi. Pour le patient, c'est du temps perdu où est-ce qu'il aurait pu avoir déjà son traitement ou les soins requis qu'on n'a pas ici. [EI13_md]

Les autres types de professionnels et les gestionnaires ont surtout parlé des défis associés à la mobilisation du personnel pour préparer le transfert (niveaux administratif et médical) et pour accompagner les patients, parfois sur de longues distances. Dans certains milieux, cet accompagnement peut retarder le départ en transfert tandis que d'autres milieux

23-05-03

expérimentent alors une découverte infirmière à l'urgence qui est décrite comme très insécurisante. Les patients et citoyens, eux, ont surtout évoqué les conséquences financières et émotionnelles liées aux transferts.

Les milieux pour lesquels les transferts se passent le mieux insistent sur l'importance de la fluidité et de la collaboration à toutes les étapes des transferts. Une communication facile et productive entre les établissements est également essentielle. La question des corridors de services bien établis et impossibles à remettre en question (notamment en s'appuyant sur l'idée d'établissement unique apporté par les fusions) apparaît comme une clé particulièrement importante pour les milieux. Le Tableau 10 résume les cibles d'action liées aux transferts.

Tableau 10 : Pourcentages des réponses des champions (n=19) à la question « quel degré de priorité devrait être accordé aux solutions suivantes pour adresser les défis des transferts interétablissements? »					
	1 Pas du tout important	2 Peu Important	3 Moyenne ment important	4 Important	5 Très important
Limiter le nombre de transferts en dotant les milieux de ressources supplémentaires	5.26%	21.05%	26.32%	42.11%	5.26%
Corridors clairs et impossibilité de refuser les transferts	0.00%	0.00%	0.00%	26.32%	73.68%
Disponibilité de personnel supplémentaire pour organiser les transferts	0.00%	0.00%	10.53%	52.63%	36.84%
Disponibilité de personnel de garde pour accompagner les transferts	0.00%	0.00%	0.00%	42.11%	57.89%
Amélioration des transferts aériens (avions)	0.00%	0.00%	10.53%	47.37%	42.11%
Favoriser les transferts par hélicoptères	0.00%	10.53%	36.84%	31.58%	21.05%

La question de **l'organisation des services préhospitaliers d'urgence**, également liée aux transferts, est également apparue importante aux yeux des participants rencontrés. Ainsi, les horaires de fraction, qui impliquent que les employés de garde à domicile doivent se déplacer à la caserne pour se préparer et monter dans l'ambulance (vs un horaire à l'heure qui implique que les ambulanciers sont en attente dans l'ambulance) ont été décrits par plusieurs comme ayant des conséquences négatives sur les patients (temps de réponse), mais aussi sur les employés. Il est cependant à noter que notre enquête se déroulait pendant une période de revendications syndicales pour les ambulanciers et que cela a pu influencer l'importance de ce point. D'ailleurs, depuis les entrevues, plusieurs milieux ont vu une restructuration des horaires ambulanciers sur leur territoire.

Une solution pour favoriser la réponse rapide auprès des patients d'un territoire étendu qui a été apportée par quelques participants est d'améliorer le système de premiers répondants (s'assurer d'avoir une couverture 24/7; notamment par des employés de la ville ou autre qui pourraient faire cela de façon formelle).

De façon plus générale, le petit nombre d'ambulances disponibles pour couvrir de grands territoires entraîne des enjeux de découverte lors de transferts sur de longues distances, par exemple :

Moi, je me souviens que j'avais essayé de planifier avec un répartiteur ambulancier. J'ai dit : « Il faut vraiment que mon patient parte, puis le plus tôt possible. » Puis la répartitrice ou je ne sais pas trop qui m'a dit : « Bien, docteur, voulez-vous prendre sur vous le fait qu'il n'y ait plus d'ambulance dans le secteur? » [E105_md]

Les grandes distances à parcourir, l'absence ou la faible performance des systèmes de géolocalisation et de communication dans les ambulances et pour les citoyens qui doivent appeler les secours et les conditions routières ou météorologiques sont parmi les facteurs qui complexifient les transports ambulanciers.

La standardisation des normes à travers la province peut également nuire à la couverture en milieu rural, quand on pense par exemple au fait que les ambulanciers de certaines régions auraient besoin de véhicules mieux adaptés aux conditions routières difficiles (routes non asphaltées, etc.) ou aux longs transports (ergonomie des ambulances pour les professionnels et les patients).

Tel qu'illustré au Tableau 11, la pratique élargie des ambulanciers, assisté ou pas par la télémédecine, pourrait être une solution pour l'amélioration du préhospitalier et des transferts sur de longues distances. Améliorer la formation continue des ambulanciers (simulations en équipe notamment) a également été apporté. Le service d'hélicoptère pourrait aussi être utile dans certains milieux, afin de diminuer les temps de transports et d'éviter les découvertes ambulancières lors des transferts :

Parce qu'ici, on n'a pas d'aéroport [...] Le service hélicoptère, ça pourrait être un service qui est drôlement intéressant, d'ailleurs ils l'ont dans plusieurs provinces. Au Québec, c'est une porte fermée à double tour, mais ça pourrait rendre service [...] pour les services de traumatologie, puis transfert urgent. [EI02_md]

Tableau 11 : Pourcentages des réponses des champions (n=19) à la question « quel degré de priorité devrait être accordé aux solutions suivantes pour améliorer les transports ambulanciers? »						
	1 Pas du tout important	2 Peu Important	3 Moyenne ment important	4 Important	5 Très important	Ne sait pas
Augmenter le nombre d'ambulances disponibles sur le territoire	0.00%	5.26%	21.05%	31.58%	36.84%	5.26%
Éliminer les horaires de fractions	0.00%	0.00%	26.32%	26.32%	21.05%	26.32%
Améliorer les systèmes de géolocalisation	0.00%	5.26%	10.53%	52.63%	15.79%	15.79%
Améliorer les systèmes de communication	0.00%	5.26%	10.53%	42.11%	31.58%	10.53%
Pratique élargie des ambulanciers	0.00%	0.00%	0.00%	42.11%	52.63%	5.26%
Adapter les ambulances aux routes plus difficiles (4X4)	0.00%	5.26%	15.79%	26.32%	36.84%	15.79%
Système de transport par hélicoptère en préhospitalier	0.00%	5.26%	26.32%	26.32%	31.58%	10.53%



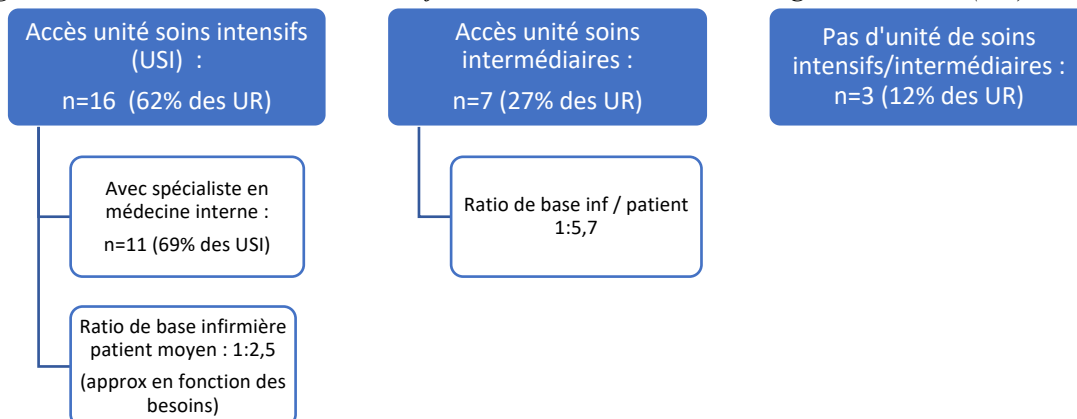
Les résultats des questionnaires de données remplis par les urgences nous renseignent sur l'accès des milieux aux différentes ressources et permettent de brosser un portrait des urgences. Les données qualitatives recueillies autour des ressources humaines et matérielles et de l'accès à des ressources diagnostiques et à des spécialités médicales permettent quant à elles de préciser le portrait statistique et de dégager les cibles d'action prioritaires pour les milieux.

La Figure 5 et le Tableau 12 nous informent sur la présence de **ressources disponibles localement** dans les urgences rurales. On peut y constater que 62% des urgences à l'étude ont une unité de soins intensifs et 27% une unité de soins intermédiaires. La plupart des établissements bénéficient aussi d'une infirmière de liaison (65%) et de préposés aux bénéficiaires (54%). Peu de milieux ont accès à des machines de dialyses (38%), un coordonnateur médical à l'urgence (31%) et un gestionnaire des grands utilisateurs (19%).

50% des milieux ont également accès une forme de **télémédecine** dans leur établissement (téléthrombolyse, PAX, textos avec des spécialistes, par exemple). Les entrevues et le questionnaire de validation ont par ailleurs fait ressortir la complexité de l'accès aux **ressources informatiques** de façon générale (dossier patient, compatibilité, facilité d'accès, etc.) et à la télémédecine en particulier. Pourtant, quelques participants nous ont mentionné les apports potentiels de la télémédecine pour leur milieu (réduire les temps de diagnostic et de traitement des patients; accompagner les ambulanciers lors des transports par un médecin à distance; guider des infirmières pour faire des plâtres, de la dialyse et d'autres activités normalement supervisées par des médecins; réduire le nombre de transferts) et leur souhait de voir cette avenue se développer. D'autres participants ont remis en question l'idée que la télémédecine puisse limiter le nombre de transferts de l'urgence devant les limitations liées au plateau technique. Les défis d'implantation de la télémédecine étaient, cependant, nombreux selon les participants. D'abord liés à l'équipement sécuritaire et confidentiel, ensuite et surtout lié à la disponibilité et à la rémunération des spécialistes à distance. À ce sujet, un participant exprime le souhait de pouvoir compter sur un réseau établi :

J'en ai parlé justement, je lui disais [au MSSS] « bien, oblige des établissements, mon RUIS... ». Parce que l'obligation, il me la donne, il m'a demandé de développer cette année deux télésantés. On est en train de le faire avec un gériatre [...], mais s'il obligeait les établissements externes, les experts, les établissements tertiaires, bien, c'est sûr que ça m'aiderait; mais il n'y a pas d'obligation. Ça fait que c'est moi qui faut qui aille cogner à toutes sortes de portes, mon DSP cogner à toutes sortes de portes.
[EI28_ges]

Figure 5 : Accès unités de soins intensifs et intermédiaires dans les urgences rurales (UR)*



* Données du questionnaire de données rempli par les urgences (n=26). Année 2016-17.

Tableau 12 : Accès dans l'établissement – divers ressources*

Ressource	Nombre d'urgences (%)
Infirmière de liaison	17 (65)
Préposé aux bénéficiaires	14 (54)
Télémédecine	13 (50)
Machine(s) dialyses	10 (38)
Coordonnateur médical désigné unité d'urgence	8 (31)
Gestionnaire des cas lourds / grands utilisateurs	5 (19)

* Données du questionnaire de données rempli par les urgences (n=26). Année 2016-17.

Concernant les **ressources diagnostiques**, tel qu'exposé dans le tableau 13, les urgences étudiées ont toutes accès 24/7 à un service de laboratoire et de radiologie de base. La majorité a aussi accès à des appareils pour échographie portatifs (81%) et à la tomodensitométrie (62%). Ce dernier appareil était d'ailleurs souhaité par certains des milieux qui n'en disposaient pas, afin notamment d'avoir accès à la thrombolyse. Ensuite, 46% ont accès à un appareil d'échographie non portatif. L'importance de l'accès à l'échographie a été soulevée lors des entrevues dans plusieurs milieux. Les défis d'accès étaient surtout liés à l'absence de radiologiste. Certains milieux réussissaient à avoir accès à cette ressource via des techniciens autonomes et une lecture à distance :

Ça fait que ça, c'est un peu tannant aussi parce qu'on irradie beaucoup plus nos patients, par exemple pour des appendicites, pour les cholécystites, alors que c'est l'échographie qui devrait être le premier moyen de diagnostic. Bien nous, nos patients, comme il y a pas de radiologiste sur place pendant ce temps-là, bien, on fait des scans. Ce qui est beaucoup plus irradiant, puis malheureusement, c'est pas ce qui est recommandé, mais comme on n'a pas de radiologiste, bien, on n'a pas le choix. [EI36_md]

La centralisation des examens de laboratoire a également été mentionnée par plusieurs participants. Pour un participant, plutôt que de centraliser vers les grandes villes, les CISSS et CIUSSS devraient en profiter pour permettre aux petits laboratoires de faire plus d'analyse et ainsi maximiser les chances de maintenir leur expertise :

Si on veut maintenir des laboratoires dans des endroits comme ça, il ne faut pas centraliser les choses puis rendre les techniciens non respectueux des normes. Alors, ce qu'il faut faire c'est, à mon sens, ramener des tests électifs qui n'ont pas besoin de résultats urgents dans ces laboratoires-là pour maintenir les techniciens à faire de la technique de laboratoire plutôt que de faire des boîtes d'emballage. [...] Si on regarde, de toute façon, au point de vue des coûts, actuellement le transport des spécimens se fait de toute façon. On est obligé de le faire vers le centre centralisé. [EI71_cit]

Tableau 13 : Accès 24/7 dans l'établissement – ressources diagnostiques*

Ressource	Nombre d'urgences (%)
Services de laboratoire de base	26 (100)
Services de radiologie de base	26 (100)
Échographie – appareil portatif de type «fastecho»	21 (81)
Tomodensitométrie (TDM)	16 (62)
Échographie – appareil confiné aux salles de radiologie	12 (46)
Imagerie par résonance magnétique	2 (8)

* Données du questionnaire de données rempli par les urgences (n=26). Année 2016-17.

Les aspects liés aux **infrastructures et équipements** ont également été abordés pas les participants aux entrevues. Le manque d'espace et les enjeux de confidentialité (visibilité des patients, séparations par des rideaux, etc.) sont parmi les principaux enjeux de plusieurs urgences rencontrées. Les ressources liées à la gestion des patients avec des problématiques de santé mentale apparaissent particulièrement problématiques dans plusieurs milieux (chambre sécuritaire dédiée, agent de sécurité, formation). Quelques personnes font aussi un lien entre les infrastructures et la sécurité du personnel et soulignent l'importance, pour les infirmières qui sont souvent seules la nuit, de pouvoir avoir du renfort rapidement en cas de besoin. Quelques urgences soulignent qu'elles sont bien aménagées et que cet aspect n'est pas un enjeu ; tandis que d'autres insistent sur les défis liés à l'achat d'équipement ou de matériel. Plusieurs patients ont quant à eux insisté sur l'importance de l'aménagement de la salle d'attente (confort, information sur les niveaux de triage, disponibilité de l'information sur les temps d'attente, etc.) et du lien entre l'aménagement de la salle d'attente et l'éducation des patients (santé, où consulter, etc.).

Le Tableau 14 expose les solutions mentionnées par les participants aux entrevues relativement aux aspects des équipements, infrastructures et télémédecine et rapporte le degré de priorité accordé par les champions à chacune des solutions. Parmi ces solutions, il est intéressant de mentionner l'intérêt de rassembler le matériel en chariots ou trousse afin de pouvoir faire face plus rapidement à des situations moins communes :

Bien, dernièrement, on a fait des modifications au niveau de notre salle de réa. On a enlevé des armoires, puis on a mis des chariots mobiles avec le matériel à l'intérieur. On a des chariots... des chariots qu'on peut... Bien, dépendant de ce qu'on a besoin à l'intérieur, il y a un chariot qui sert pour tout ce qui est ligne artérielle, soluté, médicaments d'urgence, [...] un autre chariot pour tout ce qui est intubation. C'est des chariots qu'on peut mobiliser, dépendant où ce que... si l'urgence... on a une urgence qui se trouve dans une autre salle, on peut traîner tout notre matériel. On peut déplacer notre matériel au lieu de déplacer le patient. Ça, c'est bien apprécié par l'équipe. C'est nouveau. [E144_inf]

Tableau 14 : Pourcentages des réponses des champions (n=19) aux questions « quel degré de priorité devrait être accordé aux aspects suivants liés aux équipements et aux infrastructures? » et « quel degré de priorité devrait être accordé au développement de la télémédecine »

	1 Pas du tout important	2 Peu important	3 Moyenne ment important	4 Important	5 Très important	Ne s'applique pas ou sans réponse
Réaménagement important de l'urgence	0.00%	15.79%	10.53%	10.53%	57.89%	5.26%
Améliorer la confidentialité de l'urgence	5.26%	5.26%	10.53%	26.32%	52.63%	0.00%
Ajouts de salles sécurisées pour les problématiques de santé mentale	10.53%	5.26%	5.26%	0.00%	78.95%	0.00%
Réaménagement de la salle d'attente	5.26%	26.32%	31.58%	15.79%	21.05%	0.00%
Améliorer l'accès aux ressources informatiques	0.00%	0.00%	5.26%	26.32%	63.16%	5.26%
Formations additionnelles sur l'utilisation de l'équipement existant	5.26%	5.26%	15.79%	36.84%	31.58%	5.26%

Organisation du matériel en trousse, chariots ou armoires	5.26%	5.26%	5.26%	47.37%	36.84%	0.00%
Impliquer les équipes dans les plans de rénovation	5.26%	0.00%	0.00%	0.00%	89.47%	5.26%
Impliquer les patients dans les plans de rénovation	5.26%	0.00%	10.53%	42.11%	36.84%	5.26%
Favoriser l'implication des fondations et autres initiatives privées	0.00%	0.00%	5.26%	15.79%	73.68%	5.26%
Développement de la télémédecine à l'urgence	5.26%	0.00%	15.79%	26.32%	47.37%	5.26%
Développement de la télémédecine dans les ambulances	10.53%	10.53%	31.58%	10.53%	31.58%	5.26%
Développement de la télémédecine dans les autres départements	5.26%	0.00%	15.79%	31.58%	42.11%	5.26%

L'accès à des **spécialités médicales** est, sans surprise, un enjeu important des urgences en milieu rural. Pour les participants rencontrés, les enjeux se situent surtout au niveau du recrutement et de la rétention des médecins spécialistes et du maintien des services « essentiels » dans les milieux (chirurgie et anesthésie surtout). Le Tableau 15 présente une vue générale de l'accès des urgences rurales aux spécialités médicales et paramédicales.

Tableau 15 : Accès 24/7 – Spécialités médicales et paramédicales*

Ressource	Nombre d'urgences (%)
Pharmacie	22 (85)
Travail social	16 (62)
Inhalothérapie	19 (73)
Chirurgie générale	18 (69)
Anesthésiologie	18 (69)
Médecine interne	12 (46)
Psychiatrie	10 (38)
Gynécologie-obstétrique	6 (23)
Pédiatrie	5 (19)
Orthopédie	4 (15)

* Données du questionnaire de données rempli par les urgences (n=26). Année 2016-17.

On peut y constater l'importance de la chirurgie et de l'anesthésie, notamment dans un contexte de faible présence en obstétrique et orthopédie. Les entretiens ont démontré, d'ailleurs, l'importance symbolique de pouvoir accoucher près de chez soi. Les citations suivantes témoignent de l'importance de la couverture constante dans les spécialités « de bases » et des ressources mobilisées lors des découvertes :

On se retrouve avec une population qui est menacée de rupture de services et qui est obligée d'en subir les conséquences. On a une menace de 30 semaines de non-couverture en anesthésie, et on nous donne des anesthésistes au compte-gouttes. Les gens le savent à la dernière minute. Nos patientes vont accoucher [loin de leur milieu]. Elles ne sont pas capables d'accoucher dans leur milieu parce qu'il y a pas d'anesthésiste sur place. Il faut réaliser aussi que, maintenant, dans la formation des médecins omnipraticiens et dans les recommandations qu'on fait par rapport à l'urgence, les urgentistes ne sont pas nécessairement habilités à intuber un patient [...]. Et à ce moment-là, on se retrouve en centre de traumatologie primaire sans anesthésiste, c'est un non-sens. [E171_cit]

On a l'exemple de l'anesthésie pour laquelle ça s'est passé au cours des dernières semaines où on n'avait pas d'anesthésiste pendant un bout de temps [...] Lorsque ça arrive, il faut mobiliser, je dirais, beaucoup de ressources, incluant les services préhospitaliers et incluant les équipes d'infirmières pour s'assurer qu'on va être capables d'offrir une certaine sécurité à la population. [...] Je sais pas si c'est passer, là, mais il est essentiel de conserver des équipes spécialisées, des spécialités de base, que ce soit chirurgie, anesthésie, dans certains cas obstétrique, gynécologie, donc ça, c'est un défi, effectivement. Qu'on ait... que ce soit peut-être un petit peu plus facile d'aller chercher soit du dépannage ou qu'on s'organise autrement au sein du CISSS, là, mais c'est... lorsqu'il y a des découvertures, c'est assez spectaculaire les ressources ou la mobilisation que ça prend pour l'ensemble des secteurs du réseau de la santé. [GD39_diag]

Le Tableau 16 rapporte les solutions mentionnées lors des entrevues concernant l'accès aux spécialités médicales et le degré de priorité que les champions y accordent. Parmi ces solutions, mentionnons l'importance du support intra-CISSS/CIUSSS et du support des centres universitaires :

On se dit au sein d'un même CISSS, [...] bien, ils devraient être en mesure, dans leurs effectifs, de s'aider, là, un à l'autre. Mais c'est sûr qu'eux sont dans une situation où ils sont plusieurs à être en découverte. Ça fait que la deuxième étape qu'on disait, bien, est-ce que c'est possible, à ce moment-là, qu'un centre qui est moins loin, [...] aide ou les supporte dans ce travail? Ça fait qu'il y a au sein même d'un CISSS qu'il y a de l'ouvrage encore à faire, c'est pas tout acquis, puis après ça, il y a avec un centre périphérique plus... mieux nanti, même s'il est pas dans le CISSS. [GD29_ges]

À l'inverse, quelques participants ont mentionné la possibilité de décentraliser certaines chirurgies vers les milieux ruraux afin de permettre aux spécialistes œuvrant en milieu rural de conserver un volume intéressant et ainsi de favoriser la rétention des spécialistes et la couverture en milieu rural :

Il y a des longs délais [à l'hôpital de la ville X] pour les opérations électives, et étant donné qu'on est trois chirurgiens [dans notre hôpital rural] donc on a beaucoup de disponibilités. Donc nous, on fait du bureau, du cabinet privé à [la ville et ils] nous transfère les patients, et on les opère à [l'hôpital rural]. Ça fait que nous, on est capable de travailler à temps plein, mais les patients qui choisissent de se déplacer pour se faire opérer plus rapidement, eux autres, bien, ils peuvent venir se faire opérer chez nous, et ça réduit les listes d'attente à [la ville], ça nous garde occupés, ça donne une expérience aux médecins, aux anesthésistes, aux infirmières, donc notre équipe du bloc opératoire. [E162_spe]

Le recours aux omnispécialistes a aussi été suggéré par un participant pour éviter les découvertures dans les petits milieux :

Comment ça se fait que c'est possible ailleurs puis c'est pas possible au Québec? Je pense que c'est ça la question qu'il faut se poser. Puis l'Association des anesthésiologistes devait se la poser, cette question-là. S'ils sont capables d'offrir des services pour couvrir toute la spécialité à l'intérieur de la province, pourquoi ne le font-ils pas? Et s'ils sont incapables de le faire, pourquoi n'acceptent-ils pas des solutions qui existent dans les autres provinces puis qui fonctionnent? [E171_cit]

Cette solution ne faisait toutefois pas l'unanimité en raison de la complexité induite par le fait que les omnianesthésistes ne sont pas habilités à tout faire. Le recrutement à l'étranger a par ailleurs été mentionné comme une solution intéressante pour le recrutement de spécialistes. Toutefois, deux milieux distincts ont soulevé les défis que cela comporte (façons de travailler, compétences, attitudes différentes).

Tableau 16 : Pourcentages de certaines réponses des champions (n=19) aux questions « quel degré de priorité devrait être accordé à ces aspects de l'accessibilité aux spécialités médicales et aux ressources diagnostiques dans votre milieu? » et « quel degré de priorité devrait être accordé à ces solutions pour recruter des médecins spécialistes ? »

	1 Pas du tout important	2 Peu important	3 Moyennem ent important	4 Important	5 Très important	Non applicab le
Garantir l'accès 24/7 chirurgie et anesthésie	0.00%	0.00%	0.00%	5.26%	78.95%	15.79%
Favoriser la présence ponctuelle de spécialistes itinérants	0.00%	0.00%	0.00%	47.37%	42.11%	10.53%
Exiger le support des CISSS/CIUSSS pour l'accès aux spécialistes	0.00%	0.00%	10.53%	42.11%	42.11%	5.26%
Exiger le support des milieux universitaires pour l'accès aux spécialistes	0.00%	0.00%	15.79%	42.11%	42.11%	
Recours aux omnispécialistes	0.00%	15.79%	26.32%	36.84%	21.05%	
Recrutement à l'étranger	0.00%	5.26%	31.58%	47.37%	5.26%	10.53%
Bonification des conditions des spécialistes	10.53%	31.58%	42.11%	10.53%	5.26%	
Favoriser le développement de la télémédecine pour communiquer avec les spécialistes	0.00%	0.00%	5.26%	15.79%	73.68%	5.26%
Décentralisation de chirurgies vers les milieux ruraux	0.00%	5.26%	42.11%	36.84%	15.79%	

Au-delà des médecins spécialistes, un sentiment de précarité se dégage des propos des participants sur les **ressources humaines** en général. Plusieurs participants expliquent que le personnel de leur urgence est surchargé et vit beaucoup de stress. La qualité de vie au travail peut en souffrir, entraînant des arrêts de travail supplémentaires. Le temps supplémentaire obligatoire et les gardes nombreuses sont problématiques dans les petites équipes et poussent le personnel à ses limites :

[L'urgence] n'a pas fermé, non. Mais là, il y avait comme 6 périodes de découverte. [...] Là, c'est toute l'équipe qui a absorbé. Moi, j'en ai pris quatre. J'ai fait 24 plus 28, j'ai fait 52 heures de plus que ma semaine qui était déjà d'environ, peut-être 60 heures. Ça fait que t'sais, j'ai dépassé le 100 heures la semaine passée. [...] puis on ne veut pas que ça ferme, ça fait qu'on en prend une de plus, puis une de plus, puis une de plus. Puis il y a d'autres collègues aussi qui en ont pris, puis tout le monde est un peu épuisé, là. Mais on a beau appeler à l'aide, ils disent : « Tenez bon, puis ne lâchez pas! [...] On a beaucoup de pression. Du fait qu'on est sur plein de listes de garde, on a beaucoup de pression [...] Finalement, le monde, ils étirent, étirent, étirent, ils prennent des gardes supplémentaires, puis à un

moment donné, ils disent : « Regarde, je suis écœuré! Je m'en vais en ville, puis je vais faire la pratique que je veux. » [EI04_md]

Moi je tire à ma fin, mais je veux que les jeunes... Parce que, là, c'est décourageant. Les jeunes, ils revirent de bord, là, après... Écoute, après cinq ans, 40 % des jeunes ils lâchent la profession, t'sais parce que c'est trop dur les conditions, puis... T'sais, puis surtout avec le supplémentaire obligatoire, c'est vraiment fou. Même nous, ici, on a du monde qui sont partis pour aller travailler dans les pharmacies comme infirmières ou, t'sais, ils choisissent même de diminuer le salaire, rien que pour avoir une qualité de vie. [EI48_inf]

L'importance de consolider les équipes et de favoriser la qualité de vie au travail du personnel (médical, infirmiers, autres professionnels) apparaît fondamentale pour les personnes rencontrées. De plus, même les milieux pour lesquels la situation actuelle en termes de ressources humaines était bonne ou acceptable mentionnaient la précarité de leur situation due à la petitesse des équipes.

Ce sentiment est corroboré par les données du questionnaire, qui démontrent que plus de la moitié des centres hospitaliers étudiés ont recours aux médecins dépanneurs (Figure 6). Selon la Figure 7, 3 UR interrogées ont eu au moins une découverte de garde médicale à l'urgence en 2016-17, soit 12% des 26 centres hospitaliers sondés. Ensuite, 11 centres ont aussi eu au moins une découverte de personnel infirmier lors de la dernière année financière, soit plus de 42%. Cependant, aucun centre n'a dû fermer ou restreindre ses heures d'ouverture à cause d'un manque de personnel, mais 5 centres ont été contraints de fermer des lits à cause d'un manque de personnel. La citation suivante témoigne d'ailleurs du fait que pour certains milieux, le simple fait de maintenir l'urgence ouverte en tout temps est un défi de taille :

Je vais m'en occuper de mes salles d'urgence. Elles roulent puis elles vivent. Elles ont leurs difficultés, elles ont leurs défis, mais elles sont toutes ouvertes, on les maintient toutes 24/7, puis on les a conservées, ce qui est très bien. [...] Ça fait qu'on a décidé d'être assez conciliants tout en étant vigilants, puis d'essayer de la maintenir ouverte 24/7, mais c'est clair que nul n'est tenu à l'impossible, mais je pense que la population a une certaine sensibilité maintenant par rapport à ça, là, et puis c'est beaucoup plus acceptable. [EI53_ges]

Figure 6 : Répartition des 26 urgences rurales selon le pourcentage de quarts couverts par des médecins dépanneurs annuellement (données 2016-17; questionnaires de données aux urgences)

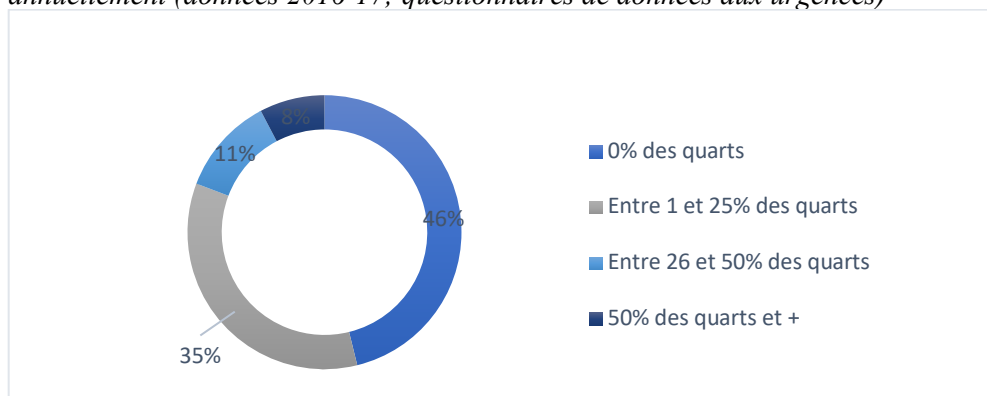
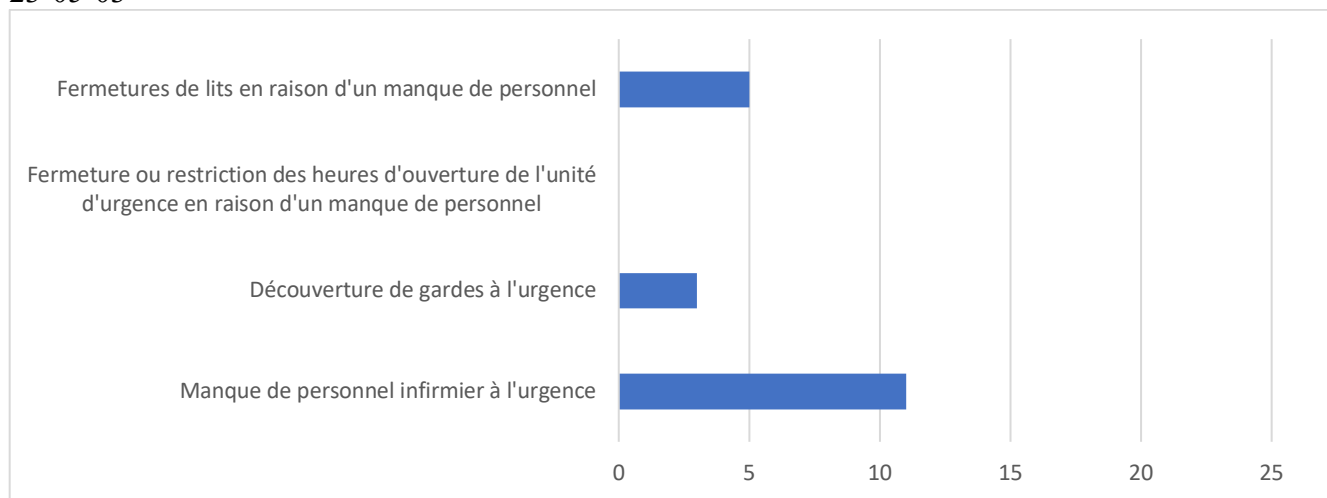


Figure 7 : Expérience de manque de personnel et découvertures à l'urgence (données 2016-17; questionnaires de données aux urgences)



* Ces chiffres n'incluent pas le manque de personnel comblé par du temps supplémentaire, temps supplémentaire obligé, main-d'œuvre indépendante ou dépanneurs.

Les Tableaux 17 et 18, tirés des données des questionnaires, font état des caractéristiques du personnel médical et infirmier des urgences étudiées. On peut y constater que les médecins qui travaillent dans les urgences rurales sont en grande majorité (93%) des médecins de famille avec moins de 10 ans d'expérience (60%). Les infirmières sont quant à elles plus susceptibles de détenir une formation technique (67%) et ont moins de 10 ans d'expérience à 51%.

Tableau 17 : Données sur les médecins d'urgence; moyenne des 26 urgences*

Nb temps plein**	4,23 ±2,47
Nb temps partiel	5,84 ±4,41
Nb MD en moyenne à l'urgence de jour	1,08 ±0,27
Nb MD en moyenne à l'urgence de soir et de nuit	1 ±0,00
% formation médecin de famille	92,5%
% formation complémentaire en médecine d'urgence (MU-3)	7,01%
% 0-5 ans d'expérience	40,0%
% 6-10 ans d'expérience	19,5%
% 11-15 ans d'expérience	12,2%
% 16-20 ans d'expérience	12,2%
% 20 ans et + d'expérience	16,1%

* Données du questionnaire de données rempli par les urgences (n=26). Année 2016-17.

** Plus de 24h/semaine pendant un minimum de 42 semaines pour la réalisation de tâches cliniques, académiques ou administratives, excluant les médecins dépanneurs. Chiffres approximatifs, car fluctuation en fonction des périodes.

*** Qui ne se qualifient pas pour « temps plein », excluant les médecins dépanneurs. Chiffres approximatifs, car fluctuation en fonction des périodes.

**Tableau 18 : Données sur le personnel infirmier des urgences;
moyenne des 26 urgences***

Nb temps plein et temps partiel	17,65 ±7,81
Nb inf en moyenne à l'urgence de jour	3,62 ±1,75
Nb inf en moyenne à l'urgence de soir	3,32 ±1,77
Nb inf en moyenne à l'urgence de nuit**	2,23 ±1,24
Ratio de base infirmière : patients à l'unité d'urgence	1 : 4,35
% formation auxiliaire	5,4%
% formation technicienne	67,4%
% formation clinique	27,2%
% 0-5 ans d'expérience	29%
% 6-10 ans d'expérience	22,2%
% 11-15 ans d'expérience	17,21%
% 16-20 ans d'expérience	11,8%
% 20 ans et + d'expérience	19,8%

* Données du questionnaire de données rempli par les urgences (n=26). Année 2016-17.

** Excluant le personnel de garde.

Selon les participants aux entrevues, les facteurs qui influencent le **recrutement et la rétention du personnel** sont liés aux particularités de la pratique en milieu rural, aux conditions de travail offertes, aux incitatifs financiers et aux caractéristiques du milieu (éloignement, conditions de logement, infrastructures et services) et des individus (venir d'un milieu rural, adaptation du conjoint(e), etc.) :

T'sais, tu peux pas développer de sentiment d'appartenance, puis d'aisance sur un département, quand tu te promènes continuellement à gauche puis à droite, là, puis tu changes de quart de travail trois fois dans ta quinzaine, là. [EI48_INF]

Le tableau 19 expose les solutions mentionnées dans les entrevues pour faire face aux enjeux de recrutement et de rétention du personnel. Notons également que plusieurs personnes ont mentionné l'importance d'avoir quelqu'un dédié au recrutement localement et l'enjeu que cela représente depuis les fusions administratives. Certains participants, surtout citoyens, ont aussi mentionné l'intérêt du partenariat avec les municipalités, MRC et autres programmes du type « place aux jeunes » pour favoriser le recrutement et la rétention de personnel en santé. Parmi les solutions, le recours au personnel dépanneur occupe une position ambiguë étant donné que cette solution permet de pallier à la pénurie de main-d'œuvre (surtout des médecins et des infirmières) et d'assurer les services à la population, mais apporte aussi son lot de défis (coûts, complexité à organiser, temps passé à orienter les personnes, etc.) :

Ça fait qu'autant la dynamique avec l'équipe est le fun avec nos régulières, autant des fois, ça devient difficile quand tu travailles avec des agences qui ne sont pas habituées, puis tu es toute seule comme médecin. La nuit, avec une infirmière qui cherche ses trucs, puis qui ne sait pas où est-ce qu'elle va, ça, ce n'est pas cool. [EI03_md]

Tableau 19: Pourcentages des réponses des champions (n=19) à la question « quel degré de priorité devrait être accordé aux aspects suivants liés aux ressources humaines? »

	1 Pas du tout important	2 Peu Important	3 Moyenne ment important	4 Important	5 Très important	Ne sait pas
Création de postes	0.00%	0.00%	10.53%	31.58%	57.89%	0.00%
Recrutement intensif pour pourvoir les postes ouverts	0.00%	0.00%	5.26%	15.79%	78.95%	0.00%
Recrutement à l'étranger	0.00%	5.26%	21.05%	31.58%	36.84%	5.26%
Incidatifs financiers au travail en milieu rural	0.00%	5.26%	5.26%	31.58%	57.89%	0.00%
Améliorer les incitatifs à la formation / journées de ressourcement professionnels	0.00%	0.00%	5.26%	31.58%	57.89%	5.26%
Bonifier les conditions de travail des infirmières (horaires notamment)	0.00%	0.00%	5.26%	21.05%	73.68%	0.00%
Fidélisation des dépanneurs	0.00%	0.00%	10.53%	36.84%	47.37%	5.26%
Favoriser l'amélioration des conditions de vie dans le milieu (logements, services)	0.00%	5.26%	5.26%	31.58%	57.89%	0.00%

Pratique professionnelle



Ce thème s'intéresse aux particularités de la pratique dans les urgences rurales et expose les solutions avancées par les participants pour favoriser la qualité de la pratique et des soins.

Un des enjeux principaux de la pratique en milieu rural concerne le **maintien des compétences dans un contexte de diversité des tâches et de faible volume de cas**. Pour les professionnels rencontrés, l'exigence de polyvalence peut à la fois être un défi stimulant et une source de stress et de surcharge de travail. La fréquence moins élevée de cas très graves ou très complexes peut mener à la perception que la pratique est moins stimulante, alors que d'autres la voient plus diversifiée :

T'as beau être à l'urgence, tu fais vraiment de tout, tout, tout, là. Il arrive n'importe quoi, des chirurgies mineures, toutes sortes d'affaires. Moi, je pense que c'est un avantage pour la pratique infirmière. Tu peux te tenir à jour dans tout, sauf que faut que tu sois très vigilant pour pas perdre tes acquis quand t'as pas souvent de cas, de t'autoformer, de faire des pratiques avec tes collègues, ça, [...] c'est peut-être un inconvénient. Mais dans les avantages, c'est que c'est vraiment diversifié. C'est stimulant, dépendamment du point de vue. [EI27_ges]

*On a eu des rencontres [...] sur les difficultés ou les ruptures potentielles en anesthésiologie. Puis le chef de département [d'un hôpital universitaire] a clairement dit pendant la rencontre que pratiquer en région pour un anesthésiologiste, c'était un désert professionnel. Message qui est passé dans le milieu universitaire. Ça... ça fait que t'sais, on l'a ramené à l'ordre en **disant** que l'anesthésiologiste, par exemple, qui pratiquait à Gaspé, bien, avait une pratique probablement beaucoup plus variée, était obligé de maintenir beaucoup plus de compétences que l'anesthésiologiste qui est enfermé dans le même type de chirurgies pendant 20 ans à l'hôpital Laval. [EI26_ges]*

Cependant, l'isolement professionnel limite également les appuis en cas de besoin :

Je dirais, le désavantage qu'on a en région, c'est qu'on est livrés à nous-mêmes un peu. On n'a pas d'autres confrères, que ça soit dans les autres spécialités ou dans notre spécialité, qui pourrait nous aider dans les cas un peu difficiles. Donc on doit être quand même pas mal autonomes pour gérer nos cas sur place. C'est ce qui, des fois, décourage des gens de venir en région, c'est de se retrouver tout seul. [EI16_spe]

La **proximité sociale** caractérise aussi la pratique dans les milieux où la recherche a été menée. La confidentialité est un défi de taille dans des milieux où les gens se connaissent. En contrepartie, la proximité sociale peut permettre des relations plus humaines et plus faciles entre et avec les patients et les professionnels de la santé et favoriser l'accès aux services via le réseau de proximité plutôt que via le réseau formel :

Tu suis un patient pour une problématique d'alcool, qui est suivi en dépendance, puis que théoriquement, il est abstinent. Puis là, tu arrives face à face avec une bière dans les mains. C'est comme... « Allo! » Puis là, il te regarde, il regarde sa bière, il te regarde, il regarde sa bière. [...] Ça fait partie du risque, là. [EI03_md]

J'essaie de faciliter l'accès aux soins aux patients en leur laissant mon numéro de cellulaire. Si, par exemple, je vous opère, je vous connais par cœur, je sais ce qui a été fait, pourquoi je vous laisserais dans le néant [...] Puis il y a des docteurs : « Hein, tu laisses ton numéro de cellulaire? » Ils pensent que je me fais appeler 36 000 fois par jour. Mais ce n'est pas le cas, puis c'est tellement plus facile. » [EI22_spe]

On a des soins beaucoup plus personnalisés, t'sais, c'est ça l'image, là. Je pense qu'on donne des soins comme Florence Nightingale les a vraiment pensés à l'époque, t'sais. Tandis que dans un grand centre, quand t'as quinze patients, bien, t'as pas le temps de... t'sais, je dis pas qu'ils font de mauvais soins, mais on est un peu plus rough sur le signolage à côté. [EI30_ges]

Pour répondre à ces défis, les participants rencontrés mettent de l'avant l'importance de la formation, le travail d'équipe et la pratique élargie.

Bien que la **formation continue** soit décrite comme étant la solution principale pour habiliter le personnel des urgences rurales à gérer la panoplie de cas qui y sont traités, les participants identifient d'emblée nombre de contraintes :

- Contraintes budgétaires (notamment en ce qui a trait aux formations données à l'extérieur des milieux).
- Contraintes de personnel : la petite taille des équipes et la surcharge de travail font en sorte qu'il est difficile de libérer du personnel pour des formations, même si elles sont données localement, ou d'organiser des simulations en l'absence de conseillère clinique par exemple.
- Contraintes liées à la non-pratique de la formation dans un contexte de faibles volumes.

Les professionnels et gestionnaires rencontrés ont soulevé, tel qu'illustré au Tableau 20, l'intérêt des formations en ligne ou par visioconférence (diminution des coûts), des simulations (uniformiser les compétences et pratiquer en équipe) et des immersions en milieu plus achalandé (afin de mettre en pratique les apprentissages). L'importance d'avoir une personne dégagée pour organiser cela (moniteur, clinicienne, autre) ou d'avoir accès à des programmes provinciaux ou nationaux a été exprimée par plusieurs participants :

La technologie, puis la science tout court parce qu'on n'a pas de monitrice unique à l'urgence. Ça fait que pour ça, t'sais, il faut faire toute l'évaluation de qualité, les suivis. Ça, ça serait un gros plus pour nous. [...] Une infirmière clinicienne, là, qui s'assure de mettre tout le monde au pas. Pas au pas, mais à jour, là : l'utilisation, n'importe quoi, la perceuse osseuse, l'utilisation de la thrombolyse [...] Quelqu'un qui serait vraiment là pour tout ce qui est suivi de qualité, puis un partage de connaissances.
[E112_ges]

L'intérêt que représente le debriefing et le retour sur les cas en équipe a également été mentionné par quelques personnes :

Je m'implique aussi dans l'évaluation des dossiers de polytraumatisés qu'on reçoit à l'hôpital. Donc je suis un peu comme évaluatrice de ça, puis par la suite, on s'assoit avec les chirurgiens, anesthésistes et tout, médecins de notre hôpital, puis on fait une rétroaction des cas de traumatisés qu'on a ici. [...] Que ça soit positif ou négatif, on fait un peu une reconstitution d'événements, puis on discute de ça dans le but de s'améliorer. [E117_inf]

L'importance de l'échange avec des milieux similaires, que ce soit via des communautés de pratique ou via des formations adaptées, a été soulignée par quelques participants. L'intérêt d'avoir de la formation adaptée aux réalités des petits centres a également été mentionné, surtout par des médecins :

Mais il y a un congrès d'urgence aux Escoumins qui est en région, puis souvent, celui-là, c'est plus de la pratique qui nous ressemble. C'est intéressant parce que les pistes de solutions, qu'est-ce qu'ils expliquent, bien, c'est dans des régions. Aux Escoumins, il y a encore moins de choses que nous, là, puis ça nous met dans un vrai contexte de solutions à appliquer. Les conférences nous rejoignent vraiment plus. Au moins ça existe, là, d'avoir des gens qui vivent la même réalité que nous, ça aide.
[E136_md]

Quelques participants ont également soulevé l'importance de la formation médicale pour préparer adéquatement les futurs médecins à travailler en milieu rural et suggéré de bonifier les stages en milieu rural. Quelques participants ont aussi fait un lien entre l'évolution de la médecine vers une spécialisation croissante et la moins bonne préparation au travail en milieu rural, qui fait plus appel à une évaluation et prise de décision globale :

Je réalise à quel point les mentalités, les choses ont changé en médecine. Les connaissances vont d'une façon, on dirait, en courbe très, très, très aigüe. Donc il y a un effort à faire pour se maintenir vraiment dans ces niveaux-là. On forme les médecins d'une façon différente aussi. [...] Je le dis carrément, je suis biaisé. Mais quand je demande à un jeune médecin « écoute donc, quand on me dit, moi, que vos médecins sont pas capables d'intuber un patient, il me semble que ça a toujours été une nécessité. » [...] « Non, bien, ça, on aime autant demander à l'anesthésiste. C'est mieux fait, puis c'est plus selon l'art. » Bien, quand tu es dans une région rurale, je m'excuse, mais l'anesthésiste, il peut être occupé dans la salle d'opération pendant que ton patient polytraumatisé arrive ou que ton patient en arrêt cardiaque arrive. Ils sont pas, on dirait, formés pour être prêts à affronter. Ils sont prêts à être dans des centres où il y a un paquet de spécialistes pour venir les appuyer. Mais, je suis pas sûr qu'on leur donne une formation qui leur donne de l'assurance pour pratiquer en milieu rural. Absolument pas.
[E171_cit]

Tableau 20 : Pourcentages des réponses des champions (n=19) à la question « quel degré de priorité devrait être accordé aux solutions suivantes liées à la formation? »

	1 Pas du tout important	2 Peu Important	3 Moyenne ment important	4 Important	5 Très important
Formation en ligne	0.00%	0.00%	5.26%	42.11%	52.63%
Formation en visioconférence	0.00%	0.00%	5.26%	52.63%	42.11%
Simulations	0.00%	0.00%	5.26%	31.58%	63.16%
Immersion en milieux achalandés	5.26%	5.26%	5.26%	47.37%	36.84%
Axer la formation médicale sur la pratique rurale	0.00%	0.00%	5.26%	52.63%	42.11%
Augmenter le nombre de stages en milieu rural pour les résidents	0.00%	5.26%	5.26%	42.11%	47.37%

Le **travail d'équipe, notamment interdisciplinaire**, est aussi décrit comme un atout de la pratique dans les urgences rurales par plusieurs participants. La hiérarchie entre les médecins et les infirmières est peu prononcée et les relations sont empreintes de collégialité et de respect dans la plupart des cas qui nous ont été décrits. Le travail d'équipe, surtout interdisciplinaire, est décrit comme étant une solution pour favoriser la qualité des soins. Les participants étaient en effet nombreux à trouver que le fait de pouvoir s'appuyer sur des collègues (médecins spécialistes, généralistes, infirmières, travailleurs sociaux) était un atout certain qui permettait de minimiser l'isolement professionnel et de faire face adéquatement aux situations plus complexes et rarissimes :

Puis, t'sais, on est une petite équipe aussi. On connaît bien nos infirmières, on a une super belle dynamique avec le nursing parce que c'est toujours les mêmes, nos régulières, dans le fond. Puis on n'est pas une grosse équipe, ça fait que tout le monde se supporte assez bien. Même quand ça déborde ou quand on a des gros cas, on a toujours une deuxième ligne qu'on peut appeler, puis sinon, bien, il y a les autres médecins dans l'hôpital. Il n'y a jamais personne qui va hésiter à aller aider des collègues si jamais il y a un gros cas qui arrive. [EI03_md]

On monte en haut, on va les croiser [les médecins], on peut aller leur parler à l'urgence si on a une situation qu'on ne sait pas trop s'il faut qu'on l'amène ou pas. Les médecins sont ouverts. Ils nous connaissent, tout le monde se connaît. Puis les clients qui sont aussi hospitalisés, on a une réunion une fois par semaine avec le médecin de l'hospit, l'infirmière, l'ergo, la physio, la nutritionniste, travailleuse sociale. Ça fait que toutes les sorties d'hôpital sont organisées en équipe. Tout le monde donne son point de vue : où on en est rendu là-dedans, quels services on met. Le travail multidisciplinaire, ici, c'est vraiment impressionnant. [EI10_psy]

Toutefois, comme les équipes sont petites, le personnel ressent plus clairement les impacts des conflits. Des enjeux liés aux différences culturelles et aux différences de pratiques ont été soulignés par certains participants, car elles sont source de tensions au sein des équipes.

La **pratique élargie** est également présentée comme une solution intéressante pour améliorer la performance des urgences et augmenter l'accessibilité des services de première ligne. La possibilité pour le personnel infirmier de prescrire des

23-05-03

examens, par exemple, permettrait d'accélérer le traitement d'un patient et de libérer le médecin à l'urgence. Il est intéressant de noter que plusieurs patients souhaiteraient voir se développer cette avenue. Cependant, la pratique élargie n'est pas considérée par tous comme étant une solution optimale, puisqu'elle peut être une source de surcharge de travail et qu'elle exige de la part du personnel des connaissances et des compétences additionnelles qu'il est difficile de maintenir. La formation et l'emploi de protocoles standardisés doivent être au cœur du déploiement de la pratique élargie selon plusieurs intervenants rencontrés.

Tableau 21 : Pourcentages de certaines réponses des champions (n=19) à la question « quel degré de priorité devrait être accordé aux solutions suivantes liées à la pratique professionnelle en milieu rural? »

	1 Pas du tout important	2 Peu important	3 Moyenne ment important	4 Important	5 Très important
Mise en place de communautés de pratique	0.00%	5.26%	5.26%	47.37%	42.11%
Favoriser, au niveau institutionnel, le travail interdisciplinaire	0.00%	0.00%	0.00%	47.37%	52.63%
Favoriser la pratique élargie des infirmières	5.26%	0.00%	15.79%	42.11%	36.84%

Discussion

Résumé des principaux résultats

L'analyse des résultats obtenus par le questionnaire de données, les entrevues et le questionnaire de validation réalisés dans les 26 milieux ruraux ayant participé à l'étude démontre la pluralité des enjeux des urgences en région. Ces derniers ont été regroupés en quatre thèmes distincts, soit la gouvernance, l'organisation des services, l'accès aux ressources et la pratique professionnelle. Un portrait global, relatant les défis vécus par les acteurs qui sont sur le terrain dans ces différents milieux ainsi que le degré d'importance des solutions souhaitées, a pu être dressé.

Gouvernance

Les ressources financières limitées, la perte d'autonomie locale et la complexité administrative constituent les principaux enjeux reliés à la gouvernance.

Les milieux ont soulevé que les budgets sont établis en suivant le même modèle partout dans la région. Toutefois, les caractéristiques spécifiques des urgences rurales limitent la comparabilité avec celles en ville. À titre d'exemple, le financement par activité est désavantageux pour les milieux ruraux. Les budgets serrés forcent les médecins à constamment remettre en question leurs décisions quant à la prise en charge et la pression de faire ces choix déchirants s'accroît avec l'augmentation du volume. Bien que la gestion efficace des ressources soit primordiale, les milieux questionnés mentionnent l'appréhension de conséquences négatives pour la santé des patients. Ce facteur, n'étant pas adapté spécifiquement au contexte de chaque région questionnée, est limitant dans le processus d'amélioration des urgences rurales.

Depuis la fusion administrative des Centres de santé et de services sociaux des régions et des Centres intégrés universitaires (CIUSSS) en avril 2015, la perte d'autonomie locale représente un autre enjeu important. Les décisions sont prises loin de chaque centre par des gens qui ne sont pas sur le terrain et sont donc moins axées sur les besoins spécifiques de chaque milieu. L'uniformisation des mesures établies n'est pas adaptée aux particularités de chaque région et la population souffre du manque de certaines ressources simplement parce que ces dernières ne sont pas nécessaires dans d'autres milieux.

La complexité administrative fait référence au fait que les communications avec le Ministère et les comités impliqués dans les décisions sont devenues plus longues et compliquées suite à la fusion. Cela prend un temps considérable avant que les propositions des milieux ruraux soient entendues et que certains changements puissent être apportés. Cette complexité est devenue lourde pour les acteurs impliqués localement et plusieurs se sont démobilisés.

Tel qu'illustré dans le Tableau 6, les pistes de solution soulevées concernant la réduction de la complexité administrative, l'augmentation de l'autonomie décisionnelle au sein des urgences, notamment en ayant un gestionnaire local, l'amélioration de l'évaluation de la performance et la standardisation des pratiques entre les urgences d'un même CIUSSS semblent être prioritaires. Ce besoin de standardisation fait référence au partage d'expertise et de ressources administratives en permettant, par exemple, aux urgences rurales d'avoir accès rapidement aux protocoles rédigés par les spécialistes en ville (Figure 4). Le personnel en région étant beaucoup plus limité, la rédaction de ces protocoles est difficile à réaliser et cette dernière solution augmenterait nettement l'efficacité des soins. L'amélioration de l'évaluation de la performance a été apportée par les milieux en expliquant que la rétroaction de la performance est essentielle, mais que les cibles actuelles ne sont parfois pas réalistes en région (durée maximale du séjour à l'urgence difficile à respecter en raison du délai de lecture des imageries et du manque de lits d'hospitalisation par exemple). L'implication des citoyens et des comités des usagers dans la gestion, la consolidation des liens entre l'urgence et le milieu communautaire ainsi que l'application de la méthode Lean sont également des cibles d'action potentielles en lien avec la gouvernance et les milieux qui adoptent ces dernières semblent avoir une vision plus positive des fusions administratives.

Organisation des soins et services de santé connexes à l'urgence

L'éloignement des milieux ruraux, la considération des caractéristiques spécifiques de chaque population, les difficultés d'accès aux services de première ligne en dehors de l'urgence et la complexité des transferts inter hospitaliers sont les principaux enjeux soulevés dans cette catégorie.

L'éloignement et même, l'isolement, de plusieurs milieux de l'étude représente un défi quotidien pour ces derniers. La distance considérable jusqu'aux centres de trauma secondaires ou tertiaires (plus de 150km pour la plupart des milieux de cette étude tel qu'illustré dans le Tableau 7), les conditions météorologiques difficiles, la coupure occasionnelle des routes qui en découle et l'accès limité aux moyens de communication complexifient la pratique dans les urgences en région.

Le manque de services adaptés aux spécificités de la clientèle de chaque région est aussi un enjeu important. La difficulté d'accès aux ressources pour la santé mentale, pour la population gériatrique croissante et pour la clientèle autochtone est entre autres mise de l'avant comme étant problématique par les milieux, la demande étant très forte. De plus, les déficits dans l'organisation des services de première ligne se manifestent par le fait que plusieurs patients n'ont pas de médecins de famille et que les consultations non adaptées à l'urgence se multiplient en raison de la difficulté à avoir une plage rapidement en GMF. Toutefois, il est intéressant de noter que même si cet aspect a un impact négatif sur l'efficacité de plusieurs milieux questionnés, d'autres expliquent que cela permet aux plus petites urgences très peu achalandées de demeurer occupées et qu'au contraire, il ne faut pas évaluer les raisons de consultation des urgences en région comme celles des villes.

Un autre enjeu mentionné par les milieux quant à l'organisation des services est l'organisation des transferts inter hospitaliers. Il est difficile pour les urgences rurales de faire reconnaître la nécessité du transfert et de trouver une place dans les milieux urbains. L'évaluation de la pertinence du transfert tout en considérant la nécessité d'être prudent représente un défi constant. Cet aspect a un impact négatif sur l'efficacité des urgences et sur les délais de prise en charge pour les patients. De plus, la mobilisation importante du personnel nécessaire à un transfert entraîne couramment des découvertures, problématique qui affecte aussi les services pré hospitaliers lorsque le peu d'ambulances sont mobilisées dans de longs trajets.

Somme toute, la bonification de la première ligne et la mise en place de mesures pour diminuer la fréquentation inadaptée à l'urgence telles que l'amélioration de l'accessibilité aux médecins de famille, aux plages sans rendez-vous dans les GMF et aux services en demande (santé mentale et CHSLD par exemple) sont des cibles d'action prônées par la majorité des milieux questionnés (Tableau 8). L'augmentation de personnel pour organiser et accompagner les transferts et l'instauration de corridors de services établis qui rendent le refus de transferts impossible sont également considérées comme étant primordiales. La disponibilité des transports aériens et même, par hélicoptère, l'augmentation du nombre d'ambulances par

région, l'adaptation de ces dernières aux routes difficiles (4x4) ainsi que la favorisation de la pratique élargie des ambulanciers sont aussi des aspects souhaités par les milieux (Tableau 10 et Tableau 11).

Accès aux ressources

Le manque de ressources locales (spécialistes, ressources humaines, modalités diagnostiques, etc.) et les difficultés de recrutement et de rétention du personnel représentent les enjeux de ce thème.

La Figure 5 et le Tableau 12 démontrent que plusieurs des urgences impliquées dans l'étude n'ont pas accès, entre autres, à une unité de soins intensifs, à une infirmière de liaison, à des préposés aux bénéficiaires, à des machines de dialyse et à un coordonnateur à l'urgence. De plus, l'absence de certaines modalités diagnostiques (Tableau 13) est un facteur qui augmente les délais de traitement pour les patients et qui diminue l'efficacité des urgences. Par ailleurs, la télémédecine qui, selon les milieux questionnés, améliore l'efficacité, diminue le nombre de transferts et permet d'accompagner les ambulanciers et de superviser des activités à distance, est seulement disponible dans 50% d'entre eux. La nécessité d'améliorer les infrastructures, les équipements et les ressources informatiques a aussi été soulevée lors de l'étude.

Le recrutement et la rétention de personnel dans les milieux ruraux étant difficile, il y a plusieurs découvertures et ce, même pour les spécialités essentielles telles que la chirurgie, l'anesthésie ou l'obstétrique (Tableau 15). En plus de diminuer la qualité et la sécurité des services offerts à la population, cela a pour impact d'augmenter le temps supplémentaire et le nombre de gardes de l'ensemble du personnel qui est conséquemment moins intéressé à rester. La population souffre aussi de cet enjeu qui entraîne parfois un manque de personnel dans les urgences et dans les établissements (Figure 7). Le renouvellement fréquent du personnel (nombre moyen d'années d'expérience inférieur à 10) et l'utilisation presque constante des services de dépannage demandent une adaptation constante de l'équipe (Tableau 17 et Tableau 18).

L'amélioration des ressources informatiques, le développement des infrastructures, notamment pour les cas de santé mentale, l'organisation du matériel en trousse sur des chariots et l'intégration de la télémédecine à l'urgence constituent des pistes de solution souhaitées par les milieux (Tableau 14). De plus, le Tableau 16 démontre que le fait de garantir la présence 24/7 de la chirurgie et de l'anesthésie est essentiel selon les participants. L'obligation de support des CIUSSS et des centres universitaires, de même que la présence ponctuelle de spécialistes itinérants, sont des solutions possibles selon les milieux questionnés. Le recours aux omnipécialistes, le recrutement à l'étranger et la décentralisation de chirurgies vers les milieux ruraux sont d'autres avenues possibles à explorer, mais ne font pas l'unanimité. Finalement, il est primordial selon les répondants de recruter intensivement, d'offrir des incitatifs financiers et de bonifier les conditions de travail et du milieu de vie pour favoriser la rétention (Tableau 19).

Pratique professionnelle

Les défis liés au maintien des compétences malgré un volume faible de cas complexes et graves, le stress engendré par l'autonomie de la gestion ainsi que la proximité sociale avec les patients sont les principaux éléments soulevés en ce qui concerne la pratique professionnelle. Toutefois, les milieux mentionnent le versant positif de ces aspects : la diversité inégalée des cas et la personnalisation des soins.

Parmi les milieux, il y a un intérêt marqué pour la formation continue. Il est toutefois difficile pour le personnel restreint de se libérer et d'assumer les coûts qui y sont liés. Les visioconférences, les simulations, les immersions dans des milieux achalandés et le fait d'attitrer une personne à l'organisation de la formation constituent des avenues intéressantes. Le retour sur les cas en équipe, l'échange avec d'autres milieux ruraux dans des congrès et la formation médicale axée sur la pratique en région sont d'autres solutions que les milieux aimeraient explorer (Tableau 20). De plus, le développement constant du travail interdisciplinaire et de la pratique élargie des infirmières, tout en considérant les défis que cela représente, constituent des cibles d'actions potentielles (Tableau 21).

Application des résultats

Le présent rapport a permis d'identifier plusieurs enjeux et solutions potentielles pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins des 26 urgences rurales ayant participé à l'étude. La plupart des défis soulevés sont communs à l'ensemble des milieux questionnés et concordent avec la littérature déjà présente sur le sujet, ce qui nous permet de croire que ces enjeux s'appliquent dans la majorité des urgences en région. Entre autres, l'importance de l'autonomie d'organisation des services de santé par les milieux locaux afin de considérer les caractéristiques individuelles en lien avec les déterminants de la santé a été mentionnée unanimement dans cette étude et fait déjà l'objet de projets mobilisateurs en santé rurale (20). Le fait d'avoir des gestionnaires qui sont directement sur le terrain permet selon l'ensemble des milieux de développer des solutions réellement applicables. La nécessité d'adapter les services pour certaines clientèles en demande (gériatrique et psychiatrique par exemple) en tenant compte, encore une fois, des caractéristiques particulières de ces dernières dans chaque région, est aussi une cible que l'ensemble des milieux considère importante et qui fait l'objet d'autres études dans les environnements ruraux (20, 21).

La méthode de recherche action participative utilisée et le fait que les données ont été recueillies auprès d'acteurs locaux, qui vivent réellement ces défis au quotidien, ont permis de dresser un portrait global, réaliste et concret des enjeux et favoriseront la mobilisation des milieux dans les prochaines étapes. Il est toutefois important de noter que plusieurs aspects évoqués seront creusés en dehors de ce rapport, qui se veut un survol général à cette phase du projet.

Limites

Certaines limites liées à la méthode sont susceptibles d'entraîner des sources d'erreur dans l'interprétation des résultats. D'abord, les questionnaires de données et de validation ont été remplis par le champion de chaque région ou encore par une personne désignée par lui. Certains chiffres ont été estimés par ces derniers et ne sont donc pas nécessairement exacts. De plus, malgré les efforts déployés, il s'est avéré difficile de recruter des participants dans certains endroits, ce qui fait en sorte que l'importance des discours obtenus est moindre pour certains milieux.

23-05-03

Conclusion

Jusqu'à présent, les démarches ont permis de prendre connaissance des défis rencontrés par les urgences des milieux ruraux et de mettre de l'avant des solutions possibles pour améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des services offerts à la population, selon leur degré de priorité.

La prochaine étape du projet *Urgences rurales 360* est de présenter au panel d'experts les principaux enjeux et les pistes de solution soulevées dans ce rapport. Cette rencontre, qui aura lieu à l'hiver 2020, permettra de discuter de la priorisation des solutions avancées et de creuser leurs impacts, facilitateurs et barrières potentielles. Par la suite, des conférences seront organisées dans les différentes villes en 2020-2021 afin d'expliquer aux milieux les résultats obtenus et de favoriser leur mobilisation en tenant compte des recommandations et des conditions préalables à l'implantation.

Références

1. Canadian Institute for Health Information. How Healthy Are Rural Canadians? An Assessment of Their Health Status and Health Determinants. Ottawa 2006.
2. Fatovich D, Jacobs I. The Relationship Between Remoteness and Trauma Deaths in Western Australia. *J Trauma*. 2009;67(5):910-4.
3. Zakrisson T, Ball CG, Kirkpatrick AW. Trauma in Canada: a spirit of equity & collaboration. *World journal of surgery*. 2013;37(9):2086-93.
4. Peek-Asa C, Zwerling C, Stallones L. Acute traumatic injuries in rural populations. *American journal of public health*. 2004;94(10):1689-93.
5. Fleet R, Poitras J, Archambault P, Tounkara FK, Chauny J-M, Ouimet M, et al. Portrait of rural emergency departments in Québec and utilization of the provincial emergency department management Guide: cross sectional survey. *BMC Health Services Research*. 2015;15:572.
6. Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées, (Octobre, 2009).
7. Fleet R, Archambault P, Plant J, Poitras J. Access to emergency care in rural Canada: should we be concerned? *CJEM*. 2013;15(4):191-3.
8. Romanow R. Building on Values: The Future of Health Care in Canada – Final Report. 2002 November 2002.
9. Rural Committee of the Canadian Association of Emergency Physicians. Recommendations for the management of rural, remote, and isolated emergency health care facilities in Canada. *J Emerg Med*. 1997;15(5):741-7.
10. Fleet R, Bussi eres S, Tounkara FK, Turcotte S, L egar e F, Plant J, et al. Rural versus urban academic hospital mortality following stroke in Canada. *PloS one*. 2018;13(1):e0191151.
11. Fleet R, Lauzier F, Tounkara FK, Turcotte S, Poitras J, Morris J, et al. Profile of trauma mortality and trauma care resources at rural emergency departments and urban trauma centres in Quebec: a population-based, retrospective cohort study. *BMJ open*. 2019;9(6):e028512.
12. Fleet R, Dupuis G, Fortin J-P, Gravel J, Ouimet M, Poitras J, et al. Rural emergency care 360 : mobilising healthcare professionals, decision-makers, patients and citizens to improve rural emergency care in the province of Quebec, Canada: a qualitative study protocol. *BMJ Open*. 2017;7(8).
13. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual review of public health*. 1998;19(1):173-202.
14. Jagosh J, Macaulay AC, Pluye P, Salsberg J, Bush PL, Henderson J, et al. Uncovering the benefits of participatory research: implications of a realist review for health research and practice. *The Milbank Quarterly*. 2012;90(2):311-46.
15. du Plessis V, Beshiri R, Bollman RD, Clemenson H. Definitions of rural. *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*. 3. Ottawa: Statistics Canada; 2001. p. 1-17. Catalogue no.21-006-XIE.
16. Wallace DJ, Kahn JM, Angus DC, Martin-Gill C, Callaway CW, Rea TD, et al. Accuracy of prehospital transport time estimation. *Academic Emergency Medicine*. 2014;21(1):9-16.
17. Fleet R, Turgeon-Pelchat C, Trottier J-G, Ouellet J, Renaud M-P, Fortin J-P. Organisation des services dans une urgence rurale  loign ee: reflexions autour du cas de Fermont, Quebec. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2018;23(4):106-12.

23-05-03

18. Pires A. Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. In: Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayers I, Pires A, editors. La recherche qualitative Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin; 1997. p. 113-69.
19. Ness LR. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. 2015.
20. AUCOIN, Léonard, L'organisation des services de santé et des services sociaux en milieux ruraux, éloignés et isolés : un enjeu de reconnaissance, une exigence d'adaptation (résumé de la présentation au 83^{ème} congrès de l'ACFAS), mai 2015
21. Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Portraits des personnes âgées, 2018
22. Laboratoire de recherche sur la santé en région de l'UQAR, Portrait régional sur la santé mentale des femmes qui fréquentent les organismes communautaires en Chaudière-Appalaches, 2011-2015

23-05-03

Annexes

Annexe 1 : questionnaire quantitatif

Annexe 2 : guides d'entretiens

Annexe 3 : questionnaire de validation des données qualitatives