Canadian Journal of Rural Medicine
CJRM CMR
Journal canadien de la médecine rurale

Original Article
Article original

Organisation des services dans une urgence rurale éloignée : réflexions autour du cas de Fermont, Québec

Richard Fleet, MD, PhD
Chaire de recherche en médecine d'urgence Université Laval, Centre intégré de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, Québec, Qué. ; Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Qué.

Catherine Turgeon-Pelchat, MA
Fatoumata Korika Tounkara, MSc
Chaire de recherche en médecine d'urgence Université Laval, Centre intégré de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, Québec, Qué.

Jean-Guy Trottier, AdmA
Centre de santé et de services sociaux de l'Hématite, Fermont, Qué.

Jean Ouellet, MD
Direction de l'enseignement en région, vice-décanat à la responsabilité sociale, Université Laval, Québec, Qué.

Luc Lapointe, PhD
Marie-Pierre Renaud, MA
Chaire de recherche en médecine d'urgence Université Laval, Centre intégré de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, Québec, Qué.

Jean-Paul Fortin, MD
Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Qué.

Correspondance : Richard Fleet, rfleet@videotron.ca

Cet article a été révisé par des pairs.

Introduction : Cette étude visait à répondre au besoin d'une petite urgence éloignée d'assoir sa réflexion autour d'un seuil minimum de services à offrir. Les principaux objectifs de l'étude étaient de : 1) dresser le portrait statistique de l'urgence de Fermont, Québec, 2) évaluer la perception du personnel et des usagers en lien avec le seuil de services offert et 3) énoncer des solutions permettant d'améliorer les soins et les services.
Méthodes : Cette étude de cas a été réalisée avec une approche participative et une méthodologie mixte. Nous avons comparée les données d'un questionnaire sur l'urgence qui a été validé lors d'une étude précédente aux données des autres urgences rurales québécoises et à des recommandations nationales et provinciales. Le questionnaire portait sur les caractéristiques sociodémographiques des usagers, les descripteurs du centre hospitalier et de l'urgence, les services disponibles localement et les effectifs médicaux et infirmiers. Des entrevues ont aussi été réalisées auprès de 33 personnes (professionnels de la santé, décideurs et citoyens).
Résultats : L'urgence de Fermont est plus petite que la moyenne des urgences rurales québécoises et dotée de ressources à certains égards comparables aux autres urgences et aux recommandations et à d'autres égards limités. Les répondants ont souligné l'importance de tenir compte des particularités du milieu dans l'établissement d'un seuil minimum de services. Les solutions proposées concernent l'importance de favoriser la collaboration, de décloisonner la pratique professionnelle et de miser sur la formation.
Conclusion : Au-delà du cas de Fermont, cette étude de cas exploratoire a permis de souligner l'importance d'adopter une approche pluraliste, participative et locale pour soutenir la réflexion autour du seuil minimum de services à offrir dans les urgences éloignées et pour améliorer la performance générale des urgences rurales.

Introduction: The goal of this study was to meet a small, remote emergency department's need to reflect on the minimum threshold of services to offer. The study's main objectives were to 1) provide a statistical profile of the emergency services in Fermont, Quebec, 2) assess the staff's and users' perception of the threshold of services offered and 3) propose solutions for improving care and services.
Methods: This case study was conducted with a participatory approach and a mixed methodology. We compared the results from a questionnaire on the emergency services that was validated during a previous study with the results concerning the other rural emergency services in Quebec as well as with national and provincial recommendations. The questionnaire concerned users' sociodemographic characteristics, the hospital's and the emergency services' descriptors, the services available locally, and the physician and nurse staff. Interviews were also carried out with 33 people (health care professionals, policy-makers and citizens).
Results: Fermont's emergency department is smaller than the average rural emergency department in Quebec. They have resources that are in some respects comparable to those of other emergency departments and in line with the recommendations; in other respects, their resources are rather limited. Respondents emphasized how important it is to take into account the environment's specific features when establishing the minimum threshold of services. The proposed solutions would promote collaboration, break down silos within professional practice and focus on training.
Conclusion: Fermont's case aside, this exploratory case study highlights how important it is to adopt a pluralistic, participatory and local approach in order to support reflection on the minimum threshold of services in remote emergency departments and to improve their overall performance.

© 2018 Society of Rural Physicians of Canada

INTRODUCTION

La médecine d'urgence en milieu rural et éloigné est assurée majoritairement par des médecins de famille, qui sont confrontés à plusieurs défis particuliers[1]. Ils doivent notamment composer avec un accès réduit à des services diagnostiques et spécialisés et avec un temps de transport important pour accéder à ces services[1–3]. D'autres facteurs contribuent aux difficultés associées à la pratique dans les urgences rurales, comme les problèmes de recrutement et de rétention du personnel, le faible niveau de formation en soins d'urgence, la diversité des diagnostiques et la moins grande exposition aux cas complexes et aux procédures moins fréquentes[1,4–7]. Par ailleurs, l'accès limité aux soins et services de première ligne, de santé mentale et d'hébergement ont pour effet d'augmenter la pression sur les unités d'urgence rurales. Ces dernières en viennent à jouer avec une intensité accrue les rôles de filet de sécurité et de plaque tournante pour la population[8–11].

L'amélioration des soins de santé en milieu rural est devenue une priorité, comme en témoignent les travaux du Groupe de travail collaboratif canadien sur l'avancement de la médecine familiale rurale (une collaboration du Collège des médecins de famille du Canada et de la SMRC)[12]. Cependant, les urgences rurales canadiennes et québécoises disposent de peu de standards adaptés et à jour concernant un seuil minimum de soins à assurer pour les guider dans cette amélioration[13–18].

C'est ce manque qui a incité les gestionnaires de l'urgence du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Hématite à Fairmont, Québec à faire appel à la Chaire de recherche en médecine d'urgence, dans un contexte où se dessinait pour ce centre une fusion administrative qui pouvait laisser présager des impacts sur l'organisation locale des services. La question du seuil minimal de services à offrir dans les urgences rurales et éloignées est ainsi devenue le point de départ d'une étude de cas qui visait également, plus largement, à contribuer à la réflexion autour des solutions adaptées pour améliorer l'accès, la continuité, la qualité et la performance des urgences rurales et éloignées.

Plus spécifiquement, les principaux objectifs de l'étude étaient de : 1) dresser le portrait statistique de l'urgence du CSSS de l'Hématite et de le comparer avec certaines recommandations canadiennes et québécoises, 2) évaluer la perception du personnel et des usagers en lien avec la situation actuelle de l'urgence et notamment avec le seuil de services actuellement offert et 3) énoncer des solutions issues du milieu permettant d'améliorer les soins et services de l'urgence de Fermont et éventuellement d'autres milieux comparables.

MÉTHODE

Cette étude exploratoire et pionnière constitue une étude de cas[19]. Elle vise à s'appuyer sur l'exemple de Fermont pour entamer une réflexion autour de l'amélioration des urgences rurales québécoises en ayant recours à une méthodologie à la fois quantitative et qualitative.

Le contexte

La ville de Fermont est située au nord de la région de la Côte-Nord, à la frontière avec le Labrador et à plus de 900 km du centre de traumatologie de niveau tertiaire le plus proche. L'urgence de Fermont est localizée dans un milieu caractérisé par l'importance historique et économique de l'industrie minière. Elle dessert une population d'environ 2870 habitants (recensement de 2011[20]) majoritairement de sexe masculin (57 %), jeune (77 % âgés de ≤ 49 ans), en emploi (taux d'activité de 79,8 %) et comptant sur des revenus supérieurs à la moyenne québécoise[21].

L'approche

Le projet de recherche, issu d'une demande du milieu, a été réalisé avec une approche pluraliste et participative. Le directeur général par intérim en place au moment de la recherche (J.-G.T.) a été désigné comme « champion local ». Il a été impliqué à diverses étapes du projet, notamment lors du recrutement des participants, de l'analyse des données et du retour des résultats dans le milieu[22,23]. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique à la recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.

Volet quantitatif

Afin de dresser le portrait statistique de l'urgence du CSSS de l'Hématite, nous avons soumis à la directrice des services à la clientèle et des soins infirmiers un questionnaire qui a été validé auprès de 23 urgences rurales québécoises lors d'une étude précédente[1]. Les données (2013/14) portaient sur les caractéristiques sociodémographiques des usagers, les descripteurs du centre hospitalier et de l'urgence, les services disponibles localement et les effectifs médicaux et infirmiers. Les données du questionnaire

ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives et comparées aux données (2009/10) des autres urgences rurales québécoises[1]. Elles ont également été comparées à des recommandations canadiennes (Association canadienne des médecins d'urgence [ACMU][17]) et québécoises (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS][18]) s'adressant spécifiquement aux urgences des milieux ruraux et éloignés. Ces comparaisons visaient à mettre en parallèle les services offerts à Fermont avec les services offerts ailleurs dans des urgences comparables et avec les services minimum qui devraient être offerts selon les recommandations de l'ACMU et du MSSS.

Volet qualitatif

Devant le peu de recommandations entourant les urgences rurales et suivant notre intuition que l'établissement d'un seuil minimum de services devait reposer sur plusieurs facteurs spécifiques aux milieux et souvent incontrôlables qu'il était intéressant d'identifier, nous avons élaboré un volet qualitatif à l'étude. L'objectif était d'approfondir notre compréhension des défis entourant l'offre de services d'urgence à Fermont afin de comprendre comment ceux-ci influencent l'établissement d'un seuil minimum de services à offrir, tout en accordant une attention particulière aux atouts et opportunités qui permettraient d'y améliorer les soins de santé.

Nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées individuelles et de groupe auprès de gestionnaires, professionnels de la santé (médecins, infirmières, professionnels de services diagnostiques, équipe psychosociale, pharmaciens), personnel des soins préhospitaliers, usagers et citoyens. Les participants aux entrevues ont été recrutés sur la base de leur position à l'urgence, de la recommandation de collègues et de leur intérêt à participer à la recherche. Les usagers ont pour leur part majoritairement été recrutés via des affiches exposées au CSSS de l'Hématite et des prospectus distribués aux personnes se présentant à l'urgence. Le recrutement pour les entrevues qualitatives visait à obtenir une diversité de points de vue et une certaine saturation des données. Comme pour la plupart des études qualitatives, la représentativité statistique ne faisait pas partie de nos critères de recrutement.

Nous avons conçu six guides d'entrevue destinés aux différents types de personnes rencontrées. Les thèmes abordés concernaient les particularités de la ville de Fermont, les services de santé et sociaux qui y sont offerts, les services de l'urgence, et les pistes d'action et de solutions pour améliorer ces services. Les entrevues, d'une durée moyenne de 1 h 30, ont été réalisées à Fermont, en personne (sauf une, réalisée par téléphone), entre le 13 et le 17 septembre 2015. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits verbatim.

Nous avons privilégié une analyse thématique inductive des verbatims, supportée par le logiciel NVivo[24]. Cette approche a permis de faire ressortir les différents thèmes abordés par les participants autour des sujets du guide d'entretien. La professionnelle de recherche affectée à la collecte des données en a également fait l'analyse. Le processus d'analyse a aussi inclus des discussions avec un co-chercheur (J.O.) et le champion. Les analyses préliminaires ont ensuite été présentées à 3 représentants du milieu pour rétroaction/validation.

RÉSULTATS

Portrait statistique

Le Tableau 1 expose les faits saillants du portrait statistique de l'urgence de Fermont. Il fournit également une comparaison entre cette urgence et l'ensemble des urgences rurales dont nous avions déjà collecté et analysé les données lors d'une étude préalable (n = 23)[1], ainsi qu'avec les recommandations de l'ACMU[17] et du MSSS[18].

Le portrait statistique a permis de constater que l'urgence du CSSS de l'Hématite reçoit un faible volume annuel de patients (6692) comparativement à la moyenne des urgences rurales du Québec (18 813 [écart-type : 6151]). La proportion des transferts interétablissements par rapport au nombre total de visites est, par ailleurs, légèrement plus importante que la moyenne des urgences rurales (1,8 % c. 1,6 %). Il apparait également que le nombre de médecins et d'infirmières disponibles à Fermont par quart de travail est comparable à ceux des autres urgences rurales et aux recommandations de l'ACMU et du MSSS. Les équipes médicales et infirmières fermontoises disposent aussi de niveaux de formation comparables à ceux des autres urgences rurales québécoises, tandis que la majorité des médecins avaient plus de 20 ans d'expérience au moment de l'étude, ce qui est plutôt inhabituel dans les urgences rurales.[1] Les services diagnostiques et les spécialités médicales accessibles sur place y sont par contre assez limités comparativement aux autres urgences rurales et aux recommandations précitées.

Portrait qualitatif

Au total, 33 personnes ont participé aux entrevues semi-dirigées. Pour la plupart des participants

rencontrés dans toutes les catégories, il ne faisait aucun doute que les considérations liées au seuil minimal de services à offrir devaient s'inscrire dans une reconnaissance des enjeux particuliers de l'urgence de Fermont. Ces enjeux concernent notamment l'éloignement, l'accès limité à certains services et spécialistes et les défis liés aux transferts. C'est ce qu'illustre la citation suivante :

Tableau 1 : Portrait de l'urgence du Centre de santé et de services sociaux de l'Hématite et comparaison avec les autres urgences rurales québécoises et les recommandations du Ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Association canadienne des médecins d'urgence

Caractéristique	Urgence de l'Hématite 2013/14	Urgences rurales québécoises*, moyenne ± É.-T. 2009/10[1]	Cibles urgences primaires, MSSS[18]	Cibles urgences rurales niveau 4 et 5, ACMU[17]
Nb de visites annuelles	6692	18 813 ± 6151	< 10 000 usagers sur civière/année	ND
Triage niveaux 1 à 3, % total de visites	17	23	—	—
Nb de transferts interétablissements annuels	118	294	—	—
% de transferts par rapport au nombre total de visites	1,8	1,6	—	—
Durée moyenne de séjour, h	6,29	12 ± 4	—	—
Temps d'attente moyen avant de voir un médecin, h	3,5	3 ± 2	—	—
Distance entre le centre hospitalier et centre trauma de niveau tertiaire, km	970	ND	—	—
Données sur les médecins d'urgence			—	—
Nb de médecins à temps plein	8	6 ± 7	—	—
Nb de médecins à temps partiel	2	7 ± 6	—	—
Nb de médecins par quart	1†	1	1	1
% de médecins avec certification en médecine d'urgence	0	6	—	—
Nb d'ans d'expérience, % de médecins			—	—
≤ 5	25	31	—	—
6–10	0	20	—	—
11–15	0	18	—	—
16–20	0	18	—	—
> 20	75	12	—	—
Données sur les infirmières d'urgence				
Nb d'infirmières à l'urgence jour	2‡	3 ± 1	ND	1
Nb d'infirmières à l'urgence soir	2‡	3 ± 1	ND	1
Nb d'infirmières à l'urgence nuit	2‡	2 ± 1	ND	1
Nb d'infirmières avec formation diplôme d'études professionnelles (auxiliaires)	7	1 ± 3	—	—
Nb d'infirmières avec formation collégiale (techniciennes)	15	15 ± 8	—	—
Nb d'infirmières avec formation universitaire (cliniciennes)	4	4 ± 2	—	—
Accès 24/7 aux services diagnostiques dans un délai de 30 min, %				
Laboratoire	Oui	100	Oui	ND
Radiologie	Oui	91	Oui	Oui
Unité de soins intensifs	Non	78	Oui	ND
Échographie département d'urgence	Non§	78	Oui	Oui
Tomodensitométrie	Non§	74	Non	Non
Accès 24/7 aux spécialistes dans un délai de 30 min, %				
Chirurgien	Non§	78	Oui	Oui
Inhalothérapeute	Non§	73	Oui	ND
Anesthésiste	Non§	65	Oui	Oui
Psychiatre	Non	48	Non	Oui
Interniste	Non	39	Non	Oui
Obstétricien/gynécologue	Non§	35	Non	Oui

Nota bene : ACMU = Association canadienne des médecins d'urgence, É.-T. = écart-type, MSSS = Ministère de la Santé et des Services sociaux, ND = non disponible.
*Vingt-trois des 26 urgences rurales du Québec offrant une couverture médicale 24/7, comprenant des lits d'hospitalisation et qui sont situés dans une « petite ville rurale » selon la définition de Statistique Canada.[25]
†Le médecin est de garde sur place la nuit. En tout temps, un second médecin est de garde pour les urgences.
‡Une troisième ressource infirmière est de garde en tout temps.
§Service non disponible sur place, mais disponible à l'hôpital de Labrador City, situé à 26 km de l'hôpital de Fermont. Les Fermontois peuvent être transférés à Labrador City en cas d'urgence pour voir les spécialistes ou utiliser les ressources disponibles dans cet hôpital mais sont le plus souvent transférés à Sept-Îles ou Québec en avion.

Puis si on n'était pas à Fermont, si on était en plein centre du Québec dans un village […], on se dirait : « Ça ne vaut pas la peine de garder cette urgence-là. » Mais ici, c'est ça la différence, c'est qu'on est la ressource unique. […] C'est que c'est une sécurité : tu vis isolé, il faut que tu sois capable d'avoir des services de première ligne qui vont répondre aux besoins les plus essentiels dans le domaine de la santé. Mais là, c'est la notion de filet de sécurité. Puis on a toujours l'image des pompiers. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas d'incendie pendant un an dans un village qu'on dit : « On n'a plus besoin de pompiers. » (E14)

Les professionnels et gestionnaires rencontrés ont également insisté pour nuancer les évaluations statistiques et comptables sur lesquels les « seuils minimums » sont souvent établis. Pour les répondants, en effet, divers enjeux, dont la petitesse des équipes et la diversité des tâches, influencent la performance statistique et doivent être pris en compte dans l'établissement d'un seuil minimal de services :

Ici, étant donné qu'on a vraiment une masse critique qui est très petite, on ne peut pas avoir des équipes de soutien au même titre que dans un [gros] hôpital. Dans une [grosse] urgence […], il y a une secrétaire à l'admission, il y a une préposée qui remplit les salles, il y a une autre secrétaire qui fait d'autres choses. Tandis qu'ici, les professionnels sont obligés de faire beaucoup d'autres tâches connexes. […] Les gens ne se doutent pas de ça. Eux autres ont leur vision qu'une infirmière, ça peut s'occuper de 12 patients, admettons. Sauf que cette infirmière-là fait de la pharmacie, elle prépare des médicaments, elle répond au téléphone, elle fait un petit peu de gestion, parce qu'il n'y a pas beaucoup de cadres. Donc il y a beaucoup de multitâches. […] Pendant qu'elle fait les toasts, elle ne peut pas répondre à une urgence, si elle est toute seule. Si elles sont 2, il y en a 1 qui peut y aller. (E06)

De plus, pour plusieurs professionnels, dans un contexte où le maintien des compétences est un enjeu, l'établissement d'un seuil minimum de services doit inévitablement tenir compte de l'importance du travail d'équipe, qu'il soit intra- ou interprofessionnel :

L'exposition est telle qu'on est appelé à être face à beaucoup de situations rares, peu fréquentes ; on ne sait pas quand elles vont se produire et il faut rester « adéquat » face à cette situation-là. C'est là aussi pour nous l'importance du deuxième [médecin de garde]. On se dit dans ces situations-là que 2 têtes valent mieux qu'une ; on se donne beaucoup de coups de main d'un médecin à l'autre. (E01)

Cet appel à favouriser le travail d'équipe permet d'introduire le second objectif du portrait qualitatif, à savoir l'énonciation de solutions adaptées pour améliorer les soins et services d'urgence. Il convient tout d'abord de noter que les entrevues ont permis d'insister sur le fait que, comme pour l'établissement d'un seuil minimum, toutes les solutions pour améliorer l'urgence devraient être adaptées aux défis, contraintes et atouts locaux. Les participants aux entrevues ont par exemple souligné, de façon générale, l'importance de faire reconnaître les spécificités de l'urgence de Fermont, afin que les besoins et décisions locaux soient compris des grands centres décisionnels :

Ce que j'aimerais, c'est qu'on soit plus compris sur tous les points dans le fonds. Que les gens comprennent qu'on aurait besoin de médicaments de plus, d'aide à aller ailleurs. Qu'ils soient plus compréhensifs à ce qu'on vit ici. On aurait besoin d'autres choses, d'autres téléphones. Ça va avancer si, [dans les centres de décisions], ils nous écoutaient plus. (FG15)

Plus particulièrement, les répondants ont énoncé l'importance de retravailler les corridors de services avec les centres plus spécialisés (Sept-Îles et Québec) et d'améliorer la collaboration avec l'hôpital de Labrador City, situé à quelques kilomètres de Fermont mais dans une autre province (Terre-Neuve-et-Labrador). Les citoyens, notamment, souhaitaient favoriser l'obtention de services dans cette ville pour éviter de longs et couteux déplacements.

L'utilisation de la télésanté a aussi été présentée comme une avenue ayant le potentiel de limiter les transferts et déplacements de malades, en plus de constituer, pour les professionnels, un réseau de support clinique à distance :

Une chose qui nous a aidé beaucoup aussi depuis environ 5 ans c'est le PACS [*picture archiving and communication system*], la radiographie qui est transmise par ordinateur. C'est-à-dire qu'on fait une radio ici et 2 minutes après, on peut appeler le radiologiste et lui demander ce qu'il en pense ; c'est-tu vraiment cassé ? Ou on parle à l'orthopédiste : est-ce qu'on a besoin de […] transférer [la malade] ou on peut juste mettre un plâtre ? (E01)

L'élargissement du rôle de certains professionnels et premiers répondants a également été soulevé, par certains répondants, comme une avenue potentielle pour améliorer les services d'urgence. Ainsi, pour les ambulanciers, par exemple, il serait sécurisant de pouvoir compter sur des premiers répondants habileté à transporter des malades en cas de découverture ambulancière due à un long transfert.

Enfin, l'amélioration de la formation des professionnels est apparue comme une solution incontournable pour pallier aux difficultés de maintien des compétences dans un contexte de faible volume. Les pistes de solutions pour améliorer la formation continue étaient surtout liées à la « pratique dans des situations réelles » ; c'est-à-dire, par exemple, avoir la possibilité d'aller pratiquer certaines techniques dans des urgences plus achalandées ou avoir le support de spécialistes en télémédecine pour guider, lors de situations réelles, les professionnels dans

leurs actions. La formation académique des futurs médecins et la réalisation de plus de stages hors milieux urbains sont également apparues comme une solution potentielle pour améliorer à la fois les compétences des futurs médecins et le recrutement et la rétention dans les milieux ruraux.

La mise à jour et la pratique des protocoles de soins a aussi été mentionné comme une piste de solution pour améliorer la qualité des soins :

> On essaie de se faire des petits scénarios aussi entre nous autres, de parler de patients, des expériences. On essaie de mettre nos protocoles à jour, aussi. Admettons, les protocoles de sepsie, protocole d'intubation, réviser la médication régulièrement, parce qu'étant donné qu'on ne les utilise pas, c'est vite sorti de notre tête. (E07)

DISCUSSION

Les données du questionnaire sur l'urgence de Fermont, comparé avec celles des autres urgences rurales québécoises[1] et avec les recommandations de l'ACMU[16] et du MSSS[17], ont permis de brosser un portrait de l'urgence à l'étude et de le mettre en relation avec des statistiques similaires et des outils de planification destinés aux urgences rurales. L'urgence de Fermont y est apparue plus petite que la moyenne des urgences rurales québécoises et dotée de ressources à certains égards comparables aux autres urgences et aux recommandations (nombre de médecins et d'infirmières, formation) et à d'autres égards assez limités (services diagnostiques et spécialités médicales).

Le volet qualitatif de la recherche a cependant démontré que ces comparaisons, tout utiles sont-elles pour les planificateurs, ne permettent pas, à elles seules, de fixer un seuil minimum de services à offrir à Fermont. Les données qualitatives ont en effet introduit des préoccupations supplémentaires relativement au seuil minimum de services à offrir en soulignant l'importance de tenir compte des particularités du milieu (p. ex., éloignement, accès à des spécialistes, faible volume). L'analyse a également permis de rassembler les solutions proposées autour de l'importance de faire reconnaître les spécificités de l'urgence, de favoriser la collaboration interétablissement et interprovinciale, de décloisonner la pratique professionnelle (travail d'équipe, rôles élargis, télésanté pour communication à distance, mise à jour de protocoles) et de miser sur la formation académique et continue pour améliorer les compétences et favoriser le recrutement.

Ces conclusions peuvent être mises en relation avec la littérature sur les modèles d'organisation des services de première ligne en milieu rural. Ainsi, pour Humphreys[26], la diversité des modèles et le fait que le « modèle taille unique » (*one size fits all*) n'existe pas appellent à mettre l'accent sur le développement de stratégies pour s'assurer que les conditions nécessaires aux services et que les besoins des communautés soient rencontrés, plutôt que sur une configuration particulière de services ou un seuil minimal universel. De la même façon, Wakerman et collègues[27] soulignent que bien que divers modèles d'organisation des services de première ligne en milieux ruraux et éloignés peuvent être recensés, aucun modèle ne peut s'imposer dans une communauté donnée en fonction de quelques indicateurs généraux (p. ex., taille de la population, distance du centre le plus proche). La littérature suggère en effet que les décideurs devraient s'appuyer sur un certain nombre d'éléments qui font consensus (notamment l'accès, l'intégration et la qualité des soins) et s'engager dans un processus consultatif et participatif large afin de définir un modèle adapté aux besoins et contextes locaux[27–29]. Les pistes de solutions suggérées par les acteurs de Fermont vont dans ce sens systémique et communautaire et appellent à des changements organisationnels profonds, intégrés et adaptés au milieu.

Limites de l'étude

D'entrée de jeu, la limite principale de cette étude est son caractère exploratoire et spécifique à un milieu. De plus, certains volets très pertinents, tels que la qualité des soins offerts et la qualité de vie au travail du personnel, n'ont pas été abordés et mériteraient une attention plus soutenue dans des recherches futures. Les limites à la comparaison de l'urgence de Fermont avec les autres urgences rurales de la province et avec les recommandations de l'ACMU[17] et du MSSS[18] apparaissent également. Les données statistiques et qualitatives démontrent en effet que l'urgence de Fermont se situe parmi les plus petites urgences rurales du Québec eu égard au volume de malades et à l'étendue des services disponibles sur place, ce qui peut compromettre la comparaison, et cela même avec les autres urgences « rurales ». Les limites à la comparaison avec des recommandations datant d'une vingtaine d'années (ACMU) ou plus récentes, mais peu utilisées (MSSS)[1,30], doivent également être mentionnées.

Le volet qualitatif de cette étude de cas visait justement à introduire des préoccupations supplémentaires dans la réflexion sur un seuil minimal de services à offrir et à nuancer le poids accordé aux

statistiques, donnant ainsi de la force à nos observations en offrant un regard plus large sur cette problématique. Ce volet a cependant été réalisé sur une courte période avec des moyens financiers limités et une visée exploratoire, ce qui a limité l'importance du critère de saturation dans la collecte des données. Ainsi, nous ne pouvons pas affirmer que la saturation a été atteinte pour tous les groupes de participants à l'étude. Cependant, le large éventail de personnes interrogées au vu de la taille du milieu nous porte à croire que les données exploratoires sont assez représentatives de celui-ci.

CONCLUSION

Au-delà du cas de Fermont, cette étude de cas exploratoire a permis de souligner l'importance d'adopter une approche pluraliste, participative et locale pour soutenir la réflexion autour du seuil minimum de services à offrir dans les urgences éloignées et pour améliorer la performance générale des urgences rurales. De la même façon, les thématiques autour desquelles les solutions énoncées nos répondants se sont concentrées sont certainement des avenues à explorer pour plusieurs petites urgences éloignées. Nul doute que ces solutions soulèvent des enjeux politiques, organisationnels, cliniques, technologiques, économiques et légaux majeurs, qui appellent à un développement de la recherche pour étendre notre compréhension des urgences rurales, dégager des pistes de solutions adaptées, mieux comprendre les conditions de leur mise en œuvre et faciliter leur implantation et intégration. C'est d'ailleurs ce sur quoi notre équipe souhaite se pencher dans les années futures[31].

RÉFÉRENCES

1. Fleet R, Poitras J, Archambault P, et al. Portrait of rural emergency departments in Québec and utilization of the provincial emergency department management Guide: cross sectional survey. *BMC Health Serv Res* 2015;15:572.
2. Ginde AA, Foianini A, Renner DM, et al. Availability and quality of computed tomography and magnetic resonance imaging equipment in U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med* 2008;15:780-3.
3. Merkens BJ, Mowbray RD, Creeden L, et al. A rural CT scanner: evaluating the effect on local health care. *Can Assoc Radiol J* 2006;57:224-31.
4. Friedman RB. Top ten reasons the World Wide Web may fail to change medical education. *Acad Med* 1996;71:979-81.
5. Freeman VA, Slifkin RT, Patterson PD. Recruitment and retention in rural and urban EMS: results from a national survey of local EMS directors. *J Public Health Manag Pract* 2009;15:246-52.
6. Rourke J. Increasing the number of rural physicians. *CMAJ* 2008; 178:322-5.
7. Sansfaçon J, Brock G, Gurekas V. Use of the "crash room" in a rural hospital: case review of 100 cases. *Can J Rural Med* 2014;19:7-11.
8. Haggerty JL, Roberge D, Pineault R, et al. Features of primary healthcare clinics associated with patients' utilization of emergency rooms: urban–rural differences. *Healthc Policy* 2007;3:72-85.
9. Roberge D, Pineault R, Larouche D, et al. The continuing saga of emergency room overcrowding: Are we aiming at the right target? *Healthc Policy* 2010;5:27-39.
10. Gauthier J, Haggerty J, Lamarche P, et al. *Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées*. Montréal : Institut national de santé du Québec ; 2009.
11. Vadeboncoeur A, Beaudet P, Pecko K, et al. *Projet urgence 2000 : de paratonnerre à plaque tournante*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux ; 1999.
12. Faire avancer la médecine familiale rurale : Groupe de travail collaboratif canadien. *Plan d'action pour la médecine rurale — orientations*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2017.
13. Romanow RJ. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada — rapport final*. Ottawa : Conseil privé ; 2002. Accessible ici : http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf (consulté le 29 sept. 2015).
14. Medical journals spotlight Kootenay Lake Hospital: standards in emergency medical care needed. *The Nelson Daily* [Nelson, BC] le 11 avril 2013. Accessible ici : http://thenelsondaily.com/news/medical-journals-spotlight-kootenay-lake-hospital-standards-emergency-medical-care-needed-24183#.Vgq2Ufl_NHx (consulté le 29 sept. 2015).
15. Fleet R, Archambault P, Plant J, et al. Access to emergency care in rural Canada: Should we be concerned? *CJEM* 2013;15:191-3.
16. Fleet R, Plant J, Ness R, et al. Patient advocacy by rural emergency physicians after major service cuts: the case of Nelson, BC. *Can J Rural Med* 2013;18:56-61.
17. Recommendations for the management of rural, remote, and isolated emergency health care facilities in Canada. Canadian Association of Emergency Physicians. *J Emerg Med* 1997;15:741-7.
18. *Guide de gestion de l'urgence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2006.
19. Yin R. *Case study research design and methods*. 5ième éd. London (UK) : Sage Publications ; 2013.
20. Population totale, superficie et densité, municipalités, MRC de la Côte-Nord et ensemble du Québec, 2011. Montréal : Institut de la statistique du Québec; 2012. Accessible ici : www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/recensement/2011/recens2011_09/population/poptot_superficie09.htm (consulté le 29 sept. 2015).
21. Profil démographique et socioéconomique : Fermont 2015. Fermont (QC) : Centre local de développement de la municipalité régionale de comté de Caniapiscau ; 2015. Accessible ici : http://caniapiscau.net/files/view/f7f5fc8cdc8094f (consulté le 29 sept. 2015).
22. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009;4:50.
23. MacDougall C, Fudge E. Planning and recruiting the sample for focus groups and in-depth interviews. *Qual Health Res* 2001;11:117-26.
24. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4ième éd. Malakoff (France) : Armand Colin ; 2016.
25. du Plessis V, Beshiri R, Bollman RD, et al. Définitions de « rural ». *Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada* (Statistique Canada) 2001;3(3)1-18. Nº 21-006-XIF au catalogue.
26. Humphreys JS. Key considerations in delivering appropriate and accessible health care for rural and remote populations: discussant overview. *Aust J Rural Health* 2009;17:34-8.
27. Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, et al. Primary health care delivery models in rural and remote Australia: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008;8:276.
28. Burley MB, Greene P. Core drivers of quality: a remote health example from Australia. *Rural Remote Health* 2007;7:611.
29. Farmer J, Nimegeer A. Community participation to design rural primary healthcare services. *BMC Health Serv Res* 2014;14:130.
30. Fleet R, Hegg-Deloye S, Maltais-Giguère J, et al. The Quebec emergency department guide: a cross-sectional study to evaluate its use, perceived usefulness, and implementation in rural emergency departments. *CJEM* 2017;7 décembre:1-8.
31. Fleet R, Dupuis G, Fortin JP, 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:e016039.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.