

## Stratégie nationale de santé rurale

*« Chaque citoyen et citoyenne au Canada devrait avoir un accès égal aux soins de santé peu importe l'endroit où il/elle vit ».*

*- Juge Emmet Hall*

Il existe de nombreux défis en soins de santé pour les Canadiens et les Canadiennes, mais aucun n'est plus grand que celui de dispenser des soins aux personnes qui demeurent dans les régions éloignées et les régions à population éparses de ce pays. En 2005, 21 p. 100 de la population canadienne vivent dans les collectivités rurales de moins de 10 000 de population et seulement 9,4 p. 100 des médecins vivent dans ces collectivités. La main-d'œuvre en médecins ruraux compte pour 16 p. 100 des médecins de famille et 2 p. 100 des spécialistes.

L'état de santé diminue à mesure qu'on se déplace vers les régions plus rurales et plus éloignées et ceci est reflété dans la comparaison des taux de morbidité et de mortalité ruraux et urbains. C'est particulièrement le cas dans les collectivités autochtones où il existe des taux beaucoup plus importants de diabète, de maladies respiratoires et infectieuses et de mort liée à la violence. Les plus grands écarts entre les taux de mortalité rurale et urbaine se remarquent chez les jeunes – les Canadiens et Canadiennes vivant en milieu rural âgés de moins de 45 ans ont un taux de mortalité 30 p. 100 plus élevé que les citoyens du même âge.<sup>1</sup> En bout de ligne, les Canadiens vivant en milieu rural les plus isolés vivent trois années de moins que leur contrepartie urbaine.<sup>2</sup>

La capacité de devenir enceinte est répartie uniformément à travers la population mais ce n'est pas le cas des soins de maternité. Les femmes en milieu rural trouvent de plus en plus difficile de mettre leurs bébés au monde dans leur propre collectivité, même s'il y existe toujours un hôpital. L'accès aux soins de maternité dans le sud de l'Ontario diminue.<sup>3</sup> Et dans le nord de l'Ontario, le nombre signalé d'hôpitaux communautaires qui ont fermé leur maternité s'est multiplié par cinq depuis 1981. Les distances que doivent parcourir les femmes augmentent.<sup>1,5,4</sup>

Des études aux États-Unis<sup>5,6,7</sup> et en Norvège<sup>8</sup> documentent de façon constante et de manière significative des conditions plus mauvaises pour les collectivités sans soins de maternité, même si le centre d'aiguillage est d'excellent calibre. Les enfants des femmes qui sont forcées à voyager ont des taux plus élevés de mort périnatale et de prématurité et entraînent des coûts de soins de santé deux fois plus élevés (dus aux déplacements et à la prématurité).

Inéluctablement, on est à concevoir des solutions pour les soins de maternité en milieu rural. En l'absence d'un volume suffisant pour attirer les sages-femmes spécialisées ou les obstétriciens-obstétriciennes, les médecins ruraux ont mis au point des mécanismes qui transcendent les classifications urbaines de soins primaires et secondaires. Un omnipraticien formé en obstétrique,<sup>9</sup> avec un omnipraticien anesthésiste et du personnel infirmier adéquatement formé sont capables de dispenser des soins obstétricaux locaux à plus de 98 p. 100 des femmes avec des résultats égaux à ceux des villes.<sup>10</sup>

Roy Romanow, durant la Commission sur l'avenir des soins de santé, raconte comment les Canadiens et les Canadiennes vivant en régions rurales et éloignées ont parlé sans détours de

leurs sérieuses difficultés. Ils ont parlé de la nécessité d'une bonne santé et d'un bon accès à des soins de santé « non seulement parce qu'il est essentiel d'assurer leur propre qualité de vie, mais également la qualité de vie de leurs collectivités ». Il a recommandé de cibler un fonds de 1,5 milliard \$ pour les régions rurales et éloignées visant à résoudre les graves difficultés que posent les soins de santé dans les régions rurales et éloignées du Canada. Or, pas un seul sou n'a été dépensé, de sorte que ces difficultés persistent toujours.

Le milieu rural canadien possède une économie et une société hautement diversifiée, allant des régions côtières au cœur agricole du pays. Les ressources naturelles du Canada rural fournissent emplois, produits forestiers, minerais, pétrole et gaz, nourriture, revenus de taxes, et une bonne partie de nos échanges avec l'étranger.

On a noté que « le choix des gens de vivre ou non dans de plus petites collectivités est affecté par la question de savoir s'ils peuvent oui ou non avoir un accès raisonnable aux soins de santé ». Certains médecins ruraux ont fait écho à ce point de vue en disant que « la géographie est un facteur déterminant pour la santé ». Le soutien et l'amélioration des soins de santé en milieu rural sont importants pour faire en sorte que les gens soient disposés à y vivre et les entreprises à y développer l'industrie. À une période où augmente la compétitivité sur le plan mondial, le gouvernement fédéral ne peut se permettre d'ignorer le lien entre les soins de santé et la viabilité et la croissance économique du milieu rural canadien : le secteur principalement rural des ressources naturelles compte pour environ 40 p. 100 du total des exportations nationales.<sup>11</sup>

Le milieu rural géographique canadien représente 99,8 p. 100 du Canada. La densité moyenne de sa population rurale d'une personne par kilomètre carré crée des exigences uniques et spéciales pour la prestation des soins de santé. Des normes de soins temporelles précises et nécessaires à la survie telles que « l'heure décisive » pour les traumatismes et 30 minutes pour une césarienne sont subordonnées à des distances courtes vers les établissements de santé, peu importe la densité de la population.

La recherche démontre que l'expérience de la formation en médecine rurale est importante et que les postulants d'origine rurale sont davantage susceptibles de pratiquer en milieu rural.<sup>12,13,14,15</sup> Les écoles de médecine choisissent de préférence des gens issus d'environnements urbains avec un revenu moyen de plus de 80 000 \$,<sup>16</sup> les forment dans un environnement urbain qui encourage et met l'accent sur la sous-spécialisation, la recherche et le monde universitaire, à une distance énorme des considérations pour la collectivité la plus importante. Les diplômés et diplômées du système d'enseignement sont donc de plus en plus intéressés à la sous-spécialisation et à la pratique en milieu urbain. Les postes de formation en médecine familiale sont de moins en moins comblés<sup>17</sup> et même ceux qui les comblent n'acquièrent pas les compétences nécessaires à la pratique en milieu rural. Une étude de 2004 révèle que seulement 7 p. 100<sup>18</sup> des diplômés actuels en médecine choisissent de pratiquer en milieu rural, une baisse par rapport au 11 p. 100 des diplômés en médecine actuels des années 1990.<sup>19</sup> Ils semblent, en outre, mal préparés à y vivre et y travailler étant donné qu'ils vont vraisemblablement y demeurer seulement quelques années. Le groupe le plus important de médecins qui quittent le Canada rural est âgé de moins de 35 ans. Les taux d'attrition demeurent élevés. De façon assez constante à travers les provinces, une moyenne de 21 p. 100 des répondants anciennement ruraux parmi les omnipraticiens et médecins de famille ont signalé avoir déménagé en ville au cours des deux dernières années. Il a été dit que tout système est parfaitement conçu pour les effets qu'il cause. Il n'est donc pas surprenant que

l'accès aux soins au Canada rural écope de notre système de santé – y compris le gouvernement, les organismes médicaux, le système de formation et les organismes paramédicaux – étant organisé d'une manière hautement centralisée convenant mieux à des pays avec des populations denses et des courtes distances.

Des niveaux de financement comparativement bas peuvent produire des résultats significatifs. Le succès australien, en employant une stratégie rurale nationale, a augmenté le nombre de médecins pratiquant en régions rurales et éloignées de l'Australie d'environ 5 400 en 1995-1996 à plus de 6 200 en 1999-2000.<sup>20</sup> Nous pouvons assurément faire aussi bien.

Bon nombre de personnes ont demandé une telle solution pancanadienne. La justification pour une approche raisonnée à la répartition des médecins a été plaidée en 1999 par les consultants des ministres fédéral et provinciaux, Barer and Stoddart : « *Il apparaît important de renforcer l'idée qu'une telle restructuration aurait besoin d'être pancanadienne si on s'attend à ce qu'elle remédie aux problèmes des collectivités des régions rurales et éloignées. En l'absence d'une entente pancanadienne, les provinces et les territoires seraient vraisemblablement confrontés à des surenchères et à un accroissement de la migration entre les juridictions* ».<sup>21</sup>

L'enjeu de la réponse aux besoins de la population rurale en matière de soins de santé en est un difficile avec un long historique. Il s'agit d'une question de justice et d'égalité fondamentale avec laquelle les provinces se sont débattues, probablement au meilleur de leurs capacités, sur une base individuelle. Les fermetures d'hôpitaux et la technologie ne sont pas la solution. Il faut du personnel, et la réforme des soins de première ligne n'aidera seulement que si elle s'effectue d'une manière adéquate avec une compréhension des réalités rurales. Il existe une possibilité pour le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces et les territoires, d'apporter plus d'améliorations tel qu'on l'a fait en Australie. C'est particulièrement vrai avec la réforme du système de formation médicale, qui s'accomplit mieux à l'échelle de la nation. Pour ce faire, le gouvernement fédéral doit avoir les structures bureaucratiques en place pour développer, promouvoir et mettre en œuvre une stratégie nationale de santé rurale en conjonction avec les provinces et les territoires.

*Tout compte fait, le bien-être de son patient dépend de sa compétence, de ses connaissances et de sa débrouillardise. Les zones rurales ont donc droit aux médecins les mieux formés que l'on puisse convaincre d'aller pratiquer là.*

*-D' Abraham Flexner 1910 dans "Advancement of Teaching Medical Education in the United States and Canada"*

## Références

<sup>1</sup> DesMeules M, Pong R. Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé ICIS septembre 2006

[http://www.cihi.ca/cihiweb/products/summary\\_rural\\_canadians\\_2006\\_f.pdf](http://www.cihi.ca/cihiweb/products/summary_rural_canadians_2006_f.pdf)

<sup>2</sup> Statistique Canada, Rapports sur la santé « espérance de vie », Hiver 1999, Vol. 11, n° 3 Statistique Canada, Catalogue 82-003 [http://www.statcan.ca/english/indepth/82-003/feature/hr1999\\_v11n3\\_win\\_a01.pdf](http://www.statcan.ca/english/indepth/82-003/feature/hr1999_v11n3_win_a01.pdf)

- 3 Rourke TB. Trends in small hospital obstetric services in Ontario. *Can Fam Physician* Octobre 1998; 2117-2124 Society of Rural Physicians of Canada - Société de la médecine rurale du Canada, Federal Solutions for Rural Healthcare (solutions fédérales en matière de soins de santé en milieu rural)
- 4 Hutten-Czapski P; Decline of obstetrical services in northern Ontario. *Can J Rural Med* 1999; 4 (2): 72-76 <http://www.cma.ca/cma/staticContent/HTML/N0/12/cjrm/vol-4/issue-2/0072.htm>
- 5 Larimore WL, Davis A. Relationship of infant mortality to availability of care in rural Florida. *J Am Board Fam Pract* 1995;8(5):392-9.
- 6 Allen DI, Kamradt JM. Relationship of infant mortality to the availability of obstetrical care in Indiana. *J Fam Pract* 1991;33(6):609-13.
- 7 Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, Rosenblatt RA. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *Am J Public Health* 1990;80(7):814-8.
- 8 Bakketeig LS, Hoffman HJ, Sternthal PM. Obstetric service and perinatal mortality in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1978;77:3-19.
- 9 Hutten-Czapski P, Iglesias S; Joint Position paper on training for rural family physicians in advanced maternity skills and cesarean section *Can J Rural Med* 1999; 4 (4): 209-225 <http://www.cma.ca/cma/staticContent/HTML/N0/12/cjrm/vol-4/issue-4/0209.htm> authorship correction *CJRM* 2000;5(1):36
- 10 Black DP, Fyfe IM. The safety of obstetric services in small communities in northern Ontario *Can Med Assoc J* 1984;130:571-576
- 11 Reimer, W. Exploring Diversity in Rural Canada.. Canadian Rural Revitalization Foundation 2004 p.13. <http://srdc.msstate.edu/measuring/reimer.pdf>
- 12 Easterbrook M, Marshall G, Wilson R, Hodgetts G, Brown G, Pong R, Najgebauer R: Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location *CMAJ (JAMC)* 1999;160:1159-63 <http://www.cma.ca/cmaj/vol-160/issue-8/1159.htm>
- 13 Rabinowitz HK; Paynter NP The role of the medical school in rural graduate medical education: pipeline or control valve? *J Rural Health* 2000 Summer;16(3):249-53
- 14 Pathman DE; Steiner BD; Jones BD; Konrad TR Preparing and retaining rural physicians through medical education. *Acad Med* 1999 Jul;74(7):810-20
- 15 Rolfe IE; Pearson SA; O'Connell DL; Dickinson JA Finding solutions to the rural doctor shortage: the roles of selection versus undergraduate medical education at Newcastle. *Aust N Z J Med* 1995 Oct;25(5):512-7
- 16 Harris R as quoted in Students, university at odds over tuition's effect on med school class *Medical Post* 2001; 37(18) <http://www.medicalpost.com/mdlink/english/members/medpost/data/3718/02C.htm>
- 17 Walker AG. Medical students across country shun family medicine residencies. *Medical Post* 2000; 36(13) <http://www.medicalpost.com/mdlink/english/members/medpost/data/3613/02C.htm>
- 18 National Physician Survey (NPS): Workforce, satisfaction and demographic statistics concerning current and future physicians in Canada. 2004 <http://www.cfpc.ca/nps/English/home.asp>
- 19 Hutten-Czapski P, Thurber D. Who Makes Canada's Rural Doctors? *Can J Rural Med* 2002; 7(2):95-100 <http://www.cma.ca/cma/staticContent/HTML/N0/12/cjrm/vol-7/issue-2/0095.htm>
- 20 Hutten-Czapski P .. but the Rural-Urban Gap is Closing in Oz *The Rural News* 2001 3(14) <http://www.srpc.ca/issue314.html>
- 21 Barer and Stoddart Sept 16th 1999, Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited. <http://www.srpc.ca/librarydocs/BarSto99.htm>