



ÉNONCÉ DE POLITIQUE POLICY PAPER

Document stratégique de la SMRC sur la régionalisation, printemps 2004

Jill Konkin, MD

Présidente du Comité spécial de la SMRC sur la régionalisation et présidente sortante de la SMRC

Davið Howe, MB BS

Membre du Comité spécial de la SMRC sur la régionalisation et membre du Comité régional de l'Atlantique de la SMRC

Trina Larsen Soles, MD

Membre du Comité spécial de la SMRC sur la régionalisation et présidente de la SMRC

Produit pour la SMRC par le Comité spécial de la SMRC sur la régionalisation.

The English version of this Policy Paper was published in the Fall issue of *CJRM* (2004;9[4]:257-9).

Correspondance : SMRC, CP 895, Shawville QC J0X 2Y0

Tous les gouvernements provinciaux du Canada, sauf celui de l'Ontario, ont adopté la régionalisation des services de santé. Dans certaines provinces, la régionalisation a englobé un vaste éventail de services comme les services de soins actifs, de soins à domicile, de santé publique et de santé mentale. Dans d'autres, les services régionalisés sont plus limités. Certaines provinces ont créé beaucoup d'entités plus petites et d'autres en ont créé de plus grosses qui sont moins nombreuses. Tous les exercices de régionalisation ont été la force motrice d'une centralisation des services qui a eu des répercussions importantes sur les communautés rurales.

Beaucoup de communautés ont perdu des services, y compris leur hôpital dans certains cas. Même dans les provinces qui ont indiqué que la régionalisation visait notamment à augmenter l'apport local dans le système de soins de santé, la population et les professionnels de la santé de la plupart des communautés rurales interviennent maintenant moins qu'auparavant dans le système.

On a préconisé la régionalisation comme moyen pour les gouvernements provinciaux de guérir un grand nombre des problèmes qui touchent le système de santé, mais il existe très peu de recherches prouvant que la régionalisation soit la solution. Aussi récemment qu'en septembre 2003, le Centre canadien de l'analyse de la régionalisation et la santé (CCARS) affirmait¹ :

«Plusieurs des modifications des frontières des régions ont été faites malgré un manque de données probantes sur le sujet. Les effets de ces modifications sur l'efficacité des politiques de régionalisation sont donc considérables — l'un

de ces effets étant la déstabilisation de la prestation des services de santé.»

Nous manquons de recherches canadiennes au sujet des effets de la régionalisation sur l'accès aux soins, la qualité des soins, le recrutement des professionnels de la santé et le maintien des effectifs, notamment. Les recherches sur la taille et la conception optimales des régions de santé sont peu nombreuses. Les régions vont de celles qui sont concentrées principalement dans une grande agglomération urbaine, jusqu'aux vastes régions rurales, en passant par de multiples régions (ou districts) peu étendues dont la capacité de prestation de services varie.

Les régions rurales n'ont souvent aucune tendance commerciale commune, aucun centre régional distinct et aucun principe organisationnel susceptibles de les aider à fonctionner comme région, autres que les édits du gouvernement provincial qui les a créées. Dans la même province, certaines régions seront en mesure d'intégrer entièrement les services de santé, y compris les soins à domicile, la santé publique, les soins primaires, tous les niveaux de soins actifs et les services de soins tertiaires. D'autres régions sont très disparates et l'intégration au niveau des soins primaires y est déjà si difficile, qu'elles ne peuvent offrir tous services secondaires aucun des services de soins tertiaires.

Il y a aussi une anomalie : les centres «régionaux» peuvent refuser des patients de communautés rurales n'ayant pas accès aux services dispensés par les centres en question et il est facile de comprendre le fossé qui se creuse entre les régions comportant d'importances agglomérations urbaines et les régions rurales.

Compte tenu des inégalités croissantes entre les populations des régions rurales et éloignées du Canada et celles des centres urbains, la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) recommande les principes suivants pour la régionalisation des soins de santé au Canada.

1 – OBJECTIFS ÉNONCÉS ET MESURABLES

Les gouvernements ont lancé des essais de régionalisation sans buts clairement définis ni outils d'évaluation nécessaires pour les surveiller et les mesurer. Beaucoup de gouvernements se sont tournés vers la régionalisation comme moyen de contenir l'escalade des coûts des soins de santé, mais la restructuration massive des systèmes de prestation des soins dans de nombreuses provinces n'a pas produit d'économies. On ne sait pas combien la régionalisation a coûté au système, dans certains cas 10 ans après les premières expériences, ce qui démontre qu'il faut examiner rigoureusement les réussites et la régionalisation et ses échecs. Il est essentiel de définir clairement les problèmes que doit régler la régionalisation et la façon dont on évaluera celle-ci.

2 – PRISE DE DÉCISION FACTUELLE

Les changements apportés aux programmes actuels de régionalisation ou la mise en place de structures nouvelles doivent reposer sur les meilleures données probantes disponibles.

Dans beaucoup de cas, la régionalisation était conjuguée à la fermeture de petits hôpitaux ruraux sans que l'on reconnaisse les risques connexes possibles pour les communautés rurales. Des données probantes indiquent, par exemple, que les femmes qui ont une grossesse à faible risque et leur bébé présentent des taux de morbidité et de mortalité plus élevés au cours des premières semaines suivant l'accouchement si elles ont dû se rendre à l'extérieur de leur communauté^{2,3}. On a en outre démontré que plus l'intervalle qui s'écoule entre un infarctus du myocarde et les soins à l'hôpital est long, plus le taux de mortalité est élevé⁴⁻⁶. On a fermé trop de programmes d'obstétrique communautaires au nom de la régionalisation, lorsque les preuves démontrent qu'il en découlera une augmentation et non une diminution des résultats négatifs.

3 – ANALYSE RIGOREUSE DES COÛTS AVANT LES CHANGEMENTS

On a apporté des changements à la régionalisation

sans en analyser rigoureusement la rentabilité. Les analyses doivent inclure les coûts cachés pour les patients qui doivent s'absenter du travail pour se déplacer afin d'obtenir des services au loin, le coût des déplacements en direction et en provenance des services régionalisés et les coûts pour les membres de la famille qui doivent accompagner leurs proches. La régionalisation des services impose souvent aux populations des régions rurales et éloignées du Canada un fardeau financier beaucoup plus lourd qu'à leurs homologues des centres urbains.

4 – DÉFINITION D'UNE RÉGION VIABLE

Il est difficile de croire qu'il n'existe au Canada aucune norme ou définition de ce qui constitue une région viable et efficace. Les exemples de régions rurales constituées de communautés qui n'ont aucun lien historique, aucune tendance commerciale commune (sauf avec des communautés à l'extérieur de la région) ni aucun centre régional ne manquent pas. Les régions doivent reposer sur de solides principes opérationnels. Tous les aspects des soins, depuis les soins primaires jusqu'aux soins tertiaires, doivent être disponibles pour toute la population d'une région. L'incapacité du système de s'intégrer verticalement remet en question la viabilité et l'applicabilité de la régionalisation.

Lorsque l'on établit les frontières des régions, il faut tenir compte des réalités de la géographie, depuis les aléas de la température locale jusqu'aux défilés montagneux impassables, en passant par le nombre moyen de jours par année pendant lesquels l'évacuation par avion est impossible, pour ne nommer que quelques facteurs.

Toutes les régions d'une province doivent bénéficier de services équitables qui doivent être disponibles de façon équitable pour la population de chaque région.

Lorsque l'on détermine les services qui seront dispensés, l'endroit où ils le seront et qui les dispensera, il faut tenir compte des éléments suivants.

- Conjoncture économique locale, y compris le rôle des établissements et des services de soins de santé dans l'économie locale.
- Géographie.
- Effet sur le recrutement des professionnels de la santé et le maintien des effectifs.
- Transport, ce qui inclut tout, depuis les services ambulanciers jusqu'aux transports en commun, en passant par l'état des routes ou les services

aériens vers les centres régionaux. Il faut tenir compte de l'effet de la température sur la capacité de voyager.

- Il faut assurer que les services comme les soins à domicile, les services ambulanciers et les services de télésanté sont disponibles dans les communautés où l'on ferme des hôpitaux ou des services.
- Équité d'accès.

5 – ÉQUITÉ D'ACCÈS

La Loi canadienne sur la santé garantit l'équité d'accès pour tous les Canadiens. La régionalisation de la prestation des soins de santé a exacerbé des inégalités qui existaient déjà.

La géographie est devenue un déterminant de la santé au Canada et il faut en tenir compte. Concept urbain imposé aux réalités rurales, la régionalisation a exacerbé certains des problèmes créés par la géographie sur le plan de l'équité d'accès aux services de santé.

6 – SERVICES DE BASE

Les gouvernements doivent définir les services de base dans le cas des niveaux locaux, régionaux et provinciaux de soins. La régionalisation a continué de miner les services dans les petites communautés rurales sans que le gouvernement s'engage à assurer un noyau fondamental de services devant être disponibles le plus près possible de toute la population.

La délimitation de ces services de base reposera sur les besoins en soins de santé de la population. Il faut chercher à déterminer les besoins en soins de santé en évaluant rigoureusement les besoins à tous les niveaux, de celui de la personne à celui de la province, en passant par la communauté et les régions.

Les centres régionaux reçoivent souvent plus d'argent pour jouer ce rôle, mais on leur permet ensuite de refuser les patients des petites localités d'une région lorsqu'ils sont pleins. Il faut mettre fin aux injustices que créent les centres régionaux qui continuent de s'occuper de la population de la communauté où ils sont situés tout en refusant des citoyens des communautés qui n'ont pas de services comparables et que le centre régional devait desservir. L'Australie a adopté une loi qui interdit aux centres régionaux de refuser des patients de leur région. Il est temps que les provinces du Canada fassent de même.

7 – CONTRIBUTION SIGNIFICATIVE DE LA POPULATION LOCALE

Les communautés s'attendent à pouvoir exercer de l'influence sur les décisions prises au sujet de la régionalisation et méritent de pouvoir le faire. Les gouvernements doivent fournir l'information pertinente de façon non partisane et neutre.

Si les gouvernements provinciaux persistent à nommer les membres des régies régionales de la santé, il doit exister de solides conseils communautaires à représentation générale pour conseiller les régies régionales de la santé et remettre en question leurs décisions et leurs hypothèses.

8 – CONTRIBUTION SIGNIFICATIVE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ LOCAUX

Les professionnels de la santé sont dans une position unique pour fournir des observations et apporter des contributions utiles à l'organisation des régions et aux politiques de prestation des services. La théorie de la gestion moderne appuie l'élaboration de politiques et de procédures le plus près possible du point de service.

9 – ÉDUCATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET RECHERCHE

Les responsables chargés de mettre en œuvre ou de modifier les systèmes régionaux doivent reconnaître que les professionnels de la santé ont besoin d'appui pour se prévaloir des possibilités d'éducation continue et effectuer des recherches sur la santé à l'intérieur du système.

RÉFÉRENCES

1. Khouri D. L'évolution de la régionalisation au Canada. Changements récents et aspects à surveiller [éditorial]. *Bulletin du CCARS*, 3 septembre 2003. Disponible à : www.regionalization.org/French/PublicationsF.html (consulté le 16 septembre 2004).
2. 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.
3. Larimore WL, Davis A. Relationship of infant mortality to availability of care in rural Florida. *J Am Board Fam Pract* 1995;8:392-9.
4. GISSI (Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'infarto Miocardico). Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. *Lancet* 1986;1:397-402.
5. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. *Lancet* 1988;2:349-60.
6. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association. Part III. Adult advanced cardiac life support. *JAMA* 1992; 268:2199-241.