Nouvelles du groupe de travail sur la médecine rurale

Francine Lemire MD CM CCMF FCMF CAÉ, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION

Chers collègues,

En collaboration avec la Société de la médecine rurale du Canada, votre Collège a mené une analyse environnementale de la situation actuelle en matière de recrutement et de rétention des médecins de famille dans les régions rurales et éloignées; nous avons également évalué les progrès et les défis dans les domaines de l'éducation, des politiques et de la pratique. Les résultats de cette analyse ont été présentés lors du Forum en médecine familiale 2015, et un document d'information présentant la revue de la littérature réalisée est disponible en ligne.[1] Voici un résumé de l'état de nos travaux et de là où nous espérons être d'ici les 10 à 12 prochains mois.

Tout d'abord, quelques chiffres : environ 18% de la population canadienne vit dans les régions rurales ou éloignées; 14% des médecins de famille pratiquent dans les régions rurales ou éloignées. Il y a 1 395 postes en première année de résidence en médecine familiale (MF) : 446 postes de résidence sont prévus pour le volet de la médecine familiale rurale (environ 32% des postes en MF). Il existe 75 sites d'enseignement qui se préoccupent principalement de l'apprentissage longitudinal dans une communauté rurale ou éloignée, et 160 sites d'enseignement de la MF en milieu rural avec correspondance directe du Service canadien de jumelage des résidents. L'éducation médicale a beaucoup évolué au cours des quinze dernières années : la formation délocalisée offre plus de possibilités de formation à l'extérieur des grands centres urbains; certaines facultés de médecine mettent l'accent sur la préparation des médecins à la pratique rurale (École de médecine du Nord de l'Ontario, Université Memorial de Terre-Neuve, Université Queen's); et, dans un modèle de formation par compétences (cursus Triple C pour les MF et Compétence par conception pour d'autres spécialistes), on insiste davantage sur le contexte de pratique dans chaque discipline, les besoins de la communauté et l'évaluation en cours de formation. Le modèle d'externat intégré longitudinal est prometteur pour mobiliser la communauté et favoriser l'engagement vers la pratique en milieu rural.

Malgré cela, les problèmes d'accès persistent. Ceux-ci sont les plus répandus chez les populations autochtones vivant dans des régions rurales ou éloignées. On craint que le départ à la retraite d'omnipraticiens et de médecins de famille avec des compétences avancées, ainsi que des restrictions imposées en privilégiant, influencent davantage l'accès dans les régions rurales ou éloignées et nuisent à l'accès aux soins d'urgence spécialisés.

Quatre facteurs sont systématiquement associés à une probabilité accrue qu'un médecin choisisse la pratique rurale : avoir grandi en milieu rural, des expériences cliniques et éducatives positives en milieu rural et éloigné au prédoctoral, une formation ciblée en médecine rurale durant la résidence et l'intérêt ou l'intention d'exercer dans une région rurale ou éloignée.

Un but du groupe de travail sur les compétences en milieu rural est de définir plus précisément les compétences rurales pour la pratique générale et familiale. Par un processus Delphi, ces compétences seront validées auprès d'un groupe beaucoup plus important de praticiens ruraux. En outre, le CMFC a défini les compétences avancées en anesthésie pour les médecins de famille, et collaborera avec le Collège royal pour définir les compétences avancées en chirurgie. Nous espérons terminer ce travail au cours des 12 à 18 prochains mois.

Récemment, des membres du groupe de travail sur la médecine rurale ont été invités à prioriser plus de 30 recommandations potentielles. Voici quelques faits saillants : enseigner les compétences spécifiques au milieu rural dans des contextes communautaires ruraux et éloignés; faciliter et soutenir le perfectionnement des compétences par les médecins pour répondre aux besoins changeants de la communauté; élaborer des protocoles normalisés qui empêchent le refus de références et de transferts de patients par les établissements de soins de santé; favoriser une culture organisationnelle qui valorise la contribution des superviseurs ruraux; et soutenir le recrutement et la formation des étudiants et des résidents autochtones qui souhaitent devenir médecins de famille.

Les praticiens ruraux ont également mentionné l'importance de considérations personnelles comme une infrastructure appropriée pour les sites ruraux, les possibilités de mentorat et l'accueil des conjoints et des enfants.

Nous sommes heureux d'avoir, en tant qu'observateur du groupe de travail, un représentant du Conseil des travailleurs de la santé, comité qui relève du sous-ministre de la Santé, pour aborder les questions de ressources humaines en santé. Il est très clair que les questions de recrutement et de rétention en régions rurales et éloignées ne concernent pas seulement l'éducation, et qu'une multitude d'approches complémentaires seront nécessaires pour traiter cette question de manière satisfaisante. Le CMFC est engagé, en collaboration avec la Société de la médecine rurale du Canada, à faire sa part.

Je remercie notre personnel en Médecine familiale universitaire, Dre Ivy Oandasan, en particulier, et les coprésidentes du groupe de travail, les Dres Ruth Wilson et Trina Larson-Soles, pour leur leadership.

Remerciements
Je remercie **Dre Ivy Oandasan** pour sa revue de cet article.

This article is also in English on **page 184**.

Référence à la **page 184**