

Des soins près de chez soi

Progrès du Plan d'action pour la médecine rurale

Francine Lemire MDCM CCMF FCMF CAÉ IAS.A, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION



À tous nos collègues,

Pour l'élection fédérale, nous concentrons nos efforts sur trois grands domaines : la mise en œuvre du Centre de médecine de famille (CMF), un régime d'assurance-médicaments universel, et un meilleur accès aux soins de santé mentale. Ces thèmes résonnent d'un bout à l'autre du Canada, y compris dans les régions à faibles ressources. Le CMFC, en collaboration avec la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), entre autres organismes, poursuit son avancée vers la mise en œuvre des recommandations du Plan d'action pour la médecine rurale¹. Près de 19% de la population canadienne vit en milieu rural²; ces personnes sont généralement plus âgées, ont un statut socioéconomique plus faible, une espérance de vie plus courte et des problèmes d'accès³. Voici les progrès accomplis dans quatre domaines :

Transferts interhospitaliers. Le soutien offert aux médecins ruraux a des répercussions sur le recrutement et la rétention des médecins, ainsi que sur la qualité des soins. Un groupe consultatif étudie le transfert de patients des régions rurales vers les hôpitaux urbains et leur retour vers leur domicile, grâce à l'amélioration des normes hospitalières et une meilleure coordination du transport vers les établissements hospitaliers et entre les territoires. À mesure que nous mettons en œuvre le CMF et ce que nous appelons son « voisinage », nous ne devons pas oublier l'importance des professionnels de la santé qui orientent leurs patients vers d'autres services, et de ceux qui accueillent ces patients dans les milieux urbains, ainsi que les liens qu'ils développent et entretiennent entre eux. Les interactions téléphoniques et virtuelles sont plus faciles lorsque les professionnels de la santé comprennent les réalités de la pratique de chacun.

Compétences en médecine rurale et autochtone et compétences avancées. L'an dernier, nous avons publié les sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences pour la médecine familiale en régions rurales et éloignées⁴. Printemps dernier, des organismes responsables de la formation prédoctorale et postdoctorale, ainsi que les leaders et éducateurs en santé autochtone se sont réunis pour créer un plan d'action sur les compétences en santé autochtone, à la lumière des recommandations de la Commission de vérité et réconciliation¹. On a invité les leaders en santé autochtone à mettre au point un plan de travail et une analyse de rentabilité pour appuyer ce rapport. Les compétences requises pour obtenir un certificat de compétence additionnelle (CCA) en anesthésiologie en médecine familiale sont en vigueur depuis quelques années. Les CCA en compétences avancées en chirurgie et en chirurgie obstétrique (CC et CCO) ont été approuvés l'an dernier, et nous avons reçu des demandes de membres qui souhaitent les obtenir par la voie du leadership.

En collaboration avec d'autres partenaires du milieu éducatif, nous avons commencé à définir les compétences pan-canadiennes pour le CC et le CCO, car nous prenons notre responsabilité sociale à cœur et souhaitons aider les cliniciens qui travaillent en région, ainsi que leurs patients à accéder à des soins sécuritaires, plus près de chez eux.

Réduction des obstacles interprovinciaux à l'obtention du permis d'exercice. L'Association médicale canadienne et Médecins résidents du Canada cherchent à obtenir un permis de dépannage national. Pour ce faire, la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) se penche sur trois éventuelles initiatives :

- appuyer la télémédecine dans toutes les provinces et tous les territoires en permettant aux médecins dûment autorisés de faire reconnaître leur permis dans toute province ou tout territoire;
- accélérer la délivrance d'un permis d'exercice pour les médecins qui détiennent un permis d'exercice complet dans une province ou un territoire et qui envisagent de déménager ailleurs au pays (ou obtenir un deuxième permis);
- évaluer la possibilité d'une entente de transférabilité de permis qui permettrait aux médecins de travailler un nombre maximal de jours dans une autre province ou un autre territoire avec le permis d'exercice émis dans leur province ou territoire « d'origine ».

Ces initiatives prendront probablement d'un à deux ans avant d'être menées à bien; d'autres renseignements seront fournis sous peu. Il est envisageable qu'un modèle du « voyageur fiable » puisse simplifier l'obtention d'un permis et la prestation de services aux collectivités rurales et éloignées. Félicitations à la FOMC pour tout le travail accompli jusqu'ici.

Un solide programme de recherche en santé rurale. Le CMFC, de concert avec la SMRC et d'autres organismes, demande plus de financement pour la recherche en soins primaires et la création d'un Institut de recherche en soins primaires sous l'égide des Instituts de recherche en santé du Canada. Pour chaque personne admise à l'hôpital, quarante-six sont vues dans leur communauté par leur médecin de famille. Nous réclamons également un financement ciblé pour appuyer la recherche en santé rurale.

Nous devons inciter les décideurs fédéraux à appuyer, avec un financement et des mesures concrètes, les soins de proximité solides et à reconnaître les réalités de la pratique. Ceci comprend l'accès aux soins dans des milieux à faibles ressources. Il est important de se faire entendre. Le CMFC souhaite continuer de collaborer avec d'autres organismes pour faire progresser le CMF, un régime d'assurance-médicaments universel, les soins de santé mentale et la santé rurale. Restons informés et n'oublions pas de voter le 21 octobre. 🌿