

Plan d'action pour la médecine rurale



Faire avancer la médecine familiale rurale :
Groupe de travail collaboratif canadien





FAIRE AVANCER LA MÉDECINE FAMILIALE RURALE : LE GROUPE DE TRAVAIL COLLABORATIF CANADIEN

Membres du comité de direction

D^{re} Ruth Wilson (coprésidente)
D^{re} Trina Larsen-Soles (coprésidente)
D^r Braam De Klerk (ancien président de la SMRC)
D^{re} Kathy Lawrence (ancienne présidente du CMFC)
D^{re} Francine Lemire (directrice générale et chef de la direction du CMFC)
D^r Tom Smith-Windsor (président de la SMRC)
D^r John Soles (ancien président de la SMRC)

Membres

D^r Stefan Grzybowski
D^r Ken Harris, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
D^{re} Darlene Kitty
D^{re} Jill Konkin
M^{me} Rachel Munday (membre du public)
D^r Colin Newman
D^r Alain Papineau
D^r Jim Rourke
D^r Karl Stobbe
D^r Roger Strasser
D^r David White (président du CMFC)/D^{re} Jennifer Hall (ancienne présidente du CMFC)
D^r Granger Avery (observateur de l'Association médicale canadienne)
M. Paul Clarke (observateur du Comité sur l'effectif en santé, Santé Canada, fédéral/provincial/territorial – F/P/T)

Faire avancer la médecine familiale rurale : Le Groupe de travail collaboratif canadien. Plan d'action pour la médecine rurale — Orientations. Mississauga, ON : Faire avancer la médecine familiale rurale : Le Groupe de travail collaboratif canadien ; 2017

INTRODUCTION

Depuis longtemps, les Canadiens et Canadiennes en milieu rural* éprouvent des difficultés à accéder à des services de soins de santé équitables. Les services locaux sont limités, car moins de médecins et autres professionnels de la santé vivent et travaillent dans les collectivités rurales. Des facteurs géographiques, environnementaux et organisationnels entravent l'accès aux soins à l'extérieur de la communauté. En général, les Canadiens qui vivent dans les collectivités rurales sont plus âgés, plus pauvres et en moins bonne santé que leurs homologues urbains.¹ Ils représentent 18 % de la population, mais n'ont accès qu'à 8 % des médecins pratiquant au Canada.^{2,3} L'urbanisation et la centralisation accrues des services médicaux ont aggravé cette situation. Les disparités en matière de santé et d'accès aux soins chez les populations autochtones dans les régions rurales sont marquées.^{4,5} Pour répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada⁶, ainsi qu'au mandat de la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir « de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre », il nous incombe de mieux répondre aux besoins des populations rurales du Canada.⁷

En 2014, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) ont créé un groupe de travail conjoint (le Groupe de travail) dans le but d'améliorer la santé des populations rurales du Canada en formant et soutenant un nombre accru de médecins de famille qui offriraient des soins généraux, complets et globaux dans les régions rurales. Le Groupe de travail promeut la responsabilité sociale comme mandat et recommande une nouvelle approche à la planification de l'effectif médical dans les régions rurales du Canada. Le Groupe de travail est composé de membres du CMFC, de la SMRC, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, de l'Association des médecins indigènes, du Comité fédéral-provincial-territorial (FPT) sur l'effectif en santé, de l'Association médicale canadienne, ainsi que des doyens des facultés de médecine et des médecins ruraux pratiquant partout au Canada.

Le mandat relatif à la responsabilité sociale des facultés de médecine défini par l'Organisation mondiale de la santé en 1995 précise qu'elles « ont l'obligation d'axer leurs activités d'enseignement, de recherche et de services sur les préoccupations prioritaires en matière de santé de la communauté, de la région et de la nation qu'elles ont le mandat de servir. »⁸ Dans *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AÉMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*,⁹ l'Association des facultés de médecine du Canada insiste sur les recommandations relatives à la responsabilité sociale, sur la satisfaction des besoins de tous les Canadiens et Canadiennes en matière de santé et sur l'importance du généralisme dans le contexte canadien. Cela dit, la nécessité d'avoir un accès à des services de santé de qualité en temps opportun dans les milieux ruraux va au-delà de la formation. L'éducation et la pratique doivent être considérées comme un tout, doté de l'infrastructure et des soutiens essentiels pour épauler une pratique généraliste, qui offre des soins complets et globaux, et fournit un accès équitable aux services pour les collectivités rurales.[†]

Le Groupe de travail a cumulé l'expertise, les recherches de fond, les examens de la littérature et une analyse environnementale pour rédiger des recommandations favorisant une approche bien coordonnée, qui vise à offrir des soins de santé dans les collectivités rurales. Quatre orientations et 20 actions ont été conçues pour le développement d'un cadre afin d'améliorer l'accès aux soins dans les collectivités rurales. L'objectif est de renforcer l'effectif médical grâce à des compétences et des habiletés permettant d'offrir des soins de grande qualité, sécuritaire du point de vue culturel, dans des milieux novateurs centrés sur le travail d'équipe en collaboration avec des professionnels de la santé connexes, afin de répondre aux besoins des populations vivant dans des milieux ruraux. Les recommandations proposent des gestes collectifs, assortis de résultats mesurables et soutenables, qui étoffent et améliorent les initiatives existantes qui ont obtenu de bons résultats dans le but d'améliorer la santé des populations canadiennes dans les collectivités rurales. Elles requièrent une harmonisation systémique en matière d'éducation, de pratique, de politiques et de recherche. Cette approche pourrait potentiellement revitaliser les soins de santé en milieu rural et améliorer l'ensemble du système de santé canadien.

*Rural désigne les communautés situées dans les régions géographiquement Rurales et éloignées du Canada et sont majoritairement ou partiellement peuplées par les peuples autochtones.

† Le document d'information, son résumé, des publications, des présentations, des vidéos et des ressources élaborés depuis 2014 seront archivés sur notre site Web (www.cfpc.ca/arfm).

ORIENTATION 1 :

Renforcer le mandat sur la responsabilité sociale des facultés de médecine et des programmes de résidence pour répondre aux besoins des communautés rurales et des communautés autochtones en matière de santé.

Les recommandations sous l’Orientation 1 sur les trajectoires de formation sont essentielles pour la formation et le soutien d’un nombre suffisant de médecins généralistes pour servir les collectivités rurales. Elles tiennent compte des facteurs nécessaires — des occasions de formation précoces dans les communautés rurales, à la formation médicale et la pratique. On ne peut sous-estimer l’importance d’avoir des médecins généralistes bien formés, dotés d’un ensemble de compétences avancées définies par les besoins de la collectivité, qui travaillent au sein d’équipes qui disposent des soutiens requis. Ces principes s’appliquent tant aux médecins de famille qu’aux autres spécialistes.

Il existe un besoin particulier en matière de formation sur la sécurité culturelle afin de répondre aux besoins de patients autochtones. On doit déterminer les compétences particulières de la médecine familiale et de la médecine spécialisée rurales, puis fournir les soutiens requis pour obtenir ces compétences tout au long de la formation et de la durée de la pratique. Ces mesures produisent des médecins adéquatement formés; les principes selon lesquels la formation devrait être dispensée dans des milieux ruraux ont fait leurs preuves comme outil de recrutement et de rétention. Ce n’est qu’en tenant compte du processus de formation dans son ensemble que le système pourra fournir aux milieux ruraux les médecins dont ils ont besoin.

- Action 1 :** Élaborer et intégrer des critères qui reflètent l’affinité et l’aptitude à la pratique en milieux ruraux dans les processus d’admission des facultés de médecine et des programmes de résidence en médecine familiale.
- Action 2 :** Mettre en place et renforcer des politiques et des programmes spécifiques pour recruter avec succès des étudiants autochtones ou originaires de milieux ruraux dans les facultés de médecine et les programmes de résidence en médecine familiale, basés sur des objectifs et des mesures d’efficacité définis.
- Action 3 :** Soutenir une formation générale approfondie axée sur les compétences requises liées à la médecine rurale pour préparer les étudiants en médecine et les résidents à fournir un large éventail de soins dans ces milieux.
- Action 4 :** Fournir à tous les étudiants en médecine et résidents en médecine familiale des expériences cliniques et éducatives de haute qualité qui favorisent l’apprentissage basé sur l’expérience directe du sujet étudié et qui permettent aux apprenants en médecine de se sentir à l’aise avec l’incertitude et de s’armer de « courage clinique ».
- Action 5 :** Informer les étudiants en médecine et les résidents sur la santé et les problèmes sociaux auxquels sont confrontés les peuples autochtones, et veiller à ce qu’ils acquièrent les compétences pour fournir des soins sécuritaires sur le plan culturel.
- Action 6 :** Mettre en place une collaboration entre les facultés de médecine, les organismes d’agrément des programmes de résidence et les organisations de médecins (y compris la Société de la médecine rurale du Canada et l’Association des médecins autochtones du Canada pour garantir que les médecins acquièrent et maintiennent les compétences requises pour fournir les soins de santé aux collectivités rurales. Soutenir les efforts du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour déterminer les compétences généralistes requises pour répondre aux besoins des collectivités rurales et outiller les spécialistes.

ORIENTATION 2 :

Mettre en œuvre des interventions politiques qui alignent l'éducation médicale et la planification de la main-d'œuvre.

Les recommandations sous l'Orientation 2 traitent de l'importance d'aligner l'éducation sur la planification de l'effectif au niveau des politiques. Omettre de tenir compte de la distribution des postes de formation en fonction des besoins anticipés de la collectivité pourrait, en bout de compte, miner la capacité de fournir des soins médicaux équitables et appropriés. Nul n'est avantagé par la production d'un excès de spécialistes sans avoir en place l'infrastructure qui leur permettra de pratiquer. Former une main-d'œuvre adaptée aux besoins exige des politiques globales et une surveillance, ainsi que le développement, la coordination et le soutien à la formation médicale rurale aux niveaux prédoctoral, postdoctoral et du développement professionnel continu. Les gouvernements, les autorités sanitaires régionales, les groupes de médecins et les collectivités doivent collaborer afin de former, recruter et retenir les médecins.

Dans un contexte rural, la meilleure approche consiste à former des médecins généralistes, dotés d'un vaste ensemble de compétences et d'offrir les occasions d'obtenir des compétences additionnelles en fonction des besoins documentés de la collectivité. Dans les volets de formation rurale, il est important de considérer les meilleures façons de maximiser l'exposition aux expériences cliniques essentielles. Ceci pourrait exiger une certaine souplesse dans l'établissement des horaires qui n'est pas forcément présente dans les programmes urbains en raison des différences en termes de volume. Il est crucial que les programmes de formation médicale rurale soient développés, implantés et gérés avec des cliniciens et des membres de facultés travaillant en milieu rural. Pour réussir, il faut développer des trajectoires professionnelles académiques pour les médecins généralistes en milieu rural.

De même, une mobilité accrue dans les régions pour les médecins ruraux est avantageuse — les collectivités qu'ils desservent sont très dispersées à l'échelle du pays. Ce facteur est particulièrement utile en situation d'urgence puisque l'expertise rurale est limitée à une plus petite proportion de la population de médecins. À l'heure actuelle, il est plus facile de participer à des travaux de secours à l'étranger que de répondre aux besoins urgents à l'intérieur de notre pays.

- Action 7 :** Mettre en place des partenariats entre les gouvernements et les universités avec les médecins ruraux et les autorités sanitaires régionales, qui comprennent des accords formels visant à mieux dispenser la formation médicale dans les communautés rurales en développant et en mettant en œuvre des parcours de formation de généraliste rural précis et visible, sous la direction du personnel universitaire rural et de médecins ruraux. Fournir le financement considérable, sur une base continue, requis pour appuyer les postes universitaires, le développement professoral, la recherche, l'administration et l'implication de la communauté.
- Action 8 :** Créer des programmes avec du financement ciblé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour permettre aux médecins et autres spécialistes en milieux ruraux, surtout ceux déjà en exercice, d'acquérir des compétences additionnelles ou avancées afin d'améliorer l'accès aux soins de santé dans leur milieu.
- Action 9 :** Établir des contrats pour les résidents qui travaillent dans les milieux ruraux afin de maximiser leur expérience clinique et pédagogique sans compromettre ni les soins aux patients ni les droits des résidents en vertu de leurs conventions collectives.
- Action 10 :** Instituer un service canadien de médecine de dépannage rural pour fournir une main-d'œuvre qualifiée de médecins de famille et de spécialistes généralistes ruraux prêts et capables de travailler dans les milieux ruraux des provinces et territoires, par la délivrance d'une autorisation spéciale de pratique au niveau national.

ORIENTATION 3 :

Mettre en place des modèles de pratique qui fournissent aux régions rurales et aux communautés autochtones l'accès rapide à des soins de santé de qualité qui répondent à leurs besoins.

Certains obstacles à la rétention en milieu rural relèvent de la frustration parmi les médecins qui tentent d'accéder à des soins de santé de qualité pour leurs patients à l'extérieur de leur collectivité. L'accès aux soins secondaires et tertiaires sera toujours requis afin de répondre aux besoins des populations de patients en milieu rural. Faire des efforts démesurés pour organiser les transferts de patients vers les niveaux de soins appropriés est un problème courant dans plusieurs régions du Canada. Cette situation est d'autant plus fréquente pour l'obtention de services de santé mentale. La pénurie de ressources dans les collectivités rurales, ainsi que dans les plus grands centres urbains, combinés aux défis particuliers liés au transport sécuritaire de patients psychiatriques instables rendent extrêmement difficile l'accès aux soins pour ces patients.

L'élaboration de modèles de soins centrés sur le patient, qui offrent les bons soins, au bon endroit et au bon moment, tout en appuyant les médecins de famille et les spécialistes généralistes en milieu rural est nécessaire et possible. Les recommandations suivantes abordent ces préoccupations et proposent des mécanismes pour les régler et pour appuyer les médecins dans la pratique. Les buts particuliers comprennent un meilleur accès aux soins pour les patients en milieu rural tout au long du continuum de soins, et une augmentation de la rétention des professionnels de soins de santé en milieu rural.

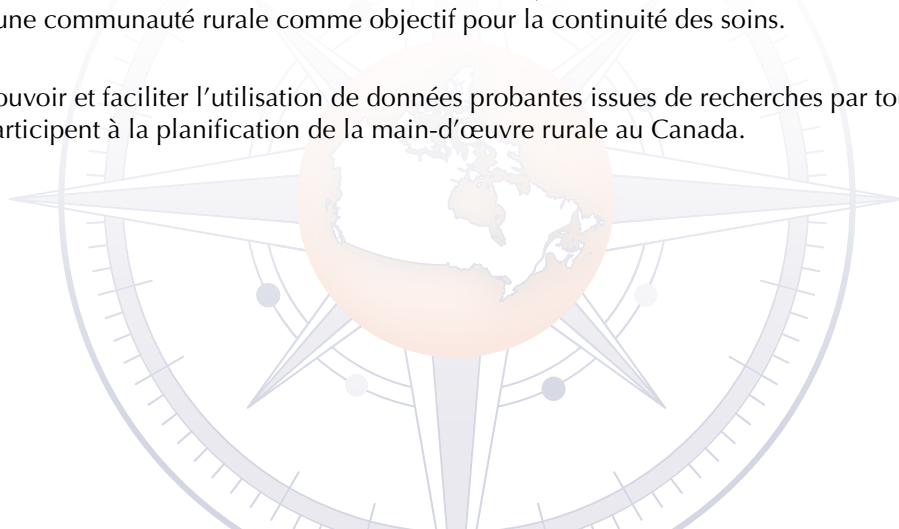
- Action 11:** Instituer des politiques qui créent des corridors de services et qui exigent l'acceptation de transferts rapides et des consultations appropriées entre les établissements médicaux ruraux et les hôpitaux secondaires et tertiaires, avec l'appui de réseaux de formation et de soins aux patients qui comprennent des généralistes et des spécialistes.
- Action 12:** Développer des ressources, infrastructures et réseaux de soins ciblés au sein des autorités sanitaires locales et régionales pour résoudre les problèmes d'accès, comme l'accès aux soins de santé mentale dans les communautés rurales.
- Action 13:** Collaborer avec les communautés rurales et les professionnels de la santé en milieu rural pour élaborer des stratégies visant à guider la mise en œuvre d'une technologie à distance globale et coordonnée afin d'améliorer et d'élargir les capacités locales et l'accès à des soins de santé de qualité dans les collectivités rurales.
- Action 14:** Impliquer les collectivités à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies de recrutement et de rétention pour renforcer l'intégration des médecins et de leurs familles dans les communautés.
- Action 15:** Mettre en place et soutenir le développement de relations de mentorat formelles et informelles pour soutenir les médecins de famille et autres spécialistes des régions rurales et éloignées dans la prestation de soins complets et globaux.

ORIENTATION 4 :

Instaurer un programme national de recherche du milieu rural pour appuyer la planification de la main-d'œuvre visant à améliorer l'accès aux soins centrés sur le patient et axés sur la qualité dans les régions rurales du Canada.

Le dernier ensemble de recommandations sous l'Orientation 4 porte sur l'importance de recueillir des données exactes et de mettre en place des mesures d'amélioration de la qualité sur une base continue. Un peu partout au Canada, on mène des travaux de recherche sur les milieux ruraux, mais ces initiatives sont limitées et nécessitent un réseau de recherche national bien coordonné et adéquatement financé. La recherche, les données et les résultats recueillis dans les collectivités rurales doivent retourner dans ces collectivités pour leur avantage. Idéalement, les initiatives de recherche fourniront un soutien interne pour ce type de recherche dans les collectivités, et augmenteront les outils et la capacité de recherche sur une base continue. Les initiatives actuelles qui obtiennent du succès doivent être documentées, mesurées et distribuées largement si nous souhaitons atteindre notre but, soit une amélioration considérable des soins de santé dans les régions rurales du Canada.

- Action 16:** Créer et soutenir un réseau canadien de recherche sur les services de santé en milieu rural dans le but de relier les initiatives existantes de recherche en santé rurale et de coordonner et renforcer la recherche qui améliore les soins de santé pour les Canadiens et Canadiennes qui vivent dans des collectivités rurales.
- Action 17:** Établir les caractéristiques qui définissent une formation rurale basée sur des données probantes pour appuyer les décisions sur les politiques (financement) en matière d'éducation et fournir des renseignements clairs, précis et comparables sur les programmes de formation en médecine familiale en milieu rural et sur les sites.
- Action 18:** Mettre en place un système de mesure normalisé qui inclut des indicateurs précis qui démontrent l'impact des modèles de prestation de services de santé ruraux pour améliorer l'accès aux soins et leurs résultats.
- Action 19:** Élaborer des mesures basées sur les facteurs environnementaux pour définir et promouvoir des programmes efficaces de recrutement et de rétention, en utilisant une mesure de cinq années de service dans une communauté rurale comme objectif pour la continuité des soins.
- Action 20:** Promouvoir et faciliter l'utilisation de données probantes issues de recherches par toutes les organisations qui participent à la planification de la main-d'œuvre rurale au Canada.



CONCLUSION

Le Plan d'action en médecine rurale interpelle tous ceux et celles qui s'impliquent dans la santé rurale à envisager l'orientation future sous la perspective de la responsabilité sociale. Les recommandations élargissent le modèle de la trajectoire rurale qui favorise une exposition précoce et répétée des apprenants à ces milieux et englobe la totalité du cycle de vie des médecins qui travaillent en milieu rural. Chaque orientation porte sur un aspect du système qui doit être harmonisé pour éduquer, former, soutenir et améliorer continuellement la vie professionnelle des médecins en milieu rural ainsi que la prestation de services de santé dans ces milieux. La possibilité d'appliquer cette approche afin de répondre aux besoins des collectivités vulnérables est véritablement emballante.

Selon notre vision, chaque collectivité rurale au Canada sera desservie par des groupes de médecins de famille généralistes et autres spécialistes bien encadrés, qui possèdent un vaste champ de compétences. Ils seront bien formés, travailleront dans des équipes de soins de santé et participeront activement à des réseaux de soins tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de leurs collectivités locales. Le transfert efficace des patients vers des soins secondaires et tertiaires sera effectué au besoin. Les modèles conçus pour les milieux ruraux seront robustes et l'infrastructure requise bénéficiera de soutiens appropriés. La formation des professionnels de la santé dans les collectivités rurales sera considérée essentielle à la planification de l'effectif. L'enseignement fera partie intégrante du travail des médecins ruraux. L'acquisition des habiletés qui reflètent les besoins de la collectivité sera prioritaire. Les collectivités et les populations de patients en milieu rural seront au centre de la planification des soins et de la prestation des services. Notre vision collective produira une main-d'œuvre médicale rurale stable et des collectivités en meilleure santé partout au Canada.

Le mandat est clair. Il faut s'occuper des écarts actuels. Le travail collectif en vue d'améliorer et de faire avancer la prestation des soins de santé dans les milieux ruraux du Canada ne surviendra que lorsque l'on tiendra compte du système dans son ensemble. Nous devons identifier les initiatives réussies et les adopter à grande échelle. L'harmonisation des politiques et de la pratique doit être coordonnée, complète, globale et réfléchie. Ce n'est que lorsque tous ces éléments seront réunis que nous pourrons véritablement répondre aux besoins des collectivités rurales du Canada.

- 1 Rourke JT. Postgraduate medical education for rural family practice in Canada. *J Rural Health*. 2000;16(3):280-7.
- 2 Institut canadien d'information sur la santé. *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2015 : tableaux de données*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2016.
- 3 Bosco C, Oandasan I. *Revue de la médecine familiale dans les régions rurales et éloignées du Canada : éducation, pratique et politiques*, Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2016
- 4 Institut canadien d'information sur la santé. *Disparités sur le plan de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; mars 2012.
- 5 Health Council of Canada. *Canada's most vulnerable: Improving health care for First Nations, Inuit and Metis seniors*. Toronto ON: Health Council of Canada; 2013.
- 6 Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir*. Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. 2015.
- 7 Gouvernement du Canada, *Loi canadienne sur la santé*, LRC 1985, c C-6
Disponible au : <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>. Consulté en janvier 2016.
- 8 Boelen C, Heck JE. *Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 1995.
- 9 Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Ottawa, ON : Association des facultés de médecine du Canada; 2010.