



Au-delà du slogan : une question de partage

John Wootton, MD
Shawville (Qué.)

Rédacteur scientifique,
JCMR

Correspondance :
Dr John Wootton,
CP 1086, Shawville
QC J0X 2Y0

Lorsqu'elle a été fondée, la SMRC s'est donné un slogan : «Transformer la médecine rurale en profession attrayante». On sous-entendait que la médecine rurale était trop mal enseignée, trop mal rémunérée et trop dure en général pour être attrayante. On supposait ainsi que si on en améliorait certains éléments, les médecins suivraient.

Certains de ces buts ont été atteints. Des pratiques rurales ont bénéficié de nouveaux modes de rémunération et à la plupart des endroits, les périodes de garde sont rémunérées. Certaines équipes sont suffisamment nombreuses pour que la fréquence des périodes de garde soit acceptable. On a poli l'image de la médecine rurale même si elle ne brille pas encore de tous ses feux. Il y a eu des progrès.

Les choix des nouveaux diplômés ont-ils changé radicalement? Les statistiques récentes indiquent que non. Une étude publiée dans *The Medical Post* est révélatrice. Lorsqu'il est question des avantages d'une pratique limitée au service d'urgence, un médecin signale que : «Le médecin n'est pas lié à une population de patients et ne porte pas de téléavertisseur. Il se présente à son quart de travail, signe ensuite à la sortie lorsqu'il a fini et laisse son travail à l'hôpital au lieu de l'amener chez lui.¹»

Il ne faut pas condamner cette recherche d'un meilleur équilibre entre la vie personnelle et professionnelle (résultat, selon certains, de «l'humanisation» de la profession). Au contraire, le principe est adopté par ceux qui pratiquent depuis longtemps et veulent aussi «prendre le temps de sentir les fleurs».

Les populations rurales ont besoin de soins. Les médecins ruraux ont besoin d'une vie. Est-il impossible de combiner les deux? L'évitement individuel d'une pratique qui envahit trop l'espace personnel est une solution illusoire, socialement viable seulement si un nombre équivalent de praticiens choisissent le contraire. Comme les services de santé relèvent de la compétence de l'État et sont financés par lui, et comme la population a des droits égaux peu importe où elle vit, s'il n'est pas équilibré, la cumulation de ces choix entraîne une tension inévitable et peut provoquer des réactions draconiennes. Nous l'avons vécu au Québec².

Si les médecins prennent des décisions sans tenir compte de ces réalités, ils prennent en fait position au sujet de leur imputabilité. S'ils décident de ne pas rendre compte au système public, ne se trouvent-ils pas, par le détour, à devoir en rendre compte à un système privé? Les lois de l'offre et de la demande ne s'encombrent pas de conscience sociale, mais elles créent un régime très différent de celui que nous connaissons aujourd'hui.

Le moment peut être venu de regarder plus loin que le slogan. La médecine rurale ne réussira jamais à satisfaire entièrement au test des désirs personnels. (Qui veut être de garde?) Il s'agit toutefois d'une responsabilité collective qui, si elle est partagée, peut être à la fois satisfaisante et viable et, en fin de compte, véritablement canadienne.

RÉFÉRENCES

1. Sylvain M. Medicine's generational shift. *Med Post* 2005;41:47.
2. Wootton J. Si c'est la loi 114, ça doit être au Québec [éditorial]. *J can med rural* 2002;7(4):252-3.