



Qui fournira les soins secondaires en milieu rural au Canada?

*John Wootton, MD
Shawville (Qué.)*

*Rédacteur scientifique,
JCMR*

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

Le verre est-il à moitié plein ou à moitié vide? Est-ce la nuit qui tombe ou le jour qui s'estompe. Tout est une question de perspective, et c'est important. Les médecins ruraux ont souvent résisté à la division artificielle des soins en niveaux primaire, secondaire et tertiaire, ainsi qu'au fait que cette division sous-entend que c'est le patient qui doit se débrouiller pour naviguer entre ces niveaux. En milieu rural au Canada, la situation diffère souvent et ce sont alors les médecins qui passent des soins primaires au niveau secondaire (voire tertiaire).

Nous appelons habituellement les médecins qui travaillent ainsi médecins de première ligne avec compétences supplémentaires, mais cette description n'est pas la seule possible. Si nous nous demandons qui devrait fournir des soins secondaires aux patients en milieu rural, nous pourrions être portés à conclure que dans le cas des populations rurales, il faudrait que ce soit des médecins ayant reçu une formation spécialisée en soins secondaires appropriés et qui devraient aussi posséder les compétences et les attitudes nécessaires pour dispenser des soins primaires. C'est une question de point de vue, mais la différence n'est pas sans importance.

Dans le contexte actuel de la formation, les médecins désireux d'acquérir des compétences qui leur permettront de fournir des soins secondaires (anesthésie, chirurgie, obstétrique, etc.) doivent quitter le vaisseau-mère que constituent les soins primaires. C'est un «supplément» qui ne fait pas partie du «travail principal». Le «travail principal», ce sont les soins primaires et ils constituent donc la principale préoccupation et le principal mandat des éducateurs, qui cherchent à relever le défi (ce qui est loin d'être fait) de fournir à tous les Canadiens un médecin de première ligne.

Compte tenu des efforts, de l'engagement et des dépenses supplémentaires à

faire pour acquérir ces connaissances spécialisées, beaucoup de médecins baissent les bras. Ceux qui persévèrent obtiennent la reconnaissance appropriée, mais c'est leur initiative personnelle qu'on louange et non le programme qui les a formés.

Que se passerait-il si l'on posait clairement la question et si les formateurs devaient envisager les soins secondaires pour les communautés rurales non pas comme un ajout, mais comme le «travail principal»? Comment les programmes changeraient-ils? Comment pourrions-nous appeler un tel hybride?

Le mot hospitaliste est proche, mais dans leur situation actuelle, ceux-ci sont plus utiles dans les grandes agglomérations et, de toute façon, ils n'ont pas les caractéristiques de notre spécialiste en matière de soins primaires. Même chose dans le cas des médecins urgentistes. Si ce n'était de l'envergure du champ de travail de nos «généralistes», le nombre de médecins nécessaires pour desservir une population augmenterait de façon spectaculaire.

Ce courant de pensée se dégage d'un sondage récent mené par l'Association médicale canadienne au cours duquel on a demandé aux médecins d'indiquer qui devrait fournir les services spécialisés au Canada. Il est clair qu'en milieu rural, dans la plupart des cas, la solution ne peut résider dans les «spécialistes» qui, à cause de leur bassin obligatoire et de leur surspécialisation croissante, doivent pratiquer dans les régions métropolitaines.

Il reste donc nos «généralistes» qui ont une formation spécialisée et un mandat communautaire – ils sont diplômés d'un programme voué à leur apprendre ce qu'ils doivent savoir, dans le contexte des ressources qui sont (ou devraient être) mises à leur disposition en milieu rural au Canada. Il nous reste maintenant à déterminer comment les appeler et quel collègue devrait agréer leur formation!