



*John Wootton, MD
Shawville (Qc)*

*Correspondance : Dr John
Wootton; jwootton@srpc.ca*

Message du président. Quel chemin devons-nous prendre maintenant ?

Sherlock Holmes a usé de logique pour tirer la conclusion selon laquelle si, pour résoudre un problème, toutes les solutions impossibles ont été éliminées, ne laissant que l'improbable, c'est alors l'improbable qui doit être vrai.

La médecine rurale semble se retrouver dans un tel dilemme. En dépit de plus de 10 ans de lobbying par la SMRC, en dépit des recommandations réfléchies de multiples commissions fédérales et provinciales, en dépit du fait que le problème est d'une envergure nationale patente, en dépit des incitations actuellement généreuses offertes par les administrations provinciales et municipales, le Canada rural est toujours aux prises avec une crise des ressources humaines en santé. On pourrait excuser les sous-ministres de la Santé des provinces de constater que leurs cheveux grisonnent, car la situation a peu changé, malgré leurs meilleurs efforts.

Quelles autres solutions pourrait-il y avoir ? Où pourrions-nous aboutir en « sortant des sentiers battus » ? Il est clair que nous devons continuer à faire certaines des choses qui sont prometteuses. Nous devons continuer à structurer les soins en fonction d'équipes, même si ces équipes risquent d'être plus coûteuses (en ressources à la fois financières et humaines) que l'autre solution qui consiste à ne pas avoir d'équipe, parce que les preuves indiquent qu'elles fournissent de meilleurs soins. Nous devons aussi continuer d'insister sur des stratégies de prévention, tout en n'oubliant pas que les bienfaits de cette stratégie prendront des années, voire des décennies, à se concrétiser. Nous devons continuer à décentraliser l'éducation médicale et à recruter de plus en plus nos futurs médecins ruraux en région rurale. Nous devons appuyer une grille d'honoraires différentiels, peu importe comment elle est appliquée

dans différentes administrations, pour reconnaître que les médecins ruraux ont davantage de responsabilités.

Tous ces éléments sont bons, mais il est clair qu'ils ne suffisent pas. Il existe une importante cohorte de médecins ruraux dans la cinquantaine et la soixantaine qui ont de la difficulté à se trouver un remplaçant, encore moins un remplaçant capable d'assumer leur charge de travail.

Regarder à l'extérieur oblige à regarder à l'étranger. Il y a peu de modèles utiles aux États-Unis, qui semblent plus intéressés à trouver d'autres professionnels (infirmières praticiennes, adjoints au médecin) qu'à former et à déployer davantage de médecins ruraux. Le seul modèle qui offre vraiment des leçons pour nous guider est probablement celui de l'Australie, continent qui a une géographie semblable, ainsi que des concentrations urbaines et des communautés rurales dispersées semblables.

L'Australie a toujours été une dizaine d'années en avance sur le Canada dans la création de structures d'appui à la pratique rurale. Elle a été le premier pays à avoir un professeur titulaire en santé rurale, Roger Strasser (que nous avons depuis braconné pour en faire le doyen fondateur de l'École de médecine du Nord de l'Ontario), et elle a beaucoup d'avance sur puisqu'elle offre des couloirs de formation en médecine rurale qui aboutissent au permis d'exercice et à l'accréditation d'un collège consacré exclusivement à cette tâche, soit le Collège australien de médecine en milieu rural et éloigné. Le Canada a du retard dans la création de structures autonomes vouées à la formation en médecine rurale et à la promotion et l'appui de la médecine rurale, ce qui peut expliquer certaines des difficultés que nous avons à réaliser des progrès véritables.

Serait-ce le moment de tenir ce débat ?