

Message du président. *Acta non verba**

Braam de Klerk, CM,
MB ChB
Inuvik (Nunavut)

Correspondance :
Braam de Klerk;
polardoc@gmail.com

Au cours des 20 dernières années, bien des experts ont parlé de la nécessité d'avoir en milieu rural suffisamment de médecins bien formés. On a beaucoup discuté et écrit sur la façon de parvenir à cet objectif, et certains programmes au Canada et à l'étranger (en Australie p. ex.) ont fait de grands progrès concrets.

Cela nous a donné une bonne idée des obstacles et des solutions (la plupart des solutions ont fait leurs preuves en milieu rural). Récemment, le Consensus de Cairns† (document de travail du premier Sommet mondial de la médecine générale en milieu rural, tenu en Australie en 2013) résume la situation (les réussites et les échecs) et les actions nécessaires.

Voici les principaux obstacles : des admissions socialement responsables dans les facultés de médecine (p. ex., milieu rural, Autochtones, minorités); la formation et la fidélisation des étudiants et des résidents en milieu rural; les possibilités de réintégration pour les médecins ruraux voulant perfectionner leurs compétences dans un domaine prioritaire dans leur collectivité; la présence de suffisamment de précepteurs ruraux bien formés, motivés et rémunérés; l'existence d'un programme rural national agréé; la mauvaise répartition des médecins dans les grands centres (l'effet « de retombée » n'ayant pas fonctionné); le mode de formation des généralistes et la définition de cette profession.

Pour surmonter ces obstacles, on suggère notamment de bâtir le « pipeline » vers la pratique : susciter l'intérêt pour le milieu rural de l'école secondaire à la faculté de médecine et au-delà; établir des processus d'admission socialement responsables; offrir des expériences d'apprentissage en milieu rural à tous les étudiants de toutes les années pour catalyser l'intérêt; établir des voies de

formation en médecine rurale axées sur ce milieu (connaissances, aptitudes, attitudes, compétences); soutenir la pratique rurale fonctionnellement et financièrement afin qu'elle soit perçue comme une récompense et non une sanction; mobiliser davantage de médecins ruraux comme mentors et enseignants; créer un programme d'études rurales.

En février 2014, la SMRC et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ont tenu une réunion très fructueuse sur la formation en médecine familiale rurale. Un groupe de travail mixte chargé de transformer les paroles en actions rendra compte directement aux dirigeants de la SMRC et du CMFC.

En quoi l'expression « des actions et non des paroles » s'applique-t-elle à nous, en médecine rurale ?

Un nombre croissant d'étudiants en médecine qui suivent des voies de formation rurale étendues et le cursus Triple C apportera une plus grande dimension rurale à la formation des étudiants et des résidents. On estime que, de plus en plus, les enseignants ruraux joueront un rôle important dans l'enseignement des compétences du cursus à tous les étudiants en médecine et résidents.

Comme je l'ai déjà dit¹, nous ne devrions pas hésiter à assumer un plus grand rôle de formation des futurs médecins du Canada, en particulier des médecins ruraux. Ils sont notre avenir.

Nous pouvons changer les choses. Agissons !

RÉFÉRENCE

1. de Klerk B. Message du président. *Per aspera ad astra*. *Can J Rural Med* 2014;19:6.

* Des actions et non des paroles.

† Des copies du Consensus de Cairns sont disponibles sur demande auprès de l'administration de la SMRC (admin@srpc.ca).