

# La médecine générale rurale et la tyrannie des titres

*Peter Hutten-Czapski,  
MD  
Rédacteur scientifique,  
JCMR  
Haileybury (Ont.)*

*Correspondance :  
Peter Hutten-Czapski,  
phc@srpc.ca*

**A**vez-vous besoin de détenir un CCMF(MU) pour travailler aux services d'urgence en milieu rural? Oui, c'est le message implicite que nos étudiants et résidents en médecine familiale reçoivent à l'ombre des tours d'ivoire.

Ce n'est pas étonnant puisque depuis 30 ans, les effectifs médicaux de la plupart des services d'urgence urbains canadiens détiennent désormais leur CCMF(MU) ou sont Associés du Collège Royal; or, dans les faits, les principaux fournisseurs de services en régions rurales et éloignées n'appartiennent ni à l'une ni à l'autre de ces deux classes de spécialistes.

En effet, la grande majorité des médecins qui travaillent dans les services d'urgence des régions rurales et éloignées ont toujours été des médecins généralistes ruraux. Au Canada, cela représente des milliers de médecins. Et même si une majorité de diplômés en médecine d'urgence s'installait en région rurale pendant les 30 prochaines années, il est peu probable que la majeure partie des médecins des services d'urgence ruraux soient autre chose que des généralistes. Et c'est très bien comme ça, car le principal fournisseur de services en milieu rural doit être un généraliste.

Il n'y a rien comme la médecine générale pour assurer la continuité des soins, avec les avantages que cela comporte sur le plan des résultats pour les patients, les médecins et le système (et tout cela à moindre coût). Il nous faut plus de gens formés de cette façon et préférablement en milieu rural.

Peu importe l'aura du titre de CCMF(MU) dans un service d'urgence urbain, la confiance risque de ne pas être au rendez-vous dans un service d'urgence rural aux maigres ressources (« Quoi, pas d'appareil à résonance magnétique? »), ou

alors d'autres aspects de la pratique généraliste en milieu rural posent problème, par exemple, le fait de devoir s'occuper du patient hospitalisé une fois admis (« Quoi, pas d'interniste pour la suite? »). Voilà quelques-unes des raisons qui pourraient expliquer pourquoi la grande majorité des diplômés en médecine d'urgence travaillent en milieu urbain ou périurbain.

Bien sûr, les nouveaux diplômés en médecine familiale, particulièrement des milieux urbains, ont peut-être une formation limitée ou moins d'aisance lorsqu'il est question d'exercer en milieu rural, quel que soit le type de pratique. Mais sont-ils dignes de confiance? Probablement, mais faute d'un programme de médecine familiale axé spécifiquement sur les compétences rurales, examens à l'appui, on peut difficilement le savoir. Nous avons besoin dans les meilleurs délais d'un programme qui s'harmonise à notre prémisses selon laquelle les généralistes formés en milieu rural sont qualifiés pour répondre à l'ensemble des besoins de nos communautés.

Selon moi, peu importent les titres et les formations, c'est toujours un défi de commencer à pratiquer la médecine pour les nouveaux diplômés; et lorsque vous commencez à exercer en milieu rural (à moins d'être totalement incapable d'introspection), vous manquez d'assurance, vous êtes lent et vous demandez souvent l'aide de vos collègues et autres professionnels de la santé plus expérimentés. C'est cet esprit d'équipe, ce mentorat, qui ont toujours existé et permettent une pratique sécuritaire jusqu'à ce que le nouveau médecin ait pris de l'assurance.

Selon mon expérience, les lettres qui s'ajoutent au bout d'un nom ne sont pas gages de compétences. Le mentorat et le travail d'équipe, c'est ce qui rend la pratique en milieu rural sécuritaire.