

DOCUMENT D'INFORMATION

Revue de la médecine familiale dans les régions rurales et éloignées du Canada : éducation, pratique et politiques

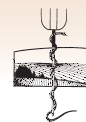


Janvier 2016

À la demande de



Advancing Rural Family Medicine
The Canadian Collaborative Taskforce
Faire avancer la médecine familiale rurale
Le Groupe de travail collaboratif canadien



Society of Rural Physicians of Canada
Société de la Médecine Rurale du Canada

Composition du Groupe de travail

Direction

- D^{re} Ruth Wilson (co-présidente)
- D^{re} Trina Larsen-Soles (co-présidente)
- D^r Braam De Klerk (président sortant, SMRC)
- D^{re} Kathy Lawrence (ancienne présidente, CMFC)
- D^{re} Francine Lemire (directrice générale et chef de la direction, CMFC)
- D^r John Soles (président, SMRC)

Membres

- D^r Stefan Grzybowski
- D^{re} Darlene Kitty
- D^{re} Jill Konkin/ Dr Roger Strasser (Alternatifs)
- Rachel Munday (représentant du public, SMRC)
- D^r Colin Newman
- D^r Alain Papineau
- D^r Tom Smith-Windsor
- D^r Karl Stobbe
- D^r Jim Rourke
- D^{re} Jennifer Hall (présidente, CMFC, ex- officio)
- Paul Clarke (Observateur du Comité fpt sur l'effectif en santé, Santé Canada)
- D^r Ken Harris (Représentant du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada)
- D^r Granger Avery (Observateur de l'Association médicale canadienne)

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter le site

www.cfpc.ca/AMFR/

Les co-auteurs remercient **Faire avancer la médecine familiale rurale : Le Groupe de travail collaboratif canadien** pour leurs commentaires sur, et leurs révisions aux, versions préliminaires de ce document. Le Groupe de travail a approuvé la publication de ce document afin d'appuyer leur travail continu.

Citation suggérée : Bosco C, Oandasan I. *Revue de la médecine familiale dans les régions rurales et éloignées du Canada : éducation, pratique et politiques*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2016.

Revue de la médecine familiale dans les régions rurales et éloignées du Canada : éducation, pratique et politiques

Rédigé par

Carmela Bosco, directrice principale et consultante en politiques de la santé, CBR Consulting,
D^{re} Ivy Oandasan, directrice, Éducation, Le Collège des médecins de famille du Canada

Financé par

Le Collège des médecins de famille du Canada

Rôles du CMFC et de la SMRC

Le Collège des médecins de famille du Canada

Fondé en 1954 et représentant plus de 34 000 membres d'un bout à l'autre du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est responsable de l'établissement des normes de formation, de certification et d'apprentissage continu des médecins de famille. Le CMFC procède à l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale offerts dans les 17 facultés de médecine au Canada. Il établit les critères de certification en définissant les compétences requises pour soutenir des normes élevées en matière de formation médicale à tous les niveaux. Le CMFC joue un rôle important dans la certification et le développement professionnel continu de ses membres. Considéré comme le porte-parole de la médecine familiale, le CMFC soutient les médecins de famille en décernant la certification, en faisant valoir leurs intérêts, en assumant un leadership et en favorisant la recherche et les occasions d'apprentissage qui leur permettent de fournir des soins de haute qualité à leurs patients et dans leurs communautés.

Société de la Médecine Rurale du Canada (SMRC)

Fondée en 1992, la Société de la Médecine Rurale du Canada (SMRC) est le principal défenseur et porte-parole de plus de 3 000 médecins qui exercent en milieu rural au Canada. Elle a pour mandat de fournir un leadership aux médecins qui travaillent dans des milieux ruraux et de promouvoir les conditions viables et les soins de santé équitables au sein des communautés rurales. La SMRC accomplit une gamme variée de fonctions. Par exemple, elle développe et fait la promotion de mécanismes de prestation de soins de santé; elle soutient les médecins et les communautés rurales en période de crise; elle promeut et dispense des activités de formation médicale continue en milieu rural; elle encourage et favorise la recherche sur les problèmes de santé ruraux; et elle stimule la communication parmi les médecins et d'autres groupes qui s'intéressent aux soins de santé en milieu rural. Le leadership de la SMRC comprend des experts de premier plan du développement de programmes de formation médicale comme l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) et l'Université Memorial, qui ont également été d'ardents défenseurs de la santé dans les milieux ruraux et des médecins qui y travaillent à l'échelle mondiale par leur participation à des organisations internationales de médecine rurale.

TABLE DES MATIÈRES

1.0 RÉSUMÉ	1
2.0 INTRODUCTION	8
3.0 RÉGIONS RURALES DU CANADA ET ÉDUCATION MÉDICALE	9
A) Santé de la population rurale au Canada	9
B) Définition de rural	10
C) Disparités en matière de santé	10
D) Accès aux soins primaires	10
E) Éducation médicale et responsabilité sociale	11
F) Réformes de l'éducation médicale et effectifs médicaux	12
4.0 RAISONNEMENT QUI SOUTIENT L'ÉDUCATION EN MÉDECINE FAMILIALE RURALE	13
A) Définir les rôles des médecins de famille/des médecins généralistes dans le contexte de l'éducation rurale	13
B) La pratique rurale par les médecins de famille	14
C) Promouvoir une nouvelle approche à la formation – le Coursus Triple C du CMFC	15
D) Compétences rurales et contextes ruraux	16
E) Former les médecins de famille les communautés rurales et éloignées : le pipeline de l'éducation rurale	18
5.0 LE PIPELINE DE L'ÉDUCATION RURALE	20
A) Section un : Choisir une carrière en médecine	20
B) Section deux : Exposition à la médecine rurale dans les facultés de médecine	20
C) Section trois : Formation postdoctorale en milieu rural	22
D) Section quatre : Choisir la médecine familiale	25
E) Section cinq : Soutenir l'approche du pipeline pour former des médecins ruraux	30
F) Section six : Leviers politiques et soutien à la formation des médecins de famille en milieu rural	32
6.0 SUCCÈS ET DÉFIS – CORRIGER LES ÉCARTS	41
A) Questions de politiques liées aux systèmes de santé et d'éducation	41
B) Aligner la planification des ressources humaines en santé à l'éducation rurale	43
C) Le rôle du CMFC et de la SMRC	45
7.0 CONSIDÉRATIONS POLITIQUES	
CRÉER UN PLAN GLOBAL POUR LA FORMATION MÉDICALE RURALE AU CANADA	48
ANNEXE	52
RÉFÉRENCES	57



1,0 Résumé

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), en collaboration avec la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), a lancé une initiative conjointe pour mieux comprendre l'état de la formation médicale en milieu rural et comment elle répond aux besoins dans ces régions du Canada. Dans un rapport de 1999, le CMFC a publié une série de recommandations sur les éléments de base de la formation, du cursus et des compétences devant figurer dans les programmes de formation prédoctorale et postdoctorale de la médecine familiale rurale dans les facultés de médecine du Canada¹. À l'automne 2013, on a commandé la rédaction d'un document de travail qui ferait un survol, voire un bilan, de la mise en œuvre des recommandations de 1999, ainsi qu'un rapport sur les défis et les problèmes réels qui continuent de se manifester et qui ont des répercussions sur la pratique et la formation des médecins de famille qui exercent dans ces communautés. L'objectif global du présent document est d'aider les dirigeants à cerner ce qui reste à faire pour aider les médecins de famille à acquérir, à maintenir et à perfectionner les compétences et à déterminer les ressources dont ils ont besoin pour offrir des soins complets et globaux aux Canadiens et Canadiennes qui vivent dans des communautés rurales et éloignées du Canada.

Bien que certains progrès aient été réalisés depuis 1999 (augmentation du nombre de diplômés en médecine rurale, exposition accrue à la formation rurale dans tous les programmes prédoctoraux et postdoctoraux au Canada et développement de trajectoires consacrées à la formation en médecine familiale rurale), il reste encore beaucoup de travail à faire. Des défis persistent, notamment en ce qui concerne le recrutement et la rétention, le manque d'infrastructure et de ressources nécessaires pour soutenir la formation offerte pour promouvoir la pratique en milieu rural.

Grâce à une revue de la littérature, y compris la littérature revue par les pairs et la littérature grise, et à des discussions informelles avec des experts de l'éducation rurale au pays et à l'étranger, le présent document d'information tente de faire la lumière sur les réalités qui persistent au Canada et les leçons à tirer de l'expérience d'autres pays comme l'Australie, dans leur approche à la formation médicale rurale des médecins de famille. Ce document n'est pas une revue systématique de la littérature, comme celles qui ont déjà été effectuées. Il ajoute aux travaux rigoureux déjà réalisés par d'autres, qui ont mis leurs connaissances au profit de la formation médicale en milieu rural. À titre de synthèse ciblée, ce document d'information tente de souligner les possibilités d'action.

La pratique en milieu rural dans l'ensemble du système de santé

- Les données montrent que les pays dotés de solides systèmes de soins primaires qui donnent à leur population accès aux soins de première ligne affichent de meilleurs résultats de santé.² L'accès aux soins primaires, l'un des indicateurs clés des soins de santé de qualité, demeure problématique dans les régions rurales et éloignées du Canada.³⁻⁶ Conséquemment, l'accès a été identifié comme une priorité absolue de la réforme du système de santé.⁷
- Compte tenu de la diversité des besoins de la population rurale du Canada en matière de soins, on doit redoubler d'efforts pour mieux comprendre quelles sont les ressources requises dans les systèmes de santé et d'éducation pour répondre aux besoins de ces communautés. Or, les médecins de famille doivent militer afin de faciliter ou de diriger les initiatives qui mèneront à l'obtention des ressources, y compris la formation d'équipes de soins qui font appel à des professionnels de la santé et à des collègues spécialistes pour répondre aux besoins des communautés rurales. Dans le domaine de la santé, les décideurs réclament plus d'efficacité et davantage de responsabilités de la part des professionnels de la santé dans leur campagne visant à dispenser des soins intégrés qui peuvent répondre aux besoins de la population, peu importe où elle vit.⁸⁻¹⁰
- En 2013, les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) révélaient que les médecins de famille représentaient 50 à 53 pour cent de la population active de médecins au Canada. Quatorze pour cent de ces médecins de famille pratiquaient en milieu rural.¹¹ Le recrutement de diplômés internationaux en médecine (DIM) dans les régions rurales du Canada a été une stratégie clé de la planification des effectifs médicaux par bon nombre de provinces et de territoires pour combler les lacunes de recrutement et de rétention dans ces régions du pays.¹²

L'éducation en milieu rural dans l'ensemble du système d'éducation de la santé

- L'éducation médicale joue un rôle important dans le recrutement et la rétention des médecins en milieu rural. Former les médecins pour la pratique dans les milieux ruraux et éloignés est devenu un besoin sociétal vital, et pourtant, les étudiants, les résidents et les corps professoraux font face à de nombreux défis, compte tenu de ce contexte unique. Des stratégies comme celles qui suivent pourraient les préparer à fournir des soins dans ce contexte :
 - Intégrer la médecine rurale aux cursus des facultés de médecine
 - Offrir des expériences d'apprentissage favorables en milieu rural aux étudiants en médecine
 - Offrir une résidence en milieu rural pour l'exercice de la médecine familiale
 - Lier l'éducation aux processus de recrutement et de rétention dans les communautés rurales
- Les sites d'enseignement clinique en milieu rural, qui appuient la formation médicale délocalisée dans les facultés de médecine, jouent un rôle de plus en plus important dans la formation des médecins partout au Canada. Les campus décentralisés et le recours à des sites d'enseignement clinique communautaires se sont rapidement développés au cours de la dernière décennie¹³ : le Service de jumelage des résidents du Canada (CaRMS) a noté une hausse de 300 fois de l'utilisation de sites d'enseignement clinique comme principal site de formation des résidents en médecine familiale. Toutes les facultés de médecine canadiennes offrent, dans une certaine mesure, des programmes de formation prédoctorale et postdoctorale délocalisés. On doit donc reconnaître le rôle d'enseignant des superviseurs qui travaillent en milieu rural à mesure que l'on fait une plus grande utilisation de sites de formation délocalisée plutôt que de sites d'enseignement traditionnels en milieu urbain situés à proximité des grands campus universitaires. La formation médicale délocalisée a joué un rôle clé dans l'établissement d'infrastructures locales pour l'enseignement et l'apprentissage non seulement des médecins, mais aussi d'autres professionnels de la santé.
- Le Cursus Triple C axé sur les compétences du CMFC fournit une approche nationale à la formation des résidents en médecine familiale en offrant un apprentissage qui répond aux besoins des Canadiens et Canadiennes et en préparant les diplômés pour débiter l'exercice de la médecine familiale. Les départements de médecine de famille universitaires sont responsables de la mise en œuvre du Cursus Triple C et assurent l'équité de l'expérience, peu importe le site d'enseignement clinique où le résident reçoit sa formation.
- Quatre facteurs restent invariablement liés à la probabilité accrue que les médecins décident de pratiquer dans les communautés rurales et éloignées, soit : 1) ils sont originaires d'un milieu rural; 2) ils ont une expérience positive du milieu rural au niveau prédoctoral; 3) ils ont une expérience postdoctorale ciblée, en dehors des régions urbaines; et 4) ils ont articulé une intention ou une préférence pour les soins primaires en pratique générale ou familiale.¹⁴ Ces quatre facteurs ont contribué à l'élaboration d'une approche intentionnelle et longitudinale de l'éducation rurale que l'on appelle le « pipeline rural des effectifs médicaux ». L'approche du pipeline, en tout ou en partie, a été appliquée de diverses manières par les facultés de médecine. Malgré le succès dans certaines universités – École de médecine du Nord de l'Ontario, Université Memorial, Université Queen's – une approche suivie et reproductible n'a toujours pas été adoptée partout au Canada.

Adopter des leviers politiques pour soutenir l'éducation médicale rurale

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont fourni différents niveaux de soutien à l'éducation médicale dans le cadre de leurs plans stratégiques régionaux visant les effectifs médicaux. Ils ont lancé certains programmes incitatifs pour attirer les médecins vers les régions rurales et éloignées. Toutefois, les évaluations de l'impact de ces mesures incitatives financières sur l'amélioration de la rétention, y compris le taux de rétention à long terme¹⁵, sont rares. L'expérience d'autres pays, comme l'Australie, révèle qu'à eux seuls, ces incitatifs ne suffisent pas pour répondre aux besoins en santé des régions rurales.¹⁶ Une approche interprofessionnelle mieux coordonnée s'impose.
- On remarque quelques réussites, où le nombre de diplômés canadiens en médecine (DCM) qui choisissent d'exercer et de demeurer dans des communautés rurales et éloignées sont en croissance.* Malgré l'augmentation du nombre de DCM, on reconnaît que, proportionnellement, on compte plus de diplômés internationaux en médecine (DIM) que de DCM dans la plupart des régions rurales et éloignées; toutefois, d'autres recherches longitudinales sont nécessaires.
- Depuis les années 1990, le CMFC et la SMRC travaillent en collaboration pour mettre en œuvre des initiatives de formation des médecins de famille en milieu rural qui assureraient que l'on offre aux résidents des expériences d'apprentissage de qualité dans les milieux cliniques situés en régions rurales et éloignées. Le recrutement et la rétention des médecins de famille en milieu rural est un sujet multifactoriel et complexe.¹⁷ Chaque communauté rurale et éloignée est unique, et les besoins et les attentes des médecins de ces communautés varient largement. Les milieux ruraux ou éloignés offrent aux médecins de famille davantage de possibilités d'acquérir des compétences additionnelles, en raison des besoins uniques de la communauté et en l'absence d'autres spécialistes qui traditionnellement offriraient les services nécessaires. Or, les médecins de famille, en tant que ressource centrale de leur communauté, pourraient devoir acquérir de nouvelles compétences pour répondre aux besoins de la communauté tout en prodiguant les soins complets et globaux. Cette situation est plus fréquente dans les régions éloignées du Canada. Il est justifié de considérer la définition et l'enseignement de compétences globales en médecine familiale comme fondamentaux, pour tous les résidents qui débutent l'exercice de la médecine au Canada, et de considérer d'autres compétences particulières qui pourraient devoir être acquises et enseignées pour répondre à des besoins communautaires particuliers.

Soutenir la pratique rurale pour répondre aux besoins des Canadiens

- Pour faire avancer l'avenir des soins de santé dans les régions rurales du Canada, l'éducation et la pratique doivent être examinées ensemble. Des infrastructures sont nécessaires pour soutenir les médecins de famille et leur permettre de pratiquer la médecine familiale dans sa globalité, dans le cadre d'une approche fondée sur le travail l'équipe, avec d'autres généralistes, y compris d'autres professionnels de la santé. Le système de soins de santé, en parallèle avec les communautés où vivent les Canadiens et Canadiennes, doit aussi veiller à ce que le mode de vie dans les régions rurales et éloignées du Nord soit attirant et que les médecins et leurs familles soit bien encadrés.

*À la demande du CMFC soumise en novembre 2013, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a fourni des données précises sur les effectifs de médecins de famille dans les régions urbaines et rurales du Canada ainsi que sur les DCM et les DIM sur une période de 13 ans; ces données ne sont pas publiées.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes

Données clés sur l'éducation rurale des médecins de famille et des régions rurales du Canada, 2013-2014

6 millions	ou 18 % des Canadiens et Canadiennes vivent dans des communautés rurales et éloignées
85 %	des Canadiens et Canadiennes ont un médecin de famille
50–53 %	de tous les médecins sont des médecins de famille
14 %	des médecins de famille pratiquent dans les régions rurales ou éloignées du Canada
17	programmes universitaires de résidence en médecine familiale
873	sites d'enseignement clinique
Plus de 160	sites d'enseignement de la médecine familiale en milieu rural
160	sites d'enseignement de la médecine familiale rurale avec jumelage direct de CaRMS
1 395	places en première année en médecine familiale
446	places réservées à la voie de la médecine familiale rurale = 26 % des places axées sur le milieu rural
1 200	nombre annuel moyen de diplômés en médecine familiale
75	sites d'enseignement dont l'objectif principal est l'apprentissage longitudinal dans une communauté rurale ou éloignée (tel que défini par les programmes pédagogiques)
35 %	d'augmentation du nombre d'enseignants à temps partiel entre 2003 et 2007 (16 061 à 21 687)
40 %	objectif stratégique du CMFC – pourcentage des étudiants en médecine dont le premier choix sera la médecine familiale d'ici 2017

Le rapport ci-dessous présente l'adoption des recommandations de 1999 du CMFC.¹

Recommandations de 1999 du CMFC – Bilan

RECOMMANDATIONS DE 1999 DU CMFC RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ÉDUCATION POSTDOCTORALE POUR LA PRATIQUE FAMILIALE RURALE	2014				
	1 MINIMALEMENT ADOPTÉES	2	3 MODÉRÉMENT ADOPTÉES	4	5 PLEINEMENT ADOPTÉES
A. FORMATION PRÉDOCTORALE DE BASE					
1. Le programme prédoctoral de base doit offrir à tous les étudiants en médecine une expérience de formation en milieu rural			✓		
B. FORMATION POSTDOCTORALE DE BASE					
1. Il est souhaitable que tous les programmes offrent des stages postdoctoraux de base en milieu communautaire régional/rural et suffisamment de stages électifs en milieu rural pour tous les résidents				✓	
2. On devrait développer des volets de formation en médecine familiale rurale en tant que formation postdoctorale appropriée pour l'exercice de la médecine familiale rurale					✓
3. Les volets de formation en médecine familiale rurale devraient être intégrés dans les communautés et bénéficier d'un soutien universitaire complet			✓		
4. La dyade enseignant-apprenant devrait être basée sur le modèle de supervision pour les expériences/stages autant en médecine familiale que pour les autres spécialités					✓
5. Le programme de résidence en médecine familiale rurale devrait viser l'acquisition de compétences, de connaissances, d'habiletés et d'attitudes nécessaires à la pratique rurale			✓		
6. Les expériences ou stages hospitaliers devraient être conformes aux besoins d'apprentissage du résident qui se destine à la pratique rurale				✓	
7. Les universités devraient soutenir les enseignants en milieu rural et les intégrer dans le corps professoral					✓
8. Les enseignants et les programmes universitaires devraient soutenir et développer les résidents en médecine familiale du milieu rural (actuels et futurs)			✓		
C. COMPÉTENCES SPÉCIALES EN MÉDECINE FAMILIALE RURALE					
1. Postes additionnels de 3 ^e année de durée variable (3 à 6 mois) pour l'acquisition de compétences particulières			✓		
D. COMPÉTENCES AVANCÉES EN MÉDECINE FAMILIALE RURALE					
1. Accès aux services de santé essentiels, à l'anesthésie, aux soins de maternité, à la chirurgie générale et aux autres programmes de formation du CMFC et des facultés de médecine			✓		
2. Directives dans le cursus pour les compétences avancées en médecine familiale rurale	✓				
3. Agrément des programmes de formation en compétences avancées pour la médecine familiale rurale	✓				
4. Formation axée sur les compétences (6 à 12 mois)			✓		

Considérations politiques

En se fondant sur la présente étude, on propose que les thèmes suivants soient considérés pour la création de politiques favorisant l'avancement de la formation en milieu rural afin de soutenir le développement de médecins de famille prêts à exercer dans les régions rurales et éloignées du Canada.

THÈME	STRATÉGIE
1. Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les modèles d'éducation rurale du Canada, y compris ceux qui adoptent l'approche du pipeline, pour identifier des modèles novateurs • Créer des occasions centralisées d'échange et de diffusion des données avec indicateurs comparatifs
2. Éducation en milieu rural pour les programmes	<ul style="list-style-type: none"> • Développer ou perfectionner les compétences actuelles pour préparer l'apprenant à prodiguer des soins complets et globaux, qui garantissent que les médecins de famille/apprenants sont prêts à débiter l'exercice de la médecine dans des milieux ruraux et éloignés • Définir un processus pour déterminer les compétences additionnelles, qui pourraient être validées ou agréées par le CMFC, requises en fonction des besoins communautaires, des exigences d'apprentissage, et des méthodes d'apprentissage, puis évaluer la maîtrise des compétences, • Définir le rôle du CMFC en tant qu'organisme national d'agrément et de certification en relation avec le nombre croissant de contextes de pratiques de la médecine familiale en milieu rural au Canada
3. Soutien aux enseignants cliniques en milieu rural	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'appui aux sites d'enseignement clinique ruraux, y compris le développement professoral, la coordination administrative pour aider les apprenants à planifier les rencontres et la coordination de l'apprentissage et des évaluations
4. Changements à la politique de soutien et de financement	<ul style="list-style-type: none"> • Aligner les cursus aux besoins du système de santé tant pour les programmes en milieu urbain que rural, et qui tiennent compte des priorités des politiques gouvernementales en matière de santé • Investir dans l'infrastructure de l'éducation rurale, surtout dans des sites cliniques délocalisés pour soutenir les enseignants, compte tenu des rôles élargis de l'enseignement et de l'évaluation des compétences • Examiner la capacité de production des programmes d'éducation, y compris le cursus, et analyser la mesure dans laquelle le cursus actuel est harmonisé au système de santé et aux politiques (selon des indicateurs établis)
5. Approche pancanadienne de l'éducation rurale des médecins de famille	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des possibilités pour le rôle des gouvernements (F/P/T [fédéral/provinciaux/territoriaux]), des médecins, d'autres professionnels de la santé et des universités leur permettant d'influencer et de faciliter conjointement une approche pancanadienne à l'enseignement et à la pratique en milieu rural • Adopter des rôles de leadership dans l'éducation et assurer la coordination entre les gouvernements, les facultés de médecine et les groupes de médecins

Prochaines étapes

Il est important d'améliorer des programmes d'éducation et de formation des médecins de famille qui exercent dans les communautés rurales, mais ceci ne suffira pas pour régler les problèmes liés à la prestation des soins de santé dans les régions rurales et éloignées du Canada. Il existe peu de planification des effectifs médicaux fondée sur des données probantes aux niveaux provinciaux et fédéral pour fournir une orientation au système d'éducation médicale.¹⁸ Il faut une approche intégrée pour identifier les priorités et répartir les ressources. Il incombe aux gouvernements d'aider les communautés rurales et les médecins à acquérir les connaissances, les compétences, les habiletés et les outils nécessaires pour améliorer l'accès aux services de santé. Les facultés de médecine assument l'importante responsabilité sociale d'assurer que les cursus pour la formation médicale rurale répondent aux besoins de la population, y compris la formation d'un nombre adéquat de médecins de famille. Des efforts doivent être déployés pour s'assurer que les communautés rurales ne sont pas laissées pour compte. Il faudra aussi rester vigilant face aux problèmes de recrutement et de rétention des médecins qui exercent en milieu rural, tout en prenant des mesures requises pour mieux les préparer à offrir des soins de qualité dans ces régions.

Les tendances positives qui émergent quant au nombre de diplômés en médecine familiale qui exercent dans les régions rurales du Canada sont encourageantes, mais il reste beaucoup de travail à faire. Il faut l'engagement et la responsabilité sociale de tous les intervenants pour trouver des moyens d'améliorer l'éducation et la formation des médecins de famille afin qu'ils acquièrent les compétences requises pour exercer dans les communautés rurales. Nous avons l'occasion de créer une vision et un plan qui rassemblent les éducateurs et les planificateurs des ressources humaines en santé (RHS) pour élaborer une approche systématique, adéquatement soutenue, pour l'avancement de l'éducation médicale en milieu rural. Le présent document se veut une base pour l'exercice d'un leadership par les médecins du CMFC et de la SMRC afin de mettre sur pied un processus d'élaboration de cette vision et de ce plan, en collaboration avec les facultés de médecine, les gouvernements, les planificateurs, les apprenants et les communautés rurales, et de présenter des solutions afin d'améliorer la formation des médecins en milieu rural.

2,0 Introduction

Ce document d'information est destiné aux médecins membres de la direction du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC). En examinant les rôles du CMFC et de la SMRC (voir page ii) dans la promotion de la formation en médecine rurale, l'occasion se présente de créer une approche cohérente qui mise sur les forces et le soutien des membres de ces deux organisations.

Ce document a pour objet d'informer le CMFC et la SMRC dans leurs démarches pour déterminer les prochaines étapes dans la création d'un plan stratégique qui intègre les priorités et les processus clés pour l'avancement de l'éducation en médecine familiale afin de soutenir les communautés rurales et éloignées du Canada. Le plan envisagé abordera :

- L'amélioration des conditions d'éducation et de formation des médecins de famille qui exercent dans les régions rurales et éloignées du Canada
- L'efficacité de l'enseignement de la médecine familiale pour répondre aux besoins en matière de santé des Canadiens et Canadiennes qui vivent dans les communautés rurales et éloignées
- Les infrastructures et le soutien nécessaires pour offrir la formation en médecine familiale afin de satisfaire non seulement aux besoins en matière d'éducation en milieu rural, mais aussi pour assurer le recrutement et la rétention des médecins de famille exerçant dans les régions rurales du Canada
- Une collaboration efficace entre les éducateurs, les praticiens, le CMFC, la SMRC, les planificateurs du système de santé, les résidents et les autres intervenants clés, y compris le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et d'autres organisations de formation et de pratique médicale.

Le document passe en revue l'état de l'éducation rurale basée sur le rapport publié en 1999 par le CMFC intitulé **Formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale : Vision et recommandations pour le nouveau millénaire**¹. Ce document présente un compte-rendu de l'adoption des recommandations de 1999 et de la réaction des facultés de médecine du Canada face aux réformes de la planification des effectifs médicaux et de l'éducation en santé pour soutenir la formation en médecine familiale rurale.

L'étude est basée sur une analyse de contexte et une revue de la littérature, y compris la littérature de pairs et la littérature grise, ainsi que sur des discussions informelles avec les chefs de file canadiens et internationaux de la formation en médecine familiale rurale, tenues d'août à décembre 2013. Ce document vise à faire la lumière sur les réalités qui existent au Canada et présente les leçons à tirer de l'expérience d'autres pays comme l'Australie, dans leur approche à la formation médicale rurale des médecins de famille. Ce document n'est pas une revue systématique de la littérature, comme beaucoup ont été effectuées ces dernières années. Il s'ajoute aux travaux sérieux déjà réalisés et qui traitent de la formation médicale en milieu rural. À titre de synthèse ciblée, ce document d'information vise à identifier des possibilités d'action.

Il présente d'abord un résumé de l'état de l'éducation et de la pratique en milieu rural au Canada aux niveaux du système de santé et d'éducation et l'impact sur les effectifs des médecins de famille œuvrant dans les collectivités rurales. De ce fait, ce document révèle la complexité des relations entre l'éducation et la pratique dans les régions rurales et éloignées du Canada. Les enjeux de formation médicale rurale ont des répercussions sur la pratique rurale. De même, les questions de pratique rurale ont des répercussions sur la formation médicale rurale. Alors qu'on met l'accent sur les programmes de formation postdoctorale en médecine familiale pour soutenir l'exercice de la médecine familiale en milieu rural, ce document reconnaît l'importance des questions qui touchent l'éducation prédoctorale et le développement professionnel continu, surtout au cours des premières années de pratique. En se basant sur le modèle du pipeline de formation rurale de Pong¹⁴ pour étudier les principaux facteurs qui influencent le choix de pratiquer ou non dans les collectivités rurales et éloignées, ce document met en lumière les réalités qui sous-tendent chaque facteur, ainsi que les écarts qu'il faut corriger. Ce document soulève d'importantes questions à étudier, présente des exemples d'éventuelles approches et occasions ainsi que des suggestions pour améliorer les politiques afin de corriger les écarts

3,0 Régions rurales du Canada et éducation médicale

La présente section traite des principaux facteurs qui influencent les soins de santé en milieu rural au sein du système de soins de santé, en tenant compte de l'évolution de la formation médicale et de la main-d'œuvre médicale

A) Santé de la population rurale au Canada

En 2012, la population canadienne s'établissait à environ 35 millions, dont six millions, ou 18 pour cent, vivaient dans des collectivités rurales et éloignées du pays.¹² De 50 à 53 pour cent des médecins sont médecins de famille et 14 pour cent de ces médecins de famille travaillent dans des communautés rurales ou éloignées.¹¹ Selon un rapport de l'Association médicale canadienne (AMC), 3,1 pour cent des spécialistes pratiquent en milieu rural.¹¹ Dans les territoires, les médecins de famille représentent de 72 à 84 pour cent des médecins. Entre les recensements de 2006 et de 2011, la population ces régions a augmenté de 1,7 pour cent. Comparativement, entre 2008 et 2012, le nombre de médecins qui travaillent dans des régions rurales a augmenté de 10,3 pour cent.¹¹ Selon Statistique Canada, la plupart des régions rurales ont connu une faible croissance démographique, et dans certains cas, leur population a diminué. Entre 1971 et 2001, la population vivant dans les régions urbaines a grimpé de 45 pour cent, soit plus de trois fois le taux de croissance des régions rurales, qui s'élevait à 13 pour cent seulement.¹⁹ On ignore la raison de la variance dans ces régions rurales et son impact sur les données démographiques de la population canadienne et des médecins en milieu rural.

B) Définition de rural

Les termes *rural* ou *communauté rurale* ont évolué et incorporent une vue plus large de ce que constitue une région rurale. *Rural* ne désigne pas simplement tout ce qui n'est pas *urbain*⁶ ; il n'y a pas de définition commune utilisée par les médecins, les décideurs, les chercheurs,²⁰ et les planificateurs gouvernementaux. Plutôt, il existe plusieurs définitions de *rural* pour l'analyse nationale et provinciale des données de Statistique Canada,^{21,22} ainsi que les bases de données de médecins saisies par le Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER), le Sondage national des médecins (SNM), l'Annuaire Scott, CaRMS et l'AMC. Il est difficile d'établir un lien entre les bases de données de l'éducation et de la pratique basées sur des données nationales et provinciales pour prendre des décisions éclairées, fondées sur des données probantes à l'égard de la planification des effectifs et des changements systémiques.²³ Les définitions de *rural* mettent l'accent sur différents critères et posent différentes questions; le dénombrement de la population, la taille de la population et la répartition géographique sont mesurés de diverses manières. Résultat : les définitions donnent des renseignements variés selon la notion de *rural* adoptée, ce qui rend difficile la saisie de données précises sur l'état de santé, sur les Canadiens et Canadiennes vivant dans les collectivités rurales et la main-d'œuvre médicale, y compris le nombre de médecins qui pratiquent dans les communautés rurales. Aux fins du présent document, nous nous baserons sur la définition de Statistique Canada.^{21,24}

DÉFINITION DE RURAL SELON STATISTIQUE CANADA

Si l'on doit recommander une seule définition comme point de départ ou de référence pour comprendre la population rurale du Canada, ce serait celle de population de la campagne et de petits centres. On parle ici de la population vivant dans les villes et municipalités à l'extérieur des zones de navettage des grands centres urbains (c.-à-d. hors de la distance raisonnable de déplacement entre son domicile et son lieu de travail dans des agglomérations de 10 000 habitants ou plus).

C) Disparité en matière de santé

Les Canadiens et Canadiennes qui vivent dans les communautés rurales sont généralement en moins bonne santé que leurs compatriotes urbains en raison de différences apparentes de leur réalité et des besoins en matière de santé.^{6,25} En règle générale, plus la communauté rurale est petite, pauvre et isolée, plus il est difficile d'assurer l'accès à des services de santé de qualité. Le financement limité et les différences culturelles influent sur l'état de santé.²⁶ Dans l'ensemble, les déterminants de la santé des populations rurales démontrent une plus forte incidence de maladies chroniques, de mortalité, de blessures et de mauvaise alimentation.⁶ La situation socio-économique²⁷ et son influence sur les résultats de santé en milieu rural²⁸ est le déterminant de la santé qui illustre pertinemment la différence sous-jacente de la santé en milieu rural. Comparativement aux communautés urbaines, les communautés rurales ont tendance à avoir moins de groupes de soins de santé et de professionnels de tous types, moins de choix et un degré élevé de variance en ce qui concerne l'accès aux services de santé locaux.²⁹

La disparité de l'état de santé des communautés rurales canadiennes est directement liée à leur distance des centres urbains.^{26,30} Pour pallier à ces disparités, on a institué des mesures, comme l'offre de mesures incitatives aux médecins pour les encourager à pratiquer dans les collectivités rurales et éloignées, l'amélioration des communications dans les communautés éloignées par l'intermédiaire de soins de santé en ligne et de la télémédecine,³⁰ et l'accroissement des effectifs médicaux, comme les infirmières praticiennes et les auxiliaires médicaux. Malgré tout, ces disparités persistent,³¹ ce qui souligne d'autant plus l'importance d'avoir des mesures plus efficaces pour évaluer l'impact et déterminer plus précisément les ressources nécessaires pour améliorer l'accès aux soins de santé des Canadiens et Canadiennes qui vivent dans les régions rurales. Par exemple, la technologie de l'information et des communications est aujourd'hui essentielle pour appuyer la formation et la pratique des médecins ruraux.³² Durant la dernière décennie, peu d'améliorations notables sont survenues dans les mesures des soins et des résultats de santé des patients; le Canada continue d'afficher des disparités sur le plan de la santé³³ entre les communautés urbaines et rurales.^{28,34} L'accès³⁵ et le type d'accès à des services particuliers varient davantage dans les communautés rurales que dans les communautés urbaines.^{36,37} Pour les populations autochtones qui vivent souvent dans des communautés rurales et éloignées, il est comparativement plus difficile d'avoir régulièrement accès et de recevoir les services de santé primaires dont elles ont besoin.³⁸

La pénurie de médecins de famille pose un problème encore plus grave chez les populations qui, historiquement, ont été confrontées à des défis majeurs d'accès aux services de santé. Au Canada, la santé des communautés autochtones³⁵ demeure l'un des plus grands défis. Les populations autochtones continuent à faire face à un manque de services de santé coordonnés requis pour répondre à leurs besoins complexes, malgré l'appui financier du gouvernement fédéral à des services comme la promotion de la santé, la santé publique, les soins de longue durée et les soins communautaires.³⁹ Les médecins de famille qui pratiquent dans ces communautés doivent connaître la culture afin de communiquer efficacement et de prodiguer des services de soins de santé qui répondent aux besoins de santé et de nature sociale de cette population.⁴⁰⁻⁴²

D) Accès aux soins primaires

Plusieurs communautés rurales ont peine à attirer et à retenir des médecins en raison de préoccupations liées à l'isolement, au manque d'établissements de santé ou de possibilités d'emploi et d'éducation pour leurs familles.²⁹ La plupart des communautés rurales rapportent une pénurie de médecins en soins primaires depuis de nombreuses années et ont ressenti cette pénurie chronique plus longuement et plus intensément que les milieux urbains. L'accès à un médecin et à d'autres professionnels de la santé est un enjeu persistant au Canada, mais plus particulièrement dans les communautés rurales et éloignées.

L'accès, en tant qu'indicateur clé de la qualité des soins, reste difficile dans les régions rurales et éloignées du Canada.³⁻⁶ Les soins primaires dans ces régions sont l'une des grandes priorités de la réforme des soins de santé.⁷ Les soins de santé primaires prodigués par les médecins de famille revêtent une importance capitale dans notre système de santé.^{4,10,26,43} En 2003 et 2004, les ministres de la Santé ont fixé l'objectif qu'en 2011, au moins 50 pour cent des Canadiens et Canadiennes devaient avoir accès à un fournisseur de soins primaires approprié vingt-quatre heures par jour, sept jours par semaine (24/7), peu importe où ils vivaient.⁹ Toutefois, dans son rapport de 2012,⁴⁴ le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, science et technologie fédéral a noté que les provinces et territoires n'avaient pas atteint l'objectif clé de l'accord et a recommandé de relancer le même objectif à réaliser avant 2014.

L'accès aux soins primaires mène à de meilleurs résultats dans tous les contextes de soins de santé.^{2,45} Dans plusieurs communautés autochtones, l'accès aux soins primaires est limité et, par conséquent, leur état de santé et leurs résultats sont moins bons.⁴⁶ En 2000, les gouvernements canadien, provinciaux et territoriaux s'étaient engagés à créer de nouveaux modèles de prestation de soins primaires. Depuis, plusieurs modèles ont été mis en œuvre pour aborder les questions d'accès, les modèles alternatifs de rémunération des médecins, les équipes multidisciplinaires et l'utilisation accrue des technologies de l'information.⁴⁷ Alors que la réforme des soins primaires gagnait du terrain, certains rapports ont commencé à remettre en question le besoin et le rôle futur des médecins de famille.⁴³ Toutefois, dans les petites villes, les communautés rurales et les régions éloignées, là où les spécialistes sont rares, les médecins de famille jouent un rôle particulièrement important.⁴⁸ Les médecins de famille, par la pratique d'une médecine familiale complète et globale, et en assurant la prestation de services de soins avancés, aident à combler les lacunes dans ces services essentiels. Selon l'Assemblée mondiale de la santé, la médecine familiale est essentielle au développement d'un système de soins de santé.²⁶

E) Éducation médicale et responsabilité sociale

L'éducation médicale a connu des changements importants depuis les années 1990. Les principaux développements qui ont eu une influence sur le système d'éducation médicale canadien comprennent notamment :⁴⁸

- La décision au début des années 1990 des gouvernements fédéral et provinciaux, par l'intermédiaire des ministères de la Santé,⁴⁹ de réduire l'admission dans les facultés de médecine. En conséquence, les facultés de médecine ont réduit le nombre de nouveaux étudiants d'environ 10 pour cent.
- La réalisation à la fin des années 1990 que le Canada serait confronté à une pénurie de médecins en raison du nombre réduit de médecins diplômés, jumelé à une population croissante et vieillissante et au nombre de médecins qui envisageaient la retraite dans les prochaines années.⁵⁰
- Bien des Canadiens et Canadiennes ont rapporté qu'ils parvenaient difficilement à trouver un médecin de famille et ont indiqué devoir faire face à de longues listes d'attente, ce qui a forcé les gouvernements fédéral et provinciaux à agir. Cette politique a été renversée au début des années 2000 et le nombre d'admissions dans les facultés de médecine a été haussé dans tout le pays^{50,51}. On a également donné accès à la formation postdoctorale à un plus grand nombre de diplômés internationaux afin d'augmenter les effectifs médicaux plus rapidement.
- Des tendances croissantes vers la spécialisation et la sous-spécialisation en médecine ont atténué l'intérêt pour les soins primaires chez les étudiants et diplômés en médecine. Selon un rapport de 2008 de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les spécialistes étaient en moyenne nettement plus nombreux que les généralistes dans les pays de l'OCDE, y compris au Canada, bien que l'écart entre spécialistes et généralistes au Canada soit beaucoup moins important que dans de nombreux autres pays de l'OCDE.⁵²

Conjointement avec la nécessité pour les gouvernements d'assurer la présence du bon nombre de médecins afin de répondre aux besoins des Canadiens et Canadiennes, la communauté de l'éducation médicale est engagée envers le principe de la responsabilité sociale, tel que défini par l'Organisation mondiale de la santé.^{53,54} Représentant les dix-sept facultés de médecine universitaires, l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) est passée à l'action et a fortement encouragé toutes les facultés de médecine à intégrer la responsabilité sociale dans leur enseignement afin de satisfaire aux besoins prioritaires de la communauté en matière de santé. Fidèle à ce principe, le projet sur *L'avenir de l'éducation médicale au Canada* (AEMC) de l'AFMC a jeté les bases pour assurer que les programmes d'études dans les facultés de médecine canadiennes répondent adéquatement aux besoins de la société.⁵⁵

Conscientes du manque d'accès à un médecin dans les collectivités rurales et éloignées, certaines facultés de médecine avaient fait de cette question un objectif prioritaire. Par exemple, en 2004, l'École de médecine du Nord de l'Ontario élaborait son programme d'études orienté vers la pratique rurale.⁵⁶ D'autres, comme l'Université Memorial,⁵⁶⁻⁵⁹ sont reconnus pour leur rôle actif dans l'exploration des implications liées à la responsabilité sociale en offrant un enseignement et un apprentissage centrés sur les besoins des communautés rurales locales et éloignées.

Le virage vers des programmes axés sur les compétences en l'éducation médicale postdoctorale (PGME) appuie aussi l'avancement du mandat de responsabilité sociale des facultés de médecine. Les référentiels de compétences CanMEDS⁶⁰ et CanMEDS-FM⁶¹

du Collège royal et du CMFC ont été mis au point afin de mieux décrire les types de compétences dont les diplômés doivent faire preuve pour être prêts à exercer la médecine. Par la suite, les deux collèges ont créé des approches curriculaires, soit *La compétence par conception* du Collège royal⁶² et le *Cursus Triple C* du CMFC⁶³, pour structurer la formation des résidents afin de garantir l'acquisition des compétences. L'AFMC, par le biais du projet AEMC-PG, soutient les approches des deux collèges avec des recommandations formulées par la communauté de l'éducation médicale pour faire avancer la formation médicale axée sur le développement des compétences et l'évaluation axée sur les compétences. En outre, l'AEMC-PG recommande à la communauté universitaire médicale postdoctorale d'encourager la responsabilité sociale en fournissant aux apprenants des expériences directes dans des milieux d'apprentissage et de travail diversifiées pour les aider à répondre aux besoins de tous en matière de soins de santé et pour aider les apprenants à explorer les possibilités de carrière au-delà des centres universitaires de science de la santé.⁶⁴

F) Réformes de l'éducation médicale et effectifs médicaux

L'éducation médicale a un rôle important à jouer pour dispenser une formation adéquate pour la pratique en milieu rural et éloigné.³² Des données probantes soutiennent que les caractéristiques des médecins, les milieux de formation et un programme de formation en milieu rural sont des facteurs importants qui interagissent et influencent le recrutement et la rétention. La vision de la responsabilité sociale⁵⁵⁻⁶⁴ acceptée par les principaux organismes de formation médicale au Canada, est la toile de fond qui renforce l'orientation de l'éducation médicale vers les enjeux de la médecine rurale. Ce faisant, on devra créer des expériences de pratique médicale en milieu rural comme élément requis des programmes d'études prédoctorales et de résidence en médecine familiale.^{41,65}

Les décideurs du domaine de la santé demandent plus de preuves de la qualité, de l'efficacité, de l'efficience et de la responsabilité de la part des professionnels de la santé dans des modèles intégrés de prestation de soins pour répondre aux besoins de la population, peu importe où elle vit.⁸⁻¹⁰ Historiquement, le système de soins de santé canadien n'a pas adéquatement abordé les questions de recrutement et de rétention des médecins dans les régions rurales, ni du développement de l'infrastructure de formation appropriée afin de soutenir les médecins qui exercent dans ces communautés.¹⁰ Le lien entre l'éducation médicale et son influence sur le recrutement et la rétention des médecins dans les collectivités rurales et éloignées doit être cultivé si l'on veut positivement aborder les questions d'accès et de qualité.

Sur la scène internationale, on a beaucoup discuté du fait que l'éducation pour les professions de la santé n'a pas suivi l'évolution du système de santé. Or, on a mis l'accent sur la réforme de l'éducation pour les professions de la santé^{10,66} comme façon de répondre aux besoins en matière de soins de santé et du système. Les stratégies de planification des ressources humaines en santé déjà en œuvre n'ont pas tenu compte de l'importance de l'éducation des professionnels de la santé et de ce que le niveau d'éducation en termes de formation et de compétences peut représenter pour adéquatement répondre aux besoins de la population des collectivités qu'ils desservent.^{66,67} L'approche universelle pour corriger les défis des ressources humaines en santé, des systèmes de santé locaux et de la formation postdoctorale n'est pas pratique. La création d'une main d'œuvre médicale stable requiert des mesures innovantes et souples pour former les médecins et les préparer à travailler dans les collectivités rurales.

4,0 Raisonnement qui soutient l'éducation en médecine rurale

A) Définir les rôles des médecins de famille/des médecins généralistes dans le contexte de l'éducation rurale

L'étendue de la pratique des médecins de famille qui exercent dans les communautés rurales est vaste. En adhérant au principe de la médecine familiale selon lequel le médecin de famille est une ressource pour la population qu'il dessert, les médecins de famille qui travaillent dans des milieux ruraux ont l'habileté de comprendre ce dont le système de santé doit comporter pour leurs patients. Munis de connaissances de base, des habiletés et des comportements acquis durant leur formation en résidence, ils adaptent et perfectionnent les compétences requises pour répondre aux besoins de leurs communautés en matière de soins. La notion de ce que constituent les compétences requises par les médecins en milieu rural a récemment provoqué plusieurs débats et discussions. Le débat comprend des discussions sur qui sont ceux qui administrent des soins aux collectivités rurales et éloignées, le titre que l'on donne à ces médecins, la certification qu'on leur offre et les implications pour la formation médicale et les ressources humaines en santé.⁶⁸⁻⁷² Trois questions clés semblent émerger :

- Quelles sont les compétences requises pour qu'un médecin soit prêt à exercer en milieu rural?⁷³
- Quel type d'occasions d'apprentissage doit être offert; par qui? à tous? et où?^{26,32}
- Comment l'agrément des programmes de formation et la certification doivent-ils s'aligner?

Dans de nombreux pays, la médecine familiale, dont les racines sont fermement ancrées dans le généralisme, est souvent considérée comme « pratique générale ». Dans les définitions de pratique générale utilisées au Canada, au Royaume-Uni et en Australie, des concepts comme la globalité, les soins axés sur la communauté, les soins centrés sur le patient, les soins préventifs, les soins primaires, ainsi que la prestation de soins médicaux complets, globaux et continus aux patients dans son ensemble, sont tous des thèmes courants.⁷⁴⁻⁷⁸

À l'automne 2013, une déclaration de consensus a été formulée pour le terme *généraliste rural* à Cairns (Australie), basée sur la définition de généraliste du *Royal College of General Practitioners*⁷⁸ :

Les généralistes sont des professionnels engagés envers vous en tant que personne. Ils n'ont pas à cesser de vous soigner ou à vous transférer parce que vos problèmes ne correspondent pas à leurs compétences; ils peuvent prendre en charge de nombreuses questions de prévention, de diagnostic et de gestion des problèmes sans référence; et ils reconnaissent leurs limites et les vôtres, tout en orientant leur service à votre façon de voir le monde et à votre personnalité. Un bon généraliste est digne de confiance, thérapeutique dans ses relations, et ses jugements sont sécuritaires pour la personne et pour le système.

Au Canada, le terme *médecine familiale* a été adopté pour distinguer la discipline de médecine générale des autres spécialités médicales et met en évidence le fait qu'elle est « la seule discipline médicale à se définir en termes de relations, plutôt que de système, de technologie ou de technique quelconque. »⁷¹ Le changement de terminologie a été utile, en particulier pour la promotion de programmes de formation en médecine familiale, mais a posé des défis en diffusant les différences plutôt que les similitudes parmi les médecins généralistes.

Aux fins du présent document, le terme *médecin de famille* sera considéré équivalent aux termes *médecin généraliste* et *généraliste rural (omnipraticien)*. Le médecin de famille est un clinicien compétent et une ressource pour la collectivité rurale qu'il dessert; il est engagé à prodiguer des soins centrés sur la relation durant tout le cycle de vie des patients; il prend en charge un éventail de présentations cliniques, dans plusieurs cadres de soins; il possède les capacités requises pour s'acquitter d'interventions et de tâches cliniques et chirurgicales en fonction des besoins de la communauté. La pratique des médecins de famille en milieu rural est décrite comme respectant les principes de la médecine familiale :

- Le médecin de famille est un clinicien compétent dans la prestation de soins complets et globaux, et de procédures cliniques et chirurgicales adaptées aux besoins.
- La médecine familiale est une discipline communautaire qui assure la continuité des soins dans différents contextes
- Le médecin de famille est une ressource pour une population définie
- La relation médecin-patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille

B) La pratique rurale par les médecins de famille

En tant que généralistes, les médecins de famille qui travaillent dans les régions rurales, éloignées et isolées offrent des soins qui correspondent aux besoins de la communauté. Un grand nombre d'entre eux ont acquis des compétences additionnelles et avancées dans les domaines suivants, sans s'y limiter : anesthésie en médecine familiale, chirurgie en médecine générale (y compris en obstétrique chirurgicale), médecine d'urgence, soins palliatifs, psychothérapie, oncologie, et médecine de la dépendance. Traditionnellement, la portée de la pratique des généralistes en milieu rural, y compris les médecins de famille, était beaucoup plus large que celle de leurs collègues urbains. Ainsi, les populations qui vivent en milieu rural peuvent recevoir des soins plus près de leur domicile. Bien que les soins primaires soient souvent liés à la médecine familiale, en réalité, les médecins de famille qui travaillent en milieu rural offrent des soins primaires, secondaires et parfois tertiaires. En tant que généralistes, ces médecins de famille comptent sur une équipe locale de professionnels de la santé, avec qui ils collaborent étroitement.

Une collaboration avec des collègues du Collège royal par téléphone, en personne, par vidéoconférence ou par transfert de patients vers les centres urbains assure que les habitants de ces régions reçoivent des soins de qualité. Le nombre de spécialistes du Collège royal qui exercent dans les collectivités rurales et éloignées étant nettement inférieur à celui des médecins de famille,¹¹ il est crucial pour la prestation de services de santé d'avoir les médecins de famille avec des compétences avancées qui travaillent en équipe et qui ont accès à des collègues spécialistes.

Selon le Sondage national des médecins,⁷⁹ les descriptions de ce que les médecins en milieux urbains et ruraux font dans leur pratique varient. Les médecins de famille ruraux travaillent majoritairement dans des hôpitaux communautaires et des services d'urgence comparativement à leurs homologues en milieu urbain :

La pratique rurale est la pratique médicale en dehors des centres urbains où l'emplacement de la pratique oblige certains médecins généralistes à détenir ou à acquérir des habiletés procédurales et autres qui ne sont pas normalement requises pour la pratique urbaine.

Adopté de Strasser (Mai 1995)⁶²

CARACTÉRISTIQUES DE LA PRATIQUE DE MÉDECINE FAMILIALE RURALE

- 53 % des médecins de famille en milieux ruraux travaillent dans des hôpitaux communautaires, par rapport à 19 % des médecins de famille en milieux urbains
- 49 % des médecins de famille en milieux ruraux travaillent dans des services d'urgence par rapport à 13 % des médecins de famille en milieux urbains
- 34 % des médecins de famille en milieux ruraux travaillent dans des établissements de soins de longue durée par rapport à 13 % des médecins de famille en milieux urbains
- 31 % des médecins de famille en milieux ruraux travaillent dans des centres de santé communautaires par rapport à 12 % des médecins de famille en milieux urbains

Selon une étude menée entre 2003-2004, une préoccupation croissante s'est manifestée entre 1992 et 2001 selon laquelle les médecins de famille offraient moins de soins complets et globaux, que leurs habiletés techniques étaient plus faibles, et qu'ils effectuaient moins de chirurgie et d'obstétrique.^{43,80} Selon l'ICIS, puisque la pratique des médecins de famille en milieux urbains et ruraux diffère, ceux qui y travaillent ont généralement une pratique plus large et offrent une gamme plus large d'interventions cliniques. Cela dit, plusieurs études ont démontré que la globalité de la pratique des médecins de famille au Canada est plus restreinte depuis environ une décennie.⁸¹ Ceci peut refléter la plus faible participation à ces services par les médecins de famille en milieux urbains, alors que dans les régions rurales, ces services sont regroupés dans les centres hospitaliers régionaux plutôt que dans les petites collectivités rurales.

C) Promouvoir une nouvelle approche à la formation – Le Cursus Triple C du CMFC

Pour préparer les médecins de famille à exercer la médecine, le CMFC fournit aux programmes de résidence une orientation leur permettant de structurer la formation et de définir les compétences qu'un médecin de famille doit maîtriser afin d'être prêt à débiter l'exercice professionnelle dans cette discipline. Lancé en 2011, le Cursus Triple C axé sur les compétences (le Cursus

Triple C) tente d'assurer que les diplômés sont prêts à offrir des soins complets et globaux dans toute communauté au Canada.

DOMAINES DE SOINS CLINIQUES EN MÉDECINE DE FAMILLE⁸³

- Soins aux patients dans l'ensemble des cycles de vie
 - Enfants et adolescents; adultes; santé des femmes, y compris les soins de maternité; santé des hommes; soins aux personnes âgées; soins de fin de vie et soins palliatifs
- Soins aux patients dans tous les contextes cliniques (milieux urbains et ruraux)
 - Soins ambulatoires/en cabinet; hôpital et soins de longue durée; services d'urgence et soins à domicile
- Gamme des responsabilités cliniques
 - Prévention des maladies et promotion de la santé, diagnostic et prise en charge des problèmes de santé; prise en charge des maladies chroniques; réadaptation; soins de confort; soins palliatifs
- Soins aux patients mal desservis
 - Y compris, sans s'y limiter, les populations autochtones, les patients atteints de maladie mentale et de toxicomanie; les immigrants
- Habiletés techniques
 - Habiletés techniques et une compétence élevée conformément à la liste des 65 habiletés techniques
([www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/ Procedure%20Skills.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Procedure%20Skills.pdf))

Le Cursus Triple C diffère en ce qu'il exige que les programmes de résidence définissent les compétences attendues des apprenants au moment de l'obtention du diplôme et s'assurent que l'acquisition de ces compétences est évaluée dans le cadre du programme de résidence. L'Examen de certification du CMFC devient un processus d'évaluation qui s'ajoute aux processus d'évaluation effectués dans les programmes de résidence. Cette nouvelle exigence – démontrer l'acquisition des compétences – a créé un meilleur partenariat entre les programmes de résidence en milieu universitaire et les sites d'enseignement clinique où les résidents sont surtout basés. Les superviseurs cliniques affectés aux résidents durant leur résidence ont pour mandat d'aider les résidents à obtenir les expériences d'apprentissage requises et pertinentes pour les préparer à démontrer les compétences attendues. Grâce à un processus d'observations répétées des apprenants dans un contexte clinique, on se fie de plus en plus aux jugements des superviseurs cliniques de la compétence clinique. Leur attestation de compétence, jumelée à des méthodes d'évaluation plus poussées et plus

formelles durant la résidence et l'examen de Certification du CMFC, démontrent si le médecin est prêt à débiter l'exercice de la médecine familiale dans n'importe quelle communauté au Canada.

On se demande si les compétences définies par le CMFC pour évaluer si l'apprenant est « préparé adéquatement à débiter l'exercice professionnel dans la spécialité de médecine familiale » et si les programmes d'études répondent aux besoins des communautés rurales et éloignées. Un élément clé de la formation selon le Cursus Triple C (et un défi) pour les médecins de famille qui se dirigent vers la pratique rurale est l'acquisition des compétences contextuelles dans la pratique rurale qui reconnaissent les différences de connaissances, d'habiletés et d'attitudes nécessaires pour survivre et réussir dans leur pratique là où le soutien de spécialistes est limité et difficile d'accès. Un processus d'évaluation de ces compétences sera essentiel pour déterminer l'efficacité du Cursus Triple C. La méthodologie des programmes d'études repose sur une bonne compréhension des compétences requises des médecins de famille qui offriront des soins pour répondre aux besoins des communautés rurales et éloignées.

D) Compétences rurales et contextes ruraux

COMPÉTENCES DÉFINIES À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE

En examinant comment d'autres pays ont abordé la question de la préparation des médecins de famille pour l'exercice dans les collectivités rurales et éloignées, nous avons porté une attention particulière au *Australian College of Rural and Remote Medicine (ACRRM)*.^{72,75,84,85} Le programme d'études principal de l'ACRRM vise à préparer les apprenants à travailler en tant que médecins généralistes capables d'offrir de façon indépendante des soins sécuritaires, dans la gamme complète et diversifiée de contextes de soins de santé en Australie, en mettant un accent particulier sur les régions rurales et éloignées. La récente édition du cursus décrit les connaissances, habiletés et attitudes évaluables que les médecins généralistes doivent démontrer dans tout un éventail de contextes de soins partout en Australie, et surtout dans les régions rurales et éloignées. Comme le Cursus Triple C, les finalités d'apprentissage ou les compétences attendues fournissent une plateforme pour ce que les programmes doivent faire pour concevoir leur programme d'études et ce que les apprenants doivent faire pour acquérir et démontrer leur compétence. Le programme souligne sept domaines cliniques décrits dans la quatrième édition du programme d'études de l'ACRM. (*ACRRM Primary Curriculum*) :

1. Fournir des soins médicaux en milieu ambulatoire et communautaire
2. Fournir des soins en milieu hospitalier
3. Répondre aux urgences médicales
4. Appliquer une approche centrée sur la santé de la population
5. Répondre aux besoins de groupes diversifiés sur le plan culturel et défavorisés en matière de soins de santé
6. Exercer la médecine dans un cadre éthique, intellectuel et professionnel
7. Pratiquer la médecine en milieu rural et éloigné

Source : acrrm.org.au/misc/curriculum/Default.htm

COMPÉTENCES DÉFINIES AU CANADA

Bien que le Cursus Triple C soit un nouveau modèle de formation en médecine familiale, il demeure ancré dans les quatre principes de la médecine familiale (voir le tableau à la page 17) et s'aligne avec les rôles de CanMEDS/CanMEDS-FM. Comme le programme d'études de l'ACRRM, il est fondé sur les domaines cliniques de la médecine familiale.⁸³ Pour le CMFC, les cinq domaines (voir page 15) sont présentés à titre de référence comme le reflet du travail quotidien d'un médecin de famille : cycle de vie des patients, contextes cliniques où les soins sont dispensés, gamme des responsabilités cliniques, et habiletés techniques. Un élément supplémentaire – les soins aux patients mal desservis – met en lumière notre responsabilité en tant que médecins de famille de prendre soin des plus vulnérables de la société canadienne. Les présentations cliniques particulières en médecine familiale peuvent être classées dans une ou plusieurs catégories dans le cadre des soins complets et globaux. Le travail du médecin de famille peut être défini en fonction des domaines cliniques et d'un cadre clé utilisé dans le Cursus Triple C. Il incombe aux programmes de résidence en médecine familiale d'enseigner les compétences liées à la médecine familiale dans tous ces domaines de compétences cliniques, et au CMFC de conférer la certification basée sur la démonstration de l'acquisition des compétences dans les domaines. Bien que ces domaines puissent être structurés différemment, leur portée est similaire à celle de l'ACRRM, sauf que celui-ci crée des domaines distincts liés à des contextes ruraux et éloignés, alors que le CMFC

RELATION ENTRE LES QUATRE PRINCIPES DE LA MÉDECINE FAMILIALE ET LES RÔLES CANMEDS-MÉDECINE FAMILIALE

Quatre principes de la médecine familiale (Concepts de base)	Rôles CanMEDS-MF (Compétences attendues)
La relation médecin/ patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille	2. Communicateur 3. Collaborateur 7. Professionnel
Le médecin de famille est un clinicien compétent	1. Expert en médecine familiale 2. Communicateur 6. Érudit
La médecine familiale est une discipline communautaire	3. Collaborateur 4. Gestionnaire 5. Promoteur de la santé
Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients	3. Collaborateur 4. Gestionnaire 5. Promoteur de la santé 6. Érudit

Le Collège des médecins de famille du Canada. Les Quatre principes de la médecine familiale, Site Web du Collège des médecins de famille du Canada. 2003. www.cfpc.ca/Les_quatre_principes/.
Date de consultation : Le 28 juillet 2015.

l'inclut dans une catégorie de contextes cliniques dans lesquels les médecins de famille exercent. Le CMFC reconnaît également que la prestation de soins complets et globaux dans le contexte clinique rural et éloigné où les ressources spécialisées sont limitées nécessite le développement de compétences adaptées au contexte rural. Soulignons qu'on a élaboré un cadre curriculaire pour les programmes de formation prédoctorale sur les compétences de base pour la prestation de soins aux Premières nations, Inuits et Métis.⁴¹

Le CMFC a répondu au besoin pour des compétences cliniques avancées en élaborant des programmes de 3^e année de catégorie 1, comme l'anesthésie en pratique générale et la médecine d'urgence en médecine familiale. Au départ, ces programmes avaient été mis au point pour répondre aux besoins des médecins qui souhaitaient exercer dans les collectivités rurales et voulaient plus d'expérience et d'exposition. Les résidents ont l'option de poursuivre leur formation en chirurgie générale afin de pratiquer dans les collectivités rurales. Des programmes de catégorie 2 ont également été élaborés et mis en œuvre dans certains domaines comme par exemple celui de la santé des populations autochtones. Les résidents peuvent aussi développer leurs propres programmes d'apprentissage avancé pour satisfaire des intérêts particuliers ou pour améliorer leurs

compétences et leur confiance (ex. obstétrique, santé des femmes, médecine du sport). Le nombre d'apprenants en médecine familiale qui suivent une troisième année de formation a considérablement augmenté (passant de 85 en 1996-1997 à 242 en 2010-2011)⁴⁸. Il est intéressant de noter que selon des données récentes du CAPER, un plus grand nombre de résidents urbains que ruraux ont demandé l'admission aux programmes de formation de troisième année, y compris en médecine d'urgence.⁴⁸

Dans son examen approfondi sur une période de 15 ans mené en 2012⁴⁸, Pong a remarqué que le nombre d'apprenants en première année de résidence en médecine de famille était passé de 670 en 1996-1997 à 1 145 en 2010-2011, soit une augmentation d'un peu plus de 70 pour cent. Le nombre d'apprenants en dernière année de médecine familiale, ce qui se rapproche du nombre de médecins de famille qui commencent la pratique, est passé de 730 en 1996 à 937 en 2010, soit une augmentation de 28,4 pour cent sur une période de 15 ans. Une part importante de cette hausse est attribuable à l'expansion des programmes de résidence, mis en œuvre pour répondre au manque d'accès aux médecins de famille dans les communautés rurales. Une étude menée en 2002 a indiqué que douze programmes de résidence en médecine familiale au Canada offraient des volets consacrés à la médecine rurale, et les postes en milieu rural représentaient 20 pour cent du total des places de résidence en médecine familiale offertes aux diplômés des facultés de médecine.⁸⁶

E) Former les médecins de famille pour les communautés rurales et éloignées : le pipeline de l'éducation rurale

Le « pipeline de l'éducation rurale » a été présenté comme un modèle pouvant permettre de concevoir l'éducation médicale afin de mettre en valeur auprès des médecins¹⁴ le travail dans les communautés rurales. Le modèle décrit une façon de sélectionner, soutenir, éduquer et former des médecins pour la pratique rurale.⁸⁷ Il est basé sur une approche longitudinale qui commence avant même qu'un étudiant entre dans une faculté de médecine et continue à fournir une exposition à la pratique rurale durant les études en médecine et la résidence, suivi d'un soutien après le début de la pratique.⁸⁸

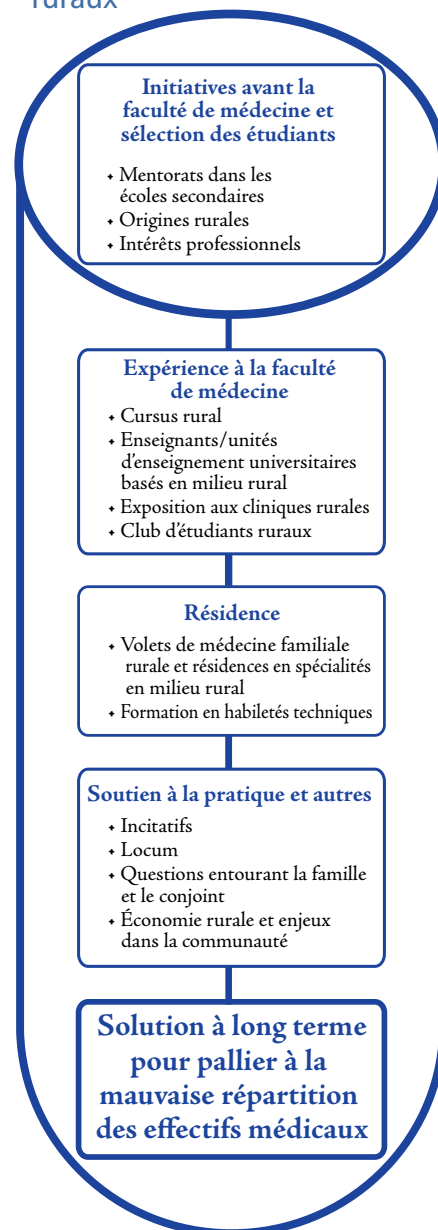
La Figure 1, **Modèle du pipeline pour la formation de médecins ruraux**, présente une adaptation qui illustre les éléments intégrés dans le pipeline à être examinés par les éducateurs médicaux. L'approche est basée sur les données probantes indiquant que les étudiants issus de milieux ruraux sont plus susceptibles que les étudiants issus des milieux urbains de pratiquer dans une communauté rurale et qu'une plus grande exposition aux milieux ruraux durant la formation médicale améliore davantage la probabilité de pratiquer dans ce contexte une fois que ces apprenants auront reçu leur diplôme. Pour que le « pipeline de pratique » réussisse, tous les éléments doivent fonctionner, voire bien fonctionner, ensemble.⁵⁹

Basé sur son étude, Pong a identifié quatre facteurs liés à la décision d'un médecin de pratiquer dans les collectivités rurales et éloignées :

1. Originaire de milieux ruraux
2. Exposition positive au milieu rural pendant les études prédoctorales
3. Exposition postdoctorale ciblée en dehors des centres urbains
4. Intention ou préférence déclarée pour les soins primaires en pratique générale ou familiale rurale^{14,89}

Ces facteurs, associés à l'approche du pipeline pour la conception de l'enseignement de la médecine afin d'accroître le nombre de médecins exerçant dans les collectivités rurales et éloignées peuvent être considérés comme un point de départ, avant même le début des études en médecine et après la résidence, lorsqu'est élaborée une stratégie globale et coordonnée pour l'éducation en milieu rural. Le recrutement et la rétention des médecins de famille en milieu rural sont des questions complexes et multifactorielles; comprendre le rôle de l'éducation médicale dans la formation de médecins ruraux est importante dans la planification des ressources humaines en santé au Canada.^{65,89}

Figure 1. Modèle du pipeline pour la formation de médecins ruraux



Réimprimé avec la permission de l'Unité de recherche du Nord en ressources humaines dans le domaine de la santé, Université Laurentienne¹⁴

Le tableau ci-dessous décrit les objectifs escomptés de la mise en œuvre de chacun des critères puisque l'objectif global est d'accroître le nombre de médecins de famille qui pratiquent dans les collectivités rurales. La dernière colonne résume ce qui sera présenté en plus de détails dans les sections suivantes, qui traiteront de chacun des critères afin de découvrir la situation réelle au Canada à l'heure actuelle.

CRITÈRES DE PONG	MISE EN ŒUVRE	RÉALITÉ
1. Originaire d'un milieu rural	Administration de programmes ruraux précoces pour l'éducation en milieu rural	Section 1 : Choisir une carrière en médecine
2. Exposition positive au milieu rural aux études prédoctorales	Externats intégrés pour une exposition favorable au milieu rural lors des études prédoctorales	Section 2 : Exposition à la médecine rurale dans les facultés de médecine
3. Exposition postdoctorale ciblée en dehors des centres urbains	La médecine familiale dans des sites d'enseignement clinique ruraux - Exposition ciblée en dehors des centres urbains lors des études prédoctorales	Section 3 : Formation postdoctorale en milieu rural
4. Intention ou préférence déclarée pour les soins primaires en pratique générale ou familiale rurale	Mesures de soutien : <ul style="list-style-type: none"> • à dans la pratique rurale • au corps professoral dans les régions rurales • à l'administration /l'infrastructure dans les régions rurales 	Section 4 : Choisir la médecine familiale Section 5 : Soutenir l'approche du pipeline pour former les médecins ruraux Section 6 : Leviers politiques et soutiens à la formation des médecins de famille en milieu rural
Objectif : Augmenter le nombre de médecins de famille qui exercent en régions rurales et éloignées		

5,0 Le pipeline de l'éducation rurale

A) Section un : Choisir une carrière en médecine

ÉTUDIANTS ORIGINAIRES DE MILIEUX RURAUX ET LE RÔLE DES MESURES INCITATIVES

Les étudiants d'origine rurale qui s'intéressent à la médecine rurale ou à la médecine familiale sont plus susceptibles que les autres étudiants à pratiquer en milieu rural après l'obtention de leur diplôme.¹⁴ C'est ce lien qui a incité de nombreuses facultés de médecine à renforcer les critères d'admission afin de soutenir les étudiants en médecine issus de milieux ruraux dans l'espoir de les encourager à pratiquer dans les collectivités rurales. À l'École de médecine du Nord de l'Ontario, par exemple, plus de 92 pour cent des étudiants en médecine ont grandi dans le Nord de l'Ontario, les 8 % restants proviennent de régions rurales et éloignées du reste du Canada. Plus de 70 pour cent des résidents de cette même faculté demeurent dans une communauté rurale.⁹⁰ La trajectoire des étudiants à partir d'un point précoce de leur scolarisation, lorsqu'ils pourraient manifester de l'intérêt pour une carrière en médecine, jusqu'à les encourager à entrer à la faculté de médecine est cruciale pour le recrutement.⁶⁵ Des activités comme les programmes de mentorat, l'observation d'expériences rurales qui aident les étudiants à se préparer aux examens de la faculté de médecine, l'encouragement local à l'école secondaire et les programmes d'aide financière et de bourses d'études sont des moyens d'attirer d'éventuelles recrues vers la médecine en milieu rural.

En 2002, par l'entremise d'un conseil consultatif du gouvernement fédéral, un rapport a été publié, recommandant des démarches à suivre pour appuyer la formation et le recrutement des étudiants ruraux par la promotion d'un plan longitudinal d'effectifs médicaux en milieu rural. Parmi les démarches suggérées, l'amélioration des opportunités dans les écoles secondaires en augmentant les programmes d'apprentissage ruraux axés sur la communauté et l'élaboration de programmes d'études en santé rurale et en santé des populations autochtones ont été inclus pour considération.⁵

B) Section deux : Exposition à la médecine rurale dans les facultés de médecine

On a réalisé que la pratique rurale est non seulement différente de la pratique urbaine, mais qu'elle s'en éloigne de plus en plus. Il est clair que le modèle traditionnel de l'éducation médicale, où la plupart des étudiants proviennent des grandes villes et reçoivent presque la totalité de leur formation dans les communautés et les hôpitaux de soins tertiaires des grands centres urbains, ne représentent pas le contexte requis pour acquérir les connaissances et les habiletés exigées d'une pratique rurale efficace.³² Les médecins qui ont grandi en région rurale s'intéressent davantage à la médecine rurale avant d'entrer à la faculté de médecine que les médecins qui proviennent des centres urbains. Cet intérêt augmente au fur et à mesure que la formation progresse, surtout chez les médecins issus de milieux urbains exposés à des contextes ruraux.⁹¹ La faculté de médecine rurale et la formation postdoctorale offrent d'importantes possibilités d'attirer les médecins provenant de centres urbains vers la pratique rurale. Même si les politiques qui donnent aux étudiants d'origine rurale un accès privilégié à la formation médicale en milieu rural ont du mérite, des programmes de formation ne devraient pas oublier que les étudiants issus de milieux urbains seront une source importante de médecins ruraux.^{91,92}

L'approche de l'éducation médicale au niveau prédoctoral est une première occasion cruciale dans l'approche du pipeline (*The Pipeline Model of Rural Physician Production*), pour renforcer l'intérêt à l'égard de la pratique rurale. Basé uniquement sur des études comparatives, il a été difficile d'évaluer l'efficacité des programmes prédoctoraux par rapport aux programmes de résidence pour influencer le choix de l'emplacement de pratique subséquent de leurs participants. De par la durée de son exposition, de ses méthodes et de ses objectifs d'apprentissage, l'éducation médicale rurale varie d'un programme à l'autre. La plupart des écrits sont de nature descriptive et offrent peu d'études comparatives. Toutefois, des preuves existent, basées surtout sur des opinions éclairées et des études descriptives, qu'une exposition plus longue au milieu rural tant au prédoctoral qu'au postdoctoral contribue à encourager plus de médecins à choisir la pratique en milieu rural.^{14,65,91,92}

L'étude menée dans le cadre de la rédaction du présent document n'a pas réuni les descriptions de cursus des dix-sept facultés de médecine. En général, toutes les facultés de médecine ont adopté l'apprentissage rural comme composante importante; la plupart offre des occasions de formation de base plus courtes en médecine rurale pour les étudiants en médecine, en encourageant

les options de stages facultatifs plus longs ou plus d'options de stage en milieu rural. Sur son site Internet, la SMRC dirige les étudiants en médecine vers les occasions d'apprentissage dans les régions rurales et éloignées du Canada.⁹³ La situation évolue dans de nombreuses facultés de médecine partout au Canada. Certaines, comme l'Université de l'Alberta et l'Université de Calgary, adoptent plus d'approches de formation longitudinale avec une exposition à la pratique rurale dès la première année de médecine et tout au long des études médicales. Le niveau de dialogue entre les facultés de médecine, où les doyens associés ou les détenteurs de postes de direction désignés se rencontrent pour partager leurs expériences, est encourageant.⁹⁴

L'approche longitudinale pour exposer les apprenants à la pratique rurale est possible grâce au mouvement de plus en plus présent dans la formation médicale prédoctorale vers l'éducation médicale délocalisée. L'éducation médicale délocalisée est conçue pour fournir plus d'enseignement et d'apprentissage dans des milieux de travail à l'extérieur des centres hospitaliers de soins tertiaires situés en milieux urbains.¹³ L'éducation médicale délocalisée tente d'aborder les problèmes liés à la pénurie et à la mauvaise répartition de médecins dans les régions rurales et éloignées¹³ en améliorant l'exposition des étudiants à des environnements d'apprentissage authentiques au sein de la communauté. Les universités canadiennes ont appuyé les campus délocalisés afin d'offrir de meilleures expériences aux étudiants en médecine et aux résidents dans toutes les spécialités. L'Université de la Colombie-Britannique a créé le premier modèle de campus entièrement délocalisé en Amérique du Nord au début des années 2000.* Une « tendance mondiale vers la formation délocalisée se dessine » grâce à des programmes comme WWAMI de l'Université Washington¹³ et le cursus de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, qui utilise ce mode de formation comme concept principal pour la prestation de la formation à leurs étudiants en médecine.⁹⁵

Avec l'émergence des campus délocalisés, de nombreuses facultés de médecine ont été en mesure d'offrir plus de stages longitudinaux intégrés au sein de communautés rurales où les apprenants passent plus de temps à acquérir une continuité d'expériences d'apprentissage dans un cadre communautaire précis tout au long de leur stage. La plupart, comme les projets pilotes de l'UBC,⁹⁶ fournissent aux apprenants la possibilité de s'installer dans de petites collectivités pour vivre et apprendre à prodiguer des soins surtout avec des modèles de rôles de praticiens en médecine familiale.⁹⁷ La plus récente étude BEME (*Best Evidence Medical Education*) sur les stages longitudinaux en médecine familiale dans des milieux communautaires et hospitaliers indiquent que la plupart ont lieu dans des collectivités rurales. Compte tenu des variations, la plupart pointe vers des expériences longitudinales en relation au même emplacement, à la même base de patients, et à la même supervision. L'efficacité des stages longitudinaux doit encore être établie par rapport à la longueur optimale de la durée et du moment, dans le cadre du cursus de la faculté de médecine.⁹⁷ L'École de médecine du Nord de l'Ontario, avec son utilisation du modèle délocalisé et de modèles de stages longitudinaux intégrés, a révélé que les étudiants obtiennent systématiquement de meilleures notes aux examens d'obtention de permis, que les étudiants en médecine à travers le pays.⁵⁶ Ceci augure bien pour ce type de modèle d'apprentissage, qui s'oppose à l'idée que l'apprentissage dans les centres hospitaliers urbains et de soins tertiaires est supérieur à l'apprentissage dans les pratiques rurales basées dans la communauté.

* Correspondance avec Dr David Snadden, premier doyen en éducation, Université de la Colombie-Britannique, Faculté de médecine.

C) Section trois : Formation postdoctorale rurale

Au Canada, la formation médicale postdoctorale est majoritairement dispensée dans les grands centres de santé universitaires et les centres hospitaliers de soins tertiaires.⁹⁸ Le concept de l'apprentissage diversifié ou de l'apprentissage contextuel va au-delà du paradigme de la formation délocalisée, car en plus de l'emplacement physique de la formation, il aborde le contexte d'ensemble et les modèles d'apprentissage. L'apprentissage diversifié englobe la notion que le choix de sites de formation et de modèles pédagogiques de tous les programmes de résidence doit être basé sur la pertinence pour permettre aux résidents d'acquérir les compétences nécessaires pour exercer la médecine. Au fil des ans, on s'est efforcé d'accroître l'exposition aux milieux ruraux durant la résidence en médecine familiale. Dans la mesure où il existe un lien entre le lieu de formation et la future pratique, l'exposition accrue aux milieux ruraux aide à pallier aux pénuries de médecins en milieux ruraux.⁹⁹ Il faudra des efforts considérables pour accroître et soutenir la formation des résidents en milieu rural, notamment pour déterminer la meilleure façon d'inclure l'éducation en milieu rural dans l'approche du pipeline à l'éducation médicale rurale.

LE RÔLE DU CMFC DANS LES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE

Les programmes de résidence en médecine familiale universitaires, qui ont tous des sites d'enseignement clinique répartis dans différentes communautés au Canada, sont agréés par le CMFC. Ces programmes doivent démontrer que les expériences d'apprentissage qu'ils offrent aux résidents les prépareront à offrir des soins complets et globaux dans toute communauté au Canada.

Avant 2013, les normes d'agrément du CMFC stipulaient un minimum de huit semaines d'expérience clinique dans une communauté rurale. On supposait que par l'immersion d'un apprenant dans un contexte spécifique pendant une période donnée, la compétence serait acquise. Avec l'adoption du Cursus Triple C axé le développement des compétences, on se tourne plus particulièrement vers les planificateurs de programmes qui doivent s'assurer d'offrir des expériences d'apprentissage qui permettront aux apprenants d'acquérir et de démontrer les compétences requises sans exigence quant à la durée. L'abandon des durées minimales dans les communautés rurales a été à la fois libérateur et préoccupant pour les directeurs de programmes : libérateur de sorte que les directeurs de programme peuvent être plus novateurs sans être limités par une exigence de temps, mais préoccupant, car d'autres, comme les bailleurs de fonds, peuvent faussement interpréter le manque de temps précis passé dans une communauté rurale comme un manque de priorité, ce qui pourrait avoir des répercussions négatives sur les décisions liées aux programmes de financement. Même s'il est encore tôt dans sa mise en œuvre, le Cursus Triple C est mieux adapté à fournir un apprentissage contextuellement pertinent qui permet aux résidents d'acquérir des compétences dans l'exercice de la médecine familiale et d'offrir des soins complets et globaux.

Le CMFC n'a pas défini de normes pour le programme national de formation en milieu rural ni pour l'acquisition de compétences avancées en médecine familiale rurale, contrairement à l'ACRRM et au *Royal College of Physicians of Australia*. Pour la formation des compétences avancées, le CMFC agrée des programmes de catégorie 1 en anesthésie de pratique générale et en médecine d'urgence, fournissant ainsi des attestations de fin de formation aux apprenants qui complètent le programme de compétences avancées en anesthésie de pratique générale et la certification à ceux qui réussissent l'examen de compétence spéciale en médecine d'urgence. Lorsque les apprenants souhaitent une formation additionnelle pour les aider à se préparer à la pratique dans les collectivités rurales après leur programme de formation de deux ans, ils ont la possibilité de se prévaloir d'opportunités d'apprentissage avancé pendant des périodes variables dans le cadre d'une 3^e année d'études offertes dans chaque programme de résidence. Le programme d'anesthésie en pratique générale conjointement appuyé par la Section des Communautés de pratique en médecine familiale (CPMF) du CMFC, la SRMC et la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) finalise actuellement les compétences requises pour transformer son programme en un programme davantage axé sur les compétences et centré sur le Cursus Triple C. La chirurgie générale pour les médecins de famille en tant que compétence avancée fait actuellement l'objet

Le CMFC donne des directives et définit les normes des programmes de résidence pour former des médecins de famille prêts à exercer dans la discipline de médecine familiale dans toutes les collectivités au Canada. Il est aussi l'organisme de certification qui fournit l'attestation des compétences en médecine familiale aux diplômés de la discipline.

d'études. Un fort intérêt pour les soins de maternité et les habiletés obstétricales requises pour les médecins dans les communautés rurales et éloignées a également été signalé.

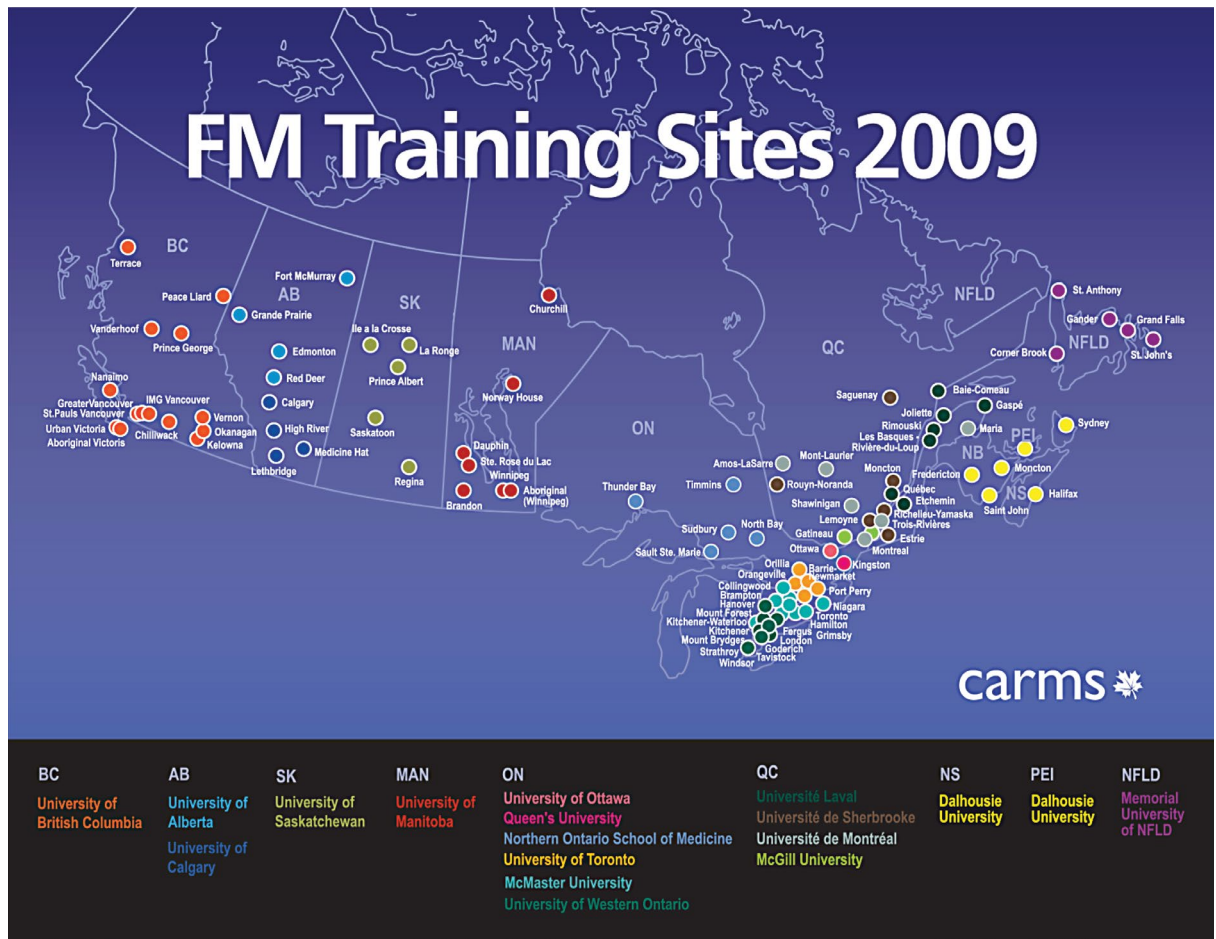
NOMBRE DE POSTES ET DE SITES DE FORMATION EN MILIEU RURAL

Aujourd'hui, les dix-sept universités offrent des programmes de formation en médecine de famille basés à l'extérieur des grandes villes ou des centres d'enseignement universitaire, dont certains seulement sont auto-désignés comme rural. Depuis la fin des années 1990, la capacité d'offrir une formation médicale en milieu rural aux médecins de famille a fortement évolué au Canada. Alors que les gouvernements ont été contraints d'augmenter l'accès aux médecins de famille dans les communautés rurales et éloignées, les programmes de résidence en médecine de famille ont reçu un financement accru pour augmenter le nombre de postes de formation offerts dans ces sites. Pour la plupart, l'expansion a eu lieu à l'extérieur des principaux campus universitaires urbains : un pourcentage élevé des postes est situé dans les collectivités rurales. Le nombre de sites de formation dans les collectivités rurales est passé de 25 en 1998 à 86 en 2008 (voir les figures 2a et 2b). Le nombre de postes en médecine familiale rurale a quadruplé, passant de 36 en 1989 à 144 en 2003. Une recherche des descriptions de programmes menée manuellement dans les sites Web et utilisant la définition de *rural* présentée à la page 9 a repéré environ 365 postes après dix ans.

Figure 2a. Changements dans les sites d'enseignement de la médecine familiale



Figure 2b. Sites d'enseignement de la médecine familiale



La formation délocalisée et ses campus ont permis de créer des milieux de formation en médecine familiale qui offrent la formation dans des collectivités rurales plus dispersées afin de réduire la mauvaise répartition des médecins et d'augmenter le nombre de médecins de famille dans les régions rurales du pays.¹⁰⁰ Le nombre de programmes de médecine familiale en milieu rural a atteint dix-sept, selon CaRMS et le nombre de sites d'enseignement clinique affiliés à des facultés de médecine a dépassé 873 selon CAPER.¹⁰¹ Avec 1 395 postes de 1^{re} année en médecine familiale en 2013, 32 pour cent (n = 446, DIM/DCM et militaire) semblent être des postes à concentration rurale. De ces postes, 85 pour cent (n = 381) ont été pourvus au premier tour de jumelage, dont 6 pour cent par des diplômés internationaux (DIM). Compte tenu de l'absence de définition commune de *formation rurale* dans les programmes de résidence universitaires et du manque de critères uniformes dans les descriptions de CaRMS pour les volets de formation en médecine rurale, il est difficile d'obtenir des chiffres précis sur les résidents en stage dans les collectivités rurales ou les résidences à orientation rurale. Ce que l'on peut dire toutefois, c'est que le nombre de sites de formation rurale a considérablement augmenté au fil des ans.

Volet de résidence en médecine familiale en milieu rural :

- 1 395 postes de 1^{re} année en médecine familiale
- 446 postes de résidence en médecine familiale avec une orientation/un volet rural – 32 % des postes en MF ont une orientation rurale (environ)
- 75 sites des programmes axés sur les soins primaires avec jumelage direct dans CaRMS (auto-définis)
- 160 sites d'enseignement clinique en milieu rural

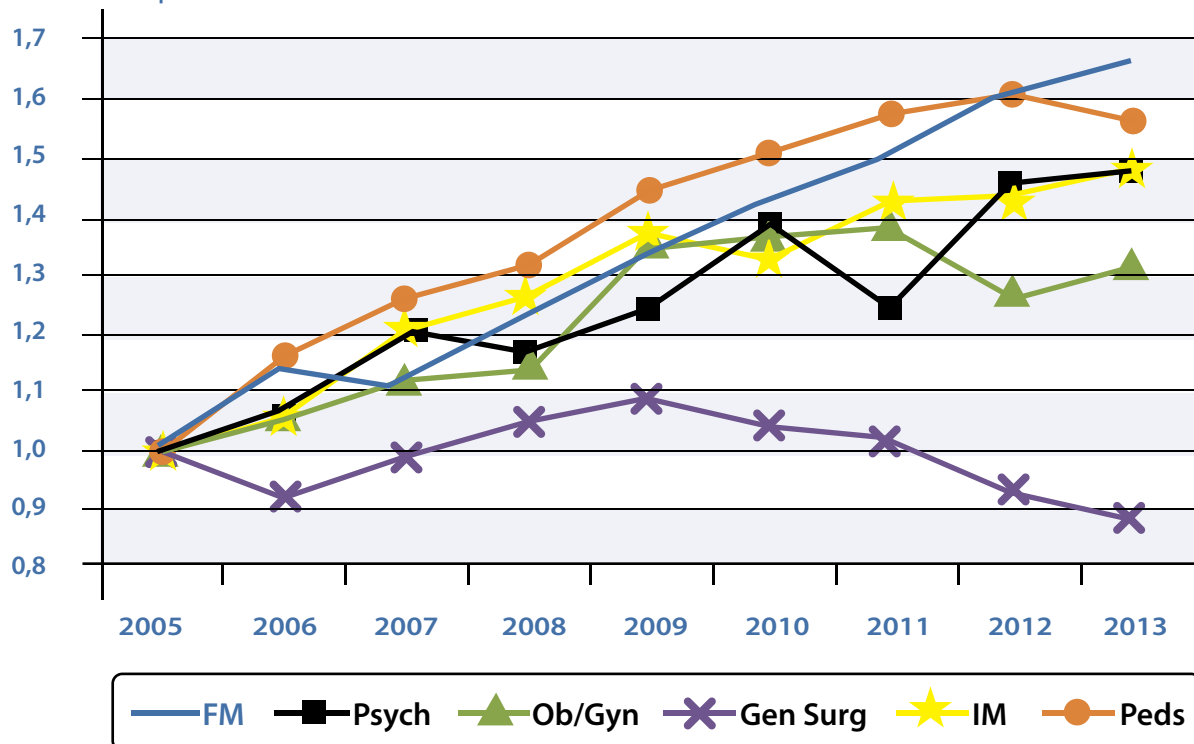
(Source : CaRMS, 2013)

Dans une étude interne menée par le CMFC en 2013 sur les sites Web de sites d'enseignement clinique individuels et selon un sondage auprès des programmes de résidence en médecine familiale, 873 sites de formation clinique ont été identifiés. De ceux-ci, environ 160 sites ruraux ont été reconnus comme offrant une exposition longitudinale rurale importante qui aurait ou non pu être identifiée comme un programme exigeant un processus d'application directe par l'intermédiaire de CaRMS. Ceci signifie que les apprenants peuvent ainsi être jumelés à des programmes de résidence universitaires, puis ensuite être placés dans des sites d'enseignement clinique en milieu rural pour la majeure partie de leur formation. Des analyses plus poussées ont indiqué que 75 sites d'enseignement clinique se sont eux-mêmes identifiés comme ayant une orientation rurale ou surtout offerts dans une communauté rurale; l'admission à ces sites étant effectuée par l'intermédiaire du processus CaRMS. Selon les données de CAPER et CaRMS, il y aurait environ 111 sites d'enseignement clinique en médecine familiale rurale en sus des 75 programmes de résidence.

D) Section quatre : Choisir la médecine familiale

Depuis les années 1990, les gouvernements ont instauré des initiatives pour maintenir la proportion de postes de résidence en médecine familiale à 40 pour cent et des autres spécialités à 60 pour cent.¹⁰⁰ Selon CREPUQ*, au cours des dernières années, la médecine familiale représentait 51,6 pour cent des postes dans les programmes de formation en résidence du Québec.† L'intérêt pour la médecine familiale a progressé considérablement au cours des vingt dernières années. Selon CAPER, l'inscription aux programmes de résidence en médecine familiale est passée de 820 diplômés en 2005 à 1 600 pour l'année universitaire 2013-2014 (Figure 3). Selon CaRMS,¹⁰² l'intérêt pour la médecine familiale a fait augmenter de 1 000 fois les demandes d'admission en médecine familiale (Figure 4). Entre 1994 et 2013, on a noté une tendance à la hausse du nombre de

Figure 3.
Changement indexé dans l'inscription en 1^{re} année de résidence en médecine, certaines spécialités entre 2005-2006 et 2013-2014.



Source : Recensement CAPER. Nota : Comprend les stagiaires financés par les ministères T/P seulement. Exclut les boursiers.

* Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec

† Communication avec le responsable des stages en médecine rurale, Département de médecine de famille, Université de Montréal. Le 26 avril 2015.

résidents qui choisissaient la médecine familiale comme premier choix de spécialisation; 37 pour cent des candidats ont sélectionné la médecine familiale comme premier choix en 2013, ce qui représentait un sommet historique au Canada (Figure 5). Selon CaRMS, 92 pour cent de tous les postes en médecine familiale ont été pourvus au premier tour du jumelage 2013. L'un des objectifs stratégiques du CMFC est que 40 pour cent de tous les étudiants en médecine fassent de la résidence en médecine familiale leur premier choix d'ici 2017.

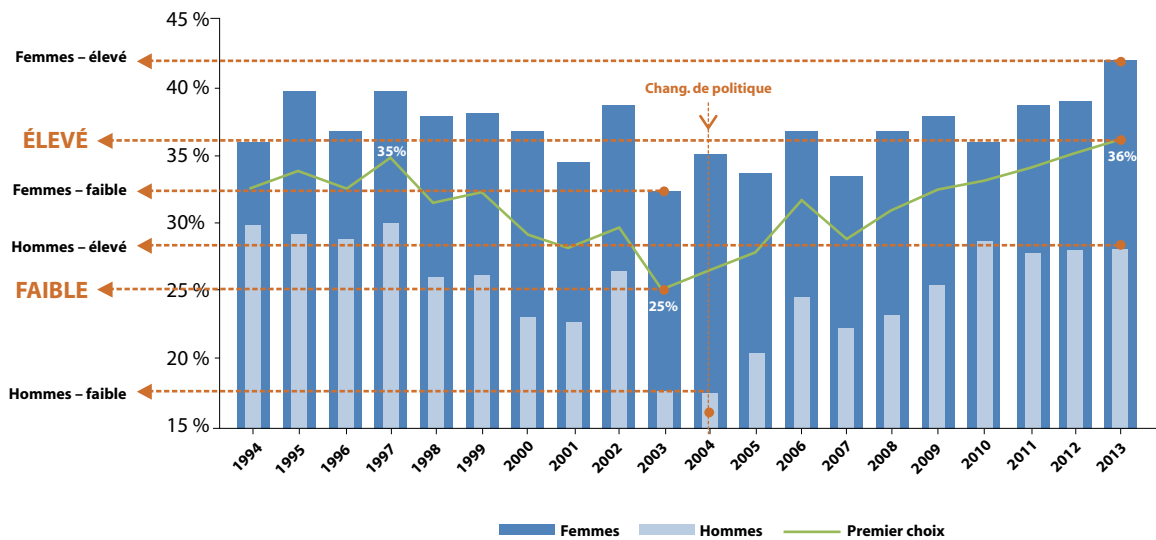
Selon les constats de CAPER, la médecine familiale est l'une des spécialités qui a enregistré une augmentation progressive des inscriptions sur une période de cinq ans,

Figure 4.
Suivi de l'expansion de la médecine familiale 2001-2013

	2001	2013	
Quota offert	469	1 424	➔ Expansion de 303 %
Nombre de programmes	29	87*	➔ Expansion de 300 %
Nombre de demandes	5 093	49 008	➔ Expansion de 1 159 %
Pourcentage de postes comblés	79 %	92 %†	

* Ne comprend pas les 38 programmes du volet DIM ou les 33 volets militaires
† Après la deuxième itération, 97 % des postes comblés en 2013

Figure 5.
Choix de la médecine familiale, de 1994 à 2013



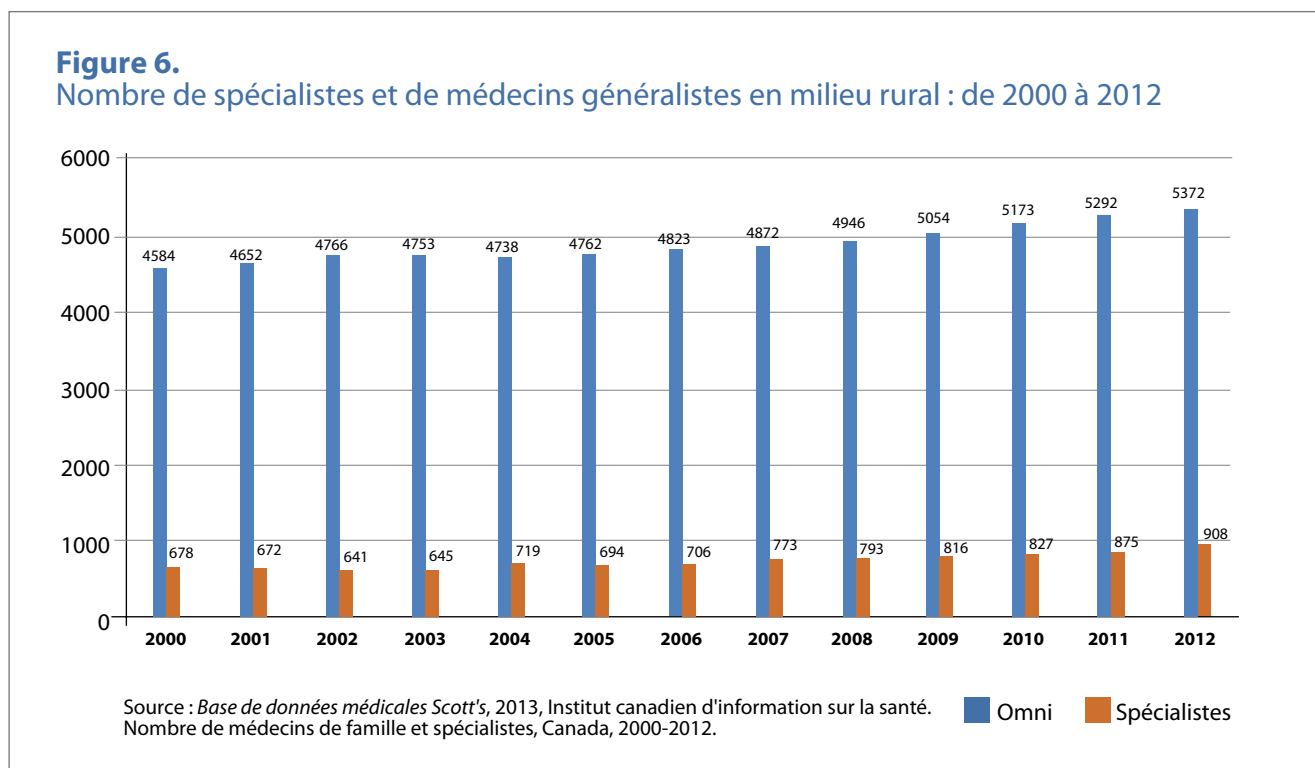
(2005 à 2010). Comme l'indique la Figure 4, le quota de postes de résidence en médecine familiale et le nombre de programmes de médecine familiale ont augmenté de 300 pour cent de 2001 à 2013. Une hausse significative des demandes d'admission en médecine de famille a aussi été notée. Pour tenter de comprendre ce qui aurait pu provoquer l'intérêt accru pour la médecine familiale, la Figure 5 présente un changement de politique en 2004, où un nombre d'initiatives ont été lancées simultanément par les gouvernements et les établissements d'enseignement à travers le Canada pour appuyer l'éducation et la formation en médecine familiale. Celles-ci comprennent l'accroissement du mentorat, le remaniement des cursus en médecine familiale, et la création de mesures incitatives financières pour les résidents et les enseignants.¹⁰⁰ Même si elle n'est pas causale, la relation entre l'intérêt accru et le changement de politique semble avoir une certaine corrélation positive.

DIPLÔMÉS CANADIENS EN MÉDECINE (DCM) QUI EXERCENT EN MILIEU RURAL COMPARÉS AUX DIPLÔMÉS INTERNATIONAUX EN MÉDECINE (DIM)

Au sein des effectifs médicaux existants, l'objectif d'une augmentation du nombre de stagiaires en médecine familiale doit être considéré par rapport au bassin national de postes en médecine familiale et au nombre total de médecins de famille disponibles pour prodiguer les soins. Les diplômés internationaux en médecine (DIM) ont joué un rôle de taille dans les régions rurales du Canada pour relever les défis du recrutement et de la rétention.¹⁰³ Toutefois, certaines provinces imposent des restrictions sur leurs pratiques en limitant la portée de ce qu'ils peuvent faire pour les populations desservies.¹⁰⁴

Au cours de la dernière décennie, on a enregistré une augmentation constante du nombre de diplômés en médecine familiale pratiquant dans les communautés rurales. Selon l'ICIS et la base de données médicales Scott's*, les figures ci-après illustrent la répartition des effectifs des médecins de famille qui travaillent dans les milieux urbains et ruraux du Canada, ainsi que les DCM et les DIM sur une période de 13 ans.¹²

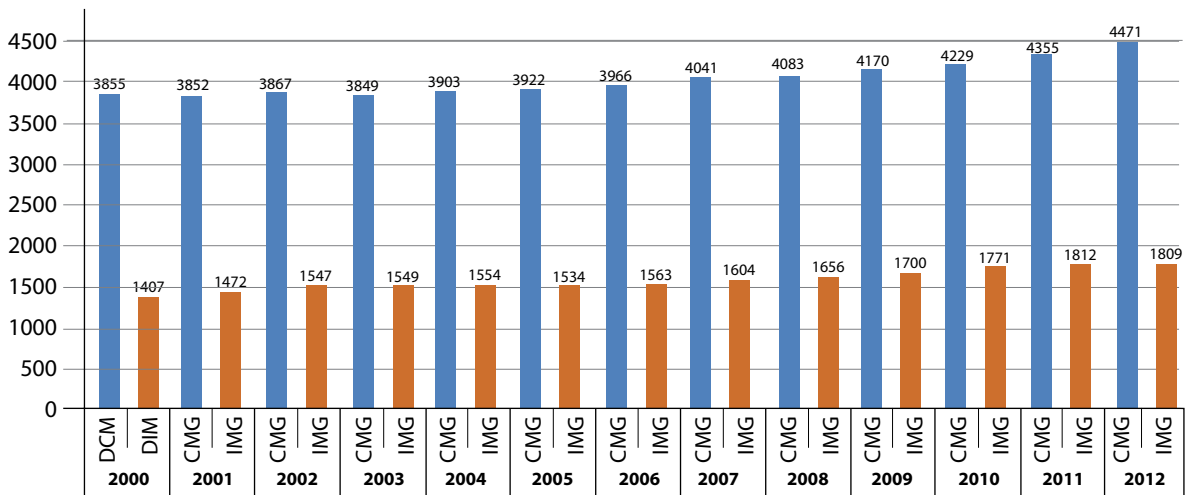
Comme le montre la Figure 6, le nombre de médecins généralistes exerçant dans les collectivités rurales est passé de 4 584 à 5 372 entre 2000 et 2012, tandis que le nombre de spécialistes est passé de 678 à 908 durant la même période.



* À la demande du CMFC en novembre 2013, l'ICIS a fourni des données spécifiques (tableaux 6 à 9) sur les effectifs de médecins de famille au Canada en milieu urbain et rural ainsi que les DCM et les DIM sur une période de 13 ans. Ces données ne sont pas publiées.

Figure 7.

Nombre de DCM et de DIM, qui pratiquent en milieu rural : 2000 à 2012



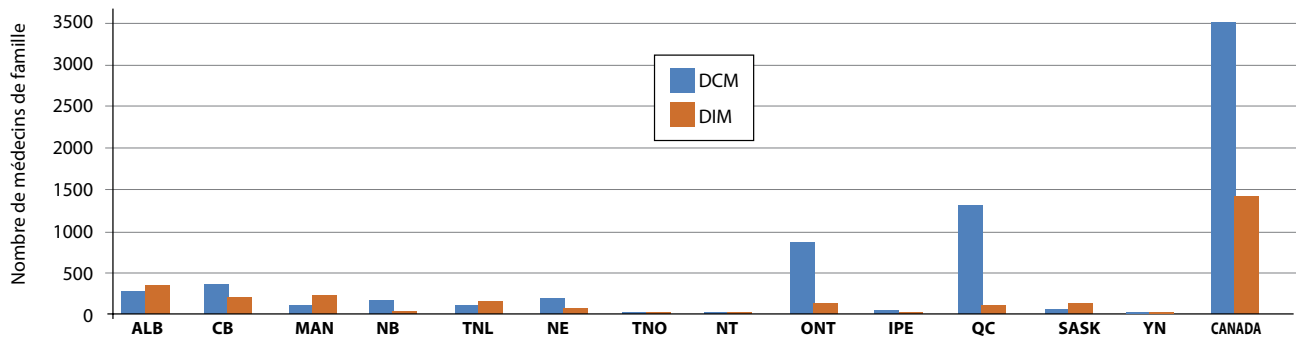
Source : Base de données médicales Scott's, 2013, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
Nombre de diplômés canadiens et internationaux en médecine, Canada, 2000 à 2013.

Selon la Figure 7, le nombre de DCM est passé de 3 855 en 2000 à 4 471 en 2012. Par comparaison, le nombre de DIM est passé de 1 407 à 1 809 durant la même période.

La majorité des 14 pour cent de médecins de famille qui exercent en milieu rural sont soit des diplômés en médecine formés au Canada (DCM), soit des diplômés internationaux en médecine (DIM). Certaines régions se fient traditionnellement sur le recrutement de DIM pour répondre aux besoins de leur population.¹⁰³ Entre 2000 et 2011, une plus grande proportion de DIM pratiquait dans les régions rurales que de médecins formés dans les facultés de médecine canadiennes.¹⁰⁵ Par contre, les DIM étaient moins susceptibles de rester dans les régions rurales,¹⁰⁶ comparativement aux DCM.¹⁰⁰ En date de 2011, deux tiers de tous les médecins de famille qui exerçaient en milieu rural étaient diplômés de facultés de médecine canadiennes.¹⁰⁵ Bien que les effectifs augmentent et indiquent une croissance du nombre de DCM, on reconnaît que dans la plupart des régions rurales et éloignées du Canada, le nombre proportionnel de DIM est supérieur aux DCM.¹⁰³

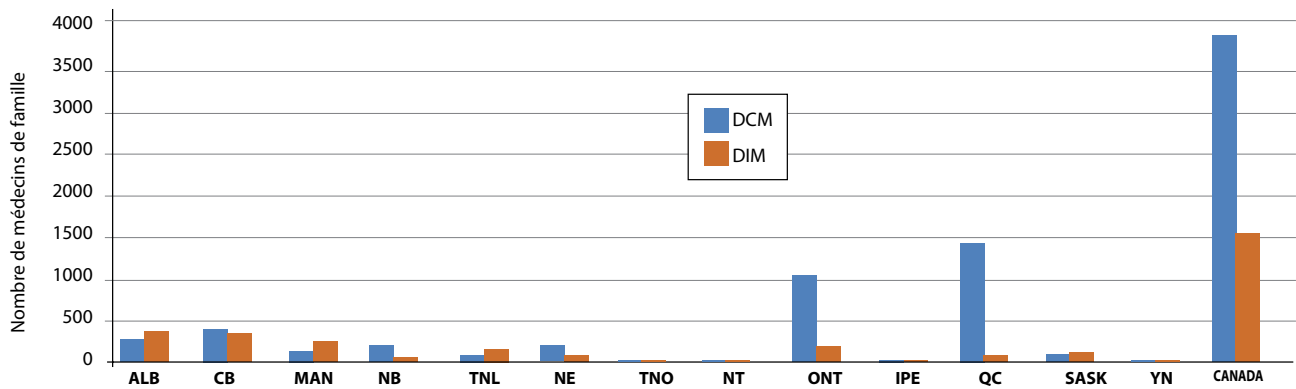
Le nombre de résidents de programmes de résidence distincts qui choisissent d'exercer en milieu rural après la résidence peut être mesuré par les bases de données actuelles comme CAPER, qui permettent d'effectuer des comparaisons à l'échelle nationale. Certaines universités, comme les universités Memorial et Laval, forment toujours la plus forte proportion de médecins ruraux, tandis que l'Université de Toronto forme le plus petit nombre.⁹⁷ Avec le développement de facultés de médecine dont la mission distincte est de former des médecins prêts et disposés à pratiquer dans les collectivités rurales et éloignées, les résultats sont encourageantes. En 2010, 52 pour cent des diplômés des programmes de résidence de l'Université Memorial étaient inscrits dans des programmes ruraux.⁵⁹

Figure 8.
Médecins de famille en milieu rural par province et territoire, DCM et DIM : 2008



Source : Base de données médicales Scott's, 2013, Institut canadien d'information sur la santé.
Nombre de diplômés en médecine par lieu de pratique, Canada, de 2000 à 2013.

Figure 9.
Médecins de famille en milieu rural, par province et territoire, DCM et DIM : 2012



Source : Base de données médicales Scott's, 2013, Institut canadien d'information sur la santé.
Nombre de diplômés en médecine par lieu de pratique, Canada, de 2000 à 2013.

Le tableau suivant présente les principales données sur les modèles de programmes d'éducation en milieu rural à l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) et à l'Université Memorial, qui ont connu du succès.

MODÈLES QUI ONT CONNU DU SUCCÈS	
EMNO ^{89,90}	MEMORIAL ⁵⁹
<ul style="list-style-type: none"> 92 % des étudiants proviennent du Nord de l'Ontario et 40 % sont originaires de régions rurales 62 % sont dans le programme de médecine familiale, essentiellement rurale Les communications électroniques pour soutenir « l'apprentissage délocalisé centré sur la communauté » 70 % des diplômés de l'EMNO exercent dans le Nord de l'Ontario 	<ul style="list-style-type: none"> Le succès du modèle du « pipeline vers la pratique » rurale 30 % des étudiants sont originaires de régions rurales 2008 : 26 % des diplômés dans des programmes de formation en médecine familiale rurale - le plus élevé au Canada (moyenne canadienne de 8 %) 2010 : 52 % des diplômés dans des programmes ruraux (moyenne pour le reste du Canada de 20,9 %)

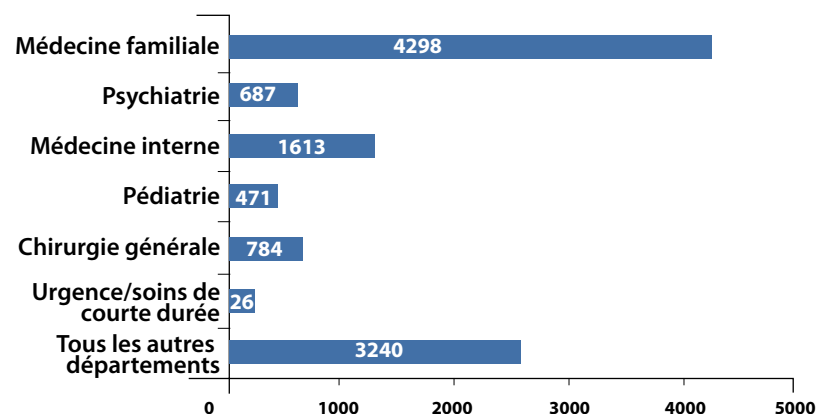
Selon Bates,¹³ l'expansion des programmes de résidence en milieu rural arrive à un moment où les expériences médicales rurales des étudiants au prédoctoral sont sous-développées. Or, l'occasion de mettre à l'essai l'approche du pipeline pour l'éducation rurale est limitée. L'idéal serait de suivre les étudiants qui entrent à la faculté de médecine, jusqu'à la résidence, et de mener un sondage lorsqu'ils sont en pratique. En réalité, les sites de formation ont souvent de la difficulté à combler les postes de résidence en régions éloignées, car ils ne sont pas d'un intérêt primordial pour les résidents bien engagés dans la voie de leur apprentissage. Selon Bates, tous les segments du pipeline doivent être alignés pour accueillir le nombre escompté de diplômés dans les rangs de la main-d'œuvre rurale.¹¹

E) Section cinq : Soutenir l'approche du pipeline pour former des médecins ruraux

La viabilité des programmes de formation en milieu rural dépend du soutien accordé au corps professoral et aux résidents.⁹¹ Les professeurs et les enseignants en milieu clinique jouent un rôle clé dans l'infrastructure et la gestion de l'apprentissage offert en éducation médicale à orientation rurale. La croissance du corps professoral a été la plus forte dans les disciplines communément enseignées dans les cliniques communautaires, les petits hôpitaux, et les bureaux de médecins.¹⁰¹ Pour la médecine familiale, ceci s'est traduit par une augmentation significative du nombre d'enseignants à temps partiel prêts à superviser les étudiants en médecine et les résidents en médecine familiale. Selon CAPER, le nombre d'enseignants à temps partiel, dont plusieurs donnent bénévolement de leur temps, a augmenté de 4 298* de 2007 à 2012.

Parmi d'autres disciplines représentées à la Figure 10, la médecine familiale a affiché la plus forte croissance au fil des ans. La croissance du corps professoral a été la plus marquée dans les disciplines communément enseignées dans les cliniques communautaires, les petits hôpitaux, et les bureaux de médecins.

Figure 10.
Augmentation du nombre d'enseignants à temps partiel, Canada : de 2007 à 2012



Source : AMFC, ORIS, 2012, CAPER, 2013.
Remarque : Les enseignants à temps partiel comprennent les médecins rémunérés et bénévoles.

* Lynda Buske, directrice intérimaire CAPER, Association des facultés de médecine du Canada. Mai 2015.

Dans son étude sur les enseignants en milieu clinique, Cook déclare que depuis 1999, on a enregistré une hausse de 63 pour cent des inscriptions au prédoctoral et de 69 pour cent des inscriptions au postdoctoral dans les facultés de médecine canadiennes.¹⁰⁷ L'étude souligne également que le soutien offert aux enseignants en milieu clinique est souvent insuffisant. Selon Cook, les questions clés se déclinent comme suit :¹⁰⁷

ENSEIGNANTS EN CONTEXTE CLINIQUE - QUESTIONS CLÉS

Infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> • On demande la création de structures qui permettent plusieurs niveaux de collaboration liée à l'enseignement clinique afin de faciliter l'interaction entre doyens et vice-doyens, entre les enseignants en contexte clinique mêmes, ainsi qu'entre les éducateurs et les bailleurs de fonds de partout au pays. Ces structures fourniraient un forum de discussions sur l'enseignement clinique au Canada. • Les cursus des programmes de formation cliniques des sites délocalisés devraient être élaborés avec la contribution significative et régulière des enseignants en milieu clinique qui travaillent dans ces sites.
Soutien	<ul style="list-style-type: none"> • La perception par les cliniciens dans les sites communautaires et les grands sites délocalisés que les enseignants dans les campus éloignés sont moins professionnels quand, de fait, les enseignants dans les programmes ruraux offrent d'importants avantages substantiels pour l'enseignement dans les sites délocalisés. • Les sites délocalisés requièrent plus de ressources et de soutien administratif pour devenir des partenaires à part entière de l'enseignement clinique. • Le niveau de soutien est sporadique avec des disparités au niveau du soutien au revenu et à la rémunération.
Sites formation délocalisés	<ul style="list-style-type: none"> • Les sites d'apprentissage dans la communauté qui ne seraient pas normalement classés comme faisant partie du centre universitaire de santé jouent un rôle majeur dans la formation des résidents et des stagiaires. • L'espace est sujet de préoccupation. Souvent, les installations cliniques, déjà à pleine capacité, ne sont pas en mesure d'accueillir les résidents. • Il existe une demande accrue pour les enseignants en milieu clinique; les services n'offrant aucun soutien pourraient dissuader les enseignants. • Une demande accrue de sites d'apprentissage communautaires, car tous les patients disponibles ne conviennent pas à des fins pédagogiques.
Étudiants	<ul style="list-style-type: none"> • Les apprenants ne sont pas adéquatement préparés aux contextes cliniques, ce qui ajoute du temps aux activités d'enseignement. • Les DIM sont plus susceptibles d'exiger plus d'attention en raison d'un manque de préparation.
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Le besoin d'un processus d'évaluation de l'enseignement clinique complet et normalisé • Les récompenses et les promotions sont souvent intrinsèquement liées aux activités de recherche plutôt qu'aux compétences pédagogiques • On a besoin d'imputabilité et d'évaluation de l'enseignement clinique.

SOUTIEN À LA PRATIQUE RURALE– ÉCARTS/ENJEUX

Selon le *Sondage national des médecins*, le financement,⁷⁹ est un enjeu important identifié par 74 pour cent des répondants qui ont indiqué que l'enseignement faisait partie de leurs activités professionnelles. De ce nombre, 45 pour cent n'étaient pas rémunérés pour leurs activités d'enseignement au-delà des services cliniques qui pouvaient avoir été prodigués dans le cadre de l'activité d'apprentissage. Les sources les plus courantes de rémunération de l'enseignement étaient les départements ou facultés de médecine, suivies du financement du ministère provincial de la Santé ou d'un accord de financement ou de paiement alternatif. Peu d'attention était accordée au soutien des enseignants en contexte clinique et au coût d'exploitation des sites d'enseignement clinique.¹⁰⁸

Les enseignants en contexte clinique dans les collectivités rurales et éloignées ont besoin du même niveau de soutien que leurs collègues qui travaillent à proximité des principaux campus universitaires. Des ressources additionnelles sont nécessaires pour les enseignants en contexte clinique affiliés à un campus de formation médicale délocalisée pour que ces sites puissent former des médecins de famille qui, non seulement maîtriseront les compétences définies à l'échelle nationale, mais aussi les compétences requises localement et adaptées à leurs communautés. Il faut cultiver et reconnaître le rôle des sites d'enseignement délocalisé dans la préparation des médecins dans divers contextes¹⁰⁹ en élaborant un cadre d'éducation délocalisée. Les programmes délocalisés existants semblent structurer différemment les expériences d'une région à l'autre du pays. Pour faciliter la formation médicale rurale, les programmes d'études dans les sites d'enseignement délocalisés doivent être souples; le processus de développement doit intégrer les superviseurs ruraux.⁹⁴ La viabilité des programmes de formation en milieu rural est fondée sur le soutien accordé au corps professoral et aux résidents.⁹¹

F) Section six : Leviers politiques et soutien à la formation des médecins de famille en milieu rural

Cette section se penche sur les leviers politiques qui appuient la formation rurale; notamment, elle décrit le type de soutien requis des ministères en matière d'éducation supérieure et de tous les paliers gouvernementaux (fédéral/provinciaux/territoriaux).

EXPÉRIENCE INTERNATIONALE

Les politiques qui ont influencé la formation et la pratique des médecins en milieu rural ont été principalement intégrées aux programmes et initiatives de main-d'œuvre de la santé des gouvernements.^{67,110} Un grand nombre de ces politiques visent à augmenter les effectifs médicaux pour pallier la pénurie de médecins. Les politiques visant l'éducation rurale ont pour but d'attirer les médecins dans les régions rurales en fonction de deux caractéristiques : appuyer les étudiants en médecine issus de milieux ruraux et augmenter la pertinence du contenu des programmes d'études en médecine et de formation médicale.¹¹¹⁻¹¹³

FINANCEMENT EN ÉCHANGE DE SERVICES

Sur le plan international, l'un des programmes les plus importants pour inciter les étudiants en médecine à pratiquer dans les collectivités rurales inclut l'octroi de bourses ou de prêts en échange de services. Aux États-Unis, plusieurs programmes offrent des bourses et des programmes de remboursement de prêts aux étudiants en médecine, en échange de services dans certaines régions rurales. Récemment, au Canada, le gouvernement fédéral a lancé un programme destiné à la main-d'œuvre médicale où les résidents en médecine familiale peuvent demander l'exonération de prêts ou de dettes durant leur pratique dans des communautés rurales et éloignées.^{114,115} Le tableau¹¹⁰ suivant présente l'expérience d'autres pays dans la mise en œuvre de politiques d'éducation rurale.

Expérience de pays qui ont des politiques conçues pour influencer la répartition géographique des médecins

TYPE DE POLITIQUE	PAYS DE L'OCDE QUI ONT INSTITUÉ LA POLITIQUE	POINTS FORTS DE LA POLITIQUE	POINTS FAIBLES DE LA POLITIQUE
POLITIQUES EN MATIÈRE D'ÉDUCATION			
Recrutement ciblé ou admission d'étudiants en médecine issus de milieux ruraux	Australie, Canada, Japon, Norvège, Suède, États-Unis	Des études montrent que les étudiants issus de milieux ruraux sont plus susceptibles de s'installer et de rester dans ces régions une fois qu'ils sont diplômés.	L'admission préférentielle d'étudiants issus de milieux ruraux peut créer des tensions lorsqu'on est confronté à des candidats hautement compétents issus de communautés non rurales.
Inclusion d'une composante de pratique rurale aux cursus des facultés de médecine	Australie, Canada, Grèce, Norvège, Suède, Royaume-Uni, États-Unis	Des études montrent que les programmes d'éducation qui préconisent l'éducation et la formation rurales sont plus susceptibles d'attirer les étudiants dans ces régions une fois qu'ils sont diplômés.	Le manque de facultés de médecine, d'infrastructures délocalisées, de départements de santé rurale pour appuyer la formation ou les mécanismes pour coordonner les stages des étudiants en régions rurales.
POLITIQUES DE FINANCEMENT LIÉES À L'ÉDUCATION			
Prêts étudiants en échange de services	Australie, Canada, Japon, Mexique, Norvège, États-Unis	Le <i>USA National Health Service Corps</i> a eu du succès dans le recrutement de médecins diplômés dans les régions mal desservies, grâce à des programmes de remboursement de prêts.	Au Canada et au Mexique, les données suggèrent que des étudiants ont été en mesure d'acheter leur libération de leur engagement de services, et que peu d'étudiants restent dans la région rurale à la fin de la période de service obligatoire.
Financement pour la formation médicale continue	Australie, Canada	Des études montrent que le financement de la formation médicale continue aide à retenir les médecins dans les régions rurales.	Peu de données sur le niveau optimal de financement qui maximiserait le recrutement et la rétention des médecins dans les régions rurales.

Comme l'indique le tableau ci-haut, le succès de politiques comme les initiatives d'échange de services varie. Au Canada, les initiatives ont moins de succès puisqu'un nombre important d'étudiants ont pu acheter leur libération de leur engagement de services, et peu d'entre eux demeurent dans les régions rurales ou défavorisées à la conclusion de leur période de service obligatoire.

Incentatifs financiers pour soutenir la médecine familiale en milieu rural

INCITATIFS FINANCIERS EN COURS DE PRATIQUE

Une panoplie de mesures incitatives financières a été utilisée par certains pays pour attirer les médecins vers les régions rurales et les retenir en augmentant leurs revenus. Certains pays ont lancé des programmes de rémunération différenciée selon les régions, où les versements aux médecins pour les patients en régions rurales ont été augmentés par rapport aux versements pour les patients d'autres régions. Au Canada, les médecins du Québec bénéficient d'une hausse de leurs honoraires (105 à 145 pour cent) s'ils pratiquent dans les régions rurales ou éloignées de la province. Les honoraires augmentent en fonction de la distance des grands centres et du type de pratique, de bureau ou d'hôpital.* Tel que le montre le tableau ci-après, certains maintiennent que les arrangements financiers existants ne rémunèrent pas adéquatement le surcroît de travail et les contraintes supplémentaires associés à la pratique en région rurale.¹¹⁶ Des échelles salariales ont été introduites pour améliorer le recrutement dans les régions rurales au Canada et en Nouvelle-Zélande. De plus, le Canada, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont subventionné le revenu ou garanti un revenu minimum aux médecins qui pratiquent dans les régions où la population est clairsemée et où il n'est pas économiquement viable pour un médecin de pratiquer.

TYPE DE POLITIQUE	PAYS DE L'OCDE QUI ONT INSTITUÉ LA POLITIQUE	POINTS FORTS DE LA POLITIQUE	POINTS FAIBLES DE LA POLITIQUE
POLITIQUES DE FINANCEMENT			
Différenciées selon les régions	Canada, Nouvelle-Zélande, États-Unis	Des études montrent que le paiement différencié selon les régions augmente le nombre de médecins dans les régions rurales.	Peu de données sur la rémunération optimale pour maximiser le recrutement et la rétention des médecins dans les régions rurales.
Mécanismes de paiement alternatifs	Canada, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni	Cette politique procure une sécurité financière aux médecins dans les régions où il n'est pas économiquement viable de pratiquer.	Peu de preuves de l'impact des mécanismes de paiements alternatifs sur le recrutement et la rétention dans les régions rurales.
Subventions spécifiques	Australie, Autriche, Canada, Royaume-Uni, États-Unis	Des études montrent que les subventions augmentent le nombre de médecins qui exercent dans les régions rurales.	Peu de données sur le type de subventions le plus efficace pour augmenter le nombre de médecins dans les régions rurales ou leur niveau optimal.

D'autres types d'initiatives politiques de soutien financier pour l'établissement d'une pratique en région rurale ont été essayés : la provision d'allocations de voyage spéciales et de subventions pour la délocalisation vers les régions rurales et éloignées, des programmes de suppléance rurale pour fournir une couverture de remplacement aux médecins ruraux, et des paiements ciblés pour soutenir les services de garde dans les régions rurales. Bref, ces types de programmes de soutien à la pratique ont des points forts et des points faibles, mais ils ont fait l'objet de peu d'évaluation.

EXPÉRIENCE CANADIENNE

Au cours des quinze dernières années, des rapports gouvernementaux canadiens ont réitéré qu'il faut considérer le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre médicale afin d'aborder la répartition géographique des médecins et les défis que confrontent les Canadiens et Canadiennes en matière d'accès à des soins de santé primaires complets et globaux.^{10,117, 118} Le tableau suivant compare les politiques canadiennes à celles d'autres pays, en particulier les politiques qui appuient le pipeline de l'éducation rurale : l'admission préférentielle des étudiants issus de milieux ruraux, les prêts/bourses, les initiatives d'échange de service et le financement des initiatives de formation continue.¹¹⁹

* Communication avec le responsable des stages en médecine rurale, Département de médecine de famille, Université de Montréal. Le 26 avril 2015.

POLITIQUES	CANADA	É.-U.	AUSTRALIE	JAPON	R.-U.	MEXIQUE	NORVÈGE	SUÈDE	ALLEMAGNE	N. -Z.
Recrutement ciblé ou admission d'étudiants en médecine issus de milieux ruraux	✓	✓	✓	✓			✓	✓		
Prêts étudiants avec échange de services	✓	✓	✓	✓		✓	✓			
Financement de la formation médicale continue	✓		✓							

Le gouvernement fédéral a soutenu deux accords sur les soins de santé^{8,9} en versant un financement estimé à 800 millions de dollars aux initiatives de réforme des soins de santé primaires^{120,121} et d'environ 12 millions de dollars aux stratégies de ressources humaines en santé.¹²²⁻¹²⁷ En 2000, le gouvernement fédéral versait un financement de 50 millions¹²⁸ de dollars aux initiatives rurales, qui comprenaient l'élaboration d'une stratégie rurale nationale destinée à cerner les écarts. En 2013, le Conseil de la santé du Canada³¹ signalait que le financement associé aux accords sur les soins de santé et l'augmentation des dépenses provinciales, territoriales et privées, avaient contribué à une hausse globale des dépenses totales en santé (secteurs public et privé confondus) qui sont passées de 124 milliards de dollars en 2003 à un total estimé de 207 milliards de dollars en 2012.

Les stratégies clés en matière de ressources humaines en santé tirées de ces rapports (voir l'annexe A) qui ont trait à l'éducation rurale comprennent :

- Augmenter les opportunités et le soutien éducatif aux effectifs médicaux dans les collectivités rurales
- Augmenter le nombre de postes de résidence en médecine familiale
- Intégrer de façon transparente les DIM
- Augmenter l'exposition et les possibilités d'exercer dans les collectivités rurales
- Structurer la formation médicale de façon à soutenir le développement des praticiens ruraux
- Aligner les programmes de formation médicale aux besoins du système de santé, y compris ceux des communautés autochtones^{5,129}
- Mettre au point des modèles de prévision qui peuvent aider à planifier la main-d'œuvre en santé
- Établir des engagements et des partenariats à long terme avec les communautés rurales, les établissements d'enseignement et le gouvernement

Selon des rapports gouvernementaux (voir annexe B), certaines provinces et territoires ont mis au point des agences de recrutement de médecins et institué des programmes et des initiatives de formation des médecins en milieu rural par l'entremise de ces agences. Pour la plupart, ces initiatives ont porté sur le soutien à la formation avancée pour les médecins de la communauté; l'augmentation et l'identification des opportunités en milieu rural pour les étudiants; des allocations de logement et de déplacement aux étudiants afin d'acquérir une exposition à la pratique rurale, des occasions de remplacement (suppléance), et des bourses pour couvrir les frais de scolarité des diplômés en médecine familiale qui s'établissent dans les communautés rurales.

Les tableaux suivants mettent en valeur des programmes ruraux et des incitatifs offerts par les provinces et territoires depuis le dernier rapport en 2005.¹¹⁹ Les révisions de 2015 sont reflétées ici.*

Politiques de recrutement et de rétention

POLITIQUES	C-B	ALTA	SASK	MAN	ONT	QUÉ	N-B	N-É	ÎPÉ	T-N	YUK	TNO	NU
Subventions/Primes liées à l'échange de service	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Programme/financement spécial pour soutenir la suppléance	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	
Aide pour les coûts d'établissement de la pratique	✓		✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓		
Soutien financier pour les vacances (congrés payés)	✓				✓	✓	✓	✓		✓	✓		
Paiements spéciaux pour services de garde de spécialistes	✓	✓			✓	✓		✓		✓			
Paiements spéciaux pour la couverture de garde d'urgence	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

* Au début de 2015, tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont été appelés à fournir des informations à jour sur leurs programmes de recrutement et de maintien en poste de médecins dans les communautés rurales.

Financement direct - lié à l'éducation

POLITIQUES	C-B	ALTA	SASK	MAN	ONT	QUÉ	N-B	N-É	ÎPÉ	T-N	YUK	TNO	NU
Prêts/subventions/ bourses avec échange de services aux étudiants de premier cycle/ postdoctoral		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Fonds spéciaux ou prêts pour résidence et développement de compétences spécialisées	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	
Allocation de voyage spéciale aux étudiants qui se rendent à des stages ou résidences d'été		✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓		
Soutien financier de la formation médicale continue	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		

Éducation/Formation

POLITIQUES	C-B	ALTA	SASK	MAN	ONT	QUÉ	N-B	N-É	ÎPÉ	T-N	YUK	TNO	NU
Formation/exposition rurale des étudiants	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓			
Stages/unités d'enseignement en milieu rural associés à une résidence ou spécialisation en pratique rurale	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓			
Accès spécial (retour) à la résidence ou au développement de nouvelles compétences spécialisées		✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓			

suite à la page suivante

POLITIQUES	C-B	ALTA	SASK	MAN	ONT	QUÉ	N-B	N-É	ÎPÉ	T-N	YUK	TNO	NU
Politiques/critères de recrutement spéciaux pour les étudiants en médecine aux études prédoctorales, p. ex., d'origine autochtones ou rurale	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓			
Politiques/critères de recrutement spéciaux pour la formation supérieure en résidence	✓					✓		✓					
Accroissement de la capacité en formation continue à l'aide des nouvelles technologies de communication		✓	✓			✓		✓		✓			
Promotion de la pratique rurale dans les écoles de médecine		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓			

Tel qu'indiqué dans ces tableaux, les programmes incitatifs ont principalement été utilisés pour motiver les médecins à pratiquer dans les régions rurales et éloignées.^{130,131} Les initiatives à la rétention sont normalement axées sur la création de mesures incitatives financières, dont des bourses, et le paiement des dépenses pour retenir les médecins dans les collectivités rurales. D'autres initiatives portent sur les conditions de travail, soit en guidant et en soutenant les médecins dans l'établissement de leur pratique, soit en recrutant des diplômés en médecine formés à l'étranger pour la pratique rurale.¹¹⁶ Malgré le financement et les efforts consacrés à ces initiatives, étonnamment peu d'évaluations de leur impact ont été menées au Canada.¹⁵ En Australie, une étude récente des initiatives gouvernementales a révélé que les bourses, les incitatifs financiers et le recrutement de médecins formés à l'étranger ont généré trop peu de progrès vers l'amélioration de l'accès aux soins de santé et la qualité des soins dans les régions rurales et éloignées.¹⁶ En outre, certaines études constatent que les médecins attirés par les programmes incitatifs tendent à être moins engagés envers la pratique en milieu rural et sont moins susceptibles de s'installer dans les régions mal desservies.¹³²

INNOVATIONS ET COMPARAISONS

Malgré l'augmentation du financement attribué à la création de plus de postes de formation en médecine familiale, peu de données existent sur les mesures qui améliorent la planification des ressources pour répondre aux besoins des régions rurales et éloignées du Canada. Il faut un dialogue aux paliers fédéral et provincial afin de fournir une orientation qui s'appuie sur des données probantes et une stabilité à long terme du système de formation médicale.¹⁸ Beaucoup d'interventions au niveau de l'éducation et des politiques nationales par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont conçues pour augmenter le nombre de médecins dans les régions rurales, mais n'abordent pas précisément leur recrutement ou leur rétention à long terme dans ces régions.¹⁰⁸ Des politiques ont été appliquées, mais jusqu'ici, il reste difficile de mettre en œuvre une approche multidisciplinaire efficace basée sur des données probantes.¹⁴ La planification des effectifs médicaux, qui donne une orientation au système d'éducation médicale, est nécessaire au Canada.¹⁸

COMPARAISON DU CANADA ET DE L'AUSTRALIE

En considérant ce que l'on peut apprendre d'autres pays, les progrès en Australie sont d'un intérêt particulier pour le Canada, puisque leurs systèmes d'éducation et de santé se rapprochent des nôtres. Le tableau suivant présente les similitudes et les différences des stratégies et des initiatives de formation rurale des deux pays.

PROGRAMME OU INITIATIVE ¹³³	AUSTRALIE	CANADA
Stratégie nationale de santé rurale	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie, financement et cadre de travail mis en œuvre - révisé en 2013, avec site internet dédié, bureaux et ressources fournis par le gouvernement fédéral pour soutenir les établissements de formation Création du consortium <i>Australian Rural Health Research Institute</i> composé de cinq universités avec campus ruraux 	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie élaborée en 2002 Aucun suivi de la mise en œuvre de ces stratégies au niveau provincial
Programmes incitatifs aux médecins de famille ruraux	Offre des bourses aux médecins urbains qui veulent perfectionner leurs habiletés pour ensuite pratiquer en milieu rural	Délégué aux provinces/territoires; le financement varie selon la province
Recrutement d'étudiants/résidents ruraux	Les facultés de médecine australiennes recrutent agressivement des étudiants originaires des milieux ruraux	<ul style="list-style-type: none"> Le niveau d'activités et de soutien varie entre les facultés de médecine Les chefs de file sont notamment l'EMNO et les universités Memorial et Queen's
Cursus soutien l'exercice de la médecine familiale rurale	<ul style="list-style-type: none"> Nouveau diplôme d'études supérieures en pratique générale rurale de l'ACRRM Programme de base en place pour l'éducation, la formation et la pratique rurale des MF/généralistes 	<ul style="list-style-type: none"> Le CMFC fournit une orientation aux 17 programmes de résidence universitaires. Le Cursus Triple C vise à promouvoir la nécessité de former des médecins de famille prêts à pratiquer dans les collectivités rurales et éloignées. Ses normes d'agrément aident à catalyser l'action. Aucune norme d'agrément précise pour le programme d'études en régions rurales et éloignées
Sites d'enseignement clinique/en santé rurale	Ces sites sont mis en place dans toute l'Australie (par exemple, Flinders)	Une multiplicité de sites d'enseignement dans les communautés rurales - plusieurs désignés en tant que volet rural dans le jumelage CaRMS

La principale différence entre ces pays : l'infrastructure des systèmes de soins de santé et de formation. En Australie, la prestation des soins en milieu rural a lieu à l'échelle nationale, tandis qu'au Canada elle relève du provincial. En ce qui concerne l'éducation, bien que les deux pays aient adopté des volets de formation médicale rurale, le Canada maintient une forte infrastructure de facultés de médecine par ses affiliations universitaires et des programmes d'agrément et de certification par le CMFC et le Collège royal.

La difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé est l'une des similarités clés relevées. Même avec une stratégie nationale d'éducation rurale dédiée, il reste des obstacles à l'accès aux soins primaires dans de nombreuses régions rurales d'Australie.³ Alors qu'à l'échelle mondiale, l'Australie a fait preuve de leadership dans le développement et la mise en œuvre d'un programme d'études consacré à la médecine rurale¹³⁴ assorti de nombreuses initiatives axées sur le recrutement et la rétention en milieu rural, la pénurie de médecins dans les régions rurales persiste. Son expérience démontre que le niveau d'intervention pour former des médecins par l'éducation à elle seule n'a pas réussi à satisfaire aux exigences dans les régions rurales et éloignées du pays. Il leur faut chercher d'autres modèles interprofessionnels et soutenir d'autres professionnels de la santé, y compris des infirmières praticiennes et des auxiliaires médicaux, pour assurer les soins dans les collectivités rurales et éloignées.¹⁶ Cette notion est également soutenue par l'AMC¹³⁵, qui recommande l'avancement des modèles de soins collaboratifs dans le cadre des initiatives de rétention et de recrutement pour répondre aux besoins en effectifs de santé dans les régions rurales du Canada.¹³⁶

6,0 Succès et défis – Corriger les écarts

A) Questions de politiques liées aux systèmes de santé et d'éducation

Selon les résultats de la présente étude, alors que de 2005 à 2015, le nombre de programmes offerts pour améliorer le recrutement de médecins de famille dans les communautés rurales augmentait, on reconnaît que le système actuel de formation des médecins n'est pas orienté vers la formation d'un nombre suffisant de médecins de famille qui sont à, ou qui pourraient, s'installer pour travailler dans une pratique rurale.^{65,96,136} Les programmes d'incitatifs financiers provinciaux destinés à attirer et à retenir les médecins en régions rurales n'ont pas connu un succès probant.¹¹⁸ Plusieurs interventions politiques sont conçues pour augmenter la main-d'œuvre médicale dans les régions rurales, mais n'abordent pas précisément le recrutement ou la rétention des médecins dans ces régions.¹¹⁰

La planification et la gestion appropriées des ressources humaines en santé représentent des besoins criants pour assurer à la population canadienne l'accès aux soins dont ils ont besoin.⁸ Nous avons besoin de stratégies collaboratives pour renforcer la base factuelle de la planification nationale, améliorer le recrutement et la rétention et assurer la présence des professionnels en santé requis. La planification doit être attentive aux besoins et les systèmes doivent être souples. L'alignement des politiques en matière d'éducation et de pratique, compte tenu de la relation qu'elles ont l'une envers l'autre, est essentiel. L'utilisation de données comparatives pour l'évaluation peut s'avérer utile pour mettre au point un plan de développement des ressources humaines en santé à la fois souple et stratégique.

L'absence d'une définition partagée de *rural* ou d'une base de données centralisée rend difficile la planification de la main-d'œuvre médicale et l'établissement de stratégies de recrutement et de rétention appropriées. Les bases de données nationales et provinciales rapportent des chiffres différents et aucune ne semble être en mesure de fournir des informations cohérentes et complètes sur la démographie des médecins, les services prodigués ou la charge de travail.^{81,137} Ceci rend difficile la tâche des décideurs et des planificateurs qui cherchent à planifier efficacement les ressources en santé requises pour desservir une communauté rurale particulière et pour appuyer l'éducation des médecins ruraux. Le rôle que pourrait assumer la formation médicale dans la planification des effectifs est souvent négligé.

Alors que la formation médicale en milieu rural contribue aux décisions d'exercer dans des régions rurales, la force de la relation entre l'éducation et la pratique n'est pas facile à évaluer, car il est difficile d'isoler l'influence de la formation médicale rurale d'autres facteurs comme les origines rurales et les politiques en matière de soins de santé en milieu rural.¹⁴ On s'entend toutefois sur l'importance du rôle de la formation médicale dans l'amélioration du processus de recrutement et de rétention.^{59,138} Une meilleure coordination pour réduire les chevauchements et optimiser les approches basées sur les données probantes afin d'appuyer la planification des ressources humaines de la santé est essentielle.

La majorité des rapports étudiés décrivent les priorités et les mesures nécessaires, mais l'élément de preuve lié à la façon de les mettre en œuvre est absent. Selon notre étude, les écarts et les opportunités de créer une stratégie se présentent comme suit :

ÉCART DE LA POLITIQUE	QUESTION
Éducation en milieu rural	<ul style="list-style-type: none"> • Alors qu'on mise sur des initiatives visant à faire progresser la formation médicale rurale afin d'influencer le recrutement et la rétention des médecins dans les collectivités rurales, seules certaines facultés de médecine les mettent en œuvre. • Les pratiques exemplaires, basées sur des méthodologies d'évaluation de certaines initiatives locales, ne sont pas largement diffusées; une meilleure diffusion pourrait aider à élaborer des approches nationales visant à améliorer l'efficacité de l'éducation et de la formation rurales. • Les décideurs politiques et les leaders de la formation médicale ne reconnaissent peut-être pas l'importance de l'approche du pipeline en éducation rurale comme mesure démontrant de plus en plus de succès dans l'amélioration des stratégies de recrutement et de rétention dans les collectivités rurales et éloignées. • Les politiques visant à soutenir l'éducation en milieu rural ne sont pas uniformes partout au Canada.
Infrastructure de l'éducation rurale et ressources	<p>Il n'existe pas de cadre ou d'infrastructure à l'échelle nationale pour concerter des approches à la formation rurale des médecins de famille au Canada.^{139,140}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certaines provinces ou territoires disposent de ressources dédiées, comme des bureaux ruraux, qui sont en support à la main-d'œuvre rurale. D'autres fournissent des ressources spécifiques comme le financement du mentorat¹⁴¹ tandis que d'autres bureaux gouvernementaux ont un lien direct avec certaines facultés de médecine. • Les établissements d'enseignement ont prôné la nécessité d'accroître les ressources et de soutenir l'infrastructure pour appuyer les programmes de formation en milieu rural surtout pour l'enseignement clinique dans les communautés rurales et éloignées, mais les besoins précis restent peut-être mal compris. • Une reconnaissance du besoin d'un leadership en éducation et en formation médicales afin de mieux promouvoir les intérêts et les besoins liés à la formation médicale en milieu rural. • Le niveau de soutien des initiatives de formation médicale varie à travers le pays. Un leadership national qui orienterait les meilleures pratiques dans ce qui suit serait utile : <ul style="list-style-type: none"> ○ critères d'admission pour les étudiants issus des milieux ruraux¹¹⁶ ○ accès à une orientation professionnelle et à des possibilités de formation dans les habiletés techniques avancées, comme dans les établissements urbains⁶⁵ ○ exposition rurale tant au prédoctoral qu'au postdoctoral¹¹⁶ ○ programmes de mentorat comme ceux qui existent en Alberta et au Manitoba¹³⁹
Stratégie visant les effectifs médicaux en milieu rural	<ul style="list-style-type: none"> • Les stratégies actuelles entourant les ressources humaines en santé ne se concentrent pas sur le recrutement et la rétention à long terme des médecins en milieu rural, car la plupart sont forcées d'offrir des solutions à court terme pour fournir un accès immédiat à des médecins ruraux. • Un manque de leadership national pour encadrer la stratégie entourant les effectifs médicaux dans les collectivités rurales et éloignées qui tiendrait compte des succès à travers le pays. • Le besoin de souplesse dans l'application d'approches « urbaines » aux communautés rurales.¹⁴²

suite à la page suivante

ÉCART DE LA POLITIQUE	QUESTION
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des programmes financés qui appuient l'éducation médicale en milieu rural afin de déterminer ce qui réussit et ce qu'il faut améliorer pour corriger les écarts. • L'efficacité de ces interventions ou des incitatifs n'a pas été évaluée ou ces évaluations ne sont pas disponibles.¹⁶
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • La reconnaissance du rôle des gouvernements en tant que partenaires des facultés de médecine, établissements de formation (p.ex., le CMFC) et groupes de représentation (p.ex., la SMRC) pour des solutions à long terme. • Un manque de planification nationale avec des stratégies clés et des mesures d'évaluation du succès – on a besoin de direction pour les mettre en œuvre. • La responsabilité des éducateurs médicaux dans leur rôle lié au recrutement et à la rétention des médecins dans les régions rurales et éloignées du Canada n'est pas clairement articulée, comprise ou examinée.

Les décideurs des soins de la santé demandent plus d'efficacité et de responsabilité de la part des professionnels de la santé dans la prestation intégrée de soins qui répondent aux besoins de la population. Bien que les ressources destinées à améliorer le système de santé et la santé des Canadiens et Canadiennes aient été fournies, le succès des accords sur la santé pour stimuler la réforme du système de santé a été limité. Un récent rapport sur ProfessionsSantéOntario¹⁴³ a révélé que la stratégie de ressources humaines en santé de l'Ontario n'a pas atteint son objectif, à savoir de garantir le bon nombre, le bon type et la bonne répartition des professionnels de la santé, malgré des ressources financières importantes de l'ordre de 3,5 milliards de dollars au cours des six dernières années. Peu ou pas d'évaluations formelles ont été menées ou coordonnées pour réunir le savoir au niveau provincial et territorial sur les meilleures pratiques liées à la stratégie sur les effectifs médicaux en milieu rural.¹⁸ Des études sur l'évaluation ont montré qu'elles peuvent influencer les stratégies visant les politiques en matière de ressources humaines en santé et peuvent fournir des informations utiles aux planificateurs et aux éducateurs pour la prise des décisions sur les stratégies efficaces visant à faire avancer la formation rurale et le recrutement et la rétention de médecins ruraux.¹⁴⁴

B) Aligner la planification des ressources humaines en santé à l'éducation rurale

Inclure l'éducation rurale comme stratégie clé dans la planification des effectifs médicaux est essentiel. Toutefois, les programmes de ressources humaines en santé adoptés par les provinces et les territoires sont sporadiques, sans processus d'évaluation cohérent³¹ de la performance des stratégies de recrutement et de rétention mises en place pour répondre aux besoins des communautés rurales et améliorer le recrutement et la rétention à long terme des médecins ruraux. L'alignement est essentiel; y compris la considération d'une approche délocalisée pour la formation médicale¹²⁶ afin d'assurer que les besoins en soins de santé des milieux ruraux sont satisfaits à tous les niveaux au sein du gouvernement.

Les planificateurs du système de santé souhaitent s'assurer d'avoir le bon nombre de médecins ruraux, avec les habiletés requises pour fournir les soins au bon moment dans les collectivités rurales. Pour ce faire, les leaders de l'éducation médicale et les défenseurs de la formation médicale rurale doivent être en mesure d'articuler le rôle de l'éducation rurale et d'en discuter avec les planificateurs du système de santé. La communauté de l'éducation médicale a du travail à faire pour définir les « bonnes compétences » et les « bonnes approches » pédagogiques, l'apprentissage et l'évaluation des compétences requises pour la pratique en milieu rural afin de répondre aux besoins des apprenants de l'entrée à la faculté de médecine jusqu'à la fin de la résidence et au développement professionnel continu dans les premières années de pratique. La formation en médecine familiale dans les régions rurales est limitée, puisque ces programmes sont surtout offerts dans les centres urbains. Dans la mesure où il existe un lien entre l'emplacement de la formation et le choix de la future pratique, le manque de formation en milieu rural contribue à la pénurie de médecins dans ces régions. À moins d'efforts considérables pour augmenter et soutenir la

formation des résidents en milieu rural, la pénurie de médecins dans ces régions risque de persister.¹⁴⁵

L'infrastructure requise pour soutenir les facultés de médecine afin qu'elles puissent offrir le cursus doit être examinée avec les doyens des facultés de médecine, les directeurs de programmes de résidence en médecine familiale, les leaders du CMFC, de la SMRC, et d'autres pour définir les ressources nécessaires afin que le système d'éducation en ait les capacités.

Le tableau suivant présente les principaux enjeux qui doivent être abordés en matière d'alignement :

ENJEUX	IMPORTANCE DE L'ALIGNEMENT
1. Compétence	<ul style="list-style-type: none">Former des médecins de famille avec les compétences dont ils ont besoins pour exercer en milieu rural.
2. Cursus	<ul style="list-style-type: none">Avoir le bon nombre de sites d'enseignement cliniqueOffrir le <i>bon</i> type d'expériences d'apprentissage pour permettre aux résidents en médecine familiale d'acquérir les compétences requises pour exercer la médecine familiale en milieu ruralVeiller à ce qu'un programme sur la santé des Autochtones soit enseigné dans les programmes de résidence, aux résidents et aux médecins qui travailleront dans les communautés autochtones.
3. Infrastructure	<ul style="list-style-type: none">Mettre en œuvre la <i>bonne infrastructure</i>, y compris le <i>personnel</i> pour aider les facultés de médecine et leurs programmes de résidence à former les effectifs médicaux requis.Avoir les bonnes infrastructures, mesures de soutien et ressources dans la planification des ressources humaines en santé pour les communautés rurales du Canada.
4. Ressources	<ul style="list-style-type: none">Mettre en place les <i>bonnes ressources</i> afin de permettre aux sites d'enseignement clinique et leurs programmes de résidence universitaires de fournir les <i>bons milieux d'apprentissage</i> pour soutenir les enseignants et les résidents.Faciliter le développement d'un cadre intégré (un partenariat formel) qui permettrait aux sites d'enseignement clinique et aux universités de travailler avec les communautés rurales afin de soutenir leurs efforts de recrutement et de rétention.

La planification de la main d'œuvre médicale requière diverses stratégies et divers éléments, dont l'accès aux données sur les médecins et la santé de la population. Ces stratégies devraient s'aligner sur les priorités liées aux ressources humaines en santé et à l'éducation. Pour que ces stratégies soient efficaces, il faudra une collaboration et un alignement des stratégies et des politiques sur l'éducation, les ressources humaines en santé et les politiques ainsi que des mesures d'évaluation et des résultats fondés sur des données probantes.⁹⁹

C) Le rôle du CMFC et de la SMRC

L'analyse de la situation entourant l'éducation et la pratique en milieu rural a démontré qu'on a fait des progrès au Canada. Des initiatives innovantes dans plusieurs facultés de médecine ont influencé le choix des diplômés en médecine familiale d'exercer dans les régions rurales et éloignées du Canada. Une grande partie de ce travail a été réalisée par les efforts de plaidoyer des leaders de l'enseignement médical, dont de nombreux médecins de famille qui travaillent dans les collectivités rurales et éloignées. Tel que noté, certaines universités ont adopté des énoncés de mission visant à préparer les médecins de famille pour l'exercice en milieu rural.

Pour le CMFC, l'organisme national d'agrément de la médecine familiale, le rapport de 1999 rédigé par le Groupe de travail du CMFC sur la formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale, présidé par D^r James Rourke, offre dix recommandations visant à faire avancer la formation en médecine familiale en milieu rural et définit les mesures à prendre par les établissements d'enseignement au Canada.¹ Aujourd'hui, quinze ans plus tard, un bilan de l'état de ces recommandations pourrait donner un meilleur aperçu de ce qui peut être fait par ceux qui ont un rôle à jouer pour assurer la formation des médecins ruraux. Le tableau suivant présente les recommandations adoptées depuis 1999.

Recommandations de 1999 du CMFC – Bilan

RECOMMANDATIONS DE 1999 DU CMFC RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA FORMATION POSTDOCTORALE POUR LA PRATIQUE FAMILIALE RURALE	2014				
	1 MINIMALEMENT ADOPTÉ	2	3 MODÉRÉMENT ADOPTÉ	4	5 PLEINEMENT ADOPTÉ
A. FORMATION PRÉDOCTORALE DE BASE					
1. Le programme prédoctoral de base doit offrir à tous les étudiants en médecine une expérience de formation en milieu rural			✓		
B. FORMATION POSTDOCTORALE DE BASE					
1. Il est souhaitable que tous les programmes offrent des stages postdoctoraux de base en milieu communautaire régional/rural et suffisamment de stages électifs en milieu rural pour tous les résidents				✓	
2. On devrait développer des volets de formation en médecine familiale rurale en tant que formation postdoctorale appropriée pour l'exercice de la médecine familiale rurale					✓
3. Les volets de formation en médecine familiale rurale devraient être intégrés dans les communautés et bénéficier d'un soutien universitaire complet			✓		
4. La dyade enseignant-apprenant devrait être basée sur le modèle de supervision pour les expériences/stages autant en médecine familiale que pour les autres spécialités					✓
5. La dyade enseignant-étudiant devrait être basée sur le modèle du préceptorat pour les expériences/stage éducatifs autant en médecine familiale que pour les spécialités.			✓		
6. Les expériences ou stages hospitaliers devraient être conformes aux besoins d'apprentissage du résident qui se destine à la pratique rurale				✓	
7. Les expériences ou stages hospitaliers devraient être conformes aux besoins d'apprentissage du résident qui se destine à la pratique rurale.					✓
8. Les enseignants et les programmes universitaires devraient soutenir et développer les résidents en médecine familiale du milieu rural (actuels et futurs)			✓		
C. COMPÉTENCES SPÉCIALES EN MÉDECINE FAMILIALE RURALE					
1. Des postes additionnels de 3 ^e année de durée variable (3 à 6 mois) pour les résidents désireux d'acquérir des habiletés spéciales.			✓		

suite à la page suivante

RECOMMANDATIONS DE 1999 DU CMFC RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ÉDUCATION POSTDOCTORALE POUR LA PRATIQUE FAMILIALE RURALE	2014				
	1 MINIMALEMENT ADOPTÉES	2	3 MODÉRÉMENT ADOPTÉES	4	5 PLEINEMENT ADOPTÉES
D. COMPÉTENCES AVANCÉES EN MÉDECINE FAMILIALE RURALE					
1. Accès aux services de santé essentiels, à l'anesthésie, aux soins de maternité, à la chirurgie générale et aux autres programmes de formation du CMFC et des facultés de médecine			✓		
2. Directives dans le cursus pour les compétences avancées de la médecine familiale rurale	✓				
3. Agrément des programmes de formation en compétences avancées pour la médecine familiale rurale	✓				
4. Formation axée sur les compétences (6 à 12 mois)			✓		

À la suite du rapport du CMFC 1999, des examens approfondis de la littérature ont été mis en œuvre : comme celui de Pong^{14, 48} et Curran.⁶⁵ Basés sur ces examens, on s'entend que les quatre facteurs qui semblent influencer le choix des médecins d'exercer dans les communautés rurales et éloignées devraient être ajoutés à tout plan de développement.²⁹

Le tableau suivant met en valeur les enjeux clés à aborder, selon les quatre critères :

4 FACTEURS QUI INFLUENT LE CHOIX D'EXERCER EN MILIEU RURAL	MESURES À ABORDER
1. Origines rurales	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les critères d'admission et les avantages et inconvénients de l'adoption nationale dans toutes les facultés de médecine • Identifier les pratiques exemplaires pour attirer les jeunes des milieux ruraux qui pourraient s'intéresser à une carrière en médecine
2. Exposition favorable au milieu rural pendant les études prédoctorales	<ul style="list-style-type: none"> • Définir ce qui constitue une expérience rurale adéquate (durée, temps, lieu, rôle de l'enseignant en contexte clinique) • Définir les compétences pour la pratique rurale à maîtriser à la faculté de médecine • Articuler les meilleures pratiques pour enseigner ces compétences, y compris l'utilisation d'externats intégrés et autres méthodes • Définir les normes d'agrément qui aideraient à promouvoir la mise en œuvre d'un cursus pour l'éducation médicale rurale qui attiserait l'intérêt pour la pratique en milieu rural
3. Exposition ciblée à l'extérieur des milieux urbains pendant les études postdoctorales	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les compétences requises pour la pratique en milieu rural — cerner les lacunes par rapport à ce qui existe déjà dans le Cursus Triple C, CanMEDs-MF et les Objectifs d'évaluation en médecine familiale du CMFC utilisés aux fins de la certification en médecine familiale • Instituer les meilleures pratiques : <ul style="list-style-type: none"> o Pour fournir des expériences d'apprentissage pertinentes afin de permettre la maîtrise des compétences o Pour évaluer la maîtrise des compétences dans un contexte rural • Définir le développement professoral adéquat pour soutenir les enseignants en contexte clinique qui travaillent en milieu rural • Déterminer les soutiens à l'infrastructure et les meilleures pratiques (les ressources, y compris le financement, le personnel, les leadership, et les relations avec l'administration des programmes de résidence) pour les sites d'enseignement clinique en milieu rural • Déterminer les programmes de compétences avancées requis pour les pratiques en milieu rural (p. ex., chirurgie générale) y compris définir/revoir les compétences (anesthésie générale), le cursus et l'infrastructure requis • Établir les normes d'agrément qui aideraient à faire avancer l'éducation en médecine rurale dans le cursus et ses résultats (p. ex., des médecins compétents et prêts à exercer dans des communautés rurales et éloignées)
4. Intention/préférence articulée pour la pratique de la médecine générale ou familiale ou la prestation de soins primaires en milieu rural	<ul style="list-style-type: none"> • Définir des postes adéquats pour les programmes de résidence en médecine familiale qui favorisent la formation axée sur le contexte rural • Identifier des moyens pour promouvoir l'approche du pipeline qui assurent une transition et des liens appropriés avant l'entrée à la faculté de médecine, pendant la résidence et jusqu'à la pratique • Développer des stratégies d'évaluation pour surveiller l'approche du pipeline en éducation médicale et son influence sur le choix des étudiants en médecine de pratiquer en milieu rural et les tendances de pratique • Établir des mesures à long terme pour accroître le nombre de médecins de famille qui travaillent dans des contextes ruraux

7,0 Considérations politiques – Créer un plan global pour la formation rurale au Canada

L'amélioration des programmes d'éducation et de formation des médecins de famille qui exercent dans les communautés rurales est une première étape importante, mais cela ne suffira pas. Une transformation fondamentale des programmes d'éducation et de formation universitaires sera nécessaire pour assurer un approvisionnement suffisant de praticiens adéquatement formés pour travailler dans les communautés rurales. Une approche multidimensionnelle au recrutement et à la rétention des médecins de famille dans les régions rurales est nécessaire et des interventions tout au long de l'éducation rurale et du pipeline des effectifs médicaux sont recommandées.

Une approche intégrée pour identifier et attribuer les ressources devrait être envisagée. Il faudra cultiver une coalition de leaders médicaux plus forte, capable d'envisager les soins cliniques dans le contexte plus large de la santé des populations et de l'établissement de structures de collaboration à l'échelle communautaire. Les gouvernements ont un rôle à jouer pour aider les collectivités rurales et les médecins à acquérir les connaissances, les compétences, les habiletés et les outils nécessaires pour améliorer l'accès aux services de santé. Il faut prendre des mesures pour s'assurer que les communautés rurales ne sont pas laissées de côté. Nous devons rester vigilants afin de répondre aux questions entourant le recrutement et la rétention des médecins qui choisissent de pratiquer en milieu rural, tout en prenant des mesures afin de mieux les préparer à prodiguer des soins de santé de qualité dans ces régions.

Le présent document fournit au leadership du CMFC et de la SMRC des opportunités et des mesures clés pour aborder les stratégies de formation médicale et aider à accroître le nombre de médecins de famille prêts à exercer dans les collectivités rurales et éloignées du Canada. En guise de conclusion, le document présente un tableau récapitulatif qui met en évidence un certain nombre de questions clés, de stratégies et de démarches possibles, ainsi que les questions cruciales à considérer.

1. Évaluation

STRATÉGIES	OBJECTIFS/ACTIVITÉS	QUESTIONS À CONSIDÉRER
<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les modèles d'éducation rurale du Canada, y compris ceux qui adoptent l'approche du pipeline pour identifier des modèles novateurs Créer des occasions de partage de données centralisées et de diffusion avec indicateurs comparatifs 	<ul style="list-style-type: none"> Revoir les programmes de pipeline ruraux (délocalisés) pour déterminer les méthodes ou concepts à considérer par les programmes délocalisés 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Comment les données peuvent être utilisées de manière plus efficace pour aider à planifier la main-d'œuvre en permettant des comparaisons, et comment elles peuvent être utilisées par les éducateurs, les praticiens et les décideurs?</i> <i>Qui a des données qui pourraient être utiles? Comment pourrait-on inviter ces intervenants à la table de concertation?</i>

2. Programmes d'éducation rurale

STRATÉGIES	OBJECTIFS/ACTIVITÉS	QUESTIONS À CONSIDÉRER
<ul style="list-style-type: none"> • Développer ou perfectionner les compétences actuelles pour se préparer à exercer dans la spécialité de médecine familiale, qui assureraient que les médecins de famille/apprenants sont capables de débiter la pratique professionnelle dans les contextes ruraux et éloignés • Établir un processus pour déterminer les compétences avancées requises, en fonction des besoins communautaires et des exigences d'apprentissage. Développer des méthodes pédagogiques et d'évaluation qui attestent de l'acquisition des compétences/peuvent être certifiées par le CMFC • Définir le rôle du CMFC comme l'organisme national d'agrément et de certification liés à l'expansion du nombre de sites de pratique de médecine familiale rurale au Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • Élargir la portée de la pratique pour inclure la gamme des services cliniques qui peuvent être fournis par les médecins de famille et prévoir une certaine flexibilité au sein des disciplines • Examiner les compétences requises pour la pratique rurale et formuler des recommandations sur la façon dont le Cursus Triple C peut améliorer son programme d'études et ses méthodes d'évaluation pour que l'apprenant soit mieux préparé pour l'exercice dans les collectivités rurales • Développer des volets ruraux de formation et de fellowship qui <ol style="list-style-type: none"> 1) offrent aux étudiants des stages dans des sites de soins ruraux; 2) mettent l'accent sur la pratique des soins primaires; et 3) assurent la formation croisée dans des domaines clés où il y a pénurie au sein des communautés rurales : urgence et traumatologie, santé mentale, obstétrique • Identifier les besoins futurs des programmes d'éducation (y compris les enseignants et l'infrastructure physique) pour former les médecins de famille prêts à répondre aux besoins des Canadiens et Canadiennes • Répertoire les possibilités de formation rurale à l'appui de la progression de carrière • Développer des outils pour accroître l'accès à la formation en milieu clinique et les postes (par exemple, technologie de simulation, stages longitudinaux intégrés, meilleures pratiques pour le recrutement des superviseurs et pour offrir des stages cliniques, orientation pour les superviseurs, programmes de mentorat, programmes de reconnaissance des enseignants en contexte clinique, stages cliniques comme outil de recrutement et de rétention) • Élaborer des stratégies et des soutiens pour augmenter la participation d'étudiants autochtones aux programmes d'éducation en santé, comme l'expansion des programmes de transition qui aident les étudiants autochtones à passer de l'école secondaire à la formation professionnelle en santé 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>En examinant les compétences requises pour être prêt à exercer en régions rurales et éloignées, comment un organisme national de certification définit-il cette compétence?</i> • <i>Quel est le rôle du développement professionnel continu pour le développement continu des compétences d'un médecin de famille, particulièrement s'il a déjà choisi la communauté qu'il souhaite desservir? Quand le DPC et le mentorat sont-ils essentiels à la formation d'un praticien en milieu rural?</i> • <i>Qu'entend-on par compétence pour un médecin de famille qui commence à pratiquer? Est-elle prouvée en démontrant des connaissances et des habiletés en fonction de listes prédéterminées? Est-elle fondée sur l'autoréflexion sur les lacunes de connaissances et la volonté démontrée d'acquiescer les compétences requises?</i> • <i>Comment les programmes de formation rurale peuvent-ils aider à définir les compétences requises pour exercer en milieu rural? Quel rôle jouent les enseignants en milieu clinique rural pour déterminer si les résidents sont prêts à pratiquer?</i> • <i>Quelles sont les normes pour les programmes de résidence en régions rurales et éloignées à la lumière des données émergentes?</i>

3. Soutien aux enseignants en milieu clinique rural

STRATÉGIE	OBJECTIFS/ACTIVITÉS	QUESTIONS À CONSIDÉRER
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer le soutien aux sites d'enseignement clinique ruraux, y compris le développement professoral, la coordination administrative pour aider à planifier les horaires des apprenants et à coordonner l'apprentissage et les évaluations 	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer le niveau de soutien à donner aux enseignants du programme d'études en médecine rurale Déterminer quelles sont les ressources nécessaires pour aborder des contextes d'apprentissage différents pour faciliter la formation des médecins en milieu rural 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Quel rôle l'organisme national d'agrément joue-t-il dans l'évaluation des capacités des enseignants en contexte clinique à superviser les résidents? Compte tenu de l'évolution vers la formation axée sur les compétences, comment l'organisme national d'agrément pourrait-il évaluer les capacités des enseignants en contexte clinique à définir la compétence pour la pratique?</i>

4. Changements de politiques en matière de soutien et de financement

STRATÉGIES	OBJECTIFS/ACTIVITÉS	QUESTIONS À CONSIDÉRER
<ul style="list-style-type: none"> Aligner les cursus aux besoins du système de santé en assurant l'équité tant pour les programmes en milieu urbain que rural, et la transparence quant à l'avancement des politiques de santé Investir dans l'infrastructure de l'éducation rurale surtout dans des sites d'enseignement clinique délocalisé pour soutenir les enseignants, compte tenu des rôles plus larges de l'enseignement et de l'évaluation des compétences Examiner la capacité des programmes pédagogiques, y compris le cursus, et analyser la mesure dans laquelle le programme d'études actuel répond aux besoins du système de santé et aux politiques (selon des indicateurs établis) 	<ul style="list-style-type: none"> Définir les appuis nécessaires pour les enseignants en contexte clinique dans les régions rurales et éloignées du Canada Déterminer les éléments de l'éducation et de la formation à améliorer compte tenu des ressources existantes en éducation, en formation et en enseignement, pour mieux répondre aux besoins du système de santé Offrir des incitatifs financiers aux programmes de formation en résidence pour fournir des volets ruraux en établissant un lien entre une partie des places en formation médicale postdoctorale et les stratégies de recrutement et de rétention 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Quel rôle les organismes d'agrément pourraient-il jouer pour revoir l'utilisation de données probantes et évaluer les résultats des programmes de résidence dans la formation de médecins de famille prêts à travailler dans les communautés rurales et éloignées?</i> <i>Quel rôle les organismes d'agrément pourraient-il jouer pour revoir l'infrastructure requise pour soutenir les programmes délocalisés? Comment les universités pourraient-elles utiliser les résultats de ces études?</i>

5. Approche pancanadienne à la formation des médecins de famille en milieu rural

STRATÉGIES	OBJECTIFS/ACTIVITÉS	QUESTIONS À CONSIDÉRER
<ul style="list-style-type: none"> • Créer des occasions pour l'exercice du rôle des gouvernements (F/P/T), des médecins, autres professionnels de la santé et universités afin d'influencer et de faciliter conjointement une approche pancanadienne à l'enseignement et la pratique en milieu rural • Assumer des rôles de leadership dans l'éducation et assurer la coordination entre les gouvernements, les facultés de médecine et les groupes de médecins 	<ul style="list-style-type: none"> • Attribuer et obtenir un financement spécifique aux collectivités rurales et aligner l'éducation avec des résultats définis. • Engager activement le milieu universitaire, des groupes médicaux, et les gouvernements pour élaborer des stratégies visant à améliorer l'accès aux occasions de carrière, aux programmes de réinsertion et de formation continue, ainsi que des stratégies de recrutement et de rétention globales • Pour les gouvernements provinciaux - <ul style="list-style-type: none"> ○ mandater tous les programmes éducatifs à répondre aux besoins de la communauté ○ échanger les stratégies de recrutement et de rétention, y compris celles qui ciblent les questions liées au cycle de carrière et aider à retenir les praticiens expérimentés • Pour les universités <ul style="list-style-type: none"> ○ Créer des occasions de mentorat; promouvoir les stages en milieu rural, établir des partenariats avec les hôpitaux et les communautés, et militer pour les cursus axés sur les milieux ruraux dans les facultés de médecine ○ Fournir les occasions de formation à distance, aligner des programmes qui reflètent la population ○ Augmenter les expériences pédagogiques sur place dans les communautés rurales et d'encourager les enseignants à travailler dans les pratiques rurales; encourager les médecins qui pratiquent en milieu rural d'assumer formellement des rôles dans les facultés et d'entreprendre des carrières universitaires avec le soutien requis pour réussir. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quel est le rôle d'un collège national pour aider les programmes de résidence qui ont des mandats sociaux en milieux ruraux et éloignés à atteindre leurs objectifs?</i> • <i>En considérant le bassin national de stagiaires, quel est le nombre ou taux adéquats de stagiaires requis pour la formation dans les régions rurales et éloignées du Canada? Comment ces chiffres peuvent-ils refléter plus précisément les réalités du vieillissement des effectifs médicaux et de la diminution du nombre de personnes vivant dans les collectivités rurales et éloignées?</i> • <i>En considérant le mouvement vers l'éducation médicale délocalisée, l'utilisation d'incitatifs et autres stratégies, de quelles données disposons-nous pour voir si ces efforts ont amélioré le recrutement et la rétention des médecins dans les collectivités rurales et éloignées?</i> • <i>Où sont les approches novatrices qui ont une incidence sur l'accès aux soins et les résultats en santé dans les régions rurales et éloignées du Canada? Sont-elles basées sur le médecin? Sont-elles basées sur l'équipe? Quel a été le soutien apporté par les gouvernements (fédéral, provinciaux, territoriaux)?</i> • <i>Comment les éducateurs et les praticiens peuvent-ils collectivement promouvoir les besoins des régions rurales et éloignées du Canada afin d'aider à faire avancer les besoins en soins des Canadiens et Canadiennes qui vivent dans les régions rurales et éloignées?</i>

ANNEXES

ANNEXE A – LITTÉRATURE GRISE SÉLECTIONNÉE - RAPPORTS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Année	Publication	Source/Lien
1999	Barer ML, Stoddard GL. <i>Improving access to needed medical services in rural and remote Canadian communities: recruitment and retention revisited</i> . Document de discussion préparé pour le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines; juin 1999 (Document final).	https://www.srpc.ca/PDF/BarSto99.pdf
1999/ 2000	Budget fédéral – Santé Canada. <i>Le ministre de la Santé annonce des initiatives à l'intention des Canadiens et des Canadiennes vivant en milieu rural</i> juin 2000.	
2000	Chenier NM. <i>Rôle du Fédéral dans la santé en milieu rural</i> . Santé Canada. Préparé par Nancy Miller Chenier, Division des affaires politiques et sociales; Octobre 2000.	http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/prb0020-e.htm
2000	Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé	
2002	Romanow R. Rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Communautés rurales et éloignées Dans : <i>Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada</i> . Saskatoon, SK : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002: Chapitre 7.	http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf
2002	<i>L'accès aux soins de santé dans le Canada rural</i> . Rédigé par Stephen Lauren, Division de l'économie, décembre 2002	http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/prb0245-f.htm
2002	Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale. <i>La santé rurale aux mains des communautés rurales : Orientations stratégiques pour les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones</i> .	https://www.srpc.ca/PDF/mains_rurale.pdf
2002	Kirby JL, LeBreton M. La santé rurale dans le rapport intérimaire du comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie. Dans : <i>La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Tendances actuelles et défis futurs</i> ; vol. 2. Ottawa, ON: Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, Parlement du Canada; janvier, 2002	http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/soci/rep/repjan01vol2-f.htm

suite à la page suivante

Année	Publication	Source/Lien
2003	Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé	http://www.scics.gc.ca/CMFiles/800039004_f1GTC-352011-5274.pdf
2005	Santé Canada. Professionnels de la santé diplômés à l'étranger (IPSE).	http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/init-prof-educ/index-fra.php
2005	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires - Rapport provisoire Publié en avril 2005.	http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/hc-sc/H21-245-2005E.pdf
2005 et révisé en 2007	Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) <i>Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne</i> Publié en mars 2007.	http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2007-frame-cadre/index-fra.php
2006	Groupe de travail Deux : <i>Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada</i> . Groupe de travail du Forum médical canadien Rapport final. Publié en mars 2006.	http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=4673&cf_id=68&lang=en
2007	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires : <i>Résumé des initiatives</i> : Dernière édition; mars 2007	http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/phctf-fassp-initiatives-fra.pdf
2007–2008	Santé Canada. <i>Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé</i> . Rapport 2007-2008.	http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/index-fra.php
2009–2010	Santé Canada. <i>Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé</i> Rapport 2009-2010	http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2010-ar-ra/index-fra.php
2010–2011	Santé Canada. Programme de contributions pour les politiques en matière des soins de santé. Rapport annuel 2010-2011.	http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2011-ar-ra/index-eng.php
2011	Plan d'action économique du Canada. <i>Renforcer les soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées</i> .	http://plandaction.gc.ca/fr/initiative/renforcer-les-soins-de-sante-les-collectivites

ANNEXE B

LITTÉRATURE GRISE SÉLECTIONNÉE – RAPPORT DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX

Colombie-Britannique
BC Health. Rural practice programs. http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/physician-compensation/rural-practice-programs
BC Medical Services Commission. Annual report: 2005–2006. www2.gov.bc.ca/gov/DownloadAsset?assetId=F392CDDAD9E0481FA1D2E3EDEF0EA671&filename=msc_annual_report_2005-06.pdf
BC Government and BCMA. Rural programs. A guide to the rural physician programs in British Columbia. Publié en février 2013. http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2013/rural-guide-mar2013.pdf
British Columbia Rural Physician Programs Review. Harbour Peaks Management Inc. final report: 2008. http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/rural_review_report.pdf
Enhancing health services in remote and rural communities of British Columbia: an update of former recommendations. Publié en novembre 1999. Mis à jour en avril 2002. health.gov.bc.ca/library/publications/year/2002/rapupdate.pdf
UNBC Northern Medical Program Community Action Group. Building for the future of health care in Northern BC. Publié en octobre 2003. www2.news.gov.bc.ca/archive/2001-2005/2004hser0013-000167.htm
Alberta
Alberta Health. Vision 2020. The future of health care in Alberta: phase one. Décembre 2008. http://www.health.alberta.ca/documents/Vision-2020-Phase-1-2008.pdf
Recruit the physician, retain the family. Proceedings report presented at 3 rd Annual Rural Alberta Community Physician Recruitment and Retention Conference; 2010. http://www.nadc.gov.ab.ca/Docs/RPAP-Workshop-10.pdf
Alberta Rural Physician Action Plan. Proceedings presented at the Rural Alberta Community Physician Recruitment and Retention Workshop; 2009. http://www.rpap.ab.ca/images/upload/RPAP%2520Website/RPAP_AR_Online_Final_red.pdf
Alberta Health & Wellness. Provincial health human resource planning & guide for health authorities. Publié en mars 2008. http://www.health.alberta.ca/documents/Workforce-Health-HR-plan-2008.pdf
Alberta Health & Wellness. Comprehensive Health Workforce Planning Committee. Provincial comprehensive health workforce plan: appendices. Publié en juillet 2003. health.alberta.ca/documents/Workforce-Plan-2003.pdf
Government of Alberta. Alberta's rural development strategy: current and emerging initiatives. Mise à jour 2010 http://www1.agric.gov.ab.ca/%24Department/deptdocs.nsf/all/csi12110/%24FILE/Rural-Initiatives-2010-report.pdf
Alberta Health. Health workforce action plan: 2007 to 2016. Addressing Alberta's health workforce shortages. www.health.alberta.ca/documents/Workforce-Action-Plan-2007.pdf

suite à la page suivante

Saskatchewan
Saskatchewan Ministry of Health. Physician recruitment strategy. Publié en 2012. saskdocs.ca/web_files/12-13%20PRAS%20TABLED%20ANNUAL%20REPORT%20July%2029,%202013.pdf
Saskatchewan Ministry of Health. Saskatchewan's health human resources plan. Publié en décembre 2011. www.saskatchewan.ca/government/government-structure/ministries/health/other-reports/other-ministry-plans-and-reports
Manitoba
Office of Rural & Northern Health. Rural Manitoba health mentorship program. Rapports annuels : 2010-2012. http://healthmentor.org/home/wp-content/uploads/2013/10/RMHMP-Annual-Report-2013.pdf http://healthmentor.org/home/wp-content/uploads/2013/10/rmhmp2012.pdf http://healthmentor.org/home/wp-content/uploads/2013/10/rmhmp2011.pdf
Health Manitoba. Manitoba's health human resource plan. A report on supply. Publié en avril 2006. http://gov.mb.ca/health/documents/actionplan.pdf
Health Manitoba. Recruitment and retention framework for rural doctors. Publié en avril 2004. http://gov.mb.ca/chc/press/top/2004/04/2004-04-16-04.html
Rural physician and health services review. Assiniboine region. Final report to Minister of Health. Publié en avril 2004. http://gov.mb.ca/health/documents/arha.pdf
Ontario
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. L'accès à des soins de qualité des collectivités rurales, isolées et du Nord de l'Ontario. Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord Publié en juin 1998. http://health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/rural/ruralca.aspx
Institute for Clinical Evaluative Sciences. Geographic access to primary care and hospital services for rural and northern communities. Rapport au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Publié en janvier 2011. www.ices.on.ca/flip-publication/geographic-access-to-primary-care-and-hospital-services-for-rural-northern/files/assets/basic-html/index.html
Institute for Clinical Evaluative Sciences. Supply and utilization of general practitioner and family physician services in Ontario: investigative report. Publié en août 2005. http://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2005/Supply-and-utilization
Comité d'étude des services de santé dans les collectivités rurales et du Nord Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord – Étape 1; rapport final. Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2010. http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ruralnorthern/docs/report_rural_northern_EN.pdf
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Expert Panel on Health Professional Human Resources. Shaping Ontario's physician workforce. Publié en 2001. health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/workforce/workforce.asp
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Jeter les fondations du changement. Rapport intermédiaire sur les initiatives en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé en Ontario. http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/hhr_05/hhr_05.aspx
Thomson G, Cohl K. IMG Selection: Independent Review of Access to Postgraduate Programs by International Medical Graduates (IMGs) in Ontario. Findings and Recommendations; vol 1. Analysis and Background; vol 2. Soumis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée en septembre 2011. http://cou.on.ca/wp-content/uploads/2011/09/COU-International-Medical-Graduate-Selection-Independent-Review-Volume-2.pdf

suite à la page suivante

Nouveau-Brunswick
Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Rapport annuel 2011-2012. http://www.csnb.ca/
Ressources humaines en santé du Nouveau Brunswick. Mise à jour de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé 2008-2015. Publié en mars 2009. http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2011/Health%20Human%20Resources%20Supply%20and%20Demand%20Update%202008-2015.pdf
Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Faire progresser les soins de santé en mettant les patients au premier plan. Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé, 2008-2012 Initiatives clés http://www.yumpu.com/en/document/view/8138048/transforming-new-brunswicks-health-care-system-gouvernement-
Nouvelle-Écosse
Nouvelle-Écosse. Santé et Mieux-être Énoncé de mandat pour 2013-2014 Publié en avril 2013. http://novascotia.ca/dhw/corporate-reports/documents/DHW_Statement_of_Mandate_for_2013-2014.pdf
Shaping our physician workforce: BetterCare sooner. Nouvelle-Écosse; 2012. http://novascotia.ca/dhw/publications/Physician_Resource_Plan_Shaping_our_physician_Workforce.pdf
Social Sector Metrics Inc and Health Intelligence Inc. Physician resource planning: a recommended model and implementation framework. Rapport final au ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse Publié en janvier 2012. http://novascotia.ca/dhw/publications/Physician_Resource_Plan_Report.pdf
Lombard AC. Retention of health professionals in rural Nova Scotia. Publié en octobre 2005. ruralnovascotia.ca/documents/rural%20health/retention05%20full%20report.pdf
Rural policy forum report. Rural communities impacting policy project. Publié en juin 2005. http://www.ruralnovascotia.ca/documents/policy%20forum%202005/forum%20report%2005.pdf
Policy barriers to recruitment and retention of health professionals in rural areas of Nova Scotia: summary report. Publié en août 2004. http://www.ruralnovascotia.ca/documents/rural%20health/recruit%20retention%20summary%20report%202004.pdf
Terre-Neuve
Newfoundland Department of Health and Community Services. Annual report 2005–2006. http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/annual_report05_06.pdf
Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador. Reporting to the people of Newfoundland and Labrador: First Minister's Accord 2004. Implementation report December 2005. Published 2006. http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/fmm_report.pdf
Newfoundland Department of Health and Community Services. Partnering for health. Annual report 2001– 2002. http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/hcs_annual_report_2001_02.pdf
PEI
Health PEI. Plan stratégique 2013–2016. http://www.gov.pe.ca/photos/original/hpei_stratpl_16.pdf
Yukon
The Yukon Health Care Review. Taking the pulse: final report. Juillet 2009. www.yukonpremier.ca/pdf/yukon_health_care_review_final_report.pdf
Yukon Medical Education Bursary Policy. Avril 2011. www.hss.gov.yk.ca/pdf/medical_education_bursary.pdf

RÉFÉRENCES

1. Collège des médecins de famille du Canada. *Postgraduate Education for Rural Family Practice : Vision and Recommendations for the New Millennium. A Report of the Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 1999.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. *Contribution of primary care to health systems and health*. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
3. Laurent S. *Santé Canada Division de l'économie L'accès aux soins de santé dans le Canada rural*. Dans : <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/prb0245-f.htm>. Décembre 2002. Date de consultation : le 30 août 2013.
4. Conseil canadien de la santé. *Soins de santé primaires : Document de travail joint à Renouveau des soins de santé au Canada: Accélérer le changement*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2005.
5. Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale. *La santé rurale aux mains des communautés rurales : Orientations stratégiques pour les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones*. Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale; 2002.
6. Herbert R. *Canada's health care challenge: recognizing and addressing the health needs for rural Canadians*. *LURI*. 2007;2(1).
7. Canadian Intergovernmental Conference Secretariat. *First Ministers' meeting communiqué on health* [news release]. Ottawa, ON: Canadian Intergovernmental Conference Secretariat; 2000.
8. Santé Canada. *Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Dans : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/fs-if_01-fra.php. Publié en 2003. Date de consultation : le 30 août 2013
9. Santé Canada. *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. Dans : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/nr-cp_9_16_2-fra.php. Publié en 2004 Date de consultation : le 30 août 2013.
10. Romanow R; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Saskatoon, SK : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002. Dans : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002E.pdf>. Date de consultation : le 30 août 2013.
11. Institut canadien d'information sur la santé. *Les médecins au Canada 2013 : Rapport sommaire*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2014.
12. Institut canadien d'information sur la santé. *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2012*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2013.
13. Bates J, Frost H, Schrewe B, Jamieson J, Ellaway R. *Distributed education and distance learning in postgraduate medical education*. Membres du consortium sur l'AEMC; 2011. Medical Education Distributed Medical Education (DME). Dans : https://www.afmc.ca/pdf/mec/12_Bates_Distributed%20Education.pdf. Date de consultation : le 30 août 2013.
14. Pong RW, Heng D. *The Link Between Rural Medical Education and Rural Medical Practice Location: Literature Review and Synthesis*. Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord. Université Laurentienne. Soumis à l'Unité de planification des ressources en médecins, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2005.
15. El-Jardali F, Fooks C. *Analyse contextuelle des points de vue actuels sur les ressources humaines en matière de santé au Canada : problèmes relevés, solutions proposées et analyse des écarts*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé; 2005.
16. Duckett S, Bredon P, Ginnivan, L. *Access II Areas: New Solutions for GP Shortages in Rural Australia*. Melbourne: Grattan Institute; 2013.
17. Rourke J. Increasing the number of rural physicians. *CMAJ* 2008;178(3):322-325.
18. Social Sector Metrics Inc. and Health Intelligence Inc. *Physician Resource Planning. A Recommended Model and Implementation Framework. Final Report to Nova Scotia Department of Health and Wellness*. Social Sector Metrics Inc. and Health Intelligence Inc.; 2012.
19. Le Quotidien. *Étude : Changements démographiques selon un gradient urbain-rural*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2007.
20. Heng D, Pong RW, Pitblado JR, Lagace C, Desmeules M. Sources of data for rural health research: development of an inventory of Canadian databases. *J Agric Saf Health*. Mai 2005;11(2):219-227.
21. du Plessis V, et collab. *Définition de rural : Document de recherche* Ottawa, ON : Statistique Canada; 2002.
22. *Bulletin d'analyse : régions rurales et petites villes du Canada. Structure et évolution de la démographie rurale du Canada : Mise à jour jusqu'en 2006*. Ottawa, ON : Statistique Canada. 2008;7:7.
23. Grzybowski S, Kornelsen J. Services de santé ruraux : à la recherche de la lumière au bout du tunnel. Document de discussion. *Politique de santé*. 2013;8(3):10-16.
24. Rourke J. In search of a definition of "rural" (editorial). *Can J Rural Med*. 1997;2(3):113-115.
25. Lavergne MR, Kephart G. Examining variations in health within rural Canada. *Rural Remote Health*. 2012;12:1848.
26. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract*. 2003;20(4): 457-463.
27. Conseil canadien sur l'apprentissage. *Carnet du savoir : L'écart éducatif entre les zones rurales et urbaines*. Conseil canadien sur l'apprentissage; 2006.
28. Agence de santé publique du Canada. Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord et ICIS. *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural?* Agence de santé publique du Canada. Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord et ICIS; 2006.
29. Institute of Medicine of the National Academies. *Quality Through Collaboration. The Future of Rural Health Care*. National Academy Press; 2005.
30. Mitton C, Dionne F, Masucci L, Wong S, Law S. Innovations in health service organization and delivery in northern rural and remote regions: a review of the literature. *Int J Circumpolar Health* 2011;70(5):460-472.
31. Conseil canadien de la santé. *Meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur pour tous : Recentrer la réforme des soins de santé au Canada*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2013.
32. Rourke J. Key challenges in rural medical education. *Int J Child Health Hum Dev* 2011;(4):1-14.
33. Statistique Canada. *Indicateurs de santé*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2013.
34. Pong RW, et collab. Rural-urban disparities in health: how does Canada fare and how does Canada compare with Australia? *Aust J Rural Health* 2009;17(1):58-64.
35. Collège des médecins de famille du Canada. *La médecine familiale au Canada : Une vision d'avenir*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2004
36. Tiepoh M, Reimer B. *Global Influences on Rural and Urban Disparity Differences in Canada: Policy Implications for Improving Rural Capacity*. Document de discussion pour l'atelier NER annuel du printemps; 2005.
37. Halseth G, Ryser, L. Trends in service delivery: examples from rural and small town Canada, 1998 to 2005. *JRCD* 2006;1:69-90.
38. ICIS. *Disparities in Primary Health Care Experiences Among Canadians with Ambulatory Care Sensitive Conditions*. Analyse en bref. Mars 2012.
39. Conseil canadien de la santé. *Les plus vulnérables au Canada : Améliorer les soins de santé pour les personnes âgées des Premières Nations, inuites et métisses*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2013.
40. Organisation nationale de la santé autochtone. *Compétence et sécurité culturelles : Guide à l'usage des administrateurs, fournisseurs et éducateurs en santé*. Ottawa, ON; NAHO; 2008.
41. L'Association des médecins indigènes du Canada et L'Association des facultés de médecine du Canada. *Les compétences essentielles en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations. Un cadre de programme d'enseignement produit par l'AMIC et l'AFMC pour la formation médicale prédoctorale*. Ottawa, ON: Auteur; révisé en avril 2009.
42. IPAC-RCPSC Family Medicine Curriculum Development Working Group. *Cultural Safety in Practice: A Curriculum for Family Medicine Residents and Physicians*. Ottawa, ON: Association des médecins indigènes du Canada et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2009. Dans : http://ipac-amic.org/wp-content/uploads/2011/10/CultSafetyinPractice_Family-Medicine.pdf. Date de consultation : 7 octobre 2015.
43. Tepper J. *L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada 1992 à 2001*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2004.

44. Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie. *Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004*. Ottawa, ON : Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie; 2012.
45. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003;38(3):831–865.
46. Le Quotidien. *Étude : Enquête auprès des peuples autochtones : Santé de la population métisse*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2009.
47. Santé Canada. *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires : résumé des initiatives* : dernière édition. Ottawa, ON : Santé Canada; 2007. Dans : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgpps/pdf/phctf-fassp-initiatives-fra.pdf. Date de consultation : le 30 août 2013.
48. Pong RW. La formation postdoctorale en médecine familiale au Canada : continuité et changement sur 15 ans. Ottawa, ON : Canadian Post-M.D. *Education Registry* 2012 (Source de données au Canada sur la formation post-MD 2012)
49. Barer ML, Stoddart GL. *Toward Integrated Medical Resource Policies for Canada*. Prepared for the Federal/ Provincial/Territorial Conference of Deputy Ministers of Health. Manitoba : Santé Manitoba; 191.
50. Pong R. *Accrocher définitivement son stéthoscope? Vers une nouvelle perspective du départ à la retraite des médecins*. Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord, Université Laurentienne. Institut canadien d'information sur la santé; 2011.
51. Association médicale canadienne. *Politique sur la flexibilité de la formation en médecine*. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2009. Dans : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/PD09-05-f.pdf>. Date de consultation : le 30 août 2013.
52. Dumont J-C, Zurn P, Church J, Le Thi C. *International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities*. Série : OECD Health Working Papers, no 40. Paris : Organisation mondiale de la santé; 2008. Dans : www.oecd.org/canada/41590427.pdf. Date de consultation : le 30 août 2013.
53. Boelen C, Heck JE. *Définir et mesurer la responsabilité sociale des écoles de médecine*. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1995.
54. Boelen C. Building a socially accountable health professions school: vers l'unité pour la santé. *Educ Health*. 2004;17(2): 223-231.
55. Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Une vision collective pour les études postdoctorales au Canada*. Ottawa, ON : Association des facultés de médecine du Canada, 2010.
56. Strasser R, Hogenbirk J, Minore B, Marsh D, Berry S, McCreedy W, Graves L. Transforming health professional education through social accountability: Canada's Northern Ontario School of Medicine. *Med Teach* 2013;35(6):490-496.
57. Rourke J. Social accountability in theory and practice. *Ann Fam Med* 2006;4(Suppl 1):S45-S48.
58. THEnet : Training for Health Equity Network. Social Accountability in Action. THEnet's Evaluation Framework for Socially Accountable Health Professional Education; 2011.
59. Rourke J. How can medical schools contribute to the education, recruitment and retention of rural physicians in their region? *Bull World Health Organ* 2010;88:395-396.
60. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Dans : www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds. Date de consultation : le 1^{er} novembre 2013.
61. Collège des médecins de famille du Canada. Section des enseignants. *CanMEDS – Médecine familiale*. Site Web du Collège des médecins de famille du Canada. 2009. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Final%20FR%20oct%2009.pdf>. Date de consultation : le 1^{er} novembre 2013.
62. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *La compétence par conception : une nouvelle ère de la formation médicale au Canada Rapport intérimaire*. Ébauche. Ottawa, ON : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2011.
63. Collège des médecins de famille du Canada. Site Web du Cursus Triple C. 2013. www.cfpc.ca/Triple_C/. Date de consultation : le 30 août 2013.
64. Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : Projet postdoctoral Une vision collective pour les études postdoctorales au Canada*. Ottawa, ON : Association des facultés de médecine du Canada; 2012. Dans : https://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/pdf/FMEC_PG_Final-Report_FR.pdf. Date de consultation : le 31 octobre 2013.
65. Curran V, Bornstein S, Jong M, Fleet L. *Strengthening the Medical Workforce in Rural Canada: The Roles of Rural/Northern Medical Education*. St. John's, Terre-Neuve : Memorial University of Newfoundland; 2004.
66. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et collab. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923- 1958.
67. Organisation mondiale de la santé. *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention. Global Policy Recommendations*. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2010.
68. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation. *Rapport du Groupe de travail sur le généralisme et les généralistes*. Ottawa, ON : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2013.
69. MacLellan K. A primer on rural medical politics. *Can J Rural Med* 2001;6(3):205-206.
70. R. Rural general practice: is it a distinct discipline? *Aust Fam Physician*. 1995; 24 (5): 870- 871, 874-876.
71. McWhinney I. The importance of being different. *BJGP*. 1996;46(408): 433-436.
72. Australian College of Rural and Remote Medicine. *About rural and remote medicine*. 2015. Dans : www.acrrm.org.au/about-rural-and-remote-medicine. Mis à jour le 3 mars 2015 Date de consultation : le 1^{er} novembre 2013.
73. MacLellan K, et al. Maintenance of competency in rural hospitals. *Can J Rural Med* 2002;7(4):287- 288.
74. Strasser R. General practice. What is it? *Med J Aust*. 1991;155:533-534.
75. Australian College of Rural and Remote Medicine. www.acrrm.org.au.
76. WONCA. *The role of the general practitioner/family physician in health care systems: a statement from WONCA, 1991*.
77. Royal College of General Practitioners. *Being a general practitioner. RCGP core curriculum 2010*. Révisé en août 2013. Royaume-Uni. Dans : www.rcgp.org.uk/~media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2012/RCGP-Curriculum-1-Being-a-GP.ashx. Date de consultation : le 1^{er} décembre 2013.
78. Royal College of General Practitioners. *Déclaration de consensus de Cairns sur la médecine générale en milieu rural L'amélioration de la santé des membres des communautés rurales grâce à des soins de santé accessibles de haute qualité*. Version préliminaire. Sommet mondial—Médecine générale en milieu rural (ACRRM); 30 octobre 2013; Cairns, Australie.
79. Sondage national des médecins. *Résultats du sondage de 2013*. Dans : <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/surveys/fr/sondage-2013/resultats-du-sondage/>. Date de consultation : le 1^{er} novembre 2013.
80. George P, Walker P, Beck G, Bonn J, Chan B, deMora J, et collab. *Supply and utilization of general practitioner and family physician services in Ontario: investigative report*. Toronto, ON : Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2005.
81. Pitblado JR, Pong R. *Répartition géographique des médecins au Canada au-delà du nombre et du lieu*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2005.
82. Gutkin C. Triple C : Nouveau cursus axé sur les compétences en médecine familiale *Can Fam Physician*. 2011;57:856.
83. Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, Organek A, Parsons E, Saucier D, et collab. *Durée de la formation de base des résidents en médecine familiale Rapport du Groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2011
84. Australian College of Rural and Remote Medicine—*Primary Curriculum*. 4^e éd. Dans : <http://acrrm.org.au/home>.
85. Australian College of Rural and Remote Medicine. *Advanced specialised training: Remote medicine. Curricula*. Dans : http://www.acrrm.org.au/docs/default-source/documents/training-towards-fellowship/acrrm-ast-curric_remote-med_01-11_17-02-11.pdf?sfvrsn=0.
86. Krupa LK., Chan, BTB. Canadian rural family medicine training programs: growth and variation in recruitment. *Can Fam Physician* 2005;51:852-853.
87. Rabinowitz HK, Paynter NP. Rural graduate medical education: pipeline or control valve? *J Rural Health*. 2000;16(3).
88. Geyman JP, Hart GL, Norris TE, Coombs JB, Lishner DM. Educating generalist physicians for rural practice: how are we doing? *J Rural Health* 2000;16(1).

89. Strasser R, Neusy A-J. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. *Bull World Health Organ* 2010;88:777-782.
90. Strasser R. Presentation to ACRRM. *Educating rural generalists in and for remote and rural areas*. 31 octobre 2013.
91. Chan B, Degani D, Crichton P, Pong R, Rourke J, Goertzen J, et collab. Factors influencing family physicians to enter rural practice. *Can Fam Physician* 2005;51:1246-1247.
92. Rourke JTB, Incitti F, Rourke LL, Kennard M. Relationship between practice location of Ontario family physicians and their rural background or amount of rural medical education experience. *Can J Rural Med* 2005;10(4):231-239.
93. Site Web de la Société de la médecine rurale du Canada Dans : http://www.srpc.ca/communications_classified.html. Date de consultation : le 1^{er} novembre 2013.
94. Association des facultés de médecine du Canada. *Fully distributed medical education programs in regional campuses*. Conférence sur l'éducation médicale. Rapport final; 2007.
95. AFMC. *Results of a Survey of Distributed Medical Education Activities at Canadian Faculties of Medicine*. Ottawa, ON : AFMC; 2006.
96. Billbey N, et collab. Canadian health care: a focus on rural medicine *UBCMJ* 2011;2(2):7-8.
97. Thistlethwaite JE, Bartle E, Chong A, Dick ML, King D, Mahoney S, et collab. A review of longitudinal community and hospital placements in medical education: BEME guide no. 26 *Med Teach* 2013;35:31340-31364.
98. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Document de travail préliminaire. 3. Diversification des contextes d'apprentissage*. Ottawa, ON : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2011. Dans : www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/educational_initiatives/diversified_learnin_g.pdf. Date de consultation : le 1^{er} novembre 2013.
99. Organisation mondiale de la santé. *Principes directeurs des stratégies nationales de main d'œuvre de la santé Initiative pour la promotion des personnels de santé. Initiative de sensibilisation du Groupe de travail sur la main d'œuvre pour la santé*. Sans date. Genève : Organisation mondiale de la santé. Dans : http://www.who.int/healthsystems/round9_6.pdf. Date de consultation : le 1^{er} décembre 2013.
100. Banner S, Rimac S, Rattanasithy S. *Factors Influencing Canadian Medical Students' Choice of Specialty*. Ottawa, ON : CaRMS; 2013.
101. Slade S, Fortin Y Bringing Canada's medical education map into focus. *DataPoint!* AFMC; 2010.
102. Banner S. Forum CaRMS 2013. *Présentation à la Conférence canadienne sur l'éducation médicale (CCME)*. Québec, QC; avril 2013.
103. ICIS. *Médecins diplômés à l'étranger qui pratiquent au Canada: 1972 à 2007*. Ottawa, ON : CIHI; 2009.
104. Cohl K, Thomson G. *Independent Review of Access to Postgraduate Programs by International Medical Graduates (IMGs) in Ontario. Volume 1 : Findings and Recommendations*. Présenté au MOHLTC; 2011.
105. Buske, L. First practice: family physicians initially locating in rural areas. *Can J Rural Med* 2013; 18(3):80-85.
106. Tepper J. *Physician Services in Rural and Northern Ontario*. Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2006.
107. Cook D. *Étude sur les enseignants cliniques des facultés de médecine du Canada. Un document de travail*. Ottawa, ON : L'Association des facultés de médecines du Canada; financement de Santé Canada; 2009.
108. Chen FM, Phillips RL Jr, Schneeweiss R, Andrilla CH, Hart LG, Fryer GE Jr, et collab. Accounting for graduate medical education funding in family practice training. *Fam Med* 2002;34(9):663-668.
109. Groupe de travail Deux : *Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada. Rapport final*; 2006.
110. Simoens S. Experiences of Organization for Economic Cooperation and Development countries with recruiting and retaining physicians in rural areas. *Aust J Rural Health*. Juin 2004;12(3):104-111.
111. World Organization of Family Doctors (Wonca). *Policy on Training for Rural General Practice*. Bangkok : Wonca Working Party on Training for Rural Practice; 1995.
112. World Organization of Family Doctors (Wonca). *Policy on Rural Practice and Rural Health*. Bangkok : Wonca Working Party on Training for Rural Practice; 2001.
113. World Organization of Family Doctors (Wonca). *Policy on Quality and Effectiveness of Rural Health Care*. Bangkok : Wonca Working Party on Training for Rural Practice; 2002.
114. Plan d'action économique du Canada. *Renforcer les soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées*. Dans : <http://plandaction.gc.ca/fr/initiative/renforcer-les-soins-de-sante-les-collectivites>. Date de consultation : le 30 août 2013.
115. Gouvernement du Canada. *Exonération de remboursement du prêt d'études pour les médecins de famille et le personnel infirmier*. Dans : http://www.cibleudes.ca/ra/prets_bourses/remboursement/aide/exoneration.shtm. Révisé le 26 juillet 2013. Date de consultation : le 30 octobre 2013.
116. Worrall A, Rea J, Ben-Schlomo Y. Counting the cost of social disadvantage in primary care: retrospective analysis of patient data. *BMJ* 1997;314:38-42.
117. Barer ML, Stoddart GL. *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*. Colombie-Britannique : Centre for Health Services and Policy Research; 1999.
118. Kirby JL, LeBreton M. La santé en milieu rural dans le rapport intérimaire du comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie Chapitre 10. Dans : *La santé des Canadiens - Le rôle du Fédéral. Volume deux : Tendances actuelles et défis futurs*. Ottawa, ON : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Parlement du Canada; 2002.
119. Lombard AC. *Retention of Health Professionals in Rural Nova Scotia*. Préparé pour le Centre de recherche sur la promotion de la santé de l'Atlantique à l'Université Dalhousie et Le Réseau des communautés côtières de Nouvelle-Écosse—partenaires du projet Rural Communities Impacting Policy (RCIP); 2005.
120. Santé Canada. *Fonds pour l'adaptation des soins de santé*. 2006.
121. Santé Canada. *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires : Rapport intérimaire*. Ottawa, ON : Santé Canada; 2005.
122. Santé Canada. *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé : Rapport 2007-2008*. Dans : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2008-ar-ra-fra.pdf. Date de consultation : le 30 août 2013.
123. Santé Canada. *Stratégie en matière de ressources humaines en santé et Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger : Rapport annuel 2008-2009*.
124. Santé Canada. *Stratégie en matière de ressources humaines en santé et Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger : Rapport annuel 2009-2010* Dans : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2010-ar-ra/index-fra.php>. Date de consultation : le 30 août 2013.
125. Santé Canada. *Le gouvernement du Canada appuie les améliorations au système d'éducation médicale supérieure*.
126. Santé Canada. *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne* Publié en 2007. Dans : <http://hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2007-frame-cadre/index-fra.php>. Date de consultation : le 30 août 2013.
127. Groupe de travail du Forum médical canadien. *Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada. Rapport final*. Groupe de travail Deux sur la planification des effectifs médicaux au Canada. Groupe de travail du Forum médical canadien; 2006.
128. Santé Canada. *Le ministre de la Santé annonce des initiatives à l'intention des Canadiens et des Canadiennes vivant en milieu rural* [communiqué de presse]. Juin 2000.
129. Caucus libéral rural national. *Élaboration d'une politique nationale de santé pour le monde rural*. Caucus libéral rural national (Canada). Sous-comité de la Stratégie nationale de santé rurale; 1999.
130. Association médicale canadienne, Société de la médecine rurale du Canada, Association des pharmaciens du Canada et Association des infirmières et infirmiers du Canada. *L'élaboration d'un cadre ou indice multilatéral de la ruralité. Rapport final présenté à Santé Canada : Initiative d'innovations en santé pour les régions rurales et éloignées*. Association médicale canadienne, Société de la médecine rurale du Canada, Association des pharmaciens du Canada et Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2003.
131. Chauhan TS, Jong M, Buske L. Recruitment trumps retention: results of 2008/09 CMA rural practice survey. *Can J Rural Med* 2010;15:101-107.
132. Barer ML, Wood L, Schneider DG. *Toward Improved Access to Medical Services for Relatively Underserved Populations: Canadian Approaches, Foreign Lessons*. Vancouver, C.-B. : Centre for Health Services and Policy Research, The University of British Columbia; 1999.
133. Osmond B. *Policy Barriers to Recruitment and Retention of Health Professionals in Rural Areas of Nova Scotia*. Rapport sommaire pour le Centre de recherche sur la promotion de la santé de l'Atlantique, le Réseau des communautés côtières de Nouvelle-Écosse et l'Université Dalhousie; 2004.
134. ACRRM. *ACRRM Primary Curriculum*.

135. Association médicale canadienne. *La transformation des soins de santé au Canada*. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2010.
136. Association médicale canadienne. Politique de l'AMC : enjeux de la pratique en milieu rural et éloigné *CMAJ* 2000;163(8): 1047-1050.
137. British Columbia Medical Association. *Doctors Today and Tomorrow: Planning British Columbia's Physician Workforce. A policy paper by BC's physicians*; July 2011.
138. Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Medical Teacher* 2004; 26(3):265-272.
139. Association médicale canadienne. *Politique de l'AMC : Planification des ressources humaines de la santé* (révisé en 2003). Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2003.
140. *Results of a Survey of Distributed Medical Education Activities at Canadian Faculties of Medicine*. L'Association des facultés de médecine du Canada; 2006.
141. Kornelsen J, Iglesias S, Humber N, Caron N, Grzybowski S. Experience of GP surgeons in Western Canada: The influence of interprofessional relationships in training and practice. *JRIPE* 2013;3(1):43-61.
142. Association médicale canadienne. *Policy on flexibility in medical training*. Ottawa, ON: Association médicale canadienne; révisé en 2009. Dans : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD09-05.pdf> Date de consultation : le 30 août 2013.
143. Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario. *Ressources humaines dans le domaine de la santé*. Dans : Rapport annuel 2013, Chapitre 3,02. Dans : http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr13/302fr13.pdf Date de consultation : le 15 décembre 2013.
144. Dolea C, et collab. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 2010; 88:379-385.
145. Rosenblatt RA, et collab. *Family Medicine Residency Training in Rural Areas: How much is taking place, and is it enough to prepare a future generation of rural family physicians? Working Paper #69*. Seattle, WA: WWAMI Rural Health Research Centre, Department of Family Medicine, School of Medicine, University of Washington; 2002.

À la demande de

