

Rapport

# Sommet pour améliorer l'accès aux soins de santé et l'équité dans les communautés rurales du Canada



## Le Plan d'action pour la médecine rurale

Juillet 2017

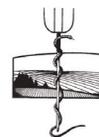
THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA



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



## À PROPOS DE FAIRE AVANCER LA MÉDECINE FAMILIALE RURALE: LE GROUPE DE TRAVAIL COLLABORATIF CANADIEN

En 2014, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) ont entrepris une initiative conjointe visant à créer un cadre de travail pancanadien pour renforcer l'effectif de médecins de famille en milieu rural; offrir des soins de haute qualité culturellement sécuritaires; et améliorer l'accès aux soins pour toutes les personnes qui vivent dans les communautés rurales et éloignées au Canada. Le Groupe de travail était composé de représentants du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (le Collège royal), de l'Association médicale canadienne (AMC), de l'Association des médecins indigènes du Canada (AMIC), de doyens et éducateurs, de médecins exerçant en milieu rural, ainsi que du gouvernement et de la communauté. Le Groupe de travail avait pour mandat d'aider les éducateurs, les communautés et les praticiens des régions rurales de même que les planificateurs des ressources humaines en santé à unir leurs forces afin de bâtir une approche systématique pour améliorer la prestation de soins de santé en milieu rural au Canada grâce à une planification efficace et durable des ressources humaines en santé.

## À PROPOS DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

Représentant plus de 35 000 membres d'un bout à l'autre du pays, le CMFC est l'organisme professionnel responsable de l'établissement des normes de formation et de certification des médecins de famille. Il examine et agrée les programmes et les documents de développement professionnel continu qui permettent aux médecins de famille de satisfaire aux exigences de la certification et de l'obtention du permis d'exercice, ainsi qu'à leurs intérêts en matière d'apprentissage permanent. Le CMFC procède à l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale dans les 17 facultés de médecine du Canada. Il offre des programmes et services de qualité, appuie l'enseignement et la recherche en médecine familiale et défend les intérêts des médecins de famille et de la spécialité de médecine familiale.

## À PROPOS DE LA SOCIÉTÉ DE LA MÉDECINE RURALE DU CANADA

Fondée en 1992, la SMRC est la principale défenseure 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 des conditions viables et des soins de santé équitables au sein des communautés rurales. La SMRC accomplit diverses 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.

**DES RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES ET DES RAPPORTS SUR LES EFFORTS DU GROUPE DE TRAVAIL PEUVENT ÊTRE CONSULTÉS EN LIGNE AU : [http://www.cfpc.ca/AMFR\\_Ressources/](http://www.cfpc.ca/AMFR_Ressources/)**

La publication de ce rapport est financée par la



## AVANT-PROPOS

Nous sommes ravis de vous présenter ce rapport final du Sommet pour améliorer l'accès aux soins de santé et l'équité dans les communautés rurales du Canada, qui a eu lieu le 22 février 2017 au Centre de santé autochtone Wabano à Ottawa. À l'occasion du Sommet, l'initiative Faire avancer la médecine familiale: Le Groupe de travail collaboratif canadien (le « Groupe de travail ») a lancé le Plan d'action pour la médecine rurale (le « Plan d'action »). Le Plan d'action s'inscrit dans la continuité du travail accompli par les éducateurs, les praticiens des régions rurales et les gouvernements, pour améliorer les soins de santé en milieu rural. L'objectif: former et soutenir un plus grand nombre de médecins de famille qui offrent des soins, complets et globaux dans les régions rurales grâce à la mise en œuvre d'un ensemble de recommandations à l'échelle nationale et régionale. Le Plan d'action en expose les grandes lignes.

Le Sommet a donné lieu à un dialogue enrichissant au cours duquel les parties prenantes — des leaders représentant divers secteurs des systèmes de santé et d'éducation — ont expliqué leur point de vue sur les stratégies à explorer et les rôles à assumer par chaque secteur afin que tous les médecins puissent offrir des soins complets et globaux dans les régions rurales.

Le Sommet a donné un nouvel élan et a assuré la participation continue des secteurs de la santé et de l'éducation dans un dialogue sur leurs rôles transversaux qui optimiseront la prestation de soins de santé en milieu rural. En quelques mots, ce fut un franc succès. Sur cette belle lancée, marquée par une énergie positive et un enthousiasme impressionnant, tous se sont dits d'accord pour que tous les paliers du système de santé et de l'éducation travaillent de concert vers le succès de la mise en œuvre du Plan d'action. Les participants au Sommet ont convenu qu'il faut agir davantage pour mieux répondre aux besoins de nos communautés rurales et autochtones.

Ce résumé donne aux prochaines étapes un cadre de collaboration continue. Le CMFC et la SMRC ont accepté de continuer à diriger la réalisation du Plan d'action et produiront, en 2020, un bilan des progrès accomplis. Dans les mois à venir, le CMFC et la SMRC commenceront à surveiller la mise en œuvre, à explorer les possibilités de collaboration avec de nouveaux intervenants et à promouvoir autant que nécessaire l'avancement du Plan d'action.

Nous remercions tous ceux et celles qui ont participé à ce Sommet, qui ont joué un rôle primordial dans la réalisation de ses objectifs et dans l'élaboration du Plan d'action.

Cordialement,



Ruth Wilson, MD, CCMF, FCMF  
Coprésidente du Groupe de travail  
Faire avancer la médecine familiale



Trina Larsen Soles, MD, MSc, FRRMS  
Coprésidente du Groupe de travail  
Faire avancer la médecine familiale

# LE PARCOURS DES RÉGIONS RURALES

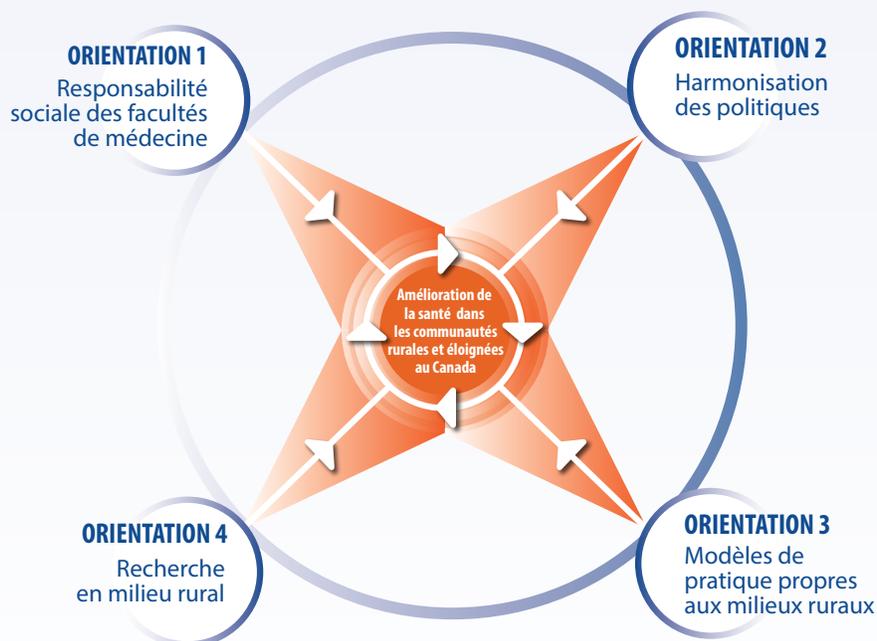
Pour tous les paliers de gouvernement, l'amélioration de l'accès aux soins de santé en milieu rural\* est une priorité; pourtant, les gens qui vivent dans les régions rurales, éloignées et isolées de ce pays demeurent confrontés à des défis. De nombreuses initiatives fructueuses ont été porteuses de changement. À l'heure actuelle, certaines communautés bénéficient de la présence à long terme de professionnels de la santé, y compris des médecins, ayant fait le choix de vivre et de travailler dans des régions rurales. À la lumière de ces réussites, la possibilité de déployer partout au Canada une stratégie qui assure un accès équitable aux soins de santé pour les Canadiens et les Canadiennes vivant en ruralité semble maintenant possible.

En 2014, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) ont mis sur pied l'initiative intitulée Faire avancer la médecine familiale rurale: Le Groupe de travail collaboratif canadien. En misant sur une approche fondée sur les données probantes et axée sur des principes de responsabilité sociale, le Groupe de travail a mis l'épaule à la roue. Il a analysé des études, lu des énoncés de politiques, interviewé des intervenants et mené des sondages, le tout dans le but de répertorier les facteurs principaux qui influent sur le recrutement et la rétention des médecins dans les régions rurales du Canada.

## LE PLAN D'ACTION POUR LA MÉDECINE RURALE

En février 2017, le Groupe de travail a publié 20 mesures articulées autour de quatre grandes orientations (Figure 1) dans le *Plan d'action pour la médecine rurale*. Le Plan d'action poursuit les objectifs suivants: renforcer le mandat sur la responsabilité sociale des facultés de médecine; mettre en œuvre des interventions politiques qui harmonisent l'éducation médicale et les soins de santé en milieu rural; mettre en place des modèles et des réseaux de pratique spécialement conçus pour les communautés rurales; et lancer un programme pancanadien de recherche sur le milieu rural. Le Plan d'action s'appuie sur le succès d'interventions et d'initiatives innovantes dans les domaines de la formation médicale, de la pratique et des politiques en matière de santé, qui visent à soutenir le recrutement et la rétention de médecins de famille et autres spécialistes dans les communautés rurales du Canada. L'approche qu'il propose pourrait être employée de manière systématique au sein de toutes les communautés et les organisations, dans l'ensemble des provinces et territoires.

**Figure 1: Les quatre orientations du Plan d'action pour l'amélioration des soins de santé dans les communautés rurales et éloignées du Canada**



\*Le terme « rural » désigne les communautés situées géographiquement dans les régions rurales et éloignées du Canada, y compris celles majoritairement ou partiellement peuplées par des Autochtones.

## LES PARTENAIRES DU PENTAGRAMME — APPEL À L'ACTION

Le Plan d'action souligne l'importance du leadership de cinq partenaires, que nous appelons les « partenaires du pentagramme » (Figure 2). Ensemble, ces partenaires peuvent améliorer l'accès à des soins de santé de qualité, centrés sur les patients dans les communautés rurales du Canada. Chacun a un rôle à jouer dans la mise en œuvre du Plan d'action. Grâce au soutien de l'état et à une détermination à agir de concert, ils parviendront à multiplier les réussites dans différentes régions du pays. Le leadership commun peut mettre fin aux inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontées les populations rurales.

**Figure 2 : Cadre de responsabilité sociale : Les partenaires du pentagramme qui participent à la mise en œuvre du Plan d'action**



Adapté avec la permission de Boelen C. « Building a socially accountable health professions school : towards unity for health ». *Educ Health*. 2004;17(2):23-31.

# APERÇU DU SOMMET SUR LA MÉDECINE RURALE

En février 2017, le Groupe de travail a organisé un sommet d'une journée complète sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé et l'équité dans les communautés rurales du Canada afin de présenter formellement le Plan d'action à divers partenaires du pentagramme. Le but du Sommet était mettre en relief les priorités du Plan d'action et susciter de futures collaborations entre les organisations et les provinces et territoires. Plus de 140 personnes y ont participé activement : des représentants de l'éducation, du gouvernement, de la pratique, des communautés autochtones et rurales et de plusieurs organisations nationales comme le Collège royal, l'AMC, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), la Fédération des ordres de médecins du Canada (FOMC) et l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC).



Alison Fisher, directrice générale du Centre de santé autochtone Wabano, a accueilli les participants et leur a rappelé qu'en tant que leaders, ils peuvent changer les choses pour le mieux afin que « personne ne soit laissé pour compte ».



L'ainée algonquine Barbara Dumont-Hill a ouvert le Sommet en invitant les participants à réfléchir sur ce qu'ils pourraient faire ensemble pour les collectivités rurales et les peuples autochtones du Canada.

« Nous pouvons tous faire mieux en travaillant collectivement et en collaboration, en échangeant nos idées et nos meilleures pratiques, celles qui fonctionnent bien et qui innovent, par exemple celles rendues possibles grâce à la technologie à distance. Ensemble, nous devons démolir les cloisons qui isolent actuellement nos communautés autochtones et éloignées. » — l'honorable Jane Philpott, ministre de la Santé

Dans son discours d'ouverture, l'honorable Jane Philpott, ministre fédérale de la Santé, a salué l'objectif de l'équité pour tous. Elle a ensuite déclaré que tous les Canadiens et les Canadiennes devraient se mobiliser à la suite du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, qui nous exhorte à résoudre les inégalités en matière de santé auxquelles font face les peuples autochtones du Canada.



Les leaders en matière de politiques gouvernementales Beth Beaupre et Kevin Brown, membres du Comité sur les effectifs en santé (CES) au sein des gouvernements fédéral/provinciaux/territoriaux, ont livré leurs constats personnels sur le Plan d'action et l'occasion que celui-ci présente de soutenir une prise de décision concertée, basée sur les données probantes pour la gestion de la main-d'œuvre médicale rurale au Canada. Ils ont insisté sur l'importance de garder le dialogue ouvert et ont encouragé les participants à joindre leur force pour atteindre l'objectif commun. Tous deux ont réitéré le souhait du CES de travailler avec les intervenants en santé et en éducation afin d'améliorer les soins de santé en milieu rural.

Pour mieux comprendre le dessein du Plan d'action, les participants ont visionné une vidéo qui donnait la parole à chacun des partenaires du pentagramme et accentuait l'urgence de résoudre les inégalités auxquelles font face les régions rurales du Canada. Elle présentait la marche à suivre proposée par les orientations du Plan d'action. Puisant des exemples de différentes régions du pays, cette vidéo montrait avec une force remarquable la nécessité de créer des liens de réciprocité entre les partenaires du pentagramme pour garantir l'accès aux soins de santé à toute la population du Canada.



Beth Beaupre et Kevin Brown s'adressent aux participants du Sommet au Centre Wabano.

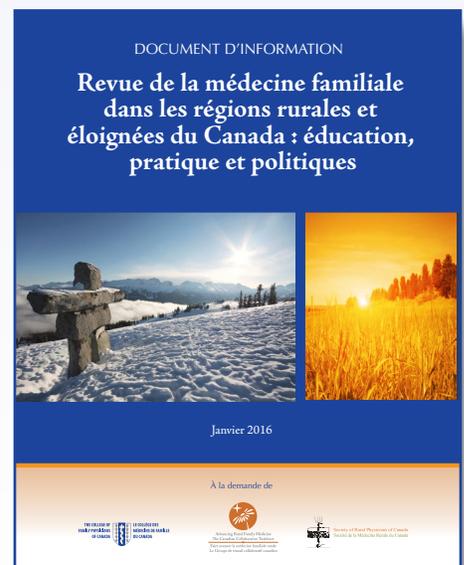


« Ce serait réconfortant pour moi de savoir que quelqu'un est là pour nous et que c'est la même personne régulièrement... Quelqu'un qui connaît mon histoire ... Ce serait un grand réconfort pour moi. »

—Ann Meekitjuk Hanson, membre de la communauté, Iqaluit, Nunavut



Le Sommet a misé largement sur des activités en petits groupes, tirant ainsi parti de l'expertise de ses participants, afin d'établir des priorités et de déterminer concrètement quelles seraient les prochaines étapes de la mise en œuvre du Plan d'action. (Une liste des actions du Plan d'action se trouve à l'**Annexe A**.) Avant le Sommet, tous les participants avaient reçu de la documentation préparatoire, dont un document d'information (*Revue de la médecine familiale dans les régions rurales et éloignées du Canada : éducation, pratique et politiques*), un lien vers la page du **site Web** décrivant l'élaboration du Plan d'action ainsi que des exercices préparatoires précis visant à stimuler le dialogue durant le Sommet. La journée était organisée de manière à récolter différentes idées pour la création d'une stratégie de mise en œuvre du Plan d'action tenant compte des perspectives nationale, provinciales et autres pour les deux prochaines années. En petits groupes, les participants étaient chargés de classer les actions en ordre de priorité, de déterminer quels intervenants elles devraient impliquer, de définir les activités clés et de décrire des indicateurs de réussite. Ce rapport résume les résultats de ces discussions.



Les participants ont formé de petits groupes de discussion parmi lesquels différents partenaires du pentagramme étaient représentés.



## ACTIONS PRIORITAIRES IDENTIFIÉES PAR LES PARTICIPANTS

Les participants ont placé les actions 7, 11, 12, 5, 8 et 13 en tête des priorités à traiter au cours des deux prochaines années (Tableau 1). Ces grandes priorités guideront la mise en œuvre du Plan d'action, tout en soulignant l'importance de la collaboration entre les partenaires du pentagramme.

**Tableau 1 : Les actions prioritaires du Plan d'action pour les deux prochaines années**

Priorité	Action
N° 1	<b>Action 7 :</b> Mettre en place des partenariats entre les gouvernements et les universités avec les médecins ruraux et les autorités sanitaires régionales, qui comprennent des accords formels visant à mieux dispenser la formation médicale dans les communautés rurales en développant et en mettant en œuvre des parcours de formation de généraliste rural précis et visible, sous la direction du personnel universitaire rural et de médecins ruraux. Fournir le financement considérable, sur une base continue, requis pour appuyer les postes universitaires, le développement professoral, la recherche, l'administration et l'implication de la communauté.
N° 2 (CONNEXE)	<b>Action 11 :</b> Instituer des politiques qui créent des corridors de services et qui exigent l'acceptation de transferts rapides et des consultations appropriées entre les établissements médicaux ruraux et les hôpitaux secondaires et tertiaires, avec l'appui de réseaux de formation et de soins aux patients qui comprennent des généralistes et des spécialistes.
N° 2 (CONNEXE)	<b>Action 12 :</b> Développer des ressources, infrastructures et réseaux de soins ciblés au sein des autorités sanitaires locales et régionales pour résoudre les problèmes d'accès, comme l'accès aux soins de santé mentale (de même qu'aux procédures chirurgicales générales et aux soins de maternité) dans les communautés rurales.
N° 3	<b>Action 5 :</b> Informer les étudiants en médecine et les résidents sur la santé et les problèmes sociaux auxquels sont confrontés les peuples autochtones, et veiller à ce qu'ils acquièrent les compétences pour fournir des soins sécuritaires sur le plan culturel. (En soutien aux recommandations de la Commission de vérité et réconciliation)
N° 4	<b>Action 8 :</b> Créer des programmes avec du financement ciblé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour permettre aux médecins et autres spécialistes en milieux ruraux, surtout ceux déjà en exercice, d'acquérir des compétences additionnelles ou avancées afin d'améliorer l'accès aux soins de santé dans leur milieu.
N° 5	<b>Action 13 :</b> Collaborer avec les communautés rurales et les professionnels de la santé en milieu rural pour élaborer des stratégies visant à guider la mise en œuvre d'une technologie à distance globale et coordonnée afin d'améliorer et d'élargir les capacités locales et l'accès à des soins de santé de qualité dans les collectivités rurales.

## ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE SELON LES ACTIONS PARTICULIÈRES

Lors du Sommet, les participants ont étudié en détail 13 actions présentées dans le Plan d'action en se prêtant à des exercices interactifs en petits groupes pour trouver des activités à la fois spécifiques, mesurables, et pouvant d'actualité. Les activités réalisables suggérées, qui définissent « qui devra faire quoi » pour des actions particulières du Plan d'action, se trouvent à l'**Annexe B**. Celles-ci touchent les communautés locales, les paliers régionaux, provinciaux et territoriaux ainsi que toutes les administrations canadiennes.

## PRIORITÉS PAR TERRITOIRE DE COMPÉTENCE

Au cours de l'après-midi, les discussions en petits groupes poursuivaient l'objectif de classer en ordre de priorité les actions les plus importantes du Plan d'action en fonction de leur province, territoire, ou autre territoire de compétence. Le Tableau 2 énumère les quatre grandes priorités pour chacun de ces territoires. De nombreux participants ont soulevé l'interconnectivité de ces actions : beaucoup ne peuvent être entreprises isolément (p. ex., les actions 7, 3 et 4) et beaucoup doivent d'être effectuées de façon simultanée (p. ex., les actions 11, 13 et 12).

<b>Tableau 2 : Les priorités du Plan d'action selon la province ou la région (liste complète des actions à l'Annexe A)</b>				
<b>Province/Région</b>	<b>Priorité</b>			
	<b>N° 1</b>	<b>N° 2</b>	<b>N° 3</b>	<b>N° 4</b>
<b>C.-B.</b>	Action 12	Action 8	Action 15	Action 14
<b>Alberta</b>	Action 7	Action 3	Action 6	Action 16
<b>Saskatchewan</b>	Action 5	Action 7	Action 12	Action 16
<b>Manitoba</b>	Action 12	Action 11	Action 8	Action 14
<b>Ontario (1)</b>	Action 5	Action 12	Action 8	Action 11
<b>Ontario (2)</b>	Action 14	Action 13	Action 5	Action 10
<b>Québec</b>	Action 7	Action 19	Action 11	Action 13
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>	Action 11	Action 13 & 12	Action 8	Action 7
<b>Maritimes</b>	Action 17	Action 12	Action 7	Action 4
<b>Arctique</b>	Action 3	Action 7	Action 11	Action 4

## PRIORITÉS PAR SECTEUR

Trois groupes bien précis ont choisi les actions prioritaires en fonction de leur affiliation, soit en tant que chercheurs, apprenants ou chefs de file en formation des médecins de famille en milieu rural pour les compétences avancées en chirurgie (Tableau 3). Les chercheurs recommandaient de procéder à une analyse de rentabilité afin d'obtenir le financement fédéral pour une chaire de recherche rurale dans chacun des 17 départements de médecine de famille. Les représentants des apprenants ont proposé qu'un langage commun soit intégré dans les normes d'agrément de tous les programmes de résidence pour inclure des expériences d'apprentissage en régions rurales et pour souligner l'importance d'exposer les apprenants à la médecine rurale. Pour leur part, ceux qui favorisent les compétences avancées en chirurgie ont exprimé un besoin de clarifier les champs de pratique en milieu rural, pour ainsi définir le type de formation et de ressources nécessaires afin d'offrir des procédures chirurgicales générales et de soins d'obstétrique.

**Tableau 3 : Les priorités du Plan d'action selon l'affiliation des participants (liste complète des actions à l'Annexe A)**

Affiliation du participant	Priorité			
	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4
<b>Chercheurs</b>	Action 16	Action 7	Action 17	Action 18
<b>Apprenants</b>	Action 4	Action 5	Action 16	Action 10
<b>Compétences avancées en chirurgie</b>	Action 6	Action 8	Action 18	Action 12

## POINTS DE VUE DES PARTICIPANTS

Le Sommet visait à établir des priorités, à forger un consensus et à nourrir un esprit d'intention collective à l'égard du Plan d'action. Les participants sont d'avis que le Sommet a atteint cette vision. Ils ont réagi favorablement au Plan d'action (Figure 3), reconnaissant que la formule du Sommet leur a permis de participer à la stratégie de sa mise en œuvre.



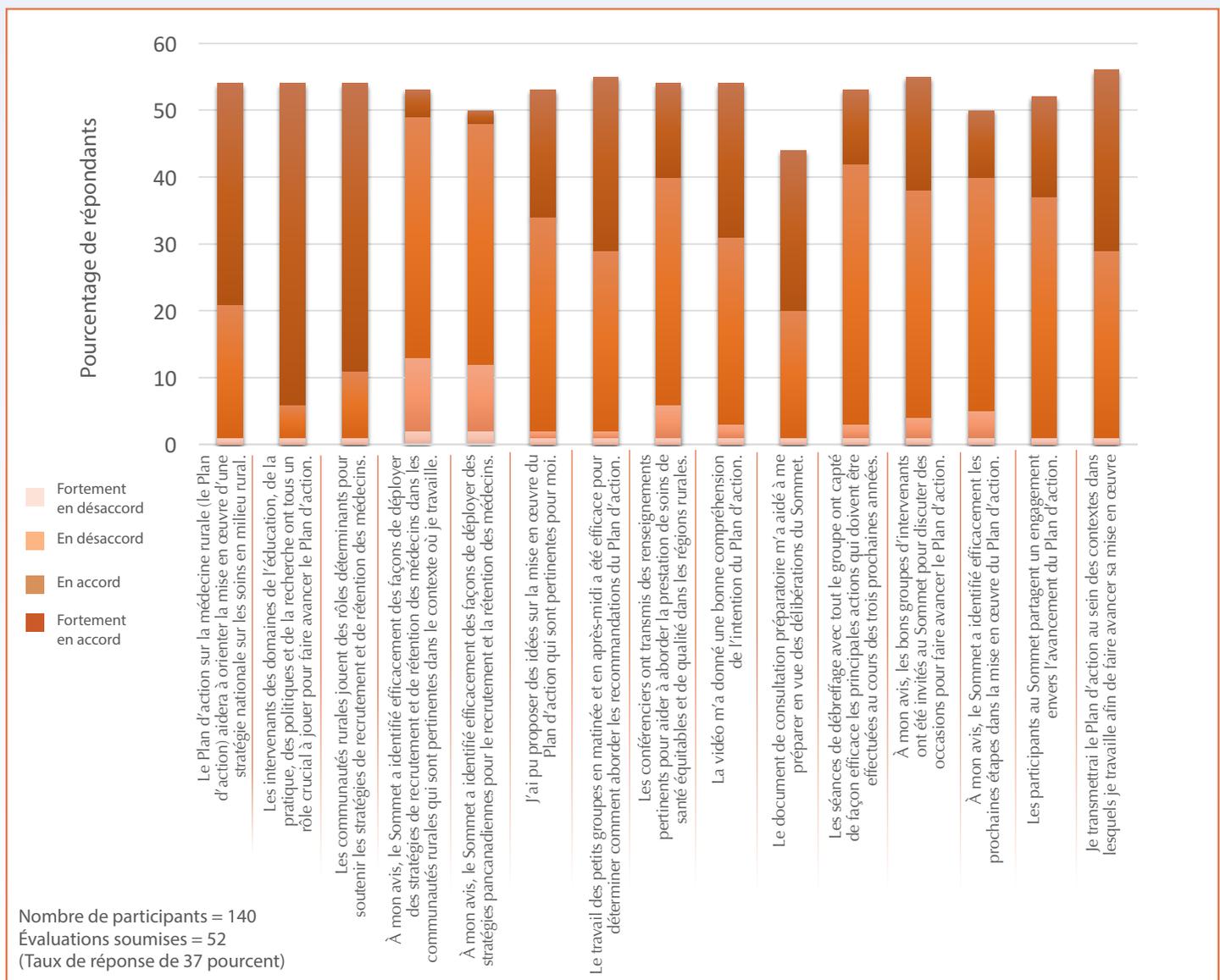
« Il est essentiel de former des partenariats, particulièrement entre des programmes de formation et des communautés qui comptent parmi elles des professionnels de la santé ainsi que des patients. Pour cela, les partenaires du pentagramme devront s'entendre collectivement sur la façon de garantir des soins sécuritaires en s'impliquant, en se consultant et en collaborant avec efficacité. » — Panéliste

Le Sommet s'est terminé par une discussion animée lors de laquelle un panel composé de différents partenaires du pentagramme a exposé le point de vue de chacun concernant l'avenir.



Nous avons demandé à chaque participant de s'engager envers une action afin de mettre en marche le Plan d'action. Pour favoriser la continuité de leur engagement, ils ont mis leur énoncé d'engagement dans une enveloppe scellée qui leur sera envoyée par la poste après le Sommet.

Figure 3 : Résultats de l'évaluation des participants du Sommet



De nombreux participants ont indiqué qu'ils souhaitent participer aux activités de réalisation du Plan d'action après le Sommet (Figure 4). Les quatre orientations ont toutes suscité de l'intérêt : des représentants de partenaires du pentagramme (Figure 5) ont en effet témoigné leur volonté de participer à la phase de mise en œuvre.

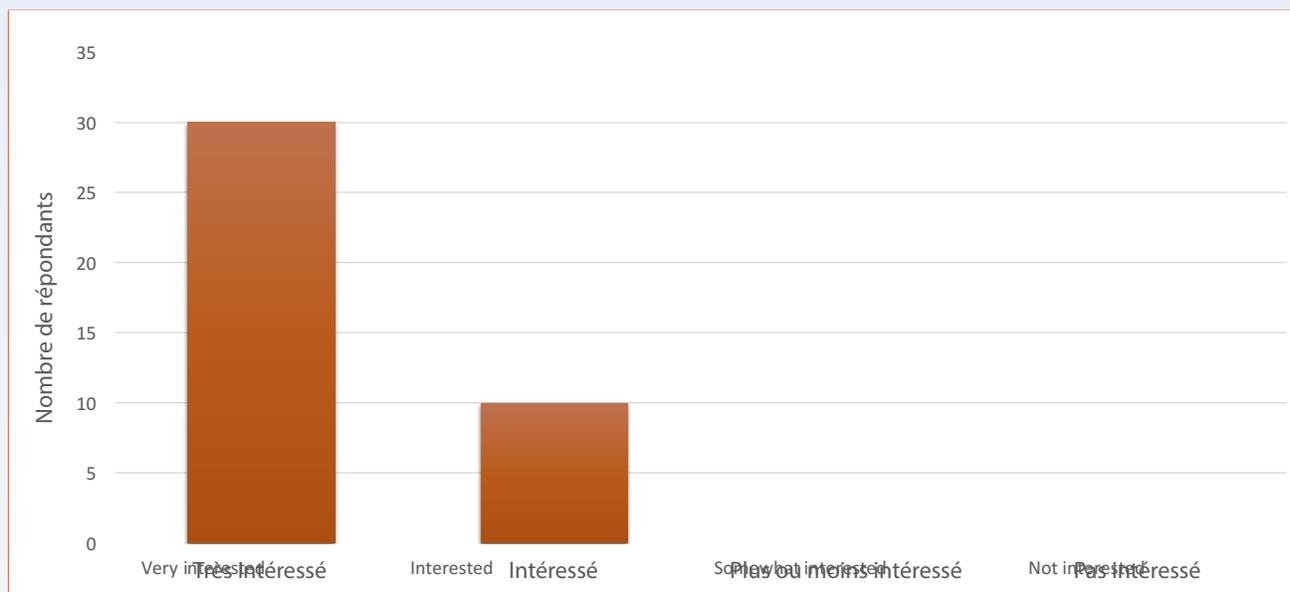


« Les prochaines étapes du Plan d'action sont cruciales. Le soutien actif du public et des intervenants locaux qui ont une voix au sein de leur communauté détermineront son succès à long terme. »

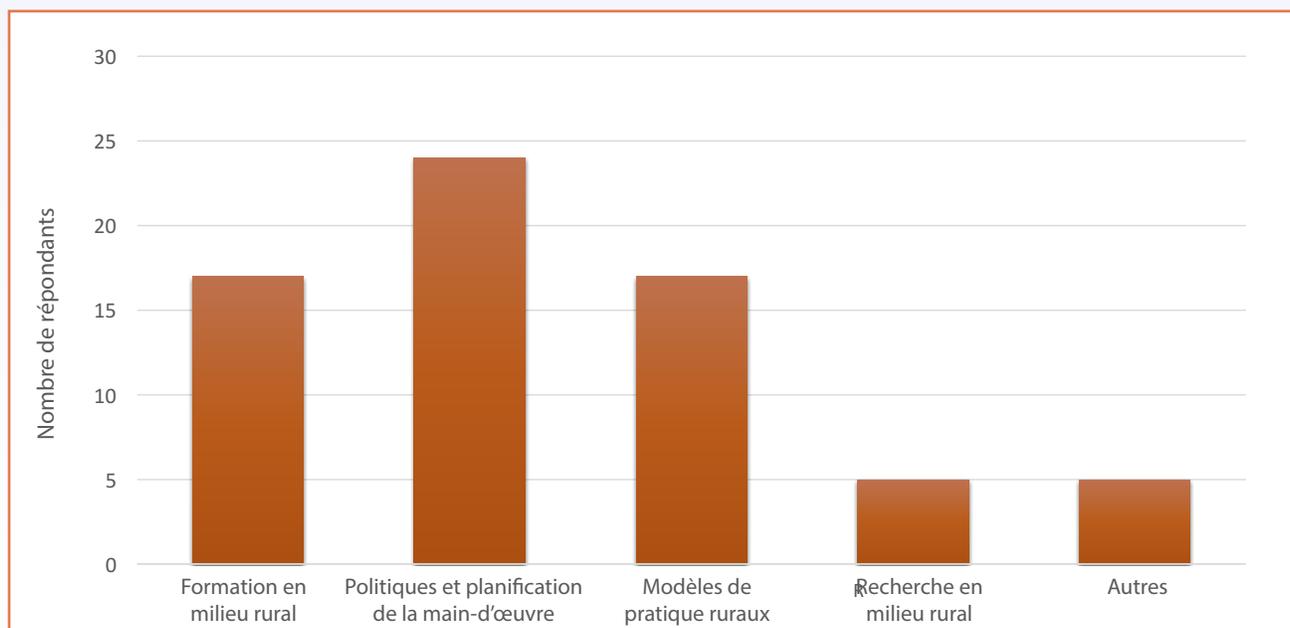
— Leader communautaire



**Figure 4 : Niveau d'intérêt des participants pour les activités après le Sommet**



**Figure 5 : Domaines d'intérêt des participants pour les activités après le Sommet**



## PROCHAINES ÉTAPES : MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION

Dans la foulée du succès de leur collaboration lors de la création du Plan d'action et de l'organisation du Sommet sur la médecine rurale, le CMFC et la SMRC se sont engagés à continuer ensemble à diriger et à soutenir la mise en œuvre du Plan d'action au cours des deux prochaines années. Les deux organisations remercient les membres du Groupe de travail (voir la page 15) tout particulièrement ses coprésidentes D<sup>re</sup> Ruth Wilson et D<sup>re</sup> Trina Larsen Soles, pour le temps et l'énergie qu'elles ont investis dans la création de cette stratégie pancanadienne sans précédent pour la médecine rurale, fondée sur un principe de responsabilité sociale. Diverses organisations ont déjà commencé à adopter le Plan d'action, certaines ayant déjà manifesté leur volonté de poursuivre leur participation. Un groupe collaboratif sera formé vers la fin de 2017 afin de permettre à tous ceux ayant participé à la réalisation des activités liées au Plan d'action de mettre en commun leurs succès et les défis rencontrés. En outre, un Comité directeur, composé de représentants du CMFC, de la SMRC et d'autres organisations clés, se chargera de superviser la mise en œuvre du Plan d'action et de faire valoir son importance au besoin. Le moment venu, nous publierons un Bilan 2020 du Plan d'action pour la médecine rurale afin de souligner les progrès que nous aurons faits d'ici là, de célébrer les réussites et de déterminer les prochaines mesures.

Le Plan d'action vise l'amélioration de l'accès aux soins de santé et l'équité pour les populations rurales du Canada. Le statu quo n'est plus acceptable. Notre succès ne sera confirmé que lorsque nous pourrons constater une amélioration des résultats en santé dans les communautés rurales canadiennes. Pour cela, l'engagement collectif est capital. Le CMFC et la SMRC envisagent le chemin à parcourir avec optimisme. L'aventure que sera la mise en œuvre du Plan d'action a démarré. Notre objectif est à portée de main.



# GROUPE DE TRAVAIL FAMR

## MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION

- D<sup>re</sup> Ruth Wilson, Université Queen's, Ontario (coprésidente)
- D<sup>re</sup> Trina Larsen-Soles, médecin de famille rural, Colombie-Britannique (coprésidente)
- D<sup>r</sup> Braam De Klerk, médecin de famille rural, Territoires du Nord-Ouest (ancien président de la SMRC)
- D<sup>re</sup> Kathy Lawrence, Université de la Saskatchewan (ancienne présidente du CMFC)
- D<sup>re</sup> Francine Lemire (directrice générale et chef de la direction du CMFC)
- D<sup>r</sup> Tom Smith-Windsor, Université de la Saskatchewan (président de la SMRC)
- D<sup>r</sup> John Soles, médecin de famille rural, Colombie-Britannique (ancien président de la SMRC)

## MEMBRES

- D<sup>r</sup> Stefan Grzybowski, Université de la Colombie-Britannique
- D<sup>r</sup> Ken Harris, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- D<sup>re</sup> Darlene Kitty, médecin de famille rural, Université d'Ottawa
- D<sup>re</sup> Jill Konkin, Université de l'Alberta
- M<sup>me</sup> Rachel Munday, infirmière, Territoires du Nord-Ouest (membre du public [SMRC])
- D<sup>r</sup> Colin Newman, médecin de famille rural, Nouvelle-Écosse
- D<sup>r</sup> Alain Papineau, Université de Montréal
- D<sup>r</sup> Jim Rourke, Université Memorial de Terre-Neuve
- D<sup>r</sup> Karl Stobbe, Université McMaster
- D<sup>r</sup> Roger Strasser, École de médecine du Nord de l'Ontario
- D<sup>r</sup> David White (président du CMFC)/D<sup>re</sup> Jennifer Hall (ancienne présidente du CMFC)
- D<sup>r</sup> Granger Avery (observateur de l'Association médicale canadienne)
- M. Paul Clarke (observateur du Comité sur l'effectif en santé, Santé Canada, fédéral/provincial/territorial)

## ÉQUIPE CHARGÉE DU PROJET

- D<sup>re</sup> Ivy Oandasan, directrice, Éducation, Médecine familiale universitaire, CMFC
- M<sup>me</sup> Aleksandra Walczak, responsable, Éducation, Médecine familiale universitaire, CMFC
- M<sup>me</sup> Tanya Czyzewski, coordonnatrice de projets, Éducation, Médecine familiale universitaire, CMFC
- M<sup>me</sup> Navi Boparai, coordonnatrice de projets, Éducation, Médecine familiale universitaire, CMFC (2016)
- M<sup>me</sup> Ivneet Garcha, coordonnatrice de projets, Éducation, Médecine familiale universitaire, CMFC (2014-2016)
- M<sup>me</sup> Carmela Bosco, consultante en programmes et politiques, CBR Consulting
- M. Greg Nasmith, consultant
- M<sup>me</sup> Chantal Valiquette, étudiante en médecine (2015-2016)
- D<sup>r</sup> Tanu Sharma, résidente en médecine familiale (2014-2015)

## REMERCIEMENTS

Photos : Andrée Lantier, Québec

# ANNEXE A : PLAN D'ACTION POUR LA MÉDECINE RURALE — RECOMMANDATIONS

ORIENTATION	ACTIONS RECOMMANDÉES
<p><b>Orientation n° 1 :</b></p> <p>Renforcer le mandat sur la responsabilité sociale des facultés de médecine et des programmes de résidence pour répondre aux besoins des communautés rurales et des communautés autochtones en matière de santé</p>	<p><b>Action 1 :</b> Élaborer et intégrer des critères qui reflètent l'affinité et l'aptitude à la pratique en milieux ruraux dans les processus d'admission des facultés de médecine et des programmes de résidence en médecine familiale.</p> <p><b>Action 2 :</b> Mettre en place et renforcer des politiques et des programmes spécifiques pour recruter avec succès des étudiants autochtones ou originaires de milieux ruraux dans les facultés de médecine et les programmes de résidence en médecine familiale, basés sur des objectifs et des mesures d'efficacité définis.</p> <p><b>Action 3 :</b> Soutenir une formation générale approfondie axée sur les compétences requises liées à la médecine rurale pour préparer les étudiants en médecine et les résidents à fournir un large éventail de soins dans ces milieux.</p> <p><b>Action 4 :</b> Fournir à tous les étudiants en médecine et résidents en médecine familiale des expériences cliniques et éducatives de haute qualité qui favorisent l'apprentissage basé sur l'expérience directe du sujet étudié et qui permettent aux apprenants en médecine de se sentir à l'aise avec l'incertitude et de s'armer de « courage clinique ».</p> <p><b>Action 5 :</b> Informer les étudiants en médecine et les résidents sur la santé et les problèmes sociaux auxquels sont confrontés les peuples autochtones, et veiller à ce qu'ils acquièrent les compétences pour fournir des soins sécuritaires sur le plan culturel.</p> <p><b>Action 6 :</b> Mettre en place une collaboration entre les facultés de médecine, les organismes d'agrément des programmes de résidence et les organisations de médecins (y compris la Société de la médecine rurale du Canada et l'Association des médecins indigènes du Canada) pour garantir que les médecins acquièrent et maintiennent les compétences requises pour fournir les soins de santé aux collectivités rurales. Soutenir les efforts du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour déterminer les compétences généralistes requises pour répondre aux besoins des collectivités rurales et outiller les spécialistes. Soutenir les efforts du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour déterminer les compétences généralistes requises pour répondre aux besoins des collectivités rurales et outiller les spécialistes.</p>
<p><b>Orientation n° 2 :</b></p> <p>Mettre en œuvre des interventions politiques qui alignent l'éducation médicale et la planification de la main-d'œuvre</p>	<p><b>Action 7 :</b> Mettre en place des partenariats entre les gouvernements et les universités avec les médecins ruraux et les autorités sanitaires régionales, qui comprennent des accords formels visant à mieux dispenser la formation médicale dans les communautés rurales en développant et en mettant en œuvre des parcours de formation de généraliste rural précis et visible, sous la direction du personnel universitaire rural et de médecins ruraux. Fournir le financement considérable, sur une base continue, requis pour appuyer les postes universitaires, le développement professoral, la recherche, l'administration et l'implication de la communauté.</p> <p><b>Action 8 :</b> Créer des programmes avec du financement ciblé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour permettre aux médecins et autres spécialistes en milieux ruraux, surtout ceux déjà en exercice, d'acquérir des compétences additionnelles ou avancées afin d'améliorer l'accès aux soins de santé dans leur milieu.</p> <p><b>Action 9 :</b> Établir des contrats pour les résidents qui travaillent dans les milieux ruraux afin de maximiser leur expérience clinique et pédagogique sans compromettre ni les soins aux patients ni les droits des résidents en vertu de leurs conventions collectives.</p> <p><b>Action 10 :</b> Instituer un service canadien de médecine de dépannage rural pour fournir une main-d'œuvre qualifiée de médecins de famille et de spécialistes généralistes ruraux prêts et capables de travailler dans les milieux ruraux des provinces et territoires, par la délivrance d'une autorisation spéciale de pratique au niveau national.</p>

<p><b>Orientation n° 3 :</b></p> <p>Mettre en place des modèles de pratique qui fournissent aux régions rurales et aux communautés autochtones l'accès rapide à des soins de santé de qualité qui répondent à leurs besoins</p>	<p><b>Action 11 :</b> Instituer des politiques qui créent des corridors de services et qui exigent l'acceptation de transferts rapides et des consultations appropriées entre les établissements médicaux ruraux et les hôpitaux secondaires et tertiaires, avec l'appui de réseaux de formation et de soins aux patients qui comprennent des généralistes et des spécialistes.</p> <p><b>Action 12 :</b> Développer des ressources, infrastructures et réseaux de soins ciblés au sein des autorités sanitaires locales et régionales pour résoudre les problèmes d'accès, comme l'accès aux soins de santé mentale dans les communautés rurales.</p> <p><b>Action 13 :</b> Collaborer avec les communautés rurales et les professionnels de la santé en milieu rural pour élaborer des stratégies visant à guider la mise en œuvre d'une technologie à distance globale et coordonnée afin d'améliorer et d'élargir les capacités locales et l'accès à des soins de santé de qualité dans les collectivités rurales.</p> <p><b>Action 14 :</b> Impliquer les collectivités à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies de recrutement et de rétention pour renforcer l'intégration des médecins et de leurs familles dans les communautés.</p> <p><b>Action 15 :</b> Mettre en place et soutenir le développement de relations de mentorat formelles et informelles pour soutenir les médecins de famille et autres spécialistes des régions rurales et éloignées dans la prestation de soins complets et globaux.</p>
<p><b>Orientation n° 4 :</b></p> <p>Instaurer un programme national de recherche du milieu rural pour appuyer la planification de la main-d'œuvre visant à améliorer l'accès aux soins centrés sur le patient et axés sur la qualité dans les régions rurales du Canada</p>	<p><b>Action 16 :</b> Créer et soutenir un réseau canadien de recherche sur les services de santé en milieu rural dans le but de relier les initiatives existantes de recherche en santé rurale et de coordonner et renforcer la recherche qui améliore les soins de santé pour les Canadiens et Canadiennes qui vivent dans des collectivités rurales.</p> <p><b>Action 17 :</b> Établir les caractéristiques qui définissent une formation rurale basée sur des données probantes pour appuyer les décisions sur les politiques (financement) en matière d'éducation et fournir des renseignements clairs, précis et comparables sur les programmes de formation en médecine familiale en milieu rural et sur les sites.</p> <p><b>Action 18 :</b> Mettre en place un système de mesure normalisé qui inclut des indicateurs précis qui démontrent l'impact des modèles de prestation de services de santé ruraux pour améliorer l'accès aux soins et leurs résultats.</p> <p><b>Action 19 :</b> Élaborer des mesures basées sur les facteurs environnementaux pour définir et promouvoir des programmes efficaces de recrutement et de rétention, en utilisant une mesure de cinq années de service dans une communauté rurale comme objectif pour la continuité des soins.</p> <p><b>Action 20 :</b> Promouvoir et faciliter l'utilisation de données probantes issues de recherches par toutes les organisations qui participent à la planification de la main-d'œuvre rurale au Canada.</p>

## ANNEXE B: ACTIONS PRIORITAIRES DU PLAN D'ACTION POUR LA MÉDECINE RURALE

Remarque : Les définitions des acronymes se trouvent à l'Annexe C.

### ORIENTATION 1 : LA RESPONSABILITÉ SOCIALE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

**ACTION 2 :** Mettre en place et renforcer des politiques et des programmes spécifiques pour recruter avec succès des étudiants autochtones ou originaires de milieux ruraux dans les facultés de médecine et les programmes de résidence en médecine familiale, basés sur des objectifs et des mesures d'efficacité définis.

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Mettre en œuvre des mesures de recrutement, établir un processus national et créer des outils, y compris la gestion des carrières en santé, afin d'encourager les apprenants autochtones à faire carrière dans un milieu rural et de les accompagner dans cette voie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Les bailleurs de fonds</li> <li>» Les principaux chefs de file en éducation (écoles secondaires, cégeps, collèges et universités locaux, y compris les facultés concernées)</li> <li>» Les paliers de gouvernement concernés (des autorités sanitaires régionales aux gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral)</li> <li>» Les professionnels de la santé exerçant en milieu rural (en tant que modèles, mentors et enseignants)</li> <li>» Les leaders de communautés rurales et autochtones, y compris les personnes influentes et les défenseurs de la communauté</li> <li>» Les apprenants de tous les niveaux (secondaire, collégial, universitaire, professionnel et celui de la résidence)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Répertoire les mesures existantes efficaces en ce qui concerne la planification de carrière, ainsi que les infrastructures nécessaires pour la formation en médecine, afin de soutenir les étudiants issus des communautés rurales de chaque province ou territoire</li> <li>» Recueillir des données de références dans le but de créer des indicateurs de performance, par exemple, programmes de mentorat et candidatures d'étudiants provenant de régions rurales et de communautés autochtones</li> <li>» Rédiger un Code d'éthique pour les professionnels de la santé qui expose de façon détaillée les attentes pour le mentorat d'étudiants ruraux ou autochtones de tous les niveaux du continuum d'apprentissage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Augmentation du nombre de programmes de mentorat actifs pour les apprenants autochtones ou issus des milieux ruraux qui sont répertoriés ou mis en place dans les écoles secondaires, les cégeps, les collèges et les universités afin de soutenir les transitions pédagogiques</li> <li>» Augmentation du nombre de candidats provenant de communautés rurales ou autochtones dans tous les programmes de formation professionnelle en santé</li> <li>» Augmentation du nombre de places et/ou de critères d'admission pour les étudiants autochtones ou issus des milieux ruraux qui s'inscrivent à des programmes de formation professionnelle en santé reflétant les réalités auxquelles ces étudiants sont confrontés</li> <li>» Augmentation du nombre de candidats admis qui occupent les places allouées aux étudiants autochtones ou issus des milieux ruraux dans les programmes de formation professionnelle en santé</li> <li>» Augmentation du nombre d'organisations qui utilisent le Code d'éthique pour les professionnels de la santé à titre de ressource pour leurs employés</li> </ul>

**ACTION 3 : Soutenir une formation générale approfondie axée sur les compétences requises liées à la médecine rurale pour préparer les étudiants en médecine et les résidents à fournir un large éventail de soins dans ces milieux.**

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<p>» Accroître, dans chaque province et territoire, le nombre de campus satellites, c.-à-d. les milieux de formation pourvus d'infrastructures offrant une expérience d'apprentissage substantielle, tout en encourageant le contact avec des réseaux de soins multidisciplinaires en milieu rural</p>	<p>» Tous les paliers de gouvernement, y compris les autorités sanitaires régionales et les autorités municipales</p> <p>» Les facultés de médecine et les facultés affiliées qui offrent une formation professionnelle en santé</p> <p>» Les leaders responsables des programmes d'études médicales prédoctorales, postdoctorales et de DPC chargés des cursus</p> <p>» Les professionnels de la santé exerçant dans les régions rurales, y compris les médecins (membres du CMFC et du Collège royal) qui enseignent ou supervisent</p> <p>» Les hôpitaux et agences de services communautaires et sanitaires locaux</p> <p>» Les membres de la communauté en tant que patients impliqués</p> <p>» Les organismes de réglementation médicale provinciaux et territoriaux</p>	<p>» Dresser une liste des campus satellites en région rurale ou éloignée qui offrent la formation en médecine en appliquant une définition consensuelle</p> <p>» Élaborer collectivement un ensemble de normes d'agrément qui permet de faire le lien entre le type de formation offert sur les campus ruraux et éloignés et les résultats appuyant les données probantes pour favoriser le développement de compétences spécifiques aux praticiens de la médecine rurale</p> <p>» Établir un groupe pancanadien qui développe des stratégies pour demander des fonds, y compris des fonds protégés pour le développement de nouveaux campus satellites. Démontrer la rentabilité des investissements à l'aide de données recueillies dans les communautés rurales affiliées à un campus satellite, notamment les données sur le recrutement et la rétention des médecins; sur la satisfaction des communautés, des facultés et des apprenants; des indicateurs de qualité tels que l'amélioration de l'accès, la continuité des soins et l'amélioration des résultats de santé des patients</p>	<p>» Augmentation du nombre de campus satellites dans les régions rurales ou éloignées qui offrent la formation en médecine, par rapport au nombre initial</p> <p>» Augmentation des taux de satisfaction parmi les apprenants/étudiants, les communautés et les facultés vis-à-vis de l'apprentissage, du soutien offert à l'enseignement et des résultats en santé ou de l'expérience des patients et des communautés</p> <p>» Développement d'un réseau de campus satellites ruraux faisant appel au Groupe pour l'éducation médicale hors les murs de l'AFMC pour la coordination et le partage d'enjeux et de ressources clés afin de mieux promouvoir les intérêts</p>

**ACTION 5: Informer les étudiants en médecine et les résidents sur la santé et les problèmes sociaux auxquels sont confrontés les peuples autochtones, et veiller à ce qu'ils acquièrent les compétences pour fournir des soins sécuritaires sur le plan culturel.**

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<p>» Mise au point d'un modèle holistique de compétence professionnelle culturelle obligatoire pour la formation postdoctorale qui définit, dans l'optique contextuelle et propre à la communauté, ce que sont des soins sécuritaires sur le plan culturel en se basant sur une formation existante en santé autochtone au niveau universitaire prédoctoral</p>	<p>» Les communautés autochtones (chefs, aînés, bandes)</p> <p>» Les facultés de médecine — les doyens et vice-doyens aux études médicales prédoctorales et postdoctorales</p> <p>» Les autres groupes de professionnels impliqués dans la pratique en milieu rural, y compris, sans toutefois s'y limiter: les infirmières et infirmiers, les sage-femmes, les praticiens de médecine holistique</p> <p>» Les organismes d'agrément de programmes d'études postdoctorales, y compris le Collège royal, le CMFC et le CMQ</p> <p>» Les organisations d'apprenants (p. ex., la FEMC, la FMRQ, MRdC)</p> <p>» Les éducateurs, les militants et les experts de la CVR</p>	<p>» Créer et/ou encourager des occasions d'impliquer ou de soutenir des groupes ou des communautés autochtones à consulter les éducateurs médicaux sur des compétences et expériences d'apprentissage attendues qui s'harmonisent avec la prestation de soins sécuritaires sur le plan culturel par les apprenants, les facultés et les praticiens</p> <p>» Recommander aux facultés de médecine de réserver du temps protégé pour mettre au point un cursus adéquat en santé autochtone (SA) guidé par les meilleures approches, en matière d'enseignement impliquant la communauté</p> <p>» Mettre en place un moyen de partager les pratiques exemplaires entre toutes les facultés de médecine, les programmes de résidence et les organisations/communautés afin de définir les outils et les ressources pratiques et efficaces en SA, qui permettent aussi de soutenir l'enseignement de la sécurité et des compétences culturelles</p> <p>» Créer des outils d'évaluation pour mesurer la viabilité d'un cursus en SA sur le plan des compétences attendues, dont les soins sécuritaires sur le plan culturel</p> <p>» Rédiger des recommandations auxquelles les facultés de médecine et les programmes de résidence pourront se référer pour démontrer l'utilité et l'impact de la formation sur la SA et la sécurité culturelle</p>	<p>» Création d'un cursus en SA que les facultés de médecine devront obligatoirement adopter selon des normes d'agrément</p> <p>» Prestation obligatoire d'une formation postdoctorale axée sur le développement de compétences consensuelles centrées sur les soins sécuritaires sur le plan culturel et mettant à profit un cursus en SA au niveau prédoctoral</p> <p>» Mise en place de programmes d'évaluation dans les facultés de médecine et les programmes de résidence pour recueillir des données afin de déterminer l'impact et l'utilité du cursus et des expériences d'apprentissage en SA</p> <p>» Augmentation du recrutement et de la rétention de médecins qui travaillent auprès des communautés autochtones</p> <p>» Renforcement du sentiment de sécurité chez les patients autochtones</p> <p>» Prévision optimiste que l'expérience des patients sera positive à long terme</p> <p>» Résolution à long terme des disparités en matière de santé, se manifestant par une amélioration des résultats</p> <p>» Implication et leadership démontrés des patients et des communautés dans l'enseignement de la sécurité culturelle aux apprenants</p>

**ACTION 6 : Mettre en place une collaboration entre les facultés de médecine, les organismes d'agrément des programmes de résidence et les organisations de médecins (y compris la Société de la médecine rurale du Canada et l'Association des médecins indigènes du Canada) pour garantir que les médecins acquièrent et maintiennent les compétences requises pour fournir les soins de santé aux collectivités rurales.**

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<p>» Former un groupe collaboratif national (ou un réseau d'éducation en médecine rurale) qui sera chargé du développement, de la mise en application et de la prise de décision pour créer un modèle de prestation de soins de santé dans les régions rurales s'articulant autour des compétences, des normes, des évaluations, et de la formation en médecine rurale; ce mandat implique la mise en place par les provinces et les territoires des modèles pour les soins de santé en milieu rural et la formation en médecine rurale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Le CMFC</li> <li>» La SMRC</li> <li>» Le Collège royal</li> <li>» Le CMQ</li> <li>» La FOMC</li> <li>» Le CMC</li> <li>» Les gouvernements F/P/T</li> <li>» Les praticiens en milieu rural</li> <li>» Les patients et les groupes communautaires</li> <li>» Les autorités sanitaires régionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Mettre sur pied un secrétariat qui supervisera le mandat d'un groupe collaboratif financé par des gouvernements F/P/T et autres sources</li> <li>» Promouvoir le développement et l'application de compétences propres au milieu rural dans la formation permanente en médecine, les évaluations des apprenants, le maintien de la compétence et l'agrément des programmes</li> <li>» Étudier les moyens, tels que les mesures législatives, pour garantir la mise en place et la viabilité des modèles de soins de santé ruraux et de la formation en médecine rurale visant l'amélioration des résultats de santé</li> <li>» Établir des indicateurs de performance parmi lesquels on comptera des outils permettant d'évaluer l'impact du groupe collaboratif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Consensus national sur les compétences, les normes, les évaluations et l'agrément pour la formation en médecine rurale, de manière à refléter les besoins de la communauté ainsi que ceux des professionnels de la santé</li> <li>» Consensus national sur les normes rurales pour une prestation des soins de santé conforme à ceux des réseaux de soins prodigués en équipe, de manière à refléter les besoins de la communauté ainsi que ceux des professionnels de la santé</li> <li>» Identification des volets de formation en médecine rurale dans les facultés de médecine et les programmes de résidence, et mise en commun des pratiques exemplaires en vue de les diffuser, ce qui permettra d'adopter une approche coordonnée de la mise en œuvre à l'échelle nationale, tout en laissant une place aux variations régionales</li> <li>» Augmentation du nombre de médecins qui choisissent de pratiquer la médecine en milieu rural à un moment ou un autre de leur carrière</li> <li>» Hausse du taux de rétention des médecins dans les communautés rurales après cinq ans</li> <li>» Amélioration de l'accès aux soins spécialisés, aux soins intensifs virtuels et aux diagnostics</li> <li>» Augmentation des résultats de santé positifs grâce à la réduction du nombre de transferts de patients vers les centres urbains</li> </ul>

## ORIENTATION 2 : HARMONISATION DES POLITIQUES

**ACTION 7 :** Mettre en place des partenariats entre les gouvernements et les universités avec les médecins ruraux et les autorités sanitaires régionales, qui comprennent des accords formels visant à mieux dispenser la formation médicale dans les communautés rurales en développant et en mettant en œuvre des parcours de formation de généraliste rural précis et visible, sous la direction du personnel universitaire rural et de médecins ruraux. Fournir le financement considérable, sur une base continue, requis pour appuyer les postes universitaires, le développement professoral, la recherche, l'administration et l'implication de la communauté.

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Mettre au point des modèles de financement flexibles pour la formation de généralistes, fondés sur, et définis par, les besoins de la communauté et des professionnels de la santé, mettant l'accent sur le partenariat et l'intégration d'un système à plus grande échelle qui engloberait toutes les professions de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Les gouvernements F/P/T</li> <li>» Les autorités sanitaires régionales</li> <li>» Les organismes d'agrément (le CMFC, le Collège royal, le CMQ)</li> <li>» Les facultés de médecine — AFMC</li> <li>» La SMRC</li> <li>» L'AMC</li> <li>» Les praticiens et les apprenants en milieu rural</li> <li>» Les communautés rurales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Créer des occasions de partenariat entre intervenants pour favoriser un dialogue et obtenir un consensus sur les moyens d'encourager la formation de généralistes en milieu rural et sur les modes de soutien financier pertinents pour tous les médecins, à toutes les étapes de leur carrière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Reconnaissance de la formation de généralistes en tant que stratégie de financement dans le cadre d'une politique sur la main-d'œuvre médicale dans les régions rurales et pour la planification à l'échelle provinciale ou territoriale</li> <li>» Normes d'agrément formulées et définies avec clarté qui appuient la formation des apprenants dans des contextes ruraux avec des indicateurs précis concernant le temps, le cursus, le type d'infrastructures et les ressources universitaires nécessaires pour satisfaire aux exigences des programmes à l'égard de la formation en milieu rural, qui ciblent l'amélioration des soins de santé dans ces communautés</li> <li>» Hausse de 20% en cinq ans et de 30% en 10 ans du taux de rétention des médecins dans les régions rurales et les communautés autochtones</li> <li>» Adoption de l'enseignement de la médecine générale en tant que norme fondamentale pour la formation médicale</li> </ul>

**ACTION 8 : Créer des programmes avec du financement ciblé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour permettre aux médecins et autres spécialistes en milieux ruraux, surtout ceux déjà en exercice, d'acquérir des compétences additionnelles ou avancées afin d'améliorer l'accès aux soins de santé dans leur milieu.**

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<p>» Ouvrir des possibilités pour que les intervenants puissent se rencontrer régulièrement afin de créer davantage d'occasions de formation axée sur les compétences pour les résidents et les praticiens, reposant sur les données et sur les besoins des communautés rurales en matière de prestation de soins de santé</p>	<p>» Le Collège royal</p> <p>» Le CMFC</p> <p>» Le CMQ</p> <p>» L'AFMC</p> <p>» Les intervenants en DPC</p> <p>» La FMRQ</p> <p>» Les hôpitaux et les administrateurs de système de santé régionaux</p> <p>» Les communautés rurales</p> <p>» Les autorités sanitaires régionales</p> <p>» Les gouvernements provinciaux</p> <p>» Les administrateurs et les chefs de file en santé des communautés rurales</p>	<p>» Trouver les occasions de formation existantes pour les compétences avancées ou approfondies, et évaluer leur efficacité</p> <p>» Organiser des réunions avec les intervenants pour déterminer une approche permettant de trouver, de promouvoir et de créer davantage d'occasions et de processus de formation adéquate pour les compétences avancées afin de répondre aux besoins de la communauté et des fournisseurs (p. ex., combler les lacunes en matière de services)</p>	<p>» Amélioration de l'accès à la formation médicale nécessaire, pour permettre aux médecins et aux résidents de répondre aux besoins précis de la communauté en matière de soins de santé</p> <p>» Amélioration de l'accès local aux soins et augmentation du taux de satisfaction des patients vis-à-vis des soins prodigués par les médecins de famille avec compétences avancées</p> <p>» Meilleure planification des services de soins de prestataires dotées de compétences avancées, ce qui entraîne une réduction des coûts, puisque les soins sont désormais prodigués localement</p>

**ACTION 10 : Instituer un service canadien de médecine de dépannage rural pour fournir une main-d'œuvre qualifiée de médecins de famille et de spécialistes généralistes ruraux prêts et capables de travailler dans les milieux ruraux des provinces et territoires, par la délivrance d'une autorisation spéciale de pratique au niveau national.**

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Entreprendre un projet pilote pour déterminer en quoi consisterait une autorisation de pratique au niveau national et comment celle-ci serait utilisée à l'échelle régionale (p. ex., SU et télémédecine)</li> <li>» Solliciter le soutien du gouvernement fédéral afin d'inviter les provinces et les territoires à envisager des changements législatifs pour rendre possible la création d'un permis de pratique national</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» La FOMC</li> <li>» Les gouvernements F/P/T</li> <li>» Les universités et les apprenants</li> <li>» Les ordres des médecins régionaux</li> <li>» Les associations médicales</li> <li>» CMC/CMFC/Collège royal</li> <li>» MRdC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Organiser une réunion des représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux, du Comité sur l'effectif en santé et du Comité consultatif sur la planification des ressources humaines en santé dans le but d'encourager les provinces et les territoires à légiférer sur la création d'un permis national transférable donnant des résultats efficaces à long terme pour les patients et les systèmes</li> <li>» Élaborer des approches cohérentes pour configurer les normes régissant les permis de pratique applicables dans toutes les provinces et tous les territoires</li> <li>» Explorer les champs et les compétences de pratique communs en médecine familiale et en soins spécialisés</li> <li>» Conclure une entente bilatérale entre les gouvernements F/P/T quant à la transférabilité des ressources humaines en santé à travers le Canada; rechercher des exemples actuels de programmes de permis de pratique qui semblent à la fois flexibles et fonctionnels</li> <li>» Les organismes de réglementation sélectionnent une province qui prendrait en charge, en consultation avec les autres juridictions et les intervenants, l'élaboration de lois régissant le permis national et englobant les champs de pratique dans un contexte de compétences en milieu rural</li> <li>» Mettre au point une approche pour les normes entourant les permis de pratique; développer un permis formatif transférable pour que les résidents puissent être exposés davantage (voir les modèles australien et américain)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Élimination des obstacles au projet de permis transférable pour la pratique en milieu rural; réponse à la demande de la pratique</li> <li>» Augmentation du taux de rétention des médecins dans les régions rurales après cinq ans</li> <li>» Disponibilité accrue de médecins de dépannage dans les communautés rurales</li> <li>» Réduction du nombre de plaintes déposées auprès des organismes de réglementation</li> <li>» Réduction du nombre de postes de médecin vacants en milieu rural</li> <li>» Augmentation du taux de satisfaction des patients</li> <li>» Augmentation du taux de satisfaction envers les professionnels qui détiennent un permis de pratique</li> <li>» Baisse du nombre de communautés en péril nécessitant la présence d'un médecin</li> </ul>

## ORIENTATION 3 : MODÈLES DE PRATIQUE PROPRES AUX MILIEUX RURAUX

**ACTION 11 : Instituer des politiques qui créent des corridors de services et qui exigent l'acceptation de transferts rapides et des consultations appropriées entre les établissements médicaux ruraux et les hôpitaux secondaires et tertiaires, avec l'appui de réseaux de formation et de soins aux patients qui comprennent des généralistes et des spécialistes.**

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Mettre en œuvre des politiques de non-refus entre organisations pour favoriser le transfert de patients de médecins en milieux ruraux au besoin, et procéder à l'instauration de ces politiques dans toutes les provinces et tous les territoires</li> <li>» Mener des analyses environnementales permettant de trouver des partenariats collaboratifs efficaces ainsi que des réseaux de soins décrits comme des champions locaux, bénéficiant de soutiens en matière de TI, de fonds et d'infrastructure ayant entraîné une amélioration manifeste des soins prodigués aux personnes vivant dans les communautés rurales et éloignées</li> <li>» Comprendre les facteurs qui influencent l'amélioration de l'accès aux services et aux professionnels de la santé à l'extérieur des communautés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Les gouvernements F/P/T</li> <li>» Les fournisseurs de SMU</li> <li>» Les représentants des éducateurs, des professionnels de la santé, des apprenants, des communautés et des patients</li> <li>» Les autorités sanitaires régionales</li> <li>» Les hôpitaux locaux</li> <li>» L'ICIS et la FCASS — collecte de données et transfert des connaissances</li> <li>» L'Organisation de normes en santé et Agrément Canada (normes/évaluation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Établir une base de données nationale ainsi que des données de référence sur l'état actuel du système sur l'acceptation des soins dans les communautés et les régions, permettant ainsi de mesurer les changements et de fixer un objectif pour l'uniformité</li> <li>» Trouver et créer, d'un commun accord, des méthodes de collecte de données statistiques sur les références acceptées, qui seront analysées et potentiellement utilisées à l'échelle interprovinciale, interrégionale et interterritoriale</li> <li>» Créer des protocoles et des trajectoires de transferts cliniques à l'aide des données probantes afin de faciliter les transferts et de mesurer les résultats</li> <li>» Mettre sur pied, à l'aide des données probantes, des normes et des indicateurs communs qui favoriseront des transferts rapides dans les milieux ruraux pouvant être évalués et améliorés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Augmentation du taux de satisfaction des patients et des cliniciens</li> <li>» Hausse des consultations avec des patients pour des références à d'autres professionnels</li> <li>» Augmentation du nombre de références en ligne et baisse du nombre de transferts vers les centres urbains</li> </ul>

**ACTION 12 : Développer des ressources, infrastructures et réseaux de soins ciblés au sein des autorités sanitaires locales et régionales pour résoudre les problèmes d'accès, comme l'accès aux soins de santé mentale dans les communautés rurales.**

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<b>Compétences avancées en chirurgie (CAC)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Élaborer des normes de formation des organismes d'agrément pour uniformiser l'acquisition des compétences pour les apprenants inscrits dans une formation en CAC</li> <li>» Identifier les personnes et les équipes prêtes à offrir l'enseignement nécessaire pour obtenir les compétences en CAC dans toutes les régions</li> <li>» Étudier et définir les stratégies d'évaluation qui pourront démontrer la qualité des soins</li> <li>» Établir des programmes de formation en CAC dans les hôpitaux régionaux afin de fournir aux apprenants une formation de base en CAC</li> <li>» Soutenir les programmes de CAC qui démontrent des méthodologies exceptionnelles pour la formation et l'évaluation pour diplômer des généralistes ruraux compétents en chirurgie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Les sociétés nationales (anesthésie, obstétrique, chirurgie)</li> <li>» Les registraires de collèges provinciaux</li> <li>» Le Collège royal — spécialistes/généralistes</li> <li>» Le CMFC</li> <li>» Les universités</li> <li>» Les hôpitaux</li> <li>» Les autorités sanitaires régionales</li> <li>» Les gouvernements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Donner aux programmes de formation en CAC et en CAC-obstétrique le statut de programmes de Catégorie 1 pour la médecine familiale</li> <li>» Soutenir la prestation d'excellente formation en obstétrique et en chirurgie que requièrent les généralistes en milieu rural, en formant des équipes de professionnels dans les régions</li> <li>» Établir des principes pour la gestion d'un bassin de médecins prêts à faire de la suppléance pour combler au besoin les pénuries en matière de soins d'obstétrique et de procédures chirurgicales</li> <li>» Utiliser les données pour déterminer où la formation pour les CAC donnerait les meilleurs résultats</li> <li>» Collaborer à la mise en place de normes qui s'appliquent à la formation et à la pratique pour offrir de la formation et des soins en chirurgie dans les hôpitaux ruraux et régionaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Normes d'agrément pour les CAC et soins d'obstétrique en milieu rural qui font l'unanimité parmi les intervenants, y compris le CMFC et le Collège royal</li> <li>» Définition et adoption des compétences pour les CAC par le CMFC, la SMRC et le Collège royal</li> <li>» Classification des programmes de CAC en tant que programmes de Catégorie 1 par le CMFC; cela inclut les volets de CAC et de CAC-obstétrique</li> <li>» Développement de normes d'agrément qui favorisent la formation de généraliste en milieux ruraux, y compris la formation pour les CAC</li> <li>» Croissance du personnel dans les hôpitaux régionaux qui offrent des services de chirurgie générale pour les patients et qui servent de lieux de formation pour les programmes de CAC en régions rurales</li> </ul>

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<b>Santé mentale</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Dans le cadre de la vision pour répondre à la CVR, élaborer et promouvoir une vision de la qualité des soins axée sur la communauté ainsi qu'un processus commun pour sa réalisation</li> <li>» Établir les objectifs communs et les responsabilités fondamentales d'une stratégie en matière de santé mentale menée par les intervenants</li> <li>» Clarifier et énoncer les responsabilités de chacun pour des processus communautaires précis afin de résoudre les problèmes d'accès aux soins en santé mentale</li> <li>» Promouvoir une vision et un processus axés sur la communauté pour résoudre les problèmes d'accès aux soins en santé mentale</li> <li>» Fournir des conseils au sujet des modèles de financement adéquats, équitables et responsables pour un soutien efficace des services en santé mentale dans les communautés rurales et éloignées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Les autorités sanitaires</li> <li>» Les communautés</li> <li>» Les fournisseurs</li> <li>» Les résidents</li> <li>» Les gouvernements</li> <li>» Les organismes de réglementation</li> <li>» Les prestataires de soins en santé mentale</li> <li>» Les équipes de santé familiale</li> <li>» Les groupes de professionnels de la santé</li> <li>» ICIS</li> <li>» Statistique Canada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Former des groupes formels d'intervenants clés pouvant mener à bien une stratégie de planification des effectifs ruraux en santé mentale, en se basant sur une analyse environnementale qui déterminera : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des approches efficaces reposant sur le travail d'équipe</li> <li>• Des moyens novateurs pour remédier aux problèmes de distance grâce à la technologie ou par d'autres méthodes</li> <li>• Des stratégies pour les ressources à l'échelle locale, régionale, provinciale et territoriale</li> <li>• Des réseaux de soins efficaces, avec des responsabilités, des partenariats et des accords définis</li> <li>• Des points d'ancrage puissants pour la promotion des intérêts au sein du système de santé</li> </ul> </li> <li>» Partager des résultats de cette analyse environnementale aux principaux intervenants, y compris le gouvernement et les autres chefs de file en santé mentale, afin de déterminer les prochaines étapes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Vision commune et repères nationaux en place</li> <li>» Mise en place de paramètres reliés au nombre de réseaux en santé mentale montrant des signes de croissance</li> <li>» Meilleurs résultats pour les indicateurs de santé mentale selon les statistiques de l'ICIS</li> <li>» Politiques harmonisées dans l'ensemble des provinces et territoires</li> <li>» Utilisation de paramètres et de mesures pour comparer les provinces et territoires et les régions</li> <li>» Amélioration de l'accès aux services en santé mentale et réduction des délais d'attente</li> <li>» Augmentation du taux de satisfaction des patients et des professionnels de la santé</li> <li>» Meilleur accès aux soins dans la communauté avec moins de transfert vers l'extérieur</li> <li>» Adoption de ressources, d'infrastructures et de réseaux par tous les professionnels et les intervenants</li> <li>» Implication manifeste de la communauté dans la réalisation de modèles de prestation des soins de santé et bon fonctionnement de la prestation des soins au sein de la communauté</li> <li>» Collaboration entre professionnels et développement de trajectoires d'accès responsables aux soins</li> </ul>

**ACTION 13 : Collaborer avec les communautés rurales et les professionnels de la santé en milieu rural pour élaborer des stratégies visant à guider la mise en œuvre d'une technologie à distance globale et coordonnée afin d'améliorer et d'élargir les capacités locales et l'accès à des soins de santé de qualité dans les collectivités rurales.**

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Promouvoir des systèmes et une technologie entièrement capables de fonctionner partout où les professionnels pratiquent la médecine rurale</li> <li>» Améliorer la rapidité du réseau Internet dans les régions rurales pour rendre possible la téléconsultation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Le gouvernement</li> <li>» Les médecins</li> <li>» Les groupes de promotion d'intérêts (y compris les groupes de patients et les groupes communautaires)</li> <li>» Les sociétés de télécommunication</li> <li>» Les programmes de cybersanté</li> <li>» Les fournisseurs de réseau à large bande</li> <li>» Inforoute Santé du Canada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Procéder à une analyse de rentabilité et mettre à profit les infrastructures existantes en vue de mobiliser des partenaires importants et mieux voir le mauvais fonctionnement des systèmes de TI dans les communautés rurales</li> <li>» Trouver des investissements potentiels en infrastructures en matière de technologie, de réseaux à large bande et de programmes de cybersanté</li> <li>» Mettre à profit les programmes et les réseaux existants dans les domaines de la cybersanté et de la télécommunication qui reçoivent le soutien des gouvernements F/P/T</li> <li>» Veiller à ce que les cliniciens participent à la planification</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Amélioration de l'accès aux systèmes et à la technologie et utilisation plus efficace de ceux-ci par les professionnels de soins de santé des milieux ruraux, qui donnent un meilleur accès et une plus grande satisfaction pour leurs patients</li> <li>» De meilleures possibilités de recherche en étudiant l'expérience des patients de la technologie à distance</li> <li>» Mise en place d'infrastructures dans l'ensemble des provinces et territoires pour surveiller systématiquement l'efficacité de la technologie à distance, avec des mécanismes de production de rapports mesurant annuellement son utilité et son impact</li> <li>» Utilisation accrue des réseaux de cybersanté et des séances cliniques/pédagogiques par vidéoconférence</li> <li>» Augmentation du taux d'intégration de la cybersanté dans les cliniques médicales rurales</li> </ul>

**ACTION 14 : Impliquer les collectivités à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies de recrutement et de rétention pour renforcer l'intégration des médecins et de leurs familles dans les communautés.**

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Créer un guide pour intégrer les médecins et accroître leur engagement dans la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Les universités</li> <li>» Les autorités sanitaires régionales</li> <li>» Les membres de la communauté</li> <li>» L'AMC et les gestionnaires de clinique médicale</li> <li>» Les recruteurs</li> <li>» Les médecins et leurs familles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Définir une approche pour décrire les rôles et responsabilités des intervenants dans la création de réseaux entre médecins et dirigeants communautaires afin d'appuyer les stratégies de recrutement et de rétention</li> <li>» Créer un modèle de protocole d'entente ou de « charte » que les communautés pourront utiliser dans le cadre de leurs stratégies de recrutement et de rétention axées sur la participation communautaire</li> <li>» Créer un modèle universel pouvant être utilisé à l'échelle nationale afin de recueillir les données sur la participation dans la communauté et le soutien aux médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Amélioration des taux de recrutement et de rétention dans les communautés</li> <li>» Amélioration de la satisfaction des communautés/des professionnels, constatée au moyen de sondages</li> </ul>

**ACTION 15 : Mettre en place et soutenir le développement de relations de mentorat formelles et informelles pour soutenir les médecins de famille et autres spécialistes des régions rurales et éloignées dans la prestation de soins complets et globaux.**

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Promouvoir le mentorat comme norme du professionnalisme, et comme rôle fondamental dans la profession à partager avec tous les niveaux de formation médicale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Les associations et les collègues de médecins à l'échelle nationale et provinciale</li> <li>» Les milieux d'enseignement locaux</li> <li>» Les communautés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Mener une analyse environnementale des programmes de mentorat ruraux à travers le pays et évaluer leur efficacité</li> <li>» Trouver les programmes de mentorat existants, les faire connaître, encourager les intervenants à y participer et favoriser leur adaptation pour les intégrer aux initiatives et à la planification en vue de recruter et retenir des médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Intégration de la définition du mentorat dans les normes régissant l'éducation et la pratique</li> <li>» Augmentation du taux de rétention des médecins dans les communautés rurales grâce aux programmes de mentorat</li> <li>» Augmentation du financement et des ressources disponibles pour les programmes de mentorat dans l'ensemble des provinces et territoires</li> <li>» Reconnaissance dans le cadre des crédits de DPC et prix pour le mentorat par le CMFC et la SMRC</li> </ul>

## ORIENTATION 4 : RECHERCHE EN MILIEU RURAL

**ACTION 17 :** Établir les caractéristiques qui définissent une formation rurale basée sur des données probantes pour appuyer les décisions sur les politiques (financement) en matière d'éducation et fournir des renseignements clairs, précis et comparables sur les programmes de formation en médecine familiale en milieu rural et sur les sites.

Action prioritaire	Intervenants	Mise en œuvre sur 1 à 2 ans	Indicateurs de réussite
<ul style="list-style-type: none"> <li>» En consultation avec les communautés, obtenir un consensus pancanadien sur une définition de la formation en médecine rurale qui sera employée par CaRMS et l'AFMC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Les communautés</li> <li>» Les facultés</li> <li>» Les gouvernements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Former un groupe de travail d'éducateurs médicaux qui s'impliquent dans la formation médicale pour travailler avec les communautés et élaborer un plan de consultation, revoir la documentation et mener une analyse environnementale permettant d'établir des paramètres et des définitions liées à l'usage du terme « recherche » dans les contextes de l'éducation et de la formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Définition de la formation en médecine rurale utilisée et appliquée par tous les intervenants et tous ceux qui sont impliqués dans l'éducation médicale</li> <li>» Une définition plus exacte et une meilleure catégorisation des centres de formation qui pourront servir aux chercheurs et aux évaluateurs</li> <li>» Dénombrement annuel des apprenants jumelés à des centres de formation en médecine rurale ou étant situés en milieu rural</li> </ul>

## ANNEXE C: GLOSSAIRE DES ACRONYMES ET DES TERMES ABRÉGÉS

AFMC	Association des facultés de médecine du Canada
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AMIC	Association des médecins indigènes du Canada
AMC	Association médicale canadienne
CAC	Compétences avancées en chirurgie
CaRMS	Service de jumelage des résidents du Canada
CES	Comité sur l'effectif en santé
CMC	Conseil médical du Canada
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
Collège royal	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
CVR	Commission de vérité et réconciliation
DPC	Développement professionnel continu
FAMFR	Faire avancer la médecine familiale rurale
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des soins de santé
FEMC	Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada
FMRQ	Fédération des médecins résidents du Québec
FOMC	Fédération des ordres de médecins du Canada
F/P/T	Fédéral/provinciaux/territoriaux
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
MRdC	Médecins résidents du Canada
ORM	Organismes de réglementation médicale
Plan d'action	Plan d'action pour la médecine rurale
SA	Santé autochtone
SMRC	Société de la Médecine Rurale du Canada
SMU	Services médicaux d'urgence

