



Training an adequate number of rural family physicians

James Rourke, MD, CCFP(EM), MCLSC, FCFP Peter Newbery, MDIV, MD, CCFP, FCFP David Topps, MD, CCFP, FCFP

All measures indicate a shortage of rural family physicians (FPs) in every province in Canada. In 1999, the College of Family Physicians of Canada (CFPC) approved, and the Society of Rural Physicians of Canada (SRPC) endorsed, a national plan to train doctors for rural family practice.^{1,4} Substantial progress is being made in training doctors for rural family practice, but we are only halfway there.

Educating an adequate number of appropriately trained rural FPs will require doubling the number of rural-regional family medicine training positions. In this editorial, we summarize the rationale for that action and consider the number of physicians needed.

Defining rural practice

A common definition of “rural” communities in Canada includes those with populations of up to 10 000 people. By this definition, 8 740 847 Canadians (30.3%) are rural.^{1,2,5} Rural people can also be defined as those living outside census metropolitan areas and census agglomerations. By this definition, 6 396 906 Canadians (22.2%) are rural.^{1,2,5} A census agglomeration is defined as “a large urban area (known as an urban core) together with adjacent urban and rural areas (known as urban and rural fringes) that have a high degree of social and economic integration with the urban core.” A census agglomeration has an urban core population of at least 10 000, based on the previous census.

Rural practice can then be defined as practice outside census metropolitan and census agglomeration areas. By that definition, only 9.9% of Canada’s doctors—4775 FPs/GPs (16.5% of Canada’s FPs/GPs) and 756 specialists (2.8% of Canada’s specialists)—can be considered rural (numbers as of January 1998).⁶ In the CFPC’s Janus Project, 4179 FPs/GPs identified themselves as primarily serving rural or remote populations.² A useful functional definition of rural practice is “practice in non-urban areas, where most medical care is provided by a few GPs or

family doctors with limited or distant access to specialist resources and high technology health care facilities.”⁷

Too much work; too few doctors

Compared with doctors in urban areas, rural physicians are older and more likely to be male.⁶ In addition to office-based practice, housecalls, and nursing home visits, many rural physicians are actively involved in direct hospital management of patients, including obstetric deliveries, emergency department shifts, and anesthesia, to a far greater extent than their urban counterparts.² Those “second jobs” are often done at the expense of sleep and family and personal time and cut into time available for office-based primary care.

Lack of specialists means rural physicians must manage more complex and time-consuming patient problems. These factors all contribute to the shortage of rural physicians and sometimes to the burnout that causes physicians to leave rural areas. Recruitment and retention of rural physicians is complex, affected by working conditions, practice support, and compensation, which are modifiable. Many other professional and personal factors, such as job opportunities for spouses, are important but difficult to modify.

Tables 1⁶ and 2^{6,8} provide numbers of FPs/GPs and how many enter and exit rural practice, based on the most recent data available.^{2,6,8} The Canadian Medical Association (CMA) and SRPC news release of January 31, 2000, highlights the problem that the FP/GP to population ratio in rural Canada is 1:1340 compared with 1:995 for Canada as a whole. Rural Canada will need 1652 more FP/GPs to make the situation more equitable.

The CMA has analyzed the numbers of rural physicians and developed a projection tool for workforce supply planning.⁸ This Physician Resource Evaluation Template (PRET) uses four main categories of variables to determine how many physicians will be practising in rural Canada: base stock, exits, entries, and flow of active physicians between rural and urban Canada.

Table 1. **Numbers of rural family physicians (FPs) and general practitioners (GPs) in Canada: January 1998.**

LOCATION	MALE FPS/GPS* (% OF ALL FPS/GPS)	FEMALE FPS/GPS* (% OF ALL FPS/GPS)	TOTAL FPS/GPS*	POPULATION†
Rural	3 534 (74.0)	1241 (26.0)	4 775	6 396 906
Canada	19 797 (68.3)	9186 (31.7)	28 983	28 846 761

*Data from CMA Masterfile.⁶

†1996 census data.

The CMA projections provide five scenarios from now to the year 2021. All are frighteningly dismal and predict an aging, shrinking stock of rural physicians.⁸ Even allowing double the number of international medical graduates (IMGs) to enter rural practice immediately without Canadian postgraduate training would only slightly increase the number of rural physicians (and would still fall behind rural population growth!).⁸ This is unlikely to be a successful long-term solution because 25% of Canadian physicians (and 26% of rural physicians) are already IMGs.⁶ Nevertheless, some provinces have been actively recruiting overseas.

Postgraduate medical education is an important modifiable factor. In 1998, of 735 physicians who had completed postgraduate family medicine training in Canada, only 86 (11.7%) began practice in rural Canada.⁸

Canadian Resident Matching Services

For the July 1, 2000, CaRMS match, 28% of family medicine positions were classified rural. This is definitely progress. Closer scrutiny, however, reveals that many of these programs can best be classed as rural-regional and that their "successes" often depend on physicians practising in regional underserved communities rather than rural locations.

Realistically, only 30% to 40% of graduates of rural-regional programs establish practice in strictly defined rural areas.^{9,10} Others choose regional communities, and some, for family and other reasons, choose big cities. About 3% to 5% of urban-based program graduates likely establish practice in rural areas. Combined, these numbers would predict that 12.8% of family medicine graduates would choose rural practice. This does not even keep pace with the current shortfall (Table 3).

Table 2. **Entries to and exits from rural FP/GP practice**

RURAL FP/GP PRACTICE	NUMBER OF PHYSICIANS
ENTRIES	
Entered in 1998 after family medicine training (includes international medical graduates [IMGs] who did postgraduate training in Canada)	86 (43 men, 43 women)
Entered in 1997* after return from abroad (excludes postgraduate trainees)	15
Entered in 1997* as IMGs without postgraduate training in Canada	31
TOTAL	132†
EXITS	
Retirements in 1998	98
Deaths before retirement in 1998‡	13
Emigration abroad in 1997*	61
TOTAL	172†

Data from Canadian Medical Association⁶ and Buske et al.⁸

*1997 data used because 1998 data not yet available.

†There was a large but nearly equal flow of active FP/GPs from rural to urban (276) and urban to rural (248) practice in 1997. This was surprising, given the common mid-career shift of physicians from rural to urban locations, and warrants further study of who, where, and why.

‡Estimated, based on age and sex of physicians.

Increase training opportunities

Adding 124 more rural-regional training positions (doubling the current number) would produce between 37 and 50 more rural doctors per year. A similar number will be well trained for and will enter family practice in regional communities, which are also developing a shortage of physicians. Anything less than this increase in rural-regional family medicine training positions will be inadequate to meet the health needs of rural Canadians.

That the shortage of rural physicians is worsening and spreading to regional communities is in part due to an increasing and aging population and the 1993 medical school enrolment cut of 10% across Canada. For Canada to produce a self-sufficient supply of physicians, medical school enrolment must be increased. Some provinces have already committed to that. There will be a 4-year lag, however, before these increased numbers of medical students enter rural-regional family medicine residency programs.

Table 3. **Canadian Resident Matching Services (CaRMS) positions for July 1, 2000:**
Number of positions available, number of graduates projected to choose rural practice.

TYPE OF PRACTICE	CARMS POSITIONS AVAILABLE*	GRADUATES PROJECTED TO CHOOSE RURAL PRACTICE
Urban-based	314 (72%)	13 (4% of 314)
Rural-regional	124 (28%)	43 (35% of 124)
TOTAL	438 [†]	56 (12.8% of 438)

* Includes McGill, but excludes the three francophone Quebec programs that do not participate in CaRMS.

† In addition to the CaRMS positions, each year other family medicine training positions are available for IMGs and others.

Given the urgent need, we recommend an immediate increase in rural-regional family medicine training positions. Any unfilled positions could be opened to qualified IMGs (possibly with a rural return-of-service condition) until increased enrolment results in enough Canadian graduates to fill them.

Advanced skills for rural practice

The CFPC report, *Postgraduate Education for Rural Family Practice: Vision and Recommendations for the New Millennium*,^{1,2} also recognizes the importance of rural family doctors' having special and advanced skills for rural practice. Rural Canada has a critical shortage of GP anesthetists and doctors who can do cesarean sections and other special, advanced procedures.^{1,2,11-14}

Training programs need to increase the overall availability of postgraduate year 3 (PGY3) positions for family medicine graduates and practising physicians reentering training. Currently, 20% of graduating family medicine residents take PGY3 training, but many of these go into emergency, palliative care, and other programs and often practise in urban settings.¹⁵ The report recommends an increase in funded, flexible (2- to 12-month, usually 3- to 6-month) PGY3 positions for rural needs-based special skills training and an increase in 6- to 12-month funded PGY3 positions for accredited training in advanced skills, such as GP anesthesia. All residents entering a 2-year postgraduate rural family medicine training stream should have the funded opportunity to do a further 6 to 12 months' special or advanced rural skills training.

Appropriate education for rural practice is essential but insufficient alone to ease the shortage of rural physicians. Strengthened rural health care teams, infrastructure support, and recruitment and retention incentives are needed to make rural practice more attractive and sustainable. Increasing the number of postgraduate

rural-regional positions for family medicine training will have the benefit of graduating more FPs well trained to provide comprehensive office- and hospital-based care in regional and rural communities. ♦

Dr Rourke is Chair of the College of Family Physicians of Canada's (CFPC) Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice.

Dr Newbery is President of the CFPC. **Dr Topps** is Chair of the CFPC's Committee on Rural Practice.

Acknowledgment

We thank Lynda Buske and the Canadian Medical Association for their Masterfile Data and Sandra Banner, Executive Director of the Canadian Resident Matching Services, for data on CaRMS 2000/2001 family medicine training positions.

Correspondence to: Dr James Rourke, Director, Southwestern Ontario Rural Medicine Education, Research and Development Unit, 53 North St, Goderich ON N7A 2T5; e-mail jrouke@julian.uwo.ca

References

1. Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice, Rourke J, Chair. Postgraduate education for rural family practice: vision and recommendations for the new millennium. *Can Fam Physician* 1999;45:2698-704 (Eng), 2717-21 (Fr).
2. Rourke J (Chair), Goertzen J, Goldsand G, Hatcher S, Humphries S, Iglesias S, et al. *Postgraduate education for rural family practice: vision and recommendations for the new millennium*. Report of the Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice. Mississauga, Ont: College of Family Physicians of Canada; 1999. Full report available at the CFPC website: <http://www.cfpc.ca/ruralpaperfull.htm>.
3. Rourke J. What a challenge! *Can Fam Physician* 1999;45:2567-8 (Eng), 2579-80 (Fr).
4. Newbery P. Facing the challenge. *Can Fam Physician* 1999;45:2568-9 (Eng), 2581 (Fr).

Editorials

.....

5. Statistics Canada. *A national overview. 1996 Census of Canada*. Ottawa, Ont: Industry Canada; 1997. Catalogue number 93-357XPB; tables 6, 17.
6. Canadian Medical Association. *CMA Masterfile*. Ottawa, Ont: Canadian Medical Association; 1998.
7. Rourke J. In search of a definition of rural. *Can J Rural Med* 1997;2(3):113-5.
8. Buske L, Newton Yager S, Adams O, Marcus L, Lefebvre F. *Rural community development tools from the medical perspective: a national framework of rurality and projections of physician workforce supply in rural and remote areas of Canada. Report to Health Canada by the Canadian Medical Association Project Advisory Group on Rural and Remote Practice Issues*. Ottawa, Ont: Canadian Medical Association; 1999. p. 1-3, 12-35, Appendices 3, 9, 11-8, 12-8, 13-8, 14-8, 15-8, 16-8.
9. Whiteside C, Pope A, Mathias R. Identifying the need for curriculum change: when a rural training program needs reform. *Can Fam Physician* 1997;43:1390-4.
10. Easterbrook M, Godwin M, Wilson R, Hodgetts G, Brown G, Pong R, et al. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. *Can Med Assoc J* 1999;160(8):1159-63.
11. Iglesias S, Strachan J, Ko G, Jones L. Advanced skills by Canada's rural physicians. *Can J Rural Med* 1999;4(4):227-31.
12. Rourke JTB. Trends in small hospital medical services in Ontario. *Can Fam Physician* 1998;44:2107-12.
13. Iglesias S, Grzybowski S, Klein M, Gagne G, Lalonde A. Rural obstetrics: joint position paper on rural maternity care. *Can Fam Physician* 1998;44:831-7 (Eng), 837-43 (Fr).
14. College of Family Physicians of Canada, Society of Rural Physicians of Canada, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Joint position paper on training for rural family practitioners in advanced maternity skills and cesarean section. *Can Fam Physician* 1999;45:2416-22 (Eng), 2426-32 (Fr).
15. Mai D. Third-year family medicine residency programs in Canada. *Can Fam Physician* 1999;45:2423-5 (Eng), 2433-5 (Fr).

.....



Former des médecins de famille ruraux en nombre suffisant

James Rourke, MD, CCFP(EM), MCLSC, FCFP Peter Newbery, MDIV, MD, CCFP, FCFP David Topps, MD, CCFP, FCFP

Tous les critères quantitatifs signalent une pénurie de médecins de famille ruraux dans chaque province du Canada. En 1999, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) approuvait une stratégie nationale visant à former des médecins pour la pratique familiale rurale^{1,4}, et la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) y donnait son aval. Si des progrès considérables se réalisent dans la formation de médecins pour la pratique familiale rurale, nous n'en sommes cependant encore qu'à mi-chemin.

L'éducation d'un nombre suffisant de médecins de famille ruraux bien formés exigera que l'on double le nombre de postes ruraux-régionaux de formation en médecine familiale. Le présent éditorial fait la synthèse de la justification d'une telle action et examine le nombre de médecins nécessaire.

La définition de la pratique rurale

L'usage veut que le terme «rural» s'applique aux communautés dont la population est inférieure à 10000. Selon cette définition, 8740847 Canadiens (30,3%) sont des ruraux^{1,2,5}. On peut également accepter comme définition les personnes qui vivent en dehors des grandes régions métropolitaines ou agglomérations au sens que leur donnent les recensements. Selon cette méthode de calcul, 6396906 Canadiens (22,2%) sont des ruraux^{1,2,5}. On entend par agglomération selon le recensement «toute grande région urbaine (connue comme étant un noyau urbain), entourée de ses régions urbaines et rurales adjacentes (connues comme étant des régions urbaines et rurales limitrophes), où l'on retrouve un degré élevé d'intégration sociale et économique avec le noyau urbain». Une agglomération compte une population du noyau urbain d'au moins 10000 âmes, sur la base du recensement précédent.

On peut donc définir la pratique rurale comme étant celle effectuée en dehors des régions métropolitaines et des agglomérations selon le recensement. Compte tenu de ces critères, on peut considérer que seulement 9,9% des médecins canadiens, soit 4775 médecins de famille et omnipraticiens (16,5% des

médecins de famille/omnipraticiens du Canada) et 756 spécialistes (2,8% des spécialistes canadiens) exercent en milieu rural (selon les données de janvier 1998)⁶. Dans le Projet Janus du CMFC, 4179 médecins de famille et omnipraticiens se sont identifiés comme desservant principalement des populations rurales ou éloignées². «L'exercice médical dans une région non urbaine où la majeure partie des soins médicaux est dispensée par un petit nombre d'omnipraticiens ou médecins de famille qui disposent d'un accès limité ou distant aux ressources spécialisées et aux établissements de haute technologie⁷» constitue aussi une autre définition fonctionnelle utile.

Trop de travail; trop peu de médecins

Par rapport aux médecins des régions urbaines, les médecins ruraux sont plus âgés et plus souvent des hommes⁶. En plus de leur pratique en cabinet, des visites à domicile et dans les foyers de soins, plusieurs médecins ruraux s'emploient activement à la prise en charge directe des patients hospitalisés, notamment les accouchements, les services de garde à l'urgence et l'anesthésie, dans une proportion beaucoup plus large que leurs homologues urbains². Ces «deuxièmes emplois» se font souvent au détriment du sommeil et de la vie familiale et personnelle, et empiètent sur le temps disponible pour les soins de première ligne en cabinet.

Le manque de spécialistes signifie que les médecins ruraux doivent prendre en charge chez leurs patients des problèmes plus complexes, exigeant beaucoup de temps. Ces facteurs contribuent tous à la pénurie de médecins ruraux et parfois à l'épuisement professionnel qui incite les médecins à quitter les régions rurales. Le recrutement et le maintien de l'effectif médical rural se révèlent complexes. Ils sont influencés par les conditions de travail, le soutien de la pratique et la rémunération qui représentent des éléments modifiables. D'autres nombreux facteurs d'ordre professionnel et personnel, comme les possibilités d'emploi pour les

Tableau 1. **Nombre de médecins de famille (MF) et d'omnipraticiens (PG) ruraux au Canada: janvier 1998.**

LIEU	HOMMES MF/PG* (% DU TOTAL DE	FEMMES MF/PG* (% DU TOTAL DE	MF/PG* AU TOTAL	POPULATION†
Milieu rural	3 534 (74,0)	1 241 (26,0)	4 775	6 396 906
Canada	19 797 (68,3)	9 186 (31,7)	28 983	28 846 761

*Données du Fichier principal de l'AMC⁶

†Données du recensement de 1996.

conjoint, revêtent de l'importance mais ne sont pas aisément modifiables.

Les **tableaux 1⁶** et **2^{6,8}** présentent le nombre de médecins de famille et d'omnipraticiens, et celui de ceux qui s'engagent et quittent la pratique rurale, selon les données les plus récentes disponibles^{2,6,8}. Le communiqué de presse de l'Association médicale canadienne (AMC) et de la SMRC, publié le 31 janvier 2000, met en évidence le problème que le ratio de médecin de famille/omnipraticien par rapport à la population est de 1:1 340 dans les régions rurales canadiennes en comparaison de 1:995 pour l'ensemble du Canada. Il faudra 1 652 médecins de famille et d'omnipraticiens de plus pour rendre la situation plus équilibrée.

L'AMC a analysé le nombre de médecins ruraux et élaboré un outil de projection aux fins de planification des effectifs⁸. Ce gabarit d'évaluation des effectifs médicaux se sert de quatre catégories principales de variables pour déterminer le nombre de médecins qui pratiqueront dans les régions rurales canadiennes: l'effectif de base, les départs, les entrées et le flux de médecins actifs entre le Canada urbain et rural.

Les projections de l'AMC présentent cinq scénarios s'échelonnant du présent jusqu'à 2021. Tous sont effarants et prédisent un effectif à la baisse et vieillissant de médecins ruraux⁸. Même en doublant le nombre de diplômés en médecine de l'étranger qui seraient immédiatement autorisés à pratiquer en milieu rural sans suivre de formation postdoctorale au Canada, le nombre de médecins ruraux n'augmenterait que légèrement (et tirerait encore de l'arrière par rapport au taux de croissance de la population rurale!)⁸. Il est peu probable qu'il s'agisse d'une solution fructueuse à long terme parce que 25% des médecins canadiens (et 26% des médecins ruraux) sont déjà des diplômés en médecine de l'étranger⁶. Certaines provinces ont néanmoins recruté activement des médecins à l'étranger.

L'éducation médicale postdoctorale représente un facteur modifiable d'importance. En 1998, des

Tableau 2. **Entrées et départs en pratique familiale/générale rurale**

PRATIQUE FAMILIALE/ GÉNÉRALE RURALE	NOMBRE DE MÉDECINS
ENTRÉES	
Entrées en 1998 après une formation en médecine familiale (inclut les diplômés en médecine étrangers qui ont suivi une formation postdoctorale au Canada)	86 (43 hommes, 43 femmes)
Entrées en 1997* à la suite d'un retour de l'étranger (exclut les stagiaires postdoctoraux)	15
Entrées en 1997* à titre de diplômés en médecine étrangers sans formation postdoctorale au Canada	31
TOTAL	132†
DÉPARTS	
Retraites en 1998	98
Décès avant la retraite en 1998†	13
Émigration à l'étranger en 1997*	61
TOTAL	172†

Données de l'Association médicale canadienne⁶ et de Buske et collègues.⁸

* Les données de 1997 sont utilisées, celles de 1998 n'étant pas encore disponibles.

† Il y a eu un échange important et à peu près égal de MF/PG allant de la pratique rurale à la pratique urbaine (276) et de la pratique urbaine à la pratique rurale (248) en 1997. Ce fait est surprenant, compte tenu du changement habituel en milieu de carrière des médecins passant de localités rurales à des milieux urbains, et mérite une étude plus approfondie de leur identité, du lieu et de leurs motifs.

† Estimation fondée sur l'âge et le sexe des médecins.

735 médecins qui avaient achevé leur formation postdoctorale en médecine familiale au Canada, seulement 86 (11,7%) ont commencé à exercer en milieu rural canadien⁸.

Le Service canadien de jumelage des résidents

Aux fins du jumelage du 1^{er} juillet 2000 du SCJR, 28% des postes en médecine familiale étaient classifiés comme étant ruraux. Ceci marque définitivement un progrès. Par ailleurs, un examen plus approfondi révèle que plusieurs de ces

Tableau 3. Les postes du Service canadien de jumelage des résidents (SCJR) pour le 1er juillet 2000: nombre de postes disponibles, nombre anticipé de diplômés qui opteront pour la pratique rurale.

TYPE DE PRATIQUE	POSTES DU SCJR DISPONIBLES*	NOMBRE ANTICIPÉ DE DIPLÔMÉS EN PRATIQUE RURALE
En milieu urbain	314 (72%)	13 (4% de 314)
Rural-régional	124 (28%)	43 (35% de 124)
TOTAL	438 [†]	56 (12,8% de 438)

*Inclut McGill, mais exclut trois programmes francophones au Québec qui ne se prévalent pas du SCJR.

[†]En plus des postes du SCJR, des postes de formation en médecine familiale sont disponibles chaque année pour des diplômés en médecine étrangers et d'autres.

programmes se situeraient plus exactement dans la catégorie rurale-régionale et que leur « réussite » dépend souvent des médecins qui vont exercer dans des communautés régionales mal desservies plutôt que des localités rurales.

En réalité, seulement 30% à 40% des diplômés de programmes ruraux-régionaux établissent leur pratique dans des régions définies strictement comme rurales^{9,10}. D'autres choisissent des communautés régionales et certains, pour des raisons familiales ou autres, optent pour les grandes villes. Environ 3% à 5% des diplômés de programmes basés en milieu urbain sont susceptibles d'aller exercer en régions rurales. Ensemble, ces nombres permettraient de prédire que 12,8% des diplômés en médecine familiale choisiraient la pratique rurale. À ce rythme, même les lacunes actuelles ne pourraient pas être comblées (Tableau 3).

Augmenter les possibilités de formation

L'ajout de 124 postes additionnels de formation rurale-régionale (doubler le nombre actuel) produirait entre 37 et 50 médecins ruraux de plus chaque année. Un nombre semblable de diplômés bien formés établiraient une pratique familiale dans des communautés régionales qui commencent elles aussi à éprouver une pénurie de médecins. Si on ne procède pas à une augmentation de cette ampleur minimale dans des postes de formation rurale-régionale en médecine familiale, l'effectif sera insuffisant pour répondre aux besoins de santé des Canadiens ruraux.

La pénurie de médecins ruraux qui s'aggrave et se répand aux communautés régionales est attribuable en partie à une population plus nombreuse et vieillissante et aux coupures de 10% dans les admissions aux facultés de médecine en 1993 dans l'ensemble du Canada. Pour que le Canada soit en mesure de produire de manière autosuffisante l'effectif médical requis, il faut

augmenter le nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine. Certaines provinces s'y sont déjà engagées. Par ailleurs, il se produira un délai de quatre ans avant qu'un nombre accru d'étudiants en médecine ne fassent leur entrée dans les programmes de résidence ruraux-régionaux en médecine familiale.

Compte tenu du besoin pressant, nous recommandons une hausse immédiate des postes de formation en médecine familiale rurale-régionale. Les postes vacants pourraient être ouverts aux diplômés en médecine étrangers qualifiés (éventuellement sous réserve d'une promesse de service post-formation en milieu rural), jusqu'à ce que la hausse des inscriptions se traduise par un nombre suffisant de diplômés canadiens pour les combler.

Des compétences avancées pour la pratique rurale

Le rapport du CMFC, *Formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale: vision et recommandations pour le nouveau millénaire*^{1,2}, reconnaît également l'importance que les médecins de famille ruraux aient acquis des compétences spéciales et avancées pour la pratique rurale. Les régions rurales canadiennes souffrent d'une grave pénurie d'anesthésistes généralistes et de médecins capables d'effectuer des césariennes et d'autres interventions spéciales et de pointe^{1,2,11-14}.

Les programmes de formation doivent accroître de manière générale la disponibilité de postes de troisième année de formation postdoctorale pour les diplômés en médecine familiale et les médecins pratiquants qui reviennent aux études. À l'heure actuelle, 20% des résidents qui sont sur le point d'obtenir leur diplôme de médecine familiale choisissent de suivre une troisième année, mais plusieurs d'entre eux optent pour la médecine d'urgence, les soins palliatifs et d'autres programmes et pratiquent souvent en milieux urbains¹⁵. Le

rapport recommande une augmentation des postes de troisième année prévus au budget, qui sont flexibles (de 2 à 12 mois, habituellement de 3 à 6 mois) aux fins d'une formation en compétences spéciales fondée sur les besoins ruraux. Il préconise également une hausse du nombre de postes de troisième année prévus au budget, de 6 à 12 mois, pour une formation agréée en compétences avancées, comme l'anesthésie pour omnipraticiens. Tous les résidents qui occupent un poste de deuxième année dans le programme de formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale devraient avoir la possibilité, à même le budget, de poursuivre une formation additionnelle de 6 à 12 mois pour acquérir des compétences spéciales ou avancées pour la pratique rurale.

Une éducation appropriée pour la pratique rurale est essentielle mais insuffisante à elle seule pour atténuer la pénurie de médecins ruraux. Il s'impose d'avoir des équipes rurales solides de soins de santé, le soutien d'une infrastructure ainsi que des mesures d'incitation au recrutement et au maintien de l'effectif pour rendre la pratique rurale plus attrayante et durable. L'augmentation du nombre de postes de formation postdoctorale rurale-régionale en médecine familiale aura l'avantage de produire plus de médecins de famille diplômés, bien formés pour dispenser des soins complets en cabinet et en milieu hospitalier dans les communautés régionales et rurales. ♦

D^r Rourke est président du Groupe de travail sur l'éducation postdoctorale pour la pratique familiale rurale du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). **D^r Newbery** est président du CMFC.

D^r Topps est président du Comité de la pratique familiale en milieu rural du CMFC.

Remerciements

Nous tenons à remercier Lynda Buske et l'Association médicale canadienne, pour les données tirées du Fichier principal et Sandra Banner, directrice générale du Service canadien de jumelage des résidents, pour les données du SCJR sur les postes de formation en médecine familiale en 2000/2001.

Correspondance à: D^r James Rourke, directeur, Éducation en médecine rurale dans le Sud-Ouest de l'Ontario, Unité de recherche et de développement, 53 North St, Goderich, ON N7A 2T5; courriel jrouke@julian.uwo.ca

Références

1. Groupe de travail sur la formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale, Rourke J, président. Formation

postdoctorale pour la pratique familiale rurale: vision et recommandations pour le nouveau millénaire. *Can Fam Physician* 1999;45:2698-704 (ang), 2717-21 (fr).

2. Rourke J (président), Goertzen J, Goldsand G, Hatcher S, Humphries S, Iglesias S, et collègues. *Formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale: vision et recommandations pour le nouveau millénaire*. Rapport du Groupe de travail sur la formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale. Mississauga, Ont: Collège des médecins de famille du Canada; 1999. Le rapport intégral est disponible en anglais sur le site Web du CMFC: <http://www.cfpc.ca/ruralpaperfull.htm>.
3. Rourke J. Quel défi! *Can Fam Physician* 1999;45:2567-8 (ang), 2579-80 (fr).
4. Newbery P. Relever le défi. *Can Fam Physician* 1999;45:2568-9 (ang), 2581 (fr).
5. Statistique Canada. *A national overview. 1996 Census of Canada*. Ottawa, Ont: Industrie Canada; 1997. Numéro de catalogue 93-357XPB; tableaux 6, 17.
6. Association médicale canadienne. *Fichier principal de l'AMC*. Ottawa, Ont: Association médicale canadienne; 1998.
7. Rourke J. In search of a definition of rural. *Can J Rural Med* 1997;2(3):113-5.
8. Buske L, Newton Yager S, Adams O, Marcus L, Lefebvre F. *Rural community development tools from the medical perspective: a national framework of rurality and projections of physician workforce supply in rural and remote areas of Canada*. Rapport à Santé Canada présenté par le Groupe consultatif du projet sur les questions touchant la pratique en milieu rural et éloigné de l'Association médicale canadienne. Ottawa, Ont: Association médicale canadienne; 1999. p. 1-3, 12-35, Annexes 3, 9, 11-8, 12-8, 13-8, 14-8, 15-8, 16-8.
9. Whiteside C, Pope A, Mathias R. Identifying the need for curriculum change: when a rural training program needs reform. *Can Fam Physician* 1997;43:1390-4.
10. Easterbrook M, Godwin M, Wilson R, Hodgetts G, Brown G, Pong R, et collègues. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. *Can Med Assoc J* 1999;160(8):1159-63.
11. Iglesias S, Strachan J, Ko G, Jones L. Advanced skills by Canada's rural physicians. *Can J Rural Med* 1999;4(4):227-31.
12. Rourke JTB. Trends in small hospital medical services in Ontario. *Can Fam Physician* 1998;44:2107-12.
13. Iglesias S, Grzybowski S, Klein M, Gagne G, Lalonde A. Soins maternels en milieu rural: Déclaration de principe conjointe. *Can Fam Physician* 1998;44:831-7 (ang), 837-43 (fr).
14. Collège des médecins de famille du Canada, Société de la médecine rurale du Canada, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Déclaration de principe conjointe sur la formation des praticiens pour les soins maternels avancés et les césariennes. *Can Fam Physician* 1999;45:2416-22 (ang), 2426-32 (fr).
15. Mai D. Les programmes de troisième année de résidence au Canada. *Can Fam Physician* 1999;45:2423-5 (ang), 2433-5 (fr).