

Postgraduate education for rural family practice

Vision and recommendations for the new millenium

Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice

The Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice of the College of Family Physicians of Canada (CFPC) was established in 1998 to review the current state of postgraduate education for rural practice in Canada and to outline an appropriate curriculum to prepare new family physicians for the challenges of rural practice. The group's mandate was as follows:

- to describe the knowledge, skills, and attitudes needed for rural family practice;
- to describe the postgraduate training currently provided to prepare family medicine residents for rural family practice;
- to outline the core postgraduate curriculum for rural family practice; and
- to explore the potential for an advanced skills postgraduate curriculum for rural family practice.

To meet this challenge a diverse group of College members and others was assembled, including representatives from the Society of Rural Physicians of Canada (SRPC) and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). The group included practising rural physicians and physicians involved in educating both students and residents for rural practice.

As a group, these doctors represented rural and remote communities from across Canada and included in their practice profile special skills and interests in areas such as anesthesia, obstetrics, and emergency medicine. The group also included family medicine residents, rural program coordinators, postgraduate family medicine program directors, and an Associate Dean of postgraduate education. In an effort to ensure that important stakeholders were aware of the work in progress, external representatives from various organizations and universities were invited to participate as corresponding members.

The group was challenged to prepare its report within 1 year. To accomplish this, two meetings and four teleconferences were held, but most of the work was done by a dedicated group of individuals who volunteered their personal time to make this report possible. Presentations were made to the CFPC's Board of Directors in December 1998 and to a meeting of representatives from major national medical organizations invited by the College to discuss education and training of rural family physicians in January 1999.

The report, "Postgraduate Education for Rural Family Practice: Vision and Recommendations for the New Millennium," was presented to and approved by the CFPC's Board of Directors in Victoria, BC, on May 12, 1999.

Providing accessible high-quality health care

With 10 million km² and only 28.8 million people, Canada has vast rural areas where providing accessible high-quality health care is a great challenge. Canada has a very diverse population. More than a million Canadians of aboriginal ancestry, 4% of the total population, are scattered from coast to coast. Nearly 300 000 live on isolated reserves; about 56% of Canada's aboriginal people live in rural areas, 35.2% on reserves, and 20.3% in nonreserve rural areas. By any measure, aboriginal people have poorer than average health.

Numerous primary industries are based in rural Canada: mining, forestry, fishing, and farming. All these industries pose a higher risk of accidental injury and death for workers, and in some instances, such as farming, their families. Canada's rural people are older and in general have lower incomes and less education than their urban counterparts, and these factors have been shown to correlate with poorer health overall.

In addition to the above populations, rural family doctors provide care for the many tourists who visit Canada's rural and remote areas each year. These people present with a full range of illnesses from poison ivy dermatitis to myocardial infarction as well as with injuries specifically related to such activities as skiing.

Canada's rural health care providers are challenged not only by the populations they serve but also by the barriers to access to specialist and technologic support, such as the sometimes enormous distances and often harsh weather conditions that can delay or prevent travel completely, particularly in difficult terrain. To provide health care in these places requires practitioners with a specific knowledge base, skill set, and attitudes relevant to the setting and population.

Defining rural

A commonly used definition of "rural" in Canada includes communities of up to 10 000 people. By this definition, 8 740 847 Canadians (30.3%) are rural. Rural people can also be defined as those living outside census metropolitan areas and census agglomerations. By this counting method, 6 396 906 Canadians (22.2%) are rural. A "census agglomerate" is defined as "a large urban area (known as the 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 agglomerate has an urban core population of at least 10 000, based on the previous census.

Recommendations

Specific recommendations of the Working Group are taken from the body of the report and summarized here for readers' convenience. The first section, A, provides recommendations related to the core 2-year family medicine residency program. Sections B and C provide recommendations for special and advanced skills training beyond the core 2-year family medicine residency.

A. Core postgraduate education

1. Core undergraduate rural educational experiences are necessary for all medical students.
 - 1.1. All undergraduate programs should include core rural family medicine rotations.
 - 1.2. Opportunities for interested medical students to pursue ongoing and extensive undergraduate education in rural, remote, and secondary medical settings for core specialty medicine or elective rotations need to be developed.
2. Core postgraduate rural or regional community-based rotations are desirable within all programs along with sufficient rural elective opportunities for all residents.
 - 2.1. Family medicine community rotations should be no less than 8 weeks' duration and occur in rural or regional centres.
 - 2.2. All residents should have access to meaningful rural electives and selectives in family medicine and other disciplines.
3. Rural family medicine training streams should be developed as appropriate postgraduate training for rural family practice.
 - 3.1. The number of rural family medicine training stream positions should reflect rural health care requirements.
 - 3.2. Family medicine training programs that have identified community needs for rural family physicians should develop rural training streams for postgraduate trainees interested in practising or intending to practise in rural settings upon graduation.
 - 3.3. These rural streams should be recognizable to medical students when they make application to Canadian Residents' Matching Service (CaRMS) (or alternate match in Quebec) and should identify trainees upon entrance.
 - 3.4. Postgraduate education specific to rural practice should continue to be offered within the present 2-year time frame.
4. Rural family medicine training streams should be community-based, integrated programs with full academic support.
 - 4.1. The four principles of family medicine provide the framework for development of specific curricula.
 - 4.2. A minimum of 6 months' postgraduate education should occur in rural settings.
 - 4.3. It is important to include rural rotations in both years of a residency.
 - 4.4. Rural family medicine postgraduate education should be based in settings that have active hospitals.
 - 4.5. Residents should have first-hand experience providing clinical services in communities without hospitals.
 - 4.6. Teaching continuity of care is important and requires specific educational planning to incorporate the concept into rural postgraduate education and within each specific rural site. A minimum 4 months' stay should occur in at least one rural site.
 - 4.7. Incorporation of horizontal experiences to meet curriculum goals and resident-specific learning objectives should be encouraged and explored.
5. The learner-teacher dyad should be based on the preceptorship model for both family medicine and specialty-based educational experiences and rotations.
 - 5.1. The guidance of a rural practitioner allows trainees to develop the confidence and belief in their own abilities necessary for safe rural practice.
 - 5.2. Faculty involved in teaching rural family practice residents must support the goals of the rural family practice program.
 - 5.3. Rural faculty must be supported and integrally involved in program development and evaluation.
 - 5.4. It is important throughout educational activities that the knowledge, skills, and attitudes required for effective team functioning be developed.
6. Competence in the knowledge, skills, and attitudes for rural family practice should be the goal of rural family medicine residency training.
 - 6.1. Curricula and educational content should be based on the clinical realities of rural practitioners building on the template of problems and procedures shown in the appendix to the report.
 - 6.2. These curricula should be a collaborative effort between the departments of family medicine and the teaching specialties.
 - 6.3. Clear learning objectives based on the knowledge, skills, and attitudes for rural family practice should be developed by rural family medicine training programs for their overall 2-year program. They are essential for each rotation within the program.
 - 6.4. Rural family medicine residents should have the opportunity to develop their own specific additional learning objectives consistent with the principles of adult learning.
 - 6.5. Formative (in-training) and summative (completion) evaluations should be based on the learning objectives identified by the program, the rotations, and individual residents.
7. Hospital experiences or rotations should be appropriate for residents' learning needs for future rural practice.
 - 7.1. Patient presentations should closely resemble those encountered in and referred from rural practice.
 - 7.2. Clinical workload and educational activities appropriate for development of the knowledge, skills, and attitudes for future rural practice are necessary.
 - 7.3. The teaching obligation to rural family medicine residents is of equal importance to other teaching responsibilities (eg, specialty residents).
 - 7.4. Family physicians have an important role in patient care and share a collegial role with specialists within the hospital teaching environment.
 - 7.5. Specialty-based hospital rotations should be developed at regional hospitals.
 - 7.6. Intensive high-volume rotations in urban or tertiary hospitals might be

RESOURCES ♦ RESSOURCES

.....

required to attain knowledge, skills, and attitudes in such areas as obstetrics, management of trauma, critical care, or psychiatric emergencies.

7.7. Urban or tertiary training must be combined with extensive experience in rural settings to develop an approach and confidence to manage these clinical problems outside an urban setting.

7.8. University specialty departments have a social responsibility to rural communities to provide appropriate training and referral backup to rural practitioners, and their accreditation should include an assessment of their commitment to educating physicians for rural practice.

8. Universities should support and develop rural physician teachers as integral faculty members.

8.1. Funding and infrastructure support for rural physicians involved in teaching activities are essential.

8.2. Physicians involved in supervising and teaching residents in the rural training stream should receive university faculty appointments and appropriate funding.

8.3. Specialty preceptors should have appropriate faculty appointments, ideally in both family medicine and their specialty departments.

8.4. Rural faculty should have ready access to library, Internet, and other long-distance telecommunication technologies.

8.5. A high degree of local input and control in the university or rural network providing the rural programming is essential.

8.6. Faculty development activities specific to rural faculty are required.

8.7. Rural training programs require an identified coordinator with a clear mandate to collaboratively support rural faculty in their training roles and responsibilities.

9. University faculty and programs should nurture and develop present and future rural family medicine residents.

9.1. Measures must be instituted or facilitated to allow those interested in working in rural practice to meet, mingle, and empathize.

9.2. Barriers, such as transportation and additional accommodation costs,

should be minimized and resident support structures developed.

B. Special rural family medicine skills

1. Flexible additional postgraduate education for rural family practice should be provided to meet both learner and community needs.

2. Additional third-year positions of flexible duration (usually 3 to 6 months) should be readily available for residents to develop special skills for rural family practice.

3. Rural physicians in practice should have ready access to appropriately funded special skills education opportunities of flexible duration (usually 3 to 6 months).

C. Advanced rural family medicine skills

1. Rural Canadians should have access to essential health services including anesthesia, optimal maternity care, general surgery, and other services requiring advanced skills, such as psychiatry, in or close to their communities.

2. Rural family physicians should continue to be trained in advanced rural family medicine skills including general anesthesia, general surgery, advanced maternity care including cesarean section, and other advanced skills, such as psychiatry, where there is a demonstrated need.

3. A defining principle of training programs in advanced skills for rural family physicians is the requirement for a single standard of care for both urban and rural Canada in providing these essential services and procedures for low-risk patients. The skill set is shared between family and specialty physicians, and the knowledge base within both programs should be rigorous.

4. Curriculum guidelines and standards for advanced rural family medicine skills should be recognized and developed by the CFPC, the SRPC, and the RCPSC with input from appropriate specialists and associations.

5. The CFPC (preferably conjointly with the RCPSC and with input from licensing bodies) should accredit advanced rural family medicine skills training programs.

6. University medical schools should develop and provide advanced rural family

medicine skills training programs based on both regional and national needs.

7. Advanced rural family medicine skills training programs should be developed with the appropriate resources. They should use regional and rural components and teachers as much as possible.

8. Advanced rural family medicine skills training positions should be accessible to committed applicants, both third-year family medicine residents and reentry (practising) physicians.

9. Training should be competence-based rather than solely time-based, but most often will require 6 to 12 months.

10. Learning objectives based on nationally developed curriculum guidelines and standards should be used for formative (in-training) and summative (upon completion) evaluations.

11. An individual physician's training program for advanced rural family medicine skills should reflect both the learner's and the community's needs.

12. Medical schools providing nationally accredited advanced rural family medicine skills training should provide a certificate of competence to physicians who satisfactorily complete their program.

13. The medical schools providing advanced rural family medicine skills training programs should develop nationally accredited continuing medical education and maintenance of competence programs.

Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice:

Dr James Rourke, Goderich, Ont (Chair); Dr James Goertzen, Thunder Bay, Ont (CFPC); Dr George Goldsand, Edmonton, Alta (RCPSC); Dr Sharon Hatcher, Chicoutimi, Que (CFPC); Dr Paul Humphries, Edmonton, Alta (CFPC, SRPC); Dr Stuart Iglesias, Hinton, Alta (SRPC); Dr Sarah Mackinnon, Sudbury, Ont (CAIR); Dr Lise Morin, Saskatoon, Sask (Section of Residents, CFPC); Dr Sarah-Lynn Newbery, Marathon, Ont (CFPC, SRPC); Dr Con O'Maonaigh, Fogo Island, Nfld (SRPC); Dr Paul Rainsberry, Mississauga, Ont (Director of Education, CFPC); Dr Joshua Tepper, Sutton, Ont (CAIR); Dr Carl Whiteside, Vancouver, BC (CFPC, SRPC); and Dr Mark Whittaker, Dryden, Ont (CFPC, SRPC)

Using the same definition for practice location, only 9.9% of Canada's doctors—4775 family doctors (16.5% of Canada's GPs) and 756 specialists (2.8% of Canada's specialists)—can be considered rural. Rural practice can be defined as “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.”¹ Another functional definition of rural practice put forward by the Royal Australian College of General Practitioners' Faculty of Rural Medicine is “medical practice outside of urban areas where the location of practice obliges some general or family practitioners to have or acquire procedure or other skills not usually required in urban practice.” Appropriate education must be provided for physicians to practise under these circumstances.

Educating for rural practice

In Canada, rural education initiatives at the postgraduate level have developed almost totally within provincial regions. The forces for education reform at this level have come from grass-roots rural physicians' input, pressure from rural practice groups within some provincial medical associations, educational leadership at some university medical school departments of family medicine, and, to some extent, general medical organizations and governments. As a result, a variety of family medicine training programs have been developed in response to regional needs and available resources.

There have been, however, no national standards for a curriculum for postgraduate education for rural family practice nor for advanced skills for rural family medicine. This has made it difficult for residents to identify and select postgraduate education programs that will specifically prepare them for an anticipated career in rural family practice. Availability and structure of postgraduate and special or advanced skills education for rural family practice are areas of particular concern for both practising and prospective rural doctors.

Successful development of core postgraduate education for rural family practice and for special and advanced skills training is required to meet the health care needs of rural Canadians. Producing more physicians with the knowledge, skills, and attitudes for rural family practice will require the involvement, collaboration, cooperation, and support of governments, medical schools, medical organizations, and rural doctors. Successfully delivering high-quality rural medical care requires an adequate number of appropriately trained rural doctors with an effective, supportive rural health care team.

Mandates of the program

Mandate 1 describes the “knowledge, skills, and attitudes needed for rural family practice.” This section along with

Appendix 3, “Rural patients' stories and physicians' narratives,” describes the essence of rural family practice.

Mandate 2 describes “current postgraduate education initiatives for rural family practice.”

Mandate 3 presents “recommendations for core postgraduate education for rural family practice.” This section provides nine major and 41 specific recommendations for effective core education for rural family practice within the 2-year family medicine program. Important issues are highlighted in the discussion.

Mandate 4 presents “recommendations for postgraduate education for special and advanced rural family medicine skills.” This section provides three recommendations for special rural family medicine skills education and 13 recommendations for advanced rural family medicine skills education. Important issues are highlighted in the discussion. ♦

The report of the Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice is available on the College of Family Physicians of Canada website at www.cfpc.ca.

Reference

1. Rourke J. In search of a definition of rural. *Can J Rural Med* 1997;2(3):113-5.

...

Formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale

Vision et recommandations pour le nouveau millénaire

Le Groupe de travail sur la formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale

Le Groupe de travail sur la formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale du Collège des médecins de famille du Canada a été mis sur pied en 1998 afin d'examiner l'état actuel de la formation postdoctorale préparatoire à la pratique rurale canadienne et de proposer et décrire un cursus approprié visant à mieux préparer les nouveaux médecins de famille aux défis de la pratique rurale. Le mandat du Groupe de travail était le suivant:

- Décrire les connaissances, les habiletés et les attitudes requises pour la pratique familiale rurale.
- Décrire la formation postdoctorale présentement offerte aux résidents de médecine familiale en préparation à la pratique familiale rurale.
- Définir un cursus postdoctoral de base pour la pratique familiale rurale.
- Explorer la possibilité d'un cursus postdoctoral de compétences avancées pour la pratique familiale rurale.

Pour réaliser ce mandat, on a mobilisé un groupe diversifié de membres du Collège ou autres, y compris des représentants de la Société de médecine rurale du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Dans le groupe, on retrouvait des praticiens de la médecine rurale ainsi que des médecins impliqués dans l'enseignement de la médecine rurale aux étudiants et aux résidents.

Ce groupe représentait les communautés rurales et éloignées de toutes les parties du Canada; dans leurs profils de pratique, on retrouvait des compétences spéciales et des intérêts dans des domaines comme l'anesthésie, l'obstétrique et l'urgence. Le groupe comprenait également des résidents de médecine familiale, des coordonnateurs de programmes ruraux, des directeurs de programmes de résidence en médecine familiale, ainsi qu'un vice-doyen aux études postdoctorales. Afin de s'assurer que les principaux intéressés et intervenants soient informés des travaux en cours, un groupe externe de représentants de divers organismes et universités a été invité à participer à titre de membres correspondants.

Le groupe a dû relever le défi de préparer son rapport et de le déposer en moins de 12 mois. Cette contrainte a forcé la tenue de deux rencontres et de quatre téléconférences; la majeure partie du travail a toutefois été accomplie par un groupe d'individus qui se sont impliqués personnellement, intensément et bénévolement pour réussir la rédaction de ce rapport. Des présentations ont été faites au Conseil d'administration du Collège des médecins de famille du Canada en décembre 1998 et à une réunion sur invitation des représentants des principaux organismes médicaux nationaux convoquée par le Collège en janvier 1999 afin de

discuter d'éducation et de formation des médecins de famille ruraux.

Le rapport «Formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale: vision et recommandations pour le nouveau millénaire» a été présenté au Conseil d'administration du Collège des médecins de famille du Canada le 12 mai 1999 à Victoria, C.-B. où il a été approuvé.

Prestation de soins de santé de qualité

Le Canada, avec ses 10 millions de kilomètres carrés et sa faible population de 28,8 millions d'individus, comporte de vastes régions rurales où la prestation de soins de santé de qualité est un défi de taille. La population canadienne est très diversifiée. Plus d'un million sont d'ascendance autochtone; ils représentent 4% de la population totale et sont répartis d'un océan à l'autre. Près de 300 000 vivent dans des réserves isolées. Cinquante-six pour cent des Autochtones canadiens vivent dans des régions rurales, y compris les réserves; 35,2% dans des réserves et 20,3% dans des régions rurales en dehors des réserves. D'après tous les indices de mesure, l'état de santé des Autochtones est inférieur à la moyenne.

De nombreuses industries primaires sont installées dans le Canada rural: mines, forêts, pêche et agriculture. Toutes ces industries s'accompagnent d'un risque élevé de blessures et de décès accidentels, autant pour les travailleurs eux-mêmes que pour leurs familles (p. ex. l'agriculture). Les habitants des régions rurales sont plus âgés et, de façon générale, ont un revenu et un niveau d'éducation inférieurs comparativement aux citadins; on a démontré qu'il existait une corrélation entre la présence de ces facteurs et un état de santé général de qualité inférieure.

En plus des populations ci-dessus, les médecins de famille du milieu rural soignent les nombreux touristes qui, chaque année, visitent les régions rurales et éloignées. Ces individus consultent pour toute la gamme des maladies allant de la dermatite causée par le sumac vénéneux jusqu'à l'infarctus du myocarde en passant par toutes les blessures superficielles reliées à des activités comme le ski.

Les soignants du milieu rural sont confrontés non seulement aux populations qu'ils desservent mais aussi aux obstacles qui bloquent l'accès aux spécialistes et au soutien technologique. Ces obstacles comprennent notamment les distances parfois énormes qu'il faut franchir, souvent dans des conditions climatiques rigoureuses qui peuvent retarder ou même empêcher complètement les déplacements, surtout dans les contextes géographiques difficiles que l'on retrouve autant dans les provinces maritimes que dans les régions montagneuses de l'ouest. La prestation de soins dans de tels

Recommandations

Vous trouverez ci-dessous les recommandations spécifiques du Groupe de travail, tirées du rapport principal et résumées ici pour le bénéfice du lecteur. La section "A" énumère les recommandations touchant le programme de base de résidence en médecine familiale d'une durée de 2 ans. Les sections B et C offrent des recommandations pour la formation spéciale et les compétences avancées au-delà du programme de 2 ans en médecine familiale.

A. Formation postdoctorale de base

1. Le programme prédoctoral de base doit offrir à tous les étudiants en médecine une expérience éducative en milieu rural.
 - 1.1 Tous les programmes de formation médicale prédoctorale devraient offrir des stages de formation de base en médecine familiale rurale.
 - 1.2 Pour les étudiants en médecine intéressés à poursuivre un continuum ou à élargir leur formation prédoctorale dans des contextes ruraux, éloignés ou de soins secondaires, il faut développer des opportunités de stages électifs ou de stages dans les spécialités médicales de base.
2. Il est souhaitable que tous les programmes offrent des stages postdoctoraux de base en milieu communautaire régional ou rural et qu'ils offrent suffisamment de stages électifs en milieu rural pour accommoder tous les résidents.
 - 2.1 Dans les programmes de médecine familiale, la durée de ces stages communautaires (dans des centres ruraux ou régionaux) ne devrait pas être inférieure à 8 semaines.
 - 2.2 Tous les résidents devraient avoir accès à des stages sélectifs ou électifs en milieu rural, autant en médecine familiale que dans les autres disciplines.
3. On devrait développer des voies de formation en médecine familiale rurale et les reconnaître comme formation postdoctorale appropriée pour la pratique familiale rurale.
 - 3.1 Le nombre de postes disponibles pour cette voie de formation en médecine familiale rurale devrait refléter les besoins en soins de santé des milieux ruraux.
 - 3.2 Les programmes de formation en médecine familiale qui ont identifié des besoins communautaires en termes de médecins de famille ruraux devraient développer des voies rurales de formation pour les résidents intéressés ou ayant l'intention de s'installer en milieu rural au terme de leurs études.
 - 3.3 Les étudiants en médecine devraient pouvoir identifier ces voies rurales lorsqu'ils soumettent leur demande à CaRMS (Service canadien de jumelage des résidents ou autre système de jumelage au Québec), et ces voies devraient identifier les résidents dès leur entrée.
 - 3.4 On devrait continuer d'offrir, dans le cadre des 2 années actuelles, la formation postdoctorale spécifique à la pratique rurale.
4. Les voies de formation en médecine familiale rurale devraient être des programmes communautaires intégrés qui jouissent d'un soutien universitaire complet.
 - 4.1 Les quatre principes de la médecine familiale fournissent le cadre de travail permettant de développer des programmes spécifiques.
 - 4.2 Un minimum de 6 mois de formation postdoctorale devrait se dérouler dans des contextes ruraux.
 - 4.3 Il est important que les 2 années du programme de résidence comportent des stages en milieu rural.
 - 4.4 La formation postdoctorale en médecine familiale rurale devrait se dérouler dans des contextes où existe un centre hospitalier actif.
 - 4.5 Dans les communautés dépourvues de centre hospitalier, les résidents devraient avoir l'occasion de s'impliquer directement dans la prestation des services cliniques.
- 4.6 L'enseignement de la continuité des soins est important et nécessite une planification éducative spécifique afin d'intégrer ce concept dans la formation postdoctorale rurale et dans chaque site rural. Une continuité d'au moins 4 mois devrait être offerte dans au moins un site rural.
- 4.7 On devrait encourager et explorer l'intégration d'expériences horizontales qui satisfont les objectifs du programme.
5. La dyade enseignant-étudiant devrait être basée sur le modèle du préceptorat pour les expériences ou stage éducatifs autant en médecine familiale qu'en spécialité.
 - 5.1 La supervision par un praticien du milieu rural permet à l'étudiant et au résident de développer sa confiance et de croire en ses propres compétences qui sont nécessaires pour pratiquer sans danger en milieu rural.
 - 5.2 Les professeurs impliqués dans l'enseignement de la pratique familiale rurale auprès des résidents doivent appuyer les objectifs du programme de pratique familiale rurale.
 - 5.3 Les professeurs du milieu rural doivent être soutenus et être impliqués intégralement dans le développement et l'évaluation du programme.
 - 5.4 Pour développer une équipe fonctionnelle et efficace, il est important d'avoir accès à des activités éducatives pour enseigner les connaissances, les habiletés et les attitudes requises.
6. Le programme de résidence en médecine familiale rurale devrait avoir pour objectif l'acquisition des

compétences en termes de connaissances, habiletés et attitudes nécessaires à la pratique rurale.

- 6.1 Le cursus et le contenu éducatif devraient refléter la réalité clinique des praticiens du milieu rural et s'inspirer de la liste des problèmes et des techniques.
- 6.2 Ce cursus devrait être le résultat des efforts de collaboration entre les départements de médecine familiale et des spécialités impliquées dans l'enseignement.
- 6.3 Les programmes de résidence en médecine familiale rurale devraient développer, pour l'ensemble du programme de 2 ans et pour chacun des stages du programme, des objectifs d'apprentissage qui définissent clairement les connaissances, les habiletés et les attitudes requises pour la pratique familiale rurale.
- 6.4 Les résidents du programme de médecine familiale rurale devraient avoir l'occasion de développer des objectifs d'apprentissage personnalisés et spécifiques qui respectent les principes de l'andragogie (apprentissage adulte).
- 6.5 Les évaluations formatives (pendant la formation) et sommatives (au terme de la formation) devraient être basées sur les objectifs d'apprentissage identifiés par le programme, les stages et les résidents eux-mêmes.
7. Les expériences ou stages hospitaliers devraient être conformes aux besoins d'apprentissage du résident qui se destine à la pratique rurale.
- 7.1 Les patients qu'on y retrouve devraient avoir une forte ressemblance avec ceux que l'on rencontre en pratique rurale ou qui sont référés par les praticiens du milieu rural.
- 7.2 Ces stages doivent comporter une charge de travail clinique et des activités éducatives permettant l'acquisition des connaissances, habiletés et

attitudes appropriées à la pratique rurale future.

- 7.3 L'obligation d'enseignement envers les résidents du programme de médecine familiale rurale est aussi importante que les autres responsabilités d'enseignement (p. ex. envers les résidents des spécialités).
- 7.4 Les médecins de famille jouent un rôle significatif dans les soins aux patients et partagent un rôle de collégialité avec les spécialistes dans l'environnement éducatif de l'hôpital.
- 7.5 On devrait développer des stages hospitaliers spécialisés dans les hôpitaux régionaux.
- 7.6 On pourra avoir recours à des stages dans des hôpitaux urbains ou de soins tertiaires où le volume de soins intensifs est élevé pour acquérir certaines connaissances, habiletés et attitudes dans des domaines comme l'obstétrique, la prise en charge des traumatismes, les soins intensifs ou les urgences psychiatriques.
- 7.7 Cette formation dans des hôpitaux urbains ou de soins tertiaires doit être combinée à une vaste expérience dans un contexte rural afin de développer l'approche et la confiance nécessaires à la prise en charge de ces problèmes cliniques en dehors du contexte urbain.
- 7.8 Les départements universitaires spécialisés ont la responsabilité sociale envers les communautés rurales de fournir aux praticiens du milieu rural la formation appropriée ainsi qu'un système de consultation et de référence. L'agrément des programmes spécialisés devrait inclure un engagement dans la formation des médecins pour la pratique rurale.
8. Les universités devraient former et soutenir les enseignants du milieu rural et les intégrer comme professeurs à part entière.

- 8.1 Il est essentiel d'assurer un financement et une infrastructure pour soutenir les médecins du milieu rural impliqués dans des activités d'enseignement.
- 8.2 Les médecins impliqués dans la supervision et l'enseignement aux résidents inscrits dans la voie de résidence en médecine rurale devraient avoir accès aux postes de professeur universitaire et recevoir un financement approprié.
- 8.3 Les précepteurs des spécialités devraient avoir accès aux postes de professeur universitaire et, idéalement, être rattachés au département de médecine familiale et à leur département spécialisé.
- 8.4 Les professeurs du milieu rural devraient jouir d'un accès facile à une bibliothèque, à l'Internet et aux autres technologies de télécommunication.
- 8.5 Il doit exister un niveau élevé de contribution et de contrôle local dans le réseau universitaire/rural qui assure le déroulement du programme rural.
- 8.6 Il est essentiel d'avoir des activités de formation professorale spécifiques aux professeurs du milieu rural.
- 8.7 Les programmes de formation en médecine rurale doivent avoir un coordonnateur identifié dont le mandat précise clairement de collaborer à soutenir les professeurs du milieu rural dans leur formation et leurs responsabilités.
9. Les professeurs et les programmes universitaires devraient favoriser et développer les résidents de médecine familiale du milieu rural présents et futurs.
- 9.1 Des mesures doivent être mises en place pour que ceux qui ont une orientation rurale puissent se rencontrer, se mêler et s'identifier.
- 9.2 On devrait minimiser les obstacles comme le coût des transports et du

logement et développer des structures pour soutenir les résidents.

B. Compétences spéciales pour la médecine familiale rurale

1. Pour répondre aux besoins de la communauté et du résident qui se destine à la pratique familiale rurale, on devrait offrir une formation postdoctorale additionnelle souple.
2. Des postes additionnels de troisième année de durée variable (habituellement 3 à 6 mois) devraient être facilement disponibles pour les résidents désireux d'acquérir des habiletés spéciales pour la pratique familiale rurale.
3. Les médecins qui exercent en milieu rural devraient avoir un accès facile à des opportunités de formation offrant un financement approprié pour une durée variable (habituellement 3 à 6 mois) afin d'acquérir des habiletés spéciales.

C. Compétences avancées pour la médecine familiale rurale

1. Les Canadiens du milieu rural devraient avoir accès aux services de santé essentiels, notamment l'anesthésie, les soins optimum de maternité, la chirurgie générale et autres compétences avancées comme les services psychiatriques accessibles dans ou près de la communauté.
2. Là où le besoin existe, les médecins de famille du milieu rural devraient poursuivre leur formation en compétences avancées pour la médecine familiale rurale, notamment en anesthésie générale, en chirurgie générale, en soins avancés de maternité, y compris la césarienne et autres compétences avancées, p. ex. dans le domaine de la psychiatrie.
3. L'un des principes qui définissent les programmes de formation en compétences avancées pour la pratique familiale rurale est la nécessité d'une seule et unique norme de qualité des soins, qu'ils soient dispensés en milieu rural ou urbain, pour la

prestation des services essentiels aux patients à faible risque et l'accès aux techniques. Cet ensemble de compétences est un partage entre les groupes de médecins de famille et de spécialistes; on devrait insister sur les connaissances de base dans les deux programmes.

4. Les lignes directrices et les normes pour les compétences avancées en médecine familiale rurale devraient être reconnues et développées par le Collège des médecins de famille, la Société de médecine rurale et le Collège royal, avec la contribution des associations et des spécialités appropriées.
5. Le Collège des médecins de famille (de préférence conjointement avec le Collège royal et les Ordres des médecins) devrait procéder à l'agrément des programmes de formation en compétences avancées pour la médecine familiale rurale.
6. Les facultés de médecine devraient développer et offrir les programmes de compétences avancées pour la médecine familiale rurale en se basant à la fois sur les besoins régionaux et nationaux.
7. On devrait développer les programmes de formation en compétences avancées pour la médecine familiale rurale en leur fournissant les ressources appropriées et, dans la mesure du possible, en utilisant les enseignants et autres composantes régionales et rurales.
8. Les postes pour la formation en compétences avancées pour la médecine familiale rurale devraient être accessibles aux candidats déjà engagés, autant les résidents de troisième année de médecine familiale que les praticiens qui décident de choisir cette orientation.
9. La formation devrait être basée sur le degré de compétence atteinte plutôt que sur une simple notion de temps; le plus souvent la durée sera de 6 à 12 mois.

10. Pour les évaluations formatives (pendant la formation) et sommatives (au terme de la formation), on devrait utiliser les objectifs d'apprentissage basés sur des lignes directrices et des normes nationales.

11. Le programme de formation en compétences avancées pour la médecine familiale rurale devrait refléter les besoins individuels du médecin et ceux de sa communauté.
12. Les facultés de médecine qui offrent un programme agréé de formation en compétences avancées pour la médecine familiale rurale devraient fournir un certificat de compétence aux médecins qui ont complété le programme avec succès.
13. Les facultés de médecine qui offrent les programmes de formation en compétences avancées pour la médecine familiale rurale devraient également développer des programmes structurés de formation médicale continue et de maintien de la compétence.

Groupe de travail sur la formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale:

D^r James Rourke, Goderich, Ont (Président); D^r James Goertzen, Thunder Bay, Ont (CFPC); D^r George Goldsand, Edmonton, Alta (RCPC); D^{re} Sharon Hatcher, Chicoutimi, Qué (CFPC); D^r Paul Humphries, Edmonton, Alta (CFPC, SRPC); D^r Stuart Iglesias, Hinton, Alta (SRPC); D^{re} Sarah Mackinnon, Sudbury, Ont (CAIR); D^{re} Lise Morin, Saskatoon, Sask (Section of Residents, CFPC); D^{re} Sarah-Lynn Newbery, Marathon, Ont (CFPC, SRPC); D^r Con O'Maonaigh, Fogo Island, Nfld (SRPC); D^r Paul Rainsberry, Mississauga, Ont (Director of Education, CFPC); D^r Joshua Tepper, Sutton, Ont (CAIR); D^r Carl Whiteside, Vancouver, BC (CFPC, SRPC); et D^r Mark Whittaker, Dryden, Ont (CFPC, SRPC)

contextes exige du praticien qu'il possède une base de connaissances spécifiques, ainsi que des compétences et des attitudes appropriées au contexte et à la population.

Définition du terme «rural»

L'usage veut que le terme «rural» s'applique à toute communauté dont la population est inférieure à 10000. Selon cette définition, 8740847 Canadiens (30,3%) sont des ruraux. On peut également accepter comme définition les individus qui vivent en dehors des grandes régions métropolitaines que définissent les recensements. Selon cette méthode de calcul, 22,2% des Canadiens (6 396 906) sont des ruraux. On entend par «Agglomération selon le recensement» «toute grande région urbaine» (connue comme ville-centre), entourée de ses régions urbaines et rurales adjacentes (connues comme régions urbaines et rurales limitrophes), où l'on retrouve un degré élevé d'intégration sociale et économique avec la ville-centre. Une agglomération urbaine comprend une population centrale d'au moins 10000, sur la base du recensement précédent.

Lorsqu'on utilise la même définition pour la localisation de la pratique, on peut considérer que seulement 9,9% des médecins canadiens, soit 4 775 médecins de famille (16,5% des MF du Canada) et 756 spécialistes (2,8% des spécialistes canadiens) exercent en milieu rural. Quant à la pratique rurale, on peut prendre comme définition le fait «d'exercer 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 technologie»¹. On peut également la définir de façon fonctionnelle: «pratique médicale en dehors des régions urbaines où la localisation de la pratique oblige certains médecins de famille ou omnipraticiens à acquérir des compétences techniques ou autres compétences habituellement non requises pour la pratique en milieu urbain» [Faculty of Rural Medicine, Royal Australian College of General Practitioners]. Pour exercer dans de telles circonstances, les médecins doivent recevoir une formation appropriée.

Initiatives d'éducation rurale

Au Canada, les initiatives d'éducation rurale au niveau postdoctoral se sont presque totalement développées à l'intérieur des régions provinciales. À ce niveau, les forces visant la réforme de l'éducation ont été générées par les médecins exerçant en milieu rural, par la pression exercée par des regroupements de médecins du milieu rural dans le cadre de certaines associations médicales provinciales, par le leadership éducatif de certains départements universitaires de médecine familiale et par le soutien de certains organismes médicaux généraux et des gouvernements. Il en est donc résulté le développement d'une variété de programmes de formation en médecine familiale en réponse aux besoins régionaux et aux ressources disponibles.

Dans un tel contexte, on se retrouve devant une absence de normes nationales définissant un cursus de formation

postdoctorale pour la pratique familiale rurale et surtout pour les compétences avancées en médecine familiale rurale. Il s'est donc avéré difficile pour les résidents d'identifier et de choisir un programme de formation postdoctorale qui les préparerait spécifiquement pour leur carrière anticipée de praticien rural. La disponibilité et l'organisation structurée d'une formation postdoctorale et des compétences spéciales ou avancées en médecine rurale demeurent une préoccupation importante tant pour les praticiens actuels que futurs de la médecine rurale.

Pour répondre aux besoins des Canadiens du milieu rural en termes de soins de santé, il est essentiel de réussir le développement d'une formation postdoctorale de base et spécifique à la pratique rurale avec ses compétences spéciales et avancées. Cette «production» d'un plus grand nombre de médecins possédant les connaissances, les habiletés et les attitudes propres à l'exercice en milieu rural nécessitera l'implication, la collaboration et le soutien des gouvernements, des facultés de médecine, des organismes médicaux et des médecins du milieu rural.

Mandats du programme

Mandat 1: décrire les «connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires pour la pratique familiale en milieu rural». Cette section, ainsi que l'Annexe 3 «récits et histoires des médecins et des patients du milieu rural», décrivent l'essence de la pratique familiale rurale.

Mandat 2: décrire «la formation postdoctorale présentement offerte aux résidents de médecine familiale en préparation à la médecine familiale rurale».

Mandat 3: «recommandations pour un cursus postdoctoral de base pour la pratique familiale rurale». Cette section présente neuf recommandations principales et 41 recommandations spécifiques pour la mise en application efficace d'une formation de base en pratique familiale rurale dans le cadre du programme de 2 ans de résidence en médecine familiale. Les questions importantes sont soulignées dans la partie discussion.

Mandat 4: «recommandations pour un programme postdoctoral de compétences spéciales ou avancées pour la pratique familiale en milieu rural». Cette section présente trois recommandations pour l'acquisition des compétences spéciales et 13 recommandations pour l'acquisition de compétences avancées pour la pratique familiale rurale. Les questions importantes sont soulignées dans la partie discussion. ♦

Le rapport du Groupe de travail sur la formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale est disponible au site web du Collège des médecins de famille du Canada (www.cfpc.ca).

Référence

1. Rourke J. In search of a definition of rural. *Can J Rural Med* 1997;2(3):113-5.