



Canadian Psychiatric Association
Dedicated to quality care
Association des psychiatres du Canada
Dévouée aux soins de qualité

Énoncé de principe de l'APC

La formation psychiatrique postdoctorale en régions rurales et éloignées : accroître les compétences et former des partenariats

**Andrea Berntson, médecin¹, Elliot Goldner, médecin, MHSc, FRCPC²,
John Leverette, médecin, FRCPC³, Pippa Moss, MBBS, FRCPC⁴,
Mark Tapper, médecin, FRCPC⁵ et
Brian Hodges, médecin, MEd, FRCPC⁶**

Le présent document, rédigé en collaboration avec le Comité permanent sur l'éducation de l'Association des psychiatres du Canada (APC), a été approuvé par le Conseil d'administration de l'APC le 10 avril 2005.

Les collectivités rurales ou éloignées seraient des lieux tout désignés pour former les résidents en psychiatrie générale. En outre, la documentation sur l'enseignement médical en milieu rural démontre que les expériences d'apprentissage dans ces collectivités auraient un effet favorable sur le recrutement et le maintien en poste. Des départements de psychiatrie universitaires, de concert avec des organisations pancanadiennes et des collectivités insuffisamment desservies, ont amorcé la mise sur pied de centres de formation dans de petites collectivités canadiennes. Le présent document examine les possibilités pédagogiques offertes par ces centres et aborde

la nécessité d'adapter les programmes d'études actuels afin d'optimiser l'apprentissage en régions rurales et éloignées.

Introduction

Dans la plupart des provinces canadiennes, le déséquilibre est criant entre le nombre de psychiatres dans les grands centres urbains et le nombre de psychiatres dans les collectivités rurales et éloignées. Les données statistiques sur l'offre de main-d'œuvre médicale au Canada font ressortir bon an mal an

¹Résident de dernière année en psychiatrie, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto, Toronto (Ontario).

²Professeur agrégé au Département de psychiatrie et chef de l'Unité d'évaluation et de consultation communautaire en santé mentale de l'Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique).

³Professeur et chef adjoint, Division de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Queen's University, Kingston (Ontario); membre ponctuel du Comité permanent sur l'éducation de l'Association des psychiatres du Canada.

⁴Chef des services de psychiatrie, Services de santé mentale Cumberland, Amherst (Nouvelle-Écosse); coordonnateur du programme Northern Child and Adolescent Psychiatry (NORCAP) pour le compte de l'Hôpital régional Colchester, Truro; de l'Hôpital Aberdeen, New Glasgow et de l'Hôpital régional de Cap-Breton, Sydney, en Nouvelle-Écosse.

⁵Directeur de programme, Services psychiatriques, Hôpital général St Joseph, Comox (Colombie-Britannique).

⁶Directeur, Programme d'extension des services psychiatriques de l'Ontario; professeur agrégé à la Faculté de médecine et directeur du Donald R Wilson Centre for Research in Education, University Health Network, Université de Toronto, Toronto (Ontario).

©Copyright 2005. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront soumis à la commission ou au comité approprié de l'APC. Prière d'adresser toute correspondance ou demandes de copies à l'Association des psychiatres du Canada : 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701 Ottawa (Ontario) K1P 5J3; téléphone : 613-234-2815; télécopieur : 613-234-9857; courrier électronique : cpa@cpa-apc.org. Référence 2005-46.

que les régions rurales ou éloignées ne peuvent compter que sur un psychiatre pour 30 000 personnes (1). À l'opposé, le ratio en régions urbaines est de 1 psychiatre par 5 000 à 12 000 personnes. La plupart des études préconisent un ratio d'au moins 1 psychiatre par 8 000 à 10 000 personnes (2,3).

Malgré que le problème soit connu depuis longtemps, ce n'est que tout récemment que les établissements d'enseignement universitaires en sciences de la santé ont commencé à se pencher sur la question. Comme l'a fait remarquer Dongier en 1988 : « Jusqu'à maintenant, les associations professionnelles n'ont déployé que des efforts sporadiques, et seuls quelques centres universitaires, en l'absence de toute concertation, ont lancé des projets de collaboration avec des zones périphériques, qui n'ont pas connu une réussite durable » (4, p. 338). Or, selon toute évidence, les solutions les plus judicieuses, pour bon nombre, sont du ressort des centres universitaires. Ainsi, de nombreuses études démontrent que les médecins sont plus enclins à s'établir dans des régions qu'ils ont eu l'occasion de connaître pendant leur formation (5,6). Curren et Rourke précisent que les résidents qui ne sont pas nés dans une collectivité rurale ou insuffisamment desservie, ou qui n'y ont pas grandi, seront plus enclins à pratiquer en région rurale s'ils ont expérimenté la pratique rurale tôt dans leur formation (6). De plus, la littérature médicale est claire quant aux avantages de la formation en psychiatrie en régions rurales et éloignées sur le plan de l'équilibre et de l'étendue de l'apprentissage en psychiatrie générale.

Après avoir défini les zones rurales, urbaines et éloignées, le présent document examine les compétences CanMEDS dans ce contexte. Puis, il se penche sur les obstacles à surmonter pour mettre sur pied des programmes de formation en psychiatrie en milieu rural ou éloigné. Ces obstacles ont trait aux caractéristiques du psychiatre en pratique rurale, aux particularités de la pratique rurale et à l'attitude des résidents à l'égard d'une telle formation. Le document étudie par ailleurs la position des programmes d'études universitaires à cet égard, ainsi que leur état de préparation (notamment au chapitre de la supervision et du financement) en vue d'offrir cette formation. Le document aborde en outre la réceptivité des collectivités à l'idée d'être des partenaires dans la formation décentralisée en psychiatrie. Le document traite de questions connexes comme l'enseignement à distance et d'autres technologies, et l'impact de réseaux de formation à distance sur le recrutement et le maintien en poste, avant de conclure par des recommandations quant à la mise en pratique.

Définitions

Au Canada, la définition de la collectivité rurale est multiple; aucune définition ne remporte l'adhésion générale (7). Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques, une région est rurale si plus de la moitié de la population habite des collectivités où la densité de la population est inférieure à 150 personnes par kilomètre carré (prière de consulter www.hc-sc.gc.ca). En vertu de cette définition, 31,4 % des Canadiens résideraient dans une collectivité rurale ou non urbaine.

Les collectivités rurales ne correspondent pas toutes au même modèle et leurs caractéristiques sont diverses. Certaines sont prospères, d'autres défavorisées, l'agriculture ou l'industrie prédomine chez l'une ou l'autre, la démographie y est stable ou

fluctuante, et elles sont à proximité d'un centre urbain pour les unes, éloignées pour d'autres (8). Certaines collectivités rurales du Canada sont caractérisées par des traits culturels distinctifs, hérités de la première colonie de peuplement, de courants migratoires ou des Autochtones.

Des professionnels de la santé et des chercheurs, sans parler du ministère de la Santé du gouvernement du Canada, ont proposé des indicateurs de la ruralité établis d'après certains paramètres pertinents comme la distance d'un centre spécialisé, le nombre de médecins en regard de la population, le nombre de médecins spécialistes et la distance d'un hôpital (7). Le comité sur la pratique rurale de l'Association canadienne des médecins d'urgence définit la région rurale éloignée comme étant « la collectivité rurale distante de 80 à 400 km d'un centre hospitalier régional, ou à une à quatre heures de route de ce centre dans de bonnes conditions météorologiques ». (www.caep.ca/002.policies/002-01.guidelines/recommendations/recommendations.htm; voir également 9). Le comité regroupe les collectivités encore plus éloignées d'un centre hospitalier régional sous le vocable de collectivités rurales isolées.

Que la notion de ruralité soit définie par des critères géographiques ou culturels, par le mode de pratique ou simplement par la distance qui sépare la collectivité d'un centre universitaire de sciences de la santé, il ne fait pas de doute que la formation dans ces lieux nécessite au préalable l'établissement d'objectifs éducatifs particuliers.

Objectifs de la formation

À bien des égards les objectifs de l'apprentissage en milieu rural recoupent ceux de la formation en milieu urbain. Considérant toutefois la nature de la pratique rurale, l'occasion est belle d'enseigner certaines compétences précises plus efficacement que dans un vaste centre universitaire de sciences de la santé (CUSS). Rien de tel pour illustrer cette constatation que d'examiner les objectifs de formation dans la perspective des nouveaux rôles CanMEDS du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). En 2000, le CRMCC a précisé un ensemble de compétences destiné à encadrer l'agrément et l'évaluation de l'éducation médicale postdoctorale au Canada (prière de consulter <http://rcpsc.medical.org/residency/certification/index.php>). Le cadre de référence est non seulement obligatoire dans la conception et l'évaluation des programmes d'études, mais plusieurs des rôles qu'il propose sont plus faciles à enseigner en milieu rural. Quand les buts de l'enseignement en milieu rural sont examinés sous l'angle du cadre de référence CanMEDS, il en ressort les considérations suivantes.

Le psychiatre généraliste à titre d'expert médical

Dans le contexte de la pratique rurale, le rôle central de CanMEDS, soit celui d'expert médical, est exercé par le psychiatre généraliste aux connaissances étendues. De fait, Goldbloom plaide en faveur de la création d'un programme d'études réservé à la psychiatrie générale (10). Le programme d'études des facultés de médecine des grands centres urbains serait trop spécialisé pour préparer le psychiatre généraliste. Il n'en reste pas moins que la conception d'un véritable programme d'études en psychiatrie générale doit être rigoureuse, et il importe de bien choisir les enseignants et de les

former, car leur propre formation est probablement de nature spécialisée.

Connaissance et gestion des systèmes de santé

Les compétences en gestion nécessaires à la pratique rurale ne sont pas les mêmes que les compétences de gestion utilisées en pratique urbaine. Plus précisément, les lignes directrices de pratique urbaine ne sont pas toujours applicables aux collectivités de très petite taille, où le travail en équipes multidisciplinaires est incontournable et où des intervenants d'autres professions de la santé agissent souvent à titre de cliniciens de premier recours concernant les services psychiatriques. En milieu rural, le psychiatre œuvre à divers échelons, au sein d'organismes communautaires, de comités hospitaliers et de regroupements en santé mentale et en toxicomanie. L'innovation et la créativité sont essentielles pour utiliser de façon optimale des ressources limitées.

En milieu rural, l'apprenant peut observer directement ces facettes de la prestation des soins de santé et y participer d'une façon qui serait impensable dans un grand centre urbain. Plutôt que d'appliquer inutilement des modes de prestation des services et des méthodes pédagogiques propres aux grands centres urbains, les enseignants auraient mieux à faire de concevoir des programmes d'études en fonction du système de santé des régions rurales (11,12).

Aptitudes en communication et en consultation

Nombre d'aspects de la formation en psychiatrie communautaire soulignés dans la documentation, comme les modèles de consultation, la programmation de l'extension des services, l'intervention immédiate et l'organisation communautaire, sont particulièrement pertinents dans la conception d'un programme d'études en psychiatrie rurale où l'accent porte sur la communication (13). En milieu rural, le psychiatre n'est pas en mesure de traiter personnellement toutes les personnes de la collectivité souffrant d'un problème de santé mentale; il s'en remet plutôt à un réseau de prestataires de services. D'où l'importance d'une formation précise sur les modes de consultation communautaire, notamment les modèles désormais classiques décrits par Caplan (14). De bonnes aptitudes en communication, voire en enseignement, sont importantes pour le psychiatre en milieu rural qui pourra ainsi contribuer au perfectionnement des compétences de collègues de diverses disciplines.

Collaboration avec les médecins de famille et d'autres professionnels de la santé – le partage des soins

L'un des aspects importants de la conception d'un programme de formation en psychiatrie rurale est la possibilité d'une collaboration entre le psychiatre et les médecins de famille. Il est clair que le psychiatre dans sa pratique rurale ne pourra évaluer et traiter que les plus malades de la collectivité. Il devra donc collaborer étroitement avec les médecins de famille et les autres professionnels de la santé. D'ailleurs, la réforme des soins primaires au Canada renforce la position clé du médecin de famille dans la prestation des soins et souligne son rôle primordial dans la prestation des services de santé mentale. Au

vu de la nécessité de cette collaboration et du fait que la recherche démontre que les médecins de famille et les psychiatres ont de la difficulté à établir des relations de travail fructueuses, le partage des soins de santé mentale suscite beaucoup d'intérêt (15,16). Il s'avère donc nécessaire d'enseigner des modes de partage des soins aux résidents en psychiatrie.

Éducation continue, perfectionnement clinique et informatique médicale

L'informatique recèle plusieurs nouvelles possibilités d'améliorer grandement la pratique, l'éducation et le perfectionnement professionnel en milieu rural. Déjà, plusieurs centres ont l'équipement nécessaire à la vidéoconférence ainsi que le service Internet haute vitesse. En régions rurales, il importe d'accéder à des sources d'information et même d'effectuer de la recherche par l'entremise du Web, de communiquer avec des collègues par des gestionnaires Listserv, de se perfectionner en ligne et d'utiliser des ordinateurs de poche, d'offrir et de bénéficier de services de consultation et d'enseignement par vidéoconférence; ces collectivités se révèlent des lieux par excellence pour utiliser et maîtriser les nouvelles technologies.

Promoteur de la santé

La mentalité et la culture des collectivités rurales seraient bien différentes de celles des agglomérations urbaines. Bien des choses restent à savoir sur l'épidémiologie de la santé mentale en milieu rural. Dans ces régions, le psychiatre devra peut-être se charger des initiatives visant à réduire la stigmatisation et à sensibiliser le public sur les questions de santé mentale. À titre d'exemple, les psychiatres œuvrant en régions rurales ou isolées devraient avoir à cœur de connaître les particularités culturelles et les enjeux sanitaires des Autochtones.

Pour la plupart, les personnes d'origine autochtone habitent en zones urbaines; cependant, dans le nord de la plupart des provinces et des territoires, elles forment de 20 % à 95 % de la population (consulter http://www.ainc-inac.gc.ca/gs/dem_f.html). Il faut aussi savoir que le taux de suicide dans les réserves rurales est de deux ou trois fois plus élevé que celui dans la population canadienne en général (17). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada propose des lignes directrices aux professionnels œuvrant auprès des Autochtones (rendez-vous à www.sogc.org/sogcnet/index_f.shtml, à la rubrique Directives cliniques); ces lignes directrices pourraient être utiles en tant que fondement de l'élaboration du programme d'études. Kirmayer, qui a beaucoup écrit sur la santé mentale des Autochtones au Canada (18), coordonne un gestionnaire de Listserv sur le sujet qui pourrait s'avérer utile aux résidents. En outre, une étude sur la formation offerte aux résidents en matière de santé autochtone dans les programmes de médecine familiale au Canada suggère que tous les programmes offrent un volet pertinent à cet égard, soit intégré tout au long des études, ou soit proposé sous forme de retraite éducative (19). Il serait peut-être avantageux que les programmes de psychiatrie partagent ces ressources avec les programmes de médecine familiale.

Obstacles et possibilités

Les obstacles à la formation en milieu rural sont abondamment mentionnés dans la littérature médicale. Il est primordial de développer une attitude positive à la fois du corps enseignant et des résidents eux-mêmes, à l'idée de la mise sur pied d'un programme d'études en milieu rural. D'autre part, les directeurs de programme doivent voir à l'application des normes pédagogiques appropriées et aux possibilités d'apprentissage au nouveau centre. Devant les contraintes géographiques, particulièrement dans un grand pays comme le Canada, la mise en œuvre d'un tel programme nécessitera de consacrer des sommes énormes aux déplacements et à la communication. Le recrutement et le soutien des centres du réseau constitueront un défi permanent pour un programme de formation en milieu rural.

Les attitudes

La réceptivité à l'idée d'offrir des expériences d'apprentissage en régions rurales et éloignées dépendra de la volonté ferme de la direction départementale et de l'attitude des stagiaires et des membres du corps enseignant. Connaître les intérêts et les préoccupations du stagiaire facilitera la conception du programme de formation postdoctorale, en plus d'orienter les efforts du gouvernement en vue d'améliorer les conditions de pratique et les mesures de recrutement.

L'attitude hautaine des corps enseignants urbains à l'égard des collègues en milieu rural est de notoriété publique, comme en témoigne la documentation sur la médecine familiale rurale, au même titre que l'influence de cette attitude sur le choix de carrière des diplômés en médecine (20). L'absence de collaboration notoire avec les collègues en milieu rural entretient la méfiance mutuelle entre les universités et les psychiatres de pratique rurale et les empêche d'instaurer un climat de confiance comme celui qui règne à leur lieu de pratique respectif.

Convaincre des résidents d'abandonner les ressources et le milieu urbain d'un établissement d'enseignement est une tâche monumentale, et les programmes ont constaté que les résidents en psychiatrie en zone urbaine ressentent beaucoup d'anxiété lorsqu'ils apprennent à exercer leur profession dans un milieu communautaire (21). Pour contrer l'isolement social que craignent les résidents, des programmes s'efforcent d'affecter un groupe de résidents de diverses disciplines au même lieu en même temps.

Dans un sondage sur les facteurs susceptibles d'encourager ou de dissuader les résidents à s'établir dans des régions insuffisamment desservies, les 209 résidents canadiens répondants ont mentionné l'isolement professionnel, l'isolement personnel et les services nécessaires pour soutenir la pratique psychiatrique comme étant plus importants que la rémunération (22). Fait incontournable, un changement d'attitude s'impose si nous voulons inciter les étudiants à abandonner ce qu'ils perçoivent comme étant la sécurité de l'université pendant leur formation, sans parler de les encourager à exercer leur profession en milieu rural à la fin de leur formation.

Normes éducatives

Des critères en bonne et due forme pour évaluer les caractéristiques nécessaires pour devenir un centre d'enseignement potentiel, à l'image de ceux établis par d'autres pays (23), sont nécessaires au Canada. Reste également à savoir si les stagiaires possèdent les compétences particulières nécessaires pour œuvrer en régions rurales, comme la capacité de contester et de repenser les méthodes établies. En régions rurales et éloignées, certaines investigations diagnostiques et surspécialités ne sont pas facilement accessibles, et le psychiatre de pratique rurale doit savoir composer avec un certain degré d'incertitude et de risque.

Une fois que des lignes directrices et des objectifs précis concernant la formation en vue de la pratique rurale auront été déterminés, il sera possible et important d'établir des normes et d'en surveiller l'application. Ces normes pourraient être élaborées de concert par des psychiatres universitaires et des psychiatres de pratique rurale. Pour veiller à la conformité aux normes, les résidents en apprentissage rural participeraient aux activités pédagogiques offertes par les CUSS. Dans cette optique, la télévidéo est un moyen d'assurer l'uniformité du programme d'études, comme un moyen d'offrir des services de consultation, de supervision et d'éducation continue (24). Cependant, seuls quelques programmes au Canada proposent l'intégration des résidents en apprentissage rural au CUSS par télévidéo pour les faire participer notamment aux leçons cliniques et séminaires d'enseignement, sans doute à cause des coûts technologiques considérables. L'enregistrement de cours ou d'exposés sur bande vidéo ou la consultation de la documentation audio-visuelle dans Internet permettraient de profiter de façon plus économique de l'expertise de l'établissement de soins tertiaires. En général, la formation en psychothérapie s'inscrit dans un continuum longitudinal, de la deuxième à la cinquième années de la résidence, et certains programmes ont recours à la télépsychiatrie pour assurer la supervision, de sorte que le superviseur en milieu rural peut suivre les progrès accomplis par un résident dans un centre urbain, et que l'inverse est également possible. Il n'en reste pas moins que plusieurs aspects de l'enseignement à distance doivent être soupesés, dont le coût, la qualité et la participation (25).

Enfin, des programmes communs pourraient voir à l'application de critères uniformes quant à la sélection, l'examen du rendement, le perfectionnement professionnel et l'avancement des membres du corps enseignant, et voir à ce que les enseignants de pratique rurale et les enseignants de pratique urbaine puissent interchanger le lieu d'enseignement.

Ressources du programme

Un sondage récent auprès des directeurs de programme au Canada a mis en relief d'autres obstacles à la mise sur pied de stages de formation en régions rurales et éloignées (24). Au pays, les spécialistes ne sont que 4 % à œuvrer en régions rurales (26). Les précepteurs dans ces régions seront donc rares, davantage si certains d'entre eux ont quitté le centre universitaire précisément parce qu'ils ne voulaient pas enseigner. L'affectation universitaire à titre de précepteur sera établie en fonction des attentes sur le plan de l'enseignement et de la recherche.

L'autre aspect d'importance concerne le nombre d'heures requises en service de garde. L'expérience de ce service fait partie intégrante de la formation, et certains programmes imposent des exigences comme la participation obligatoire au service de garde dans les centres de formation en milieu rural. Concernant la répartition des heures de garde, le fait d'autoriser des résidents à poursuivre leur formation ailleurs qu'au centre universitaire pourrait alourdir la tâche des autres résidents ou des membres du corps enseignant. Par contre, si les résidents en stage d'apprentissage rural se voient dans l'obligation de reprendre les heures de service sur demande en ville, ils seront sans doute peu nombreux à opter pour ce stage. Cela dit, un centre a trouvé un compromis en autorisant le retrait temporaire de la liste de garde du centre universitaire des résidents participant à un stage de formation d'une durée maximale de six mois, pourvu qu'un service de garde soit offert aux petites collectivités dans un rayon de 100 km du centre de formation. (A Bertson, inédit, 2002)

Le coût de la réinstallation et de l'hébergement des résidents en apprentissage rural est aussi un obstacle de taille. Des organisations d'internes et de résidents comme la *Professional Association of Internes and Residents of Ontario* et la *Professional Association of Residents of British Columbia* précisent dans leur dernière entente contractuelle que les programmes qui prévoient des stages obligatoires en milieu rural doivent offrir aux résidents allocation de déplacement et d'hébergement. Pour leurs stages obligatoires, certains programmes proposent des lieux à courte distance de l'établissement d'enseignement; cela facilite un peu les choses pour les résidents qui ont une famille ou un conjoint au travail. En règle générale, une allocation de déplacement est offerte pour couvrir les frais d'un nombre de déplacements précis chaque mois entre le CUSS et la collectivité rurale ou éloignée, et l'hébergement est également offert.

Le financement complet du stage facultatif est offert à la plupart des lieux en Ontario, soit par la collectivité elle-même, soit par un programme médical du gouvernement comme le *Northwestern Ontario Medical Program*, le *North Eastern Medical Program* et le *Southwestern Ontario Rural Medicine Unit*. En Alberta, le *Rural Physician Action Plan* propose un programme d'initiatives en milieu rural à l'intention des résidents de l'Alberta et de Calgary; le programme offre un soutien financier aux déplacements et à l'hébergement, ainsi que la rémunération du précepteur. La Colombie-Britannique finance partiellement les stages facultatifs en milieu rural, et certaines collectivités offrent l'hébergement. L'Université Dalhousie accorde une allocation annuelle importante à chacun des résidents en psychiatrie à des fins de perfectionnement professionnel, qui ne peut cependant couvrir des frais d'hébergement. Les résidents peuvent également poser leur candidature à des bourses d'apprentissage en milieu rural ou de recherche offertes par certaines universités, des organisations professionnelles et des organisations d'internes et de résidents.

Aux États-Unis, le programme Washington, Wyoming, Alaska, Montana et Idaho profite d'économies d'échelle par la mise en commun d'un programme d'études en médecine familiale de trois ans dispensé à divers lieux dans les cinq États frontaliers. La centralisation de l'administration permet de contenir les coûts tout en optimisant les ressources offertes aux centres de formation. Les résidents poursuivent leur formation au principal établissement d'enseignement la première année, puis ils sont dirigés dans les collectivités pendant les autres

années (27). L'application d'un modèle semblable de coordination des ressources rurales à l'échelle du pays réglerait certains des problèmes auxquels sont confrontés les programmes indépendants au Canada. D'ailleurs, le *Psychiatric Outreach Program* en Ontario a adopté cette approche à la grandeur de la province.

Réseau de soutien

Rémunérer les précepteurs est essentiel au recrutement et au maintien en poste dans un réseau d'enseignement rural. D'où l'importance d'aborder ce sujet, et d'envisager d'autres modes que la rémunération à la vacation ou le paiement à l'acte. Il conviendra également d'offrir des activités de perfectionnement professionnel continu selon divers modes de présentation pour satisfaire les besoins particuliers des précepteurs.

À cet égard, la documentation relève un trait commun de nombreux programmes réussis, soit la retraite éducative qui réunit tous les membres du corps enseignant. La télépsychiatrie bidirectionnelle aux fins de consultation, de planification du congé et de transfert permettra également l'établissement de relations professionnelles étroites.

D'autre part, la documentation sur les soins primaires accorde beaucoup d'attention à l'informatique médicale en tant que système de soutien des précepteurs et des stagiaires en milieu rural (28–31). Dans certains cas, un tel système de soutien a pris naissance dans un cours d'informatique médicale à l'établissement d'enseignement universitaire, et il devient l'instrument de coordination du programme de formation, de la recherche ou des initiatives d'éducation continue en milieu rural. Les auteurs insistent sur la nécessité de faire appel aux bibliothécaires médicaux dans la conception du programme de formation en milieu rural et de s'appuyer sur des innovations comme *Loansome Doc Ordering System*, service de fournitures de documents aux professionnels de la santé en milieu rural aux États-Unis. *McMaster University* et le *Northern Academic Health Sciences Network* en Ontario ont annoncé dernièrement que la *Digital Health Library* (DHL) s'étendra désormais à 40 centres nordiques. La DHL est un réseau mis à la disposition des professionnels de la santé du Nord qui ont ainsi accès à des ressources cliniques pertinentes à leurs domaines d'intérêt (32).

Recherche en milieu rural

Il n'y a pas si longtemps, l'Institut de recherche en santé du Canada a diffusé un appel de demandes dans le cadre de l'initiative: Bâtir des collectivités en santé par l'entremise de la recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord. Des chercheurs en milieu universitaire peuvent désormais tirer parti d'un réseau de formation à distance pour mener des études à grande échelle sur des cohortes rurales et des cohortes urbaines. Des bases de données sur les rencontres avec des patients sont mises sur pied à l'intention des centres de formation en régions rurales et éloignées, et ces renseignements éclaireront l'élaboration d'initiatives de santé publique et la conception de programmes d'études en milieu rural.

Yellowlees, qui exerce sa profession dans une petite collectivité minière de Nouvelle-Galles du Sud en Australie, fait état d'un projet novateur : l'embauche d'un chercheur à temps plein dans une petite collectivité (33). La perspective de participer à la recherche attirerait sûrement des stagiaires et des enseignants à

la vocation scientifique, qui sans cela n'envisageraient pas la pratique en milieu rural. De même, le temps imparti à la recherche peut tout aussi bien être consacré à un projet rural qu'à un projet urbain, pour accroître la durée du séjour en milieu rural pendant la formation.

Modèles de stage

Actuellement, les possibilités d'apprentissage en régions rurales et éloignées offertes aux résidents en psychiatrie canadiens sont assez diverses. Les programmes des provinces de l'Atlantique, et certains programmes au Québec, ont intégré la formation dans de petites collectivités voilà plusieurs années. La plupart des autres programmes ne prévoient pas de périodes obligatoires en régions rurales ou éloignées, et les résidents manifestent peu d'intérêt à l'égard de tels stages. Le cas échéant, les possibilités découlent des activités d'extension des services de précepteurs. L'Ontario propose un programme d'extension des services structurés, et met sur pied également des stages de formation de base dans de petits centres nordiques spécialisés.

Les programmes de formation sur la pratique rurale sont habituellement de deux modèles : soit que des médecins conseils établis en milieu urbain forment des résidents en vue de les inciter à adopter une démarche de consultation qui s'étend au milieu rural, soit que les stagiaires sont intégrés à un petit organisme communautaire ou à une équipe multidisciplinaire. Dans les deux cas, des rapports fructueux de longue haleine peuvent s'établir.

Le stage facultatif bref auprès d'un précepteur en milieu urbain a l'avantage d'exiger moins d'adaptation du stagiaire. Il peut représenter une première expérience valable, et piquer la curiosité du stagiaire qui choisira peut-être une deuxième expérience plus longue. Dans certains cas, le précepteur demandera aux résidents de participer à la clinique d'extension des services à de nombreuses reprises pour suivre les patients et nouer des liens avec l'équipe multidisciplinaire locale. En fait, ces résidents peuvent être les seuls à offrir des services psychiatriques dans les très petites collectivités. Dans des collectivités plus grandes, les services de consultation spécialisés itinérants viendront compléter les services psychiatriques locaux. Il se peut, cependant, que les résidents aient peu d'occasions de côtoyer des praticiens de la collectivité et de connaître leur mode de pratique ou style de vie.

À titre de stage facultatif, les services itinérants par transport aérien ou terrestre nécessitent beaucoup de ressources comparativement à l'expérience réelle acquise. Les coûts des déplacements, aériens ou terrestres, et de l'hébergement sont considérables, bien que certains programmes provinciaux les couvrent. S'il devient un volet obligatoire de la formation, les coûts engagés par les résidents devront être couverts, en vertu des ententes conclues avec les organisations d'internes et de résidents.

La formation sur place peut être structurée selon un stage à temps plein d'une durée de 1 à 6 mois ou d'un stage étalé dans le temps, dans des collectivités voisines, à raison de 1 ou 2 jours par semaine pendant de 6 à 12 mois. Les précepteurs sont des psychiatres de la collectivité qui peuvent décrire la carrière en milieu rural ou éloigné. Des modules de formation postdoctorale hors des centres universitaires émergent, mais leur existence dépend de la faculté de médecine qui offre le

soutien administratif et l'expertise en surspécialité. Les facultés de médecine nordiques qui voient le jour en Ontario et en Colombie-Britannique prendront éventuellement en charge ces modules, quand leur infrastructure sera suffisamment solide.

Le stage facultatif à temps plein de longue durée permet de bien connaître le style de vie et le schéma de carrière du précepteur de la collectivité. En règle générale, le programme de formation est axé sur les compétences en psychiatrie générale, et un équilibre s'établit entre les services de liaison et d'administration et l'expérience clinique. La mise sur pied de stages de formation de base hors du centre universitaire n'est pas chose aisée, car il faut recruter des précepteurs et s'assurer du respect des normes d'agrément. Aspect important, les programmes de médecine familiale disposent déjà d'une infrastructure concernant les modalités de déplacement et d'hébergement à laquelle le programme de psychiatrie pourrait avoir recours.

Si le stage de formation de base est facultatif, les résidents pourraient ne pas vouloir se plier aux exigences administratives par manque d'intérêt. À l'opposé, le stage obligatoire déplaît à beaucoup de résidents, particulièrement à ceux qui ont une famille ou dont le conjoint travaille. Dans les programmes de petite envergure notamment, le stage rural obligatoire pendant la résidence pourrait ternir la popularité du programme auprès du Service canadien de jumelage des résidents. Au Canada, seuls les programmes de grande envergure ont été en mesure d'offrir ces possibilités. Fait à souligner, une fois que des résidents ont choisi ces stages, le bouche à oreille éveille l'intérêt à leur égard par la suite. Cela est d'autant plus vrai que le précepteur est un clinicien ou un enseignant hors pair, ou que le stage équivalent en milieu urbain est peu prisé.

Bien des questions importantes doivent être réglées pour que de telles initiatives connaissent un franc succès, dont le choix et la rémunération du personnel universitaire sur les lieux, leur perfectionnement professionnel permanent, la surveillance de leur rendement, l'agrément des centres de formation et le soutien des résidents, entre autres l'accueil et l'hébergement des membres de la famille. Au Canada, on pourrait songer à développer trois ou quatre lieux spécifiques qui se prêteraient à la formation à la pratique psychiatrique rurale. Les centres trop petits se verraient dans l'incapacité d'offrir toute l'étendue de la formation psychiatrique et, pour y parvenir, il sera nécessaire d'établir une coordination soutenue entre divers établissements universitaires.

L'éducation pour favoriser le recrutement et le maintien en poste

Non seulement les petites collectivités seraient des lieux tout désignés pour la formation du psychiatre généraliste, mais de tels programmes seraient avantageux dans la planification de la main-d'œuvre à long terme. Depuis longtemps, la documentation sur les soins primaires atteste du lien entre le lieu de la formation et le choix du lieu de pratique. En outre, la disponibilité de postes de précepteur favorise semble-t-il le maintien en poste des médecins de la collectivité.

Il est reconnu que les tentatives d'influencer le choix du lieu de pratique d'un médecin seront vaines pour ainsi dire si elles ont lieu vers la fin de la formation (34). À ce moment, la plupart des médecins se sont enracinés dans leur milieu de résidence parce

que leurs enfants y vont à l'école, leur conjoint y travaille ou parce qu'ils ont constitué un réseau social ou professionnel. Pour inciter plus efficacement les psychiatres et d'autres médecins à considérer tout le pays avant de choisir leur lieu de pratique, il faudra mettre sur pied des programmes d'apprentissage à distance proposant une formation décentralisée dès le début de la résidence.

Pour la plupart, la documentation sur l'enseignement médical en régions rurales ou éloignées provient des États-Unis et de l'Australie. De nombreux programmes américains ont fait leurs preuves quant à la formation en psychiatrie rurale (21,35,36). Difficile cependant d'appliquer ces recettes au Canada en raison de la taille du pays et du fait que sa population est dispersée.

Au Canada, quelques programmes rendent compte de leur expérience en formation postdoctorale en milieu rural et éloigné. Il y a quelque temps, le *Northwestern Ontario Medical Programme* a publié le compte rendu de 25 ans d'expérience avec des étudiants du premier cycle et des résidents principalement en médecine familiale. Plusieurs stages pendant les études médicales ainsi que des stages en formation postdoctorale ont démontré leur propension à influencer le choix du lieu de pratique dans le nord-ouest de l'Ontario. Les stages en formation postdoctorale plus particulièrement auraient un effet marqué sur ce choix (37).

L'Université Dalhousie connaît un certain succès avec son volet de formation décentralisée dans toutes les résidences, en médecine familiale et en spécialité (38), bien que l'on puisse observer chez les résidents qui optent pour un tel volet un penchant pour les petites collectivités. Comparativement aux programmes qui n'offrent pas de formation dans de petites collectivités, le taux de participation global est favorable. Une étude des données statistiques sur les diplômés dans la période de 1981 à 1991 révèle que 20 % des résidents en psychiatrie ont choisi un lieu de pratique rural (c'est-à-dire, où la population est inférieure à 10 000 habitants). Fait curieux, le recrutement en psychiatrie rurale a été moins fructueux que dans d'autres spécialités, dont la médecine interne où le taux de recrutement est de 50 %, et la chirurgie générale, l'otolaryngologie et l'ophtalmologie où ce taux est de 60 %. Cette constatation soulève la question de savoir si les obstacles sont plus nombreux ou les encouragements moindres dans le choix d'un milieu de pratique rural par le psychiatre par rapport aux autres médecins spécialistes.

Les publications d'autres pays et l'expérience d'autres programmes de formation postdoctorale au Canada indiquent que les programmes de psychiatrie peuvent s'en remettre à plusieurs stratégies. La première mesure pour hausser le nombre de psychiatres exerçant dans les collectivités rurales consiste à modifier les critères d'admission afin d'accorder la priorité aux étudiants provenant de régions rurales. Les manifestations d'intention quant à la pratique rurale devraient être d'importants facteurs pris en considération dans la sélection des stagiaires en formation postdoctorale (39). Deuxièmement, il importe de jumeler de façon appropriée les étudiants et stagiaires et les collectivités, et d'optimiser la qualité de l'expérience éducative pendant toute la période de formation. Puis, il est essentiel d'insister sur l'acquisition des compétences particulières à l'exercice dans ces milieux pour préparer les résidents à une pratique générale autonome. Enfin, l'expérience dans ces milieux devrait être offerte tôt et souvent.

Synthèse des recommandations

1. Concevoir un programme de formation précisément à l'intention de la pratique en milieu rural ou éloigné, fondé sur les principes CanMEDS 2000. Éviter de tenter d'adapter à tout prix les programmes et objectifs de formation des établissements d'enseignement urbains aux collectivités rurales ou éloignées.
2. Mettre l'accent sur des modèles de prestation des services et de l'enseignement (comme le partage des soins) qui favorisent la collaboration avec d'autres professionnels de la santé.
3. Établir des critères d'admission à la faculté de médecine et en résidence conçus pour attirer des étudiants qui ont habité dans un milieu rural ou y ont suivi des études secondaires et universitaires de premier cycle.
4. En général, prévoir les expériences d'apprentissage en milieu rural ou éloigné sous forme de stages facultatifs dans le programme de résidence. Pour beaucoup, les résidents redoutent la formation obligatoire dans ces domaines. De plus, mettre tout en œuvre pour optimiser le jumelage entre les résidents et les collectivités.
5. Dans la plus grande mesure possible, sensibiliser les étudiants à la pratique en régions rurales ou éloignées pendant les études médicales et les études postdoctorales, et proposer des stages sur les lieux assez longs.
6. Lorsque le stage est bref (p. ex., services itinérants), structurer l'expérience de telle sorte que le résident tire parti au mieux de son séjour. On peut ainsi multiplier les visites, allonger le séjour ou établir des relations de travail avec des professionnels de la santé de la collectivité.
7. Que les universités valorisent les tâches d'enseignement en régions rurales ou éloignées, par exemple en créant des postes d'importance en enseignement et des possibilités de participer aux activités éducatives et de recherche de l'université, et en invitant ces enseignants à partager leur expertise avec le groupe principal des résidents en milieu urbain et en procédant à l'examen annuel des activités pédagogiques.
8. Prévoir un financement suffisant pour soutenir la mise en place de l'infrastructure pédagogique nécessaire en milieu rural et couvrir les frais de déplacement et d'hébergement des enseignants et des stagiaires pour que le programme de formation en région rurale soit efficace.
9. S'assurer que les rapports entre le centre urbain et la collectivité rurale ou éloignée soient bidirectionnels. La collaboration est préférable au missionnariat. « L'utilisation des ressources internes » est tout autant préconisée que l'extension des services.
10. Concevoir les modules de formation rurale des programmes de résidence de façon à offrir d'autres possibilités d'apprentissage que les stages déjà prévus en milieu urbain. Cette recommandation tient compte de la pénurie globale de psychiatres au Canada et favorisera le maintien de rapports harmonieux entre les organisations d'internes et de résidents et les nouveaux programmes de formation en milieu rural ou éloigné.

11. Entreprendre des études sur l'efficacité réelle de divers modes de formation en psychiatrie en milieu rural ou éloigné qui fassent partie de la stratégie éducative rurale de l'établissement d'enseignement universitaire.

Sources de référence

1. The Expert Panel on Physician Resources. PCCCAR reports: an interim guide for physician resources planning in Ontario. Toronto (ON) Ontario Ministry of Health; 1996.
2. El Guebaly N, Beausejour P, Woodside B, Smith D and Kapkin I. The Optimal psychiatrist to population ratio: A Canadian perspective. *Can J Psychiatry* 1991;36:9-15.
3. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. National specialty physician review. Ottawa (ON): RCPSC; 1988.
4. Dongier M. Psychiatry in underserved areas and the role of academic departments. *Can J Psychiatry* 1988;33:334.
5. Mental Health Programs and Services Group. The recruitment and retention of psychiatrists to hospitals: a selective review of the literature. Toronto, ON. Ontario Ministry of Health; 1995.
6. Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Med Teach* 2004;26:265-72.
7. Rourke J. In search of a definition of "rural." *Can J Rural Med* 1997;2:113-5.
8. Rousseau N. What is rurality? *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1995;71:1-4.
9. Barton GM. The practice of emergency psychiatry in rural areas. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43:965-6.
10. Goldbloom D, Buckingham R, Voore P. Rediscovering general psychiatry: Creation of an academic division. *Can J Psychiatry* 1997;42:58-62.
11. Group for the Advancement of Psychiatry. Mental health in remote rural developing areas (Report No 139). Washington (DC): American Psychiatric Press; 1995. p 179.
12. Bachrach LL. Psychiatric services in rural areas: a sociological overview. *Hosp Community Psychiatry* 1983;34:215-26.
13. Maiuro R, Trupin EW. Rural internships: fixed role therapy for the community mental health professional. *Hosp Community Psychiatry* 1980;31:497-9.
14. Caplan G. *The Theory and Practice of Mental Health Consultation*. New York: Basic Books; 1993. p 19-34.
15. Turner T, de Sorkin A. Sharing psychiatric care with primary care physicians: the Toronto Doctors Hospital experience 1991-1995. *Can J Psychiatry* 1997;42:950-4.
16. Kates N, Craven MA, Crustolo A, Nikolaou L, Allen C, Farrar S. Sharing care: the psychiatrist in the family physician's office. *Can J Psychiatry* 1997;42:960-5.
17. Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada (1994). Ottawa (Ontario) : Santé Canada; p 25.
18. Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL. The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community. *Can J Psychiatry* 2000;45:607-16.
19. Redwood-Campbell L, MacDonald WA, Moore K. Residents' exposure to Aboriginal health issues. Survey of family medicine programs in Canada. *Can Fam Physician* 1999;45:325-30.
20. Blair L. Rural general practice. *Can Fam Physician* 1995;41:1122-3.
21. Bridges D. A public-academic partnership to train psychiatric residents in rural mental health program. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:66-9.
22. Leverette JS, Leichner P, Wright L, Neilsen J. Residents' attitudes to training for community-based care. [Canadian Psychiatric Association 47th Annual Meeting Book of Abstracts, 1997, p 48]. Located at Canadian Psychiatric Association, Ottawa, Ontario.
23. Dolezal JM. A method for selecting a site for a rural residency program. *Acad Med* 1993;68:273-4.
24. Berntson A, Tapper M, Moss P, Goldner E, Leverette J. Training for rural psychiatry. Presented at the Annual Meeting of the Canadian Psychiatric Association; 2002 Nov 2; Banff (AB).
25. Hodges B. Distance learning in health professional education. In: International handbook for research in medical education. Norman G, van der Vleuten C, Newble D, editors. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2002.
26. Rourke JT, Strasser R. Education for rural practice in Canada and Australia. *Acad Med* 1996;71:464-9.
27. Ramsey PG, Coombs JB, Hunt DD, Marshall SG, Wenrich MD. From concept to culture: the WWAMI program at the University of Washington School of Medicine. *Acad Med* 2001;76:765-75.
28. McGowan JJ. A vertical curriculum in applied medical informatics in support of rural primary-care education. *Acad Med* 1994;69:430-1.
29. McGowan JJ, Richwine M. Electronic information access in support of clinical decision making: a comparative study of the impact on rural health care outcomes. *Proc AMIA Symp* 2000;565-9.
30. Coggan JM, Crandall LA. Expanding rural primary care training by employing information technologies: the need for participation by medical reference librarians. *Med Ref Serv Q* 1995;14:9-16.
31. Crandall LA, Coggan JM. Impact of new information technologies on training and continuing education for rural health professionals. *J Rural Health* 1994;10:208-15.
32. The Rural News. Society of Rural Physicians of Canada Newsletter 2002 Aug 1. Available: www.srpc.ca/News/issue417.html. Accessed 2005 June 1.
33. Yellowlees PM, Hemming M. Rural mental health. *Med J Aust* 1992;157:152-4.
34. Barer ML, Stoddart GL. Toward integrated medical resource policies for Canada: 8. Geographic distribution of physicians. *CMAJ* 1992;147:617-23.
35. Kofoed I, Cutler L, Cutler DL. Issues in rural community psychiatric training. In: Dengerink HA, Cross HJ, Editors. *Training professionals for rural mental health*. Lincoln (NB): University of Nebraska Press; 1982. p 70-82.
36. Petti TA, Benswanger EG, Fialkov MJ, Sonis M. Training child psychiatrists in rural public mental health. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38:398-401.
37. McCready W, Tran M, Berry S. The first 25 years of the Northwestern Ontario Medical Program. *Can J Rural Med* 2004;9:94-100.
38. Gray JD, Steeves LC, Blackburn JW. The Dalhousie University experience of training residents in many small communities. *Acad Med* 1994;69:847-51.
39. Easterbrook M, Godwin M, Wilson R, Hodgetts G, Brown G, Pong R, and others. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. *CMAJ* 1999;160:1159-63.