

DOCUMENT D'INFORMATION

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

Rapport sommaire



Septembre 2015

À la demande de

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



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



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

Les co-auteurs remercient **Faire avancer la médecine familiale rurale : Le Groupe de travail collaboratif canadien** pour leurs commentaires sur les versions préliminaires de ce document.

Citation suggérée : Bosco C, Oandasan I. *Revue de la médecine familiale dans les régions rurales et éloignées du Canada : éducation, pratique et politiques*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2015.

©Le Collège des médecins de famille du Canada 2015

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

Rapport sommaire

Rédigé par

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

Financé par

Le Collège des médecins de famille du Canada

Rôles du CMFC et de la SMRC

Le Collège des médecins de famille du Canada

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

Société de la Médecine Rurale du Canada (SMRC)

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

Résumé

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

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

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

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

- Les données montrent que les pays dotés de solides systèmes de soins primaires qui donnent à leur population accès aux soins de première ligne affichent de meilleurs résultats de santé.² L'accès aux soins primaires, l'un des indicateurs clés des soins de santé de qualité, demeure problématique dans les régions rurales et éloignées du Canada.³⁻⁶ Conséquemment, l'accès a été identifié comme une priorité absolue de la réforme du système de santé.⁷
- Compte tenu de la diversité des besoins de la population rurale du Canada en matière de soins, on doit redoubler d'efforts pour mieux comprendre quelles sont les ressources requises dans les systèmes de santé et d'éducation pour répondre aux besoins de ces communautés. Or, les médecins de famille doivent militer afin de faciliter ou de diriger les initiatives qui mèneront à l'obtention des ressources, y compris la formation d'équipes de soins de santé qui font appel à des professionnels de la santé et à des collègues spécialistes pour répondre aux besoins des

communautés rurales en matière de santé. Dans le domaine de la santé, les décideurs réclament plus d'efficacité et davantage de responsabilités de la part des professionnels de la santé dans leur campagne visant à dispenser des soins intégrés qui peuvent répondre aux besoins de la population, peu importe où elle vit.⁸⁻¹⁰

- En 2013, les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) révélaient que les médecins de famille représentaient 50 à 53 pour cent de la population active de médecins au Canada. Quatorze pour cent de ces médecins de famille pratiquaient en milieu rural.¹¹ Le recrutement de diplômés internationaux en médecine (DIM) dans les régions rurales du Canada a été une stratégie clé de la planification des effectifs médicaux par bon nombre de provinces et de territoires pour combler les lacunes de recrutement et de rétention dans ces régions du pays.¹²

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

- L'éducation médicale joue un rôle important dans le recrutement et la rétention des médecins en milieu rural. Former les médecins pour la pratique dans les milieux ruraux et éloignés est devenu un besoin sociétal vital, et pourtant, les étudiants, les résidents et le corps professoral font face à de nombreux défis, compte tenu de ce contexte unique. Des stratégies comme celles qui suivent pourraient les préparer à fournir des soins dans ce contexte :
 - Intégrer la médecine rurale aux cursus des facultés de médecine
 - Offrir des expériences d'apprentissage favorables en milieu rural aux étudiants en médecine
 - Offrir une résidence en milieu rural pour l'exercice de la médecine familiale
 - Lier l'éducation aux processus de recrutement et de rétention dans les communautés rurales
- Les sites d'enseignement clinique en milieu rural, qui appuient la formation médicale délocalisée dans les facultés de médecine, jouent un rôle de plus en plus important dans la formation des médecins partout au Canada. Toutes les facultés de médecine canadiennes offrent, dans une certaine mesure, des programmes de formation prédoctorale et postdoctorale délocalisés. On doit donc reconnaître le rôle d'enseignant des superviseurs qui travaillent en milieu rural à mesure que l'on fait une plus grande utilisation de sites de formation délocalisée plutôt que de sites d'enseignement traditionnels en milieu urbain situés à proximité des grands campus universitaires. La formation médicale délocalisée a joué un rôle clé dans l'établissement d'infrastructures locales pour l'enseignement et l'apprentissage non seulement des médecins, mais aussi d'autres professionnels de la santé. Les campus décentralisés et le recours à des sites d'enseignement clinique communautaires se sont rapidement développés au cours de la dernière décennie¹³ : le Service de jumelage des résidents du Canada (CaRMS) a noté une hausse de 300 fois de l'utilisation de sites d'enseignement clinique comme principal site de formation des résidents en médecine familiale.
- Le Cursus Triple C axé sur les compétences du CMFC fournit des apprentissages qui répondent aux besoins des régions rurales du Canada, en préparant les diplômés en médecine familiale à débiter leur carrière dans la prestation de soins complets et globaux. Il présente une approche nationale à la formation des résidents en médecine familiale en offrant un apprentissage qui répond aux besoins des Canadiens et Canadiennes et en préparant les diplômés pour débiter l'exercice de la médecine familiale. Les départements de médecine de famille universitaires sont responsables de la mise en œuvre du Cursus Triple C et assurent l'équité de l'expérience, peu importe le site d'enseignement clinique où le résident reçoit sa formation.
- Quatre facteurs restent invariablement liés à la probabilité accrue que les médecins décident de pratiquer dans les communautés rurales et éloignées, soit : 1) ils sont originaires d'un milieu rural; 2) ils ont une expérience

positive du milieu rural au niveau prédoctoral; 3) ils ont une expérience postdoctorale ciblée, en dehors des régions urbaines; et 4) ils ont articulé une intention ou une préférence pour les soins primaires en pratique générale ou familiale.¹⁴ Ces quatre facteurs ont contribué à l'élaboration d'une approche intentionnelle et longitudinale de l'éducation rurale que l'on appelle le « pipeline rural des effectifs médicaux ». L'approche du pipeline, en tout ou en partie, a été appliquée de diverses manières par les facultés de médecine. Malgré le succès dans certaines universités – École de médecine du Nord de l'Ontario, Université Memorial, Université Queen's – une approche suivie et reproductible n'a toujours pas été adoptée partout au Canada.

Adopter des leviers politiques pour soutenir l'éducation médicale rurale

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

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

Soutenir la pratique rurale pour répondre aux besoins des Canadiens

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

Les chiffres parlent d'eux-mêmes

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

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

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

Recommandations de 1999 du CMFC – Bilan

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

Considérations politiques

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

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

Prochaines étapes

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

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

RÉFÉRENCES

1. Collège des médecins de famille du Canada. *Postgraduate Education for Rural Family Practice : Vision and Recommendations for the New Millenium. A Report of the Working Group on Postgraduate Education for Rural Family Practice*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 1999..
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. *Contribution of primary care to health systems and health*. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
3. Laurent S. *Santé Canada Division de l'économie L'accès aux soins de santé dans le Canada rural*. Dans : <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/prb0245-f.htm>. Décembre 2002. Date de consultation : le 30 août 2013.
4. Conseil canadien de la santé. *Soins de santé primaires : Document de travail joint à Renouveau des soins de santé au Canada: Accélérer le changement*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2005.
5. Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale. *La santé rurale aux mains des communautés rurales : Orientations stratégiques pour les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones*. Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale; 2002.
6. Herbert R. *Canada's health care challenge: recognizing and addressing the health needs for rural Canadians*. *LURJ*. 2007;2(1).
7. Canadian Intergovernmental Conference Secretariat. *First Ministers' meeting communiqué on health* [news release]. Ottawa, ON: Canadian Intergovernmental Conference Secretariat; 2000.
8. Santé Canada. *Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Dans : hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php. Publié en 2003. Date de consultation : le 30 août 2013
9. Santé Canada. *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. Dans : hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php. Publié en 2004 Date de consultation : le 30 août 2013.
10. Romanow R; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Saskatoon, SK : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002. Dans : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002E.pdf>. Date de consultation : le 30 août 2013.
11. Institut canadien d'information sur la santé. *Les médecins au Canada 2013 : Rapport sommaire*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2014.
12. Institut canadien d'information sur la santé. *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2012*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2013.
13. Bates J, Frost H, Schrewe B, Jamieson J, Ellaway R. *Distributed education and distance learning in postgraduate medical education*. Membres du consortium sur l'AEMC; 2011. *Medical Education Distributed Medical Education (DME)*. Dans : afmc.ca/education-distributed-med-edu-e.php. Date de consultation : le 30 août 2013.
14. Pong RW, Heng D. *The Link Between Rural Medical Education and Rural Medical Practice Location: Literature Review and Synthesis*. Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord. Université Laurentienne. Soumis à l'Unité de planification des ressources en médecins, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2005.
15. El-Jardali F, Fooks C. *Analyse contextuelle des points de vue actuels sur les ressources humaines en matière de santé au Canada : problèmes relevés, solutions proposées et analyse des écarts*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé; 2005.
16. Duckett S, Breadon P, Ginnivan, L. *Access II Areas: New Solutions for GP Shortages in Rural Australia*. Melbourne: Grattan Institute; 2013.
17. Rourke J. Increasing the number of rural physicians. *CMAJ* 2008;178(3):322-325.
18. Social Sector Metrics Inc. and Health Intelligence Inc. *Physician Resource Planning. A Recommended Model and Implementation Framework. Final Report to Nova Scotia Department of Health and Wellness*. Social Sector Metrics Inc. and Health Intelligence Inc.; 2012.