



“A sea change is upon us”

Gordon Brock, MD,
FCFP, FRRMS
Associate Scientific Editor,
CJRM

Correspondence to:
Dr. Gordon Brock,
geebee@neilnet.com

When I arrived (as an R2 family medicine resident) at my first “rural rotation” in August 1978, rural medicine in Canada appeared to have changed little since my great-uncle had taken up practice in a small town in 1929: most rural practitioners practised in their own community office and “took call” 24 hours a day for their own patients. Allied health professionals such as physiotherapists, dieticians and psychologists (not to mention family medicine residents!) were seen in rural areas only slightly more frequently than Martians, and patient care was for the most part done by solo family physicians. Not much existed in the way of multidisciplinary teams or even teamwork. There was little rural content or input into the medical school or family medicine residency curriculum, and the seemingly prevailing logic of the time was that if you were trained in the city to practise in the city you were good enough to practise in a rural area.

The 3 research articles in the present issue highlight major new and bold initiatives in patient care, use of physician human resources, and rural physician education.

An article by Burnham and colleagues (page 7) highlights the “development and 18-month outcomes of a small multidisciplinary chronic pain management program run out of a physician’s office in rural Alberta.” In these patients, whose care is often difficult to manage, the team was able to achieve “clinically and statistically significant improvements in pain and disability.”

The article by Orrantia and colleagues in northern Ontario (page 14) presents their “new model of obstetric care” that involved “local obstetric

providers” each taking “1 month of the year in rotation and following up any women due in that month for prenatal and intrapartum services,” as opposed to physicians following up and performing deliveries for their own patients. They found that the new model “meets patient expectations and provides patient satisfaction” and “*provides practitioners with an increased quality of life* [italics mine] through more predictable work.”

The article by Topps and Strasser of the Northern Ontario School of Medicine (NOSM) (page 19) discusses the “new educational model of distributed community-engaged learning” under development at NOSM, and their collaborative efforts to implement changes in medical student training. This movement of medical education from academic, big-city hospitals into community facilities ranging from small remote health units to nonacademic tertiary care hospitals represents the greatest change in medical education since the 1910 publication of the Flexner report that determined the course of medical education for the 20th century.¹

We thank these authors for allowing us to publish in the *Canadian Journal of Rural Medicine* their work in developing new methods of patient care, rural physician training and (critical in these days of shortages) use of human resources.

As Topps and Strasser point out, “A sea change is upon us.” Let us all take pride that Canadian rural family physicians are at the cutting edge of the 21st-century changes in the way physicians train, practise and work.

REFERENCE

1. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Bull 4. New York (NY): The Carnegie Foundation; 1910.



Gordon Brock, MD,
FCMF, FRRMS
Rédacteur scientifique
associé, JCMR

Correspondance :
Dr Gordon Brock,
geebee@neilnet.com

«Changement radical imminent»

À mon arrivée (comme médecin résident en médecine familiale R2) à mon premier «stage rural» en août 1978, la médecine rurale au Canada semblait avoir peu changé depuis 1929, année où mon grand-oncle avait commencé à pratiquer dans une petite ville. À cette époque, la plupart des médecins ruraux pratiquaient dans leur propre bureau communautaire et «étaient de garde» 24 heures sur 24 pour leurs propres patients. D'autres professionnels de la santé, notamment les physiothérapeutes, les diététistes et les psychologues (sans parler des médecins résidents en médecine familiale!), faisaient leur apparition en milieu rural à peine un peu plus souvent que des Martiens et le soin des patients était assuré surtout par des médecins de famille travaillant seuls. Il n'y avait pas grand-chose sur le plan des équipes multidisciplinaires ou même du travail d'équipe. Il y avait peu de contenu rural ou d'apport des régions rurales dans le programme d'études en résidence en médecine familiale ou des facultés de médecine et l'on semblait croire à l'époque que quelqu'un qui avait reçu une formation en ville pour pratiquer en milieu urbain était assez bon pour pratiquer en région rurale.

Les trois articles de recherche publiés dans ce numéro décrivent de nouvelles initiatives audacieuses d'envergure en soin des patients, en utilisation des effectifs médicaux et en formation des médecins ruraux.

Un article de Burnham et de ses collaborateurs (page 7) décrit «l'élaboration et les résultats après 18 mois d'un programme multidisciplinaire de gestion de la douleur chronique de modeste envergure administré à partir du bureau d'un médecin en milieu rural en Alberta». Chez ces patients, qui sont souvent difficiles à soigner, l'équipe a pu «atténuer de façon cliniquement et statistiquement significative la douleur et l'incapacité».

Dans leur article, Orrantia et ses collaborateurs, qui pratiquent dans le Nord de l'Ontario (page 14), présentent leur «nouveau modèle de soins obstétriques» mettant à contribution «des fournisseurs locaux de soins obstétriques» dont cha-

cun prend en charge «un mois de l'année à tour de rôle et suit toutes les femmes qui doivent accoucher au cours du mois pour leur fournir des soins prénataux et périnataux» au lieu que des médecins suivent leurs propres patientes et procèdent à l'accouchement. Ils ont constaté que le nouveau modèle «satisfait aux attentes des patientes, *donne satisfaction aux patientes [et] assure aux médecins une meilleure qualité de vie* [italiques de l'auteur] en rendant leur travail plus prévisible.»

L'article de Topps et Strasser de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) (page 19) porte sur le «nouveau modèle d'éducation en apprentissage communautaire distribué» que prépare l'EMNO et ses efforts de collaboration qui visent à instaurer des changements dans la formation des étudiants en médecine. Ce virage de l'éducation en médecine, qui délaisse les grands hôpitaux urbains universitaires en faveur d'établissements communautaires variant de petites unités sanitaires éloignées aux hôpitaux de soins tertiaires non universitaires, représente le changement le plus important de l'éducation en médecine depuis la publication, en 1910, du rapport Flexner qui a orienté l'évolution de l'éducation en médecine au XX^e siècle¹.

Nous remercions ces auteurs de nous permettre de publier dans le *Journal canadien de la médecine rurale* les travaux qu'ils ont effectués pour mettre au point de nouvelles façons de soigner les patients, de former des médecins ruraux et (ce qui est crucial en notre époque de pénurie), d'utiliser les ressources humaines.

Comme le signalent Topps et Strasser, «Un changement radical est imminent». Soyons fiers de voir les médecins de famille ruraux du Canada à l'avant-garde des changements au chapitre de l'apprentissage, de la pratique et du travail des médecins au XXI^e siècle.

RÉFÉRENCE

1. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Bull 4. New York (NY): The Carnegie Foundation; 1910.