

Beyond the slogan: It's all about sharing the load

John Wootton, MD

Shawville, Que.

Scientific editor, CJRM

Correspondence to:
Dr. John Wootton,
Box 1086, Shawville
QC J0X 2Y0

When it was founded the SRPC coined a slogan that read: "To make rural medicine something someone would want to do." The subtext was that rural medicine was too poorly taught, too poorly paid, and too tough all around to be attractive. This proposition supposed that if a shopping list of items were improved, physicians would follow.

Some of these goals have been achieved. Some rural practices have benefited from alternate payment plans, and in most places call is remunerated. Some teams are sufficiently large that on-call frequency is acceptable. The image of rural medicine has been burnished even if it is not yet shining brightly. There have been positive developments.

IF THEY CHOOSE NOT TO BE ACCOUNTABLE TO THE PUBLIC SYSTEM, ARE THEY NOT BACKING INTO ACCOUNTABILITY TO A PRIVATE ONE?

Has this brought about a sea change in the choices new graduates are making? Recent figures would suggest not. A review in *The Medical Post* is instructive. When discussing the benefits of a practice limited to the emergency department, one physician notes: "You are not tied down to a patient population; you don't wear a pager. You show up for your shift and then you sign over at the end of the shift, and you leave your work at the hospital, instead of taking it home with you."[1]

This desire to achieve a better balance of personal and practice life (a result some say of the "humanization" of the profession) is by no means to be condemned. On the contrary it has been embraced by those long into their practices who also want to "wake up and smell the roses."

Rural populations need care. Rural physicians need a life. Is it impossible to have it both ways? Individual avoidance of practice that is too intrusive of personal space is an illusory solution that is only socially viable if an equivalent number of practitioners make an opposite choice. Since health services are a government responsibility, are funded by government, and since citizens have equal rights wherever they live, the sum of such choices, if unbalanced, leads to inevitable tension and can provoke draconian responses. In Quebec we have lived through such an event.[2]

If physicians make decisions without regard to these realities they are in fact making a statement about accountability. If they choose not to be accountable to the public system, are they not backing into accountability to a private one? The laws of supply and demand are unencumbered by a social conscience, but create a far different system than the one we know today.

Perhaps it is time to look beyond the slogan. Rural medicine will never fully succeed in meeting the personal "want" test. (Who "wants" to be on-call?) It is, however, a collective responsibility, and by being shared can be both fulfilling and sustainable, and, in the end, truly Canadian.

References

1. Sylvain M. Medicine's generational shift. *Med Post* 2005;41:47.
2. Wootton J. If it's Québec, it must be Bill 114 [editorial]. *Can J Rural Med* 2002;7(4):251-2

© 2005 Society of Rural Physicians of Canada



Au-delà du slogan : une question de partage

John Wootton, MD

Shawville (Qué.)

Rédacteur scientifique,
JCMR

Correspondance :
Dr John Wootton,
CP 1086, Shawville
QC J0X 2Y0

Lorsqu'elle a été fondée, la SMRC s'est donné un slogan : «Transformer la médecine rurale en profession attrayante». On sous-entendait que la médecine rurale était trop mal enseignée, trop mal rémunérée et trop dure en général pour être attrayante. On supposait ainsi que si on en améliorait certains éléments, les médecins suivraient.

Certains de ces buts ont été atteints. Des pratiques rurales ont bénéficié de nouveaux modes de rémunération et à la plupart des endroits, les périodes de garde sont rémunérées. Certaines équipes sont suffisamment nombreuses pour que la fréquence des périodes de garde soit acceptable. On a poli l'image de la médecine rurale même si elle ne brille pas encore de tous ses feux. Il y a eu des progrès.

Les choix des nouveaux diplômés ont-ils changé radicalement? Les statistiques récentes indiquent que non. Une étude publiée dans *The Medical Post* est révélatrice. Lorsqu'il est question des avantages d'une pratique limitée au service d'urgence, un médecin signale que : «Le médecin n'est pas lié à une population de patients et ne porte pas de téléavertisseur. Il se présente à son quart de travail, signe ensuite à la sortie lorsqu'il a fini et laisse son travail à l'hôpital au lieu de l'amener chez lui.[1]»

Il ne faut pas condamner cette recherche d'un meilleur équilibre entre la vie personnelle et professionnelle (résultat, selon certains, de «l'humanisation» de la profession). Au contraire, le principe est adopté par ceux qui pratiquent depuis longtemps et veulent aussi «prendre le temps de sentir les fleurs».

Les populations rurales ont besoin de soins. Les médecins ruraux ont besoin d'une vie. Est-il impossible de combiner les deux? L'évitement individuel d'une pratique qui envahit trop l'espace personnel est une solution illusoire, socialement viable seulement si un nombre équivalent de praticiens choisissent le contraire. Comme les services de santé relèvent de la compétence de l'État et sont financés par lui, et comme la population a des droits égaux peu importe où elle vit, s'il n'est pas équilibré, la cumulation de ces choix entraîne une tension inévitable et peut provoquer des réactions draconiennes. Nous l'avons vécu au Québec[2].

Si les médecins prennent des décisions sans tenir compte de ces réalités, ils prennent en fait position au sujet de leur imputabilité. S'ils décident de ne pas rendre compte au système public, ne se trouvent-ils pas, par le détour, à devoir en rendre compte à un système privé? Les lois de l'offre et de la demande ne s'encombrent pas de conscience sociale, mais elles créent un régime très différent de celui que nous connaissons aujourd'hui.

Le moment peut être venu de regarder plus loin que le slogan. La médecine rurale ne réussira jamais à satisfaire entièrement au test des désirs personnels. (Qui veut être de garde?) Il s'agit toutefois d'une responsabilité collective qui, si elle est partagée, peut être à la fois satisfaisante et viable et, en fin de compte, véritablement canadienne.

Références

1. Sylvain M. Medicine's generational shift. *Med Post* 2005;41:47.
2. Wootton J. Si c'est la loi 114, ça doit être au Québec [éditorial]. *J can med rural* 2002;7(4):252-3.

© 2005, Société de la médecine rurale du Canada