

[Fall 2001 Table of Contents](#)

Crisis in rural anesthesia

Robert F. Seal, MD, FRCPC

CJRM 2001;6(4):241-3

There is a crisis in rural anesthesia! Those who practise anesthesia in a rural or remote setting are already aware of this on a personal level. The discussion that follows will attempt to come to terms with the magnitude of this problem and will touch upon some of the interrelated factors that are both part of the problem and part of the solution.

Kananaskis Summit

This coming November, issues that are crucial to the sustainability of rural anesthesia in Canada will be addressed at a multidisciplinary summit in Kananaskis, Alberta. The rural anesthesia physician resource crisis is one measure of the severity and urgency of the problem. Data that will be presented in November suggest that the number of general practitioners providing anesthetic care has dropped by a staggering 22% between 1995 and 2000! This is a worsening of a trend that was previously identified in 1996 by the Canadian Anesthesiologists' Society (CAS).¹ The CAS physician resource survey showed a 32.6% decline in the number of family physicians providing anesthetic care had occurred in the previous decade. Rourke's survey of 35 small hospitals in Ontario in 1988 and again in 1995 also identified this trend.² During that interval there was a 24% decrement in the number of family practitioners providing anesthetic services.

Anesthesia: a short practice life

Unfortunately, the physician resource crisis is worse than is indicated merely by the numbers. Rural anesthesia is plagued by a short practice life. A follow-up study in graduates of a family practice anesthesia-training program revealed the average anesthesia practice life span to be approximately 5 years.³ At the conclusion of the follow-up period in 1996, 57.6% of the original trainees were not practising any anesthesia. Only 31.4% continued to provide family practice anesthesia, and 11% had completed specialty training in anesthesia.

The greying of medicine

The rural anesthesia resource crisis is also worse than it appears at first glance due to the ageing of Canada's physician population. With some variation from province to province and between different fields of medical practice, between 25% and 35% of practising physicians are currently over the age of 55. It can be expected that most of them will retire within the next 10 years. This is a situation that is compounded by a lack of inflow of new physicians.

New recruits are down

Most of the PGY3 training programs in anesthesia for family physicians are under subscribed. In addition, each year training positions specifically designated for re-entry or for advanced skills development for practising physicians go unfilled. Approximately one-third of individuals providing rural anesthesia received their anesthetic training outside of Canada.⁴ Unless this domestic trend can be reversed, our reliance on physicians with foreign training will increase. However, the recruitment of foreign-trained physicians can be a complex process. There must be an established and appropriately funded evaluation mechanism to ensure that these physicians have anesthesia training and skills that satisfy Canadian standards.

Training FPs

Canada and its provinces need to support anesthesia training of greater numbers of family physicians in order to compensate for the current shortfall as well as the rapidly approaching wave of retirements. Commitment to training positions in isolation will not solve the problem, if these positions continue to go unfilled. As well, one has to question the cost of training and the costs (including loss of income) incurred by the trainees if these individuals are destined for such a short practice life.

Recruitment and retention

Therefore, rural anesthesia physician resource planning cannot be discussed in isolation. It is necessary to examine the factors that influence recruitment and retention. Lifestyle issues pertaining to home and family life, and recreation need to be addressed. Attention must be given to the demands of practice in a rural or remote location. Examples include length of working day, frequency of call, remuneration, and available practice relief to permit travel for vacation or meetings. The professional isolation goes beyond the difficulty of accessing continuing medical education (CME) locally or through travel, as there is also often a lack of interaction with anesthesia colleagues. Although of great benefit to their communities and colleagues, the acquisition of advanced skills in anesthesia, obstetrics or surgery can result in even more onerous on-call demands at the expense of a healthy personal and family lifestyle. Rourke's study indicated that many small hospitals in Ontario now had only 1 or 2 family physicians practising anesthesia in 1995 compared with 2 or 3 in 1988.²

What size or type of community must continue to support a rural anesthetic practice? There will continue to be a need for family physicians with training in anesthesia to provide anesthesia care and resuscitation

skills in nonurban and isolated communities. This need cannot be considered in isolation from the factors that determine the ability of a community to attract and retain physicians with surgical and obstetrical skills. Recent data (Canadian Medical Protective Association Database, Dr. John Gray: personal communication, 2001) suggest that the number of general practitioners who practise obstetrics has dropped by 29% in the past 5 years! Conversely, a rural surgical or obstetrical program is not going to survive without anesthesia coverage. Planning future human resource requirements for rural anesthesia also requires an analysis of the anticipated size and age composition of the rural population.

Joint Position Paper on anesthesia training

Collaborative efforts of the Society of Rural Physicians of Canada (SRPC), the College of Family Physicians of Canada (CFPC), and the CAS have resulted in the publication of the Joint Position Paper on Training for Rural Family Physicians in Anesthesia (see insert with this issue of CJRM). Recommendations contained within this paper are directed at the issues that have been described above.

There must be an adequate number of appropriately funded anesthesia training positions for family physicians intending to practise in a rural or remote setting. As outlined in the enclosed Joint Position Paper on anesthesia training, this training should follow a curriculum tailored to optimally prepare physicians for this practice setting. There should be commonality of training program accreditation, core curriculum, and the evaluation of trainees in order to ensure graduate quality as well as to facilitate practice portability.

Ensuring sufficient physician resources in rural and remote communities can solve some of the practice and lifestyle issues. Permanent links must be established between the anesthesia training programs and the physicians practising in rural and remote settings. This includes potential CME opportunities such as outreach teaching, video-conference rounds, locum-tenens relief, and regularly scheduled CME events directed at the needs of the rural practitioner. These relationships can also meet needs such as access to consultation, quality assurance, peer review, as well as advice or assistance pertaining to anesthesia machines, monitors, and pharmaceuticals. In certain locales such opportunities already exist. However, it must be recognized that most of this will require new initiatives supplemental to existing services. Implementation will be challenging due to the current environment of physician overwork and poor morale. Therefore, realization of these initiatives will require funding both for the providers and the participants.

Participation of the CAS

The CAS will participate in this process through collaboration with the Association of Canadian University Departments of Anesthesia (ACUDA) and the individual departments represented by ACUDA. The CAS offers formal CME not only through its annual national meeting, but also through regional and provincial meetings. The latter meetings, which have grown considerably in size and scope, are more accessible to the rural practitioner. Many of the provincial and regional meetings already include content directed at the rural practitioner and seek involvement by rural physicians in planning

their CME content. Nationally, in order to plan the content of the annual general meeting, there is a standing position for a rural family physician on the CAS Scientific Affairs Committee. In order to improve communication between organizations and to enable participation on other relevant committees, the CAS is prepared to support the formation of a Section of Rural Anesthesia within its organization. It is hoped that these links combined with accessible and appropriate CME can decrease professional isolation as well as provide the knowledge, skills and interest that will result in a longer and more satisfying anesthesia practice life for rural physicians.

Those familiar with the 1988 Report of the CMA Invitational Meetings on the Training of General Practitioners/Family Physicians to Provide Anesthesia Services (Webber Report) know that these recommendations are not new. Further collaboration amongst the SRPC, the CFPC, and the CAS will be essential to the creation and maintenance of the mechanisms necessary to enact these recommendations. This next step will require the commitment and involvement of the provincial and federal governments as well as the faculties of medicine and their respective departments of anesthesia, family medicine, and continuing medical education.

President, Canadian Anesthesiologists' Society, and Associate Clinical Professor and Vice-Chair, Department of Anesthesiology and Pain Medicine, University of Alberta, Edmonton, Alta.

Correspondence to: Dr. Robert F. Seal, Department of Anesthesiology and Pain Medicine, University of Alberta, 3B2.32 WMC, 8440 – 112 St., Edmonton AB T6G 2B7; rseal@gpu.srv.ualberta.ca

References

1. Donen N, King F, Reid D, Blackstock D. Canadian anesthesia physician resources: 1996 and beyond. *Can J Anesth* 1999;46(10):962-9.
2. Rourke JTB. Trends in small hospital obstetric services in Ontario. *Can Family Physician* 1998;44:2117-24.
3. Donen N. Family practice anesthesia – A follow-up [abstract]. *Can J Anaesth* 1995;42:A49B.
4. Iglesias S, Strachan J, Ko G, Jones LC. Advanced skills by Canada's rural physicians. [Can J Rural Med](#) 1999;4(4):227-31.

[Table des matières automne 2001](#)

Crise de l'anesthésie en milieu rural

Robert F. Seal, MD, FRCPC

CJRM 2001;6(4):245-7

L'anesthésie en milieu rural est en état de crise! Ceux qui pratiquent l'anesthésie en milieu rural et éloigné s'en sont déjà rendu compte personnellement. L'exposé qui suit vise à circonscrire l'ampleur du problème et traitera de certains des facteurs interreliés qui font partie aussi bien du problème que de la solution.

Sommet de Kananaskis

En novembre prochain, les questions qui sont essentielles à la viabilité de l'anesthésie en milieu rural au Canada seront abordées lors d'un sommet pluridisciplinaire à Kananaskis (Alberta). La crise des effectifs médicaux qui a éclaté dans le domaine de l'anesthésie en milieu rural est une indication de la gravité et de l'urgence du problème. Les données qui seront présentées en novembre indiquent qu'entre 1995 et 2000, le nombre d'omnipraticiens dispensant des soins en anesthésie a accusé une baisse renversante de 22 %! Cette dégringolade est le fruit de l'aggravation d'une tendance que la Société canadienne des anesthésiologistes (SCA) avait déjà cernée en 1996¹. L'enquête sur les effectifs médicaux de la SCA a démontré qu'au cours de la décennie précédente, le nombre de médecins de famille assurant la prestation de soins en anesthésie avait chuté de 32,6 %. L'enquête de Rourke menée en 1988 et de nouveau en 1995 auprès de 35 hôpitaux de taille modeste de l'Ontario avait également relevé cette tendance². Pendant cette période, le nombre de médecins de famille fournis-sant des services d'anesthésie a chuté de 24 %.

L'anesthésie : une pratique de courte durée

Malheureusement, la crise des effectifs médicaux est plus grave que ne l'indiquent les seuls chiffres. La courte durée de la pratique ronge l'anesthésie en milieu rural. Une étude de suivi réalisée auprès des diplômés d'un programme de formation en anesthésiologie de médecine familiale a révélé que la durée de vie moyenne de la pratique de l'anesthésie s'établit approximativement à 5 ans³. Au terme de la période de suivi en 1996, 56,6 % des premiers stagiaires ne pratiquaient pas l'anesthésie. Seulement 31,4 % avaient continué à dispenser des services d'anesthésie en médecine familiale, et 11 % avaient complété une formation spécialisée en anesthésie.

La médecine grisonne

La crise des ressources humaines de l'anesthésie en milieu rural est également plus grave qu'elle ne paraît à première vue, à cause du vieillissement de la population des médecins au Canada. Suivant certaines variations entre les provinces et les différents domaines de la médecine, à l'heure actuelle, entre 25 et 35 % des médecins actifs sont âgés de plus de 55 ans. On peut s'attendre à ce que la plupart d'entre eux prennent leur retraite d'ici 10 ans. L'afflux insuffisant de nouveaux médecins complique cette situation.

Moins de nouvelles recrues

L'effectif de la plupart des programmes de formation postdoctorale de niveau 3 en anesthésie pour les médecins de famille n'est pas suffisant. En outre, à chaque année, des postes de formation conçus précisément pour la réintégration ou pour le perfectionnement des compétences spécialisées des médecins actifs ne sont pas comblés. Autour du tiers des intervenants qui dispensent des services d'anesthésie en milieu rural ont reçu leur formation à l'extérieur du Canada⁴. À moins qu'il ne soit possible de renverser cette tendance nationale, nous serons de plus en plus dépendants envers les médecins formés à l'étranger. Le processus de recrutement de médecins diplômés à l'étranger peut toutefois s'avérer complexe. Il faudra un mécanisme d'évaluation établi et accompagné des fonds voulus pour vérifier que ces médecins ont une formation et des compétences spécialisées en anesthésie qui satisfont aux normes canadiennes.

Formation des médecins de famille

Le Canada et ses provinces doivent soutenir la formation en anesthésie d'un plus grand nombre de médecins de famille afin de compenser l'écart défavorable qu'on constate actuellement de même que la vague de retraite qui s'approche rapidement. Le seul engagement envers les postes de formation ne permettra pas de résoudre le problème si ces postes demeurent vacants. De même, il faudrait remettre en question le coût de la formation et les frais engagés par les stagiaires (y compris la perte de revenu) s'ils ne doivent pratiquer que pendant si peu de temps.

Recrutement et maintien des effectifs

Par conséquent, il ne convient pas de se pencher seulement sur la planification des effectifs médicaux pour les services d'anesthésie en milieu rural. Il faut examiner les facteurs qui ont une incidence sur le recrutement et le maintien des effectifs. Les questions de style de vie se rapportant à la vie à domicile et en famille et aux besoins de loisirs doivent être abordées. Il faut prêter attention aux exigences de la pratique en milieu rural et éloigné, par exemple, la durée de la journée de travail, la fréquence des périodes de garde, la rémunération, et la disponibilité des services de relève qui permettent aux médecins de voyager pendant leurs vacances ou de participer à des réunions à l'extérieur. L'isolation professionnelle va plus loin que les difficultés que pose la participation, localement ou à l'extérieur, à un programme d'éducation médicale continue (EMC), puisqu'il y a très souvent trop peu d'échanges avec les collègues en anesthésie. Malgré les grands avantages qu'elle suppose pour la communauté et les collègues des

médecins en milieu rural, l'acquisition de compétences poussées en anesthésie, en obstétrique ou en chirurgie peut aboutir à des exigences de garde encore plus lourdes au détriment d'un style de vie personnel et familial équilibré. L'étude de Rourke a indiqué que bon nombre des hôpitaux de taille modeste de l'Ontario comptaient seulement un ou deux médecins de famille pratiquant l'anesthésie en 1995, par rapport à deux ou trois en 1988².

Quels sont le type et la taille des communautés qui doivent continuer à appuyer l'anesthésie en milieu rural? Dans les milieux non urbains et isolés, il y aura encore un besoin de soins en anesthésie et de techniques de réanimation appliqués par des médecins de famille ayant reçu une formation en anesthésie. Impossible d'examiner ce besoin sans compter les facteurs qui déterminent la capacité d'une communauté à attirer et à maintenir en poste des médecins ayant des compétences spécialisées en chirurgie et en obstétrique. Des données récentes (Association canadienne de protection médicale, Dr John Gray : communication personnelle, 2001) indiquent que le nombre d'omnipraticiens qui pratiquent l'obstétrique est tombé de 29 % ces cinq dernières années! En retour, un programme de chirurgie ou d'obstétrique en milieu rural ne survivra pas sans anesthésiologie. La planification des futurs besoins de ressources humaines pour l'anesthésie en milieu rural devra aussi reposer sur une analyse des estimations de la taille et de la composition selon l'âge de la population rurale.

Énoncé de principe conjoint sur la formation en anesthésiologie

Les efforts de collaboration de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et de la SCA ont abouti à la publication de l'Énoncé de principe conjoint sur la formation en anesthésiologie pour les médecins de famille du milieu rural (voir encart dans le présent numéro du JCMR). Les recommandations formulées dans l'exposé portent sur les enjeux décrits ci-dessus.

Il doit y avoir suffisamment de postes de formation en anesthésie, appuyés du financement voulu, pour les médecins de famille qui ont l'intention de pratiquer en milieu rural ou éloigné. Comme l'indique l'exposé de principe conjoint sur la formation en anesthésiologie, ci-annexé, la formation dispensée devrait reposer sur un programme d'études visant précisément à préparer le mieux possible les médecins à ce contexte de pratique. Il faudrait pratiquer une uniformisation quant à l'agrément des programmes de formation, aux programmes d'études de base et à l'évaluation des stagiaires afin d'assurer la qualité des diplômés et de faciliter la transférabilité de la pratique.

L'assurance de la suffisance des effectifs médicaux en milieu rural et éloigné peut résoudre certains des problèmes liés à la pratique et au style de vie. Il faut établir des liens permanents entre les programmes de formation en anesthésiologie et les médecins qui pratiquent en contexte rural et éloigné. Ces liens supposent des occasions d'EMC comme l'enseignement itinérant, des séances de vidéoconférence, les services de remplacement, et des activités régulières d'EMC articulées autour des besoins des praticiens en milieu rural. Ces liens permettraient également de répondre à des besoins comme l'accès aux consultations, l'assurance qualité, l'examen critique par les pairs de même que des conseils et de l'aide concernant les appareils, les moniteurs et les produits pharmaceutiques d'anesthésie. De pareilles

occasions se présentent déjà dans certaines localités. Il importe toutefois de reconnaître qu'il faudra, dans la plupart des cas, mettre en place de nouvelles initiatives pour compléter les services existants. La mise en œuvre sera ardue dans le contexte actuel de surmenage et de moral à la baisse chez les médecins. La réalisation de ces initiatives nécessitera par conséquent un financement aussi bien pour les prestataires que pour les participants.

Participation de la SCA

La SCA contribuera au processus en collaboration avec l'Association canadienne universitaire des départements d'anesthésie (ACUDA) et avec des départements que l'ACUDA représente. La SCA offre de l'EMC structurée non seulement dans le cadre de son assemblée nationale annuelle, mais également lors de réunions régionales et provinciales. Ces réunions, qui ont pris beaucoup d'ampleur, tant sur le plan de la taille que de la portée, sont plus facilement accessibles aux médecins en milieu rural. Bon nombre des réunions provinciales et régionales portent déjà sur des questions consacrées aux médecins du milieu rural, et ceux-ci sont invités à y participer pour élaborer le contenu des programmes d'EMC. À l'échelon national, le Comité des affaires scientifiques de la SCA compte un poste permanent à l'intention d'un médecin de famille du milieu rural, pour les besoins de l'élaboration du contenu de son assemblée générale annuelle. Dans le dessein d'améliorer la communication entre les organisations et de favoriser la participation à d'autres comités pertinents, la SCA est prête à soutenir la formation d'une division de l'anesthésiologie en milieu rural au sein de son organisation. On espère que ces liens, conjugués aux programmes d'EMC accessibles et appropriés, permettront de contrer l'isolation professionnelle tout en présentant des connaissances, des compétences spécialisées et des intérêts qui conduiront les médecins du milieu rural à une pratique en anesthésie plus longue et satisfaisante.

Ceux qui connaissent le rapport de 1988 sur les réunions invitation de l'AMC portant sur la formation dispensée aux omnipraticiens et aux médecins de famille pour la prestation de services d'anesthésie (rapport Webber) savent que ces recommandations ne sont pas nouvelles. Il est crucial pour la création et le maintien des mécanismes nécessaires à l'adoption de ces recommandations que la SMRC, le CMFC et la SCA collaborent de nouveau. Cette prochaine étape devra reposer sur l'engagement et la participation des gouvernements provinciaux et fédéral de même que des facultés de médecine et de leurs départements respectifs d'anesthésie, de médecine familiale et d'éducation médicale continue.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Président, Société canadienne des anesthésiologistes, et professeur clinique agrégé et vice-président, Département d'anesthésiologie et d'analgesie, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

Correspondance : Dr Robert F. Seal, Department of Anesthesiology and Pain Medicine, University of Alberta, 3B2.32 WMC, 8440 – 112 St., Edmonton AB T6G 2B7; rseal@gpu.srv.ualberta.ca

Références

1. Donen N, King F, Reid D, Blackstock D. Canadian anesthesia physician resources: 1996 and beyond. *J Can Anesth* 1999;46(10):962-9.
2. Rourke JTB. Trends in small hospital obstetric services in Ontario. *Le Médecin de famille can* 1998;44:2117-24.
3. Donen N. Family practice anesthesia – A follow-up [résumé]. *J Can Anesth* 1995;42:A49B.
4. Iglesias S, Strachan J, Ko G, Jones LC. Advanced skills by Canada's rural physicians. *J Can Med Rural* 1999;4(4):227-31.

© 2001, Société de la médecine rurale du Canada

