



Socially responsive schools of medicine

Peter Hutten-Czapowski,
MD

Scientific editor, CJRM
Haileybury, Ont.

Correspondence to:
Dr. Peter Hutten-Czapowski;
phc@srpc.ca

What does it take to be a socially responsive school of medicine that attempts to meet the needs of the disadvantaged rural population? Last month, the SRPC awarded the Northern Ontario School of Medicine (NOSM) the SRPC Rural Education Award. There are multiple criteria for the award, but the most telling measure this year was the Canadian Resident Matching Service (CaRMS) match results. In the first iteration of the 2009 match results,¹ the students of NOSM far out-matched any other school to rural family medicine (47.3%). They also had the highest percentage of family medicine residents going into rural practice — 68.4% (Nominations and Awards Committee Report to SRPC Council: unpublished data, 2010).

So how do you do as well as NOSM? It is hard to get any rural results at all if you do not try to admit rural-origin students, as they are 2 to 3 times more likely to end up practising in rural areas. NOSM accepts 90% of the students from northern Ontario and 40% of the rural-origin students. The other Ontario schools accept only 8% of the rural-origin students.²

The second greatest impact is made through rural exposure in the undergraduate curriculum. Every NOSM student spends 48 weeks living and learning in rural and regional settings. Other schools would do well to increase the rural exposure of all of their students.

What we call a rural family medicine program is important, but the postgraduate side has the least impact on career choice. Paradoxically, this area has received the greatest attention at medical schools, with all family medicine

programs offering at least 2 months of “rural” placement.

It is more than just months in the sticks, though. There are so many ways to undermine a rural curriculum. Generalism can be undervalued. The “expert” beams in on the teleconference. Bad cases come from the small hospital up river. Rural role models are overworked.

Most medical schools are working on distributed medical education, sometimes for social advancement. The extensive regional campuses of McMaster University have approaches that play to rural origin and/or rural curricula.

In Alberta there are regional networks developing with real rural placements for some students at the University of Calgary and University of Alberta. If these networks are successful we should hope that they can be expanded and offered to a greater proportion of the class. The Northern Medical Program at the University of Northern British Columbia, like NOSM, had a spectacular initial year and has averaged double the results of the University of British Columbia for family medicine.³

The medical schools are changing, the fortunes of rural medicine are on the upswing and this is no time to be complacent. Congratulations, NOSM.

REFERENCES

1. Canadian Resident Matching Service. Reports & statistics, R-1 match reports, 2009. Available: www.carms.ca/eng/operations_R1reports_09_e.shtml.
2. Hutten-Czapowski P, Pitblado R, Rourke J. Who gets into medical school? Comparison of students from rural and urban backgrounds. *Can Fam Physician* 2005;51:1241.
3. Canadian Resident Matching Service. First choice discipline of Canadian graduates by school of graduation and discipline 2010. First iteration R-1 match — Part 1. Report 12. Available: www.carms.ca/eng/operations_R1reports_10_e.shtml.



Des facultés de médecine socialement responsables

*Peter Hutten-Czapski,
MD*

*Rédacteur scientifique,
JCMR
Haileybury (Ont.)*

*Correspondance :
Dr Peter Hutten-Czapski;
phc@srpc.ca*

Comment devient-on une faculté de médecine socialement responsable qui essaie de répondre aux besoins de la population rurale désavantagée ? Le mois dernier, la SMRC a décerné à l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) son Prix d'éducation rurale. De multiples critères régissent le prix, mais les résultats du jumelage effectué par le Service canadien de jumelage des résidents (SCJR) ont constitué le paramètre le plus révélateur cette année. Au cours de la première ronde du jumelage de 2009¹, les étudiants de l'EMNO ont obtenu de loin plus de jumelages en médecine familiale rurale que ceux de toutes les autres facultés (47,3 %). Ils ont aussi affiché le pourcentage le plus élevé de médecins résidents en médecine familiale qui se lançaient en médecin rurale — 68,4 % (Rapport du Comité des nominations et des prix au Conseil de la SMRC du Canada : données non publiées).

Comment donc faire aussi bien que l'EMNO ? Il est difficile d'obtenir quelque résultat que ce soit si l'on ne cherche pas pour commencer à admettre davantage d'étudiants d'origine rurale; en effet, ces étudiants sont de deux à trois fois plus susceptibles d'aller pratiquer en région rurale. Les étudiants acceptés par l'EMNO proviennent à 90 % du Nord de l'Ontario et à 40 % des régions rurales. Dans les autres facultés de médecine de l'Ontario, seulement 8 % des étudiants acceptés sont d'origine rurale².

L'exposition à la médecine rurale dans le contexte du programme d'études de premier cycle a produit le deuxième effet en importance. Chaque étudiant de l'EMNO passe 48 semaines

à vivre et à apprendre en milieu rural et régional. Les autres facultés feraient bien d'exposer davantage tous leurs étudiants au milieu rural.

Ce que nous appelons un programme de médecine familiale et rurale est important, mais l'aspect postdoctoral a le moins d'effet sur le choix de carrière. Or, c'est paradoxalement le domaine qui a reçu le plus d'attention dans les facultés de médecine, car tous les programmes de médecine familiale offrent au moins deux mois de « stages en milieu rural ».

C'est toutefois davantage qu'un simple stage d'une couple de mois dans un trou perdu. Il y a tellement de façons de miner un programme d'études rurales. Le généralisme peut être insuffisamment valorisé. « L'expert » intervient au cours de la téléconférence. Les cas difficiles proviennent du petit hôpital en amont. Les médecins qui donnent l'exemple du travail en milieu rural sont surmenés.

La plupart des facultés de médecine sont à préparer des programmes d'éducation médicale distribuée, parfois en faveur de l'avancement social. Les grands campus régionaux de l'Université McMaster appliquent des approches qui tiennent compte de l'origine rurale ou des programmes d'études en médecine rurale.

En Alberta, des réseaux régionaux font leur apparition et offrent de réels stages en milieu rural pour certains étudiants de l'Université de Calgary et de l'Université de l'Alberta. Si ces réseaux connaissent le succès, nous espérons qu'il sera possible de les étendre et de les offrir à un pourcentage plus important d'étudiants. Tout comme l'EMNO, le Programme médical du Nord de

l'Université du Nord de la Colombie-Britannique connaît une première année spectaculaire et affiche en moyenne des résultats deux fois plus élevés que l'Université de la Colombie-Britannique en médecine familiale³.

Les facultés de médecine changent, le sort de la médecine rurale s'améliore et ce n'est pas le moment de nous reposer sur nos lauriers. Félicitations à l'EMNO.

RÉFÉRENCES

1. Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS). Rapports et statistiques – Rapports des jumelages R-1 – 2009. Disponible ici : www.carms.ca/fre/operations_R1reports_09_f.shtml.
2. Hutten-Czapski P, Pitblado R, Rourke J. Who gets into medical school? Comparison of students from rural and urban backgrounds. *Can Fam Physician* 2005;51:1241.
3. Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS). Premier choix de discipline des diplômés canadiens par faculté et discipline. Jumelage R-1 – Premier tour 2010 – Partie 1. Rapport 12. Disponible ici : www.carms.ca/fre/operations_R1reports_10_f.shtml.

DIRECTIVES AUX AUTEURS

Le *Journal canadien de la médecine rurale (JCMR)* est un trimestriel critiqué par les pairs disponible sur papier et sur Internet. Le *JCMR* est le premier journal de médecine rurale au monde à être inscrit dans

Index Medicus et dans les bases de données MEDLINE et PubMed.

Le *JCMR* vise à promouvoir la recherche sur les questions de santé rurale, à promouvoir la santé des communautés rurales et éloignées, à appuyer et informer les praticiens en milieu rural, à offrir une tribune de débat et de discussion sur la médecine rurale, ainsi qu'à fournir de l'information clinique pratique aux praticiens en milieu rural et à agir sur la politique de santé rurale en publiant des articles qui éclairent les décideurs.

On étudiera la possibilité de publier des documents dans les catégories suivantes.

Articles originaux : études de recherche, rapports de cas et analyses critiques d'écrits en médecine rurale (3500 mots ou moins)

Commentaires : éditoriaux, analyses régionales et articles d'opinion (1500 mots ou moins)

Articles cliniques : articles pratiques pertinents pour la pratique en milieu rural. On encourage la présentation d'illustrations et de photos (2000 mots ou moins)

Autres : documents d'intérêt général pour les médecins ruraux (p. ex., voyages, réflexions sur la vie rurale, dissertations). (1500 mots ou moins)

Couverture : œuvre d'art à thème rural

Présentation des manuscrits

Envoyer deux copies papier du manuscrit au Rédacteur en chef, *Journal canadien de la médecine rurale*, CP 4, Station R, Toronto ON M4G 3Z3, ainsi qu'une version électronique, de préférence par courriel à cjrm@lino.com, ou sur CD. Veuillez préparer la version électronique dans le format Word 2003 ou antérieur, soit le format doc, et non le format docx). Il faut joindre les illustrations et les photos numériques dans des fichiers distincts (voir ci-dessous).

Les copies papier du manuscrit doivent être dactylographiées à double interligne et doivent comporter une page titre distincte portant le nom et le titre des auteurs et un compte de mots, un résumé d'au plus 200 mots (pour la catégorie articles originaux), suivi du texte, des références complètes et des tableaux (chaque tableau sur une page distincte). Pour les références : inscrire les appels de notes dans le texte entre crochets et énumérer les références à la fin du texte dans l'ordre de leur parution dans le texte. Il ne faut pas utiliser les fonctions Endnotes (notes en fin de texte) ou Footnotes (notes en pied de page) des logiciels. Pour la préparation du manuscrit, suivre le guide stylistique approuvé, soit les «Exigences uniformes pour les manuscrits présentés aux revues biomédicales» (voir www.cmaj.ca/misc/ifora.shtml).

Joindre une lettre d'accompagnement signée par l'auteur correspondant et indiquant que le texte n'a pas été publié ni soumis pour publication ailleurs, et précisez la catégorie dans laquelle il faut étudier l'article. Veuillez produire le nom et les coordonnées d'un éventuel examinateur indépendant de votre travail.

Illustrations et figures électroniques

Les illustrations doivent être présentées en format JPG, EPS, TIFF ou GIF tels que produits par la caméra à une résolution d'au moins 300 ppp (ce que produit typiquement une caméra de 2 méga pixels ou mieux pour une image de 10 x 15 cm). Ne corrigez pas la couleur ou le contraste : notre imprimeur s'en chargera. N'insérez pas de texte ou de légende avec l'image. Si vous devez rogner l'image, sauvegardez-la à la meilleure résolution possible (la plus faible compression). Ne scannez pas les images et ne réduisez pas la résolution des photos. Si vous le faites, vous devez le préciser dans la lettre d'accompagnement et envoyer par la suite une version haute résolution sur CD ou en format prêt à imprimer.

Permissions écrites

Il faut produire une autorisation écrite des personnes concernées pour utiliser des documents déjà publiés ou des illustrations identifiant des sujets humains, ainsi que de toute personne mentionnée dans les remerciements ou citée comme source d'une communication personnelle.