



CARNET DU SAVOIR

Sous-représentation des
communautés autochtones
et rurales dans les écoles de
médecine du Canada

17 avril 2008

S'il existe une médecine à deux vitesses au Canada, il ne s'agit pas d'une médecine pour les riches, et d'une autre pour les pauvres, mais plutôt d'une médecine pour les villes, et d'une autre pour les communautés rurales.

—Dr John Wotton

Les Canadiens provenant des communautés autochtones ou des milieux ruraux ne sont pas représentés en nombre suffisant dans le corps étudiant des écoles de médecine du Canada. Concomitamment, les communautés autochtones et rurales sont aux prises avec des pénuries de personnel médical et présentent des résultats relativement faibles en matière de santé, si on les compare avec ceux observés dans le reste du pays. Les études indiquent que des efforts visant à former un plus grand nombre de médecins provenant des communautés sous-représentées auraient l'avantage d'améliorer les services de santé et les résultats en matière de santé dans ces milieux.

Sous-représentation dans les écoles de médecine

Un sondage réalisé en 2001 auprès des étudiants de première année en médecine révélait que, même si 22,4 % des Canadiens vivent en milieu rural, seuls 10,8 % des étudiants sont issus de ce milieu¹. Un sondage plus récent réalisé en Ontario indiquait que seulement 7,3 % des demandes d'admission dans les facultés de médecine de l'Ontario étaient soumises par des étudiants provenant d'un milieu rural, bien que 13 % des Ontariens vivent en milieu rural².

Et la situation est encore moins reluisante dans le cas des étudiants autochtones : en 2001, ils ne comptaient que pour 0,7 % des étudiants de première année, malgré que les Autochtones représentaient 4,5 % de la population canadienne³. En outre, le nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine est particulièrement faible chez les Autochtones vivant en milieu rural : alors que la moitié de la population autochtone vit dans des communautés rurales, seul le tiers des étudiants autochtones en médecine proviennent de ce milieu⁴.

Communautés moins bien servies

Compte tenu du faible nombre d'étudiants provenant des communautés autochtones et rurales dans les écoles de médecine, il n'est peut-être pas étonnant que ces communautés soient aux prises avec de graves pénuries de personnel médical. Bien qu'environ 20 % des Canadiens vivent en région rurale, seulement 10 % des médecins canadiens y exercent leur profession. L'accès à des spécialistes s'avère particulièrement difficile en région rurale, puisque 87 % des médecins qui y pratiquent sont des médecins de famille⁵.

En plus des pénuries de personnel médical, le Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale a avancé que les communautés rurales, éloignées et autochtones, ainsi que les communautés du Nord, souffrent d'un manque de service dans l'ensemble des domaines suivants : programmes de promotion de la santé, services diagnostiques, soins d'urgence et de courte durée, soins de longue durée et services pour les clientèles spéciales, comme les personnes âgées et les personnes handicapées⁶.

Étant donné que la moitié des Autochtones au Canada vivent en milieu rural, les pénuries en matière de services de soins de santé qui y sévissent touchent particulièrement leurs communautés. En plus des pénuries en services de soins de santé, de nombreux Autochtones se heurtent à d'autres obstacles au chapitre des soins de santé, notamment le manque de services dans leur langue, un manque de sensibilité ou de connaissances relativement à leurs pratiques culturelles, ainsi que des problèmes attribuables au fait que les services sont conçus pour la population générale⁷.

Problèmes de santé dans les communautés rurales et autochtones

Le profil de santé observé dans les communautés autochtones et rurales confère un degré d'urgence aux problèmes de sous-représentation et d'insuffisance des services mentionnés précédemment.

Les Canadiens vivant en milieu rural jouissent de certains bienfaits comparativement à leurs concitoyens urbains : par exemple, les taux de cancer⁸ et d'asthme⁹ sont inférieurs dans ces régions, en regard des taux observés en milieu urbain. Cependant, l'espérance de vie à la naissance est de près de trois ans inférieure pour les hommes vivant en milieu rural (73,98) que pour les hommes vivant en milieu urbain (76,77). Chez les femmes, le fait de vivre en milieu rural n'entraîne pas d'effet sur l'espérance de vie. Tant chez les hommes que chez les femmes cependant, les taux de mortalité standardisés selon l'âge sont supérieurs au sein de la population rurale en regard de ceux observés dans la population urbaine. Les Canadiens vivant en milieu rural sont plus susceptibles de déclarer un état de santé moyen ou faible, d'avoir un surplus de poids ou de souffrir d'obésité et de présenter des comportements néfastes pour la santé (p. ex., fumer), tout en étant moins enclins à adopter des comportements favorables à la santé (p. ex., manger cinq portions et plus de fruits et de légumes chaque jour). La prévalence du diabète chez les femmes est plus élevée en milieu rural (5,8 %, comparativement à 3,9 % en milieu urbain). Chez la population rurale des deux sexes, la prévalence de l'arthrite est plus élevée (17,5 %, en regard de 15,4 % en milieu urbain), et les taux de mortalité attribuables à des blessures ou à des empoisonnements sont considérablement plus élevés dans les milieux ruraux¹⁰.

Les résultats en matière de santé sont encore plus faibles au sein des communautés autochtones. Comparativement aux moyennes observées dans la population canadienne, l'espérance de vie à la naissance est de 7,4 ans plus courte pour les hommes autochtones et de 5,2 ans plus courte pour les femmes autochtones. En outre, le taux de mortalité infantile est plus élevé chez les Autochtones que dans l'ensemble de la population canadienne (6,4 par mille naissances vivantes, comparativement à 5,5)¹¹. La prévalence du diabète standardisée selon l'âge est de trois à cinq fois supérieure chez les Autochtones, comparativement à la population générale¹²; les taux de tabagisme sont considérablement plus élevés chez les Autochtones (62 %, comparativement à 24 % pour l'ensemble des Canadiens de 15 ans et plus)¹³. De plus, les Autochtones vivant à l'extérieur des réserves sont plus susceptibles d'avoir un surplus de poids ou d'être obèses que les non-Autochtones (les données comparatives ne sont pas disponibles pour les Autochtones vivant dans les réserves)¹⁴.

Leçons d'apprentissage : Régler le problème de sous-représentation des étudiants provenant des communautés autochtones et rurales dans les écoles de médecine du Canada

En plus d'illustrer l'équité entre les citoyens, une main-d'œuvre qui reflète le visage démographique du Canada contribue également à améliorer la qualité des soins de santé offerts dans les communautés moins bien servies. Des études indiquent que lorsque les membres d'une communauté bénéficiant de moins de services sont traités par un médecin provenant d'un milieu similaire, ils sont plus susceptibles de faire appel à ses soins et de se conformer à ses directives. Ils sont également plus réceptifs aux conseils en matière de promotion de la santé et de prévention^{15,16}.

Les recherches indiquent aussi que les médecins provenant d'un milieu sous-représenté sont plus enclins à traiter des patients qui sont défavorisés, souffrent d'une maladie chronique ou sont atteints de plus d'une maladie, soit des caractéristiques que l'on retrouve fréquemment chez les patients des communautés rurales ou autochtones¹⁷. En outre, les médecins issus de minorités sous-représentées retournent fréquemment dans leur milieu d'origine pour pratiquer. Dans une étude réalisée, 94 % des étudiants inuits en soins de santé prévoient retourner dans le Nord à la fin de leurs études¹⁸. De même, les étudiants en médecine provenant d'un milieu rural sont deux fois plus susceptibles d'exprimer le désir d'aller pratiquer dans une région rurale que leurs collègues provenant d'un milieu urbain¹⁹.

Parmi les efforts visant à résoudre la sous-représentation, notons : des mesures dans le but d'inspirer les enfants, dès le primaire, à envisager une carrière dans le domaine de la santé²⁰; la modification des critères d'admission afin d'admettre des étudiants provenant des communautés rurales²¹ et autochtones²²; la réservation dans les facultés de médecine d'un nombre de places destinées aux minorités ciblées²³; la modification de la composition des comités d'admissions, afin d'y inclure des représentants des minorités sous-représentées²⁴; et la transformation de la structure de l'aide gouvernementale pour les étudiants dans le besoin²⁵.

À l'Université du Manitoba, les étudiants autochtones qui désirent faire des études de médecine peuvent participer au programme spécial d'études pré médicales (Special Premedical Studies Program ou SPSP). Ce programme les aide à améliorer leurs aptitudes scolaires. En effet, les étudiants autochtones indiquent souvent que, bien qu'ils aient obtenu les notes nécessaires pour être admis à l'université, une fois sur le campus, ils prennent conscience de la faiblesse de leurs compétences, en particulier dans les domaines des sciences, de l'anglais écrit, des exposés en classe et des techniques d'étude^{26,27}. Le programme SPSP répond aux préoccupations des étudiants en leur offrant des services de tutorat personnalisé, des conseils concernant leurs études et une préparation préuniversitaire afin de les aider à consolider leurs compétences.

Par ailleurs, pour de nombreux étudiants autochtones, le choc culturel résultant du fait de quitter une petite communauté où tous se connaissent pour vivre dans une grande ville où ils deviennent des citoyens anonymes représente une difficulté de taille²⁸. Le SPSP et d'autres programmes d'accès offerts par l'Université du Manitoba facilitent la transition de la vie rurale à la vie urbaine en encourageant le soutien mutuel entre les étudiants autochtones et en créant un réseau d'entraide composé d'étudiants issus de milieux similaires dont la motivation commune est de faire carrière en médecine. Comme les étudiants vivent souvent des problèmes personnels ou familiaux au cours de leurs études²⁹, le SPSP offre également des services de counseling individuel.

En Alberta, le stage en milieu rural (Rural Integrated Community Clerkship ou RICC) permet à des étudiants en troisième année de médecine de mieux connaître les spécialités en médecine générale dans un contexte de pratique en milieu rural ou en région, afin d'encourager les étudiants à poursuivre leur carrière en milieu rural.

Une autre stratégie visant à augmenter la représentation des étudiants provenant de communautés autochtones et rurales dans les écoles de médecine a consisté à construire des universités à proximité de leur communauté. Des études internationales indiquent que cette approche permet d'accroître le nombre de médecins provenant d'un milieu rural³⁰. Par exemple, à la suite d'efforts visant à mettre l'accent sur la formation médicale en milieu rural en Australie, le nombre d'étudiants provenant de milieux ruraux est passé de 10 % en 1989 à 25 % en 2000 dans les écoles de médecine en Australie³¹.

Au Canada, certaines écoles de médecine de la Colombie-Britannique, du Québec et de la région Atlantique ont ouvert des campus satellites dans des milieux ruraux et des régions éloignées. De plus, l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) vient d'ouvrir ses portes. Ses campus sont situés à Sudbury et à Thunder Bay et elle compte également des centres satellites de recherche et d'enseignement dans des régions encore plus reculées. Accroître la diversité de l'effectif médical constitue un des objectifs concrets qui font partie du mandat de l'EMNO :

L'École de médecine du Nord de l'Ontario compte augmenter autant que possible le recrutement des étudiants provenant du Nord de l'Ontario ou des étudiants affichant un intérêt marqué et des aptitudes pour la pratique de la médecine dans des régions urbaines, rurales et éloignées du Nord. Nous tâchons également de recruter des étudiants autochtones et franco-ontariens [traduction libre]³².

Entre 2005 et 2007, les cohortes de première année de l'EMNO comportaient un grand nombre d'étudiants provenant d'un milieu rural, d'une région éloignée, du Nord de l'Ontario ou de communautés autochtones. Chaque année, on compte dans ces classes de 5 à 11 % d'étudiants autochtones, environ 50 % d'étudiants provenant de régions rurales ou éloignées et près de 90 % d'étudiants originaires du Nord de l'Ontario³³.

L'EMNO et les programmes d'accès de l'Université du Manitoba constituent des exemples de mesures permettant de s'attaquer au déséquilibre dans la représentation des étudiants provenant de communautés rurales et autochtones dans les programmes de médecine. Cependant, le problème de sous-représentation des minorités en médecine est complexe et découle de désavantages tenaces attribuables au contexte socioéconomique, à la géographie et à l'origine ethnique. Bien que les efforts en cours soient prometteurs, remodeler le visage de la médecine à l'image de la population canadienne demeurera un travail de longue haleine pour plusieurs années encore.

Références

- ¹ Dhalla, I.A., et coll. « Characteristics of first-year students in Canadian medical schools », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 166, no 8, 2002, p. 1029-1035.
- ² Hutten-Czapski, P., et J. Rourke. « Who gets into medical school? Comparison of students from rural and urban backgrounds », *Médecin de famille canadien*, vol. 51, 2005, p. 1240-1241.
- ³ Dhalla, I.A., et coll. « Characteristics of first-year students in Canadian medical schools », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 166, no 8, 2002, p. 1029-1035.
- ⁴ Ayeni, B. « Diversity and Medicine in Canada », [en ligne], Ottawa, Fédération d'étudiants en médecine du Canada, 2004.
- ⁵ Kirby, M.J.L., et M. Lebreton. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport intérimaire Volume deux – Tendances actuelles et défis futurs*, [en ligne], Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, 2002.
- ⁶ Comité consultatif ministériel sur la santé rurale. *La santé rurale aux mains des communautés rurales : orientation stratégique pour les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones*, [en ligne], 2002.
- ⁷ Kirby, M.J.L., et M. Lebreton. *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport intérimaire Volume deux – Tendances actuelles et défis futurs*, [en ligne], Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, 2002.
- ⁸ Institut canadien d'information sur la santé. *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de santé*, [en ligne], 2006.
- ⁹ Kozyrskyj, A.L., et A.B. Becker. « Rural-urban differences in asthma prevalence: Possible explanations », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 113, no 3, 2004, S306.
- ¹⁰ Institut canadien d'information sur la santé. *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de santé*, [en ligne], 2006.
- ¹¹ Santé Canada. *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'an 2000*, Ottawa, 2000.
- ¹² Santé Canada. *Le diabète au Canada – deuxième édition*, [en ligne], 2002.

- ¹³ Santé Canada. Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'an 2000, Ottawa, 2000.
- ¹⁴ Garriguet, D. « L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone », *Rapports sur la santé*, [en ligne], Statistique Canada, no de catalogue 82-003-X, 2008
- ¹⁵ Downey, B. Aboriginal Health Human Resources: « A Pillar for the Future » A discussion paper for the International Network for Indigenous Health Knowledge and Development Forum, [en ligne]. National Aboriginal Health Organization, octobre 2003.
- ¹⁶ Mclachlan, J. « Outreach is better than selection for increasing diversity », *Medical Education*, vol. 39, 2005, p. 872-875.
- ¹⁷ Dhalla, I.A., et coll. « Characteristics of first-year students in Canadian medical schools », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 166, no 8, 2002, p. 1029-1035.
- ¹⁸ *What Sculpture is to Soapstone, Education is to the Soul: Building the capacity of Inuit in the health field*, [en ligne], Ajunnginiq Centre, National Aboriginal Health Organization (NAHO), septembre 2004.
- ¹⁹ Easterbrook, M., et autres. « Rural background and clinical rotations during medical training: effect on practice location », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 160, 1999, p. 1159-1163.
- ²⁰ Mcharg, J., K. Mattick et L.V. Knight. « Why people apply to medical school: implications for widening participation activities », *Medical Education*, vol. 41, 2005, p. 815-821.
- ²¹ Rourke, J. « Strategies to increase the enrolment of students of rural origin in medical school: recommendations from the Society of Rural Physicians of Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 172, no 1, 2005, p. 62-65.
- ²² Holmes, D. *Rétablir l'équilibre : les programmes universitaires canadiens et le soutien aux étudiants autochtones*, Association des universités et collèges du Canada, Ottawa, 2007.
- ²³ Holmes, D. *Rétablir l'équilibre : les programmes universitaires canadiens et le soutien aux étudiants autochtones*, Association des universités et collèges du Canada, Ottawa, 2007.
- ²⁴ Société de la médecine rurale du Canada. *Admission of Rural Origin Students to Medical School: Recommended Strategies*, [en ligne], 2004.
- ²⁵ De Broucker, P., et K. Mortimer. *Accéder aux études postsecondaires et les terminer : la situation des étudiants à faibles revenus – une synthèse des résultats de recherches*, [en ligne], Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, 2005.
- ²⁶ *What Sculpture is to Soapstone, Education is to the Soul: Building the capacity of Inuit in the health field*, [en ligne], Ajunnginiq Centre, National Aboriginal Health Organization (NAHO), septembre 2004.
- ²⁷ R. A. Malatest & Associates Ltd. *Pratiques exemplaires permettant d'accroître les taux de scolarisation postsecondaire des Autochtones*, [en ligne], Conseil des ministres de l'Éducation, 2002.

- ²⁸ *What Sculpture is to Soapstone, Education is to the Soul: Building the capacity of Inuit in the health field*, [en ligne], Ajunnginiq Centre, National Aboriginal Health Organization (NAHO), septembre 2004.
- ²⁹ R. A. Malatest & Associates Ltd. *Pratiques exemplaires permettant d'accroître les taux de scolarisation postsecondaire des Autochtones*, [en ligne], Conseil des ministres de l'Éducation, 2002. [<http://www.cmec.ca/postsec/malatest.fr.pdf>], (5 février 2008).
- ³⁰ Inoue, K., Y. Hirayama et M. Igarashi. « A medical school for rural areas », *Medical Education*, vol. 31, 2005, p. 430-434.
- ³¹ Dunbabin, J., et L. Levitt. « Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia », *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health*, 2004.
- ³² Site Web de l'École de médecine du Nord de l'Ontario.
- ³³ Données tirées du site Web de l'École de médecine du Nord de l'Ontario.