Credential creep and rural generalist practice

Peter Hutten-Czapski, MD
Scientific editor, CJRM
Haileybury, Ont.

Correspondence to:
Peter Hutten-Czapski,
phc@srpc.ca

Do you need a CCFP(EM) to work in a rural emergency department? Yes, you do, is the unwritten curriculum that our undergraduates and family medicine residents receive at the foot of ivory towers.

No wonder, as, over the last 30 years, most Canadian urban emergency departments have become staffed entirely with CCFP(EM)s or Royal College Fellows. And yet neither of those 2 classes of specialist are the predominant provider seen in rural and remote parts.

The vast majority of physicians working in rural and remote emergency departments have always been rural generalist physicians. In Canada, that represents thousands of doctors. Even if most emergency medicine graduates locate in rural areas for the next 30 years, it is unlikely that the majority provider for rural emergency medicine will be anything other than the generalist physician. That's a good thing. The predominant rural provider needs to be a generalist.

There is nothing quite like generalism to support continuity of care, with known outcome benefits to patients, physicians and the system (with attendant reduced costs). We need more people trained in this mode, and preferably in rural settings.

Whatever the strengths CCFP(EM)s may offer for an urban emergency department, they may not be confident in the resource-poor rural emergency department (what, no magnetic resonance imaging machine?) or be able to deal with other aspects of rural generalist practice. This would include looking after the patient they admitted, after the patient has been sent to an inpatient bed (what, no internist to take over care?). These might be some of the reasons why the vast majority of emergency medicine graduates work urban and near urban.

Yet there is the fact that new family practice graduates, and particularly urban ones, may have limited training or confidence to work in a rural practice of any type. Are they safe? Probably, although without having a family practice curriculum that specifies and tests for rural competencies, it's hard to know. We need that curriculum, and soon, to support our assertion that rurally trained generalists are qualified to undertake the scope of practice that our communities need.

I suspect that the challenge of entering practice has always been a challenge for new graduates, regardless of credentials; that when you became a new rural doctor (unless you lacked insight), you were unsure, you were slow, and you frequently asked for help from more experienced colleagues and allied health care professionals. It's that support, that mentorship, that has been informally present that allows for safe practice until the new doctor gets up to speed.

My experience is that credentials are, regrettably, poor proxy for competency. Mentorship and the ability to work with a supportive team is what makes you safe in rural practice.

© 2017 Society of Rural Physicians of Canada

La médecine générale rurale et la tyrannie des titres

Peter Hutten-Czapski, MD
Rédacteur scientifique, JCMR
Haileybury (Ont.)

Correspondance :
Peter Hutten-Czapski, phc@srpc.ca

Avez-vous besoin de détenir un CCMF(MU) pour travailler aux services d'urgence en milieu rural? Oui, c'est le message implicite que nos étudiants et résidents en médecine familiale reçoivent à l'ombre des tours d'ivoire.

Ce n'est pas étonnant puisque depuis 30 ans, les effectifs médicaux de la plupart des services d'urgence urbains canadiens détiennent désormais leur CCMF(MU) ou sont Associés du Collège Royal; or, dans les faits, les principaux fournisseurs de services en régions rurales et éloignées n'appartiennent ni à l'une ni à l'autre de ces deux classes de spécialistes.

En effet, la grande majorité des médecins qui travaillent dans les services d'urgence des régions rurales et éloignées ont toujours été des médecins généralistes ruraux. Au Canada, cela représente des milliers de médecins. Et même si une majorité de diplômés en médecine d'urgence s'installait en région rurale pendant les 30 prochaines années, il est peu probable que la majeure partie des médecins des services d'urgence ruraux soient autre chose que des généralistes. Et c'est très bien comme ça, car le principal fournisseur de services en milieu rural doit être un généraliste.

Il n'y a rien comme la médecine générale pour assurer la continuité des soins, avec les avantages que cela comporte sur le plan des résultats pour les patients, les médecins et le système (et tout cela à moindre coût). Il nous faut plus de gens formés de cette façon et préférablement en milieu rural.

Peu importe l'aura du titre de CCMF(MU) dans un service d'urgence urbain, la confiance risque de ne pas être au rendez-vous dans un service d'urgence rural aux maigres ressources (« Quoi, pas d'appareil à résonance magnétique? »), ou alors d'autres aspects de la pratique généraliste en milieu rural poseront problème, par exemple, le fait de devoir s'occuper du patient hospitalisé une fois admis (« Quoi, pas d'interniste pour la suite? »). Voilà quelques-unes des raisons qui pourraient expliquer pourquoi la grande majorité des diplômés en médecine d'urgence travaillent en milieu urbain ou périurbain.

Bien sûr, les nouveaux diplômés en médecine familiale, particulièrement des milieux urbains, ont peut-être une formation limitée ou moins d'aisance lorsqu'il est question d'exercer en milieu rural, quel que soit le type de pratique. Mais sont-ils dignes de confiance? Probablement, mais faute d'un programme de médecine familiale axé spécifiquement sur les compétences rurales, examens à l'appui, on peut difficilement le savoir. Nous avons besoin dans les meilleurs délais d'un programme qui s'harmonise à notre prémisse selon laquelle les généralistes formés en milieu rural sont qualifiés pour répondre à l'ensemble des besoins de nos communautés.

Selon moi, peu importent les titres et les formations, c'est toujours un défi de commencer à pratiquer la médecine pour les nouveaux diplômés; et lorsque vous commencez à exercer en milieu rural (à moins d'être totalement incapable d'introspection), vous manquez d'assurance, vous êtes lent et vous demandez souvent l'aide de vos collègues et autres professionnels de la santé plus expérimentés. C'est cet esprit d'équipe, ce mentorat, qui ont toujours existé et permettent une pratique sécuritaire jusqu'à ce que le nouveau médecin ait pris de l'assurance.

Selon mon expérience, les lettres qui s'ajoutent au bout d'un nom ne sont pas gages de compétences. Le mentorat et le travail d'équipe, c'est ce qui rend la pratique en milieu rural sécuritaire.

© 2017 Society of Rural Physicians of Canada