

Clothing the emperor: rural training challenges and opportunities

*Peter Hutten-Czapski,
MD*

*Scientific editor, CJRM
Haileybury, Ont.*

*Correspondence to:
Peter Hutten-Czapski;
phc@urpc.ca*

There is a new fashion in town for training in family medicine. It's just a bit drafty right now for the real world of rural practice.

Oh yes, the Triple C Competency-based Curriculum sounds good. "Comprehensive." I have no idea how to measure that, and neither does The College of Family Physicians of Canada. "Focused on continuity of education and patient care." Can we really teach continuity? Please don't think it's taught and measured by putting in half a day a week at an academic clinic. "Centred in family medicine." Yeah, go measure that too.

If the concept is too diffuse to objectively define, measure or evaluate, how do we know when we have succeeded?

To this cynical scribe, the only concept worthy of the ink is the competency-based curriculum. This is exactly what rural generalist doctors have been requesting.

In practice, what Triple C has meant so far is dropping mandatory rural rotations and downloading responsibility from the university to the rural preceptor to sign off on competency. Whereas the first bit really does raise the hairs (what were they thinking?), the second bit shouldn't.

We rural medical generalists, of all people, have always worked shoulder-to-shoulder with other doctors. It's how we ourselves learned many new techniques that were not taught in residency. We know which learners need to be shown, which could do with us leaning over the table and which could work on their own with us sleeping by the phone. Signing off on competency

just formalizes this training, and the question of competency is much more relevant than the questions involved in the previous fashion of evaluations.

The real question is, what is the competency being evaluated? That is the crux that needs to be pursued, and whereas the college can provide the framework, it's rural doctors who need to define our rural curriculum and convince residency programs to enact it.

Are residents competent in the diagnosis, investigation and management of more complex, chronic and advanced conditions that would normally be referred to a specialist in an urban setting? Are they capable of working at the primary, secondary and tertiary care level for complex conditions in consultation with regional specialists, based on community needs and geographic locations? Do they know when to refer? Are they competent working within a multidisciplinary and cross-cultural team, in which other team members also work in an advanced and extended role, often with different values and priorities? Can they handle common farm injuries, hypothermia, burns, fractures, attempted suicide, drowning, car crashes, and wilderness and disaster medicine?

And yes, can they attend low-risk and developing high-risk deliveries without local obstetric and pediatric support?

The fact that we can offer this training in rural areas has often been despite the training we ourselves have received. In the future, it should be because of the training we have received. Let's clothe the emperor with a rural curriculum. Ask your local residency program for it, and accept no substitutes.

Habiller l'empereur : défis et possibilités en formation rurale

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

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

Il y a une nouvelle mode en ville pour former les médecins de famille, mais elle n'empêche pas quelques courants d'air dans le monde réel de la pratique en milieu rural.

Ah oui, le cursus Triple C axé sur le développement des compétences me paraît une bonne chose. « Vise des soins complets et globaux »... Je n'ai aucune idée de la façon de mesurer cela et le Collège des médecins de famille du Canada non plus d'ailleurs. « Est orienté vers la continuité pédagogique et des soins aux patients »... peut-on vraiment enseigner la continuité ? Je vous en prie, ne pensez pas que c'est enseigné et mesuré en passant une demi-journée par semaine dans une clinique universitaire. « Est centré sur la médecine familiale »... ouais, allez donc mesurer ça aussi.

Dans la pratique, ce que le cursus Triple C a signifié jusqu'à maintenant, c'est l'abandon des stages obligatoires en milieu rural et le transfert de la responsabilité de l'université au précepteur rural pour attester des compétences. Alors que le premier élément fait dresser les cheveux sur la tête (à quoi pouvaient-ils bien penser ?), le deuxième ne devrait pas.

Nous, généralistes en milieu rural, plus que quiconque, avons toujours travaillé au coude à coude avec d'autres médecins. C'est ainsi que nous avons appris de nombreuses nouvelles techniques qui ne nous avaient pas été enseignées en résidence. Nous savons qui a besoin d'une démonstration, qui a besoin d'être supervisé de près et qui peut travailler seul pendant que nous nous assoupissons auprès du téléphone. Attester d'une compétence officialise simplement cette formation, et la question de compétence est beaucoup plus pertinente que ne l'étaient les questions des évaluations de l'ancienne mode.

La vraie question est la suivante : quelle compétence est évaluée ? C'est là le point crucial à élucider. Que le Collège puisse fournir le cadre est une chose, mais ce sont les médecins en milieu rural qui doivent définir notre programme d'études rural et convaincre les responsables des programmes de résidence de l'adopter.

Les résidents ont-ils les compétences nécessaires pour le diagnostic, les examens et la prise en charge de troubles plus complexes, chroniques et avancés qui devraient normalement être référés à un spécialiste en milieu urbain ? Sont-ils capables de traiter des pathologies complexes au niveau des soins primaires, secondaires et tertiaires en consultation avec des spécialistes régionaux et en fonction des besoins de la collectivité et des emplacements géographiques ? Savent-ils quand référer un patient à un spécialiste ? Ont-ils les compétences nécessaires pour travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire et interculturelle, dans laquelle d'autres membres de l'équipe ayant souvent des valeurs et des priorités différentes assument aussi un rôle de pointe et élargi ? Peuvent-ils traiter les blessures courantes en milieu agricole, l'hypothermie, les brûlures, les fractures, les tentatives de suicide, les noyades ou quasi-noyades et les accidents de voiture ? Et connaissent-ils bien la médecine en milieu éloigné sauvage et la médecine en cas de catastrophe ?

C'est souvent en dépit de la formation que nous avons nous-mêmes reçue que nous sommes en mesure d'offrir cette formation en milieu rural. À l'avenir, elle devrait plutôt être offerte à cause de la formation que nous avons reçue. Habillons l'empereur d'un programme d'études rural. Demandez-le aux responsables de votre programme local de résidence et n'acceptez aucun succédané.