

Fostering growth

Peter Hutten-Czapowski¹

¹Scientific Editor, CJRM,
Haileybury, ON, Canada

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

Pointing out that (self-professed) ‘social accountability’ is not the same thing as being accountable to society is probably a controversial statement in the context of medical schools. The former is easy, the latter hard when we in the faculty are training daughters and sons of privilege.

The soup kitchen mentioned on the medical student resume is invariably not about their own food insecurity. Why is that so? Would the person who has overcome their circumstances and perhaps is working two jobs to the detriment of their grade point average, be a better doctor for it?

Should we be surprised that specialties of rank and privilege are perennially filled (I’m looking at you Ophthalmology and Dermatology as exemplars) and that even for the more “mundane” disciplines, our graduates end up preferring the worried well as patients, over those who are unlike us.

Compounding this problem is the fact that Canadian medical schools are loath to challenge students outside of their comfort zones. Limited life experience leads directly to thin comfort zones. They will learn so much more if they are allowed to be challenged.

The real world is messy. In my practice, I have drug dealers, addicts, sexual abusers and abused and sometimes all in one person. This is often easier to see in the poor but is equally present in other strata if you look. That is the thing. You need to look. You may not be comfortable about asking, but if

you do not probe about abuse, drugs, sexual orientation and the like, you can spend your career in ignorance.

If we denigrate “see one, do one, teach one” to the point that we coddle our learners from responsibility, then we teach them to be helpless. This is tolerated if not encouraged in urban centres, but even the urban patient benefits from the nephrologist who is also aware and competent of the patient’s concomitant diabetic and cardiac issues. The patient cannot be treated as if they are one system. Learned helplessness is particularly disastrous in the rural community that needs its family doctors to provide services such as emergency and obstetrics.

One of the side effects of the infantilisation of medical training is that learners are unsure of their own competence. It is not that they are incompetent (very much the contrary - they often excel despite the training), but that they are made to feel that they could not be competent.

The College of Family Physicians of Canada has misdiagnosed this angst as the inadequate length of training. It is commonly understood that doing more of the same will not yield different outcomes and yet they are promoting adding another year of training. For an institution that professes competency-based training as a core, a time-based ‘solution’ seems to miss the mark.

By this point, I may have offended you. Good. Being uncomfortable is an opportunity for growth.

Received: 18-07-2023 Revised: 18-07-2023 Accepted: 03-08-2023 Published: 17-10-2023

This is an open access journal, and articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License, which allows others to remix, tweak, and build upon the work non-commercially, as long as appropriate credit is given and the new creations are licensed under the identical terms.

How to cite this article: Hutten-Czapowski P. Fostering growth. Can J Rural Med 2023;28:159-60.

Access this article online
Quick Response Code:

Website: www.cjrm.ca
DOI: 10.4103/cjrm.cjrm_35_23

Favoriser la croissance

Peter Hutten-Czapowski¹

¹Rédacteur Scientifique,
JCMR, Haileybury, ON,
Canada

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

Dans le contexte des facultés de médecine, le fait de souligner que la “ responsabilité sociale ” (autoproclamée) n’est pas la même chose que la responsabilité à l’égard de la société est probablement une déclaration controversée. La première est facile, la seconde est plus difficile lorsque nous, membres de la faculté, formons des filles et des fils de privilégiés.

La soupe populaire mentionnée sur le CV de l’étudiant (e) en médecine n’a invariablement rien à voir avec sa propre insécurité alimentaire. Pourquoi en est-il ainsi? La personne qui a surmonté ses difficultés et qui, peut-être, cumule deux emplois au détriment de sa moyenne, serait-elle un meilleur médecin pour autant?

Faut-il s’étonner que les spécialités de rang et de privilège soient perpétuellement remplies (je pense notamment à l’ophtalmologie et à la dermatologie) et que, même pour les disciplines plus “ banales ”, nos diplômés finissent par préférer les patients inquiets et bien portants à ceux qui ne nous ressemblent pas.

Ce problème est aggravé par le fait que les facultés de médecine canadiennes sont peu enclines à pousser les étudiants à sortir de leur zone de confort. Une expérience de vie limitée conduit directement à des zones de confort étroites. Les étudiants apprendront beaucoup plus s’ils ont la possibilité d’être mis au défi.

Le monde réel est désordonné. Dans ma pratique, je rencontre des trafiquants de drogue, des toxicomanes, des abuseurs sexuels et des personnes maltraitées, et parfois tout cela chez la même personne. C’est souvent plus facile de voir cela chez les personnes pauvres mais, si vous regardez de plus près, c’est tout aussi présent chez d’autres classes économiques. C’est là tout le problème. Il faut regarder de plus près. Vous

n’êtes peut-être pas à l’aise à poser des questions qui doivent être posées, mais si vous ne vous renseignez pas sur les abus, les drogues, l’orientation sexuelle et autres, vous risquez de passer votre carrière professionnelle dans l’ignorance.

Si nous dénigrons le principe de “ voir, faire, enseigner ” au point de déresponsabiliser nos apprenants, nous leur apprenons à être démunis. Cela est toléré, voire encouragé, dans les centres urbains, mais même le patient urbain bénéficie de la présence d’un néphrologue qui est également conscient et compétent en ce qui concerne les problèmes diabétiques et cardiaques concomitants du patient. Ce dernier ne peut être traité comme s’il s’agissait d’un seul système. Ce sentiment d’impuissance apprise est particulièrement désastreux dans les communautés rurales qui ont besoin de leurs médecins de famille pour fournir des services tels que les urgences et l’obstétrique.

L’un des effets secondaires de l’infantilisation de la formation médicale est que les apprenants ne sont pas sûrs de leurs propres compétences. Ce n’est pas qu’ils soient incompetents (bien au contraire, ils excellent souvent malgré la formation), mais on leur fait croire qu’ils ne pourraient pas être compétents.

Le Collège des médecins de famille du Canada a mal diagnostiqué cette angoisse en affirmant que la durée de la formation était inadéquate. Il est communément admis que faire plus de la même chose ne produira pas de résultats différents et pourtant, ils préconisent d’ajouter une année supplémentaire de formation. Pour une institution dont le cœur de métier est la formation basée sur les compétences, une “ solution ” basée sur la durée semble manquer sa cible.

À ce stade, je vous ai peut-être offensé. C’est une bonne chose. Être mal à l’aise est une opportunité de croissance.