Higher education versus higher learning for rural practice

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

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

It's that time of year again: new medical students in the mill. In the past, rural doctors could have been excused for not noticing; now, it seems that the ivory tower has moved closer to the country. We in "rural" are getting more exposure, particularly to undergraduate students. Perhaps born of necessity, with not enough space on the "main" campus, distributed medical education is in. What an opportunity — both for us and for them.

Now, for some students this opportunity may be nothing more than a tourist trip into cottage country. However, with the reduction in career flexibility among specialists, distributed education may be the only opportunity that the future ophthalmologist will have to experience the rural side of the telephone. Other students are going rural regardless of what the ivory tower could do to them. However, there are some students who had never thought of rural medicine as a career choice whose eyes will be opened. Rural doctors do things. They are something. They can make a difference.

Postgraduate learners present opportunities for higher-quality rural education. Ignore The College of Family Physicians of Canada's "red book" of standards for a moment, and we can do, and should do, so much better. Recently, my general practitioner obstetrician colleague learned that his first-year resident was interested in rural obstetrics. He started teaching her how to cut, and after about 6 weeks (among a few other things that might be taught in a busy general practice) she was the primary surgeon on a cesarean delivery.

Thirty or more years back in the heyday of rotating internships, teaching procedural skills, including cesareans, was not a huge challenge. The challenge in 2011 is not in teaching procedural skills (although this is important for rural practice) but in keeping the "can do" attitude — in both preceptors and learners — warm during the rest of the learner's rotation.

That is the next step. Now that we have the learners among us we are proving that distributed education is as effective as (and, I dare say, in some ways more effective than) conventional medical education. However, the same old training curriculum for family practice that requires just an overall pass is not good enough for us. With the attitudinal agenda that is taught that general practitioners don't do, say, cesareans, that general surgeons don't pin hips (or do cesareans) and that even (cough) emergency medicine requires additional training, we are setting ourselves up over the generations to be able to do less and less with more and more training. It might be fine for the city (I lack the knowledge to make an informed opinion of that setting), but it serves the rural public poorly.

To counter this, we need to define core skills and abilities. There are specific competencies that every rural doctor needs at the outset. We need a rural medicine postgraduate training curriculum that can train to that higher standard and a few family practice programs that can lead by example. Let's demand it and let's do it. We are ready.

© 2011 Society of Rural Physicians of Canada

Enseignement supérieur ou apprentissage supérieur pour la pratique rurale

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

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

L'heure de la rentrée a sonné et de nouveaux étudiants en médecine ont franchi les portes des universités. Par le passé, on aurait pu pardonner aux médecins ruraux de ne pas avoir remarqué cette rentrée. Maintenant, il semble que la tour d'ivoire se soit rapprochée de la campagne. On entend de plus en plus parler de nous, du milieu rural, en particulier chez les étudiants de premier cycle. Nécessité oblige — sans doute en raison du manque de place dans les « principaux » campus — l'éducation médicale hors les murs ou « distribuée » est à la mode. C'est une bonne chose d'ailleurs, autant pour nous que pour les étudiants.

Pour certains étudiants, il ne s'agira de rien de plus qu'un séjour à la campagne. Cependant, vu la flexibilité réduite des choix de carrière pour les spécialistes, l'éducation « régionalisée » peut être la seule occasion pour un futur ophtalmologue de découvrir la réalité rurale de sa profession. Certains étudiants choisissent le milieu rural sans égard à ce que la tour d'ivoire pourrait leur apporter. D'autres, toutefois, qui n'avaient jamais envisagé la médecine rurale comme choix de carrière, découvriront cette possibilité. La médecine rurale, ce n'est pas rien. Les médecins en milieu rural ont une pratique dynamique et ils peuvent changer les choses.

La formation des apprenants au niveau postdoctoral offre l'occasion d'offrir un enseignement de haute qualité en milieu rural. Mettez de côté pour le moment le « livre rouge » des normes du Collège des médecins de famille du Canada, et vous verrez que nous pouvons et nous devons faire beaucoup mieux. Récemment, un de mes collègues, un omnipraticien obstétricien, a appris que l'obstétrique en milieu rural intéressait sa résidente de première année. Il a commencé par lui apprendre comment faire une incision (parmi les quelques techniques que l'on peut enseigner à une résidente dans une pratique générale achalandée). Après environ six semaines, elle est devenue la chirurgienne principale pour un accouchement par césarienne.

Voilà une trentaine d'années ou plus, à l'âge d'or des internats par rotation, l'enseignement des techniques d'intervention, y compris les césariennes, ne présentait pas un énorme défi. En 2011, le défi ne réside pas dans l'enseignement des techniques d'intervention (bien que cela soit important pour la pratique en milieu rural), mais dans le maintien de l'attitude du « je peux le faire » — tant chez le précepteur que l'apprenant — tout au long du stage.

C'est là la prochaine étape. Maintenant que nous accueillons des apprenants, nous prouvons que la formation régionalisée est aussi efficace (et j'ose dire, à certains égards, plus efficace) que la formation médicale conventionnelle. Néanmoins, le bon vieux programme de formation en médecine familiale, qui ne demande qu'une note globale de passage, ne nous suffit pas. Vu l'attitude qui prévaut dans l'enseignement, à savoir que les omnipraticiens ne font pas, disons, de césariennes,

© 2011 Société de la médecine rurale du Canada

que les chirurgiens généraux ne brochent pas les hanches (ou ne font pas de césariennes) et que même (toussotement) la médecine d'urgence nécessite une formation supplémentaire, nous préparons le terrain pour qu'au fil des générations, les médecins soient capables de faire de moins en moins d'interventions avec de plus en plus de formation. Ce modèle peut fort bien être adéquat pour la ville (je n'ai pas les connaissances nécessaires pour émettre une opinion informée à ce sujet), mais il ne convient nullement au milieu rural.

Pour contrer cette lacune, nous devons définir les compétences et les aptitudes de base nécessaires. Un médecin en milieu rural doit posséder, dès le départ, des compétences particulières. Nous avons besoin d'un programme de formation postdoctorale en médecine rurale qui peut former les médecins pour qu'ils atteignent ce niveau supérieur de compétences et de quelques programmes de médecine familiale qui peuvent donner l'exemple. C'est ce que nous devons exiger et ce que nous devons faire. Nous sommes prêts.

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 rural 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*, 45, boul. Overlea, C. P. 22015, Toronto ON M4G 3Z3, ainsi qu'une version électronique, de préférence par courriel à cjrm@cjrm.net, 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.