



# Message du président. Toujours compétent?

*John Soles, MD,  
FRRMS  
Clearwater (C.-B.)*

*Correspondance :  
John Soles;  
johnasoles@gmail.com*

**J**'ai reçu récemment du collège des médecins de ma province une lettre m'informant que je faisais partie des 500 médecins communautaires choisis pour subir une évaluation dans le cadre de son programme d'amélioration de la pratique. Ce programme relativement nouveau prévoit évaluer tous les médecins communautaires de la Colombie-Britannique aux 7 à 8 ans environ. Le mécanisme comporte une évaluation par les pairs des soins tels que consignés aux dossiers, une évaluation des commentaires sur le médecin provenant de sources multiples et une évaluation des locaux et des processus administratifs du cabinet. J'ai réagi d'abord par l'irritation. Je déteste l'idée d'une augmentation de la paperasse et d'un empiètement sur mon temps. Mais à la réflexion, je pense que l'exercice sera utile pour moi et pour mes collaborateurs. Il permettra peut-être de cerner des problèmes dans nos pratiques administratives et de souligner des besoins de formation non reconnus. Je me pose aussi une question : comment faire la preuve de notre compétence continue?

Nous participons pour la plupart à des programmes obligatoires de maintien de la compétence administrés par le Collège des médecins de famille du Canada ou le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Ces programmes vérifient si nous avons effectué des activités d'éducation médicale continue, mais ils ne font pas grand-chose pour veiller à ce que ces activités d'EMC répondent à nos besoins réels. Beaucoup d'entre nous ont aussi des obligations qui leur sont imposées par leurs hôpitaux ou autres structures administratives, qui les obligent à suivre des programmes portant notamment

sur les compétences avancées de maintien des fonctions vitales en cas de défaillance cardiaque et en traumatologie et sur la réanimation en néonatalité. Ces obligations nuisent peut-être à la capacité des médecins ruraux de participer à des activités d'EMC qui leur seraient plus bénéfiques. Nous choisissons pour la plupart des cours d'EMC en nous fondant sur ce que nous considérons comme nos besoins, mais aussi en fonction de ce qui nous intéresse. La participation aux activités d'EMC est-elle liée entièrement au maintien de la compétence? Comment évaluer le maintien de la compétence? Beaucoup d'entre nous ont des besoins en éducation qui ne sont pas reconnus. Comment les cerner?

Je collabore avec un petit groupe de collègues et je partage un bureau, des dossiers et, souvent, des patients. Cela me permet d'adopter une approche simple, peut-être un peu simpliste, de l'évaluation de la compétence de mes collègues. Compte tenu de ce que je connais des soins qu'ils fournissent, est-ce que je leur fais confiance pour qu'ils s'occupent de mes patients, de ma famille et de moi? Si j'ai des préoccupations importantes, il m'incombe d'aborder mon collègue en douceur et de façon non menaçante, et peut-être d'organiser des activités locales pertinentes d'EMC. Souvent, lorsque des patients ou leurs problèmes me rendent inconfortable ou incertain, cet inconfort révèle un besoin non satisfait en éducation. Pour beaucoup d'entre nous, les besoins de formation portent sur les toxicomanies, la douleur chronique, les problèmes culturels et les troubles de la personnalité.

Il y a des compétences autres que celle d'expert en médecine que l'on

---

s'attendait à ce que j'acquière par osmose, qu'on ne m'a jamais enseignées et qui ont rarement été évaluées. Êtes-vous compétent comme communicateur, collaborateur, gestionnaire, promoteur de la santé, érudit et professionnel? Tenez-vous compte de ces compétences lorsque vous analysez votre perfectionnement professionnel continu? En tenez-vous compte lorsque vous évaluez vos collègues et vos apprenants?

Comme professionnels, il nous incombe d'évaluer notre propre compétence et, jusqu'à un certain point, celle de nos proches collaborateurs dans tous les domaines de pratique et de combler toute lacune relevée. Cette tâche peut être difficile pour un médecin en milieu rural. Or, si nous ne nous en chargeons pas, d'autres organisations le feront et il se peut que les résultats ne soient pas avantageux pour nous, pour nos patients ou nos communautés.

#### **CORRECTION**

In the article "Country cardiograms case 51,"<sup>1</sup> page 114, lines 8–19 of the first paragraph, the text "PR interval shows beat-to-beat variation ... posterior ST elevation myocardial infarction (MI)." should read as follows:

PR interval shows beat-to-beat variation, which is evidence of atrioventricular dissociation. There are minimal ST depressions in the lateral leads I, aVL, V5 and V6. There is a junctional escape rhythm noticed throughout the ECG. No P waves are present for the last 3 QRS complexes. This is an example of isorhythmic atrioventricular dissociation. Follow-up 15-lead ECG did not show any evidence of posterior ST elevation myocardial infarction (MI).

In column 2, line 13, "mild" should be "moderate."

#### **REFERENCE**

1. Slatnik M. Country cardiograms case 51. *Can J Rural Med* 2014;19:107,114-5.