

Spring 1998 / Printemps 1998

Can J Rural Med 1998; 3(2)

Cover: Stoneware vase

Jack Ouellette
Wheel-thrown and then carved
10 inches high

Ouellette's stoneware and
porcelain pottery and custom dinnerware
are available from
Turnstone Pottery
Box 302
Arichat NS B0E 1A0

© 1998 Jack Ouellette



Features • Articles

Editorials • Éditoriaux

- 67 [Rural obstetrics](#) Stuart Iglesias, MD
- 67 [L'obstétrique rurale](#) Stuart Iglesias, MD
- 69 [Life on Mars — practising obstetrics without an obstetrician](#) Peter Hutten-Czapski, MD
- 72 [President's message: CMA affiliates' committee](#) Keith MacLellan, MD
- 73 [Message du président : le Comité des sociétés affiliées de l'AMC](#) Keith MacLellan, MD

Original Articles • Articles originaux

- 75 [Rural Obstetrics. Joint position paper on rural maternity care](#) Stuart Iglesias, MD; Stefan C. W. Grzybowski, MD; Michael C. Klein, MD; Guy Paul Gagné, MD; André Lalonde, MD
- 83 [Obstétrique rurale. Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural](#) Stuart Iglesias, MD; Stefan C. W. Grzybowski, MD; Michael C. Klein, MD; Guy Paul Gagné, MD; André Lalonde, MD
- 92 [La pertinence des stages en milieu communautaire éloigné ou rural dans la formation en médecine familiale](#) Daniel J. Marleau, MD

Regional Review • Actualités régionales

- 100 [The Quebec experience, from the university perspective](#) Anne-Marie MacLellan, MD CM

The Practitioner • Le praticien

- 102 [Country cardiograms case 8](#) Jim Thompson MD
- 103 [The occasional Z-plasty](#) Keith MacLellan, MD

Off Call • Détente

Podium: Doctors Speak Out • La parole aux médecins

- 105 [Medical resources and manpower](#) John Adams, MD

Departments • Chroniques

- 108 [Letters / Correspondance](#)
- 111 [News / Actualités](#)
- 113 [RuralMed: The SRPC Listserv / RuralMed : La liste postale de la SMRC](#)
- 129 Classified Advertising / Annonces classées



Rural obstetrics

Stuart Iglesias

Hinton, Alta.

Chair, Rural Obstetrics Committee, Society of Rural Physicians of Canada

CJRM 1998;3(2):67

[[français](#)]

The principles and guidelines endorsed in the paper on rural obstetrics in this issue of the journal ([page 75](#)) provide considerable support to rural physicians and public policymakers struggling to retain and, in some cases, reintroduce rural maternity care programs. The Society of Rural Physicians of Canada (SRPC), the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) and the College of Family Physicians of Canada (CFPC) represent virtually all the specialty and family practice physicians who provide maternity care to rural women. Together, they reviewed national and international data and concluded that rural maternity care programs provide good outcomes regardless of whether there is access to local operative delivery. Although local cesarean section capability is desirable, those communities with worse outcomes have no local maternity care providers, and women must travel to other centres to have their babies.

With only a few exceptions, the endorsement of existing SOGC guidelines is important largely for what it does NOT say. There is a conspicuous absence of those rural practice restrictions that (while grounded in cautious intuitive sense) lack evidence to confirm whether women have better or worse outcomes. For example, nowhere in the SOGC guidelines is the use of prostaglandins and/or oxytocin restricted to communities with local cesarean section capability. The endorsement of these SOGC guidelines without qualification or amendment is not an oversight. Many (most?) communities without cesarean section capability will continue to transfer patients who need augmentations and inductions. However, it was clearly foreseen by the SOGC, the SRPC and the CFPC that some of these communities will choose to offer these programs to a preselected low-risk population. There is no evidence to indicate that this is inappropriate.

Lest the new guidelines seem irresponsibly permissive, it is important to recognize what

obligations are imposed on rural maternity care programs:

- To document outcomes and audit programs in a continuous quality improvement process.
- To inform fully and to consult thoroughly and continuously with women, their families, and their communities.
- To meet national standards for the care of low-risk maternity patients.

The paper on rural obstetrics is an important beginning. By moving the issues away from personal opinions onto a sustainable platform of evidence-based medicine, the paper establishes a verifiable reference point for debate and for change. However, unless the physicians in rural clinical practice, as well as those in the Colleges and those serving on the various reproductive care committees, are persuaded to support these principles and guidelines, little will change.

This is a beginning, but we have more to do. The same organizations that produced these "rural obstetrics" guidelines need to address the erosion of special surgical and anesthetic skills in rural Canada. Although many community hospitals continue to provide maternity care services without cesarean section capability, they do so under considerable stress. Regardless of good outcomes, without local surgical and anesthetic skills, we face the erosion of obstetrical services for reasons of occupational stress, crisis of confidence and perceived medicolegal risk.

© 1998 Society of Rural Physicians of Canada



L'obstétrique rurale

Stuart Iglesias

Hinton (Alberta)

Président, Comité de l'obstétrique rurale, Société de la médecine rurale du Canada

JCMR 1998;3(2):67

[[English](#)]

Les principes et lignes directrices proposés dans le document sur l'obstétrique rurale dans le présent numéro du journal ([page 83](#)) appuient largement les médecins ruraux et les décideurs publics qui luttent pour conserver et, dans certains cas, pour remettre en place des programmes ruraux de protection de la maternité. La Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) représentent à peu près tous les spécialistes et médecins de famille qui fournissent des soins de maternité aux femmes rurales. Après avoir examiné ensemble les données nationales et internationales, ils ont conclu que les programmes ruraux de protection de la maternité donnaient de bons résultats peu importe qu'ils offrent ou non accès localement à une salle d'opération pour les accouchements. Même s'il est souhaitable d'avoir accès à une capacité locale pour effectuer des césariennes, les communautés les plus mal en point ne peuvent compter sur aucun fournisseur local de soins aux mères enceintes et elles doivent donc les faire accoucher ailleurs.

Sauf pour quelques exceptions, l'acceptation des lignes directrices existantes de la SOGC est importante en grande partie à cause des dispositions qu'on n'y trouve PAS. On constate une absence notoire de telles restrictions de la pratique rurale qui (même si elles sont enracinées dans une prudence intuitive) empêchent de confirmer si les femmes s'en tirent mieux ou non. Par exemple, les lignes directrices de la SOGC ne mentionnent nulle part que l'utilisation des prostaglandines et (ou) de l'oxytocine est restreinte aux communautés qui sont en mesure de pratiquer des césariennes. L'acceptation de ces lignes directrices sans réserve ni modification est un oubli. Bon nombre (la plupart?) des communautés qui n'offrent pas de césariennes continueront d'acheminer ailleurs leurs patientes qui ont besoin d'une augmentation ou d'une induction. Cependant, la SOGC, la SMRC et le CMFC avaient clairement prévu qu'une partie de

ces communautés choisiraient d'offrir ces programmes à une population à risque déterminée. Rien ne prouve qu'il est inconvenant de le faire.

À moins que les nouvelles lignes directrices ne soient dangereusement permissives, il est important de reconnaître les obligations imposées aux programmes ruraux de protection de la maternité :

- Documenter les résultats et vérifier les programmes dans le cadre d'un processus continu d'amélioration de la qualité.
- Donner une information complète et consulter à fond et de manière continue les femmes, leur famille et leur communauté.
- Respecter les normes nationales de protection des femmes enceintes à faible risque.

Le document sur l'obstétrique rurale représente un début important. En s'éloignant des opinions personnelles et en examinant les questions sur une solide plateforme médicale fondée sur des preuves, le document établit un point de référence vérifiable pour fins de discussion et de changement. Cependant, à moins que les médecins des cliniques rurales, les médecins des collèges et tous les autres qui siègent à divers comités de soins périnataux ne sont persuadés d'appuyer ces principes et lignes directrices, la situation ne risque guère de changer.

C'est un début, mais il y a encore beaucoup plus à faire. Les organismes qui ont rédigé ces lignes directrices sur l'«obstétrique rurale» doivent aborder le problème de l'érosion des compétences spéciales en chirurgie et en anesthésie dans les régions rurales du Canada. Même si bon nombre d'hôpitaux communautaires continuent d'assurer des services de protection de la maternité sans pour autant offrir de césariennes, ils sont quand même soumis à un stress énorme. Peu importe si les programmes démunis de toute compétence chirurgicale et anesthésique locale obtiennent de bons résultats, les services obstétricaux risquent de s'éroder à cause du stress qu'a subi la profession, de la crise de confiance à son endroit et enfin de la perception du danger médico-légal.

© 1998 Société de la médecine rurale du Canada



Life on Mars — practising obstetrics without an obstetrician

Peter Hutten-Czapski, MD

Haileybury, Ont.

Chief of Staff, Temiskaming Hospital, New Liskeard, Ont.

CJRM 1998;3(2):69

Correspondence to: Dr. Peter Hutten-Czapski, Family Health Clinic, 293 Meridian Ave., PO Box 3000, Haileybury ON P0J 1K0; phc@ntl.sympatico.ca

For 25 years, rural obstetrics and surgery have existed almost as an anathema to specialist colleges, defying rules, regulations, designations and restrictive teaching programs based on the flimsiest or (non-existent) evidence."1

Although this quote reflects Australian rural angst, the sentiment is not without some quiet resonance in the Canadian hinterland. Until now rural generalists, as a rule, have felt that they have not been consulted on rules, regulations, statements and policies that affect their very existence. At the annual meeting of the Society of Rural Physicians of Canada (SRPC) in April 1997, representatives of the 3 main national physician organizations, who could claim authority over rural obstetrics, met in a room stacked full of interested rural MDs, many meeting for the first time face to face. Enthusiastic discussion ensued for 4 hours. The group agreed to work together to form policy guidelines for rural maternity care. It was decided that the most pressing topic was the safety of obstetrics without cesarean section capability.

The SRPC formed the Rural Obstetrics Committee to represent rural physicians in the discussions. The committee met with the newly formed Committee on Maternity Care of the College of Family Physicians of Canada (CFPC) and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) over the summer, and a document was formed over the electronic medium. The group emailed, faxed and teleconferenced literally dozens of documents and formed draft after draft of policy statements. These efforts have resulted in the joint position paper on rural maternity care published in this issue, [page 75](#) (English) and [page 83](#) (French).

But what is the context of rural maternity care? For urban physicians trained and practising in

urban centres, there is often little knowledge of the rural reality, and practice patterns in the country may appear to them as foreign as life on Mars. Even in isolated rural settings one county may look like Mars to another.

Women get pregnant despite the fact that there are no obstetricians in rural Canada. There are only 38 ob/gyns with a rural address in all of Canada,² and yet a third of Canadian women live in rural communities. It is overwhelmingly the GP/FP who monitors the pregnancy and attends the delivery. In 125 hospitals across the country we do so without local cesarean section back-up.³ The job that we do stands up to scrutiny. In Nova Scotia, Peddle and colleagues⁴ demonstrated that community hospitals with fewer than 100 deliveries a year had the lowest perinatal morbidity and mortality rates in the province. Their work was not referenced when the Nova Scotia government closed practically all of these small units. Now there is a greater percentage of GP/FPs in urban centres of Atlantic Canada, such as Halifax, who are delivering babies (32%) than there is in rural Canada (20%).²

Restructuring is not needed to make rural maternity care difficult. Catherine Younger-Lewis wrote about her experience in Pinawa, Man.:⁵

The issue of obstetrics in family practice never bothered me when I worked in a large urban area. Obstetrics was a non-issue: the obstetricians did all the deliveries. Now, however, I have worked in a small rural Manitoba hospital for three years and the "problem" of obstetrics becomes larger every year. My colleagues and I find ourselves in a very real dilemma: should we go on offering obstetrical services to our community? We doubt that we are alone in our misgivings. . . .

She relates a clinical anecdote:

Abruptio placenta, 36 weeks, FH 120 and cesarean section one and a half hours away. I sit in the ambulance. As contractions intensify, the woman cries, "Will the baby die? Please don't let the baby die!" A head is presenting: "Stop the ambulance!" My ambulance attendants, volunteers from town, watch as I guide the tiny baby out. At first the baby is limp, but with massage and oxygen, the little limbs flex and a newborn's cry fills the small space. A new mother cries with relief. Two grown men experience the ageless awe of witnessing a birth for the first time. And I experience the overwhelming relief that comes with the experience of each healthy newborn. All of us are aware of our unshed tears. . . .

What are we to do about obstetrical emergencies if we don't do obstetrics?

Her own question has become prophetic, as Dr. Younger-Lewis left for the city a few years later. Dr. Opie, her colleague (now in his 70s) stopped doing obstetrics in late 1996, and women in Pinawa must now travel to Pine Falls or Selkirk for maternity care. The community hopes that a

new graduate who has just arrived will reopen the service.

The question of what happens when a maternity program closes hasn't been asked in the Canadian setting. International data should give us cause for concern. The problem lies in the fact that rural women who travel, even to an urban centre with an excellent standard of care, have poorer outcomes than women who have local services. Nesbitt and colleagues found in the state of Washington that after they controlled for socioeconomic status, such "high-outflow communities" have 50% higher rates of prematurity, 67% more complications at birth and double the health care costs than communities with local service.⁶

Even the death rates are higher where there is no local intrapartum maternity care, as was found by Allen and Kamradt in Indiana⁷ where they attributed an excess mortality of 14.4% to lack of local physician availability ($p < 0.02$). This result was replicated, using a different methodology, by Larimore and Davis⁸ in rural Florida.

However, even if there is a new physician who wants to reopen the service, problems can arise. This happened in Blind River, Ont.⁹ This community of 3900 people historically had 50 deliveries a year covered by several GPs, 1 GP anesthetist and a semiretired surgeon. In 1984, they stopped doing obstetrics due to overwork, lack of interest and concerns regarding safety. Instead, women tended to be shipped 1.5 hours to Sault Ste. Marie. In 1988, a physician with an interest in reopening maternity services came to town and obtained hospital board support. The hospital board, however, asked a consultant obstetrician who was practising in Sault Ste. Marie to review the program and make suggestions.

As rumours of a negative report surfaced, the local United Church minister started a petition that grew to over 1000 names in support of the maternity unit. The reverend stated that 95% of people approached responded positively to the petition. The issue was covered in the local press:

As to specific comments, women who had been forced to deliver elsewhere spoke of their disappointment at having to leave the community to give birth. For them this meant separation of family at a crucial and significant moment in the life experience of the family. It had meant that the immediate family had been unable to share at the time of delivery in the arrival of the newborn — a new brother, sister, grandchild, great grandchild. It had meant also that friends had been excluded from the celebration of new life. A host of other negative factors were cited:

- separation of mothers from children
- the lengthy and oftentimes hazardous trip to the Soo[SSM] or Elliot Lake
- the problems of false labour
- quick births
- the financial burden on families. . . .

Nevertheless the consultant offered the opinion that "one tends to underestimate the sudden critical nature of one of the numerous life threatening situations that can afflict a labouring or delivering patient without prior indications of such an impending catastrophe." Evidence was presented by the newly arrived doctor to counter this judgement: just a few years earlier Black and Fyfe¹⁰ had studied all hospitals in Northern Ontario for a 2-year period (24 524 births). They attributed maternity outcome back to the hospital in or near the mother's community. Primary care hospitals that lacked cesarean section capability and had to transfer one-third of their cases had respectable perinatal mortality (13.9/1000), similar to secondary centres (12.1) staffed with obstetric and pediatric specialists.

Internationally, these results were replicated by Rosenblatt, Reinken and Showmack¹¹ in New Zealand, with rural communities having the lowest death rates (186 486 births). It appeared that in New Zealand, communities served by rural hospitals staffed by GPs and midwives had a clinically relevant and statistically significant lower perinatal mortality rate ($p < 0.01$) in all but the lowest birth-weight category. The authors suggested that this outcome might indicate that low-risk mothers fare better in low technology environments.

Sadly, the young doctor was much disappointed that arguments based on the evidence of these studies and supported by public opinion did not prevail. Consequently, he moved to practise obstetrics in another rural setting.

The decline of rural maternity care is not always so contentious. The following is an example submitted to the SRPC listserv RuralMed.¹²

We have just taken the inevitable step of discontinuing obstetrical services at our hospital. About five years ago political pressures resulted in primiparous patients being sent to a C-section site which meant effectively that people having their second babies would go there as well. Nursing staff experience became almost nil, and the doctors started to feel uncomfortable about their skills.

Sometimes the spiral of decreasing services is initiated by a loss in surgical or anesthetic support. In Campbellford, Ont., Dr. Macleod described a decline from 150 deliveries per year to none.¹³

Under pressure from . . . Hospital board idealizations, "outside certified specialists" were brought in to do most of the regularly booked anaesthetics. As expected the local GP anaesthetists eventually had to withdraw their services because of the precariously few cases with which they were able to maintain their skills.

The end result left the local physicians without any . . . backup.

At first all high risk deliveries were excluded from local care; subsequently all primips were excluded. This downward slide has continued to the extent that our

obstetrical unit is about to close.

Luckily this doesn't always happen. In Little Current, Ont., a manpower shortage in conjunction with the retirement of the doctor providing cesarean sections threatened closure of obstetrical services on the island. This would have forced 100 women annually to travel a minimum of 2.5 hours to Sudbury for care. In an effort to provide a sustainable service, a group of 5 doctors combined the rota for emergency services and obstetrics for Manitoulin Island, with shared prenatal care.¹⁴

Re-establishing maternity care in settings where there is no cesarean back-up can be accomplished despite the example of Blind River. An example of a better approach was taken in Marathon, Ont. A looming crisis due to a lack of physicians led to a community-sponsored Doctor Crisis Coalition committee that worked politically to set up an environment where physician manpower could be organized in a sustainable fashion. They were successful in attracting 5 doctors.¹⁵ Two of these doctors restarted obstetrics. Restarting the program has allowed them to set up new policies and protocols, most of which were derived, where applicable, from the SOGC guidelines. They have had excellent community support and so far, they have made 25 to 30 deliveries, and in none of these cases did the woman have to be transferred during labour.

As you can see from these anecdotes, and the rural context they describe, both good and bad things can happen in rural Canada even without a position paper. The joint position paper on rural maternity care is not a panacea and won't make a big difference in Blind River. It is an evidence-based guideline written for rural doctors by rural doctors. It legitimizes rural maternity care and describes in a permissive fashion, a wide variety of applicable guidelines, including inductions without cesarean section capability. It also recognizes the importance of having the SRPC represent rural physicians on further guidelines that affect their practice. It recognizes that more rural research needs to be done.

However, just because the combined authority of the SRPC, the CFPC and the SOGC has endorsed the joint position paper doesn't mean that there isn't opposition left out there. The paper is just a tool to be used in local efforts in support of rural women. It won't be necessary if the will of the community has taken charge and is not interested in dissonant voices as has been the case in Marathon. It won't be read by those who have already decided that a community is at risk, such as happened in Blind River. It does however, give permission to practise a wide scope of maternity care in a fashion that should be sustainable. Most of all, I hope that it might tip the balance of opinion of those who just aren't aware of life on Mars and are wondering what to do when the doctor providing cesarean sections retires. Yes, you can practise obstetrics without an obstetrician.

References

1. Shepherd J. Maximising the use of clinical skills in rural practice. Proceedings of the

- National Rural Health Conference, Australia, 1992:201-9.
2. Canadian Medical Association. Physician resource questionnaire 1995. Ottawa: CMA Masterfile, January 1997.
 3. Levitt C, Hanvey L, Avard D, Chance G, Kaczorowski J. Survey of routine maternity care and practices in Canadian hospitals. Ottawa: Health Canada and Canadian Institute of Child Health; 1995.
 4. Peddle LJ, Brown H, Buckley J, Dixon W, Kaye J, Muise M, Rees E. Voluntary regionalization and associated trends in perinatal care: the Nova Scotia Reproductive Care Program. *Am J Obstet Gynecol* 1983;145(2):170-6.
 5. Younger-Lewis C. Should we stop doing obstetrics? *Can Fam Physician* 1988;34:1024.
 6. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, Rosenblatt RA. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *Am J Public Health* 1990; 80(7):814-8.
 7. Allen D, Kamradt J. Relationship of infant mortality to the availability of obstetrical care in Indiana. *J Fam Pract* 1991;33(6):609-13.
 8. Larimore WL, Davis A. Relationship of infant mortality to availability of care in rural Florida. *J Am Board Fam Pract* 1995;8:392-9.
 9. Astles A. Board rules against elective obstetrics at St. Joseph's Hospital. *Sault Star* 1989 Jan 26;Sect B:5.
 10. Black DP, Fyfe IM. The safety of obstetric services in small communities in Northern Ontario. *CMAJ* 1984;130(5):571-6.
 11. Rosenblatt RA, Reinken J, Showmack P. Is obstetrics safe in small hospitals? Evidence from New Zealand's regionalised perinatal system. *Lancet* 1985;2:429-32.
 12. Dewar D. <mdmd@sk.sympatico.ca> (1997, Nov. 29) Life on Mars plains! <ruralmed@vml.mcgill.ca> [listserv]
 13. Macleod S. Obstetrics and manpower [letter]. *Can Fam Physician* 1988;34:2621.
 14. Osmun WE, Poenn D, Buie M. Dilemma of rural obstetrics: one community's solution. *Can Fam Physician* 1997;43:1115-9.
 15. O'Reilly M. Medical recruitment in rural Canada: Marathon breaks the cycle *CMAJ* 1997;156(11):1593-6.



President's message: CMA affiliates' committee

Keith MacLellan, MD
Shawville, Que.
President, Society of Rural Physicians of Canada

CJRM 1998;3(2):72

[[français](#)]

The Canadian Medical Association (CMA) Committee of Affiliates comprises representatives from some 40 national physician organizations, including specialist groups such as the Canadian Anaesthetists' Society, the Canadian Association of General Surgeons and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Also included are national interest groups such as the Federation of Medical Women of Canada and the Canadian Medical Protective Association. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, the College of Family Physicians of Canada and the Medical Council of Canada are also members. Finally, the universities are represented by the Association of Canadian Medical Colleges and the provincial licensing bodies by the Federation of Medical Licensing Authorities of Canada.

The affiliates' committee gives advice directly to the Board of the CMA. With some trepidation, the SRPC (also a member) presented 3 resolutions on Jan. 24, 1998:

- That the CMA encourage its divisions to promote the formation of strong, independent sections of rural medicine.
- That the CMA study the whole issue of special skills training for rural GPs.
- That the CMA form partnerships with affiliate societies to research the role of info-technology in rural health care.

Other than 1 abstention on the second resolution, these proposals were passed unanimously and will now go to the CMA Board. I was pleasantly surprised.

Meanwhile, down in the trenches, another political aspect of rural medicine is unfolding. As I write (early February), 22 rural docs in British Columbia have carried out their stated intentions

to stop delivering emergency services until the issue of on-call compensation is resolved. The population seems to be on their side, but officials at the provincial Ministry of Health are playing it tough.

Rural medicine is a personal form of medicine, where continuity of care and service to the community predominate. Withdrawing emergency services does not come easily to rural doctors. So it is a sad commentary on our medical and political systems that this disagreeable tactic sometimes must be used to prevent the other 2 options: burning out or moving out. The SRPC had its start in similar work actions in Mount Forest, Ont., and Shawville, Que. It worked in Mount Forest, it worked in Shawville and it stabilized the whole delivery of rural emergency services in Ontario and Quebec, although much still remains to be done.

The SRPC needs to improve its support to rural communities and their doctors who are in crisis. This can be done with a political action committee that can furnish literature and videos and from the experiences of others who have faced similar situations. It can lobby those provincial, municipal and medical bodies that are able to make a difference. Most of all, it can provide moral support to rural docs.

The resolutions that the SRPC presented will help from the top down. For example, a strong and independent rural section in the British Columbia Medical Association will help focus the realities of rural medicine in that province. Now we will hone our help from the bottom up. Stay tuned, and give a thought to your buddies in British Columbia.

[CMA Affiliated Societies](#)

© 1998 Society of Rural Physicians of Canada



Message du président : le Comité des sociétés affiliées de l'AMC

Keith MacLellan, MD
Shawville (Québec)
Président, Société de médecine rurale du Canada

JCMR 1998;3(2):73

[[English](#)]

Le Comité des sociétés affiliées de l'Association médicale canadienne (AMC) regroupe des représentants d'une quarantaine d'organisations nationales de médecins, y compris des groupes de spécialistes comme la Société canadienne des anesthésistes, l'Association canadienne des chirurgiens généraux et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Y sont aussi représentés des groupes d'intérêt nationaux comme la Fédération des femmes médecins du Canada et l'Association canadienne de protection médicale. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et le Conseil médical du Canada y siègent aussi. Enfin, les universités y sont représentées par l'Association des facultés de médecine du Canada et les ordres provinciaux, par la Fédération des ordres des médecins du Canada.

Le Comité des sociétés affiliées conseille directement le Conseil d'administration de l'AMC. C'est avec un peu d'appréhension que la SMRC (qui en est aussi membre) a présenté trois résolutions, le 24 janvier 1998 :

- Que l'AMC encourage ses divisions à promouvoir la création de sections indépendantes solides de médecine rurale.
- Que l'AMC étudie toute la question de la formation spécialisée dont ont besoin les omnipraticiens ruraux.
- Que l'AMC établisse des partenariats avec des sociétés affiliées afin d'effectuer des recherches sur le rôle de l'infotechnologie dans les soins de santé en milieu rural.

Sauf une abstention dans le cas de la deuxième résolution, ces propositions ont été adoptées à l'unanimité et seront maintenant soumises au Conseil d'administration de l'AMC. J'ai été

agréablement surpris.

Il y a entre-temps un autre aspect politique de la médecine rurale qui se déroule dans les tranchées. Au moment où je rédige ces lignes (début de février), 22 médecins ruraux de la Colombie-Britannique qui avaient annoncé qu'ils cesseraient de fournir des services d'urgence jusqu'à ce que la question de la rémunération des périodes de garde soit réglée ont agi. La population semble les appuyer, mais les dirigeants du ministère provincial de la Santé jouent dur.

La médecine rurale est une façon personnelle de pratiquer la médecine, qui est marquée par la continuité des soins et le service à la communauté. Il n'est pas facile pour les médecins ruraux de refuser de fournir des services d'urgence. Il est donc triste pour nos systèmes médicaux et politiques que les médecins doivent parfois recourir à cette tactique désagréable pour éviter les deux autres possibilités : l'épuisement ou le déménagement. La SMRC a vu le jour à la suite d'interventions semblables à Mount Forest (Ontario) et à Shawville (Québec). Ces interventions ont porté fruit à Mount Forest et à Shawville et ont stabilisé toute la question de la prestation des services d'urgence en milieu rural en Ontario et au Québec, même s'il reste encore beaucoup à faire.

La SMRC doit améliorer l'appui qu'elle accorde aux communautés rurales et à leurs médecins qui sont en situation de crise. Il est possible de le faire par l'entremise d'un comité d'action politique qui peut fournir des documents imprimés et électroniques et grâce aux expériences d'autres intervenants qui ont connu des situations semblables. La Société peut exercer des pressions sur les entités provinciales, municipales et médicales qui peuvent faire une différence. Elle peut surtout appuyer moralement les médecins ruraux.

Les résolutions que la SMRC a présentées seront utiles d'amont en aval. Par exemple, une section rurale solide et indépendante de l'Association médicale de la Colombie-Britannique aidera à attirer l'attention sur la réalité de la médecine rurale dans cette province. Nous allons maintenant améliorer notre aide d'aval en amont. Demeurez à l'écoute et n'oubliez pas vos amis de la Colombie-Britannique.

[Sociétés affiliées de l'AMC](#)

© 1998 Société de la médecine rurale du Canada



Rural Obstetrics.

Joint position paper on rural maternity care

Joint Working Group of the Society of Rural Physicians of Canada, the College of Family Physicians of Canada Committee on Maternity Care, and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

CJRM 1998;3(2):75

[[français](#)]

This document has been prepared by the Joint Working Group of the Society of Rural Physicians of Canada (SRPC), the College of Family Physicians of Canada (CFPC) Committee on Maternity Care, and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), whose members were: Stuart Iglesias, MD, Hinton, Alta.; Stefan C.W. Grzybowski, MD, MClSc, Vancouver, BC; Michael C. Klein, MD, CCFP, FAAP (Neonatal-Perinatal), Vancouver, BC; Guy Paul Gagné, MD, FRCSC, FSOGC, LaSalle, Que.; André Lalonde, MD, FRCSC, FSOGC, MSc, Ottawa, Ont.

This document has been and approved by the Council of the Society of Rural Physicians of Canada

See also:

- [Shared skill sets: a model for the training and accreditation of rural advanced skills](#)
- [Rural medicine NEEDS advanced skills](#)

Contents

- [Introduction](#)
- [The objectives](#)
- [The definition of rural](#)

- [The evidence for the safety of rural maternity care](#)
 - [Defining principles](#)
 - [The recommendations](#)
 - [References](#)
 - [Appendix 1. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada guidelines for obstetrical care](#)
-

The Society of Rural Physicians of Canada (SRPC), the College of Family Physicians of Canada (CFPC) Committee on Maternity Care and the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) share a commitment to provide the best maternity care possible for Canadian women. Representatives of these 3 organizations have formed a joint working group to develop policies and guidelines to support rural maternity care. The working group recognizes that input from rural women, nurses, midwives and physicians will be essential to the ultimate success of the implementation of these guidelines.

Every woman in Canada who resides in a rural community should be able to obtain quality maternity care as close to home as possible. Whenever feasible she should give birth in her own community within the supportive circle of her family and friends. Respect for these women requires that public policy and clinical care guidelines support the provision of quality maternity care programs in rural Canada.

[[Contents](#)]

The objectives

- To recognize and publicize that women should be able to give birth safely in rural Canada.
- To confirm that maternity care in rural communities is effective, appropriate and safe with particular attention to those communities without local cesarean section capability.
- To encourage organizers of rural maternity programs to adopt evidence-based best practice standards.
- To support rural physicians, nurses and midwives in acquiring the basic training, continuing professional education and special skills needed for rural maternity practice.
- To establish an evidence-based framework so that local risk-management policies for rural obstetrics formulated by the licensing bodies, referral hospitals and academic departments

are consistent across the country.

- To assist women, communities and local professional staff in gaining a greater sense of ownership in the local maternity service.
- To promote the development of high-quality rural perinatal databases.
- To provide a framework and criteria for audit and peer review.

[[Contents](#)]

The definition of rural The definition of rural is multifactorial and necessarily somewhat arbitrary. It depends upon the size of the population, the size of the medical staff, the number of specialist medical staff on site, the health care facilities and level of technology available, and remoteness.

"In general terms, rural practice can be defined as practice in non-urban areas where most medical care is provided by a small number of general practitioners/family doctors with limited or distant access to specialist resources and high technology health care facilities." 1 This excludes all urban and suburban communities and all secondary care centres that enjoy reasonable access to tertiary care facilities. It is unclear whether some of the larger but very remote secondary care centres should be considered rural.

A practical definition in current Canadian application defines "rural remote" as communities ranging from about 80 to 400 km from a major regional hospital and "rural isolated" as communities more than 400 km away or about 4 hours transport time in good weather. In some of the agricultural zones of Canada, the population is widely dispersed and served by hospitals that are rural in nature but within 80 km of small urban centres. These small hospitals function relatively independently to provide safe and adequate maternity care. Facilities that meet these characteristics can be defined as "rural close."²

The recent publication of Leduc's General Practice Rurality Index (GPRI) provides a better tool for the assessment of a community's rural nature than one based on distance alone.³ The index assigns point scores to remoteness from the closest advanced referral centre, remoteness from the closest basic referral centre, catchment population size, number of general practitioners and specialists, and the presence of an acute care hospital.

Maternity care in rural Canada will always be provided with various levels of intensity. Personal attitudes, staffing and resource issues, communication and transport obstacles and levels of training will influence more cautious risk-management strategies in some rural hospitals. Some

patients will choose, when fully informed of the risks and benefits, to travel to a larger centre to give birth. All of these decisions should be fully supported within this position paper.

However, there are other rural maternity programs where nurses, midwives and physicians who have excellent training and are involved with continuing professional education are committed to a much greater intensity of obstetrical care. They have the full support of their patients and their communities. They might wish to provide oxytocin augmentation of labour and induction of labour by various methods and/or to provide a full range of obstetrical analgesia options and/or to acquire special skills training. This position paper should provide the framework and mechanism to ensure that conditions for safety, appropriateness and accountability are met within a risk-management strategy that belongs to the women, their communities and their local professional staff.

This position paper should provide a platform sufficiently large to accommodate the variety of existing rural maternity programs while encouraging and validating the quality of rural maternity care.

[[Contents](#)]

The evidence for the safety of rural maternity care A MEDLINE search of the literature (1980 to 1997) was done using key words rural and obstetrics and cross-searching with the MeSH headings of maternity, perinatal, asphyxia and cesarean section. Articles that were included were well-constructed retrospective or cohort studies and relevant to the questions postulated below. There were no relevant randomized controlled trials. This search was supplemented by consultations with Tom Nesbitt and Roger Rosenblatt, both of whom have conducted research in this area.^{4,5}

To be considered valid in a Canadian context, we required that data be derived from organized perinatal systems facilitating consultation and transfer between the rural settings and the perinatal centres to which they referred.

Is a limited local rural obstetrical service better than no local obstetrical service?

The only studies available that address this question are from the United States. A study from Washington state showed that women who live in communities with poor local access (what Nesbitt called high-outflow communities) are more likely to bear infants who are premature, have prolonged hospitalizations with higher costs, or both.⁴ Larimore and Davis showed a significant quantifiable increase in infant mortality due to lack of maternity caregivers in rural Florida.⁶

Lack of local maternity services leads to potential isolation and compromise of women who do not have the financial means to travel to other communities to seek their routine antenatal and

intrapartum care. No one will be trained to handle emergencies. Absence of intrapartum care will lead to reduced resources and expertise for antenatal care.

Is a small rural maternity service safer with cesarean section capability than without?

A comparison of similar rural services with and without cesarean section capability has not been done. It would be essential for communities that presently have cesarean section capability to maintain this service until such evidence is available. It would also be appropriate for communities that are presently successfully providing maternity services without local cesarean section capability to continue to provide maternity service. There are 125 hospitals in Canada that provide maternity service without full time cesarean section capability on site.⁷

Are the outcomes of rural hospitals as good as urban maternity services?

The research envelope is thin. A limited number of studies have compared the outcomes of care in different size hospitals, the smallest of which do not have cesarean section capability. Black and Fyfe looked at pregnancies and deliveries in Northern Ontario.⁸ They attributed all pregnancy outcomes to the place of residence of the mother and the hospital within the catchment area in which she lived. They showed that populations served by small level I hospitals had perinatal loss rates similar to the rates in those served by larger secondary or tertiary care facilities, even when all adverse outcomes were attributed back to local hospitals.

In Nova Scotia, Peddle and colleagues⁹ showed that small community hospitals with less than 100 deliveries per year had the lowest perinatal morbidity and mortality rates in the province. These small hospitals did 23% of the deliveries in Nova Scotia.

A population-based study from remote British Columbia demonstrated no adverse perinatal outcomes attributable to lack of local cesarean section capability in 5 years of maternity care.¹⁰

International data from Australia and New Zealand show that women delivering in rural hospitals manned exclusively by GPs and midwives, with and without immediate cesarean section capability, have fewer premature births, and fewer hypoxic infants and lower birth-weight-specific mortality rates than the level II and III centres to which they refer.^{5,11}

In summary, the available evidence suggests that rural hospitals with limited services and, in many cases, without local cesarean section capability, do offer acceptably safe maternity care. Furthermore, and perhaps more importantly, populations served by rural hospitals that do not offer maternity care seem to have worse perinatal outcomes.

Although limited, the data clearly support the maintenance of rural maternity care services for women in Canada.

Research agenda

The above studies, with the exception of the New Zealand data,⁵ are small in size. The New Zealand study is large but weakened by the fact that outcomes are correlated with hospital of delivery rather than with the hospital of residence of the mother, as was done by Black and Fyfe in Northern Ontario.⁸ There is an urgent need for Canadian research on the maternal and neonatal outcomes of births in small hospitals. We need to compare the care and safety of populations served by similar rural hospitals, with and without local cesarean section capability, and we need more information about the outcomes for rural communities that have lost their local maternity service.

Audit of outcomes

We need to establish large coordinated databases at provincial and national levels that have the ability to compare practices and outcomes. Ideally, results should be attributed to maternity services by maternal residence within the catchment area of each hospital rather than by place of birth. This will measure the outcomes for the system of care rather than for a selected population that delivers locally. At the same time the population-based ratio of local delivery and intrapartum transfer will provide important quality-of-care indicators.

Hospital-based statistics will allow assessment of hospital and practitioner practices and will provide the basis for feedback, which should promote quality improvement initiatives at a local level. The Northern and Central Alberta Education and Audit Program (NCAEAP) is an example of a hospital-based audit system that is already up and running. It was established in 1991, includes most level I, II and III hospitals in the province and provides comparative hospital statistics and confidential physician statistics to participants. Similar databases exist in British Columbia and Nova Scotia. What is required is a national collaboration with standardized data collection. This should be available in due course through the Canadian Perinatal Surveillance System.

[[Contents](#)]

Defining principles Regionalization

Women at higher risk for adverse maternal and/or perinatal outcomes should deliver in centres with the facilities to manage the complications of labour and delivery. The regionalization of maternity care, similar to the regionalization of all medical and surgical care in Canada, appears to serve rural communities very well. Regionalization is widely accepted by patients and health professionals, especially in rural Canada, and is perceived to be an excellent organizing principle for maternity care.

Risk management

Risk can never be completely avoided. As long as communities include women of childbearing age, obstetrical risk will exist. Although some risk can be anticipated, a substantial portion of adverse outcomes is unexpected. For example, in a Manitoba general hospital, 10% of infants with a low-risk score prior to delivery required resuscitation at delivery.¹²

Some patients at increased risk can be identified during the antepartum period and transferred prior to delivery; however, transfer itself is associated with risk. Intrapartum events require frequent assessment of risk, disclosure of this risk and informed consent.

The responsibility for the management of complications and risks in maternity care rests with the local care unit. Local professional staff, hospital boards and the local community need to develop and maintain a comprehensive system to deal with complications that may develop. Practice and procedures should be evidence- and guideline-based.

In addition, a formal risk-management process should be in place. Risk management is a continuous process.¹³ It starts with identification and analysis of risk, proceeds to the establishment of actions to manage risk and evaluates the results, which leads to further identification and analysis in a cyclical fashion of continuous quality improvement.

Guidelines

The SOGC has developed a number of guidelines that provide a basic strategy for managing common maternity care issues (see [Appendix 1](#)). The SRPC and the CFPC Committee on Maternity Care also endorse them as appropriate and applicable for rural practice except for minor concerns related to the Fetal Health Surveillance guidelines (Appendix 1). In principle, guidelines should be applied uniformly to the care of all low-risk maternity care in Canada. Future maternity care guidelines issued by any of the 3 organizations should be subject to an expeditious and effective process of joint consultation and approval.

The SOGC has stated that "Clinical Practice Guidelines do not define the standard of care nor are they intended to dictate an exclusive course of treatment to be followed."¹⁴ The organization has further asserted that "Variations of practice, taking into account the needs of individuals, patient resources, and the limitations unique to the institutions or type of practice may be appropriate. A guideline can, and will, be modified according to local conditions. If so, it should be documented in individual departments and/or hospitals."

This tolerance of flexibility in local application of SOGC guidelines should not be construed as an acceptance of a lower standard of care in rural Canada. The standard of care for a low-risk maternity patient should be the same in the smallest level I hospital as it is in tertiary care centres.

In order to achieve this, (1) we must sustain a commitment to providing the human and financial resources necessary to meet national maternity care standards in rural Canada, and (2) it is critical to appreciate that the loss of local maternity services for rural communities may well be associated with worse perinatal outcomes for the population served, even when patients travel to maternity centres with an excellent standard of care.

Evidence-based medicine

We should all strive to practise according to the best evidence-based information available. Critical appraisal of relevant literature should guide policy and practice guideline development. A summary and meta-analysis of randomized controlled trials is presented in the Cochrane Library.¹⁵ Where the information does not yet exist we should encourage appropriate research to be done.

Informed choice

Women and their maternity care providers should be partners in choice. Informed consent requires full disclosure to prospective mothers of the advantages and limitations of the local maternity care service, consistent with guidelines and audit of local outcomes. This should include a discussion of anticipated obstetrical risk as well as time-frame modality and risk of transport to a secondary or tertiary care centre. Each woman should have the opportunity to choose where she will seek her maternity care. This process of disclosure and consent must continue through the intrapartum period as risk is periodically re-evaluated during the progress of labour.

Characteristics of a safe rural maternity service

A rural risk management strategy should include, as a minimum:

- A qualified, competent and committed professional staff.
- Sufficient financial and technical resources to meet national standards of care.
- Detailed written transport protocols.
- Open lines of communication and collaboration with regional referral centres.
- Continuing audit and quality improvement programs.

[[Contents](#)]

The recommendations

1. Women in Canada who reside in a rural community should receive high-quality maternity

care.

2. Rural hospitals should, within a regionalized risk management system, offer maternity care to a low-risk population. While anesthetic and surgical services are desirable, the available evidence suggests that good outcomes can be sustained within an integrated risk-management system without local access to operative delivery.
3. There should be a single standard of care for the provision of maternity care services to low-risk women.
4. A formally documented risk-management strategy should be developed by rural maternity care services. It should include issues of management of obstetrical risk, regionalized care, local resources and transfer options.
5. Maternity care providers should be skilled in a recognized emergency skills and risk-management course such as Advanced Life Support in Obstetrics/ Advanced Labour and Risk Management (ALSO/ALARM) and Neonatal Resuscitation Program (NRP). This should be consolidated in a single program and delivered throughout rural Canada.
6. The SOGC, CFPC and SRPC should promote the general application of the SOGC guidelines to rural Canada. In order to reflect a single standard of perinatal care, the guidelines will be amended, where appropriate, to recognize the realities of rural practice. The pertinent obstetrical guidelines and policies are listed in Appendix 1.
7. Regional perinatal databases should be population based. Linkages between these databases should be created to advance the rural maternity care research agenda and allow for the effective comparison of outcomes.
8. Regional perinatal databases should provide hospitals and maternity care providers with the information required for audit and Continuous Quality Improvement (CQI).
9. Future maternity care guidelines issued by any of our 3 organizations should be subject to an expeditious and effective process of joint consultation and approval.

[[Contents](#)]

References

1. Rourke J. In search of a definition of "rural." [Can J Rural Med 1997;2\(3\):113-5.](#)
2. Canadian Association of Emergency Physicians. Recommendations for the management

of rural remote and rural isolated emergency health care facilities in Canada. Ottawa: The Association; 1997. p.6.

3. Leduc E. Defining rurality: a general practice rurality index for Canada. [Can J Rural Med 1997;2\(3\):125-31.](#)
4. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, Rosenblatt RA. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *Am J Public Health* 1990; 80(7):814-8.
5. Rosenblatt RA, Reinken J, Showmack P. Is obstetrics safe in small hospitals? Evidence from New Zealand's regionalised perinatal system. *Lancet* 1985;2:429-31.
6. Larimore WL, Davis A. Relationship of infant mortality to availability of care in rural Florida. *J Am Board Fam Pract* 1995;8:392-9.
7. Levitt C, Hanvey L, Avard D, Chance G, Kaczorowski J. Survey of routine maternity care and practices in Canadian hospitals. Ottawa: Health Canada and Canadian Institute of Child Health; 1995.
8. Black DP, Fyfe IM. The safety of obstetric services in small communities in Northern Ontario. *CMAJ* 1984;130:571-6.
9. Peddle LJ, Brown H, Buckley J, Dixon W, Kaye J, Muise M, Rees E. Voluntary regionalization and associated trends in perinatal care: the Nova Scotia Reproductive Care Program. *Am J Obstet Gynecol* 1983;145(2):170-6.
10. Grzybowski SC, Cadesky AS, Hogg WE. Rural obstetrics: a 5-year prospective study of the outcomes of all pregnancies in a remote northern community. *CMAJ* 1991;144(8):987-94. [10-year results are available from the authors.]
11. Woollard LA, Hays RB. Rural obstetrics in NSW. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1993;33(3):240-2.
12. Hall PF, Harrison M, Brown R. Risks of risk scoring [abstract]. *Int J Obstet Gynaecol* 1994;46:100.
13. Task Force on Cerebral Palsy and Neonatal Asphyxia. *J Soc Obstet Gynaec Can Part I* 1996;18(12):1267-79, Part II 1997;19(1):35-48, Part III 1997;19(2):139-54.
14. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Annotation on all guidelines.
15. The Cochrane Library [Database on disc and CD-ROM]. Oxford: The Cochrane Collaboration; 1996 [updated quarterly].

[[Contents](#)]

Appendix 1. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada guidelines for obstetrical care

Title

Publication date

Statement on the prevention of early-onset group B streptococcal infections in the newborn	June 1997
HIV testing in pregnancy	June 1997
Post-term pregnancy	March 1997
Number of deliveries to maintain competence	November 1996
Early discharge and length of stay for term birth	October 1996
Induction of labour	October 1996
Attendance at labour and delivery: guidelines for physicians	August 1996
Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation	December 1995
Task force on cerebral palsy and neonatal asphyxia	December 1995
The safe and appropriate use of forceps	December 1995
Healthy beginnings: guidelines for care during pregnancy and childbirth	December 1995
Guidelines for the management of nausea and vomiting	November 1995
Dystocia	October 1995
Canadian consensus on breech management at term	November 1994
Maternal/fetal transport	December 1992
Toward the rational management of herpes infection in pregnant women and their newborn infants	August 1992
Routine screening for gestational DM in pregnancy	June 1992
<hr/>	
*Fetal health surveillance in labour (parts 1 to 3 and conclusion)	October 1995 to January 1996

*This guideline is generally appropriate for rural practice. There needs to be further discussion on 2 points. First, the recommendation to submit cord gases routinely is primarily a risk-management strategy, and the evidence demonstrating an improvement in perinatal outcomes is still under study. Second, if evidence confirms the benefits of fetal scalp blood sampling, a single standard of care would preclude special exemption for rural Canada.

© 1998 Society of Rural Physicians of Canada



Obstétrique rurale. Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural

Le groupe de travail mixte de la Société de la médecine rurale du Canada, du Comité sur les soins maternels du Collège des médecins de famille du Canada et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

JCMR 1998;3(2):83

[[English](#)]

La présente déclaration de principe a été élaborée par le groupe de travail mixte de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), du Comité sur les soins maternels du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) dont les membres étaient : Stuart Iglesias, MD, Hinton (Alberta); Stefan C.W. Grzybowski, MD, CCFP, MCISc, Vancouver (Colombie-Britannique); Michael C. Klein, MD, CCFP, FCFPC, FAAP (Neonatal-Perinatal), Vancouver (Colombie-Britannique); Guy Paul Gagné, MD, FRCSC, FSOGC, LaSalle (Québec); André Lalonde, MD, FRCSC, FSOGC, MSc, Ottawa (Ontario)

Ce document a été révisé et approuvé par le Conseil de la Société de la médecine rurale du Canada.

Table des matières

- [Introduction](#)
- [Objectifs](#)
- [Définition du terme «rural»](#)
- [Arguments en faveur de soins maternels sécuritaires en milieu rural](#)
- [Définition des paramètres](#)
- [Recommandations](#)
- [Références](#)
- [Annexe 1. Directives cliniques de la SOGC sur les soins obstétricaux care](#)

La Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), le Comité sur les soins maternels du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) partagent le même engagement d'offrir des soins maternels optimaux aux Canadiennes. Un groupe de travail mixte composé de représentants de ces trois organismes a élaboré des politiques et des directives pour soutenir la prestation des soins maternels en milieu rural. Le groupe de travail reconnaît que l'implantation des recommandations est ultimement tributaire de la participation des femmes en milieux ruraux ainsi que des infirmières, sages-femmes et médecins qui y œuvrent.

Une Canadienne qui habite en milieu rural devrait avoir accès à des soins maternels de qualité et ce, le plus près possible de chez elle. Elle devrait, si cela est possible, accoucher dans sa localité, entourée du soutien de ses parents et amis. Par respect pour ces femmes, les politiques gouvernementales et les directives cliniques doivent promouvoir la mise en œuvre de programmes de soins maternels de qualité dans les régions rurales du Canada.

[[Table des matières](#)]

Objectifs

- De reconnaître et d'affirmer publiquement qu'une Canadienne qui habite en milieu rural doit pouvoir y accoucher en toute sécurité.
- D'affirmer, en portant une attention particulière aux collectivités rurales où on ne peut pratiquer de césarienne, que les soins maternels dispensés en milieu rural sont efficaces, appropriés et sécuritaires.
- D'inciter les responsables de programmes de soins maternels en milieu rural à adopter les normes les plus exigeantes d'une médecine axée sur les preuves scientifiques.
- D'aider les médecins, les infirmières et les sages-femmes qui œuvrent en milieu rural à acquérir les compétences de base, la formation professionnelle continue et les habiletés particulières nécessaires à la pratique des soins maternels en milieu rural.
- D'établir un cadre de pratique axé sur les preuves scientifiques de sorte qu'on puisse uniformiser par tout le pays les politiques locales de gestion de risque dans la pratique de l'obstétrique en milieu rural qu'élaborent les organismes de réglementation professionnelle, les services d'hôpitaux spécialisés et les départements universitaires.

- De contribuer à développer un sentiment de responsabilisation chez les femmes, les collectivités et le personnel qui y travaillent envers leur service local de soins maternels.
- D'encourager l'élaboration de bases de données périnatales en milieu rural.
- D'élaborer un cadre de travail et des critères qui facilitent l'examen des résultats par les pairs.

[[Table des matières](#)]

Définition du terme «rural»

La définition du terme «rural» comporte plusieurs facettes et l'interprétation qu'on en fait sera nécessairement plus ou moins arbitraire. Elle peut aussi bien refléter le nombre d'habitants d'une région, l'effectif du personnel médical, le nombre de médecins spécialistes qui s'y trouvent, les établissements de soins de santé et l'équipement technologique sur place, que l'isolement.

«En général, la pratique en milieu rural est celle qui se pratique en milieu non urbain, où les soins médicaux sont dispensés par un nombre restreint d'omnipraticiens / médecins de famille et où l'accès aux médecins spécialistes et aux établissements de soins de santé de pointe est limité ou à une grande distance.¹»

Cette définition exclut donc toutes les collectivités de milieu urbain ou de la banlieue ainsi que les établissements de soins santé de niveau II qui bénéficient d'un accès assez facile à un hôpital de niveau III. Il n'est pas certain qu'on doive désigner comme ruraux les grands hôpitaux de niveau II situés à une grande distance des grandes villes.

En pratique, actuellement au Canada, on définit une région «rurale et éloignée» comme étant située entre 80 et 400 km d'un grand centre hospitalier régional et une région «rurale isolée» comme étant située à plus de 400 km ou à environ 4 heures de voyage par beau temps d'un tel centre. Au Canada, certaines régions rurales dont les populations sont très dispersées sont desservies par des centres hospitaliers de nature rurale bien que situés en deça de 80 km de petits centres urbains. Ces petits centres hospitaliers fonctionnent de façon relativement autonome et offrent des soins maternels adéquats et sécuritaires. Les établissements de ce genre sont classés «ruraux rapprochés»².

L'indice de ruralité en pratique générale formulé par Leduc est un instrument plus adéquat qui ne tient pas simplement compte de la distance pour juger de la «ruralité» d'une collectivité³. On y accorde des points selon les critères suivants : l'éloignement d'un centre de référence de pointe, l'éloignement d'un centre de référence de niveau I, l'importance du bassin de population, le

nombre de médecins de famille et de spécialistes, et la présence d'un centre hospitalier de soins actifs.

Au Canada, on prodigue, en milieu rural, divers types de soins maternels. Dans certains centres hospitaliers, on appliquera des stratégies de gestion de risque plus prudentes en fonction des attitudes personnelles, des problèmes au niveau du personnel et des ressources, des difficultés quant à la communication et au transport, et selon les compétences. Connaissant bien les avantages certains et les risques inhérents, certaines patientes décideront de se déplacer pour accoucher dans un plus grand centre. Toutes ces décisions devraient être appuyées dans le cadre de cette déclaration de principe.

Il existe cependant, en milieu rural, des programmes de soins maternels où infirmières, sages-femmes et médecins ont reçu une excellente formation, participent aux programmes de formation professionnelle continue et ont à cœur d'offrir des soins obstétricaux de qualité supérieure. En cela, ces personnes jouissent de l'appui de leurs patientes et de la collectivité. Elles peuvent, par exemple, vouloir stimuler le travail par l'administration d'oxytocine ou le déclencher par divers moyens, offrir une gamme complète de choix d'analgésiques ou encore acquérir des compétences particulières. La présente déclaration se veut un cadre de travail qui assurera que les conditions de sécurité, de prestation de soins appropriée et de responsabilité seront respectées suivant une stratégie de gestion du risque établie à l'intention des femmes, de la collectivité et du personnel professionnel.

Les recommandations proposées dans la présente déclaration peuvent s'adapter aux différents programmes de soins maternels en milieu rural tout en encourageant et en reconnaissant l'excellence de ces soins.

[[Table des matières](#)]

Arguments en faveur de soins maternels sécuritaires en milieu rural

On a procédé à une recherche de la base de données MEDLINE concernant les ouvrages parus de 1980 à 1997 à partir des mots vedettes-matières MeSH (Medical Subject Headings) rural et obstetrics qu'on a recoupé avec les termes maternity, perinatal, asphyxia et cesarean section. On a retenu des études de cas-témoins et des études comparatives par cohortes bien structurées ayant rapport aux questions soulevées plus bas. On n'a relevé aucune étude sur échantillon aléatoire et contrôlé. De plus, Tom Nesbitt et Roger Rosenblatt, qui tous deux ont effectué des recherches en la matière, ont été consultés^{4,5}.

On a estimé qu'en raison du contexte canadien, les seules études valables étaient celles dont les données avaient été obtenues à partir de services périnataux structurés où on facilite la consultation et où les patientes en milieu rural peuvent être dirigées vers un centre de

périnatalogie.

En milieu rural, est-il préférable d'avoir un service d'obstétrique aussi limité soit-il, que de ne pas en avoir du tout?

Les seules études disponibles sur le sujet proviennent des États-Unis. Une étude menée dans l'état de Washington démontre que les femmes qui habitent dans des localités où l'accès aux soins locaux est difficile (que John Nesbitt a appelées high outflow communities) sont plus sujettes à accoucher prématurément, à nécessiter une hospitalisation prolongée et coûteuse, ou les deux⁴. Larimore et Davis ont observé une hausse significative et chiffrable de mortalité chez les nouveau-nés, attribuable à la pénurie de prestataires de soins maternels dans les régions rurales de la Floride⁶.

Le manque de services maternels locaux peut mener à un isolement et nuire à la santé des femmes qui n'ont pas les moyens de se déplacer vers une autre localité pour y recevoir les soins prénatals et intrapartum courants. Personne n'aura la formation nécessaire pour prendre en mains les cas urgents. L'absence de soins intrapartum ne mènera qu'à une réduction des ressources et de l'expertise en soins prénatals.

Un service de soins maternels de petite taille en milieu rural où l'on peut pratiquer des césariennes est-il plus sécuritaire qu'un service où cela est impossible?

On n'a encore jamais effectué, en milieu rural, de comparaison entre les services où on a la possibilité d'effectuer une césarienne et ceux où on ne l'a pas. Il est donc essentiel que, dans les localités où l'on a la possibilité d'effectuer des césariennes, on continue à le faire, et ce, jusqu'à ce qu'une telle étude soit disponible. Il serait également opportun qu'on continue à offrir des soins maternels dans les localités où l'on a présentement un bon service en obstétrique, mais sans possibilité de faire des césariennes. Il existe actuellement, au Canada, 125 centres hospitaliers où l'on offre des soins obstétricaux sans qu'on puisse y pratiquer de césarienne⁷.

Les résultats des programmes obstétricaux des hôpitaux ruraux sont-ils comparables aux résultats obtenus dans les hôpitaux urbains?

La recherche n'est pas abondante. Il existe très peu d'études comparatives par rapport aux résultats obtenus à la suite de soins reçus dans les hôpitaux de différentes tailles dont les plus petits n'offrent pas de possibilité de césarienne. Black et Fyfe ont étudié les grossesses et les accouchements dans le nord de l'Ontario⁸. Ils ont attribué l'issue des grossesses au lieu de résidence de la mère et à l'hôpital desservant le bassin de population où elle habitait. Ils ont démontré que, même quand les issues périnatales défavorables étaient attribuées au centre hospitalier local, le taux de mortalité périnatale était comparable, que la population soit desservie par un hôpital de niveau I ou par un plus grand centre de niveau II ou III.

En Nouvelle-Écosse, Peddle et ses collègues ont constaté que les petits centres hospitaliers communautaires avec un débit de moins de cent accouchements par année avaient le taux le plus bas de mortalité et de morbidité de la province⁹. Ces centres avaient effectué 23 % des accouchements dans la province.

Une étude qui a porté sur les soins maternels offerts sur une période de cinq ans aux populations éloignées de la Colombie-Britannique n'a indiqué aucune issue défavorable attribuable à l'impossibilité de pratiquer la césarienne¹⁰.

Des données d'ordre international provenant de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande indiquent que les femmes qui accouchent dans les hôpitaux ruraux dont les effectifs ne comptent que des omnipraticiens et des sages-femmes, qu'ils aient ou non la possibilité de pratiquer des césariennes, ont moins d'accouchements prématurés et moins de bébés souffrant d'hypoxie, ainsi que des taux de mortalité périnatale inférieurs par poids spécifique que les patientes qui accouchent dans les centres de soins de niveau II et III vers lesquels on dirige habituellement les grossesses^{5,11}.

Bref, les preuves semblent indiquer que les hôpitaux ruraux dont les services sont limités et où il n'y a souvent pas de possibilité d'effectuer des césariennes offrent des soins maternels raisonnablement sécuritaires. Qui plus est, et c'est sans doute là le plus important, les populations desservies par des hôpitaux ruraux qui n'offrent pas de soins maternels semblent avoir des résultats périnataux plus défavorables.

Bien que limitées, les données canadiennes indiquent clairement que les services maternels en milieu rural devraient être maintenus.

L'orientation de la recherche

À l'exception de l'étude portant sur les naissances en Nouvelle-Zélande⁵, les recherches citées plus haut ont porté sur de faibles échantillonnages. La faiblesse de l'étude néo-zélandaise est attribuable au fait que les résultats ont été imputés à l'hôpital où l'accouchement a eu lieu plutôt qu'à l'hôpital qui dessert la collectivité où habite la mère, comme ce fut le cas dans l'étude de Black et Fyfe dans le nord de l'Ontario⁸. Il est urgent qu'on entreprenne, au Canada, une étude portant sur les résultats, tant pour la mère que pour le nouveau-né, des accouchements dans ces petits hôpitaux. Il faudrait également comparer les questions de sécurité et de soins prodigués aux populations desservies par de petits hôpitaux avec ou sans possibilité de césarienne. Il faudrait encore plus de renseignements quant aux résultats dans les collectivités où il n'y a plus de service de maternité.

L'examen des résultats

Il faudrait monter et coordonner d'imposantes bases de données tant nationales que provinciales

afin de comparer pratique et résultats. Idéalement, les résultats périnataux devraient s'appliquer au service de soins maternels qui dessert le lieu de résidence de la mère plutôt qu'au lieu de l'accouchement. Une telle analyse des résultats porterait sur le système de soins plutôt que sur la population sélectionnée qui accouche dans les hôpitaux locaux. Par la même occasion, le rapport démographique entre les accouchements effectués localement et les transferts intrapartum constituera un bon indicateur de la qualité des soins.

Les statistiques par centre hospitalier permettront une évaluation de l'hôpital et de la pratique obstétricale, ainsi qu'un retour d'information qui stimulera peut-être les efforts locaux d'amélioration de la qualité. Établi en 1991, le Northern and Central Alberta Education and Audit Program (NCAEAP) est un bon exemple d'un système d'examen effectué par un hôpital et qui fonctionne bien. Presque tous les hôpitaux de la province, qu'ils soient de niveau I, II ou III, y prennent part, et les participants peuvent obtenir des statistiques comparatives sur les hôpitaux ainsi que des statistiques confidentielles sur la pratique des médecins. Des bases de données semblables existent en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse. Il faudrait, dans un effort de collaboration nationale, procéder à une collecte normalisée de données. De telles données seront éventuellement disponibles par l'entremise du Système canadien de surveillance périnatale.

[[Table des matières](#)]

Définition des paramètres

La régionalisation

Les femmes qui présentent des risques élevés d'avoir des résultats défavorables pendant la grossesse ou l'accouchement devraient accoucher dans les centres qui offrent des services et l'équipement technique pour gérer les complications du travail et de l'accouchement. Une régionalisation des soins maternels semblable à celle qui existe au Canada pour les soins médicaux et chirurgicaux apparaît bien convenir au milieu rural. La régionalisation y est bien perçue, à la fois par le public et par les spécialistes de la santé qui y voient une excellente façon de planifier les soins maternels.

La gestion du risque

On n'arrivera jamais à éliminer le risque. En obstétrique, le risque existera tant qu'il y aura, au sein des collectivités, des femmes en âge de procréer. Bien que, dans une certaine proportion, on puisse anticiper le risque, il reste que, dans un nombre appréciable de cas, l'issue défavorable est inattendue. On relève, par exemple, dans les données manitobaines, le cas d'un hôpital général où on a dû procéder à la réanimation de 10 % des bébés considérés à faible risque avant l'accouchement¹².

Dans certains cas, on peut, avant l'accouchement, identifier la patiente à risque accru dont on effectuera le transfert malgré le risque inhérent. Les incidents intrapartum exigent une fréquente évaluation du risque, une communication constante et le consentement éclairé.

L'unité locale de soins est ultimement responsable de la gestion du risque et des complications des cas de maternité. Le personnel professionnel, les conseils d'administration des hôpitaux et les collectivités doivent collaborer à mettre sur pied et à maintenir un ensemble de mécanismes fondés sur les résultats et sur les directives cliniques, et qui permette de faire face à toute complication qui pourrait survenir.

En outre, on doit mettre sur pied un processus officiel de gestion du risque. La gestion du risque est un processus continu¹³ qui s'amorce avec l'identification et l'analyse du risque; viennent ensuite les mesures prises pour le gérer puis, enfin, l'évaluation des résultats. Il s'agit d'un cycle continu qui ramène à une nouvelle identification et une nouvelle analyse, en vue d'une amélioration constante de la qualité des soins.

Les directives cliniques

La SOGC a élaboré une série de directives cliniques et de déclarations de principe qui proposent une stratégie de base concernant la gestion des problèmes courants liés aux soins maternels (voir [annexe 1](#)). La SMRC et le Comité sur les soins maternels du CMFC y souscrivent et les considèrent pertinentes et sécuritaires pour la pratique rurale sous réserve de certaines questions soulevées dans les directives cliniques sur le monitoring fœtal (annexe 1). En général, au Canada, lorsqu'il s'agit de la grossesse à faible risque, on doit se conformer systématiquement aux directives cliniques et aux déclarations de principe. À l'avenir, une directive émise par l'un des trois organismes et qui porte sur les soins maternels devrait être soumise à un processus expéditif et efficace de consultation et d'approbation conjointe.

La SOGC a déclaré que «les directives cliniques n'ont pas pour but de déterminer les normes de soins ni d'imposer un mode de traitement exclusif à suivre¹⁴». La Société a de plus déclaré : «Dans certains cas, les changements dans la pratique peuvent être opportuns, compte tenu des besoins des personnes, des ressources disponibles et des limites particulières d'un établissement ou d'un mode de pratique. Une directive clinique peut être modifiée et le sera selon les circonstances qui prévalent. Il faut alors qu'il y ait document à l'appui à ce service et/ou à cet établissement.»

Le fait que la SOGC se montre flexible quant à l'application au niveau local de ses directives cliniques ne doit pas mener à la conclusion qu'on peut utiliser des standards de pratique inférieurs en milieu rural canadien. On doit faire preuve de même degré de diligence envers la parturiente à faible risque qu'elle soit admise dans le plus petit hôpital de niveau I ou dans un grand centre de niveau III. Il faut, pour ce faire : 1) Un engagement durable de la part du Canada rural de fournir les ressources financières et humaines qui lui permettent de répondre aux normes nationales de

soins maternels, et 2) La prise de conscience que la perte de services de soins maternels risque d'entraîner, pour les collectivités rurales, une dégradation des résultats périnataux même lorsque les patientes peuvent être déplacées vers un excellent centre de soins maternels.

Une médecine axée sur les preuves scientifiques

Nous devons tous nous efforcer d'exercer notre profession selon les meilleurs renseignements disponibles fondés sur les preuves scientifiques. L'élaboration de politiques et de directives cliniques doit s'inspirer d'un examen critique de la documentation pertinente. La base de données de Cochrane¹⁵ en donnera le résumé ainsi qu'une méta-analyse d'études randomisées et contrôlées. Lorsque ces renseignements n'existent pas, on devrait encourager la recherche dans le domaine.

Le choix éclairé

Les femmes devraient prendre leurs décisions de concert avec leurs prestataires de soins maternels. Le choix éclairé demande une transparence absolue envers les futures mères quant aux avantages et aux limites de leur centre local de soins maternels et ceci, à la lumière des directives cliniques et de l'examen des résultats qui y sont obtenus. La question du risque obstétrical prévu, des dates prévues et des modalités de transport doit être abordée. Il faut discuter des conditions nécessaires et des risques associés au déplacement vers un centre de soins de niveau II ou III. Chaque femme doit pouvoir choisir l'endroit où on lui prodiguera les soins maternels. Le processus de transparence et de décision doit être maintenu pendant la période intrapartum, au fur et à mesure des évaluations systématiques du risque durant le travail.

Les caractéristiques d'un service de maternité sécuritaire en milieu rural

Les éléments suivants sont essentiels à une stratégie de gestion du risque en milieu rural :

- Des intervenants professionnels habiles, compétents et engagés.
- Des moyens financiers et techniques qui permettent d'adhérer aux normes de soins nationales.
- Des protocoles écrits et détaillés traitant du transport.
- Des relations de communication et de collaboration étroites avec les centres de référence régionaux.
- Un examen continu des résultats et des programmes d'amélioration de la qualité.

[[Table des matières](#)]

1. Les Canadiennes qui habitent en région rurale doivent recevoir à des soins maternels de grande qualité.
2. Les hôpitaux en milieu rural doivent, dans le cadre d'un système régional de gestion de risque, offrir des soins maternels aux femmes à faible risque. Bien que les services d'anesthésie et de chirurgie soient un atout, les preuves scientifiques semblent indiquer que, lorsqu'un système de gestion du risque est en place, de bons résultats peuvent être obtenus même si on ne peut recourir à la césarienne.
3. Les normes de soins doivent être les mêmes pour les soins maternels de toutes les femmes à faible risque.
4. Les services de soins maternels en milieu rural doivent élaborer une stratégie de gestion du risque documentée selon les règles dans laquelle on aborde les questions de la gestion du risque obstétrical, les soins offerts dans la région, les ressources du milieu et les modalités de transfert.
5. Les prestataires de soins de maternité doivent posséder les habiletés considérées nécessaires en situation d'urgence et avoir suivi un cours de gestion du risque, par exemple, ALSO / GESTA et NRP. On devrait regrouper ces derniers en un seul programme qui serait enseigné sur place au Canada rural.
6. La SOGC, le CMFC et la SMRC doivent promouvoir l'utilisation des directives de la SOGC qui sont appropriées et applicables en région rurale au Canada. Ces dernières peuvent être modifiées au besoin selon les circonstances particulières de la pratique en milieu rural dans le but de respecter la norme unique de soins périnataux au Canada. Les directives cliniques obstétricales pertinentes paraissent à l'annexe 1.
7. Les bases de données périnatales régionales doivent être démographiquement représentatives. Ces bases de données doivent être liées entre elles afin de promouvoir la recherche en soins maternels en milieu rural et de permettre une véritable comparaison des résultats.
8. Les bases de données périnatales régionales doivent fournir aux hôpitaux et aux prestataires de soins maternels les renseignements nécessaires aux fins d'examen et d'amélioration constante de la qualité (ACQ).
9. À l'avenir, une directive relative aux soins maternels émise par l'un des trois organismes devra être soumise à un processus expéditif et efficace de consultation et d'approbation conjointe.

Références

1. Rourke J. In search of a definition of "rural." [Can J Rural Med 1997;2\(3\):113-5.](#)
2. L'Association canadienne des médecins d'urgence. Recommendations for the management of rural remote and rural isolated emergency health care facilities in Canada. Ottawa : L'Association; 1997. p. 6.
3. Leduc E. Defining rurality: a general practice rurality index for Canada. [Can J Rural Med 1997;2\(3\):125-31.](#)
4. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, Rosenblatt RA. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *Am J Public Health* 1990; 80(7):814-8.
5. Rosenblatt RA, Reinken J, Showmack P. Is obstetrics safe in small hospitals? Evidence from New Zealand's regionalised perinatal system. *Lancet* 1985;2:429-31.
6. Larimore WL, Davis A. Relationship of infant mortality to availability of care in rural Florida. *J Am Board Fam Pract* 1995;8:392-9.
7. Levitt C, Hanvey L, Avard D, Chance G, Kaczorowski J. Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique. Ottawa : Santé Canada et Institut canadien de la santé infantile; 1995.
8. Black DP, Fyfe IM. The safety of obstetric services in small communities in Northern Ontario. *CMAJ* 1984;130:571-6.
9. Peddle LJ, Brown H, Buckley J, Dixon W, Kaye J, Muise M, Rees E. Voluntary regionalization and associated trends in perinatal care: the Nova Scotia Reproductive Care Program. *Am J Obstet Gynecol* 1983;145(2):170-6.
10. Grzybowski SC, Cadesky AS, Hogg WE. Rural obstetrics: a 5-year prospective study of the outcomes of all pregnancies in a remote northern community. *CMAJ* 1991;144(8):987-94 (Données de 10 ans disponibles; s'adresser aux auteurs).
11. Woollard LA, Hays RB. Rural obstetrics in NSW. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1993;33(3):240-2.
12. Hall PF, Harrison M, Brown R. Risks of risk scoring [résumé]. *Int J Obstet Gynaecol* 1994;46:100
13. Rapport du groupe de travail sur l'infirmité motrice cérébrale et l'asphyxie fœtale. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1e partie 1996;18(12):1267-79, 2e partie 1997;19(1):35-48, 3e partie 1997;19(2):139-54.
14. Annotation qui paraît sur toutes les directives cliniques de la Société des Obstétriciens et gynécologues du Canada.
15. Base de données Cochrane [sur disquette et CD-ROM]. Oxford (UK) : The Cochrane Collaboration; 1996 [mise à jour trimestrielle].

Annexe 1. Directives cliniques de la SOGC sur les soins obstétricaux

Titre	Date de publication
Déclaration sur la prévention des infections précoces à streptocoques du groupe B chez le nouveau-né	Juin 1997
Dépistage du VIH pendant la grossesse	Juin 1997
Gestion de la grossesse prolongée	Mars 1997
Nombre d'accouchements nécessaires au maintien de la compétence	Novembre 1996
La facilitation du congé à domicile et durée du séjour après une naissance normale à terme	Octobre 1996
Le déclenchement du travail	Octobre 1996
Présence médicale durant le travail et l'accouchement : directives à l'intention des médecins	Août 1996
Utilisation de corticostéroïdes en vue de la maturation fœtale	Décembre 1995
Rapport du groupe de travail sur l'infirmité motrice cérébrale et l'asphyxie fœtale	Décembre 1995
Lignes directrices sur l'utilisation sûre et appropriée des forceps en obstétrique moderne	Décembre 1995
Partir du bon pied : directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement	Décembre 1995
Lignes directrices sur le traitement des nausées et des vomissements de la grossesse	Novembre 1995
Dystocie	Octobre 1995
Consensus canadien sur la conduite à tenir en cas de présentation du siège à terme	Novembre 1994

Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du fœtus Décembre 1992

En faveur d'un traitement rationnel de l'herpes chez les femmes enceintes et nourrissons Août 1992

Dépistage de routine du diabète gestationnel Juin 1992

*Monitoring fœtal pendant le travail (parties 1 à 3 et conclusion) Octobre 1995 à janvier 1996

*Cette déclaration de principe convient en général à la pratique en milieu rural. Cependant, on devra poursuivre la discussion sur deux questions. Tout d'abord, la recommandation de procéder à l'analyse des gaz du sang du cordon est avant tout une stratégie de gestion du risque et les données indiquant que le procédé contribue à l'amélioration des résultats périnataux sont encore à l'étude. Dans un deuxième temps, si la recherche confirme l'avantage de procéder au prélèvement de sang du cuir chevelu du fœtus, les analyses devront aussi être effectuées en milieu rural, afin de se conformer à la norme nationale.

© 1998 Société de la médecine rurale du Canada



La pertinence des stages en milieu communautaire éloigné ou rural dans la formation en médecine familiale

Daniel J. Marleau, MD, CCMF, FCMF

Rouyn-Noranda (Québec).

Professeur adjoint d'enseignement clinique, Département de médecine familiale, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec)

JCMR 1998;3(2):92

[[Abstract](#)]

Correspondance à : Dr Daniel J. Marleau, Chef de l'Unité de médecine familiale au Centre hospitalier Rouyn-Noranda, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2B2

Cet article a fait l'objet d'un examen par les pairs.

Table des matières

- [Résumé](#)
- [Abstract](#)
- [Introduction](#)
- [La polyvalence](#)
- [La continuité des soins](#)
- [L'autonomie du médecin de famille](#)
- [Le déclic, cet instant magique](#)
- [Conclusions](#)
- [Références](#)
- [Bibliographie](#)

La décentralisation de l'enseignement en médecine familiale favorise une meilleure distribution géographique des effectifs médicaux et contribue à mieux préparer les résidents qui se destinent à la pratique en milieu rural ou en région éloignée. Servi par une expérience de 14 ans en enseignement clinique, l'auteur tente de démontrer qu'au-delà de cette motivation première, un stage en milieu communautaire est un moyen d'apprentissage déterminant pour accéder à une plus grande intégration des principes de la médecine familiale.

Abstract

The decentralization of training in family medicine allows for better geographic distribution of physician resources and better preparation of residents who want to practise in rural or remote areas. Drawing on his 14 years of clinical teaching, the author attempts to demonstrate that beyond this primary motivation, a trial period in a community setting can be a decisive learning factor to foster better integration of the principles of family medicine.

[[Table des matières](#)]

Au Canada comme ailleurs en Amérique du Nord, la motivation première qui a incité à mettre sur pied des unités d'enseignement dans les régions relève, d'une part, de la pénurie d'effectifs médicaux et, d'autre part, du besoin de mieux préparer les résidents qui se destinent à la pratique en milieu rural ou en région éloignée^{1,2}. Le pari s'inscrit dans une opération durable à caractère franchement symbiotique où toutes les parties trouvent largement leur compte : l'université enrichit son curriculum, les résidents bénéficient d'une occasion d'apprentissage unique et le milieu se dote d'un instrument de consolidation de son équipe d'omnipraticiens.

Transposons maintenant le débat dans une situation idéale, en supposant que les régions sont suffisamment pourvues en médecins de famille, et que ceux-ci ont été adéquatement préparés à la pratique rurale grâce à un programme de résidence traditionnel en milieu urbain. Serait-il alors encore justifié de maintenir des stages de formation dans les régions? Ou posons la question autrement : les résidents qui n'envisagent pas de pratiquer en milieu rural ou en région éloignée devraient-ils quand même bénéficier d'une telle exposition en cours de formation? Le Groupe des membres associés (GMA) qui représente l'ensemble des résidents inscrits dans les programmes de médecine familiale au Canada a clairement répondu oui, dans un rapport publié par le Collège³. Pourquoi?

La réponse paraît se révéler d'elle-même, au rappel de quelques-uns des grands principes généraux qui sous-tendent la médecine familiale comme discipline distincte commandant une formation spécifique.

La polyvalence

La médecine de famille, ce n'est pas tout ce qui reste après avoir évacué le domaine des spécialités, et c'est beaucoup plus que la juxtaposition des éléments de soin primaire afférents aux différentes spécialités. Mais pour autant que l'on doive s'affranchir de ce «mythe de l'amalgame», nul ne peut prétendre à l'exercice de la médecine familiale sans afficher un minimum de compétence à traiter une grande variété de problèmes cliniques.

Ces problèmes ne sont pas strictement «médicaux», mais sont fréquemment assortis d'une composante psychosociale déterminante; ils s'accommodent mal des catégories d'âge ou de sexe et transcendent la classification systémique des maladies.

L'engagement du médecin de famille se conçoit donc envers un groupe de personnes diverses et non sélectionnées, qui présentent des problèmes divers et non sélectionnés. Le médecin appelé à répondre à une telle demande doit se prévaloir d'un champ de compétence très élargi, et d'autant plus si les impératifs de son intervention ne peuvent être réduits à simplement orienter les patients vers les confrères spécialistes. Ce qui est le cas des centres périphériques et des régions éloignées où le support en spécialité est souvent plus limité, soit par carence de la distribution géographique des effectifs, ou encore parce qu'un modèle plus judicieux et plus économique de développement des services spécialisés confine les spécialistes à leur rôle véritable de consultants et restitue aux médecins de famille leur responsabilité d'assumer tous les soins de première ligne.

Il en va de même de certains secteurs d'activité comme l'urgence, l'hospitalisation ou l'obstétrique, qui sont de plus en plus délaissés au profit d'une balkanisation progressive des soins en omnipratique, cette tendance étant plus marquée en milieu urbain.

Prenons spécifiquement l'exemple des soins périnataux. Il est encore de bon ton pour plusieurs patientes de se faire suivre par un gynécologue pendant leur grossesse et de consulter un pédiatre pour les soins à leur nouveau-né. Ou encore de prendre part aux projets-pilotes des maisons de naissance nouvellement créées, c'est leur choix le plus légitime. Mais, entre les soins périnataux spécialisés et la légalisation progressive de la pratique des sages-femmes, le médecin de famille ne devrait-il pas s'afficher comme le dispensateur de choix des soins dans un champ d'activité qui, de surcroît, relève traditionnellement de sa compétence?

À la décharge des médecins des grands centres urbains, il faut reconnaître que ceux-ci sont soumis à des pressions sociales plus immédiatement ressenties et à des conditions de marché contraignantes. La désaffection des jeunes médecins à l'égard de l'obstétrique commande qu'on les expose à des expériences valorisantes, dans le cadre de stages spécifiquement conçus pour les inciter à faire de la périnatalité une partie intégrante de leur pratique ultérieure. Et il est plus facile

de mettre sur pied de tels stages en milieu périphérique ou rural.

[[Table des matières](#)]

La continuité des soins

Les patients qui consultent leur médecin de famille présentent souvent des problèmes mal définis qui sont encore au stade précoce. Et même lorsqu'un diagnostic est posé, plusieurs maladies évoluent selon des phases qui ne peuvent s'observer qu'à la faveur d'un suivi longitudinal dans le temps. Cela est particulièrement vrai de plusieurs pathologies auxquelles le médecin de famille est régulièrement confronté, notamment les maladies chroniques (p. ex. polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire de l'intestin, asthme). Prenons encore tout le volet de la prévention dont la responsabilité échoit prioritairement au médecin de première ligne. Dans tous ces cas, la pertinence de la continuité des soins s'impose avec évidence.

Mais au-delà de cette conception strictement temporelle, il y a la relation patient-médecin, au centre de la médecine familiale, et dont l'enseignement constitue la pierre angulaire du curriculum. La continuité des soins devient une condition nécessaire à cet apprentissage; pour comprendre l'expérience personnelle unique que vit un patient lorsqu'il se sent malade, le médecin doit personnaliser ses rapports et les échelonner sur une longue période.

À première vue, le stage-bloc de médecine familiale pendant la première année de résidence apparaît comme le moment le plus propice au résident pour faire l'expérience de la continuité des soins, ne serait-ce qu'en raison de la durée prolongée du stage, habituellement de six mois. Il reste que le stage de trois mois en région périphérique offre certains avantages particuliers que l'on retrouve plus difficilement en milieu urbain, des avantages qui permettent de comprendre toute l'importance de la continuité des soins comme outil privilégié pour mieux saisir la réalité propre aux patients.

Souvent en raison de la pénurie relative de médecins en région, les patients sont moins enclins à «magasiner» et hésitent davantage à changer de médecin, ce qui fait que le résident est intégré à une pratique où les patients sont suivis par le même médecin depuis de nombreuses années. Et cela vaut non seulement pour le patient individuel, mais souvent pour sa famille élargie. Il n'est pas rare dans les petites localités que le médecin s'occupe des parents, des enfants, mais aussi des oncles, des tantes et des grands-parents. La notion de «médecine de famille» prend alors véritablement tout son sens. La continuité des soins dans le temps transcende les générations et elle permet de situer le patient dans une perspective plus large, de mesurer l'ampleur d'un problème à travers les perceptions différentes et les conséquences diverses pour les membres d'une même famille, et aussi de mettre en évidence certains traits ou certaines dynamiques qui ont tendance à se répéter d'une génération à l'autre.

Il en va de même pour la continuité des soins dans l'espace. Le médecin de famille est appelé à travailler au bureau, à la salle d'urgence, auprès des patients hospitalisés, à faire des visites à domicile ou dans les foyers pour personnes âgées. Le fait de pouvoir appréhender son patient dans des milieux et des circonstances variables selon le degré d'acuité des problèmes permet au médecin de jeter une lumière différente sur ces problèmes. Il est autrement plus aisé d'admettre à l'hôpital une personne âgée en perte d'autonomie que l'on suit déjà depuis plusieurs années au bureau ou à domicile. À l'inverse, il est beaucoup plus intéressant de revoir au bureau un patient cardiaque que l'on vient d'hospitaliser aux soins intensifs. C'est cette expérience que l'on peut plus facilement faire partager à nos résidents en région, eux qui souvent n'ont eu d'exposition hospitalière que pendant leurs stages en spécialités, alors que le stage en Unité de médecine familiale se fait surtout en milieu ambulatoire, les deux composantes se jouxtant de façon étanche et non concomitante dans le contexte artificiel des centres hospitaliers tertiaires.

Prenons encore une fois pour exemple les soins périnataux. Les résidents font des accouchements en série pendant leur stage d'obstétrique, et ils voient des enfants malades, hospitalisés, pendant leur stage de pédiatrie. Plus rarement auront-ils l'occasion de suivre des patientes enceintes et des nouveau-nés normaux, à moins que le programme n'ait résolument pris le virage de la périnatalité. Et malgré un tel engagement départemental, la conjoncture d'un stage en région périphérique est plus susceptible d'amener le résident à percevoir la périnatalité comme un continuum qui va de la conception à l'intégration du nouveau-né dans la famille, en passant par les soins de la mère et du bébé. C'est là pour le résident un exercice d'intégration des concepts de la polyvalence et de la continuité des soins dans le temps et l'espace, avec en prime le débordement sur une autre génération et la possibilité de rapatrier tout le reste de la famille.

[[Table des matières](#)]

L'autonomie du médecin de famille

Au Canada, il y a plus de spécialistes dans les grandes villes que dans les régions semi-urbaines ou éloignées. Le médecin de famille qui travaille dans les petites villes et les campagnes doit se débrouiller sans l'appui immédiat de ses confrères spécialistes et des moyens technologiques perfectionnés; reconnaître ses limites et assumer la responsabilité de ses décisions deviennent alors des conditions de survie.

Le jeune diplômé qui débarque dans un programme de médecine familiale est encore tout frais imprégné des travers de la formation prédoctorale traditionnelle largement dominée par des stages de rotation successive en spécialités où l'accent est mis sur l'acquisition des connaissances. Le résident doit progressivement apprendre à gérer l'incertitude et à composer avec cette réalité inéluctable de l'omnipratique qui est celle de l'impossibilité de tout savoir, dans tout et à tout moment.

À cet égard, il doit s'affranchir de ce que Weston appelle le «mythe de la spécialité»⁴, et intégrer ce paradigme propre à la médecine de famille : «Notre légitimité repose non pas sur le fait que nous possédions un droit de propriété sur certaines entités cliniques ou unités sociales, mais une vision du monde où nous réintroduisons dans la médecine un élément d'interrelation»⁵.

Retour à la relation patient-médecin. Retour aussi à un plus juste équilibre entre, d'une part, le savoir et le savoir-faire (les connaissances et les habiletés), et d'autre part, le savoir-être (les attitudes). Apprendre à danser en même temps avec les deux filles d'Esculape, Hygiène et Panacée, comme nous le rappelle encore Weston, c'est-à-dire intégrer le modèle biomédical classique à une approche holistique, où «l'apprentissage devient une question de partage et de découverte d'une signification personnelle; la connaissance devient quelque chose qu'une personne bâtit ou négocie avec les autres»⁴.

Ce qui présuppose un minimum d'appréhension — au sens philosophique du terme — de soi-même, une prise de conscience de ses forces, de ses lacunes, de ses sentiments, la capacité de se remettre en question et finalement une certaine dose d'humilité. En définitive, il s'agit d'élever notre niveau de perception à une réalité banale : l'amalgame complexe de toutes les caractéristiques qui façonnent notre personnalité est plus déterminant sur notre aptitude à aider les patients que la somme des informations scientifiques acquises. Dans sa métaphore célèbre, Balint a parlé du médecin lui-même comme du médicament le plus fréquemment employé en pratique générale⁶. Walsh lui, dans sa théorie sur la pédagogie moderne, déplore la domination péremptoire de la connaissance de façade sur ce mélange de valeur, d'attitude, d'imagination et de sensibilité qui constitue l'âme véritable de l'éducation⁷.

L'autonomie du médecin de famille ne se conçoit donc plus seulement au premier degré en terme d'isolement relatif par rapport à certaines structures de support diagnostique et thérapeutique, mais aussi et surtout comme une aisance à se distancier du domaine strict des connaissances et de l'assurance factice qu'elles peuvent conférer. Et ce n'est que sur cette voie que commence à poindre l'idéal, ce qu'on appelle si commodément l'art de la médecine.

Mais justement, puisque l'autonomie relève plus d'une disposition d'esprit que des facilités de l'encadrement clinique, pourquoi cette longue digression en faveur des stages en milieu communautaire? Toutes les valeurs ci-haut mentionnées ne sont-elles pas finalement les caractéristiques de toute la formation en médecine de famille, et qu'est-ce qui autorise à s'en réclamer de façon particulière pour revendiquer des stages en région? Évoquons à cet égard les raisons mêmes pour lesquelles il a fallu sortir les Unités de médecine familiale du giron traditionnel des hôpitaux universitaires, et auxquelles McWhinney faisait allusion dans les années soixante-dix avec sa formule lapidaire : «L'apprentissage du médecin de famille commande un changement de perspective qui ne peut se produire que là où cette nouvelle perspective est prépondérante»⁷.

Les responsabilités accrues, la tolérance au stress et à l'incertitude, la préoccupation constante

pour l'éducation médicale continue, la résonnance communautaire sont toutes des données quotidiennes et plus immédiates de l'exercice en région. Et tout ce qui fait la particularité d'un milieu de stage devient élément de l'expérience d'apprentissage⁸.

[[Table des matières](#)]

Le déclic, cet instant magique

Bien sûr, il faut plusieurs années d'expérience pour assimiler les multiples dimensions de l'exercice de la médecine familiale. L'inoculation première se fait maintenant dans des stages de médecine familiale dès le premier cycle. Le voyage initiatique se poursuit pendant le stage-bloc d'Unité de médecine familiale, habituellement en première année de résidence. Et c'est souvent au cours d'un stage en région, préférablement inséré en deuxième année, que se fait le déclic, ce moment privilégié où pour la première fois le résident ressent qu'il accède à ce deuxième degré, qu'il comprend ce qu'est la médecine de famille, au-delà des assises théoriques dont on l'a submergé. Il n'en a encore qu'une perception très imparfaite, mais il sait qu'il vient de toucher à quelque chose d'essentiel.

C'est là l'argument le plus fort en faveur d'un stage en région; il doit s'inscrire dans le processus de maturation du résident comme un déclencheur, la «révélation» n'étant de toute façon jamais complète, mais les années qui passent arrivant à en définir les contours avec toujours plus de netteté.

Est-ce la magie de l'éloignement géographique, le grand air, le fait de se retrouver loin du sein nourricier de l'Unité de médecine familiale universitaire? Qu'importe. Un stage de formation communautaire, dans une petite ville ou en région éloignée, recèle de cet élément intangible, comme le cristal dont on ensemence la solution pour qu'elle précipite.

[[Table des matières](#)]

Conclusions

Après 14 ans d'expérience en enseignement au Centre hospitalier Rouyn-Noranda, il faut admettre que les évaluations de stage que font les résidents nous livrent fort peu d'éléments objectifs pour mesurer l'impact de leur stage sur certains indices de leur pratique future. Il serait intéressant d'élaborer un devis de recherche qui nous permette de vérifier deux hypothèses, la première sur l'intention des résidents au début et à la fin du programme, la deuxième sur le résultat concret une fois rendu en pratique. Le libellé de la question de recherche pourrait se lire ainsi :

En exposant les résidents à des stages en milieu communautaire éloigné ou rural :

Hypothèse no 1 : on modifie à la hausse l'intention initiale des résidents de s'établir en région.

Hypothèse no 2 : on augmente la proportion des ex-résidents qui effectivement se sont établis en région.

Mais, la finalité de toute l'opération — et cela est peut-être utopique en raison de la charge subjective qu'elle comporte — serait de démontrer qu'un stage en milieu communautaire est un moyen d'apprentissage déterminant pour accéder à une plus grande intégration des principes de la médecine familiale, et cela peu importe que le résident se destine à une pratique en milieu rural ou urbain, éloigné ou métropolitain.

[[Table des matières](#)]

Références

1. Carter R. «Training for rural practice: What's needed?» *Can Fam Physician* 1987;33:1713-5.
2. Whiteside CBC, Longhurst MF. «Establishment of a community-based residency training program.» *Can Fam Physician* 1987;33:2751-4.
3. Groupe des membres associés. *Le médecin de famille comme dispensateur de soins de première ligne*. Mississauga (Ont.) : Le Collège des médecins de famille du Canada, 1993.
4. Weston W. *Les principes du curriculum pour la formation post-doctorale en médecine familiale*. Rapport du comité conjoint de la formation post-doctorale en médecine familiale. Mississauga (Ont.) : Le Collège des médecins de famille du Canada, 1990.
5. Stein HF. Family Medicine as a meta-specialty. *Fam Med* 1981;13(3):3-7.
6. Stephens GG. The intellectual basis of family practice. *J Fam Practice* 1975;2:423-8.
7. McWhinney IR. Family medicine in perspective. *N Engl J Med* 1975;293:176-81.
8. Longhurst MF. Training for rural practice: what is the core curriculum? *Can Fam Physician* 1987;33:2763-7.

[[Table des matières](#)]

Bibliographie

Hirsh M, Wootton JSC. Family medicine in rural communities. *Can Fam Physician* 1990;36:2011-6.

Turgeon JM. Résidence en médecine familiale : dans un milieu tertiaire ou communautaire? *Le Médecin du Québec* 1994;29(4):93-6.



The Quebec experience, from the university perspective

Anne-Marie MacLellan, MD CM, FRCPC

Associate Dean

Postgraduate Medical Education and Professional Affairs, McGill University, Montreal, Que.

CJRM 1998;3(2):100

Most provinces continue to face the challenge of how to encourage Canadian physicians to practise in remote/rural regions. This article describes some of the university programs in place in Quebec to encourage the exposure of medical trainees to Quebec's rural areas in the hope that such exposure will heighten their interest in practising in these areas. Several programs have been put in place, at both medical school and postgraduate levels.

Summer jobs in hospitals are available for medical students, usually at the pre-clerkship level in designated areas. Through this project, medical students are exposed to living and working in different nonuniversity settings throughout Quebec.

For at least 10 years the provincial government has funded, at the clerkship level, the travel, lodging and meals for medical students from Quebec's 4 faculties of medicine. The students complete a 4-week clinical rotation in family medicine in designated hospitals all over the province. These rotations are very popular.

Each of Quebec's 4 faculties of medicine has developed affiliation contracts with the hospitals that receive trainees in each of the designated areas. The physician-teachers in these rural/remote areas usually receive a university title and appointment. The government funds the supervision of the trainees by allocating to the physician-teachers, per 4-week block, a stipend per trainee that is paid through the affiliated university.

At the postgraduate training level, residents in family medicine are required to do a mandatory rotation at a nonuniversity site. For at least 10 years, family medicine residents, as part of their 2-year residency, must spend 2 months of training in a nonuniversity area. In consultation with the rural training coordinators, the family medicine department has developed the objectives of such a rotation in a given site. The government pays the resident's travel, lodging and meals, and the

stipend for the physician-teachers in the designated teaching sites.

Since 1993, the residency programs in 6 specialties (general surgery, internal medicine, obstetrics and gynecology, pediatrics, anesthesia, and psychiatry) have been modified to allow for a 3-month mandatory experience in a nonuniversity site. This venture is also meeting with great success as specialty residents benefit from exposure to different types of practice. Funds for travel for a resident to accompany a specialist who is doing consultations in a remote area of Quebec are available from the residents' association of each university.

To sensitize medical students and residents to the medical manpower needs in the various areas of Quebec, a recruitment day is organized each year, when staff from hospitals outside the university areas and regional health authorities meet with residents and students to give them information about working and living in their areas. This "recruitment fair" has been very helpful in exposing students and residents to the opportunities of a career in many areas of Quebec.

With respect to re-entry positions, the Government of Quebec has adopted the following policy: any MD who has practised in Quebec for at least 12 months over the last 5 years is eligible to be considered by a university for further postgraduate training. There is no limit on the number of re-entry positions. After completion of specialty training and certification, physicians can practise anywhere, but the goal is for them to stay in Quebec and return to the area where they had previously practised.

As a result of the fee differentials now in place for recent graduates, which favour practice in nonuniversity designated areas, and because of the above-mentioned exposure of trainees to practise in nonurban sites, the university areas (the island of Montreal and certain surrounding areas, the area around Quebec City and the area around Sherbrooke) are actually experiencing some difficulty in recruiting recent graduates who prefer to establish their practices in the nonuniversity areas of Quebec!

© 1998 Society of Rural Physicians of Canada



Country cardiograms case 8

Jim Thompson, MD, CCFP(EM), FCFP

Sundre, Alta.

Clinical Associate Professor, Department of Family Medicine, The University of Calgary, Calgary, Alta.

CJRM 1998;3(2):102

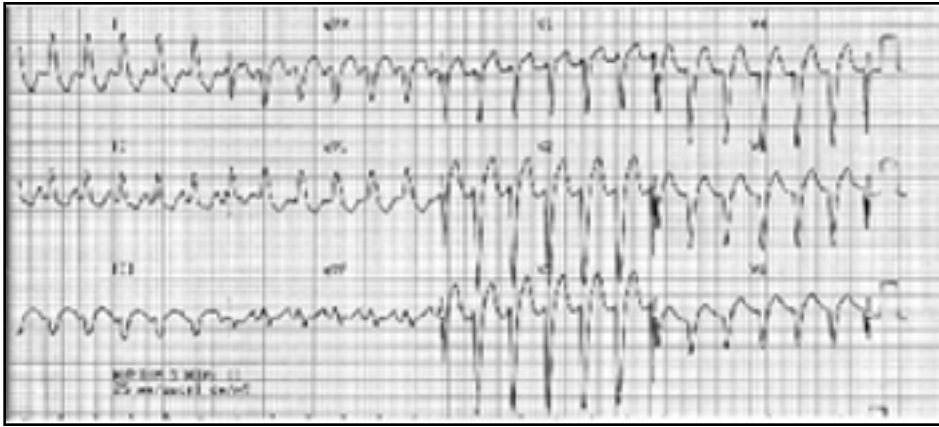
This paper has been peer reviewed.

"Country cardiograms" is a regular feature of the Canadian Journal of Rural Medicine. In each issue we will present an electrocardiogram and discuss the case in a rural context. Submit cases to Dr. Jim Thompson, Canadian Journal of Rural Medicine, Bag 5, Sundre AB T0M 1X0; jthomps@telusplanet.net

Case presentation

This 63-year-old man with a history of cardiomyopathy and asthma presented to a small rural hospital emergency department with progressive dyspnea and cold symptoms. His pulse was found to be fast at 142 beats/min with normal blood pressure and temperature. He was mildly tachypneic (24 respirations/min). He was taking Cardura (Astra Pharma Inc., Mississauga, Ont.) for hypertension and TheoDur (Astra) for asthma.

What is his differential diagnosis, and how would you manage his problem in your rural setting? See answer and discussion on [page 109](#).



© 1998 Society of Rural Physicians of Canada



The occasional Z-plasty

Keith MacLellan, MD

Pontiac Community Hospital Inc., Shawville, Que.; Assistant Professor in Family Medicine, McGill University, Montreal, Que.

CJRM 1998;3(2):103

Correspondence to: Dr. Keith MacLellan, PO Box 609, Shawville QC J0X 2Y0

This paper has been peer reviewed.

Here is a simple plastic surgery technique that a rural doctor occasionally can use to save a patient from unsightly scarring. It also eliminates a long trip to visit a plastic surgeon. Once mastered, the technique needs no minimum number of procedures per year to maintain competency.

Lacerations or excisions that cross perpendicular to skin creases (e.g., forehead, wrist, nasolabial fold) scar badly and contract. Z-plasty allows you to lengthen the scar and to angle it away from the perpendicular, hiding some of the scar in the direction of the skin folds.

These illustrations are done on pork hocks and have been exaggerated for clarity. Pork hocks are good for practice but do not easily allow the skin flaps to be pulled over. After practising, you can try cooking the hocks according to [the recipe](#) at the end of the article.

Fig. 1 shows the laceration or excision running perpendicular to the skin folds.

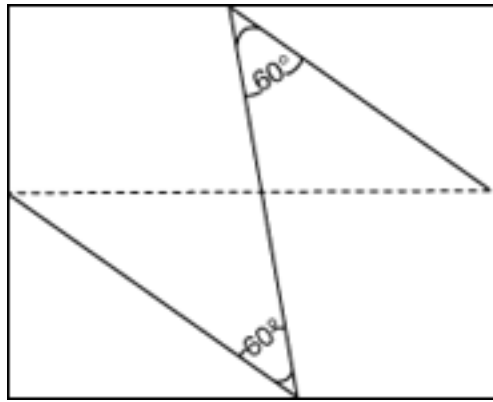


Fig. 1

Make an incision as long as the original laceration (Fig. 2), starting from one end of the laceration and angling to the end at a point corresponding to the middle of the laceration. This will create an angle of 60° between the laceration and your new incision. Repeat this procedure at the other end of the laceration to create a parallelogram and 2 equilateral triangular flaps (Fig. 2).

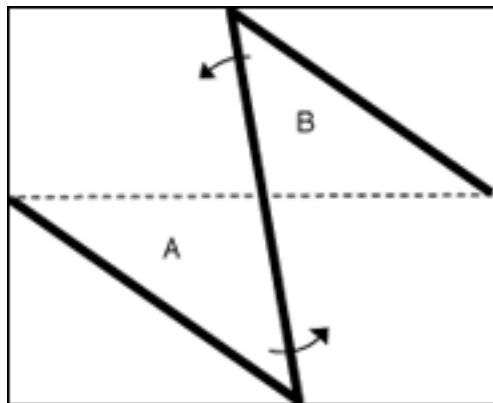


Fig. 2

Undermine the flaps to free the subcutaneous tissue. Transpose the flaps as indicated in the illustration Figs. 3 and 4.

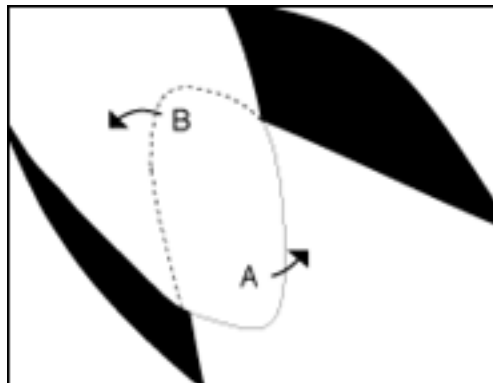
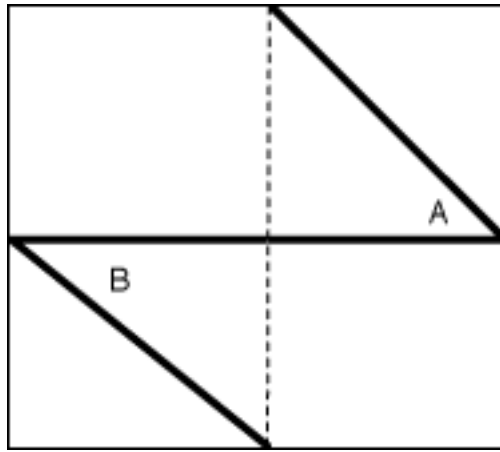


Fig. 3



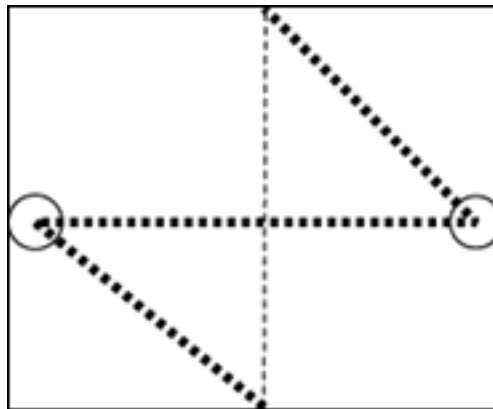
Fig. 4



Suture the flaps as illustrated (Fig. 5). The scar will be lengthened, much of it will be in the direction of the skin folds and the other parts will be far less than the perpendicular. The results will be cosmetically and functionally much more acceptable.



Fig. 5



Some surgeons will round off the peaks of the triangles to allow for stretching. Most will use an "apical stitch" at the apex of the triangle. Rural doctors with an interest in plastic surgery might have other comments on the procedure. They will be allowed to make them if they promise a "Practitioner" article of their own. What is certain is that very little practise is needed to learn this basic and occasionally very useful technique.

**PORK HOCKS,
PONTIAC COUNTY STYLE**

3-4 good looking pork hocks

1 onion

Salt and pepper

Recently cooked rice

Flour

Boil the pork hocks for as long as you have something else to do (1 to 3 hours) in water that also contains a chopped onion. Pour off the remainder of the water. Peel off the skin and the fat. Chop the meat into chunks or shreds and discard the bone. Make a gravy and be sure to use flour that has been browned under the broiler. Add the meat. Adjust the seasonings. Serve over rice (although french fries are a good substitute). Goes well with green tea and Graval.

© 1998 Society of Rural Physicians of Canada



Medical resources and manpower

John Adams, MD
Princeton, BC

CJRM 1998;3(2):105

Correspondence to: Dr. John Adams, Family Practice Inc., Box 1106, Princeton BC V0X 1W0; tel 250 295-6331, fax 250 295-6379

See sidebar: [Health minister to create position of rural health executive director](#)

During the last 10 years we have witnessed a marked shift in medical resources and manpower to the large towns and cities for the following reasons.

- The advent of the walk-in clinics and fulltime emergency-room physicians has meant high-volume, relatively high-pay, low-stress work with either no emergency room duties or token on-call rotation for many urban physicians. This appeals to a considerable number of young medical graduates and their families.
- Older rural physicians, who for years worked 10- to 12-hour days in addition to their exhausting on-call duties, have retired or "burned-out." Few replacements are moving in.
- Rural medical practice demands a high standard of training and skills with a considerable degree of self-sufficiency and commitment. There is at present no mandatory training for rural practice in British Columbia or anywhere else in Canada. A basis for such a program exists here in BC with a Rural Training Skill Enhancement Program, run by Drs. Newbury and Whiteside. Unfortunately, only a handful of doctors can afford to avail themselves of this program.
- There are no basic minimum standards of emergency care in many rural hospitals. This is in contrast to the larger towns and cities where ACLS and ATLS, OLS and neonatal resuscitation courses are considered mandatory for emergency departments, intensive care units and delivery rooms. At our local hospital even basic cardiopulmonary resuscitation is

not funded, nor is it mandatory.

- The lack of sympathetic insight of government into the onerous on-call duties of rural physicians is probably the most telling factor in the decision of young graduates to migrate to the towns and cities rather than to the country. New physicians are certainly not prepared to put up with the exhausting on-call of their forebears.

The solutions

I have a number of solutions to suggest.

- There needs to be an urgent revision of the training rural physicians receive at both the undergraduate and postgraduate levels, with expansion of stints in rural practice. At the undergraduate level, a month attached to a rural hospital for each of the last 3 years of training and completion of ACLS, ATLS, OLS and neonatal resuscitation courses by qualification would be appropriate.
- Expansion of graduate training for rural practitioners, with at least a year devoted to procedural skills (anesthesia, emergency surgery, obstetrics and emergency medicine) would again be appropriate. Every medical graduate who is considering working in a hospital or in rural practice should have basic life support training, that is ACLS, ATLS, OLS and neonatal resuscitation funded as part of their training, and encouragement should be given to keeping their training current at all times. This fundamental basic training in resuscitation is designed to ensure that everyone performs quickly and efficiently in emergency settings. It should be not only be available but be funded and in-house for rural nurses and physicians.
- There should be a recognition of the commitment of rural physicians and their families to a way of life that is very different from that of urban practice. Measures should be taken to ensure that they have some quality of life outside medicine. This could be achieved in many ways; for example, the isolated rural practice allowance could be expanded with a starting differential of a 40% minimum going up to 60% for people in very isolated, high-risk areas. The present 5% to 30% differential (northern and isolation allowance) is obviously inadequate. It is imperative that rural physicians are well paid to ensure that present incumbents stay and new physicians are attracted. Because of the high workload and stress load in rural practice, 6 weeks' holiday and 3 weeks' skill-study leave should be factored into a rural physician's payment structure. The government should also be obliged to provide satisfactory, fail-safe locum coverage. This would mean employing full-time locum physicians prepared to go around the province and cover for rural practitioners. Further locum coverage could be factored in as part of the training program for rural physicians.

- Urgent action needs to be taken to make the pay differential between rural practitioners and walk-in clinic doctors very substantial (at least a 60% differential) so as to take away the financial incentive to remain in high-volume practice in an urban setting. Many patients who attend walk-in clinics with minor complaints could be treated by nurse practitioners with adequate medical supervision. Patients with serious conditions could be triaged and sent either to their family physician or the emergency department.
- It is unreasonable for any physician to see more than 35 patients per day and do them justice. Dentists, orthodontists, midwives and other health care professionals would be hard pressed to treat this number of patients adequately. Accountants, lawyers, veterinary surgeons and other professionals would be completely overwhelmed seeing 35 or more clients per day. Certainly in rural practice where one has to attend to the total care of the patient, often with no specialist intervention, 25 patients per day should be recognized as more than a full workload. Besides seeing patients in the office the rural practitioner must attend the patients in the hospital, be on call for emergencies and often be up at night. In addition, considerable time is taken with charting, committees and organization.

Summary

These above concerns will not go away and should be addressed urgently with the initiation of health and safety regulations for rural hospitals and with the provision of substantial increases in global health care funding to enact these changes. In view of the somewhat precarious state of the BC economy at present, these issues need to be addressed at both the provincial and federal levels. In view of the promises made by the federal government to increase health care spending and considering that the federal deficit is coming under control and because of the very precarious state of rural medicine, funding should be forthcoming.

© 1998 Society of Rural Physicians of Canada



Letters / Correspondance

CJRM 1998;3(2):108

Country cardios and Colles' fracture

I always enjoy Country cardiograms. Case 6 (Thompson JM. Biventricular infarction. [Can J Rural Med 1997;2\[4\]:190,200](#)) describes the type of patient who is being referred for primary angioplasty in Calgary emergency departments now. The criteria are cardiogenic shock, contraindications to thrombolytic agents within 12 hours of pain onset, a large myocardial infarction suggested by ST elevation in 4 or more leads and hemodynamic or electrical instability. I had a patient with an anterior acute myocardial infarction who survived 2 hours of cardiopulmonary resuscitation and had the angioplasty during CPR. I'm not convinced that thrombolytic agents did much in Country cardiogram case 6, given the angiography findings. The question is what is best in a rural setting, thrombolytic agents and emergent angiography or just emergent angioplasty? Probably a trial of thrombolytic, as in case 6, is the way to go, given the interhospital transfer distance.

I read your excellent Colles' fracture review (Thompson JM, Ukrainetz P. Managing Colles' fracture in rural practice. [Can J Rural Med 1998;3\[1\]:20-5](#)). I'd like to point out a paper on "mini-Bier" block (Farrell RG, Swanson SL, Walter JR. Safe and effective IV regional anesthesia for use in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 1995;14[4]:288-92). I use this protocol almost exclusively for the Colles' fractures that I reduce, as I think it gives better analgesia than hematoma block. With the minidose, the risks of side effect seem to be low, and certainly I've never had a problem.

David Cebuliak, MD, CCFP(EM)
Bragg Creek, Alta.

The author replies:

The coronary circulation diagram that we published in Country cardiograms case 6 misleadingly shows 100% obstructions in both the right coronary artery (RCA) and the left anterior descending (LAD) coronary artery. That was based on a computer printout from the angiography computer,

and although it was faithful to the paper trail it did not represent the true nature of the fixed lesions in this patient. According to the angiographer's dictated note accompanying the diagram, there was 50% fixed stenosis in the proximal RCA and 100% stenosis in the LAD, and I should have amended the diagram accordingly. The thrombolytic therapy he received in the rural hospital removed the clot from the RCA, restoring blood flow to his preinfarction collateral circulation. The point about the role of rapid transport and emergent angioplasty in this kind of patient is well taken. Primary angioplasty should be considered when time and distance permit. In this case the cardiologist, during a phone consultation, recommended that thrombolysis be initiated before transport. At a 1-year follow-up this patient was symptom-free and had a normal electrocardiogram.

The tip on the minidose Bier block is an excellent one. The technique appears to be a very good alternative for the rural physician using anesthesia in forearm procedures such as reduction of a Colles' fracture.

Jim Thompson, MD, CCFP(EM), FCFP
Sundre, Alta.

© 1998 Society of Rural Physicians of Canada

Rural docs deal with Canada's worst bus crash

Louisa Blair

Freelance medical writer living in Quebec City

CJRM 1998;3(2):111

All the rural physicians in the vicinity of Les Éboulements on Quebec's north shore remember exactly what they were doing when they heard the news that a bus full of people had just plummeted into a ravine. One of them actually heard the crash as he was jogging through the village. Another was putting up his winter garage, those long plastic tubes snaking out to the street that begin to adorn Quebec houses around Thanksgiving. A third physician was whacking a ball among the birches of the Malbaie golf course.

The worst road accident in Canadian history had just happened down the road, and the people there to deal with it were rural physicians working out of rural hospitals.

Robert Vallières, the hospital administrator at the Centre Hospitalier de Charlevoix in Baie-Saint-Paul, was on his way home to Quebec City when he saw a fleet of ambulances and journalists heading in the other direction. He turned around and went back. The hospital's emergency plan had already kicked in by the time he got there.

Hospital staff had learned from experience that emergency plans are not just theory; they are preparations for the real thing. The chronicle of past disasters in Quebec's beautiful Charlevoix region makes solemn perusal. In 1962, 23 died in a crash. In 1973, a military van crashed killing 4 and injuring many more. In 1974, another bus went off the road in the same spot as this crash, killing 13 and injuring 20. At that time hospital staff had to use the archives as a morgue, recalls Dr. Jacques Cloutier, family physician and medical director at the hospital in Baie-Saint-Paul. This time, they were prepared as never before.

"By the time I arrived at the hospital," said Cloutier, "there were 20 nurses, 8 family physicians, the surgeon, the anesthetist, as well as receptionists and secretaries already in place. We were expecting 15 people, badly hurt. In the event, there were only 5 survivors."

It wasn't just the medical staff who needed to be in place. The hospital's emergency plan called for a room for the police, a room for the press and a room for the family members, with people to look after them. "Those other accidents are in our collective memory. All the old reflexes came back, and we could act confidently," said Cloutier, who has been working in Baie-Saint-Paul since 1971. "ATLS helped, but experience helped more than anything.... Doctors were calling from everywhere, offering to help. We had the best telephonist on duty and the doctor on call knew all the emergency procedures. Everything was as good as it could be."

Hospital staff at Baie-Saint-Paul stabilized the 5 survivors, giving some of them as many as 5 blood transfusions. By 19:00 that night, about 5 hours after the accident took place, the victims had all been transferred to *Enfant-Jésus*, the tertiary care trauma centre in Quebec City. They made the hour-long journey in ambulances and were operated on immediately upon arrival.

The only problems were a lack of blood and telephones. The blood bank wasn't big enough, and *Enfant-Jésus* couldn't send down their supply. In the end, the Red Cross in Quebec City sent some. "If we'd had 15 victims instead of 5, we'd have been in trouble," said Cloutier. As for telephones, the lines were clogged with calls from media and victims' families, as well as medical personnel trying to pass crucial information along to one another. In the future, they plan to set up an emergency hotline "just for doctors to talk to each other."

Emergency plans clearly mark out everyone's roles so the doctors aren't stepping on the paramedics' toes, and the surgeons aren't having to field journalists' questions. The degrees of injury are colour coded for quick and appropriate action. The pay-off of regular meetings and fine-tuning of the plan for the past 7 years was realized that day. The head of the Regional Emergency Planning Committee, Dr. Eric Gagné, had everything organized within 20 minutes, before he had even left his home village. "There were good people, I had good information, so I was able to make good decisions," he said.

One of the decisions he made was that the dead should go to the hospital in Saint-Joseph-de-la-Malbaie, in the opposite direction from Quebec City. "Logistically, it made sense," he said. "That way Baie-Saint-Paul could concentrate on the living victims without worrying about the dead."

Meanwhile, Dr. Denis Samson, a young family physician, was on call that day at Saint-Joseph-de-la-Malbaie hospital when the dead began to arrive. "I was told there had been a major accident, so I started calling the family physicians on our list for big emergencies," said Samson. "Seven arrived right away, as well as the surgeon and anesthetist. Then we waited for the injured." But as the ambulances rolled in and the doctors got more information "we realised we'd be taking all the dead," said Samson.

At the hospital, the morgue's freezer had space for only 2 bodies, but that night 43 bodies arrived by ambulance. Ironically, it was thanks to hospital cuts from 56 to 34 beds that staff had anywhere to put them: the entire third floor was more or less empty.

Staff had to move the patients who were already in emergency beds, to spare them from watching the dead pass by. Others positioned themselves at the emergency entrance to persuade locals arriving that night to go home if their problem wasn't urgent. Still others went down to the kitchen to see if there was some spare plastic sheeting they could use to wrap the bodies once the hospital's linen cupboard had been emptied. Someone threw open all the windows on the third floor to keep the bodies as cool as possible. There weren't enough coffins at the local funeral home, so 43 cardboard cremation coffins were sent for from Quebec City.

The first thing Hospital Administrator Jacques Tremblay did was to go around the hospital bolting all the entrance doors except one: media control. He herded all the journalists and photographers into the emergency waiting room, and there they waited, forbidden to go anywhere else in the hospital. When 150 family members arrived to identify their relatives, it wasn't so easy. "We couldn't let them go and look," he said. "It would have been inhuman. Dozens of mutilated people on the floor — it was like TV scenes of war in Third World countries." Staff from the local community health centre and hospital volunteers counselled the families and sent them home, telling them to go to Quebec City the next day for identification.

On reflecting why things went so smoothly on the night of Oct. 13, 1997, Samson gives some credit to his family medicine training, which taught him to improvise. But most important, he said, was that the doctors who work at Saint-Joseph-de-la-Malbaie are not just colleagues, they are friends. They go skiing and dog sledding together in the winter, fishing and cycling in the summer, and do 2 annual CME retreats per year.

"We didn't save anyone," says Samson, "but we treated the dead with great respect and tried to help the families as best we could. Strangely enough, I'm glad I was there."

© Louisa Blair 1998



Political action and thrombolysis

CJRM 1998;3(2):113

Subscription to RuralMed is by request to the listowner. Send an email message to Dr. John Wootton at: jwootton@fox.nstn.ca

Include your full name and email address. If you include a short biography it will be posted to the list as your introduction. You can also access both the RuralMed archives and a RuralMed subscription form through the SPRPC home page at: www.gretmar.com/srp

RuralMed has been active both clinically and politically. Politically, the stand of the rural physicians in and around Vanderhoof, BC, to have "on-call" adequately remunerated, was widely discussed. RuralMedders across the country who had fought this same fight in their own provinces sent many messages of support and encouragement. Typical of the exchanges was the following from Nova Scotia:

I would like to add my voice to the many who are supporting the BC rural docs. I can understand the issues and sympathize with your current state of mind. Although our struggle did not end in withdrawal of service, it was an eleventh hour agreement that prevented that eventuality.

I can say to you that, despite the grief, it is worth holding out for remuneration. In this province where physicians were near the brink of collapse, remuneration has bought time to regroup and also time to re-organize personal practices so that perhaps these rural docs can stay in their communities a bit longer. It is not to say that our problems have evaporated -- far from it, but we do have a new lease on life.

The issue of thrombolysis was again discussed, this time from the perspective of the one-horse (or rather "one-doc") town. A physician in a solo island practice off Vancouver Island questioned the cost/benefit to the patient of the delay inherent in initiating thrombolysis in her facility rather than organizing an immediate transfer. She asked whether "...the person is more at risk by having a slower initiation of thrombolytic, or by waiting an extra fifty minutes in our centre until the whole

dose is through. Remember also that I can either be arranging an evac or starting a drip and drawing up drugs. I cannot do both simultaneously."

Other rural docs in similar circumstances also had their say: "I too am from a one doc, one nurse, two EMT facility and understand only too well the concept of running a code singlehanded. This can be improved upon substantially by educating those you have at hand. Encourage or teach ACLS to your nurses and EMTs. They can become a great asset."

A number of references related to the issue were provided by yet another correspondent:

- Thrombolytic therapy for myocardial infarction. Treatment introduced in northern Ontario. Hutten-Czapski P. Can Fam Physician 1993;39(5):1071-4.
- Halving of mortality at 1 year by domiciliary thrombolysis in the Grampian Region Early Anistreplase Trial (GREAT). Rawles J. J Am Coll Cardiol 1994;23(1):1-5.
- Guidelines for the early management of patients with myocardial infarction. British Heart Foundation Working Group. Weston CF, Penny WJ, Julian DG. BMJ 1994;308(6931):767-71.
- Influence of early prehospital thrombolysis on mortality and event-free survival (the Myocardial Infarction Triage and Intervention [MITI] Randomized Trial). MITI Project Investigators. Brouwer MA, Martin JS, Maynard C, Wirkus M, Litwin PE, Verheugt FW, et al. Am J Cardiol 1996;78(5):497-502.

As it turns out, the issue is one being actively considered by several rural groups, and one of the authors, Jim Thompson, provided the following information:

The Rural Chest Pain Protocol has been developed by the Rural Committee of the Canadian Association of Emergency Physicians. We have asked the Emergency Committee of the SRPC to join us in the project, and we have also invited the National Emergency Nurses Affiliation (Canada) to join. We will be distributing a wall poster and CQI computer software system free to all Canadian rural hospitals.

We tried to take all rural contexts into consideration. The protocol encourages all rural facilities to provide thrombolysis before transport and hopefully will suggest solutions to those who currently transfer these patients without thrombolytic therapy, or who work in very low volume/very small staff facilities.

Interested physicians are encouraged to communicate with Dr. Jim Thompson at:

jthomps@telusplanet.net

He adds: "By the way, the record now for thrombolysis is 3 minutes, held by an urban ED in Ontario. They were standing at the door waiting when the patient arrived by ambulance from a city clinic." The gauntlet has been dropped!

© 1998 Society of Rural Physicians of Canada



Country cardiograms case 8:

Wide complex sinus tachycardia due to theophylline toxicity and bundle branch block

Jim Thompson, MD, CCFP(EM), FCFP

Sundre, Alta.

Clinical Associate Professor, Department of Family Medicine, The University of Calgary, Calgary, Alta.

CJRM 1998;3(2):109

[See [presentation, page 102](#)]

This paper has been peer reviewed.

"Country cardiograms" is a regular feature of the Canadian Journal of Rural Medicine. In each issue we will present an electrocardiogram and discuss the case in a rural context. Submit cases to Dr. Jim Thompson, Canadian Journal of Rural Medicine, Bag 5, Sundre AB T0M 1X0; jthomps@telusplanet.net

Findings

This isn't a trick question, just one of those head-scratchers that seems to occur regularly in rural practice, usually making far more sense several days later than in the middle of the night on call. The patient's electrocardiogram shows sinus tachycardia (ST) with left bundle branch block (LBBB). A sharp-eyed nurse noticed that the chest leads were reversed. P waves are visible in the limb leads, and the RR interval is regular at a rate of about 144 beats/min. It helps to look at his ECG taken the next morning with correct chest lead placement when his heart rate slowed spontaneously ([Fig. 1](#)). The intrinsicoid deflection, or start of the downward deflection of R wave, is delayed over the left ventricle in V5 and V6, signifying a bifascicular left ventricular conduction defect, or LBBB. P waves are now more clearly visible. His old ECGs confirmed that this was a chronic finding.

Discussion

The first problem here is to diagnose the wide-complex tachycardia (WCT). WCT can be intimidating even without the reversed chest leads. ST with bundle branch block is much more common in older patients than ventricular tachycardia, especially at the lower rates at which this patient presented. Atrial flutter (AF) with a 2:1 conduction block can look like this because the atrial waves occur at a rate of about 300 beats/min. It can be difficult to distinguish AF from ST at this patient's heart rate of 142 beats/min, but ST is much more common than AF. This patient was given adenosine in the emergency department. Adenosine is recommended for WCT of uncertain etiology.²⁻⁴ Often adenosine will help with the diagnosis because in AF it might lengthen the block to 3:1 or more, making the P waves obvious. It has little effect in ventricular tachycardia.^{3,4} The adenosine had no effect at all in this case. ST is the most common arrhythmia. It also can be the most perplexing clinically because it can be confused with other arrhythmias, and the list of ST causes is longer than for any other arrhythmia, as in this case. A free MEDLINE search using Internet GRATEFUL MED (<http://igm.nlm.nih.gov/>) turned up surprisingly few references as far back as 1980. Our collection of textbooks was little help either for finding a systematic way to approach the list of possible causes. Consider pathologic causes: cardiovascular disease, such as coronary artery disease or pulmonary embolism, infectious disease such as myocarditis, endocrine disorders such as hyperthyroidism, and a long list of entities such as hypovolemia, anemia and disorders of nearly any other organ system. The syndrome of "inappropriate sinus tachycardia" is an intrinsic disorder of the conduction system of the heart. It is uncommon, and the patient usually describes a history of increased heart rate. Then work through exogenous causes, especially drug side-effects or toxicity. Then consider physiologic causes, especially fever, anxiety, psychological stress and pregnancy. Finally consider combinations of all of the above.

The only solution to finding the cause of ST is to work through the entire clinical picture, ruling out the long list of possibilities and hoping the emergency department and wards stay quiet for a while. The next day it was discovered that he had been using extra TheoDur (theophylline) for his dyspnea in the days leading up to admission, so the diagnosis of theophylline toxicity was made in retrospect. A follow-up ECG obtained the day after admission, when his heart rate slowed spontaneously, shows the P waves more clearly and shows the correct chest lead configuration (Fig. 1), confirming the diagnosis. The patient did well and was discharged home from the rural hospital after supportive care and treatment for his respiratory infection.

References

1. Wagner GS. Marriott's practical electrocardiography. Ninth ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994. p. 42 and 92.
2. American Heart Association. Essentials of ACLS. In: Cummins RO, editor. Textbook of advanced cardiac life support. Dallas (TX): The Association; 1994. p. 1-33.
3. Wilbur SL, Marchlinski FE. Adenosine as an antiarrhythmic agent. *Am J Cardiol* 1997;79:30-7.

4. Herbert ME, Votey SR. Adenosine in wide-complex tachycardia. *Ann Emerg Med* 1997;29(1):172-4.

© 1998 Society of Rural Physicians of Canada



[Spring 1998 Contents • Printemps 1998 Table des matières](#) Country cardiograms case 8:
Wide complex sinus tachycardia due to theophylline toxicity and bundle branch block



Fig. 1. Electrocardiogram at presentation (top) and the following morning (bottom). The standardization marks are 0.1 mV tall, 200 ms wide.

[[Return to text](#)]



Health minister to create position of rural health executive director

CJRM 1998;3(2):106

On Feb. 26, 1998, Health Minister Allan Rock announced that he would create a new position at Health Canada: Executive Director of Rural Health, to ensure that the views and concerns of rural Canadians are better reflected in health policy and in the health system. "As we work to modernize medicine and develop strategies for improving the health of Canadians, it will be essential to look at these issues through a rural lens," said Mr. Rock. "The Executive Director of Rural Health in my department will be instrumental in bringing in a focus to rural health issues and improving the way we serve rural Canadians."

"Health Canada already contributes in a wide range of ways to the care and well being of Canadians in rural communities, but this new role reflects a strengthening of our commitment to these communities," said the minister.

The minister noted that the position of an executive director will contribute to the Government of Canada's plan to ensure that federal departments and agencies consider the impact on rural Canada when formulating policies.

© 1998 Society of Rural Physicians of Canada

