Challenges of confidence

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

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

Once upon a time I didn't want to publish an occasional piece on normal delivery: rural doctors might have been insulted. And yet in this issue is an excellent piece on the occasional vaginal delivery.[1] A few observations changed my opinion.

I suppose it was the wearing of one of my other hats as program coordinator for advanced maternity skills at the Northern Ontario School of Medicine. Over the years I was starting to get applicants who were not looking for mastery of the skill of cesarean delivery, but who felt unprepared for rural practice that included normal deliveries. Being workshop leader for the SRPC Rural Critical Care Obstetrics Module probably cemented my about-face. In that workshop, I was seeing people who wanted to gain some comfort for the inevitable parturient who would deliver on their doorstep regardless of the absence of a welcome mat.

So when approached with the idea of an occasional piece covering normal delivery, I wrote to the author,

> Much as I rue that it has come to that, neither I nor my co-editors are blind to the fact that those scared of an easy multip crowning are now the majority. The occasional breech does not speak to the needs of that crowd.

The time had come.

I wish the problem were confined to rural obstetrics. The actual problem is more insidious and pervasive, and relates to almost anything that occurs outside the office (and some things in the office).

Although some of this is no doubt the curmudgeon's lament about the changing of the times, in some of these words is the realization that the rural town is not a small city, and it cannot be sustained by subspecialized practitioners of limited scope. The city might have long turned its back on generalists, but the country desperately needs them. What are we to do?

First, we have to deal with the usual crisis of confidence when the apron strings are cut. We too felt insecure when finishing our rotating internship, and if we didn't it was only because of a lack of insight. We have to fight the institutional barriers that inhibit practising physicians from providing "in situ" support to help "finish" new graduates and to teach new skills as the need arises.

Second, we have to be mindful and expose the fraudulent unwritten curriculum that encumbers current graduates during their 2 years of residency training that family physicians "don't do" obstetrics, emergency medicine, or even nursing home and hospital care (at least not without additional training!). Expose those residents to role models who CAN and DO practise the spectrum of rural medicine.

Finally, it may be time to develop a written curriculum for current trainees, ensuring along the way that they develop competencies in all aspects of rural medicine that are required to deal with the needs of remote populations, without having to specialize in some subset.

Oh yes, and we can publish the occasional how-to on something as basic as supporting a woman through normal birth.

REFERENCE

1. Miller KJ. The occasional vaginal delivery. *Can J Rural Med* 2012;1:21-4.

© 2012 Society of Rural Physicians of Canada

Les défis de la confiance

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

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

À une certaine époque, je m'opposais à la publication occasionnelle d'articles traitant de l'accouchement normal : je me disais que cela risquait d'insulter les médecins ruraux. Et pourtant, on trouvera dans ce numéro un excellent article sur l'accouchement par voie vaginale[1]. En effet, quelques observations m'ont fait changer d'idée.

Je suppose que c'est en partie à cause de l'un des autres chapeaux que je porte, celui de coordonnateur du programme de compétences avancées en soins de maternité à l'École de médecine du Nord de l'Ontario. Au fil des ans, je rencontrais des candidats qui ne cherchaient pas à maîtriser les techniques d'accouchement par césarienne, mais qui se sentaient mal préparés à la pratique rurale comprenant des accouchements normaux. Mon travail d'animateur des ateliers du module de soins critiques obstétricaux en milieu rural de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) a sans doute cimenté ma volte-face. Dans cet atelier, je voyais des apprenants désireux d'acquérir les compétences qui leur permettraient d'être mieux préparés à accueillir l'inévitable parturiente prête à accoucher sur le pas de leur porte même s'ils n'avaient pas déroulé le tapis rouge !

Quand on m'a demandé ce que je pensais de la publication occasionnelle d'un article au sujet de l'accouchement normal, j'ai donc répondu ceci à l'auteur :

> Bien que je regrette qu'il en soit ainsi, ni moi ni mes corédacteurs ne pouvons nier que ceux qui s'effraient à l'idée d'un accouchement sans complication où se présentent par la tête plus d'un bébé constituent désormais la majorité. Parler de la présentation occasionnelle par le siège ne répond pas aux besoins de ce groupe. L'heure était arrivée.

J'aimerais bien que le problème se limite à l'obstétrique en milieu rural, mais il est en fait omniprésent et plus insidieux. Il se rapporte à peu près à tout ce qui se produit hors du cabinet (et même au cabinet jusqu'à un certain point).

J'en conviens, mon propos semble celui d'un grincheux qui se plaint des temps qui changent. Il reste toutefois une réalité : la municipalité rurale n'est pas une petite ville et elle ne peut pas être desservie par des praticiens surspécialisés dont l'envergure est limitée. La ville a probablement tourné le dos aux généralistes depuis longtemps, mais les régions rurales ont toujours désespérément besoin d'eux. Que faire ?

En premier lieu, nous devons faire face à la crise de confiance habituelle lorsque nous nous apprêtons à voler de nos propres ailes. Nous sommes tous et toutes passés par là. Nous nous sentions tout aussi incertains quand nous avons terminé notre internat par rotation et si cette angoisse en épargnait certains, c'était simplement de l'inconscience de leur part. Nous devons combattre les obstacles institutionnels qui empêchent les médecins praticiens de fournir un soutien « in situ » pour aider à parfaire les connaissances des nouveaux diplômés et leur enseigner de nouvelles compétences quand le besoin se fait sentir.

En deuxième lieu, nous devons être attentifs et exposer au grand jour le contenu non écrit des programmes d'études par lesquels on cherche frauduleusement à faire croire aux diplômés, pendant leurs deux années de formation en résidence, que les médecins de famille « ne font pas » d'obstétrique ou de médecine d'urgence ou ne

© 2012 Society of Rural Physicians of Canada

prodiguent pas de soins en foyer de soins de longue durée ou en milieu hospitalier (ou du moins pas sans une formation supplémentaire !). Il faut présenter à ces résidents des modèles de médecins CAPABLES de couvrir tout le spectre de la médecine rurale ET QUI LE FONT.

Enfin, le temps est sans doute venu de créer pour les résidents un programme d'études qui leur permettra d'acquérir en cours de route toutes les compétences nécessaires en médecine rurale pour répondre aux besoins des populations éloignées, sans avoir à se spécialiser indûment.

Ah oui, et nous pouvons aussi publier à l'occasion des « instructions » au sujet d'un acte aussi fondamental que celui d'aider une femme à traverser un accouchement normal.

RÉFÉRENCE

1. Miller KJ. The occasional vaginal delivery. *Can J Rural Med* 2012; 1:21-4.

Directives aux auteurs

Le *Journal canadien de la médecine rurale (JCMR)* est un trimestriel critiqué par les pairs disponible sur papier et sur Internet. Le *JCMR* est le premier journal de médecine rural au monde à être inscrit dans Index Medicus et dans les bases de données MEDLINE et PubMed.

Le *JCMR* vise à promouvoir la recherche sur les questions de santé rurale, à promouvoir la santé des communautés rurales et éloignées, à appuyer et informer les praticiens en milieu rural, à offrir une tribune de débat et de discussion sur la médecine rurale, ainsi qu'à fournir de l'information clinique pratique aux praticiens en milieu rural et à agir sur la politique de santé rurale en publiant des articles qui éclairent les décideurs.

On étudiera la possibilité de publier des documents dans les catégories suivantes.

Articles originaux : études de recherche, rapports de cas et analyses critiques d'écrits en médecine rurale (3500 mots ou moins)

Commentaires : éditoriaux, analyses régionales et articles d'opinion (1500 mots ou moins)

Articles cliniques : articles pratiques pertinents pour la pratique en milieu rural. On encourage la présentation d'illustrations et de photos (2000 mots ou moins)

Autres : documents d'intérêt général pour les médecins ruraux (p. ex., voyages, réflexions sur la vie rurale, dissertations). (1500 mots ou moins)

Couverture : œuvre d'art à thème rural

Présentation des manuscrits

Envoyer deux copies papier du manuscrit au Rédacteur en chef, *Journal canadien de la médecine rurale*, 45, boul. Overlea, C. P. 22015, Toronto ON M4G 3Z3, ainsi qu'une version électronique, de préférence par courriel à cjrm@cjrm.net, ou sur CD. Veuillez préparer la version électronique dans le format Word 2003 ou antérieur, soit le format doc, et non le format docx). Il faut joindre les illustrations et les photos numériques dans des fichiers distincts (voir ci-dessous).

Les copies papier du manuscrit doivent être dactylographiées à double interligne et doivent comporter une page titre distincte portant le nom et le titre des auteurs et un compte de mots, un résumé d'au plus 200 mots (pour la catégorie articles originaux), suivi du texte, des références complètes et des tableaux (chaque tableau sur une page distincte). Pour les références : inscrire les appels de notes dans le texte entre crochets et énumérer les références à la fin du texte dans l'ordre de leur parution dans le texte. Il ne faut pas utiliser les fonctions Endnotes (notes en fin de texte) ou Footnotes (notes en pied de page) des logiciels. Pour la préparation du manuscrit, suivre le guide stylistique approuvé, soit les «Exigences uniformes pour les manuscrits présentés aux revues biomédicales» (voir www.cmaj.ca/site/authors/policies.xhtml).

Joindre une lettre d'accompagnement signée par l'auteur correspondant et indiquant que le texte n'a pas été publié ni soumis pour publication ailleurs, et précisez la catégorie dans laquelle il faut étudier l'article. Veuillez produire le nom et les coordonnées d'un éventuel examinateur indépendant de votre travail.

Illustrations et figures électroniques

Les illustrations doivent être présentées en format JPG, EPS, TIFF ou GIF tels que produits par la caméra à une résolution d'au moins 300 ppp (ce que produit typiquement une caméra de 2 méga pixels ou mieux pour une image de 10 x 15 cm). Ne corrigez pas la couleur ou le contraste : notre imprimeur s'en chargera. N'insérez pas de texte ou de légende avec l'image. Si vous devez rogner l'image, sauvegardez-la à la meilleure résolution possible (la plus faible compression). Ne scannez pas les images et ne réduisez pas la résolution des photos. Si vous le faites, vous devez le préciser dans la lettre d'accompagnement et envoyer par la suite une version haute résolution sur CD ou en format prêt à imprimer.

Permissions écrites

Il faut produire une autorisation écrite des personnes concernées pour utiliser des documents déjà publiés ou des illustrations identifiant des sujets humains, ainsi que de toute personne mentionnée dans les remerciements ou citée comme source d'une communication personnelle.