

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 continuuel 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

