

has been addressed by increasing medical undergraduate and postgraduate enrolments and by the development of new models of medical education, for example, the distributed medical education programs at the Northern Ontario School of Medicine and at the University of British Columbia. Strategically aimed at improving access to family physicians in remote communities, distributed medical education programs will bring new pressures for surgical specialists. Developing education programs may conflict with the need for high service volumes, unless funding is also provided for quality education for new trainees and time is permitted to enable surgeons to teach their trainees in the operating room. Surgeons may be altruistic when offering to teach, but pressures to deliver ser-

vice add new responsibilities. Can alternative providers such as nurse practitioners and physician assistants help to ensure the best navigation throughout the system? These training programs also are meeting challenges in keeping up with demand. This will require sophisticated professional communication with surgeons, and issues over liability must be tackled.

The dialogue will continue into the future to ensure that the *Canada Health Act* will maintain access to publicly funded, medically necessary health care that is free of financial or other barriers. Surgeons must accommodate novel models to deliver their services based on burgeoning health need as well as predisposing and enabling factors that determine Canadians' wishes for optimal health

care. Hopefully, this can occur without "burnout"!

Garth L. Warnock, MD

Coeeditor

Competing interests: None declared.

References

1. Waddell JP. Editor's view. *Can J Surg* 2007;50:4-6.
2. Nabalamba A, Millar WJ. Going to the doctor. *Health Rep* 2007;18:23-33.
3. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey. Cycle 3.1. Ottawa: Statistics Canada; 2005.
4. Andersen RM. Revisiting the behavioral and model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
5. Gaudet MC, Ehrmann Feldman D, Rossignol M, et al. The wait for total hip replacement in patients with osteoarthritis. *Can J Surg* 2007;50:101-9.

Réussir à voir le chirurgien

Dans le numéro de février du *Journal canadien de chirurgie (JCS)*, le Dr Waddell a mis les lecteurs du *JCS* au défi de réfléchir à l'asymétrie entre les effectifs médicaux et la demande des patients, ainsi qu'à des moyens de rendre l'accès à la chirurgie viable.¹

Une façon utile d'aborder le problème consiste à analyser le lien entre le besoin de soins de santé et l'utilisation des services des médecins. Nabalamba et Millar² ont étudié récemment l'accès public aux médecins au Canada, tel que déterminé par l'édition 2005 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.³ Dans cette enquête, les auteurs ont évalué l'accès pour la population canadienne aux médecins généralistes et spécialistes à partir des trois dimensions suivantes du besoin: état de santé et gravité de la maladie, prédisposition à l'utilisation des services (p. ex., âge, sexe,

origine ethnique) et facteurs habilitants (p. ex., éducation, revenu et accès aux prestataires de soins et aux établissements de santé).⁴ Il faut se pencher sur les données relatives à l'accès aux spécialistes puisqu'elles projettent la demande des services de nos collègues chirurgiens. Les données ont révélé que 77 % des Canadiens âgés de 18 à 64 ans et 88 % des personnes âgées ont déclaré avoir consulté un omnipraticien (OP) au cours de l'année précédente. Les chiffres correspondants dans le cas des spécialistes s'établissaient à 27 % et 34 %. Il est rassurant de voir que le besoin individuel de soins de santé a constitué un solide déterminant de l'utilisation des services des médecins. Lorsqu'on a tenu compte du besoin, on a établi un lien indépendant entre les consultations de médecins et l'âge, le sexe, le revenu du ménage, l'origine ethnique, la langue, le lieu de résidence (milieu

rural ou urbain) et le fait d'avoir un OP régulier. Les personnes de plus de 75 ans, les habitants des régions rurales, les membres des minorités visibles et les Autochtones avaient de faibles chances de consulter un spécialiste. Qu'est-ce que ces chiffres augurent pour les spécialistes de la chirurgie?

Conformément au besoin de soins de santé comme solide déterminant de l'accès aux chirurgiens, l'article de Gaudet et ses collaborateurs⁵ publié dans ce numéro du *JCS* montre que les patients traités plus tôt pour une arthroplastie totale de la hanche présentaient des indices de symptômes plus élevés.⁵ Cela démontre que l'attribution d'une priorité aux services au moyen d'outils d'évaluation des priorités et les cibles relatives aux temps d'attente joueront à l'avenir un rôle dans l'affectation des ressources aux soins chirurgicaux.

Les chirurgiens doivent se familiariser avec ces outils afin d'appuyer la qualité et l'accès en temps opportun.

Gaudet et ses collaborateurs⁵ n'ont découvert aucun lien entre l'âge, le sexe et la profession, d'une part, et les temps d'attente pour l'arthroplastie, de l'autre, ce qui est intéressant. Le rapport de Nabalamba et de Millar² présente des données différentes. On y démontre que les personnes âgées ont accès aux médecins de famille, mais que leur accès aux spécialistes est faible, toutes proportions gardées. Il y a peu de chances que la population vieillissante de la génération du *baby boom* tolère cette tendance. Les spécialistes peuvent s'attendre à ce que cette population ait des demandes élevées dans le cas de problèmes comme les fractures de fragilité et l'arthrose. On s'est attaqué récemment à ces questions par le biais du financement destiné aux listes d'attente afin d'augmenter les services de chirurgie, mais les interventions ciblées ont des répercussions sur d'autres services de chirurgie qui ne bénéficient pas d'une augmentation du financement. Il en découle que des chirurgiens opèrent à de multiples endroits (y compris dans des établissements de soins privés) au lieu des centres hospitaliers traditionnels. Il faut réagir à ces changements de la pratique par le travail d'équipe en chirurgie et les transferts prudents du soin des patients. Dans les centres universitaires, il faut compenser l'impact sur les chirurgiens en formation par des méthodes pédagogiques innovatrices comme la simulation.

Le facteur habilitant de premier plan qui facilite l'accès aux spécialistes, c'est l'accès facile à un OP régulier. On estime toutefois que 3,5 millions de Canadiens n'ont pas d'OP régulier. On s'est attaqué au problème en augmentant l'inscription en formation médicale prédoctorale ou postdoctorale et en créant de nouveaux modèles de formation en médecine tels que les programmes de formation distribuée offerts à la Faculté de médecine du Nord de l'Ontario et à l'Université de la Colombie-Britannique. Visant stratégiquement à améliorer l'accès aux médecins de famille dans les communautés éloignées, les programmes de formation médicale distribuée exerceront de nouvelles pressions sur les spécialistes de la chirurgie. La mise sur pied de programmes de formation peut entrer en conflit avec le besoin de volumes élevés de services, à moins que l'on fournisse aussi le financement nécessaire à une formation de qualité des nouveaux stagiaires et que l'on donne aux chirurgiens le temps de former leurs stagiaires en salle d'opération. Les chirurgiens peuvent faire preuve d'altruisme lorsqu'ils offrent d'enseigner, mais les pressions qui s'exercent sur eux pour qu'ils fournissent des services alourdissent leurs responsabilités. Des prestataires substitués comme les infirmières praticiennes, les physiothérapeutes en soins avancés et les adjoints au médecin peuvent-ils aider à optimiser la navigation dans le système? Ces programmes de formation ont

aussi des défis à relever pour répondre à la demande. Ils exigeront une communication professionnelle sophistiquée avec les chirurgiens et il faut s'attaquer aux problèmes de responsabilité civile.

Le dialogue se poursuivra afin de garantir que la *Loi canadienne sur la santé* maintiendra l'accès aux soins de santé médicalement nécessaires et financés par le secteur public sans obstacle financier ou autre. Les chirurgiens doivent s'adapter à de nouveaux modes de prestation de leurs services fondés sur une hausse des besoins, ainsi que sur les facteurs prédisposants et habilitants qui déterminent le désir de la population canadienne de bénéficier de soins de santé optimaux. Nous espérons que ce sera possible sans «épuisement»!

Garth L. Warnock, MD
Co-rédacteur

Intérêts concurrents : aucuns déclarés.

Références

1. Waddell JP, Editor's view. *Can J Surg* 2007;50:4-6.
2. Nabalamba A, Millar WJ. Going to the doctor. *Health Rep* 2007;18:23-33.
3. Statistics Canada. Canadian Community Health Survey. Cycle 3.1. Ottawa: Statistics Canada; 2005.
4. Andersen RM. Revisiting the behavioral and model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36:1-10.
5. Gaudet MC, Ehrmann Feldman D, Rossignol M, et al. The wait for total hip replacement in patients with osteoarthritis. *Can J Surg* 2007;50:101-9.