

One of the major concerns expressed by individuals who do not work in joint-replacement surgery was the possibility that increasing the resources available for these procedures would substantially decrease those for other orthopedic procedures and that surgical volumes outside of hip- and knee-replacement surgery would decline. A review of the data in Ontario by the Ministry of Health and Long-Term Care has not demonstrated this phenomenon. Over the last 2 years, the volume of

hip- and knee-replacement surgeries has increased by almost one-third; the waiting time for these procedures across the province decreased by half, yet the volume of non-joint-replacement orthopedic procedures increased by about 6% per year.

Although I am writing about hip- and knee-replacement surgeries because of my knowledge and interest in these procedures, particularly in the province of Ontario, I know other parts of the country have experienced similar success with this

type of integrated program. It is time that surgeons examine this type of improved care delivery for all types of surgical intervention and work with their nonsurgical colleagues in their hospitals and health regions to try and develop similar programs to address excessive waiting times in their areas of specialization.

James P. Waddell, MD

Coeditor, *Canadian Journal of Surgery*

Competing interests: None declared.

L'amélioration des temps d'attente en chirurgie

Je suppose que tous les fournisseurs de soins chirurgicaux au Canada connaissent les problèmes posés par la restriction des ressources attribuées aux services chirurgicaux. J'ai déjà rédigé des éditoriaux sur la question où je décrivais en détail les problèmes et certaines des solutions proposées pour contrer les conséquences de ces compressions.

Partout au Canada, les ministères de la Santé ont reconnu que les temps d'attente pour certains services chirurgicaux comme la chirurgie de la cataracte, la chirurgie du cancer et l'arthroplastie de la hanche et du genou devenaient inacceptables, et de nombreuses provinces ont pris des mesures concrètes afin de s'attaquer spécifiquement aux temps d'attente pour ces interventions.

De telles mesures s'appliquent particulièrement bien à l'arthroplastie de la hanche et du genou. En effet, les interventions sont purement électives, les coûts sont bien connus et beaucoup de chirurgiens les pratiquent. Il est donc possible pour les provinces ou les régions de santé de créer des modèles pour accroître le volume des

interventions chirurgicales en perturbant très peu les soins dans d'autres domaines.

On a ainsi proposé divers modèles qui ont eu un effet important, comme en témoignent les volumes à la hausse des arthroplasties de la hanche et du genou dans les administrations qui ont modifié leur stratégie de prestation des soins.

Les modèles en question ont de nombreux traits communs que l'on pourrait adapter aux soins chirurgicaux dans d'autres domaines. Il y a d'abord un registre central des patients en attente d'intervention, ce qui évite l'inscription en double de patients sur les listes d'attente de différents chirurgiens et permet de suivre les patients depuis la demande initiale de consultation jusqu'à la consultation et à l'intervention chirurgicale. L'établissement de lignes directrices sur les temps d'attente et le suivi du temps écoulé entre la référence initiale et l'intervention chirurgicale ont réduit considérablement ces temps d'attente.

La deuxième caractéristique a trait à l'expérience vécue par le patient à

l'hôpital. L'uniformisation de l'information préchirurgicale pour les patients, du cheminement des soins (en physiothérapie et pharmacothérapie, par exemple) et des objectifs de rendement permet aux patients de comprendre beaucoup mieux à quoi ils doivent s'attendre pendant et après l'intervention chirurgicale. La participation des patients et de leurs familles à la planification du congé avant même leur admission a aussi joué un rôle crucial dans la réduction de la durée du séjour aux soins actifs.

Enfin, une meilleure efficacité de la prestation des soins à l'hôpital a joué un rôle essentiel dans l'augmentation du volume des arthroplasties. On a obtenu cette amélioration par divers moyens, y compris en augmentant le temps de salle d'opération consacré aux arthroplasties de la hanche et du genou, en réduisant le temps écoulé entre chaque patient en salle et en exécutant un nombre minimum d'interventions au cours de chaque journée de 8 heures.

Il n'est pas facile de faire converger toutes ces initiatives disparates et un effort de coopération entre médecins

traiteurs, chirurgiens, anesthésiologistes, infirmières, physiothérapeutes, technologues en radiographie, administrateurs d'hôpitaux, gouvernements — la liste est longue et complexe — s'impose. De nombreuses administrations ont toutefois établi de tels programmes coordonnés, et la réduction des temps d'attente en chirurgie est la preuve de leur succès.

Les personnes qui ne travaillent pas en arthroplastie craignent principalement que l'augmentation des ressources mises à la disposition de ces interventions réduise considérablement celles que l'on affecte à d'autres interventions orthopédiques et que le volume des interventions chirurgicales autres que l'arthroplastie

de la hanche et du genou diminue. L'analyse des données effectuée en Ontario par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée n'a pas démontré que c'était le cas : au cours des 2 dernières années, le volume des arthroplasties de la hanche et du genou a augmenté presque du tiers et les temps d'attente pour ces interventions ont diminué de moitié dans toute la province, et pourtant le volume des interventions orthopédiques autres que l'arthroplastie a augmenté de presque 6 % par année.

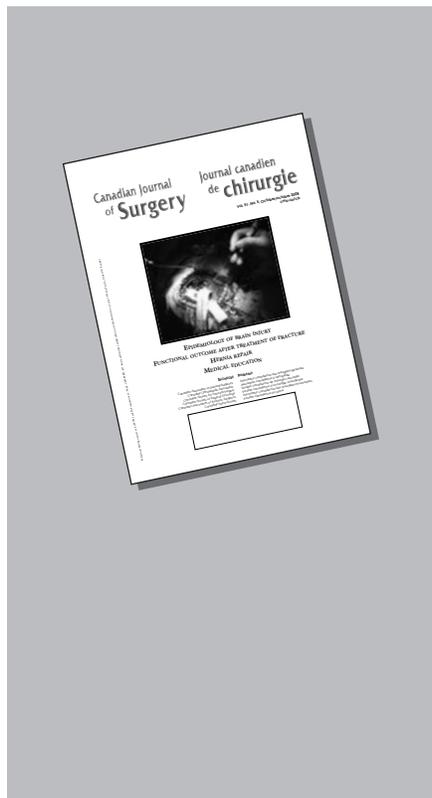
Même si j'écris au sujet de l'arthroplastie de la hanche et du genou parce que je connais ces interventions et que je m'y intéresse, particulièrement en Ontario, d'autres régions du

pays ont connu le même genre de succès avec ce type de programme intégré. Il est temps que les chirurgiens se penchent sur ce type d'amélioration de la prestation des soins pour tous les types d'interventions chirurgicales et collaborent avec leurs collègues non chirurgiens de leurs hôpitaux et administrations de santé afin d'essayer de mettre au point des programmes semblables pour réduire les temps d'attente excessifs dans leur spécialité.

James P. Waddell, MD

Corédacteur, *Journal canadien de chirurgie*

Intérêts concurrents : aucuns déclarés.



Reprints

Bulk reprints of *CJS* articles are available in minimum quantities of 50

For information or orders:

Reprint Coordinator

tel 800 663-7336 x2110

fax 613 565-7704

janis.murrey@cma.ca

Canadian Journal
of **Surgery**

Journal canadien
de **chirurgie**