

# Le défi continu de l'accès aux soins chirurgicaux

Dans ce numéro du *JCC*, Wright et ses collaborateurs<sup>1</sup> décrivent une intéressante nouvelle stratégie d'établissement d'objectifs normalisés et intégrés pour l'accès en temps opportun aux soins chirurgicaux. C'est l'occasion idéale d'en profiter pour réfléchir à l'accès aux soins chirurgicaux au Canada. Il y a plus d'une décennie que le Comité directeur du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada a établi des priorités pour les listes d'attente<sup>2</sup>. Les engagements de réduction des temps d'attente pris par la suite ont visé les soins de santé chez les adultes en chirurgie de la cataracte, imagerie diagnostique, soins cardiaques, arthroplastie et chirurgie du cancer. Ces engagements ont certes limité les souffrances et les difficultés financières, mais l'affectation de ressources accrues aux secteurs visés a limité les ressources disponibles dans d'autres.

Afin d'établir des cibles pour les temps d'attente en pédiatrie, Wright et ses collaborateurs ont utilisé les temps d'attente visés selon le diagnostic plutôt que l'intervention, ce qui permet de jumeler plus logiquement l'indice de priorité qui devrait dicter le besoin d'accès. Cette approche est beaucoup plus objective que le simple fait de dresser des listes de patients qui ont besoin d'interventions chirurgicales désignées. De plus, l'établissement de cibles pour toutes les interventions permet de faire un suivi des services prodigués afin de déterminer si le fait de cibler certaines interventions joue au détriment de l'accès à d'autres services.

L'établissement de cibles d'accès est une des nombreuses façons nécessaires de gérer le temps d'attente pour accéder à un service. Les chirurgiens doivent connaître ces façons de faire qui ont une incidence sur la pratique de la chirurgie. Des objectifs d'accès qui reflètent des codes diagnostiques plutôt que des codes d'intervention favoriseront l'usage d'une nouvelle terminologie pour justifier l'accès aux salles d'opération. Des systèmes efficaces de prise en charge des maladies et de gestion des références permettront de mieux trier les patients et de mieux gérer les références aux chirurgiens. On a créé des modèles pour référer des patients qui ont besoin d'une arthroplastie, d'une chirurgie du pied et de la cheville, d'une chirurgie bariatrique ou en pédiatrie. Les systèmes de gestion des temps d'attente obligent les chirurgiens à s'entendre sur des décisions communes au niveau provincial et pancanadien au sujet des temps d'attente. Par exemple, les décisions sur les temps d'attente doivent être uniformes. Wright et ses collaborateurs ont choisi comme définition la période écoulée entre la date de la décision d'opérer et celle de l'intervention chirurgicale. Cette définition est transparente pour les patients, mais elle cause des problèmes dans beaucoup de régions parce que les données sur les listes d'attente ne peuvent être objectives à moins que toute l'information soit indiquée au service de prise des rendez-vous de l'hôpital au lieu d'être gardée dans les cabinets de chaque chirurgien. Il est urgent d'implanter les réservations électroniques pour rendre ce temps d'attente transparent. Il faut aussi « nettoyer » les données régulièrement afin d'éliminer les patients qui ont subi leur intervention chirurgicale.

Pour ce qui est du partage des données, il est essentiel d'avoir un registre des patients en chirurgie. Plusieurs provinces ont créé de tels registres, ce qui permet de repérer les catégories de patients qui ont attendu plus longtemps que la durée visée. Cette information permet aux chefs de service de s'attaquer aux problèmes. Comme toujours, la disponibilité des ressources constitue une contrainte majeure à l'accès. Les actualités récentes au Canada ont fait état de mauvais jumelages entre les ressources et l'offre de chirurgiens du pied et de la cheville<sup>3</sup>. Les défis posés par le financement des tests, de l'imagerie, des lits et de la réadaptation ont aggravé ces problèmes, et moins de chirurgiens chevronnés sont en mesure de préparer leur retraite comme ils devraient normalement pouvoir le faire. De plus, on prévoit un effectif d'infirmières fatiguées et qui partent à la retraite. Un éventail plus large de compétences offrirait peut-être aux nouveaux chirurgiens un « amortisseur » qui les aiderait à travailler dans un système limité par les ressources. Le concept selon lequel « on en vient à connaître si bien une seule chose que très rapidement, on ne sait plus grand-chose au sujet du reste » hante les chirurgiens qui limitent leur ensemble de compétences. Une méthode de répartition des ressources basée sur des temps d'attente visés définis par les chirurgiens peut aider à assurer la transparence. Enfin, il faut viser un usage efficace et créatif des infrastructures. La planification des soins chirurgicaux à l'échelle régionale continuera d'évoluer. Des programmes régionaux utiliseront les ressources pour offrir les services là où ils seront fournis le plus efficacement. On a déjà défini des modèles d'accès aux salles d'opération qui permettent de traiter davantage de patients. Des modèles de financement axés sur les patients servent à récompenser financièrement les hôpitaux qui ont alors avantage à faire du rattrapage afin de réduire la longueur des listes de patients qui ont attendu trop longtemps.

Les chirurgiens doivent être conscients de l'évolution des cibles d'accès et des stratégies visant à accroître l'accès aux soins chirurgicaux, en pédiatrie ou pour adultes. La mise au point de modèles intégrés normalisés dans toutes les administrations canadiennes améliorera l'accès à court terme et aidera à améliorer les résultats à long terme.

**Garth L. Warnock, MD**

Co-rédacteur, *Journal canadien de chirurgie*

**Intérêts concurrents :** Aucuns déclarés.

## Références

1. Wright JG, Li K, Seguin C, et al. Development of pediatric wait time access targets. *Can J Surg* 2011;54:107-10.
2. Hardorn DC. Setting priorities of waiting lists: defining our terms. Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. *CMAJ* 2000;163:857-60.
3. Priest L. Canadian surgeons face flat-lining job market. *Globe and Mail* 2011 Feb. 24.

DOI: 10.1503/cjs.008011