

surgeon, irrespective of wait, in consideration of new surgical recruits, subspecialty surgeons and surgeons who have administrative or research activities. A maximum allocation should also be established. In sites that have teaching at the core of their mission, teaching surgeons require time to instruct. Recent unpublished national benchmark data (collected in June of 2003 for the Vancouver Coastal Health Authority by Johnson and Johnson Consultants) show that the average operating time across a wide variety of surgical specialties in community hospitals is 12%–25% shorter than in teaching hospitals. Finally, there must be acknowledgement of services that provide a heavy commitment to emergency calls.

Inevitably, despite the formulation and adjustment of these methodologies, there will be periods of resource shortfalls because of personnel absences, nondelivery or under-ordering of supplies, epidemics such as SARS, and other, even less pre-

dictable variables. In such situations, patients with higher acuity must be offered prioritized access.

A process for **review** of operating-room allocation methodology is essential. A handful of core factors will underlie success. Internal checks must be incorporated that sustain the observance of the principles of resource allocation already identified. The system must be responsive to ever-shifting demands: making changes in allocation must be easy and inexpensive. The process must be consistent and transparent to all members of the surgical department. Inevitable data audits should feature ease and low cost. Most importantly, a patient-centred approach should always benefit the flow of patients through the surgical system.

In summary, significant challenges lie ahead for surgeons to make use of up-to-date tools developed to prioritize patient care in a sophisticated system of resource allocation. This process should reflect organization,

problem-solving, quality of care and renewal of academic commitments. Stewardship of precious resources, with key leadership from surgeons, will give citizens access to standardized surgical care in a timely fashion.

Garth L. Warnock, MD
Coeditor

References

1. Conner-Spady BL, Arnett G, McGurran JJ, Noseworthy TW, and the Steering Committee of Western Canada Waiting List Project. Prioritization of patients on scheduled waiting lists: validation of a scoring system for hip and knee arthroplasty. *Can J Surg* 2004;47:37-44.
2. Hadorn DC, and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Setting priorities for waiting lists: defining our terms. *CMAJ* 2000;163:857-60.
3. Taylor MC, Hadorn DC, and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Developing priority criteria for general surgery: results from the Western Canada Waiting List Project. *Can J Surg* 2002;45:351-7.

La répartition des ressources dans les départements de chirurgie

Dans ce numéro du *Journal canadien de chirurgie*, Conner-Spady et ses coauteurs¹ présentent aux chirurgiens un outil validé d'établissement des priorités pour l'accès à l'arthroplastie de la hanche et du genou. Ce système et d'autres publiés récemment par le Comité directeur du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada^{2,3} ont amélioré considérablement notre capacité de mettre de l'ordre dans le chaos qui règne dans l'établissement de priorités pour rendre équitable et transparent l'accès aux soins chirurgicaux. Certes, il reste encore des perfectionnements à apporter aux mécanismes d'établissement des priorités cliniques, mais il est

néanmoins essentiel que les chirurgiens relèvent le défi d'utiliser ces outils dans le contexte d'un système de répartition des ressources chirurgicales telles que le temps en salle d'opération, l'appui préopératoire, les lits en chirurgie et les services auxiliaires. Au cours du Forum canadien de chirurgie de 2003 qui a eu lieu à Vancouver, l'Association canadienne des chirurgiens universitaires a passé en revue les principes de la répartition des ressources, discuté de méthodologies possibles et abordé des stratégies de gestion afin de garantir une saine répartition.

Plusieurs **principes** devraient guider la répartition des ressources chirur-

gicales. Tout d'abord, il faut aborder les ressources en fonction des besoins du patient. Dans notre système financé par le secteur public, le patient est le «propriétaire» des ressources. Sur le plan opérationnel, cela se traduit par une répartition fondée sur une analyse normalisée des périodes d'attente conformément à des normes nationales et des paramètres reconnus. Deuxièmement, il faut fournir les services en tenant compte du financement et des ententes interrégionales. Troisièmement, dans les régions de santé qui font de la recherche et de la formation, il faut s'engager à renouveler les ressources qui appuient le mandat d'enseignement et de recherche. Quatriè-

mement, le principe de l'intégrité prévoit que la répartition des ressources constitue un processus ouvert partagé avec les patients, les prestataires de soins et les partenaires provinciaux. Cinquièmement, la répartition doit respecter le principe de la viabilité. Il faut accorder la priorité aux interventions dont des indicateurs factuels démontrent la pertinence. Enfin, la répartition des ressources chirurgicales qui se répercute sur le système général de soins de santé doit comporter une «réflexion systémique» établissant un transfert responsable de ressources à l'appui des programmes.

Ces principes se conjuguent au besoin de comprendre clairement l'obligation de rendre compte des décisions prises. Trois niveaux d'imputabilité résident dans les conseils chirurgicaux régionaux, chez les directeurs de chaque programme de chirurgie et chez les membres des équipes de la haute direction : il est essentiel que les chirurgiens soient représentés à chacun de ces niveaux.

Il faut établir une **méthodologie** afin de rajuster la répartition des ressources. Il est essentiel de prévoir en premier lieu du temps pour les urgences chirurgicales. Le reste du temps, appelé volet facultatif, est réparti en fonction des priorités et des données gérées avec soin sur les périodes d'attente.

Il existe deux options. Il y a d'abord un protocole prospectif fondé sur les cas en attente. (Cette option ne devrait pas reposer sur le nombre de cas seulement puisque la complexité de chaque intervention chirurgicale oblige à tenir compte de la durée de l'intervention et de ses effets sur les ressources.) L'autre option consiste à suivre une démarche rétrospective fondée sur la période moyenne pendant laquelle il a fallu attendre pour subir l'intervention : on utilise des données historiques sur la période d'attente moyenne, recueillies en

fonction du chirurgien, du service et de l'établissement, pour réaffecter le temps et d'autres ressources en fonction de la moyenne globale.

Quelle que soit l'option choisie, il faut accorder une importance primordiale à certains problèmes de répartition, dont l'un consiste à établir une affectation minimale par chirurgien, sans égard aux périodes d'attente, compte tenu des nouvelles recrues en chirurgie, des membres de sous-spécialités de la chirurgie et de ceux qui effectuent des activités d'administration ou de recherche. Il faut aussi établir une affectation maximale. Dans les établissements dont l'enseignement constitue le cœur de la mission, les chirurgiens formateurs ont besoin de temps pour enseigner. De récentes données repères nationales non publiées (recueillies en juin 2003 pour le compte de la Vancouver Coastal Health Authority par Johnson and Johnson Consultants) montrent que dans un vaste éventail de spécialités de la chirurgie, les interventions prennent en moyenne de 12 à 25 % moins de temps dans les hôpitaux communautaires que dans les hôpitaux d'enseignement. Il faut enfin tenir compte des services qui se consacrent largement aux urgences.

En dépit de l'élaboration et du ajustement de ces méthodologies, il y aura inévitablement des périodes de pénuries de ressources en raison de l'absence de membres du personnel, de fournitures non livrées ou commandées en quantité insuffisante, d'épidémies comme le SRAS et d'autres variables encore moins prévisibles. Il faut alors accorder la priorité aux patients dont l'état est le plus grave.

Il est essentiel d'établir une façon de **revoir** la méthodologie de répartition du temps en salle d'opération. La réussite reposera sur une poignée de facteurs de base. Il faut intégrer des contrôles internes qui appuient l'observation des principes de la

répartition des ressources déjà énoncés. Le système doit réagir à des exigences toujours changeantes : il doit être facile et peu coûteux de modifier la répartition. Le processus doit être uniforme et transparent pour tous les membres du département de chirurgie. La facilité et le faible coût devraient caractériser les vérifications inévitables des données. Le flux des patients dans le système chirurgical devrait toujours bénéficier d'une stratégie axée sur le patient : c'est ce qu'il y a de plus important.

En somme, les chirurgiens auront d'importants défis à relever pour utiliser les nouveaux outils mis au point afin de classer par ordre de priorité les soins des patients dans un système complexe de répartition des ressources. Ce processus devrait être le reflet de l'organisation, de la solution de problèmes, de la qualité des soins et du renouvellement des engagements universitaires. La saine intendance de ressources précieuses, sous le leadership clé des chirurgiens, permettra de donner à la population accès en temps opportun à des soins chirurgicaux normalisés.

Le corédacteur,
Garth L. Warnock, MD

Références

1. Conner-Spady BL, Arnett G, McGurran JJ, Noseworthy TW et le Comité directeur du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada. Prioritization of patients on scheduled waiting lists: validation of a scoring system for hip and knee arthroplasty. *Can J Surg* 2004;47:37-44.
2. Hadorn DC et Comité directeur du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada. Setting priorities for waiting lists: defining our terms. *CMAJ* 2000;163:857-60.
3. Taylor MC, Hadorn DC et le Comité directeur du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada. Developing priority criteria for general surgery: results from the Western Canada Waiting List Project. *Can J Surg* 2002;45:351-7.