

new knowledge or skills may occasionally carry with it a marked increase in performance error. We also must remember that every failed new technology carries with it a considerable human cost in terms of patient suffering. It is our role as patient ad-

vocates to minimize patient cost and maximize patient benefit when introducing new techniques, instruments or implants.

James P. Waddell, MD, FRCSC
Coeditor

Competing interests: None declared.

Reference

1. Bozic KJ, Pierce RG, Herndon JH. Health care technology assessment. Basic principles and clinical applications. *J Bone Joint Surg Am* 2004;86:1305-13.

La mise en service de technologies nouvelles

La technologie dans son sens le plus large est maintenant plus importante que jamais dans la pratique de la chirurgie au Canada. Cette technologie peut être aussi étendue et universelle dans la pratique médicale que le dossier médical électronique ou la radiographie numérique, ou aussi spécifique qu'un nouveau type de laparoscope ou un nouveau stent pour le traitement de la coronaropathie.

Les enjeux qui entourent la technologie nouvelle sont à mon avis plutôt mal compris. Sauf erreur, il existe très peu de documents pour nous guider sur la façon la plus efficace d'implanter une technologie nouvelle dans la pratique médicale.¹

La chirurgie orthopédique est un excellent exemple de la façon dont la technologie fait évoluer la pratique de la médecine. L'utilisation routinière de l'enclouage centromédullaire pour le traitement des fractures du corps du fémur constitue maintenant la norme de soin en Amérique du Nord et en Europe. Il n'y a pas si longtemps, toutefois, l'enclouage centromédullaire fermé des fractures du corps du fémur était une intervention spécialisée réalisée seulement dans certains hôpitaux, par des praticiens ayant suivi une formation spécifique et à l'aide d'appareils d'imagerie médicale coûteux et d'implants relativement coûteux aussi. Il y a 30

ans, tout patient victime d'une fracture du corps du fémur au Canada était traité par traction et suspension équilibrée. Je suis allé récemment enseigner en Ouganda, ce qui m'a ramené à cette époque du traitement des fractures. On traitait par traction des dizaines de patients ayant subi une fracture du corps du fémur. La «nouvelle technique» de l'enclouage centromédullaire n'était pas encore parvenue à l'hôpital en question, non parce que le chirurgien ne la connaissait pas, ni parce que les implants n'étaient pas disponibles. C'est plutôt parce que l'infrastructure nécessaire pour implanter la technologie n'existait pas.

L'hôpital a le dernier mot dans la mise en service d'une technique de chirurgie. Si l'hôpital veut effectuer une laparoscopie, ce sera possible parce que tous les systèmes d'appui nécessaires à une intervention chirurgicale très peu effractive seront mis en place. Si l'hôpital décide qu'il veut pratiquer des arthroplasties totales de la hanche ou du genou assistées par ordinateur, il fournira le matériel nécessaire. L'hôpital n'a toutefois pas pris cette décision à la légère. Les administrateurs qui dirigent l'hôpital et contrôlent le budget, lorsqu'ils veulent garder l'hôpital à jour et pertinent, consultent les praticiens qui y travaillent au sujet des progrès en chirurgie.

Je crois que nous pensons tous que nous devrions préconiser des innovations dans la pratique de la chirurgie. Ce rôle de promotion s'étend souvent au poste que nous occupons dans des hôpitaux et des universités, des cliniques et des centres de traitement des patients. Cette promotion comporte inévitablement un élément de confrontation puisque les ressources disponibles (autant financières qu'infrastructurelles) pour la mise en service d'une nouvelle technologie sont limitées et que ce ne sont pas tous les intéressés qui recevront ce dont ils ont besoin pour mettre en service «leur» technologie nouvelle.

Nous devons conjuguer nos efforts pour établir un système dans lequel il sera possible d'implanter la technologie nouvelle en toute sécurité, avec efficacité et à un coût abordable. Une technologie nouvelle est intéressante, mais dans l'enthousiasme que suscite chez nous tous la nouveauté, on oublie parfois la pertinence pour l'amélioration du soin des patients. Il ne faut pas oublier que les technologies nouvelles ne sont pas toutes couronnées de succès et que l'acquisition de compétences spécialisées ou de savoir nouveau peut parfois entraîner une augmentation marquée des erreurs d'exécution. Il faut aussi nous rappeler que toute technologie nouvelle

qui échoue entraîne des coûts humains réels sous forme de souffrance chez les patients. Comme protecteurs des patients, il nous incombe de minimiser les coûts pour eux et de maximiser les avantages qu'ils

tirent de la mise en service de techniques, d'instruments ou d'implants nouveaux.

James P. Waddell, MD, FRCSC
Co-rédacteur

Reference

1. Bozic KJ, Pierce RG, Herndon JH. [Évaluation de technologies des soins de santé. Principes fondamentaux et applications cliniques.] *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86:1305-13.

A CMAJ Call for Medical Images: Clinical Vistas

Send us your interesting clinical images!

Through scopes and scanners, on film and computer screens, with ultrasonography and microscopy, clinicians capture stunning images of illness and healing. *CMAJ* invites you to share your normally privy visual perspectives on anatomy, pathology, diagnostic procedures and therapeutic techniques. Let colleagues outside your specialty take a close look at the characteristic signs of rare conditions (Kayser-Fleischer rings in Wilson's disease) or the interior marvels of your clinical terrain (colonoscopic view of an adenomatous polyp). We're also interested in images that take a wider angle on the context of care (a recently cord-clamped newborn on a cold steel scale). If you have original, unpublished images that are beautiful or informative, rare or classic, we'd like to include them in *CMAJ's* Clinical Vistas. Be sure to include a case summary and discussion (maximum 500 words and 4 references) and a signed consent for publication from the patient (see cmaj.ca for more instructions). Video vistas are also welcome. (See *CMAJ* 2004;170[13]:1931 for details.)

Send your images, videos or queries to:

CMAJ·JAMC

Dr. Eric Wooltorton • Canadian Medical Association Journal
1867 Alta Vista Drive • Ottawa ON K1G 3Y6 Canada
or email pubs@cma.ca