

require more and more detailed information about the patient before the patient can receive the benefits to which he or she is entitled.

It is my impression that the volume of paperwork is not only increasing but the speed at which it must be done is increasing as well. Same-day admission, expedited discharge and rapid turnaround times in

order to increase the volume of patients treated in any given period have resulted in marked compression of the time frame available for the necessary paperwork that accompanies each patient's interaction with the surgeon or the hospital.

Some years ago, people thought the solution to this problem was the "paperless office" — for most of us

this remains an elusive dream.

So that is why the Editor's View was late this month — I promise to return to more substantive topics next time around.

James P. Waddell, MD
Coeditor

Competing interests: None declared.

Mot du rédacteur

Mon Mot du rédacteur était en retard pour ce numéro. Les gens d'AMC Média m'ont rappelé à de nombreuses reprises que l'échéance était passée — retard que, comme rédacteur, je ne tolérerais d'aucun autre contributeur du journal! Pourquoi étais-je en retard? En jetant un coup d'œil sur les activités de mon bureau au cours des deux derniers mois, je peux dégager beaucoup de facteurs qui contribueraient à ce problème inhabituel de respect d'une échéance.

Il y a les dimensions chronophages habituelles de la pratique en milieu universitaire — réunions de comités, préparation de cours, lecture des épreuves de manuscrits, etc. Il est toutefois possible de régler facilement toutes ces choses en organisant convenablement son horaire de travail de la journée ou de la semaine. Même si ces tâches prennent du temps, elles constituent un élément inévitable de la chirurgie en milieu universitaire et il est relativement facile de les prévoir et d'en tenir compte.

Le vrai problème en fait, c'est la correspondance reliée aux patients. Je ne suis pas le seul, j'en suis persuadé, à constater l'augmentation du volume de paperasse qui passe sur mon bureau au sujet du soin des patients. Tout commence par la demande initiale de consultation qui provient du médecin

traitant — il faut lire la lettre (ou la télécopie) et déterminer si la référence convient. Il faut communiquer avec le médecin traitant ou directement avec le patient, habituellement par écrit, pour confirmer la date et l'heure du rendez-vous. Cette correspondance porte notamment sur des besoins comme les résultats de récents examens de laboratoire, de radiographies, etc. Il faut ensuite envoyer à la clinique ces renseignements sous une forme légèrement modifiée afin d'assurer que l'on réserve le temps nécessaire pour l'évaluation du patient.

Après avoir vu le patient, il faut écrire au médecin traitant pour lui présenter les constatations, les détails de la discussion avec le patient et la décision sur le traitement. Si d'autres examens s'imposent, ils relèvent habituellement de la compétence du chirurgien-conseil, ce qui l'oblige à remplir d'autres formulaires avec précision et à confirmer les rendez-vous nécessaires.

Si l'on réserve une intervention chirurgicale, le volume de la paperasse gonfle de façon exponentielle. Il faut obtenir les consentements dont le chirurgien traitant doit attester comme témoin — consentement à la chirurgie, consentement à une transfusion sanguine — expliquer divers types de documents sur l'intervention, rédiger des ordonnances,

remplir des demandes de consultation et prendre les dispositions relatives au congé avant l'admission.

De deux à trois semaines avant l'intervention chirurgicale prévue, le patient est reçu au service de préadmission et on consulte habituellement un anesthésiologiste et des représentants d'autres spécialités appropriées, qui rédigent des notes de consultation et vous les font parvenir, à titre de chirurgien-conseil, pour que vous les versiez au dossier du patient.

Le patient est admis pour l'intervention chirurgicale, subit l'intervention et reçoit son congé de l'hôpital au moment voulu. Pendant son séjour à l'hôpital, on rédige des notes sur l'évolution de son état ainsi que des ordonnances, on confirme le congé et on prévoit les visites de suivi.

Lorsque le patient obtient son congé de l'hôpital, ce n'est toutefois pas la fin de la paperasse. Il reste la lettre au médecin traitant pour confirmer les événements découlant de l'admission, la note de clôture de dossier d'hôpital ou le résumé de congé, la confirmation des rapports de pathologie — et la liste continue.

De plus en plus de patients ont maintenant une assurance-maladie complémentaire qui couvre l'invalidité de courte durée, l'invalidité de longue durée, l'assurance hypothé-

caire — le nombre et la complexité de ces formulaires sont ahurissants, car les compagnies d'assurances exigent de plus en plus de renseignements détaillés sur le patient avant que celui-ci puisse toucher les prestations auxquelles il a droit.

J'ai l'impression qu'il n'y a pas que le volume de la paperasse qui grossit : la vitesse à laquelle il faut la remplir augmente elle aussi. Les admissions le

jour même, les congés accélérés et le roulement rapide afin d'augmenter le nombre de patients traités au cours d'une période donnée ont réduit considérablement le temps disponible pour remplir les documents générés par chaque contact entre le patient et le chirurgien ou l'hôpital.

Il y a quelques années, les gens croyaient que le «bureau sans papier» réglerait le problème — rêve qui con-

tinue d'échapper à la plupart d'entre nous.

Voilà pourquoi le Mot du rédacteur est en retard ce mois-ci. Je promets de revenir à des sujets plus importants la prochaine fois.

James P. Waddell
Co-rédacteur

Intérêts concurrents : aucuns déclarés.

Call for Medical Images

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:

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

