

postoperative management to ensure that patients receive appropriate postoperative surgical care and that the attending surgeon is promptly informed of any untoward events after the surgical procedure. Similar individuals can perform postoperative assessments, seeing patients in routine follow-up for suture removal or dressing changes or to review laboratory results. This will ensure that the attending surgeon focuses his or her time and attention on those patients who need it.

Surgery is constantly evolving; all of us are accustomed to changing our surgical practices to take advan-

tage of new technology in our respective areas of specialization. The last big change in surgical practice, in my experience, came about with the advent of same-day admission for surgery, and the use of care maps to determine appropriate length of stay for patients in hospital. I think many of us were skeptical when these changes were introduced, as we thought they would lead to an increase in complications and would be vigorously resisted by patients. In fact, the experience has been just the opposite — complication rates have gone down as patients spend less time in hospital and are enthusiastic

about decreased length of hospital stay. I feel the time has come for the next big change in Canadian surgical practice: the establishment of official alternative care providers to decrease the burden of work for practising surgeons. We will all be better off in terms of our professional and personal lives when this change is instituted in our own practices.

As always, your thoughts, comments and criticisms are welcome.

James P. Waddell, MD
Coeditor

Competing interests: None declared.

Point de vue du rédacteur

Ce sujet est plutôt inusité pour un journal chirurgical, parce qu'il porte sur la réduction plutôt que sur l'augmentation du travail! Le déséquilibre important qui existe actuellement entre les effectifs médicaux et la demande des patients n'est un secret pour personne. L'accès limité aux services médicaux dans tous les domaines de la médecine a fait l'objet d'une vaste publicité et les listes d'attente pour certains services ont atteint le stade où les ministères de la Santé des provinces prennent maintenant note de ces retards inacceptables. La baisse du nombre des étudiants en médecine qui se dirigent en chirurgie ainsi que le changement des priorités des chirurgiens qui entrent en pratique et de ceux pour qui l'âge de la retraite approche, viennent compliquer le problème.

Une des stratégies adoptées pour faire face à l'allongement des temps d'attente pour des interventions chirurgicales électives et semi-électives a consisté à augmenter les ressources mises à la disposition des hôpitaux et à améliorer l'efficacité de la prestation de ces services. Le nombre de

chirurgiens n'a pas augmenté pour la peine et la hausse n'a certainement pas été proportionnelle à l'augmentation des ressources disponibles; résultat inévitable : les chirurgiens travaillent davantage.

Travailler fort, ce n'est pas nouveau pour les chirurgiens — les longues heures et le travail souvent exigeant sur le plan physique sont la norme en chirurgie. Beaucoup de chirurgiens travaillaient toutefois déjà à plein régime ou presque lorsqu'on a commencé à exercer sur la profession ces nouvelles pressions pour satisfaire aux attentes en matière de réduction des temps d'attente. Ces pressions se sont exercées uniformément dans toutes les spécialités de la chirurgie et se font sentir dans la pratique autant communautaire qu'universitaire. Les chirurgiens en pratique communautaire sont habituellement chargés du soin intégré des patients en chirurgie, depuis l'évaluation préopératoire jusqu'à la réadaptation satisfaisante. Si ces chirurgiens ont peu d'aide, voire même aucune, pour prendre ces patients en charge, l'expansion de la pratique chirurgicale pour satisfaire aux objectifs des temps d'at-

tente alourdit considérablement la charge de travail globale.

Les chirurgiens en milieu universitaire, par contre, ont habituellement des résidents et, à l'occasion, des fellows cliniciens qui partagent le fardeau du soin des patients. Il est donc possible que ces praticiens ne ressentent pas aussi lourdement les obligations imposées par le traitement de chaque patient. Les chirurgiens des milieux universitaires, toutefois, ont habituellement des rôles non cliniques importants à jouer dans les hôpitaux ou les universités où ils œuvrent et ces obligations ne changent pas même si le volume de soin aux patients a augmenté. Tout comme leurs collègues communautaires, les chirurgiens qui pratiquent en milieu universitaire consacrent de longues heures à des soins cliniques accrus, souvent au détriment de leurs obligations universitaires.

Nous reconnaissons tous que le système actuel n'est pas viable à long-terme et qu'il faut le viabiliser en augmentant le nombre de chirurgiens disponibles pour soigner les patients et en améliorant l'efficacité de la prestation des soins.

À court terme, les chirurgiens doivent être prêts à recruter des fournisseurs de soins non médecins qui prendront en charge une partie des tâches habituellement exécutées par des chirurgiens spécialistes. L'établissement de programmes de triage dotés d'infirmières praticiennes ayant reçu la formation appropriée ou de physiothérapeutes en soins avancés peut aider considérablement à garantir qu'un chirurgien accueille seulement les patients ayant besoin d'une consultation en chirurgie. Les infirmières praticiennes ou les adjoints au médecin dûment formés peuvent être efficaces comme adjoints en chirurgie. Des personnes ayant reçu la formation nécessaire peuvent aussi se charger des soins chirurgicaux postopératoires afin de garantir que les patients reçoivent les soins appropriés et que le chirurgien traitant est informé rapidement de tout événement indésirable après l'intervention chirurgicale. Ces mêmes person-

nes peuvent procéder à des évaluations postopératoires, accueillir les patients pour des suivis de routine afin de faire enlever des points ou de changer des pansements, ou pour revoir des résultats de laboratoire. Ces mesures garantiront que le chirurgien traitant concentre son temps et son attention sur les patients qui en ont besoin.

La chirurgie évolue constamment. Nous sommes tous habitués à modifier nos habitudes chirurgicales pour profiter des technologies nouvelles dans nos domaines respectifs de spécialisation. Le dernier grand changement dans l'exercice de la chirurgie, selon mon expérience, découle de l'avènement de l'admission le jour même de la chirurgie et de l'utilisation d'algorithmes de soins pour déterminer la durée appropriée de l'hospitalisation des patients. Beaucoup d'entre nous étions sceptiques face à ces changements, car nous pensions qu'ils entraîneraient une

augmentation des complications et que les patients y résisteraient énergiquement. L'expérience a en fait révélé le contraire – les taux de complications ont diminué à mesure que les patients passent moins de temps à l'hôpital et la réduction de la durée du séjour les a été accueillie avec enthousiasme. Le moment est venu de passer au prochain grand changement dans la pratique de la chirurgie au Canada : la mise en place officielle de prestataires de soins substitués afin d'alléger la charge de travail des chirurgiens actifs. Nous nous en porterons tous mieux dans notre vie professionnelle et personnelle lorsque ce changement sera établi dans notre pratique.

Comme toujours, vos réflexions, vos commentaires et vos critiques sont les bienvenus.

James P. Waddell, MD
Co-rédacteur

Intérêts concurrents : aucuns déclarés.

CMA Careers

Need to find *qualified help fast?*

CMA Careers job matching service and career advertising is your one-stop-shop for health care recruitment.

- Gain access to a highly skilled physician workforce in seconds.
- Post employment opportunities quickly and easily.
- Advertise employment opportunities to 75,000 physicians.



Visit careers at cma.ca to access Classified/
Career Advertising and MedConnexions!

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION