

Revisiter le concept d'urgence dans la priorisation chirurgicale et réduire les retards dans la prestation des opérations chirurgicales non urgentes

Kayla Wiebe MA, Simon Kelley MBChB PhD, Roxanne E. Kirsch MD MBE

■ Citation : *CMAJ* 2022 August 2;194:E1037-9. doi : 10.1503/cmaj.220420-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220420

Dans les systèmes de santé canadiens, le degré d'urgence est depuis longtemps le premier facteur pris en considération dans la priorisation des patients. Dans le contexte de l'affectation des ressources en chirurgie, les interventions urgentes ont la priorité sur les interventions non urgentes (planifiées)¹. Cependant, le fait de donner priorité aux urgences, particulièrement lorsque les ressources sont limitées, mène à la création de 2 listes d'attente : une liste de cas urgents qui se renouvelle perpétuellement, et une liste beaucoup plus longue d'interventions planifiées qui sont souvent reportées au-delà du temps d'attente raisonnable, ce qui entraîne des issues défavorables pour les patients. Nous analyserons ici ce « dilemme des urgences », et explorerons des solutions possibles.

Deux types de cas vus en chirurgie sont affectés négativement par une interprétation étroite du concept d'urgence. Le premier concerne les interventions planifiées qui finissent par devenir urgentes, et dont les issues pour le patient sont alors plus défavorables que s'il avait été traité plus tôt. Lorsque les délais s'allongent, un nombre croissant de patients dont l'intervention était planifiée tombent dans la catégorie des urgences chirurgicales. Une étude de cohorte publiée en 2022 semble indiquer que les retards dans la détection des cancers entraîneront une hausse de la proportion de cancers considérés « non résécables ou incurables au moment de la consultation² ». Ce n'est qu'une « question de temps avant que les interventions chirurgicales planifiées deviennent urgentes³ », ce qui vient alourdir le fardeau pesant sur un système aux ressources déjà limitées⁴. Le défi est alors de déterminer un seuil à partir duquel on parle d'urgence, afin que les ressources en santé soient correctement attribuées.

La deuxième catégorie concerne les cas dont l'évolution ne les fera jamais passer au stade d'urgence. Pour ces patients, les conséquences du temps d'attente ne seront pas une question de

Points clés

- Au Canada, la priorité accordée aux urgences entraîne la création de 2 listes d'attente : une liste qui s'allonge pour les cas urgents, et une liste beaucoup plus longue pour les interventions planifiées, qui sont fréquemment repoussées au-delà d'un temps d'attente raisonnable, ce qui entraîne des issues défavorables pour les patients.
- Bon nombre d'interventions chirurgicales planifiées peuvent devenir urgentes, et le fait de retarder celles qui ne le deviendront pas peut entraîner, de façon persistante, une détérioration grave de la qualité de vie, dans des aspects comme le développement, la mobilité, la fertilité ou la santé mentale.
- Les gouvernements devraient financer les systèmes de santé de manière à garantir que les interventions chirurgicales non urgentes sont effectuées dans des délais raisonnables, tout en veillant à ce que les interventions urgentes puissent être prises en charge.
- La rationalisation des chirurgies, les programmes de chirurgies d'un jour et le passage à des systèmes d'aiguillage centralisés et à la gestion centralisée des listes d'attente pour les interventions chirurgicales non complexes sont des approches pratiques que les systèmes de santé peuvent utiliser, avec des ressources adéquates, pour remédier de façon éthique aux retards dans les interventions chirurgicales non urgentes qu'on constate partout au Canada.

vie ou de mort ou le risque de perdre un membre, mais ils devront composer de manière permanente avec une qualité de vie fortement diminuée, dans des aspects comme le développement, la mobilité, la fertilité ou la santé mentale. Les retards peuvent accroître la complexité de l'intervention chirurgicale ou entraîner une hausse du risque de complications ou d'issues postopératoires défavorables⁵⁻⁷. Par ailleurs, les retards chez les patients

pédiatriques qui ont besoin d'interventions à court délai correspondant à un stade de développement critique pourraient entraîner des conséquences permanentes.

Constatant le problème des listes d'attentes chirurgicales, des leaders des soins de santé ont demandé qu'on repense la prestation des soins chirurgicaux au Canada⁹⁻¹⁰. Compte tenu du dilemme des urgences que nous avons décrit, nous proposons un plan en plusieurs étapes pour améliorer l'accès aux interventions planifiées sans pour autant abandonner les cas urgents.

La première étape sera de recadrer les concepts d'« urgent » et de « planifié » en contexte chirurgical. L'urgence est un concept relatif, et les interventions planifiées ne sont pas facultatives. Les désignations « urgent » et « planifié » ne sont pas 2 classifications indépendantes de l'importance chirurgicale. Il s'agit plutôt de 2 points distincts et mobiles évoluant le long d'un continuum dynamique d'urgence des soins. En recadrant ce continuum, on pourrait permettre aux systèmes de santé de réserver explicitement de l'espace pour les cas planifiés et les encourager à le faire. Lorsqu'un cas considéré urgent comporte une certaine fenêtre d'intervention, on devrait planifier l'intervention pour la fin de cette fenêtre afin de préserver de l'espace pour les cas non urgents et leur garantir un accès plus prévisible. Pour pleinement tenir compte de cette complexité, nous encourageons l'élaboration et la validation d'outils de priorisation nuancés pour cas planifiés qui tiendraient compte d'autres facteurs en plus du degré d'urgence, comme les risques associés à des temps d'attente prolongés, les répercussions sur la qualité de vie et le risque d'invalidité à long terme. La prise en compte de facteurs additionnels permettrait de justifier l'attribution du temps en salle d'opération, fort limité, à un éventail de cas plus large que la catégorie des cas urgents au sens classique du terme.

Certes, il est essentiel d'augmenter le financement des soins périopératoires pour embaucher des professionnels; cela dit, on pourrait quand même apporter des améliorations, même en respectant les contraintes persistantes dans les systèmes chirurgicaux canadiens. Les interventions chirurgicales planifiées qui nécessitent une hospitalisation ou un séjour aux soins intensifs peuvent passer en priorité durant les périodes où l'on s'attend à ce que la demande de lits d'hôpitaux soit plus faible; par exemple, hors de la saison de la grippe, au printemps et en été. On a montré que les programmes chirurgicaux qui concentraient les interventions à faible gravité et à volume élevé la fin de semaine permettaient de réduire les listes d'attente sans ajouter au fardeau des hospitalisations¹¹. Cependant, les pratiques d'embauche devront être adaptées pour accommoder le besoin de personnel périopératoire additionnel, afin d'éviter l'augmentation des heures de travail pour le personnel déjà en place.

Par « rationalisation des chirurgies », on entend l'éventail de mesures visant à optimiser la prise de rendez-vous chirurgicaux et à augmenter le rendement. Mentionnons notamment les nouveaux systèmes de prise de rendez-vous chirurgicaux, qui offrent, par exemple, la réservation de la date d'intervention au moment de la consultation (au lieu de planifier les horaires à partir d'une liste d'attente), ce qui a amélioré l'accès au bloc pour les

interventions planifiées tout en réduisant les annulations¹². On peut aussi utiliser les algorithmes d'apprentissage machine pour optimiser l'efficacité des prises de rendez-vous en tenant compte de variables comme la spécialité, le chirurgien, la durée du cas et le type de cas¹³. En utilisant des méthodes de prise de rendez-vous plus efficaces et fiables, on peut contribuer à réduire l'incidence du problème continu des pénuries d'anesthésiologistes et de personnel infirmier. Par ailleurs, les centres de chirurgie ambulatoire intégrés à des partenariats régionaux de soins de santé — plutôt que de fonctionner en vase clos — peuvent distribuer efficacement les interventions selon l'emplacement, l'expertise et le degré de gravité¹⁴. Il a aussi été démontré que des centres de répartition des demandes de services à entrée unique permettaient de maximiser l'utilisation des ressources chirurgicales et de vider les listes d'attente pour des interventions de routine, mais nécessaires⁸.

David Urbach et Danielle Martin⁸ se sont intéressés aux obstacles majeurs à l'amélioration des temps d'attente en chirurgie au Canada et ont mis en évidence la résistance des médecins et la structure des systèmes de santé. Selon eux, l'incertitude et la crainte, 2 émotions exacerbées par la crise, sont à l'origine des réticences des professionnels de la santé. Dans la structure actuelle, les chirurgiens tentent tous d'obtenir leur part des réserves limitées de temps opératoire, ce qui favorise l'individualisme et l'esprit de compétition plutôt que la coopération et le partage des ressources. Le modèle de rémunération à l'acte dominant au Canada peut fournir un incitatif financier à maintenir de longues listes d'attente, et l'absence d'un système d'aiguillage centralisé contribue probablement au maintien du statu quo. De plus, le système actuel masque les inégalités qui découlent du modèle de rémunération à l'acte et des processus d'aiguillage individuels. Bien qu'il soit certainement légitime de s'inquiéter pour sa sécurité financière, un système d'aiguillage centralisé permettrait aux chirurgiens de maintenir un volume de travail qui leur assure une rémunération appropriée et pourrait aider à contrer les inégalités inhérentes aux pratiques d'aiguillage actuelles.

La situation actuelle est peut-être avantageuse pour certains chirurgiens et patients, mais la majorité des patients attendent trop longtemps pour leurs interventions chirurgicales non urgentes, et beaucoup de chirurgiens peinent à obtenir des aiguillages et du temps opératoire dans des proportions équitables¹⁵. Par conséquent, certains éléments du système actuel créent un goulot d'étranglement pour les patients et les fournisseurs de soins; dans ce contexte, une augmentation du financement, bien que nécessaire, ne réduira pas les listes d'attente et n'améliorera pas l'accès équitable sans changements à l'échelle du système. Les gouvernements doivent fournir des augmentations importantes du financement et inciter les établissements et les professionnels de la santé à privilégier la centralisation et la collaboration. De leur côté, les hôpitaux et les professionnels devraient être des partenaires actifs dans la conception, la mise à l'essai et la diffusion de programmes innovateurs qui transformeront la prestation des soins de santé.

Les listes d'attente en chirurgie sont depuis longtemps un exemple des écarts entre les besoins des patients et l'offre de soins. Bien sûr, l'augmentation des ressources financières et

humaines pour soutenir les infrastructures chirurgicales dans les systèmes de santé canadiens est nécessaire; toutefois, certaines solutions pourraient être mises en place dès maintenant pour s'attaquer aux retards en chirurgie. On devrait recadrer les interventions non urgentes, conceptuellement et en pratique, pour les envisager le long d'un continuum, et mettre en place des mesures de rationalisation des chirurgies et des centres de répartition des demandes de services à entrée unique pour optimiser les processus et réduire les listes d'attente pour des interventions chirurgicales planifiées. On pourrait aussi déployer des efforts plus explicites visant à donner la priorité aux interventions planifiées, tout en maintenant la capacité de pratiquer des interventions chirurgicales vitales, pour réduire la morbidité chez les patients en chirurgie au Canada.

Références

- Srikumar G, Eglinton T, MacCormick AD. Development of the General Surgery Prioritisation Tool implemented in New Zealand in 2018. *Health Policy* 2020; 124:1043-9.
- Eskander A, Li Q, Yu J, et al. Incident cancer detection during the COVID-19 pandemic. *J Natl Compr Canc Netw* 2022;20:276-84.
- Mackay C. New global study shows 'collateral impact' of COVID-19. *Western News* [London (ON)] Western University. Accessible ici : <https://news.westernu.ca/2021/10/new-global-study-shows-collateral-impact-of-covid-19/> (consulté le 2 mars 2022).
- COVIDSurg Collaborative. Effect of COVID-19 pandemic lockdowns on planned cancer surgery for 15 tumour types in 61 countries: an international, prospective, cohort study. *Lancet Oncol* 2021;22:1507-17.
- Miyajima F, Newton PO, Samdani AF, et al. Impact of surgical waiting-list times on scoliosis surgery: the surgeon's perspective. *Spine (Phila Pa 1976)* 2015;40:823-8.
- Ahn H, Kreder H, Mahomed N, et al. Empirically derived maximal acceptable wait time for surgery to treat adolescent idiopathic scoliosis. *CMAJ* 2011; 183:E565-70.
- Scott CEH, MacDonald DJ, Howie CR. 'Worse than death' and waiting for a joint arthroplasty. *Bone Joint J* 2019;101-B:941-50.
- Urbach DR, Martin D. Confronting the COVID-19 surgery crisis: time for transformational change. *CMAJ* 2020;192:E585-6.
- Ogilvie M. Catastrophic surgical backlog in Ontario will take years to clear, doctors say. *Toronto Star*. 2022 Feb. 14. Accessible ici : <https://www.thestar.com/news/gta/2022/02/14/catastrophic-surgical-backlog-in-ontario-will-take-years-to-clear-doctors-say.html> (consulté le 28 févr. 2022).
- Schmunk R. B.C. shuts down bars, prepares to cancel surgeries and Omicron drives up case counts. *CBC News*. 2021 Dec. 21. Accessible ici : <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/covid-restrictions-bc-dec-21-2021-1.6294027> (consulté le 28 févr. 2022).
- Matava C, So J, Williams RJ, et al. A Canadian weekend elective pediatric surgery program to reduce the COVID-19-related backlog: Operating Room Ramp-Up After COVID-19 Lockdown Ends – Extra Lists (ORRACLE-Xtra) implementation study. *JMIR Perioper Med* 2022;5:e35584.
- Sobolev BG, Sanchez V, Kuramoto L, et al. Evaluation of booking systems for elective surgery using simulation experiments. *Healthc Policy* 2008;3:113-24.
- Zenteno AC, Carnes T, Levi R, et al. Systematic OR block allocation at a large academic medical center: comprehensive review on a data-driven surgical scheduling strategy. *Ann Surg* 2016;264:973-81.
- Integrated ambulatory centres: a three-stage approach to addressing Ontario's critical surgical and procedural wait times. Toronto: Ontario Medical Association; 2022. Accessible ici : <https://www.oma.org/uploadedfiles/oma/media/public/addressing-wait-times-proposal.pdf> (consulté le 5 mars 2022).
- Dossa F, Zeltzer D, Sutradhar R, et al. Sex differences in the pattern of patient referrals to male and female surgeons. *JAMA Surg* 2022;157:95-103.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Département de philosophie, cycles supérieurs (Wiebe), Université de Toronto; Recherche clinique, Services périopératoires (Wiebe), Hôpital pour enfants malades; Division de chirurgie orthopédique (Kelley), Hôpital pour enfants malades; Département de chirurgie (Kelley), Faculté de médecine, Université de Toronto; Départements de bioéthique et de médecine de soins intensifs (Kirsch), Hôpital pour enfants malades, Toronto, Ont.

Collaborateurs : Tous les auteurs ont contribué à la conception du travail, ont rédigé le manuscrit et en ont révisé de façon critique le contenu intellectuel important; ils ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée et assument l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Kayla Wiebe, kayla.wiebe@sickkids.ca