La compétence des chirurgiens en titre

Une fois de plus, il est question de la compétence des chirurgiens dans la presse populaire. Cette fois-ci, le débat porte sur la question de savoir si les chirurgiens devraient pratiquer des interventions chirurgicales électives après une période de garde. Dans le numéro du 30 décembre du *New England Journal of Medicine (NEJM)*, Nurok et ses collaborateurs¹ se prononcent sur la compétence des chirurgiens en contexte de privation de sommeil. L'article ne paraît pas dans la section du journal évaluée par les pairs et laisse transparaître un fort préjugé chez les auteurs. Un tel préjugé n'est certainement pas criminel, mais il est trompeur, car la presse grand public a considéré cet article comme une communication scientifique et non comme la simple conjoncture rédactionnelle qu'il est en réalité — en grande partie comme le présent article ! Pour être juste, il faut dire que le journal a invité l'American College of Surgeons à répondre².

Nurok et ses collaborateurs ont cité un énoncé de consensus datant de quelques années selon lequel la privation de sommeil équivaut à une intoxication à l'alcool, point de vue qui n'est certainement ni prouvé ni accepté. On comprend que les auteurs aient eu du mal à appuyer leurs arguments sur des preuves, car il existe peu d'information au sujet de l'effet du sommeil sur le rendement du chirurgien. Ils citent des publications au sujet de programmes de résidence qui ont raccourci les heures de travail même si rien ne prouve en réalité que les changements d'horaires s'imposaient, ni que ces changements ont eu un effet positif sur les résultats pour les patients. Les auteurs citent un article paru dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*³ au sujet des complications après une période de garde la nuit comme raison de se pencher sur la question. L'article du *JAMA* conclut que « dans l'ensemble, les interventions pratiquées le lendemain du jour où les médecins traitants ont travaillé la nuit ne sont pas associées à des taux significativement plus élevés de complications », même s'il y avait certaines différences entre des sous-groupes. Je ne sais pas pourquoi Nurok et ses collaborateurs ont cité cet article pour affirmer que l'activité de nuit augmentait les taux de complications. Il n'existe pas suffisamment de preuves scientifiques pour faire une telle affirmation. On peut en fait trouver tout autant de preuves pour démontrer qu'une période de garde la nuit n'a sans doute pas d'effet sur le rendement du chirurgien qui procède à une intervention élective. Des tests psychomoteurs portant sur les habiletés chirurgicales n'ont révélé aucune différence au cours d'une période de privation de sommeil chez les médecins résidents et les étudiants⁴. Le rendement des chirurgiens chevronnés ne peut être que meilleur que celui des médecins résidents. Les

publications en chirurgie thoracique semblent pencher en faveur de cette conclusion, bien qu'une étude portant sur une importante cohorte de patients contenue dans la base de données sur les chirurgies thoraciques ait aussi présenté des lacunes méthodologiques⁵.

QU'EST-CE QUI CONSTITUE DE L'INCOMPÉTENCE ?

Dans leur réfutation publiée dans le *NEJM*, Pellegrini et ses collaborateurs² ont eu raison de signaler que « beaucoup d'autres facteurs — y compris des problèmes conjugaux, un enfant malade, des problèmes financiers, etc. — ont un effet négatif sur le rendement ». Les chirurgiens sont-ils coupables s'ils ne signalent pas tous ces facteurs à chaque patient ? Les heures de travail nuisent-elles au rendement du chirurgien ? Je signale régulièrement à mes résidents que certaines personnes tolèrent mieux que d'autres la privation de sommeil. Les étudiants en médecine qui avaient besoin de 10 heures de sommeil par nuit avaient tendance à s'orienter vers la psychiatrie et des spécialités où il n'y a pas de période de garde, tandis que ceux qui ne dormaient que 4 heures par nuit, que ce soit parce qu'ils étudiaient, s'amusaient ou participaient à des sports universitaires, avaient tendance à s'orienter vers les spécialités aux nombreuses périodes de garde. Il y a des exceptions, bien entendu, mais cette règle générale a semblé tenir, selon mon expérience. Les heures de ces médecins sont-elles un signe d'incompétence ? S'ils dorment 2 ou 3 heures par nuit seulement, devraient-ils opérer ? Il est risqué de chercher à définir la compétence ou la sécurité en fonction de facteurs flous comme les heures de travail. Je pense que la plupart des chirurgiens essaient d'organiser leur horaire de façon à réduire au minimum le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées après une période de garde. C'est parfois impossible. La tendance de la chirurgie en soins actifs consiste certes à consacrer aux périodes de garde et aux urgences du temps distinct de celui qui est réservé aux interventions électives, y compris au transfert de responsabilités de l'équipe de nuit à celle de jour. Il s'agit là d'initiatives positives, dictées par les chirurgiens, sur lesquelles nous pouvons nous appuyer. L'expérience a démontré que les comités gouvernementaux établissent des politiques en fonction de la sécurité perçue des patients, sans l'apport des chirurgiens. Je pense que beaucoup moins d'erreurs de chirurgiens sont attribuables au manque de sommeil qu'au manque de connaissances. Nous n'avons pas pu nous pencher sur la variation énorme au niveau du soin des patients qui entraîne sans aucun doute plus de morbidité et de mortalité que la privation de sommeil. Comme chirurgiens, nous devrions surveiller nos plans de soins au

lieu de laisser les associations médicales américaine et canadienne, les organismes de réglementation des provinces ou l'Agency for Healthcare Research and Quality contrôler nos horaires de travail.

Intérêts concurrents : Aucuns déclarés.

Edward J. Harvey, MD

Co-rédacteur, *Journal canadien de chirurgie*

Références

1. Nurok M, Czeisler CA, Lehmann LS. Sleep deprivation, elective surgical procedures, and informed consent. *N Engl J Med* 2010;363:2577-9.
2. Pellegrini CA, Britt LD, Hoyt DB. Sleep deprivation and elective surgery. *N Engl J Med* 2010;363:2672-3.
3. Rothschild JM, Keohane CA, Rogers S, et al. Risks of complications by attending physicians after performing nighttime procedures. *JAMA* 2009;302:1565-72.
4. Lehmann KS, Martus P, Little-Elk S, et al. Impact of sleep deprivation on medium-term psychomotor and cognitive performance of surgeons: prospective cross-over study with a virtual surgery simulator and psychometric tests. *Surgery* 2010;147:246-54.
5. Ellman PI, Kron IL, Alvis JS, et al. Acute sleep deprivation in the thoracic surgical resident does not affect operative outcomes. *Ann Thorac Surg* 2005;80:60-4; discussion 64-5.

DOI: 10.1503/cjs.001711

THE MACLEAN-MUELLER PRIZE

ATTENTION: RESIDENTS AND SURGICAL DEPARTMENT CHAIRS

Each year the *Canadian Journal of Surgery* offers a prize of \$1000 for the best manuscript written by a Canadian resident or fellow from a specialty program who has not completed training or assumed a faculty position. The prize-winning manuscript for the calendar year will be published in an early issue the following year, and other submissions deemed suitable for publication may appear in a subsequent issue of the Journal.

The resident should be the principal author of the manuscript, which should not have been submitted or published elsewhere. It should be submitted to the *Canadian Journal of Surgery* no later than Oct. 1.

Send submissions to: Dr. G.L. Warnock, Coeditor, *Canadian Journal of Surgery*, Department of Surgery, UBC, 910 West 10th Ave., Vancouver BC V5Z 4E3.

LE PRIX MACLEAN-MUELLER

À L'ATTENTION DES RÉSIDENTS ET DES DIRECTEURS DES DÉPARTEMENTS DE CHIRURGIE

Le *Journal canadien de chirurgie* offre chaque année un prix de 1000 \$ pour le meilleur manuscrit rédigé par un résident ou un fellow canadien d'un programme de spécialité qui n'a pas terminé sa formation ou n'a pas accepté de poste d'enseignant. Le manuscrit primé au cours d'une année civile sera publié dans un des premiers numéros de l'année suivante et les autres manuscrits jugés publiables pourront paraître dans un numéro ultérieur du Journal.

Le résident devrait être le principal auteur du manuscrit, qui ne doit pas avoir été présenté ou publié ailleurs. Il faut le soumettre au *Journal canadien de chirurgie* au plus tard le 1^{er} octobre, à l'attention du Dr G.L. Warnock, corédacteur, *Journal canadien de chirurgie*, Department of Surgery, UBC, 910 West 10th Ave., Vancouver BC V5Z 4E3.