

ÉBAUCHE DE LA NOTIFICATION
DU RAPPORT SPÉCIALISÉ DE QUALITÉ DES
SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Chirurgie de qualité

Améliorer
les soins chirurgicaux
en Ontario

Qualité des services
de santé Ontario

Améliorons notre système de santé

Qualité des services de santé
Ontario est le conseiller de la
province en matière de qualité
des soins de santé. Nous sommes
résolus à atteindre l'objectif suivant :
*une meilleure santé pour toutes
les personnes en Ontario.*

Pour en apprendre **Qualité des services de santé Ontario**,
visitez le site Web **www.hqontario.ca**

ISBN 978-1-4868-1025-3 (Imprimé)

ISBN 978-1-4868-1026-0 (PDF)

Citation suggérée : Qualité des services de santé Ontario. *Chirurgie de qualité :
Améliorer les soins chirurgicaux en Ontario*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour
l'Ontario; 2017.

Sur la couverture : Dr Singh, à l'extérieur d'un bureau à Toronto. Voir page 12 pour
quelques unes de ses citations. Nous remercions le Dr Singh et les autres personnes
qui ont partagé leurs expériences dans le système de santé de l'Ontario.
(Photo de couverture par Roger Yip)

Les patients veulent un rétablissement rapide et sans incident

Linda, qui avait six opérations à son actif, était déjà une habituée de l'hôpital lorsqu'elle s'est présentée au service des urgences l'année dernière. Cependant, cette fois, la situation était tout autre. Sa plus récente intervention chirurgicale avait résolu un problème majeur — une occlusion intestinale — mais, quelques semaines plus tard, des douleurs et des vomissements ont forcé son retour à l'hôpital local. Le diagnostic? *Clostridium difficile*, une infection d'origine hospitalière.

Les opérations règlent de nombreux problèmes de santé et permettent souvent de sauver des vies. Toutefois, même lorsqu'elles sont couronnées de succès, les interventions chirurgicales comportent des risques — aussi infimes soient-ils — d'infections, de saignements ou d'autres complications qui amènent des patients comme Linda à retourner à l'hôpital. Chaque patient est différent et, par conséquent, chaque opération est différente. Toutefois, les patients ont une chose en commun : ils veulent savoir que leurs chances de rétablissement complet sont élevées et que leurs risques de complications sont faibles.

C'est ce que veulent également les chirurgiens et les directeurs d'hôpitaux pour Linda et pour tous les patients, et ils utilisent diverses méthodes pour assurer leur sécurité. L'une d'elles comprend l'étude de la façon

dont les patients se rétablissent après une opération. Les données sur les résultats sont recueillies et comparées à celles d'autres établissements. C'est ce que fait un groupe de chirurgiens et de directeurs d'hôpitaux ontariens dans le cadre d'un effort international visant à améliorer les soins des patients avant, durant et après une intervention chirurgicale.





Sur le pouvoir du changement

« Il peut ne s'agir que d'un changement de 0,1 % par-ci par-là, mais tous ces petits changements s'additionnent et ont pour effet de réduire les complications chirurgicales. »

Sur les résultats de l'amélioration de la qualité à l'hôpital

« Après six mois, notre taux d'infection du site opératoire a diminué de moitié alors que nous ne nous attendions qu'à une amélioration de 25 %. »

Sur la valeur des comparaisons

« Les hôpitaux américains sont en avance sur nous en partie parce qu'ils sont des innovateurs, mais aussi parce que leur modèle financier le pousse ... Alors que les taux s'améliorent aux États-Unis, cela pousse tout le monde à faire mieux ici en Ontario. »

Sur le pouvoir des partenariats

« Si vous voulez améliorer les choses, vous devez les mesurer. Parfois, vous avez besoin d'un protocole, d'un programme et d'un groupe derrière vous pour faire de vrais changements. »

Dr Duncan Rozario

Chirurgien général, Halton Healthcare,
Oakville Trafalgar Memorial Hospital

Retrouvez l'histoire complète en ligne.



Photo de Dr Rozario prise par Roger Yip.

En quoi les nouvelles données aident-elles?

Les salles d'opération de l'Ontario sont très achalandées : les chirurgiens ont effectué plus de 600 000 interventions chirurgicales planifiées [1] dans la province en 2016-2017. Les césariennes, les remplacements du genou ou de la hanche, et les opérations osseuses ou cardiaques figurent parmi les procédures avec hospitalisation les plus courantes.[2]

Toutes les équipes chirurgicales suivent régulièrement les efforts visant à protéger la sécurité des patients, y compris ceux qui préviennent les complications. Par exemple, des données récentes [3] démontrent une adoption élevée des mesures visant à éviter les infections du site opératoire : les hôpitaux de l'Ontario déclarent respecter à 98% les antibiotiques prescrits aux patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou avant la chirurgie afin d'éviter l'infection (fourchette : 80-100%).

En quoi des données supplémentaires peuvent-elles favoriser l'obtention de meilleurs résultats par les patients? Le suivi de données chirurgicales détaillées — avant, pendant et après chaque opération — peut indiquer aux équipes chirurgicales et aux hôpitaux exactement et ils peuvent améliorer les résultats des patients.

Un programme international élaboré par l'American College of Surgeons en 1994, intitulé National Surgical Quality Improvement Program, applique cette méthode. Il recueille des renseignements cliniques détaillés à chaque étape de l'intervention chirurgicale et les compare.

Il examine 14 résultats particuliers allant de suites courantes, comme un patient qui contracte une infection ou qui a des problèmes respiratoires, à des suites graves, comme le décès du patient. Le programme est conçu pour améliorer la qualité des soins avant, pendant et après une intervention chirurgicale. Cela comprend même les suites qui surviennent une fois qu'il a quitté l'hôpital, ce qui est le moment où certaines complications peuvent survenir.

Les données du programme sont comparées par groupe d'âge et maladies antérieures afin d'assurer la pertinence des comparaisons. Cela signifie que les comparaisons tiennent compte des différences dans la façon dont les patients sont malades, de sorte que les hôpitaux qui traitent des patients plus malades ne sont pas injustement comparés à ceux qui ont des patients en meilleure santé.

Bien que le programme ait pris naissance aux États-Unis, il est maintenant appliqué à l'échelle internationale et 31 hôpitaux de l'Ontario en sont membres : l'Hôpital d'Ottawa a été le premier à l'adopter en 2010, suivi du Centre Sunnybrook

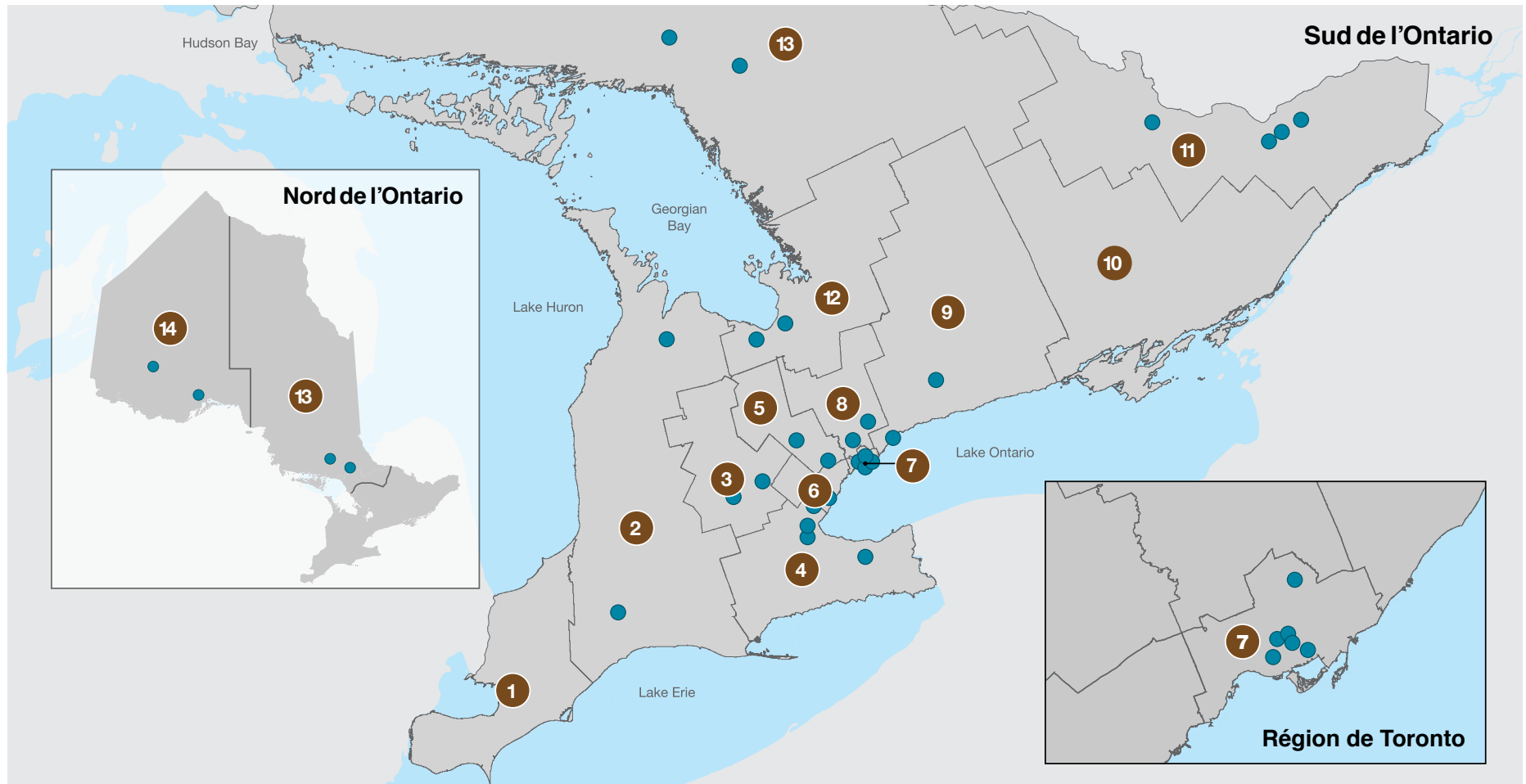
des sciences de la santé, du Réseau universitaire de santé et de la Hamilton Health Sciences Corporation.

En 2015, la province a officiellement lancé une initiative d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux et le nombre de membres a augmenté. Les 31 membres actuels englobent des hôpitaux qui traitent les adultes et les enfants et représentent des établissements de toute taille — des hôpitaux urbains aux hôpitaux ruraux et communautaires — ainsi que toutes les régions de la province.

Prennent aussi part à ce programme la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Québec et Terre-Neuve. Toutes les provinces participantes versent leurs données dans une banque de données internationale.

Le partage des données permet à chaque hôpital parmi les quelque 700 hôpitaux membres à l'échelle mondiale de comparer ses résultats à ceux des autres établissements et de découvrir des occasions d'amélioration.

FIGURE 1 Hôpitaux du Réseau ontarien d'amélioration de la qualité chirurgicale par les régions du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS)



Ontario RLISS

- | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|---|--------------------|----|---------------------|----|------------|
| 1 | Érié St-Clair | 5 | Centre-Ouest | 9 | Centre-Est | 13 | Nord-Est |
| 2 | Sud-Ouest | 6 | Mississauga Halton | 10 | Sud-Est | 14 | Nord-Ouest |
| 3 | Waterloo Wellington | 7 | Centre-Toronto | 11 | Champlain | | |
| 4 | Hamilton Niagara Haldimand Brant | 8 | Centre | 12 | Nord Simcoe Muskoka | | |
- Chaque point bleu est un hôpital

Le nombre d'hôpitaux de l'Ontario (**Figure 1**) dans le Réseau Ontarien d'amélioration de la qualité de la chirurgie a augmenté à 31 membres, y compris trois hôpitaux pédiatriques.

Hôpitaux du réseau ontarien d'amélioration de la qualité chirurgicale (Actuel)

Sud-Ouest

Grey Bruce Health Services	Owen Sound
London Health Sciences Centre, University Hospital	London

Waterloo Wellington

Grand River Hospital, Kitchener Waterloo Campus	Kitchener
Guelph General Hospital	Guelph

Hamilton Niagara Haldimand Brant

Hamilton Health Sciences, Hamilton General Hospital	Hamilton
Hamilton Health Sciences, Juravinski Hospital	Hamilton
McMaster Children's Hospital	Hamilton
Niagara Health System, St. Catharines Site	St. Catharines

Centre-Ouest

William Osler Health Centre, Brampton Civic Hospital	Brampton
William Osler Health Centre, Etobicoke General Hospital	Etobicoke

Mississauga Halton

Halton Healthcare, Oakville Trafalgar Memorial Hospital	Oakville
---	----------

Centre-Toronto

The Hospital for Sick Children	Toronto
St. Michael's Hospital	Toronto
Sunnybrook Health Sciences Centre	Toronto
University Health Network, Princess Margaret Hospital	Toronto
University Health Network, Toronto General Hospital	Toronto
University Health Network, Toronto Western Hospital	Toronto

Centre

Markham Stouffville Hospital Corporation, Markham Stouffville Hospital	Markham
North York General Hospital	North York

Centre-Est

Peterborough Regional Health Centre	Peterborough
The Scarborough Hospital	Scarborough

Champlain

The Children's Hospital of Eastern Ontario	Ottawa
The Ottawa Hospital	Ottawa
Queensway Carleton Hospital	Ottawa
Renfrew Victoria Hospital	Renfrew

Nord Simcoe Muskoka

Collingwood General and Marine Hospital	Collingwood
Orillia Soldiers' Memorial Hospital	Orillia

Nord-Est

Health Sciences North, Ramsey Lake Health Centre	Sudbury
North Bay Regional Health Centre	North Bay

Nord-Ouest

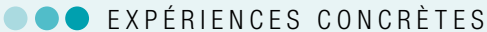
Sioux Lookout Meno Ya Win Health Care	Sioux Lookout
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre	Thunder Bay

Qualité de suivi: chirurgies incluses dans ce rapport

Les hôpitaux du réseau peuvent suivre différentes chirurgies dans le cadre du programme. Selon leurs priorités, ils peuvent opter pour un aperçu de toutes les chirurgies admissibles ou choisir des procédures spécifiques. Qualité des services de santé Ontario a inclus les chirurgies suivantes dans ce rapport: chirurgie orthopédique (excluant la podiatrie), procédures oncologiques, chirurgie générale et abdominale, chirurgie gynécologique, neurochirurgie, chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie cervico-faciale et chirurgie vasculaire.



Photo de Linda prise par Roger Yip.

 EXPÉRIENCES CONCRÈTES

Pleins feux sur la prévention : l'histoire de Linda

Linda espérait une période de convalescence toute en douceur. Après une intervention chirurgicale d'urgence pour traiter une occlusion intestinale en 2016, elle avait pris des dispositions pour recevoir des soins à domicile. Elle avait déjà subi plusieurs opérations pour traiter des hernies et des occlusions intestinales au cours des 14 dernières années et, cette fois-ci, elle souhaitait éviter les risques de complications, comme l'infection.

Malgré le fait que l'infirmière surveillait de près l'incision chirurgicale et qu'elle changeait régulièrement le pansement, des complications se sont présentées : la cicatrice s'est rouverte. Linda a également attrapé la bactérie *Clostridium difficile*, une infection courante.

« Compte tenu de ses antécédents médicaux, Linda était exposée à un risque accru de complications courantes », fait remarquer le docteur Michael Lisi, médecin-chef de l'Hôpital General and Marine de Collingwood. C'est pourquoi elle représente si bien le type de patient visé par le programme d'amélioration de la qualité des services chirurgicaux. Les visites répétées et les complications sont difficiles pour des patients comme Linda, ajoute-t-il. « Elle a déjà fait plusieurs séjours à l'hôpital, nous dit-il. Il s'agit là des patients pour qui l'on doit mettre l'accent sur la prévention. »

Lorsque Linda est devenue la patiente du docteur Lisi quelques années auparavant,

l'hôpital n'avait pas encore adhéré au programme. « À cette époque, l'hôpital manquait de données en ce qui concerne les complications postopératoires, nous dit le docteur Lisi. Nous savions simplement que des complications pouvaient se produire ».

Au moment de son intervention chirurgicale d'urgence en 2016, l'hôpital avait adopté certaines des pratiques exemplaires du programme dont l'objectif est d'améliorer le rétablissement des patients et de minimiser les infections du site opératoire. Mais comme il s'agissait d'une opération d'urgence, Linda ne pouvait pas participer au programme complet de rétablissement postopératoire amélioré, celui-ci impliquant des mesures préopératoires et diététiques explicites, mais elle a tout de même bénéficié des pratiques de l'hôpital en matière d'infections du site opératoire. « Son expérience représente bien celle d'un patient avant que le programme soit mis en place, dit-il. Maintenant qu'il est en cours, nous pouvons déterminer les domaines où nous devons concentrer nos efforts d'amélioration. »

Après avoir rejoint le programme en 2015, Collingwood General a réduit ses taux d'infection du site opératoire de 3,4% à 2,4% entre janvier et juillet 2017. « C'est notre grand triomphe, déclare le docteur Lisi, notant que l'hôpital continue d'élaborer des stratégies d'amélioration de la

qualité. Nous visons également la durée de séjour et le taux de réadmission, et nous avons également établi notre taux de pneumonies — qui est légèrement élevé — et nous en explorons les raisons. »

Ce n'est que plus tard que Linda a appris que l'hôpital participait au programme d'amélioration de la qualité. « J'ai trouvé que c'était très bien », déclare-t-elle. Après un séjour à l'hôpital de neuf jours, elle est retournée chaque semaine à la clinique de plaies, où des spécialistes prenaient des photos de son incision pour suivre sa progression. À mesure qu'elle guérissait, elle n'y retournait d'abord que chaque mois, puis de moins en moins fréquemment.

Maintenant, elle est complètement rétablie et se souvient qu'elle pouvait suivre sa progression en notant la longueur des promenades qu'elle faisait. Au début, son mari et elle se rendaient jusqu'à un petit banc pas loin de leur maison. Progressivement, ils sont allés plus loin, se promenant le long de la rue principale de la ville et même le long de la rive du lac.

Comment se sent-elle maintenant?

« Très bien. Je travaille de nouveau à plein temps. Je me sens très bien. » C'est avec soulagement qu'elle revient sur son parcours chirurgical et elle est heureuse que les complications — et les visites à l'hôpital — soient derrière elle. « J'y ai passé trop de temps. »

Quel est le rendement des hôpitaux participants de l'Ontario?

Le réseau Ontarien d'amélioration de la qualité de la chirurgie met l'accent sur des résultats communs, allant de l'apparition d'une infection ou de problèmes respiratoires à des issues graves, comme la mort.

Résultats chirurgicaux suivis

1. **Colite à *Clostridium difficile*** : Infection hospitalière courante qui affecte le côlon.
2. **Utilisation prolongée d'un ventilateur (plus de 48 heures)** : La plupart des patients ont besoin d'un ventilateur durant une opération générale. Toutefois, l'utilisation de cet appareil pendant plus de 48 heures après l'opération peut accroître le risque de pneumonie.
3. **Intubations imprévues** : Lorsque des patients ont de la difficulté à respirer, ils peuvent avoir besoin d'être intubés — l'intubation consiste à insérer une sonde dans la gorge.
4. **Pneumonie** : Une infection des poumons pouvant être contractée après l'intervention.
5. **Reprise au bloc opératoire** : Les patients peuvent avoir besoin d'une autre opération pour traiter une complication.
6. **Caillot sanguin (thromboembolie veineuse)** : Les patients qui subissent une opération importante sont souvent à risque plus élevé de formation de caillots sanguins, car ils ne sont pas actifs et leur débit sanguin est plus faible.
7. **Réadmission à l'hôpital** : Selon le type d'opération, les complications, comme les infections ou les caillots sanguins, peuvent provoquer la réadmission des patients à l'hôpital.
8. **Complications cardiaques** : Une opération importante peut être stressante pour le cœur et peut mener à un infarctus du myocarde ou à un arrêt cardiaque, selon les affections sous-jacentes du patient.
9. **Insuffisance rénale** : Les blessures rénales qui surviennent durant les interventions chirurgicales peuvent affecter la fonction des reins ou même mener à l'insuffisance rénale.
10. **Sepsie** : L'intervention chirurgicale fait courir aux patients un risque accru de contracter une infection, qui peut se transformer en infection sanguine généralisée.
11. **Infection des voies urinaires** : Les cathéters peuvent accroître le risque d'infection de la vessie et des voies urinaires.
12. **Infections du champ opératoire** : Les patients peuvent contracter une infection de l'incision ou de la partie du corps qui a subi l'intervention.
13. **Morbidité** : Indicateur qui mesure le taux auquel les patients vivent les complications listées ci-dessus durant une opération dans les 30 jours qui la suivent.
14. **Mortalité** : Indicateur qui mesure le taux général de mortalité chez les patients durant une opération dans les 30 jours qui la suivent.

Comprendre les données

Le Réseau ontarien d'amélioration de la qualité chirurgicale compte 31 membres, mais ce rapport reflète les données des 29 hôpitaux membres adultes. Sur le graphique [Figure 2], une bulle bleu représente l'un des hôpitaux adultes de l'Ontario qui participent au programme. Ainsi, chaque établissement peut voir où il se situe par rapport aux autres hôpitaux en ce qui a trait à chaque suite opératoire suivie (ce graphique ne représente que les hôpitaux pour adultes de l'Ontario). Plus l'hôpital est à gauche sur le graphique, plus son rendement est bon. Les résultats des hôpitaux de l'Ontario participants diffèrent grandement pour chaque suite opératoire. Dans certains cas (p. ex., celui de la ventilation de durée prolongée (plus de 48 heures)), on constate qu'un groupe d'hôpitaux se situe à l'extrémité où les établissements obtiennent les meilleurs rendements. Dans d'autres cas (p. ex., celui des infections du champ opératoire), on voit plusieurs hôpitaux regroupés à l'extrémité où les hôpitaux ont les moins bons rendements.

Deux facteurs de comparaison [Figure 3] supplémentaires, la morbidité et mortalité, fournissent un aperçu du rendement de chaque hôpital en matière de chirurgie. La mortalité mesure les décès liés aux complications qui surviennent à la suite d'une intervention chirurgicale et la morbidité résume des complications multiples, comme l'infection, l'insuffisance rénale ou la sepsie.

FIGURE 2 Rang centile des hôpitaux ontariens participants parmi tous les hôpitaux du programme. Chaque hôpital est représenté par un point bleu pour chaque indicateur.

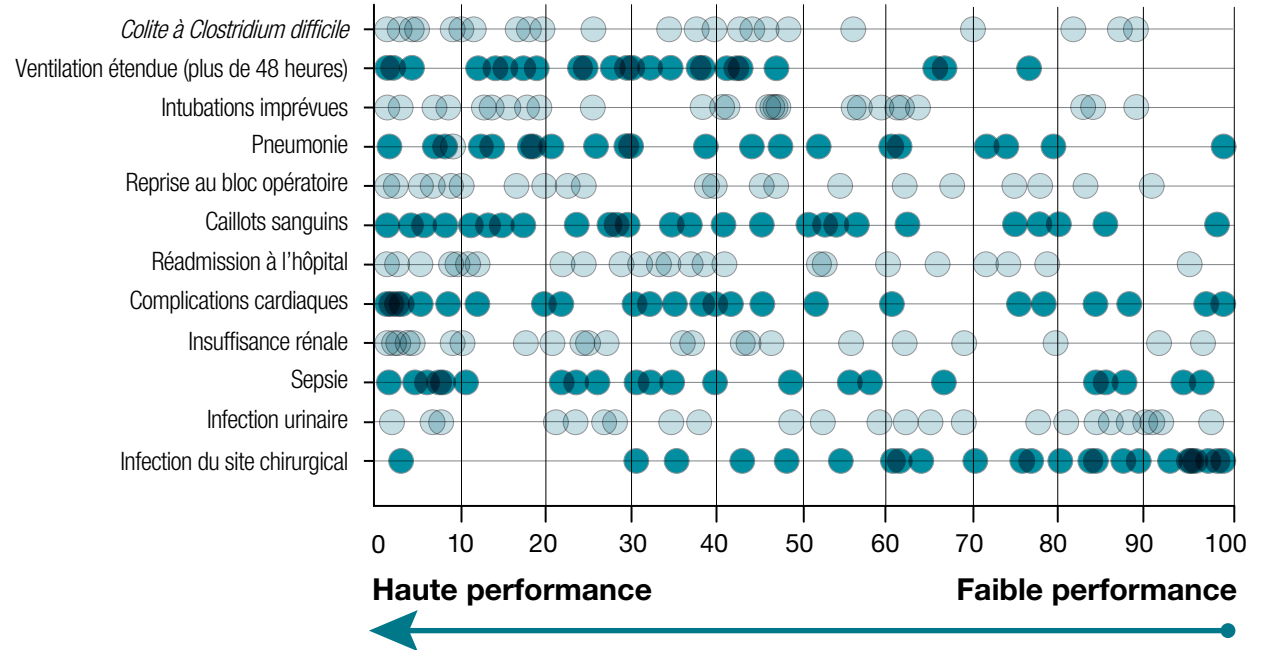
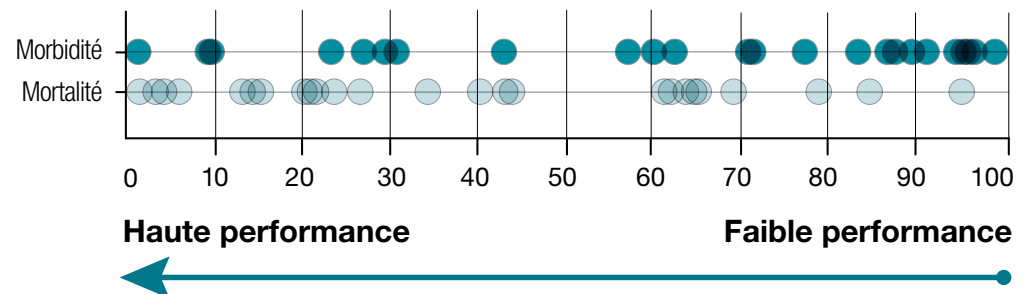


FIGURE 3 Rang percentile des hôpitaux ontariens participants parmi tous les hôpitaux du programme pour les indicateurs globaux. Chaque hôpital est représenté par un point bleu pour chaque indicateur.



Jusqu'à maintenant, le suivi des suites opératoires a servi d'outil d'apprentissage pour les hôpitaux participants, ce qui leur a permis de centrer leurs efforts d'amélioration. Par conséquent, les résultats obtenus par les hôpitaux individuels ne figurent pas dans ce rapport. Toutefois, à mesure que le programme évoluera et que davantage d'hôpitaux de l'Ontario auront l'occasion d'y participer, l'objectif sera de présenter ces résultats publiquement par hôpital.

Afin de déchiffrer toutes ces données, l'initiative d'amélioration des soins chirurgicaux de l'Ontario surveille les résultats obtenus par les hôpitaux ontariens en tant que groupe comparés à ceux de tous les autres hôpitaux qui participent à l'échelle mondiale.

Au sein du programme, les hôpitaux sont évalués selon une échelle qui indique s'ils se situent dans la catégorie « Marge d'amélioration, » « Comme prévu » ou « Meilleurs que prévu » en fonction de deux choses: leur classement parmi tous les hôpitaux du programme et les statistiques. différence dans leur performance du grand groupe d'hôpitaux internationaux.

Alors que les **Figures 2** et **3** montrent comment les hôpitaux individuels se comparent sur un spectre de performance supérieure et inférieure, la **Figure 4** montre comment le groupe d'hôpitaux se compare « mieux que prévu », « comme prévu » et « doit être amélioré ».

En regardant la situation dans son ensemble, la **Figure 4** montre le rendement des hôpitaux membres de l'Ontario pour l'ensemble des 14 résultats. Il identifie les résultats selon lesquels tous les hôpitaux sont « meilleurs que prévu » ou « comme prévu ». Par exemple, le *Clostridium difficile* est l'un des meilleurs résultats du groupe de l'Ontario parce que tous les hôpitaux affichent un rendement « meilleur que prévu » ou « comme prévu ». Si une grande proportion d'hôpitaux montrent des « possibilités d'amélioration » pour un résultat, la performance du groupe indique que ce résultat peut « être amélioré ».

Les deux résultats sommaires, la morbidité et la mortalité montrent que les membres de l'Ontario font « Comme prévu » pour la mortalité et montrent « Marge d'amélioration » pour la morbidité.

Il est important de reconnaître que la performance internationale n'est pas nécessairement la référence absolue ou unique pour « mieux ». Il peut y avoir de la place pour que les hôpitaux s'améliorent même s'ils ont obtenu des résultats « Meilleurs que prévu » ou « Comme prévu ».



Leadership local

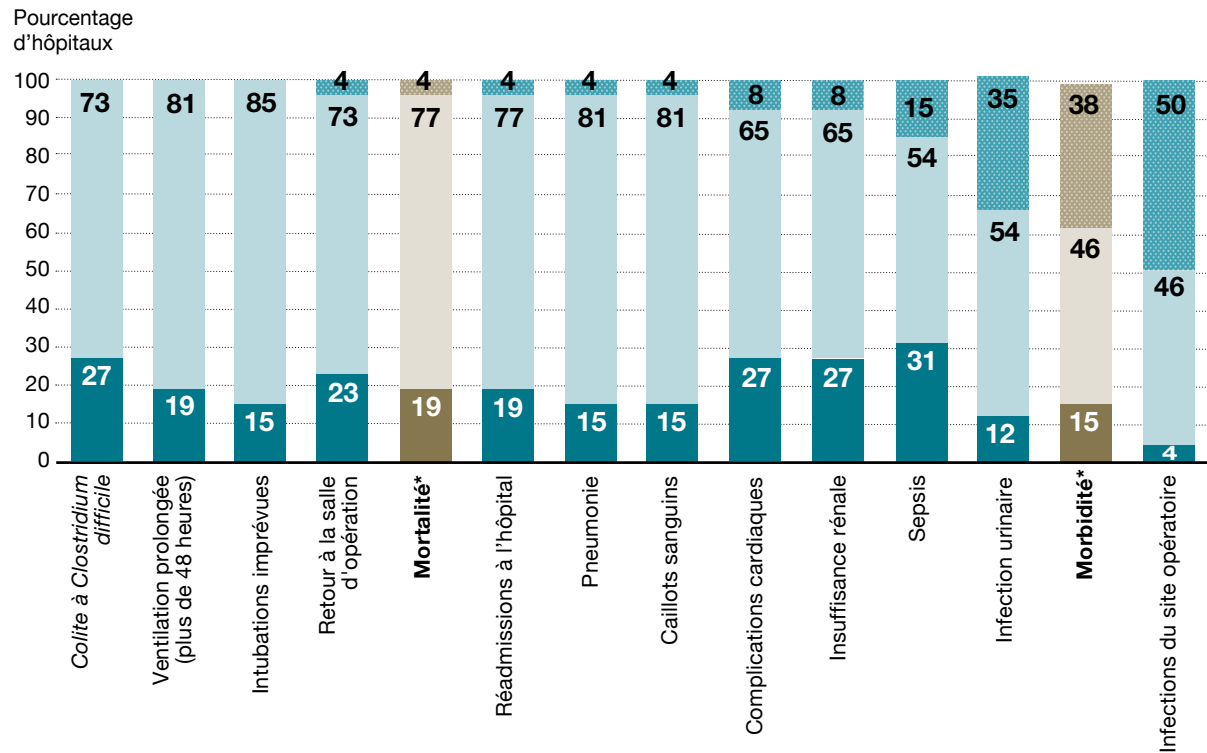
Alors que l'American College of Surgeons a mis au point le programme international d'amélioration de la qualité, Qualité des services de santé Ontario joue un rôle essentiel en appuyant le programme ici, en Ontario.

Dans le cadre de l'établissement du Réseau ontarien d'amélioration de la qualité de la chirurgie, Qualité des services de santé Ontario s'emploie à favoriser encore plus la collaboration entre les membres du réseau provincial. En réunissant les membres individuels pour partager les données et les meilleures pratiques, le réseau favorise la coopération et le travail d'équipe au sein de l'alliance. Et, en s'appuyant sur leur travail - à travers des conférences, des ateliers, des outils numériques et le mentorat - l'espoir est que les membres du réseau provincial verront les résultats d'amélioration de la qualité encore plus rapidement.

Qualité des services de santé Ontario appuie également des programmes complémentaires : Améliorer et favoriser l'excellence dans tous les secteurs, établit les bases de meilleurs soins en partenariat avec les facultés de médecine, tandis que l'Institute for Healthcare Improvement Open School partage la méthodologie d'amélioration de la qualité par l'apprentissage en ligne.

L'approche collective signifie que les équipes chirurgicales ne travaillent pas seulement à prodiguer de meilleurs soins à leurs patients, mais aussi à des patients partout en Ontario.

FIGURE 4 Rendement du groupe hospitalier ontarien participant en fonction du rang centile et de la signification statistique, par rapport à tous les hôpitaux participants, 2016.



Comment se portent les hôpitaux ontariens participants?

Résultats dans lesquels les 29 hôpitaux sont performants « Comme prévu » ou « Meilleurs que prévu » :

- intubation non planifiée;
- ventilation prolongée (plus de 48 heures);
- colite à *Clostridium difficile*.

Résultats où la majorité des 29 hôpitaux affichent des résultats « Comme prévu » ou « Meilleurs que prévu » :

- reprise au bloc opératoire;
- caillots sanguins (thromboembolie);
- complications cardiaques;
- mortalité;
- réadmissions hospitalières;
- insuffisance rénale;
- sepsie;
- pneumonie.

Résultats où les 29 hôpitaux ont le plus de « possibilités d'amélioration » :

- infections du champ opératoire;
- infections des voies urinaires;
- morbidité.

Remarques: Tous les cas adultes. Données de 29 hôpitaux participants du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100%, car ils sont arrondis au pourcentage le plus proche.

* Mesures sommaires.



Sur le pouvoir du changement

« Je pense toujours, que pouvons-nous faire pour que les patients se sentent mieux, rentrent chez eux plus vite et restent à la maison. »

Sur les résultats de l'amélioration de la qualité à l'hôpital

« La durée totale du séjour pour les patients en chirurgie générale admis en urgence a diminué de deux jours. Pour l'appendicite, il est en baisse de plus d'une demi-journée, [et] pour une chirurgie de la vésicule biliaire en cas d'urgence, c'est une journée complète plus courte. »

Sur le partage des réussites et des ressources en matière d'amélioration de la qualité

« Grands ou petits hôpitaux universitaires ou non universitaires, nous essayons tous d'atteindre les mêmes objectifs, alors pourquoi les patients ne devraient-ils pas être traités de la même façon? »

Sur contester le statu quo

« [Le programme] a été développé pour questionner le dogme sur la façon dont nous traitons les patients chirurgicaux. »

Dr Ravinder Singh

Chef de chirurgie, North Regional Health Centre

Retrouvez l'histoire complète en ligne.

Comment les hôpitaux peuvent-ils utiliser les données pour améliorer les soins?

Une fois que les hôpitaux ont leurs résultats, qu'est-ce que cela signifie pour les patients comme Linda? De meilleures données chirurgicales détaillées sont souvent le point de départ des efforts visant à améliorer les soins et à établir des objectifs d'amélioration. Par exemple, si les données montrent un besoin d'amélioration dans les infections du site opératoire, les équipes chirurgicales peuvent repenser la manière dont elles conçoivent et délivrent les soins pour traiter cette complication.

Le programme et d'autres organismes de soins de santé ont élaboré des mesures précises que les chirurgiens, les infirmières, les autres fournisseurs de soins et les patients peuvent prendre pour améliorer les soins et les résultats. Ces étapes peuvent sembler petites, mais elles représentent deux choses : un effort marqué pour améliorer les soins; et d'accroître les connaissances et les compétences nécessaires pour entreprendre et maintenir l'amélioration de la qualité. peut prendre pour améliorer les soins et les résultats.

Un ensemble d'étapes visant à réduire le risque de pneumonie après la chirurgie comprend des exercices spéciaux de respiration profonde avant et après la chirurgie et tousser après la chirurgie pour nettoyer les poumons et aider à distribuer l'oxygène. Il nécessite également des soins bucco-dentaires spécifiques – se brosser les dents et utiliser un rince-bouche

pour se débarrasser des bactéries de la bouche, s'asseoir droit au lit plutôt que de se coucher à plat et les encourager à se lever et rester actif.

Un autre ensemble d'étapes de soins visant à réduire les infections des voies urinaires conseille aux équipes chirurgicales de restreindre l'utilisation des cathéters urinaires, si cela est approprié, et de s'assurer qu'ils sont insérés en utilisant la technique appropriée.

Les hôpitaux membres de l'Ontario amplifient leurs efforts en matière de sécurité des interventions chirurgicales de différentes façons et tablent sur les mesures d'amélioration de la qualité en place. Par exemple, 24 membres prennent maintenant part au programme de récupération améliorée après la chirurgie, qui est centré sur les pratiques exemplaires en matière de procédures, comme celles qui peuvent servir à la chirurgie colorectale, qui entraîne souvent davantage de complications. Certains

membres ont déjà commencé à partager des renseignements sur leur réussite avec un groupe d'organismes du secteur des soins de santé. Quelles sont les occasions d'amélioration? Alors que des études ont démontré que le programme permet d'éviter jusqu'à 500 complications par année,[4] de réduire les coûts des soins de santé et de sauver des vies, d'autres rapports ont indiqué qu'à elles seules, les données n'assureront pas la réalisation de gains [5] — uniquement les changements apportés à la culture et aux processus hospitaliers permettront d'atteindre cet objectif.



En ayant des patients impliqués dans leurs propres soins

« [Nous] avons une vraie discussion sur les risques et les avantages de chaque chirurgie, nous voulons être sûrs qu'ils comprennent à quoi s'attendre. »

Au-delà du suivi du programme

« Je veux obtenir un baromètre de la façon dont nous faisons tout de suite. Je ne vois pas beaucoup de recherches sur la façon dont les patients pensent que leurs chirurgies sont allées. »

Sur la réaction des patients aux enquêtes post-chirurgicales

« La plupart des patients sont surpris de ce que nous leur demandons à propos de leur expérience personnelle. Ils sont heureux, ils sentent que nous nous soucions vraiment en tant qu'institution. »

Sur la satisfaction des patients

« Si un patient n'est pas heureux, quel que soit le résultat documenté, alors nous n'avons pas fait notre travail. »

Dr Rardi van Heest

Chef d'entreprise, Chirurgie générale,
William Osler Health System

Retrouvez l'histoire complète en ligne.



Le chemin à parcourir

À l'heure actuelle, environ la moitié des chirurgies pratiquées en Ontario sont pratiquées dans les hôpitaux du réseau d'amélioration de la qualité en chirurgie de l'Ontario.[6] Ces hôpitaux examinent un nombre représentatif de chirurgies, mais tous les patients, peu importe leur type de chirurgie. Comparaisons de données, nouveaux processus et efforts d'amélioration de la qualité globale.

Il y a des signes avant-coureurs que les soins s'améliorent: par exemple, les plus grands hôpitaux signalent des progrès dans leur travail de réduction des infections du site opératoire, et tous les membres de l'Ontario ont réduit toutes les infections liées à la chirurgie. Tous les membres de l'Ontario se sont engagés à prioriser la réduction de toutes les infections liées à une opération : pneumonie et infections des voies urinaires ou du champ opératoire.

Linda est maintenant pleinement rétablie. Toutefois, d'autres patients comme elle font quotidiennement face à des complications préopératoires ou postopératoires. Les hôpitaux de l'Ontario doivent continuer à améliorer les soins chirurgicaux tout comme ils travaillent à améliorer les soins aux patients dans toutes les parties du système de soins de santé.

Les efforts des hôpitaux participants — et leur coopération avec des organismes à l'extérieur du réseau — exemplifient l'engagement qu'ils ont pris de rendre les opérations et le rétablissement des patients les plus sûrs possible.

Les hôpitaux qui participent à l'initiative d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux de l'Ontario continuent de colliger ces données, d'en tirer des leçons et de profiter d'occasions d'amélioration importantes. Qualité des services de santé Ontario aspire à favoriser la publication de rapports systématiques d'intérêt public sur le rendement des hôpitaux en ce qui a trait aux suites des interventions chirurgicales à mesure que davantage d'hôpitaux auront l'occasion de participer au programme.



Notes sur les méthodes

Les notes sur les méthodes fournissent une brève description des données et des méthodes utilisées dans le présent rapport. Pour plus de détails, consulter le site Web du National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) (programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale) de l'American College of Surgeons à <https://www.facs.org/quality-programs/acs-nsqip>.

Sources de données

Les données présentées dans le présent rapport ont été fournies par le programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale de l'American College of Surgeons (ACS NSQIP), programme qui vise à bâtir une communauté de pratique pour les équipes chirurgicales désireuses d'améliorer la qualité des soins chirurgicaux. Le programme a son siège aux États-Unis et a un sociétariat international qui comprend actuellement près de 700 hôpitaux. Une communauté de 31 hôpitaux ontariens forment le Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario.[7,8] Les données sont présentées dans ce rapport pour les 29 hôpitaux pour adultes.

Les hôpitaux qui participent au programme recueillent des données cliniques sur des patients chirurgicaux sélectionnés au hasard pendant la période préopératoire et suivis jusqu'à 30 jours après l'intervention.[7] Ils transmettent les données à le programme, qui

procède à une analyse ajustée en fonction des risques sur un ensemble défini de complications postopératoires pour tous les hôpitaux et pour le réseau local, et leur renvoie les données dans des rapports semestriels. Ils peuvent consulter leurs données et voir comment leur rendement se compare à celui des autres hôpitaux de leur projet collaboratif et à celui de l'ensemble du réseau de le plus grand réseau.[7]

Les données utilisées dans le présent rapport sont tirées du rapport semestriel de juillet 2017 du projet collaboratif du NSQIP Ontario.[9]

Liste des interventions chirurgicales

Voici la liste des interventions chirurgicales mentionnées dans le présent rapport :

- Chirurgie orthopédique non podiatrique
- Procédures oncologiques
- Chirurgie générale et abdominale
- Chirurgie gynécologique
- Neurochirurgie
- Chirurgie esthétique et reconstructive
- Chirurgie thoracique
- Chirurgie urologique
- Chirurgie vasculaire

Analyse

Méthodologie [8,9]

Le programme fournit des données sur le rendement des hôpitaux pour un certain nombre de complications observées chez les patients dans les 30 jours suivant l'intervention : colite due à *Clostridium difficile*, ventilation pendant plus de 48 heures, intubation imprévue, pneumonie, retour à la salle d'opération, thromboembolie veineuse, réadmission, troubles cardiaques, insuffisance rénale, septicémie, infection des voies urinaires et infection du site opératoire, ainsi que des données pour deux mesures sommaires : la morbidité et la mortalité.

Pour des définitions plus détaillées des complications, visitez le site Web du Programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale de l'American College of Surgeons à <https://www.facs.org/quality-programs/acs-nsqip>.

Le programme compare les données pour chaque complication postopératoire à des modèles de régression logistique hiérarchique pondérés et ajustés en fonction du risque pour tous les hôpitaux du projet collaboratif en vue de produire un rapport de cotes pour chaque hôpital.

Rendement de l'Ontario

Le présent rapport fait appel à la méthodologie de le programme, qui détermine le pourcentage d'hôpitaux participant au projet collaboratif de l'Ontario qui correspondent à chacune des trois catégories de rendement établies par le programme (exemplaire, dans la normale, besoin d'amélioration) pour chaque complication (**Figure 4**) postopératoire. Pour chaque hôpital et chaque indicateur, une catégorisation du rendement a été attribuée selon le rapport de cotes, soit s'il a) tombait dans un décile extrême ou b) constituait une valeur aberrante.

- **Décile extrême.** Tous les rapports de cote des hôpitaux de le programme du projet collaboratif international (y compris ceux du projet collaboratif de l'Ontario) sont classés du plus petit au plus grand, et dix groupes séquentiels de même taille (déciles) représentant 10 % de tous les hôpitaux participants leur sont affectés. Ainsi, nous pouvons voir comment les hôpitaux de l'Ontario se comparent à ceux du projet collaboratif international de le programme. Un hôpital ayant un rapport de cotes dans le premier décile compte parmi les 10 % d'hôpitaux les plus performants, tandis qu'un hôpital ayant un rapport de cotes situé dans le 10^e décile se range parmi les 10 % d'hôpitaux les moins performants.

- **Valeur aberrante.** Un hôpital est considéré comme constituant une valeur aberrante en fonction des intervalles de confiance pour le rapport de cotes. Ainsi, si l'intervalle de confiance pour un hôpital est entièrement au-dessus de la valeur de 1, l'établissement est alors considéré comme une valeur aberrante élevée (autrement dit, un hôpital comportant une plus grande probabilité de complications postopératoires). Inversement, si l'intervalle de confiance de cet hôpital est considérablement inférieur à la valeur de 1, il est alors considéré comme une valeur aberrante faible (autrement dit, un hôpital présentant peu de risques de complications postopératoires). Si cet intervalle équivaut à 1, l'hôpital n'est pas considéré comme une valeur aberrante (autrement dit, son rendement est dans la normale).

La cote « exemplaire » est attribuée aux hôpitaux qui affichent un rendement remarquable comparativement aux autres hôpitaux de le programme pour une complication postopératoire donnée. Elle est attribuée aux hôpitaux dont le rendement se situait dans le premier décile ou qui affichaient une valeur aberrante faible. La cote « besoin d'amélioration » est attribuée aux hôpitaux qui affichent un rendement inférieur à celui des autres hôpitaux de le programme pour une complication postopératoire donnée. Elle est attribuée aux hôpitaux dont le rendement se situait dans le 10^e décile ou qui affichaient une valeur aberrante élevée. La cote « dans la normale » est attribuée aux hôpitaux qui affichent

un rendement similaire aux autres hôpitaux de le programme pour une complication postopératoire donnée. Elle est attribuée aux hôpitaux dont le rendement se situait entre le 2^e et le 9^e décile et qui n'affichaient pas de valeur aberrante.

En nous appuyant sur la méthodologie du NSQIP, nous avons souligné les complications postopératoires précises pour lesquelles les hôpitaux de l'Ontario affichent un rendement particulièrement élevé ou laissant à désirer. Les complications post-chirurgicales les plus performantes sont celles que le programme a identifiées comme ayant tous des hôpitaux « meilleurs que prévu » ou « comme prévu » pour ces complications. Les complications postopératoires pouvant faire l'objet d'améliorations sont celles que le programme a identifiées comme ayant le pourcentage le plus élevé d'hôpitaux classés dans la catégorie « amélioration ». Pour les autres complications post-chirurgicales, la majorité des hôpitaux se sont comportés « mieux que prévu » ou « comme prévu ».

Ce rapport utilise la méthodologie du programme qui se base uniquement sur le décile des rapports de cotes des hôpitaux de tous les hôpitaux pour les **Figures 2** et **3**. Veuillez consulter la section ci-dessus pour la méthode de classement par décile. Les **Figures 2** et **3** montrent seulement les rangs des hôpitaux collaboratifs de l'Ontario, mais tous les hôpitaux du programme ont été utilisés pour produire le classement des déciles.

Pour plus de renseignements sur la méthodologie de l'ACS, visitez le site Web du Programme national d'amélioration de la qualité chirurgicale de l'American College of Surgeons à : <https://www.facs.org/quality-programs/acs-nsqip>.



Références

1. Ontario Wait Times. October, 2010. Ministry of Health and Long-Term Care. Available from: www.ontariowaittimes.com/surgeryDI/EN/
2. Quick Stats Report 2015-2016. Ottawa (ON): Canadian Institute for Health Information. [cited 2017 Sept 29]
3. The Self Reporting Initiative, Health Analytics Branch. Ministry of Health and Long-Term Care. [cited 2017 Sept 29]
4. Hall, BL. Does surgical quality improve in the American College of Surgeons National Quality Improvement Program?: an evaluation of all participating hospitals. *Ann Surg* 2009 Sept [cited 2017 Sept 29] 250(3)
5. Berwick, DM. Measuring surgical outcomes for improvement. Was Codman wrong? *JAMA* 2015 Feb 3 [cited 2017 Sept 29] 313(5)
6. Your Health System Insight. Discharge Abstract Database 2009/10-2016-17. Canadian Institute for Health Information. [cited 2017 June 12]
7. Facs.org. Chicago: American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program [cited 2017 Oct 6] Available from: <http://www.facs.org/quality-programs/acs-nsqip/about>
8. ACS NSQIP® Semi-annual report. Chicago (IL) American College of Surgeons National Quality Surgical Quality Improvement Program; 2017 July.
9. NSQIP-Ontario Collaborative® Semi-annual report. Chicago (IL) American College of Surgeons National Quality Surgical Quality Improvement Program; 2017, July.



Remerciements

Direction chirurgicale

Qualité des services de santé Ontario tient à souligner les contributions de :

Dr Timothy Jackson BSc, MD, MPH, FRCSC, FACS
Chef provincial, Réseau ontarien d'amélioration de la qualité de la chirurgie, QSSO Département de chirurgie, L'hôpital UHN

Et du Comité directeur du Réseau ontarien d'amélioration de la qualité de la chirurgie :

Lee Fairclough, Dr Tim Jackson,
Dr David Schramm, Dr Husein Moloo,
Dr Robin McLeod, Dr Avery Nathens,
Dr Duncan Rozario, Dr Claude LaFlamme
et Dr Kyle Kirkham.

Conseil d'administration

Andreas Laupacis
Président

Shelly Jamieson
vice-présidente

Tom Closson

Jeremy Grimshaw

Stewart Kennedy

Bernard Leduc

Julie Maciura

Angela Morin

James Morrissey

Camille Orridge

Dorothy Pringle

Rick Vanderlee

Les biographies sont publiées à l'adresse :
[http://www.hqontario.ca/À-propos-de-nous/
Notre-mandat-et-notre-personnel/Conseil-
d-administration-et-des-comités](http://www.hqontario.ca/À-propos-de-nous/Notre-mandat-et-notre-personnel/Conseil-d-administration-et-des-comités)

Direction

Dr Joshua Tepper
président et chef de la direction

Dr Irfan Dhalla
vice-président, Analyse des données et norms

Lee Fairclough
vice-présidente, Amélioration de la qualité

Mark Fam
vice-président, Affaires générales

Anna Greenberg
vice-présidente, Rendement du système de santé

Jennie Pickard
directrice, Partenariats stratégiques

Michelle Rossi
directrice, Politiques et stratégie

Jennifer Schipper
chef, Communications et participation des patients

Dr Jeffrey Turnbull
chef, Qualité Clinique

Les biographies sont publiées à l'adresse:
[http://www.hqontario.ca/À-propos-de-nous/
Notre-mandat-et-notre-personnel/
Équipe-de-directio](http://www.hqontario.ca/À-propos-de-nous/Notre-mandat-et-notre-personnel/Équipe-de-directio)

Chirurgie de qualité

Améliorer les soins chirurgicaux en Ontario

Développement de rapport

Qualité des services de santé Ontario remercie Linda, Dr Duncan Rozario, Dr Michael Lisi, Dr Ravinder Singh et Dr Rardi van Heest pour avoir partagé leurs expériences et leurs idées sur les histoires et les citations du présent rapport.

Ce rapport a été élaboré par une équipe multidisciplinaire de Qualité des services de santé Ontario, incluant Heather Angus-Lee, Pierrette Price Arsenault, Tricia Beath, Maria Bennell, Lisa Bitonti-Bengert, Susan Brien, Shirley Chen, Jethro Cheng, Naushaba Degani et Gail Dobell, Ryan Emond, Terri Goveia, Louise Grenier, Binil Tahlan, Mina Viscardi-Johnson et Dave Zago.

Qualité des services de santé Ontario remercie également le Collège national des chirurgiens de l'American Surgical Quality Improvement Program®, qui a fourni des précisions sur la méthodologie et les données du rapport, notamment Emma Malloy, Gina Pope et Vanessa Thompson.

Des parties de ce matériel sont basées sur des données et des informations compilées et fournies par l'ICIS. Cependant, les analyses, les conclusions, les opinions et les énoncés exprimés dans le présent document sont ceux de l'auteur et ne sont pas nécessairement ceux de l'ICIS.

**Qualité des services
de santé Ontario**

Améliorons notre système de santé



Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest
10^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Tél: 416 323-6868
Sans frais: 1 866 623-6868
Courriel: info@hqontario.ca
www.hqontario.ca

Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017

