

impediment to the adequate comparison of outcomes between centres and perhaps for individual surgeons. The American College of Surgeons through the National Surgical Quality Improvement Project (NSQIP) has made significant progress in this area by developing risk-adjusted outcome reports. There can be issues of privacy that limit applications of NSQIP in Canada, but some of our health regions have been able to accommodate this project with assurances of data protection.

Should areas of subspecialty care be increasingly focused on “centres of excellence?” The American College of Surgeons has recently attempted to set some standards regarding the development of subspecialty expertise. These have included cancer care models, bariatrics and breast disease management. How will this affect generalist surgeons who are broad-based, first

responders to difficult decisions in surgical care? Accurate data must be used to refine the definition of subspecialty care to be provided in such centres. It may not be wise to call these “centres of excellence,” since this degrades the importance of other decisions made in good surgical care. Perhaps a “centre of excellence” should be viewed in a functional sense, as a network program in which some procedures are performed in high-volume sites, while others can fit into the program where care can be provided at the local hospital. The accurate tracking of data will remain a challenge; however, some disciplines, such as transplantation, have managed to overcome these problems by constructing registries that report and follow-up data in a timely fashion.

In summary, quality surgical outcomes are everyone’s business. The challenges to upgrade training

programs must be matched by careful leadership and standardization of resources and processes of care. The tracking of outcomes and verification of standards is essential, and surgeons need to be involved in the definition of these outcomes. Two examples for bariatric and chest surgery provided in this issue of the *CJS* show how to do it right!

Garth L. Warnock, MD
Coeditor

Competing interests: Dr Warnock has received travel assistance from Ethicon.

References

1. Andrew CG, Hanna W, Look D, et al. Early results after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: effect of the learning curve. *Can J Surg* 2006;49:417-21.
2. Milman S, Ng T. Initial clinical outcomes after completion of training in a Royal College of Canada thoracic surgery program. *Can J Surg* 2006;49:422-6.

Le suivi des résultats en soins chirurgicaux

Dans ce numéro du *Journal canadien de chirurgie (JCC)*, deux centres ont publié les résultats des soins dispensés par leurs programmes de chirurgie au début de leur expérience. Andrew et ses collaborateurs¹ discutent des résultats d’un pontage gastrique laparoscopique de Roux-en-Y contre l’obésité, en regard du début de la courbe d’apprentissage des chirurgiens. Ils démontrent que les résultats sont acceptables et s’améliorent à mesure que l’on progresse sur la courbe d’apprentissage. Milman et Ng² font état des premiers résultats du traitement dans le cas d’interventions chirurgicales thoraciques complexes, en se fondant sur l’expérience de leur chirurgien chef qui a terminé récemment un programme canadien de formation en chirurgie. Cette dernière étude fait

état de résultats satisfaisants qui se comparent favorablement à ceux d’autres centres plus chevronnés et recevant plus de patients. Il faut féliciter les auteurs des deux manuscrits d’avoir relaté leur expérience pendant une période particulièrement délicate de l’évolution de leurs programmes.

Ces deux études reflètent l’atmosphère établie actuellement par le public, les ministères et les bailleurs de fonds, qui examinent de près les résultats pour mesurer la qualité des soins. Comme on l’indique dans les deux manuscrits, on a scruté de près les programmes de chirurgie bariatrique et de chirurgie thoracique pour démontrer que les bons résultats sont reliés au volume des interventions chirurgicales et, indirectement, à l’amélioration des résultats

des soins. Dans l’ensemble, des questions se posent sur la façon d’établir les centres de surspécialisation et d’évaluer leurs résultats. Faudrait-il pousser plus loin l’évolution de ces domaines de surspécialisation pour en faire des «centres d’excellence»?

Comment faudrait-il réaliser l’excellence des soins surspécialisés? La chirurgie a une longue histoire d’amélioration des résultats par la coordination. L’amélioration des modèles de soin des patients traumatisés dans les programmes de techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales en est un exemple typique. Or, les éléments essentiels de cette amélioration exigent plusieurs engagements. Il doit y avoir un plan bien organisé et dirigé par des chefs de file exceptionnels dont les normes sur les ressources prévoient des

installations essentielles pour établir les soins. Les normes de soin, y compris les protocoles et les chemine-ments cliniques, ont aussi produit des résultats chirurgicaux constants. Enfin, il est essentiel d'avoir une méthode de saisie des données afin de suivre les résultats, et il faut vérifier les normes par l'agrément. Comme l'affirment Andrew et ses collaborateurs, plusieurs sociétés spécialisées ont produit des recommandations précises sur l'expérience, la formation et la surveillance des examens nécessaires pour pratiquer en toute sécurité des interventions chirurgicales bariatriques par laparoscopie. Le succès passe en outre par une démarche d'équipe multidisciplinaire, ce que reconnaissent Milman et Ng, qui considèrent l'anesthésie, l'expertise dans une surspécialité médicale, la radiologie, la pathologie, les soins intensifs et l'oncologie comme des disciplines nécessaires pour traiter adéquatement les patients en chirurgie thoracique.

Le suivi de données exactes joue un rôle crucial dans l'acquisition réussie de savoir-faire en surspécialité. Milman et Ng suggèrent d'utiliser une base de données sur les résultats d'interventions pratiquées par les diplômés de programmes de formation de cheminements divers. Il importe pour les chirurgiens d'être aux premières lignes de la création de ces mécanismes de suivi. Un grand défi consiste à veiller à ce que toutes les données permettent de stratifier le risque, ce qui demeure un obstacle majeur à la comparaison adéquate

des résultats entre les divers centres et, peut-être, entre les chirurgiens. Dans le cadre de son projet national d'amélioration de la qualité de la chirurgie (NSQIP), l'American College of Surgeons a réalisé des progrès importants dans ce domaine en produisant des rapports de résultats corrigés du risque. Des problèmes de protection de la vie privée peuvent limiter l'application du NSQIP au Canada, mais certaines de nos régions de santé ont pu accepter le projet en garantissant la protection des données.

Faut-il réunir de plus en plus les soins surspécialisés en «centres d'excellence»? L'American College of Surgeons a tenté récemment d'établir des normes sur l'acquisition des compétences en surspécialité (modèles de soin en oncologie, médecine bariatrique et prise en charge des maladies du sein). Quel en sera l'effet sur les chirurgiens généralistes qui traitent une grande variété de cas et sont les premiers à prendre des décisions difficiles en soins chirurgicaux? Il faudra utiliser des données précises pour raffiner la définition des soins surspécialisés à prodiguer dans de tels centres. Il n'est peut-être pas judicieux de parler de «centres d'excellence», ce qui minimise l'importance d'autres décisions prises dans le contexte de bons soins chirurgicaux. Il faudrait peut-être considérer un «centre d'excellence» au sens fonctionnel, comme un programme de réseau dans le cadre duquel certaines interventions sont pratiquées dans des

établissements à gros volume, tandis que d'autres peuvent convenir au programme de soins de l'hôpital local. Le suivi exact des données posera toujours un défi, mais certaines disciplines comme la transplantation ont réussi à surmonter ces problèmes en créant des registres qui font état des données et en assurent le suivi en temps opportun.

En résumé, la qualité des résultats chirurgicaux est l'affaire de tous. Les défis posés par la mise à niveau des programmes de formation doivent être abordés par un leadership prudent et avec normalisation des ressources et des processus de soins. Il est essentiel de suivre les résultats et de vérifier les normes, et les chirurgiens doivent participer à la définition de ces résultats. Deux exemples portant sur la chirurgie bariatrique et thoracique fournis dans ce numéro du *JCC* illustrent la façon de s'y prendre!

Garth L. Warnock, MD
Co-rédacteur

Intérêts concurrents : Le Dr Warnock a reçu une subvention de voyage d'Ethicon.

Références

1. Andrew CG, Hanna W, Look D, et al. Early results after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: effect of the learning curve. *Can J Surg* 2006;49:417-21.
2. Milman S, Ng T. Initial clinical outcomes after completion of training in a Royal College of Canada thoracic surgery program. *Can J Surg* 2006;49:422-6.