

forefront of this initiative by participating in their own data collection and audits of practice.

Who will provide the resources to support these initiatives? Programs like NSQIP have educated nurse-clinicians to perform expert audits of clinical records. According to recent data,⁶ institutional funding to support practice audits proves to be funding that is well invested. Considering the substantial costs associated with postoperative complications, reduced morbidity resulting from quality improvement audits generates sufficient savings to offset the resources needed to participate in the program.⁶ In Canada there is renewed enthusiasm for creating patient safety and quality committees that work at the level of regional health authorities. In our health region, the Regional Surgical Executive Council has engaged this process to review leading practices that can improve quality of care.

The benefits of practice self-audit will also be apparent in surgical education at all levels. In centres that support teaching programs, clinical audit and improvement could be a

regularly scheduled part of surgical instruction to residents. A template such as the one described by Birch and associates¹ could provide a very effective improvement for the often rambling and ineffective “morbidity and mortality” rounds. Previous audits of surgical practices have found their way into earlier publications of *CJS* as powerful tools for our greater surgical community to continuously improve standards of care with best available evidence.⁷ Thus the practice audit can form an integral part of scholarship in both teaching and publication.

In summary, the template provided by Birch and colleagues for the Evidence-Based Surgery Working Group sets new standards for effective audits of clinical practice. The challenge is to continuously improve individual clinical performance. This will come at a cost of increased investment of time and resources but the result of this effort will be more than repaid in better-quality care at reduced costs.

Garth L. Warnock
Coeditor

References

1. Birch DW, Goldsmith CH, Tanden V. Users guide to the surgical literature: self-audit and practice appraisal for surgeons. *Can J Surg* 2005;48(1):57-62.
2. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: National Academy Press; 2001.
3. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170(11):1678-86.
4. Khuri SF, Daley J, Henderson W, Hur K, Demakis J, Aust JB, et al. The Department of Veteran Affairs' NSQIP: the first national validated outcome-based risk-adjusted and peer-controlled program for the measurement and enhancement of the quality of surgical care. National VA Surgical Quality Improvement Program. *Ann Surg* 1998;228:491-507.
5. Khuri SF, Daley J, Henderson WG. The comparative assessment and improvement of quality of care in the Department of Veterans Affairs. *Arch Surg* 2002;137:20-7.
6. Dimick JB, Chen SL, Taheri PA, Henderson WG, Khuri SF, Campbell DA Jr. Hospital costs associated with surgical complications: a report from the private sector. National Surgical Quality Improvement Program. *J Am Coll Surg* 2004;199:531-7.
7. Wasey N, Baughan J, de Gara CJ. Prophylaxis in elective colorectal surgery: the cost of ignoring the evidence. *Can J Surg* 2003; 46(4):251-2.

Les soins de qualité font du chemin

Comme résident junior en chirurgie, une des expériences les plus convaincantes et marquantes que j'ai vécues, c'est lorsque l'on m'a montré le rapport d'une autovérification de pratique chirurgicale produit par Louis-Philippe Mousseau, chirurgien distingué ayant fait œuvre de pionnier à l'Hôpital General d'Edmonton. Intitulée «100 cases of gastric malignancy», la vérification du D^r Mousseau décrivait les résultats des interventions chirurgicales qu'il avait pratiquées contre cette maladie dévastatrice depuis 1934! Le rapport abondait de détails frappants sur l'évaluation, la résection et la reconstruction chirurgicales, la pathologie (y compris la suffisance du prélèvement de ganglions) et

la survie des patients à trois et cinq ans. Cette vérification reflétait clairement la réputation du D^r Mousseau comme chirurgien de choix en cas de problème difficile en des temps difficiles. Le rapport a continué de m'inciter à réfléchir régulièrement aux résultats de ma propre pratique en chirurgie.

Birch et ses collaborateurs¹ ont maintenant décrit une superbe méthode d'autoévaluation et d'évaluation de la pratique dans le présent numéro du Journal canadien de chirurgie (JCC). Comme les auteurs l'indiquent, on a décrit les vérifications ou autovérifications de la pratique comme la méthode de perfectionnement professionnel continu la

plus efficace sur le plan éducationnel. Ce cadre devrait être bien accueilli aussi bien chez les chirurgiens comme prestataires de soins, que chez les patients et les payeurs de l'État, qui s'intéressent aux résultats de la vérification sur le plan de l'amélioration de la qualité des soins. Le rapport arrive à point, puisque le public scrute de plus en plus près la qualité des soins médicaux depuis quelque temps, et surtout suite au rapport publié en 2001 par l'Institut de médecine². Des données récentes³ indiquent qu'en 2000, environ 7,5 % des 2,5 millions de patients hospitalisés au Canada ont subi au moins un effet indésirable. Dans le domaine chirurgical, l'existence de documents clairs sur des variations de

la qualité des soins chirurgicaux a déclenché l'enthousiasme à l'égard des programmes d'amélioration de la qualité⁴.

Qu'est-ce qui prouve que les vérifications de la pratique de la chirurgie améliorent la qualité des soins? Des données récentes tirées du Projet national d'amélioration de la qualité des interventions chirurgicales (NSQIP) comparent les résultats dans différents établissements du système de santé des anciens combattants (VA). Parallèlement à ce programme, la réduction des taux de morbidité et de mortalité obtenus par des groupes importants de prestataires des hôpitaux des anciens combattants a été très convaincante⁵. Ce programme porte avant tout sur la rétroaction et la mise en commun d'importantes pratiques collectives, mais le rôle du suivi des résultats obtenus selon le chirurgien suscitera aussi une vérification de plus en plus importante en vue de l'amélioration de la qualité des soins.

Au Canada, le lancement de programmes comme le NSQIP aura des défis à relever à cause de problèmes de confidentialité reliés aux données sur les patients. Le modèle du programme peut toutefois être utile comme guide pour les chirurgiens et les sociétés de spécialité qui veulent mettre au point des vérifications de leurs propres pratiques, et le rapport de Birch et de ses coauteurs¹ ajoute une nouvelle démarche favorable. De plus, plusieurs initiatives récentes ont mis l'accent sur un engagement envers l'amélioration de la sécurité et de la qualité du système de santé du Canada. Après la signature, en 2003, de l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé et d'autres travaux de suivi effectués par le Comité directeur national sur la sécurité du patient, on a annoncé officiellement, en décembre 2003, le lancement d'une Initiative canadienne sur la sécurité des patients (ICSP). Le plan d'activité stratégique de l'ICSP prévoit la mise en place d'assises pour assurer la sécurité con-

tinue du système de santé. Un des principes du plan consiste à promouvoir des pratiques de pointe et des interventions efficaces. Les chirurgiens devraient se placer à l'avant-plan de cette initiative en participant à leurs propres activités de collecte de données et de vérification de la pratique.

Qui fournira les ressources nécessaires pour appuyer ces initiatives? Des programmes comme le NSQIP ont appris à des infirmières cliniciennes à procéder à des expertises de dossiers cliniques. Des données récentes⁶ indiquent que le financement consacré par les établissements aux vérifications de la pratique constitue un bon investissement. Compte tenu des coûts importants associés aux complications postopératoires, la réduction de la morbidité découlant de vérifications d'amélioration de la qualité réduit suffisamment les coûts pour compenser les ressources nécessaires pour participer au programme⁶. Au Canada, on constate un enthousiasme renouvelé à l'égard de la création de comités de qualité des soins et sécurité des patients au niveau des régions régionales de la santé. Dans notre région, le conseil de direction de la chirurgie a enclenché ce processus d'examen des principales pratiques qui peuvent améliorer la qualité des soins.

Les avantages offerts par l'autovérification de la pratique seront aussi évidents dans la formation en chirurgie à tous les niveaux. Dans les centres qui appuient des programmes de formation, la vérification clinique et l'amélioration pourraient constituer un élément prévu de la formation des résidents en chirurgie. Un exemple comme celui que décrivent Birch et ses collaborateurs¹ pourrait constituer une amélioration très efficace des séances scientifiques souvent ronflantes et inefficaces sur «la morbidité et la mortalité». Des vérifications antérieures de pratiques chirurgicales ont déjà été publiés dans le JCC; elles constituent un moyen puissant pour l'ensemble de la communauté chirurgicale d'améliorer continue-

ment les normes de soins en fonction des meilleures données probantes disponibles⁷. Ainsi, la vérification de la pratique peut devenir partie intégrante de l'acquisition du savoir à la fois en enseignement et dans les publications.

En résumé, le modèle produit par Birch et ses collaborateurs pour le Groupe de travail sur la chirurgie factuelle fixe de nouvelles normes de vérification de la pratique clinique. Le défi consiste à améliorer continuellement le rendement clinique individuel. Il faudra y consacrer du temps et des ressources, mais des soins de meilleure qualité et moins coûteux compenseront grandement cet effort.

Garth L. Warnock, MD
Co-rédacteur

Références

1. Birch DW, Goldsmith CH, Tanden V. Users guide to the surgical literature: self-audit and practice appraisal for surgeons. *Can J Surg* 2005;48(1):57-62.
2. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: National Academy Press; 2001.
3. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170(11):1678-86.
4. Khuri SF, Daley J, Henderson W, Hur K, Demakis J, Aust JB, et al. The Department of Veteran Affairs' NSQIP: the first national validated outcome-based risk-adjusted and peer-controlled program for the measurement and enhancement of the quality of surgical care. National VA Surgical Quality Improvement Program. *Ann Surg* 1998;228:491-507.
5. Khuri SF, Daley J, Henderson WG. The comparative assessment and improvement of quality of care in the Department of Veterans Affairs. *Arch Surg* 2002;137:20-7.
6. Dimick JB, Chen SL, Taheri PA, Henderson WG, Khuri SF, Campbell DA Jr. Hospital costs associated with surgical complications: a report from the private sector. National Surgical Quality Improvement Program. *J Am Coll Surg* 2004;199:531-7.
7. Wasey N, Baughan J, de Gara CJ. Prophylaxis in elective colorectal surgery: the cost of ignoring the evidence. *Can J Surg* 2003; 46(4):251-2.