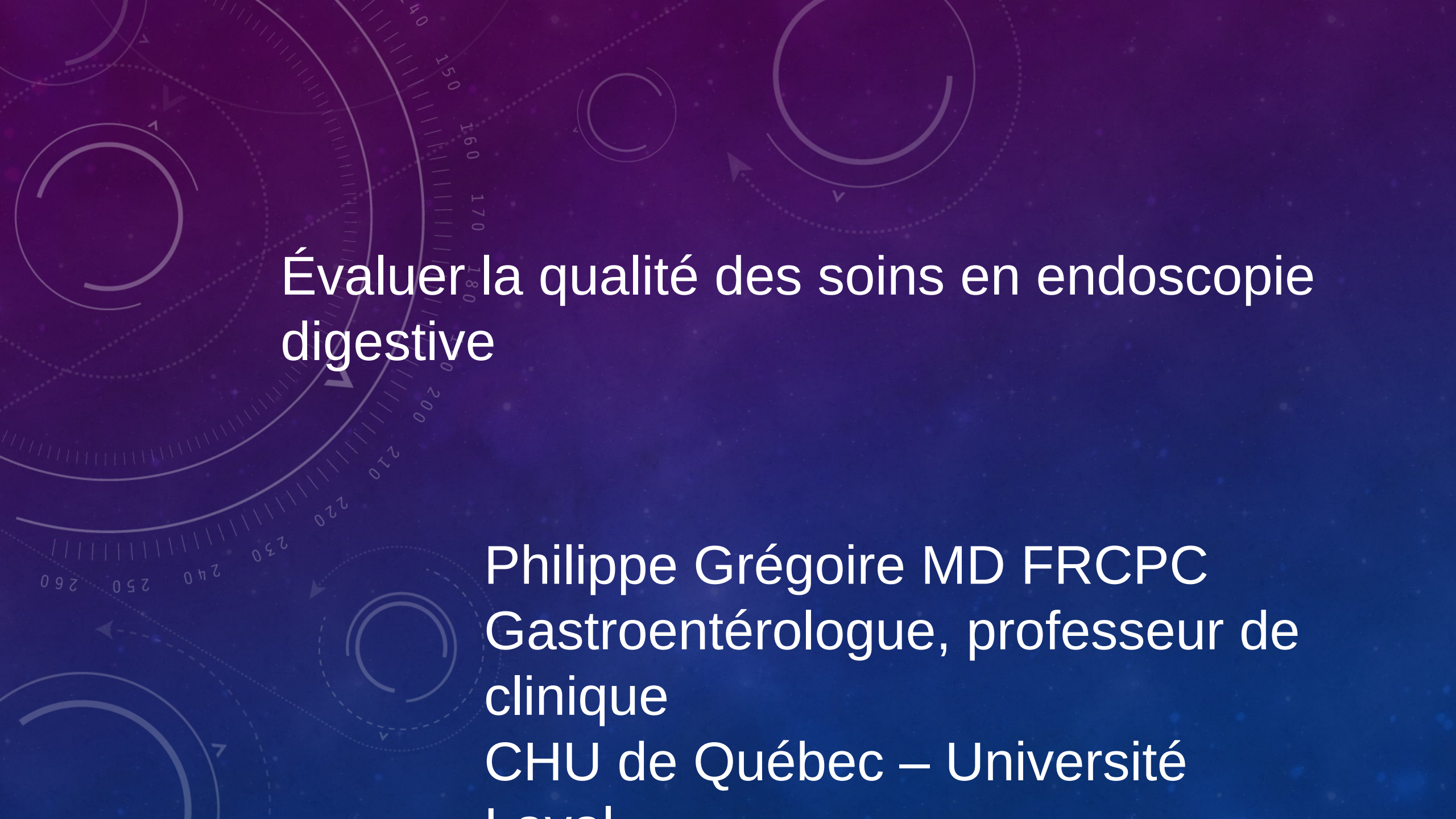




Évaluer la qualité des soins en endoscopie digestive

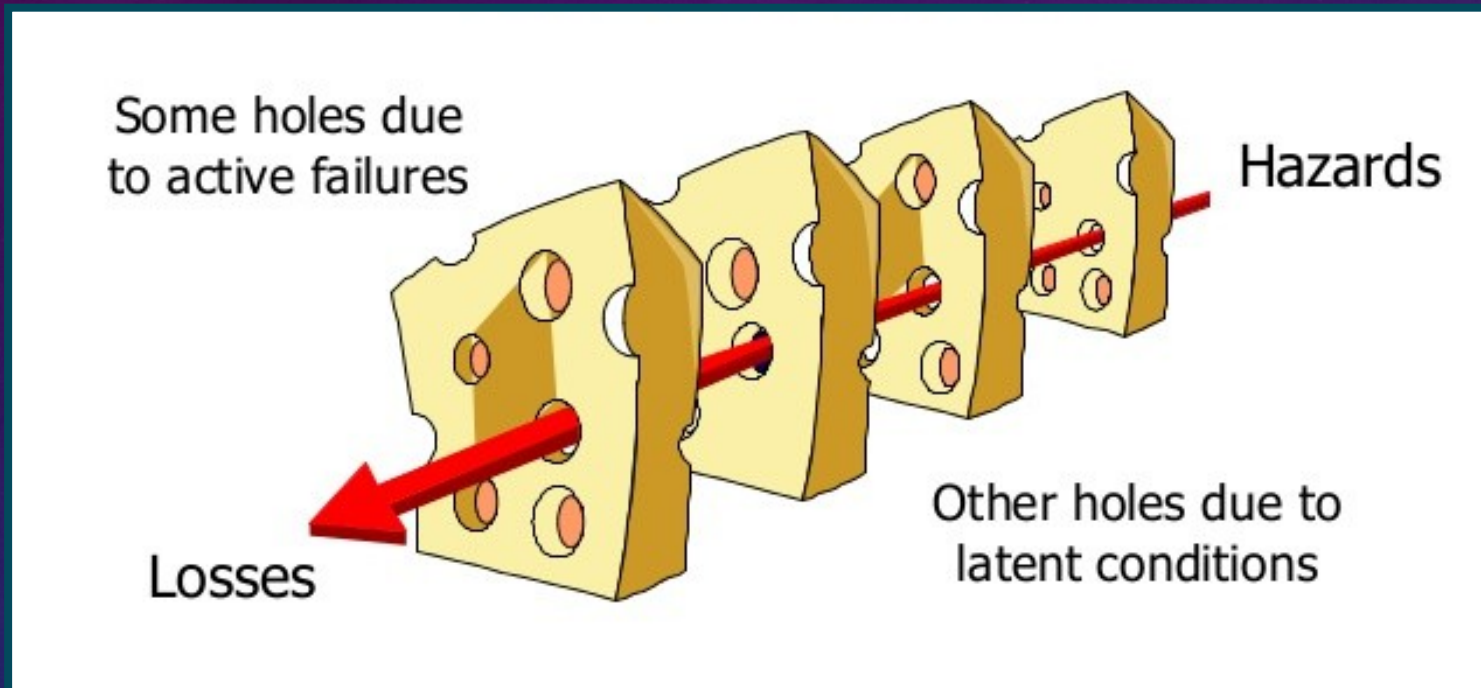
Philippe Grégoire MD FRCPC
Gastroentérologue, professeur de
clinique
CHU de Québec – Université
Laval

Plan de la présentation

- Quels sont les éléments à surveiller
 - Avant, pendant et après l'examen
 - Comment définir / évaluer la compétence en endoscopie?
- Quels sont les critères spécifiques pour OGD, Coloscopie
 - Discussion sur les différentes mesures
 - ADR
 - Comment évaluer ces indicateurs
 - Programme d'évaluation et de suivi
- Quels sont les impacts pour la population soignée?

Éléments à surveiller – Recommandations ASGE 2015

- Principes généraux
 - Faire le bon examen, au bon patient, au bon moment, pour la bonne raison et de la bonne façon
 - Documenter ses observations, interventions et recommandations
 - Dans une optique de sécurité des patients



Adapté de Reason

Avant la procédure

- Identification du patient et de la procédure prévue
- Histoire et examen physique approprié documenté
- Fréquence des procédures effectuées selon les indications reconnues
- Obtention et documentation du consentement
- Évaluation et documentation du risque d'événement indésirable
 - ASA score
- Utilisation ATB prophylaxie lorsque indiqué
- Gestion des antiPlq ou ATC avant la procédure documenté
- Réalisation de l'examen par un(e) endoscopiste certifié(e)

Pendant la procédure

- Photodocumentation des repères anatomiques et trouvailles significatives
 - Scores endoscopiques
- Monitoring du patient per procédure / sédation
 - Documentation des sédatifs, doses et voie d'administration, agents renversants
- Fréquence d'interruption des procédures
 - Raisons techniques, événement indésirable (en particulier si relié à la sédation)

Après la procédure

- Documentation du congé en fonction de critères pré-établis
- Documentation des instructions aux patients
 - Ex. réintroduction des Anti-Plq/ ATC
- Documentation du plan de traitement en fonction des trouvailles
 - Ex. Suivi post-polypectomie
 - En accord avec les données/ recommandations de la littérature
- Rapport procédural complet
- Communication des résultats au MD référant
- Fréquence et documentation des événements indésirables
 - Incluant les événements tardifs
- Obtention des données de satisfaction des patients

Comment mesurer la compétence en endoscopie?

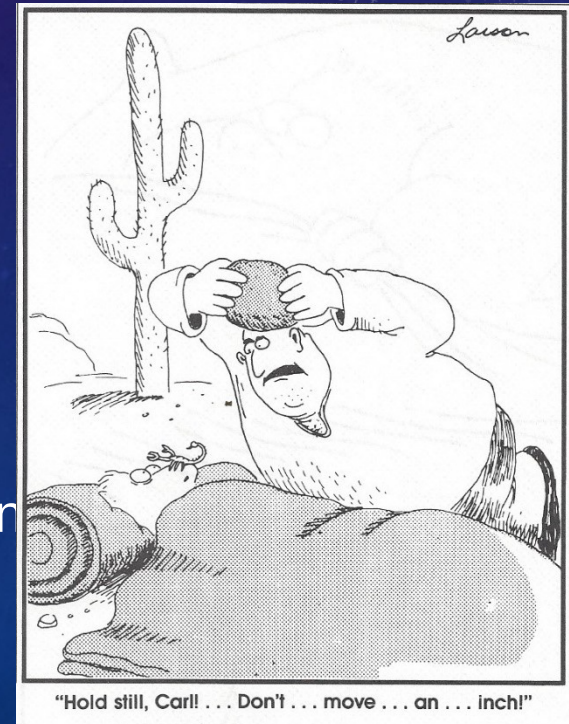
- Pas de certification spécifique comme endoscopiste
 - Examens faits par GE, Chx, internistes...
- Pendant longtemps le diplôme de médecine donnait le droit de facto
 - “le MD peut faire telle procédure s’il est compétent”
 - Plusieurs événements ont démontré l’insuffisance de cette norme
 - Lakeshore hospital- G Bourdon 2012; 684 coloscopies à reprendre, recours collectif 400 000\$
 - PQDCS 2010: 18000 relectures de mammographies
 - Aucune mesure d’évaluation de la compétence des radiologistes participant au programme

Compétence: définition

- Niveau minimal d'habileté, de connaissance et d'expertise acquis à travers la formation puis l'expérience requis pour effectuer une tâche de façon sécuritaire et *compétente, experte* (safely and proficiently)

Compétence

- 1- d'abord réaliser l'examen en soi, aspect technique
 - Avant, pendant et après la procédure
- 2- reconnaître et adresser adéquatement les trouvailles
 - Observations précises (accurate) et fiables
 - Connaissances, habileté technique
- 3- minimiser les risques pour le patient
 - Départager ce qui est possible de ce qui ne l'est pas
 - Reconnaître ses limites et ceux du patient avant qu'elle ne soient franchies

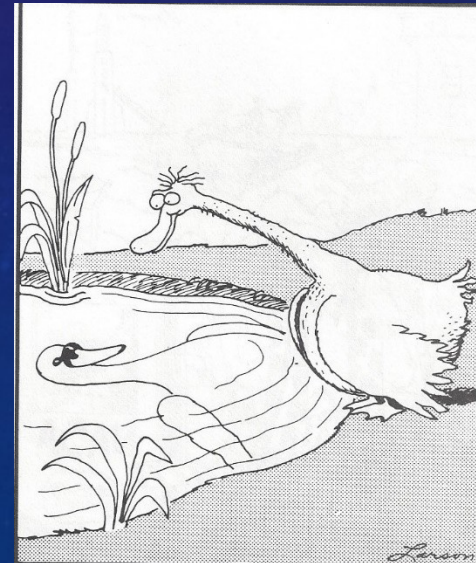


Formation en endoscopie

- < 2019: Nombre de procédures supervisées pendant la résidence
 - 140 coloscopies, 130 OGD ASGE
 - Pas d'observation directe par un évaluateur indépendant pour certification
- > 2019 en Gastroentérologie CRMCC: *Entrustable Professional Activities*
 - Processus de qualification pendant toute la résidence
 - Supervision et aide constante → Autonomie complète documentée
 - Critères spécifiques adaptés au niveau de progression

Et ensuite??

- Maintien de la compétence:
 - Connaissance de la littérature, maintien à jour des techniques, participation à des activités EMC dédiées
 - Maintien d'un volume de procédures
 - Documentation d'une évaluation des marqueurs de qualité
 - Nécessite donc un certain niveau d'autocritique



Contexte 2018: la qualité des soins au centre de la compétence

- Association canadienne de gastroentérologie: guidelines en sécurité des patients – 2012
- Canada – Global Rating Scale
 - Programme volontaire- qualité des soins et expérience patient
 - 153 sites au Canada; 4 au Québec (CUSM Royal Vic et MGH; ND du Lac; La Malbaie)
- Practice Audit in Gastroenterology
 - Audit de toutes les coloscopies sur 2 semaines; sondage auprès des patients sur le web
 - Complément au C-GRS

La qualité des soins: le contexte américain

- MIPS (Merit-based Incentive Payment System) implanté progressivement depuis 2017 → 2020
 - Quality Payment Program: Système de Bonus/ Malus en fonction de sa performance
 - Les MD sont tenus de compiler et rapporter leur MIPS-Score
 - Qualité; Soins avancés; Activités d'amélioration de la pratique; Coût procédural
 - Défaut de participation / Score faible= -5% remboursement par Medicare à partir de 2020

Critères spécifiques pour les examens

- OGD: avant l'examen
 - Utilisation ATB prophylaxie en HDH chez patient cirrhotique
 - Utilisation ATB prophylaxie pour PEG
 - Utilisation agent vasoactif (OCT) en HDH pour patient cirrhotique

Critères spécifiques pour les examens

- OGD: pendant l'examen
 - Documentation d'un examen complet (Oesophage, Estomac incluant rétroflexion et duodénum)
 - Biopsies des ulcères gastriques pour r/o néoplasie
 - Documentation des mesures Oesophage de Barrett (Jct GO, rebord proximal, indentations: mesure CxMy) et biopsies en nombre suffisant
 - Documentation en HDH de la localisation, du type de stigmate et du traitement appliqué sur ulcère;
 - succès de l'intervention
 - En RVO, documentation du nombre de ligature appliquées
 - Nombre adéquat de Bx duodénales pour r/o Mal Coeliaque

Critères spécifiques pour les examens

- OGD: après l'examen
 - Prescription appropriée post-procédure (IPP, H pylori, suivi...)
 - Taux de re-saignement après Tx endoscopique en HDH
 - Fréquence à laquelle des patients sont contactés après la procédure pour évaluer les événements indésirables

Critères spécifiques pour les examens

- Coloscopie: avant l'examen
 - Intervalles pour examens de suivi en accord avec les recommandations (post polypect, ATCD pers / fam CCR, MII)
 - Documentation de la qualité de la préparation
 - Taux de préparation optimale permettant examen complet

Critères spécifiques pour les examens

- Coloscopie: Pendant l'examen
 - Intubation coecale et photodocumentation
 - >90% toute indication; >95% en dépistage
 - Adenoma detection Rate* dans population Asx – Dépistage
 - H> 30%; F>20%
 - Temps de retrait > 6 minutes excluant temps technique
 - Kumar S et al. GI Endosc 2016 Dec5 epub: Étude prospective retrait 3 Vs 6 minutes, 200 coloscopies
 - ADR idem ds 2 groups 39% Vs 41%
 - MAIS Adenoma Miss Rate 48% Vs 23% ET n adénome détectés pas colo 0,55 Vs 0,80
 - Biopsies coliques multiétiquées en diarrhée chronique / dépistage MII

Critères spécifiques pour les examens

- Coloscopie: Après l'examen
 - Fréquence des références chirurgicale pour polypes > 2cm (<2%)
 - Incidence des complications
 - Perforation:
 - < 1:500 toute indication; < 1:1000 en dépistage (Guidelines ASGE)
 - Actuellement, on considère davantage que le taux acceptable est de 1-8: 10 000
 - Saignement post-polypectomie < 1%
 - Taux de traitement endoscopique non-chirurgical
 - Recommandations de suivi en accord avec les guidelines publiés

Adenoma Detection Rate

- C'est l'étalon-or qui permet d'évaluer l'efficacité d'un programme de dépistage
- La séquence Adénome → CRC est bien établie depuis NPS de 1991
 - Enlève des polypes adénomateux, évite des cancers

ADR: définition et mesure

- 2006: proportion de patients avec ≥ 1 adénome à leur première coloscopie de dépistage (H > 25%; F > 15%)
 - Pts en surveillance, ADR $\uparrow$ 7-10%; pts en investigation (Sx) ADR $\downarrow$
 - Taux consolidé correspond à ADR en dépistage pur
- 2015 ACG-ASGE Quality Task Force: H 30% F 20%

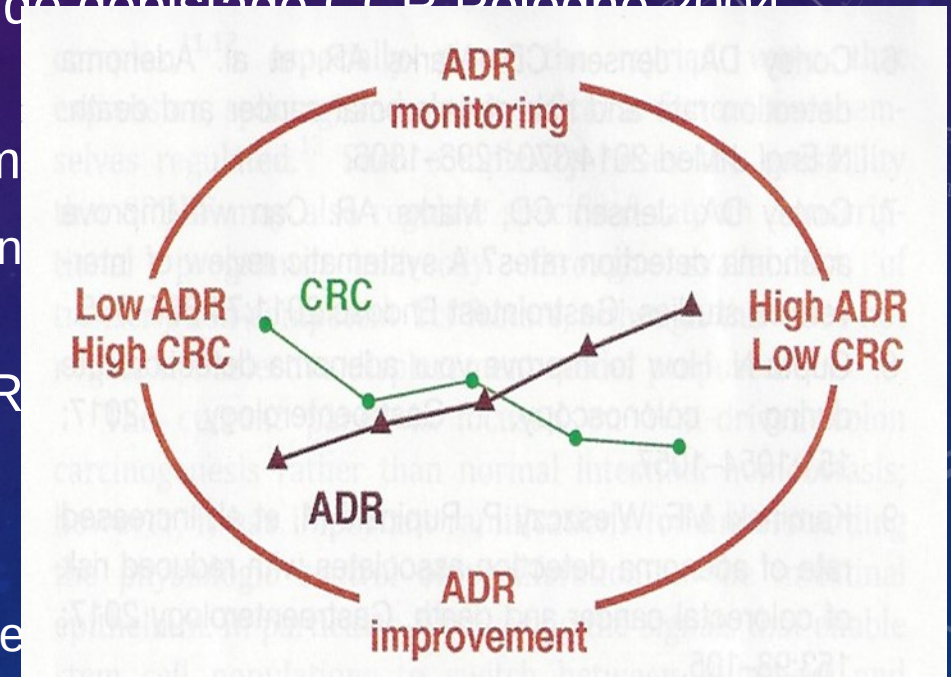
ADR et effet sur la population dépistée

- Améliore ADR → diminue de taux de CRC dans la population dépistée
 - S'applique à un individu comme à un programme de dépistage
- Revue de 314872 coloscopies par 136 GE
 - ADR varie de 7,4% à 52,5%. Évaluation du risque de cancer d'intervalle*
 - * CCR diagnostiqué 6 mois à 10 ans-post coloscopie
 - En fonction du Quintile ADR du GE, le risque passe de
 - 9,8 → 8,6 → 8,0 → 7,0 → 4,8 cas / 10 000 pers-années de suivi
 - HR pour cancer d'intervalle Meilleur ADR Vs Pire ADR: 0,52
 - Pour +1% amélioration ADR, diminution du CCR d'intervalle -3%

NEJM 2014 370:1298-1306:

Monitoring ADR, amélioration de la performance et conséquences sur la santé

- Étude de cohorte prospective- programme national de dépistage CCR Belgique 2004-2008
- 294 endoscopistes; 146 860 coloscopies: programme national de dépistage CCR
 - ADR définis en quintiles; amélioration ADR pour un intervalle de 10 points (sommet)
- Chaque amélioration engendre $\downarrow$ HR 0,63 pour CCR par CCR
- 74,5% des endoscopistes ont amélioré leur ADR
 - Si on compare le groupe qui s'est amélioré Vs groupe qui n'a pas amélioré
 - HR pour CCR d'intervalle 0,27; HR pour décès par CCR 0,18



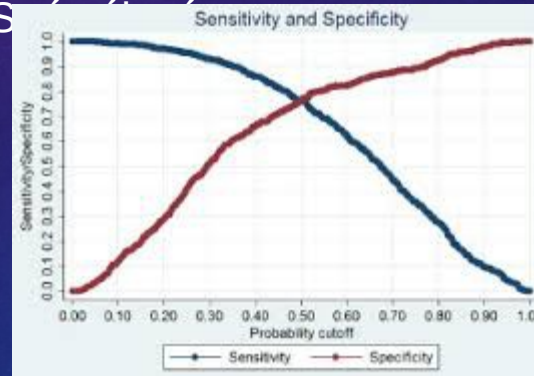
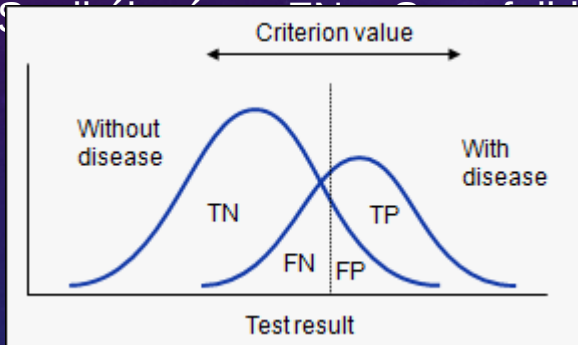
Kaminski MF et al. GE2017;153-1:98-105

ADR dans le contexte du FIT

- FIT: test de présélection au dépistage par coloscopie
 - On tente d'exclure les patients qui auront une coloscopie normale
 - Meilleure utilisation des ressources
- Taux combiné de 25% dépistage correspond à 45% ds population FIT
 - CubiellaJ et al. UEGJ 2016

Utilisation du FIT

- 2 écueils à l'application des données de la littérature:
- 1- Seuil de positivité FIT: 175 ng/mL au Québec
 - Seuil bas = $\uparrow$ FP = Sens élevée, Spéc faible



- 2- Utilisation du FIT par MD de première ligne

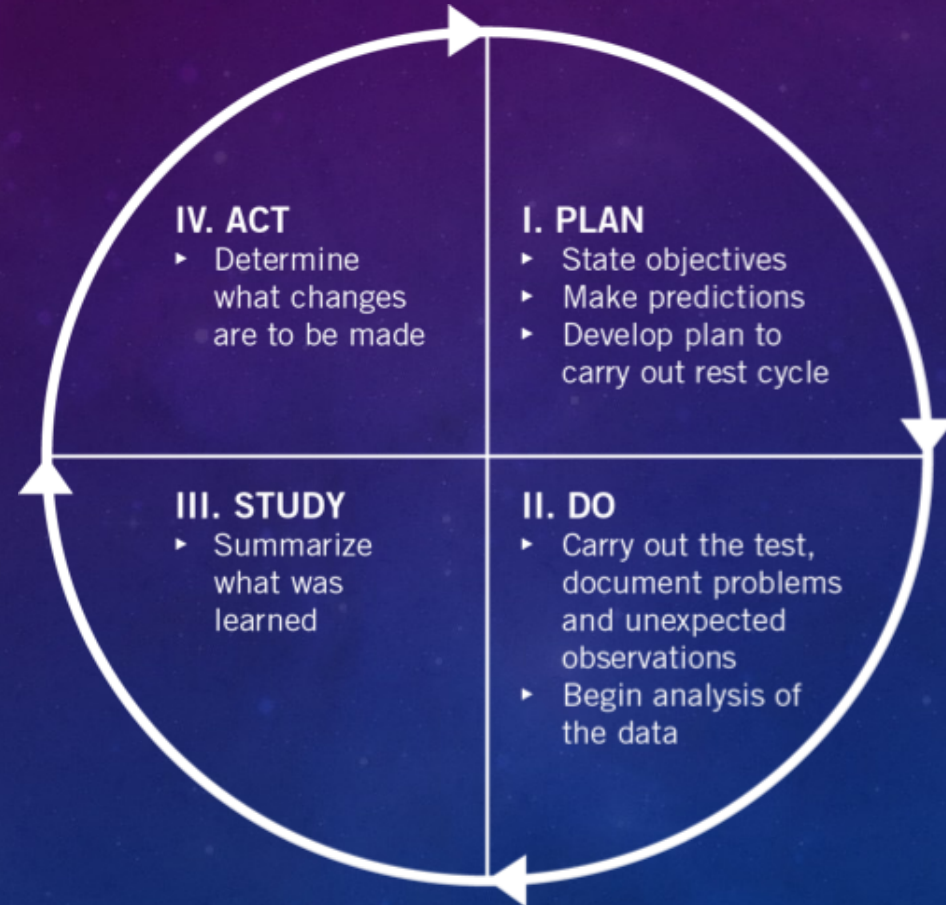
Utilisation et performance du FIT dans le monde réel: l'expérience de Québec 2014

- Révision de tous les FIT + qui ont eu une coloscopie en 2014: CHU de Qc M Caron, G Lamarre, P Grégoire, D Simonyan, N Laflamme *Preventive Medicine Reports Vol 12 Dec 2018 6-11*
- 559 coloscopies révisées
- 6,8% CRC;
- 46,9% Adénome avancé:
 - Adénome > 10mm, Composante villeuse >20%, Adénome festonné plat, cancer in situ ou HGD
- 51,7% Lésion colique significative
 - CRC/ AA/ ≥ 3 adénomes
- MAIS 49,9% des FIT mal utilisés!
 - 62% rectorragie; 13% colo récente normale, 10% diarrhée

Comment mesurer ces indices de qualité des soins?

- Essentiellement, par révision de dossiers par critères objectifs
 - Comité ÉAM de chaque service relève du CMDP
 - Chaque service est tenu de faire 2 activités ÉAM par année
- Contexte clinique précis, question claire = interprétation valide des données
 - Définir la question à évaluer
 - Déterminer les critères à mesurer
 - Établir la période ou le nombre de dossiers à évaluer
 - Compiler et analyser
 - Partager les trouvailles

Modèle de planification



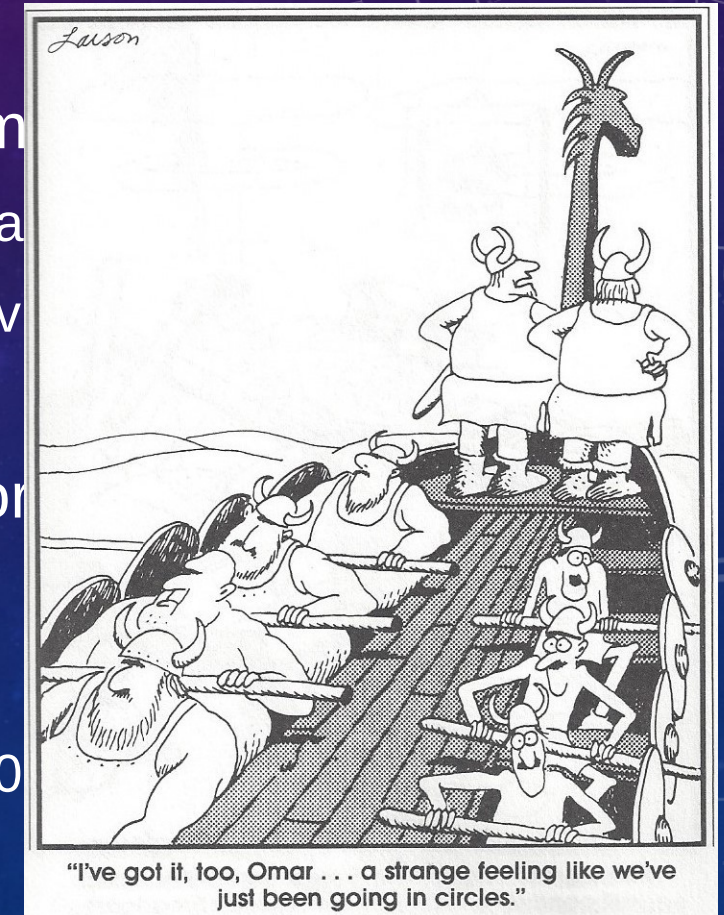
Évaluation des perforations post-coloscopies

Service de Gastroent. CHU de Québec 2016

- Révision de toutes les hospitalisations 2016 avec Dx principal ou secondaire, complication « Perforation colique ou intestinales, péritonite, pneumopéritoine »
- De ce nombre, extrirpons tous les cas qui ont eu une coloscopie pendant l'hospitalisation ou 14 jours avant l'admission
 - N = 18 dossiers révisés
 - 3 perforations certaines; 1 probable
 - 2 perforations post coloscopie par chirurgien
 - 13 cas sans relation entre la coloscopie et l'événement de soins à l'étude
 - 4 cas de perforations sur 22708 coloscopies longues faites en gastroentérologie dans le CHU 2016 (compilation du service faite annuellement)
 - Taux 1: 5677 ou 1,8: 10000

Programme de surveillance de la qualité des soins

- Obtention de données longitudinales: répéter la même chose
 - Les indicateurs sont-ils le fruit du hasard? Y a-t-il une tendance?
 - Les ÉAM ne peuvent servir d'évaluation de la pratique individuelle
 - Rapports dénominalisés
- Le simple fait de mesurer la qualité des soins améliore la qualité
 - Les gens savent que c'est important pour le service
 - Et que c'est mesuré
 - Programme de surveillance ADR = amélioration ADR de 10% par intervention



Les grands oubliés de ces évaluations: les patients

- La satisfaction des soins reçus doit faire partie de notre évaluation
- Sondages périodiques avec questionnaires validés
- Implique temps et \$\$
 - Quelqu'un en a de trop??
 - Ultimement, c'est la responsabilité de qui?
 - Services endoscopique? Direction des cliniques externes?

Ce que les patients trouvent le plus important

1. L'habileté technique du MD
2. Confort- tolérabilité de l'examen
3. Interactions sociales (personal manners) des infirmières/ infirmiers
4. Explications appropriées avant- après l'examen; communications avec le MD
5. Environnement physique
6. Délais d'attente

YacavoneRF GIEndosc2001; YamaH DigDis2008; KoHH GIEndosc2009

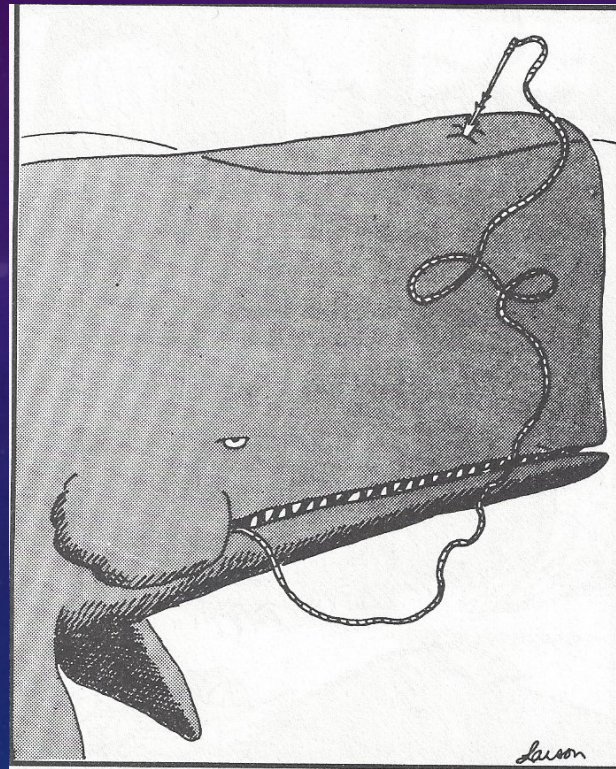
Ce qui influence le plus la satisfaction globale des patients

1. Interactions sociales avec Médecin OR 3,0
2. Interactions sociales avec le Personnel Soignant OR 2,8
3. Perception du patient de l'habilité technique du MD OR 2,65
4. Perception du patient d'un contrôle adéquat de la douleur pendant l'examen OR 0,8
5. Douleur ressentie pendant l'examen OR 0,6

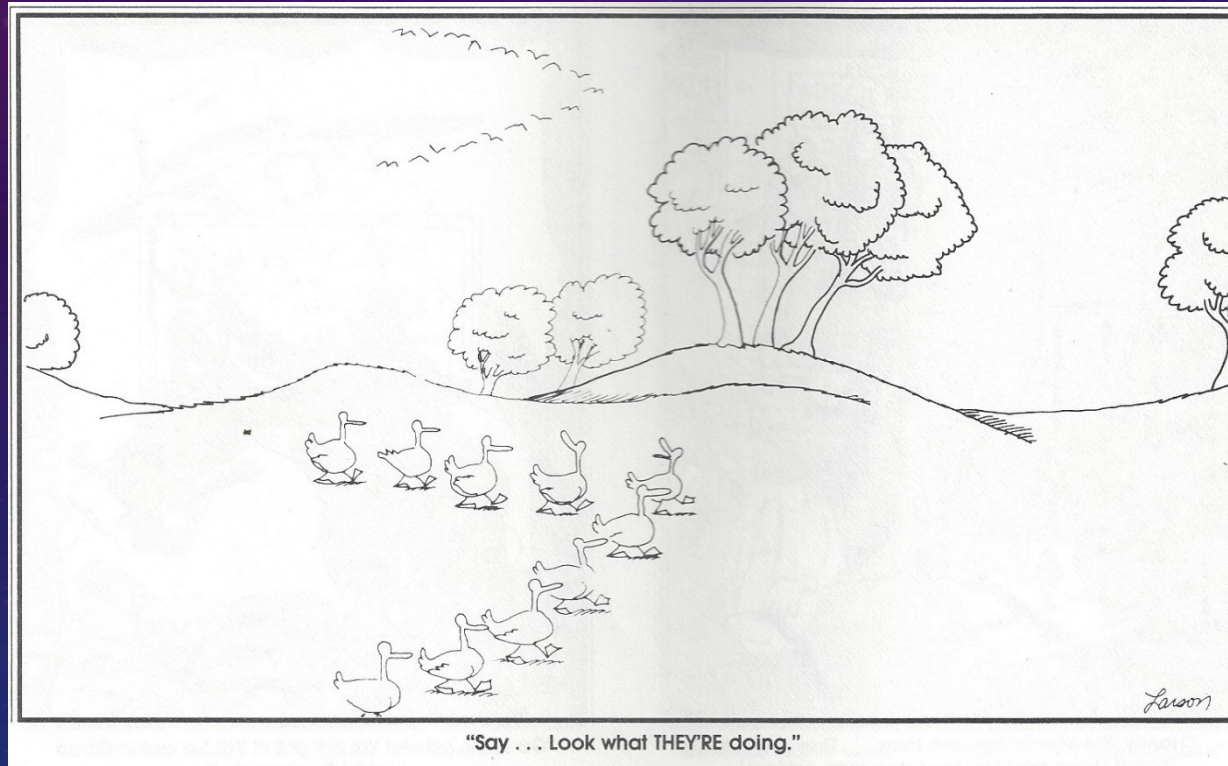
Messages Clés

- C'est uniquement en mesurant des marqueurs de qualité qu'on peut s'assurer de services de qualité
 - Plusieurs marqueurs sont simples à mesurer
- Le simple fait de mesurer améliore la qualité
- Toute amélioration a un impact direct sur les soins prodigués à la population qui nous est adressée

Gardez quand même les objectifs simples



On peut toujours s'améliorer



Questions- Commentaires

