

Récupération améliorée après la chirurgie (RAAC)

Vice présidence – Opérations et transformation

Présenté au : Comité de direction Santé Québec

Présentation faite par : Robin Marie Coleman
Alexis Guilbert-Couture

Date : 18 juin 2025

Plan de présentation

- Partager l'état de situation en lien avec le déploiement du programme ERAS
- Convenir des prochaines étapes afin de capitaliser sur ce levier :
 - Pour implanter les meilleures pratiques
 - Pour soutenir l'atteinte des objectifs de chirurgie (plan stratégique)
 - Pour réduire les coûts (et même générer des économies pour contribuer à l'atteinte de l'équilibre budgétaire)

La collecte de données : un incontournable



La collecte de données des **indicateurs** de processus et de résultats permet de:

- **Analyser** les données pré-lancement du programme RAAC (Échantillon)
- **Évaluer** la compliance aux principes RAAC
 - **Prioriser les indicateurs à améliorer**
- **Partager** des résultats avec les équipes impliquées
- **Monitorer** l'avancement de l'implantation des trajectoires RAAC
 - **Indicateurs de résultats et cibles**



Trajectoires :

Prothèse totale genou (PTG)

Prothèse totale de la hanche (PTH)

- Indicateurs de résultats
 - Évolution du % des chirurgies d'un jour (CDJ) réalisées
 - Évolution du % des CDJ en attente
 - Évolution de la DMS
 - Taux de retour à l'urgence et réadmission
 - Évolution des taux de complications
 - Les complications les plus fréquentes



Trajectoires:

Prothèse totale genou (PTG)

Prothèse totale de la hanche (PTH)

-
- Indicateurs de processus
 - Évolution des taux de compliance aux indicateurs de processus (pré-per-post)
 - La performance par établissement et les économies d'échelle



Trajectoires : PTG et PTH

23 établissements et 51 installations

- ✓ Taux de chirurgie d'un jour 60%
- ✓ Durée moyenne de séjour (DMS) 2 jours
- ✓ Aucune augmentation des réadmissions dans les 30 jours après la chirurgie
- ✓ Aucune augmentation des retours à l'urgence dans les 30 jours après la chirurgie
- ✓ Diminution des taux de complications
- ✓ Intégration de tous les patients dans le cheminement RAAC

Évolution du % CDJ réalisées



2025-2026

Chirurgie d'un jour

1 283

Total réalisées

2 681

Pourcentage CDJ

48 %

2024-2025

Chirurgie d'un jour

11K

Total réalisées

26 922

Pourcentage CDJ

41 %

2526-P01

Genou

47 %

2526-P01

Hanche

49 %

Les données de l'année financière en cours évoluent de période en période

Les données de l'année financière précédente représente l'ensemble des données de cette année

Variation CDJ Genou

852

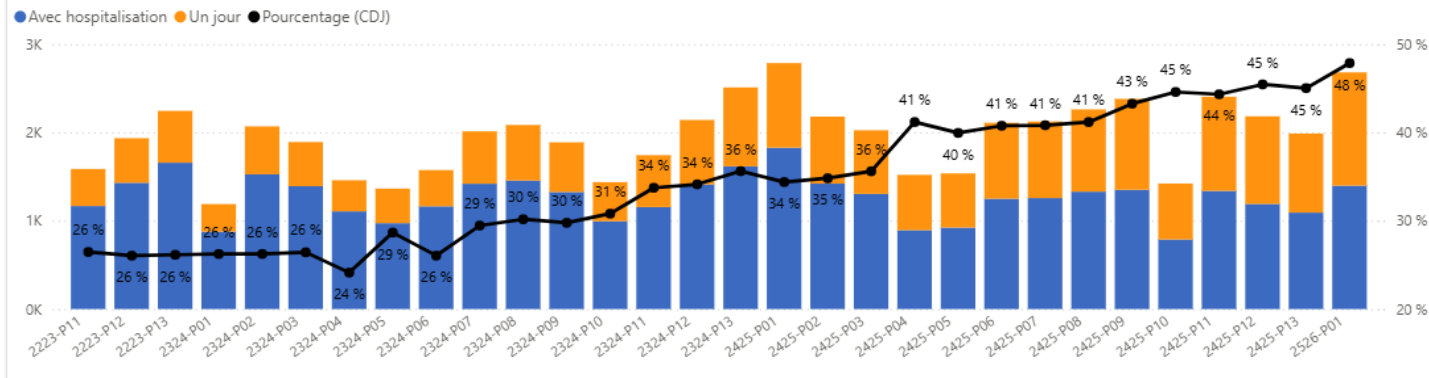
P(-3): 643 (+209)

Variation CDJ hanche

431

P(-3): 423 (+8)

Évolution du nombre de chirurgies d'un jour effectué par période



Évolution du % CDJ en attente



2526-P01

Chirurgie d'un jour

9 619

Total attente

18 865

Pourcentage CDJ

51 %

Les données représentent la période financière en cours

2425-P01

Chirurgie d'un jour

7 728

Total attente

20 608

Pourcentage CDJ

38 %

Les données représentent la période en cours de l'année financière précédente

2526-P01

Genou

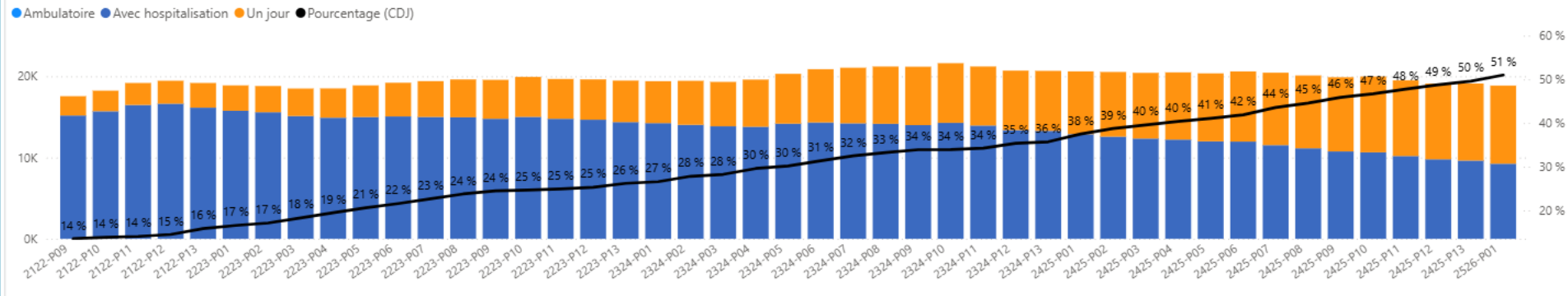
49 %

2526-P01

Hanche

55 %

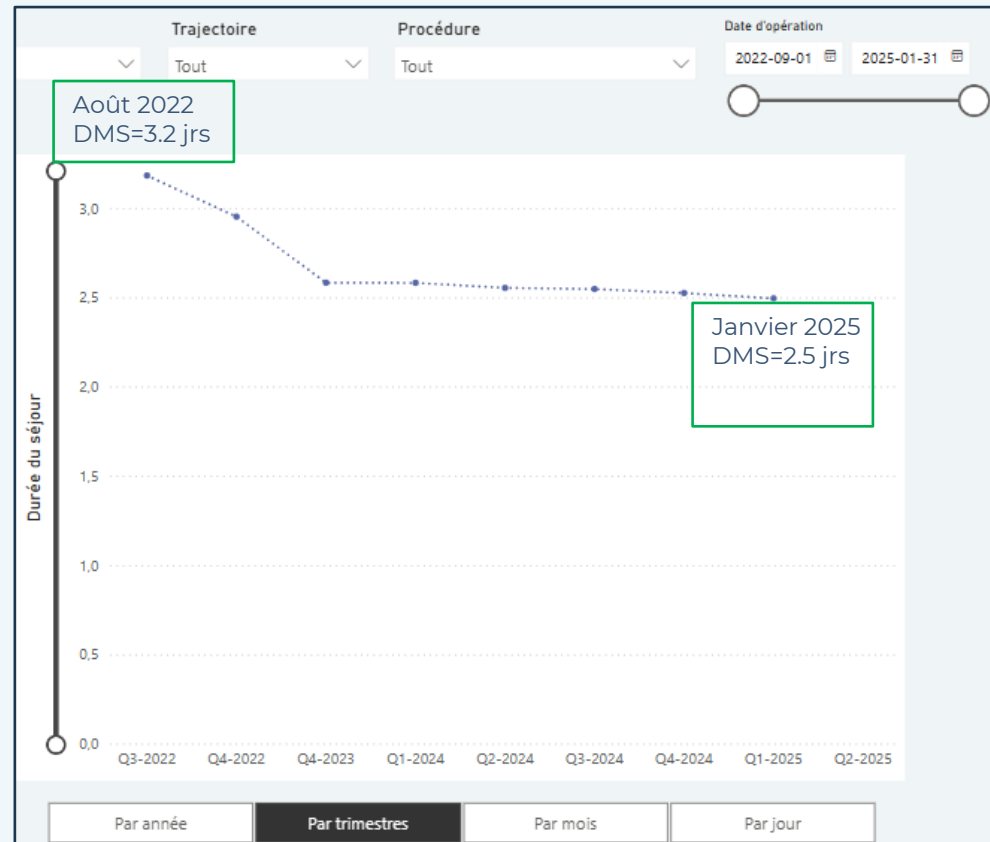
Évolution du nombre de patients en attente par type de soins



Évolution de la DMS



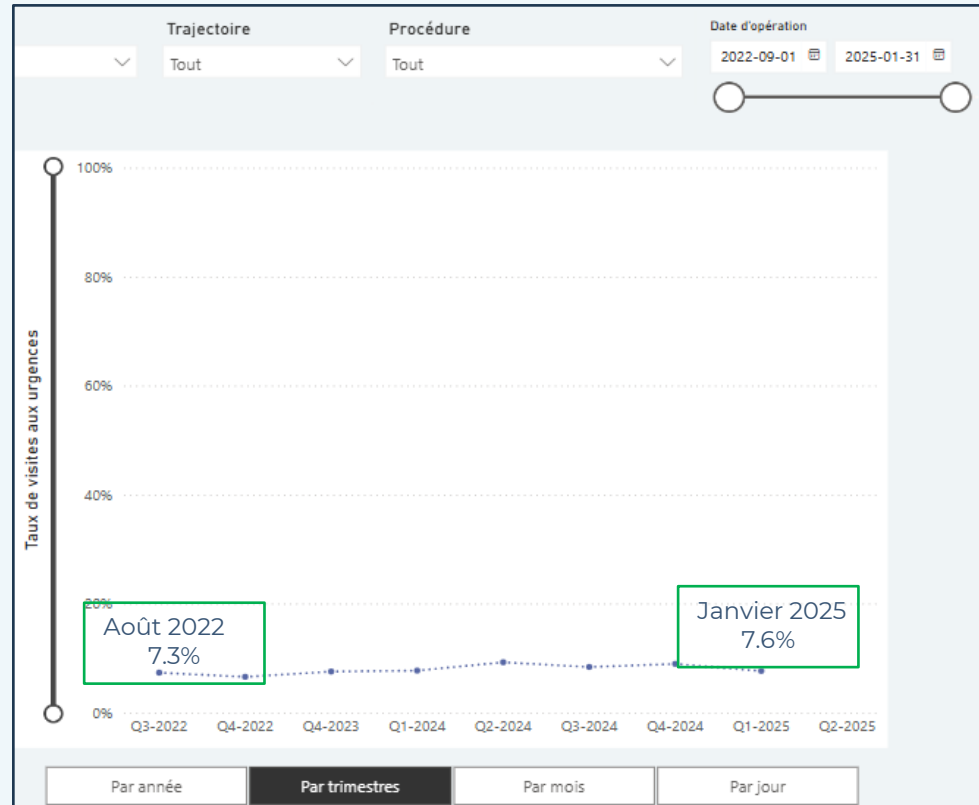
Sept-Oct-Nov 2022
N=4421
Août 2023-Janv 2025
N=20,783



Taux (%) de visites aux urgences



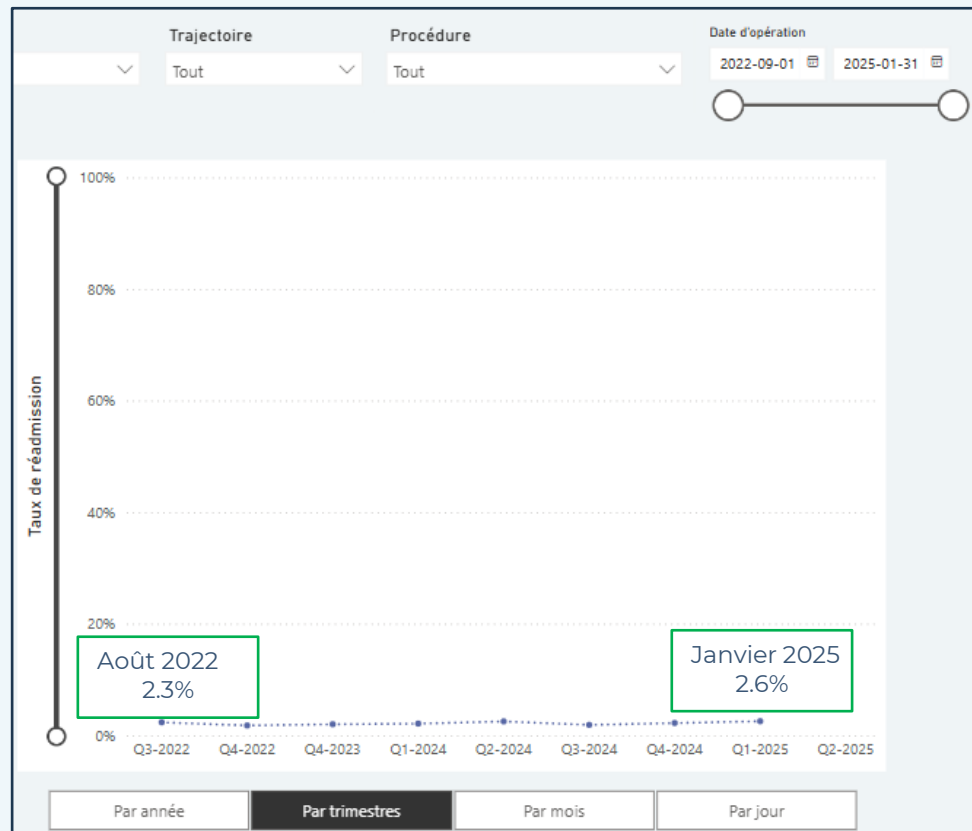
Sept-Oct-Nov 2022
N=4421
Août 2023-Janv 2025
N=20,783





Taux (%) de réadmissions

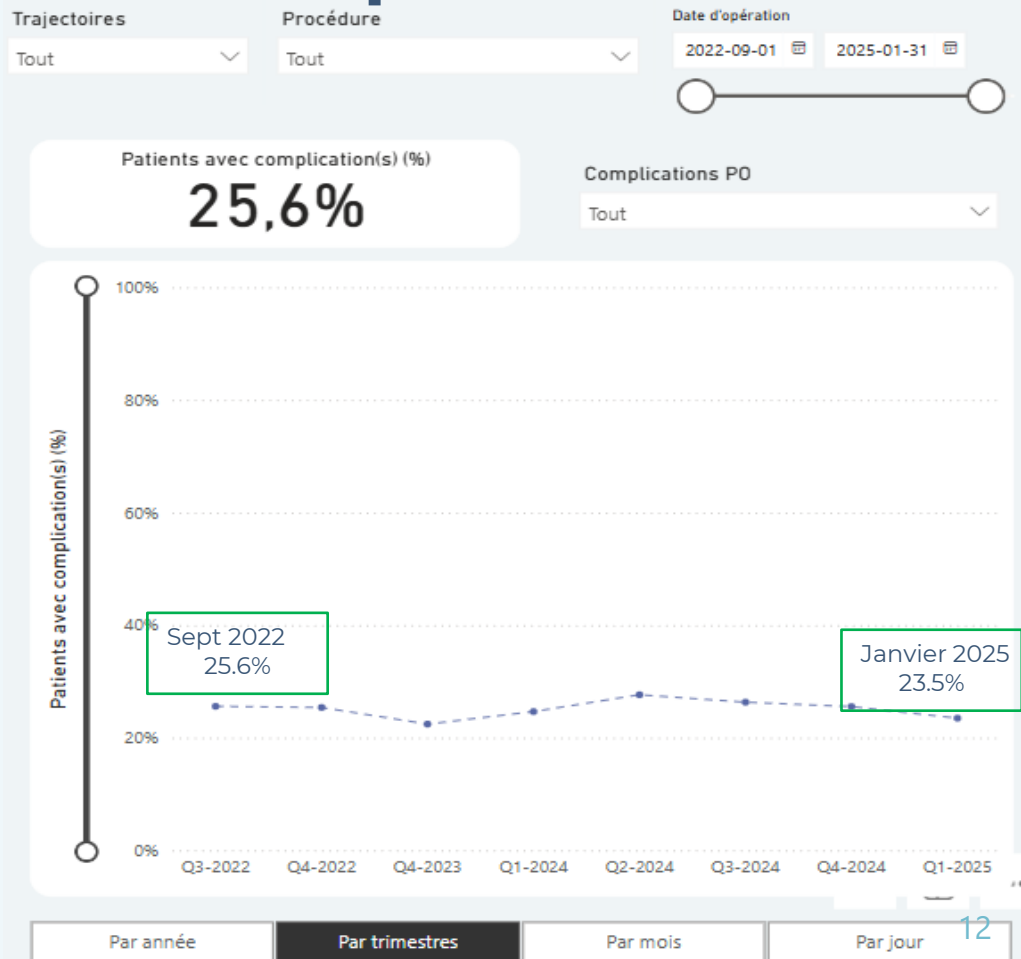
Sept-Oct-Nov 2022
N=4421
Août 2023-Janv 2025
N=20,783





Taux (%) de complications

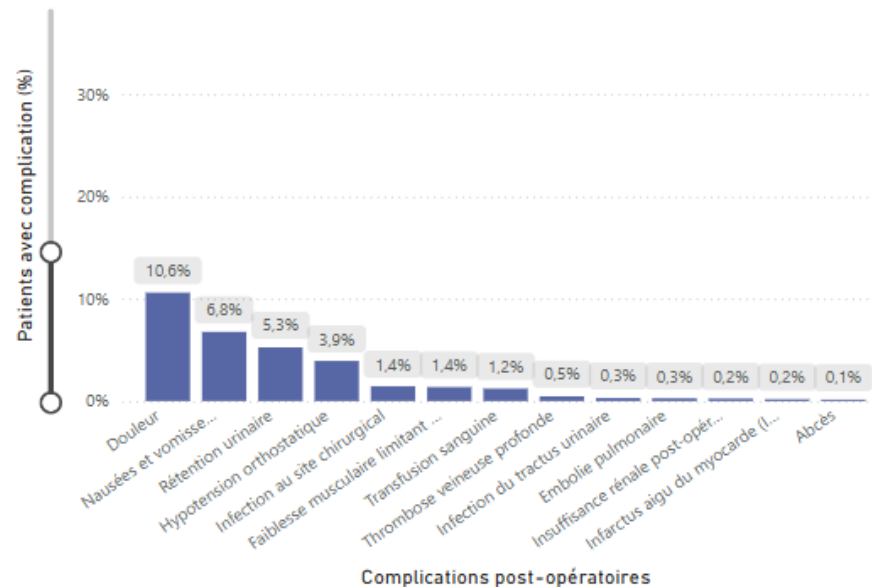
Sept-Oct-Nov 2022
N=4421
Août 2023-Janv 2025
N=20,783





Taux (%) de complications les plus fréquentes

Août 2023-Janv 2025
N=20,783

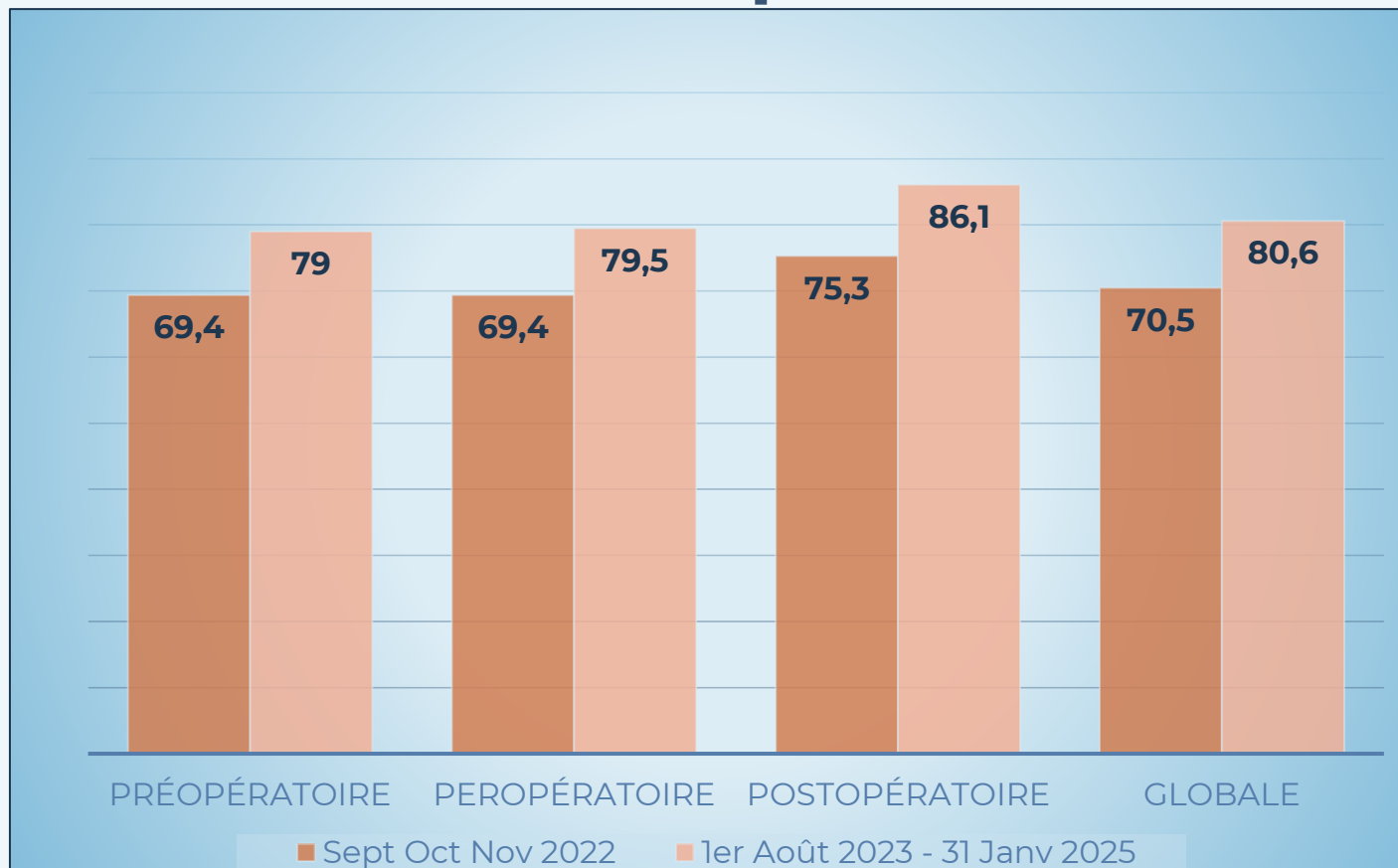




Taux (%) de compliance

Indicateurs de processus

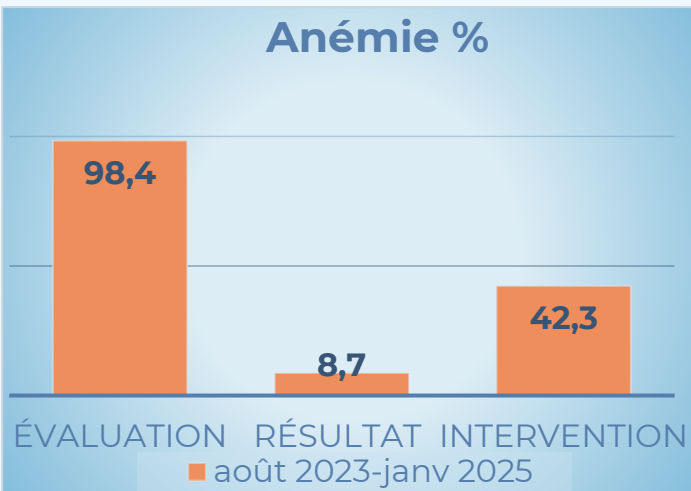
Sept-Oct-Nov 2022
N=4421
Août 2023-Janv 2025
N=20,783



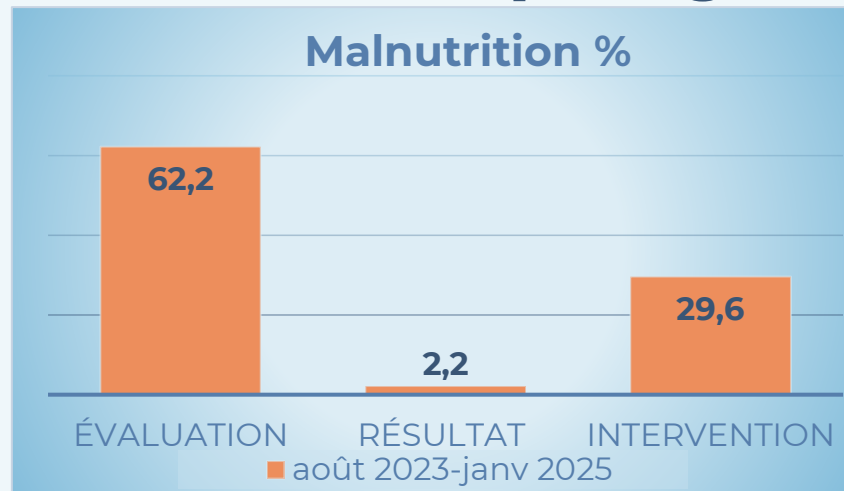
Faibles interventions liées aux dépistages



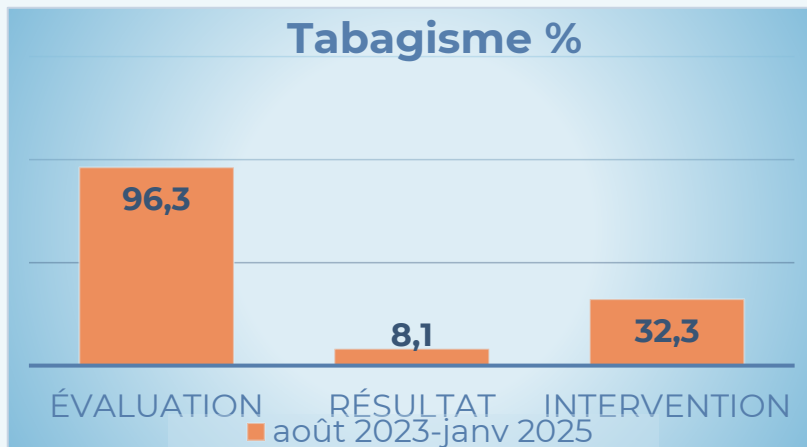
Anémie %



Malnutrition %



Tabagisme %



Août 2023-Janv 2025
N=20,783

Risque de complications en lien avec l'anémie

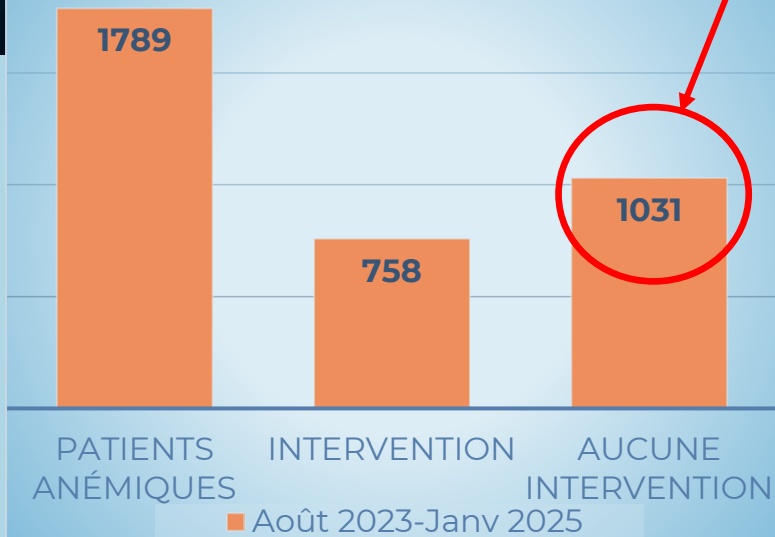
Août 2023-Janv 2025
N=20,783



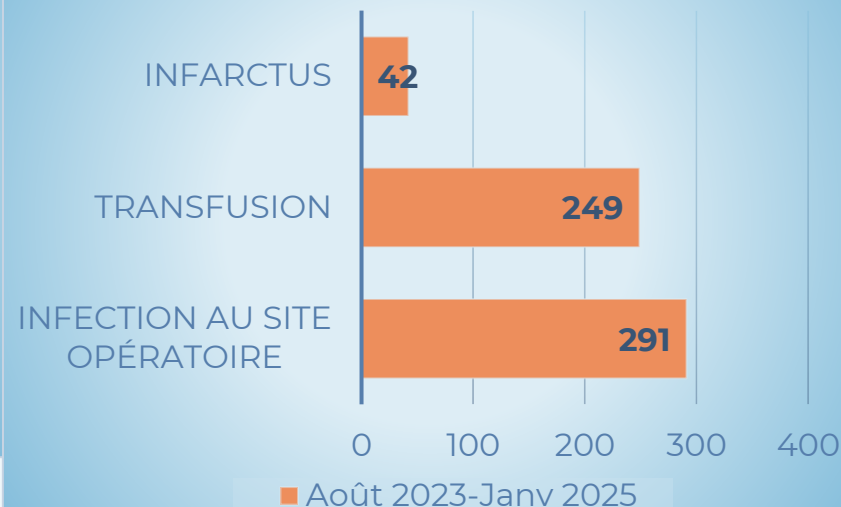
Patients à risque
de complications



Anémie



Complications





Classement des 20 installations avec le plus haut taux de CDJ 2024-2025

Installation	Pourcentage (CDJ)	Réalisé (CDJ)
05-CENTRE MULTISERVICE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MEMPHRÉMAGOG	100,00 %	73
09-CLSC ET HÔPITAL LE ROYER	89,30 %	292
09-HÔPITAL ET CLSC DE SEPT-ÎLES	79,71 %	110
16-HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	73,51 %	766
12-HÔPITAL DE MONTMAGNY	68,60 %	496
06-HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL	66,58 %	245
16-HÔPITAL ANNA-LABERGE	65,86 %	488
15-HÔPITAL DE SAINT-JÉRÔME	64,80 %	985
16-HÔPITAL CHARLES-LE MOYNE	61,76 %	386
15-HÔPITAL DE MONT-LAURIER	53,99 %	88
06-CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	53,07 %	147
06-HÔPITAL FLEURY	52,75 %	144
05-CHUS - HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE	51,88 %	331
13-HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ	51,47 %	456
12-HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	48,45 %	203
03-HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE	46,46 %	210
16-HÔPITAL DU SUROÎT	46,06 %	333
15-HÔPITAL DE SAINT-EUSTACHE	45,64 %	481
14-HÔPITAL DE LANAUDIÈRE ET CENTRE D'HÉBERGEMENT PARPHILIA-FERLAND	43,42 %	310
07-HÔPITAL DE HULL	42,93 %	319



Classement des 20 installations avec le plus bas taux de CDJ 2024-2025

Installation	Pourcentage (CDJ)	Réalisé (CDJ)
01-CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DU GRAND-PORTAGE	0,99 %	4
11-HÔPITAL ET GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE UNIVERSITAIRE DE MARIA	1,32 %	2
04-HÔTEL-DIEU D'ARTHABASKA	3,69 %	10
06-HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL	11,36 %	5
08-HÔPITAL D'AMOS	11,98 %	75
05-CHUS - HÔPITAL FLEURIMONT	16,67 %	1
04-PAVILLON SAINTE-MARIE	17,61 %	127
02-HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT DE ROBERVAL	18,00 %	63
01-HÔPITAL RÉGIONAL DE RIMOUSKI	20,97 %	65
06-HÔPITAL SANTA CABRINI	23,84 %	72
05-HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS	25,77 %	101
03-L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC	26,19 %	44
16-HÔTEL-DIEU DE SOREL	26,84 %	102
06-HÔPITAL DE VERDUN	27,99 %	178
06-CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	28,15 %	284
16-HÔPITAL PIERRE-BOUCHER	30,17 %	226
06-HÔPITAL JEAN-TALON	30,25 %	183
14-HÔPITAL PIERRE-LE GARDEUR	31,27 %	197
06-HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF	32,17 %	157
12-HÔPITAL DE SAINT-GEORGES	32,69 %	135

Coût évités estimés du programme RAAC

Santé Québec

Établissements	PTG/PTH				
	Coûts évités	22-23 %CDJ	Delta % CDJ	22-23 DMS	Delta DMS
01-CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT	670 000 \$	3%	↑ 5%	2,30	↓ 0,68
02-CIUSSS DU SAGUENAY - LAC-SAINT-JEAN	800 000 \$	15%	↑ 19%	2,19	↓ 0,34
03-CHU DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL	610 000 \$	23%	↑ 16%	3,04	↑ 0,08
04-CIUSSS DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC	980 000 \$	1%	↑ 11%	2,44	↓ 0,32
05-CIUSSS DE L'ESTRIE	925 000 \$	15%	↑ 28%	2,87	↑ 0,06
06-CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	510 000 \$	25%	↑ 28%	4,43	↓ 1,34
06-CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL	240 000 \$	60%	↑ 6%	5,61	↓ 0,76
06-CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	645 000 \$	39%	↓ 4%	5,29	↓ 1,34
06-CIUSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	860 000 \$	23%	↑ 7%	3,00	↓ 0,47
06-CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	- 15 000 \$	1%	↑ 31%	2,77	↑ 0,85
06-CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	-250 000 \$	15%	↑ 17%	3,12	↑ 0,75
06-CIUSSS DU NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	420 000 \$	28%	↑ 8%	3,82	↓ 0,21
08-CISSS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	1 090 000 \$	1%	↑ 11%	3,52	↓ 1,31
09-CISSS DE LA CÔTE-NORD	185 000 \$	68%	↑ 18%	2,22	↓ 0,79
11-CISSS DE LA GASPÉSIE	465 000 \$	1%	↑ 0%	3,42	↓ 1,23
12-CISSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	610 000 \$	35%	↑ 15%	2,06	↓ 0,28
13-CISSS DE LAVAL	1 160 000 \$	0%	↑ 51%	3,10	↓ 0,09
14-CISSS DE LANAUDIÈRE	1 970 000 \$	5%	↑ 33%	3,03	↓ 0,86
15-CISSS DES LAURENTIDES	2 640 000 \$	37%	↑ 20%	3,21	↑ 0,88
16-CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE	390 000 \$	54%	↑ 15%	3,23	↓ 0,50
16-CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST	1 920 000 \$	14%	↑ 19%	3,95	↓ 0,65
16-CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST	2 815 000 \$	43%	13%	5,29	2,31

PTG & PTH Total coûts évités: 19 640 000 \$

% CdJ 2022= 26%

%CdJ 2025= ↑ 48%

DMS 2022 = 3.2 jrs

DMS 2025= ↓ 2.5 jrs

Les pistes de solutions

- Maintenir le programme RAAC et les postes clés (coordonnatrices et soutien) et même accélérer son déploiement;
- Renforcer la gouvernance par une structure intégrée et des communications efficaces entre les niveaux stratégique, tactique et opérationnel (arrimer le programme RAAC à vos plans stratégiques);
- Accroître la collaboration interdisciplinaire, notamment avec les chirurgiens et anesthésiologistes;
- Assurer le suivi de la collecte de données REDCap et bonifier l'adhésion aux indicateurs de processus dans toutes les phases périopératoires;
- Élaborer un plan d'action ciblé pour les indicateurs dont l'adhésion est inférieure à 50 %;
- Diffuser les résultats d'audits aux comités du bloc opératoire et aux équipes cliniques;
- Intervenir en préopératoire auprès des patients à risque (malnutrition, anémie, tabagisme) afin de réduire davantage les complications et les coûts associés aux complications;
- Suivre les indicateurs de résultats à l'aide d'un tableau de bord.