

RÉCUPÉRATION AMÉLIORÉE APRÈS LA CHIRURGIE : UNE NOUVELLE APPROCHE POUR OPTIMISER LES RÉSULTATS DE CHIRURGIE ET RÉDUIRE LES COÛTS

Auteurs.trices : Carla Williams^{1,2,*} inf., MGSS, CPPS; Claude Laflamme^{3,4,5,6} M.D., FRCPC.

Affiliations : ¹Responsable principale de programme, Excellence en santé Canada, Ottawa, ON, Canada.
²Gestionnaire de projet, Récupération optimisée Canada, Ottawa, ON, Canada.
³Président, comité de gouvernance de Récupération optimisée Canada, Ottawa, ON, Canada.
⁴Responsable clinique, anesthésie, qualité et sécurité des patients, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, ON, Canada.
⁵Corps enseignant, Excellence en santé Canada, Ottawa, ON, Canada.
⁶Professeur adjoint, anesthésie, Université de Toronto, département de l'anesthésiologie et des analgésiques, Toronto, ON, Canada
*Autrice pour la correspondance (carla.williams@hec-esc.ca).

Les auteurs.trices déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêts concernant la publication de cet article.

Tous les auteurs et toutes les autrices ont accordé à l'AIISOC des droits non exclusifs pour publier, traiter ou utiliser cet article, et toutes photos/images qu'il contient, au Canada et dans tous les pays du monde.

Manuscrit original soumis en anglais et traduit vers le français par Jocelyne Demers-Owoka, trad. a., Ideal Translation.

RÉSUMÉ

La récupération améliorée après la chirurgie se veut une approche fondée sur des données probantes pour les soins chirurgicaux visant à minimiser le stress causé par une chirurgie et à soutenir les patients pour qu'ils se rétablissent rapidement. Ses cheminements en soins périopératoires visent à promouvoir la mobilisation du patient, à réduire les complications après la chirurgie, à favoriser des séjours plus courts à l'hôpital, à minimiser les réadmissions à l'hôpital et à réduire les coûts. Le programme suit les patients à travers toutes les étapes du processus, de la visite préopératoire à celle après

l'intervention, et il a été démontré qu'il améliorerait les résultats pour la sécurité.

En 2017, Récupération optimisée Canada a été créé pour soutenir la mise en œuvre de pratiques exemplaires en matière de chirurgie pour tous les Canadiens. Des outils de cheminement chirurgical et des ressources pour les patients sont maintenant offerts pour appuyer les chirurgies les plus courantes qui ont lieu dans toutes les salles d'opération à travers le pays, incluant les chirurgies colorectales, gynécologiques et les chirurgies orthopédiques de remplacements de la hanche et du genou pour les patients hospitalisés et ceux en chirurgie d'un jour.

INTRODUCTION

La récupération améliorée après la chirurgie (RAAC) représente un changement de paradigme dans la façon dont les soins aux patients sont planifiés, dispensés et suivis. Elle se veut une approche d'équipe multidisciplinaire, axée sur tous les aspects du cheminement du patient, qui a donné du succès pour améliorer l'expérience des patients, réduire la durée des séjours, diminuer les taux de complications et les réadmissions à l'hôpital.¹ Ces gains cliniques sont obtenus en parallèle à la réduction des coûts des soins.²

La RAAC est une approche multimodale à la récupération qui a été mise au point

en 1995 par un chirurgien danois, le Dr Henrik Kehlet, pour les résections du côlon.³ Le premier symposium sur la RAAC s'est tenu en 2003, et en 2010, la *ERAS® Society*, basée à Stockholm, en Suède, a été officiellement enregistrée.⁴ La *ERAS Society* propose actuellement des cheminement pour un certain nombre de spécialités, notamment la chirurgie bariatrique, la reconstruction mammaire, les chirurgies colorectales, gynécologiques, de la tête et du cou, l'arthroplastie de la hanche et du genou, les chirurgies du foie, pancréatiques, thoraciques et urologiques. De nombreuses organisations ont également élaboré des cheminement qui ne font pas partie de cette liste.

L'approche de la RAAC analyse à nouveau les pratiques traditionnelles, les remplaçant au besoin par des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes. Ainsi, les pratiques exemplaires de la RAAC recommandent d'arrêter les aliments solides durant un maximum de huit heures et de permettre la prise de liquides clairs deux heures avant la chirurgie.⁵ Cette pratique remet en question les pratiques chirurgicales historiques nécessitant que rien n'entre par la bouche après minuit le jour de la chirurgie.⁵ Traditionnellement, les patients pourraient ressentir le besoin de rester au lit pour se rétablir d'une chirurgie. Les pratiques exemplaires font toutefois la promotion d'une mobilisation précoce, demandant aux patients de se lever et de bouger aussitôt que possible après la chirurgie.⁵

« Les protocoles de la RAAC se veulent des cheminement multimodaux de soins périopératoires conçus pour un rétablissement rapide après une intervention chirurgicale en maintenant le fonctionnement des organes avant l'opération et en réduisant la réaction à un grand stress à la suite d'une chirurgie. »^{6(p.342)} Les données probantes indiquent que la mise en œuvre des pratiques exemplaires de la RAAC réduit les réadmissions postopératoires et les visites aux services des urgences, la durée du séjour et les coûts.⁷

Environ 50 pour cent des événements indésirables sont attribués aux infections

du site opératoire ou sont liés à l'intervention, comme les saignements après une chirurgie.⁸ La RAAC peut avoir un impact significatif sur la sécurité chirurgicale. Bien que la RAAC ait à l'origine été conçue exclusivement pour les chirurgies colorectales, elle sert de modèle pour l'élaboration des normes dans d'autres domaines chirurgicaux.¹

RÉCUPÉRATION OPTIMISÉE CANADA

Récupération optimisée Canada (ROC) est un projet d'Excellence en santé Canada qui est appuyé par un conseil d'administration de membres bénévoles. Un certain nombre de groupes d'intérêt professionnels à l'échelle nationale (notamment l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada) soutiennent le travail de la ROC, comme le mentionne l'énoncé de position de 2018.⁹ L'engagement des patients est au cœur de la RAAC. Ces derniers ont été activement impliqués depuis les débuts de la ROC et ils continuent de contribuer en fonction de leur expérience chirurgicale spécifique. La ROC s'appuie sur les efforts de la *ERAS Society* et s'engage à diffuser et soutenir la mise en œuvre de ces pratiques exemplaires dans tout le pays.

Les cheminement sont basés sur six principes de base pouvant être appliqués par toutes les équipes chirurgicales :¹⁰

1. Engagement du patient et de sa famille;
2. Gestion de l'alimentation;
3. Gestion des fluides et de l'hydratation;
4. Mobilité et activité physique précoces;
5. Pratiques exemplaires en matière de chirurgie;
6. Gestion de la douleur avec moins de narcotiques (analgésie multimodale avec épargne d'opioïdes).

La ROC reconnaît que la chirurgie fait partie d'un continuum de soins apportés aux patients allant de la présentation

aux soins primaires, du diagnostic initial, du traitement chirurgical, des soins de réadaptation à l'évaluation continue. Il reconnaît également que l'équipe de soins inclut le patient, sa famille et différents professionnels de la santé qui ont des répercussions sur les expériences vécues par le patient et les résultats pour sa santé.

La ROC a regroupé les ressources de la RAAC pour les chirurgies colorectales, gynécologiques et les chirurgies orthopédiques de remplacements de la hanche et du genou pour les patients hospitalisés ou externes. Au moment d'écrire ces lignes, la rédaction de ressources semblables était en cours pour les césariennes. La mise en oeuvre requiert la participation de toute l'équipe interdisciplinaire, y compris les patients et les soignants, les infirmières périopératoires, les chirurgiens, les anesthésistes, les physiothérapeutes, les diététistes et les infirmières/infirmiers, etc.

Au Canada, il existe plusieurs centres cliniques d'excellence de la RAAC ayant acquis des connaissances et une expérience significatives afin de soutenir la mise en oeuvre du programme de la RAAC au sein d'autres organismes. Parmi ces derniers, notons : le Centre universitaire de santé McGill,¹¹ l'Université de Toronto,¹² Alberta Health Services¹³ et la Vancouver Coastal Health.¹⁴

Quadruple objectif

Le triple objectif des soins de santé se veut un cadre de travail créé par l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) qui est axé sur l'expérience du patient en matière de soins, sur l'amélioration de la santé de la population et sur la réduction des dépenses par habitant liées aux soins.¹⁵ Un autre aspect qui a également été adopté par de nombreux prestataires de soins de santé est axé sur un quatrième objectif, soit d'améliorer la vie au travail des cliniciens et du personnel en soins de santé, de reconnaître que les soins apportés par les prestataires de la santé sont aussi essentiels au processus.¹⁶

La ROC satisfait au quadruple objectif (voir Image 1) en mettant en application les pratiques exemplaires qui favorisent de meilleurs résultats, une expérience améliorée pour le patient, une expérience améliorée pour le clinicien et des dépenses réduites en diminuant les complications et les séjours à l'hôpital des façons indiquées ci-dessous.

De meilleurs résultats :

La ROC permet de réduire les complications graves après une chirurgie colorectale dans une proportion de 26 pour cent.¹⁷ La ROC aide le travail des cliniciens et des patients pour qu'ils forment une équipe coordonnée et facilite le rétablissement des patients. Des soins normalisés favorisent la communication, l'efficacité et la sécurité des patients en simplifiant la planification des soins.¹⁸

Expérience améliorée pour les patients :

L'engagement des patients est la pierre angulaire du programme de la ROC. Les conseillers aux patients sont des membres faisant partie intégrante des comités multidisciplinaires et ils prêtent leur expertise en tenant compte du point de vue des patients. L'engagement accélère l'amélioration en aidant à se concentrer sur les enjeux liés à la sécurité et sur les solutions qui importent le plus pour les patients.

Pour appuyer leur engagement tout au long du cheminement chirurgical, y compris après qu'ils aient obtenu leur congé de l'hôpital, la ROC a élaboré plusieurs ressources additionnelles pour les patients, notamment des guides pour les patients¹⁹ et des vidéos animées.²⁰ Les courtes vidéos animées ont été développées par *Pre-care* afin de guider les patients en leur offrant des renseignements sur la préparation préopératoire, ce à quoi s'attendre de leur prochaine chirurgie et de l'information sur un rétablissement postopératoire rapide et sécuritaire. Les patients peuvent accéder gratuitement aux vidéos à partir de n'importe quel téléphone intelligent, tablette ou ordinateur, et ce, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Elles sont offertes dans les

deux langues officielles avec sous-titres disponibles dans les 17 langues les plus couramment parlées au Canada.

Expérience améliorée pour les cliniciens :

La ROC aide le travail des cliniciens et des patients pour qu'ils forment une équipe coordonnée et facilite le rétablissement des patients. Des soins normalisés favorisent les bons résultats, réduisent les complications et créent une meilleure expérience pour le patient. Par exemple, chaque année, près de 300 000 chirurgies sont effectuées à travers l'Alberta dans plus de 55 sites chirurgicaux. Pour cette raison, les pratiques et les résultats des chirurgies peuvent considérablement varier. Reconnaissant une occasion pour normaliser les pratiques et améliorer les soins chirurgicaux ainsi que les avantages potentiels que cela amènerait aux patients et aux prestataires de soins, plusieurs Réseaux cliniques stratégiques ont pris des mesures pour intégrer les soins liés à l'approche de la Récupération améliorée après la chirurgie (RAAC) en Alberta. L'Alberta connaît une amélioration de ses soins chirurgicaux et les patients rentrent à la maison plus rapidement grâce à cette approche novatrice axée sur le patient.²¹

Coûts moins élevés en réduisant les complications et la durée du séjour à l'hôpital :

En Alberta : Une analyse du rendement du capital investi (RCI) a été effectuée en vue de la mise en œuvre de plusieurs pratiques exemplaires de la RAAC (pour les chirurgies colorectales, du pancréas, les cystectomies, les chirurgies du foie et les interventions en oncologie gynécologique) dans de nombreux sites en Alberta en utilisant des horizons prévisionnels de 30, 180 et 365 jours.²² Les effets de la RAAC sur l'utilisation des services de santé (durée du séjour de l'admission initiale, nombre de réadmissions, nombre de visites aux services des urgences, nombre de visites en consultations externes, nombre de visites chez les spécialistes et nombre de visites chez les médecins généralistes) ont été évalués à l'aide de régressions

binomiales négatives multivariées à plusieurs degrés et à effets contrastés. Les économies nettes du système de santé par patient variaient de 26,35 \$ à 3 606,44 \$.²² Le rendement du capital investi (RCI) allait de 1,05 \$ à 7,31 \$, ce qui signifie que chaque dollar investi

dans la RAAC génère en retour de 1,05 \$ à 7,31 \$.²²

Au Québec : Lorsqu'une équipe de la RAAC au Québec a mis en œuvre le protocole de courts séjours de la RAAC pour les chirurgies de remplacement de la

Image 1.

Récupération OPTIMISÉE Canada
Donner la priorité aux patients, améliorer la sécurité des soins.

RÉCUPÉRER RAPIDEMENT AVEC ROC

ROC requiert une approche interdisciplinaire entre les patients et les cliniciens

Préopératoire Intraopératoire Postopératoire

Basé sur des preuves
Chemins cliniques et matériel de soutien aux patients pour la chirurgie colorectale, la chirurgie gynécologique et le genou le jour même pour les genoux de hanche et de genoux. La chirurgie sera la prochaine à être complétée.

ROC ATTEINT LE QUADRUPLE OBJECTIF :

- MEILLEUR RÉSULTAT**
ROC réduit jusqu'à 26 % les complications majeures après une chirurgie colorectale.
- AMÉLIORATION DE L'EXPÉRIENCE DU PATIENT**
ROC fournit des ressources écrites, animées et virtuelles aux patients afin de favoriser leur engagement tout au long du parcours chirurgical, y compris après la sortie de l'hôpital.
- AMÉLIORATION DE L'EXPÉRIENCE DU CLINICIEN**
ROC aide les cliniciens et les patients à travailler comme une équipe coordonnée et facilite le rétablissement des patients. La normalisation des soins réduit la confusion et les erreurs et facilite la planification des soins.
- RÉDUCTION DES COÛTS LES COMPLICATIONS ET LA DURÉE DU SÉJOUR À L'HÔPITAL (LOS)**

ALBERTA 2020
Les économies nettes du système de santé par patient ont varié de 26,35 \$ à 3606,44 \$ CAD et le retour sur investissement (ROI) a varié de 1,05 \$ à 7,31 \$ après la mise en œuvre des lignes directrices multiples de l'ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) sur plusieurs sites.

MONTREAL 2019
Sortie réussie le jour même après une arthroplastie de la hanche et du genou

Cette illustration d'une page a été créée par Récupération optimisée Canada à titre d'outil de communication pour expliquer comment les pratiques exemplaires de la ROC rejoignent le quadruple objectif.

hanche et du genou, non seulement les soins aux patients se sont-ils améliorés, mais les coûts directs de soins de santé et la durée du séjour à l'hôpital ont aussi été réduits.²³ Le protocole de la RAAC s'est avéré très efficace pour réduire la fréquence des complications chez les patients, notamment la douleur, les nausées, les vomissements, les étourdissements, les maux de tête, la constipation, l'hypotension, l'anémie, l'œdème, la claudication et la rétention urinaire. Dans cette étude, Vendittoli indique également que la moyenne du séjour à l'hôpital pour le groupe de courts séjours de la RAAC a diminué de 2,8 jours pour une arthroplastie totale de hanche et de 3,9 jours pour une arthroplastie totale du genou.²³ La réduction estimée des coûts directs de soins de santé avec le protocole de courts séjours de la RAAC était de 1 489 \$ par arthroplastie totale de hanche et de 4 158 \$ par arthroplastie totale du genou.²³

MISE EN ŒUVRE DE LA RAAC

En avril 2019, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (maintenant Excellence en santé Canada) a lancé un projet d'amélioration de la sécurité de 18 mois axé sur l'amélioration des résultats et de l'efficacité du système pour les patients subissant une chirurgie colorectale par le biais de la mise en œuvre du Cheminement clinique colorectal de la RAAC.²⁴ Les équipes responsables de la mise en œuvre dans les hôpitaux participant à ce projet incluaient une équipe de la Nouvelle-Écosse, une du Nouveau-Brunswick, une du Manitoba, une de l'Ontario, une de la Saskatchewan et deux équipes du Québec.

Un modèle d'encadrement a été utilisé pour guider une approche intégrée qui impliquait la science de mise en œuvre et le transfert des connaissances, l'amélioration de la qualité, la sécurité des patients, une approche d'apprentissage collaboratif et une approche axée sur le réseautage.²⁵ Des stratégies clés de transfert des connaissances et d'amélioration de la qualité ont également été utilisées. Le transfert des connaissances (TC) et l'amélioration de la qualité (AQ) s'inspirent de différentes données probantes et méthodes, mais visent en fin

de compte à atteindre le même objectif, soit d'améliorer les résultats pour les patients. L'AQ se sert de méthodes et de processus pour améliorer la qualité, la sécurité et la valeur des soins de santé au niveau local. Le TC se sert de théories, de modèles et de cadres pour transférer dans la pratique les connaissances acquises à partir des données probantes de recherche pour une amélioration à grande échelle.

- Lors du projet d'amélioration de la sécurité de 18 mois, les équipes participantes :²⁶
- Ont appris à appliquer les principes fondés sur des données probantes de la ROC pour élaborer une approche plus holistique de la sécurité des patients;
- Ont collaboré avec des professeurs experts et des mentors pour mettre en œuvre les principes de la ROC lors des interventions chirurgicales colorectales;
- Ont échangé des connaissances et créé un maillage avec des collègues de partout au Canada;
- Ont accédé aux connaissances, aux outils et aux ressources de pointe en matière de sécurité des patients par l'entremise d'un réseau d'apprentissage, et les ont partagés et adaptés.

Les équipes ont utilisé les outils de communication et différentes méthodes^{27,28} pour évaluer les obstacles au changement et les facteurs qui le facilitent. En plus de ces outils et méthodes, les équipes ont eu recours à des réunions d'équipe, des examens de dossiers, la collecte de données et de rapports, des ordres permanents et des sondages envoyés aux clients. Plus de renseignements au sujet de ces outils et de ces ressources sont résumés dans le Guide à l'amélioration de la sécurité des patients²⁵, une ressource gratuite pour aider à entreprendre tout projet d'amélioration.

Pendant la première vague de la pandémie de la COVID-19 et ses vagues subséquentes, plusieurs projets

d'amélioration de la sécurité ont été mis sur pause ou mis de côté, car le personnel a été délesté pour atténuer la pression de la pandémie sur le système de soins de santé. Avec l'annulation des chirurgies non urgentes, certaines équipes ont été incapables de respecter les échéanciers ciblés qu'elles avaient à l'origine établis dans leur plan de mise en œuvre. Malgré cela, toutes les équipes ont maintenu leur engagement à l'amélioration continue, à la durabilité et à la diffusion de leur travail lié à la RAAC.

Les sept équipes se sont rencontrées virtuellement en octobre 2020 afin de partager leurs progrès. Plusieurs améliorations et des changements ont été signalés quantitativement et qualitativement. Les points saillants de leur démarche d'amélioration sont indiqués ci-dessous :

- Un site a signalé une augmentation de 90 % de la chimioprophylaxie pour la thrombo-embolie veineuse submassive sur le plan clinique préopératoire et un autre site a accru de 76 pour cent son utilisation du soulagement multimodal de la douleur. La collaboration entre les chirurgiens et les anesthésistes a mené à une meilleure compréhension des choix de médicaments pour la prophylaxie multimodale antiémétique pour la thrombo-embolie veineuse submassive sur le plan clinique préopératoire.
- Trois sites ont indiqué une réduction de la durée moyenne des séjours – qui à l'origine se situaient entre 4,8 et 8,9 jours et qui sont passés de 3,0 à 4,8 jours. Moins de réadmissions ont également été signalées et un site a indiqué une réduction de huit pour cent des réadmissions au cours du projet d'amélioration de la sécurité.
- Trois des sept sites ont mis en œuvre un outil de dépistage de la malnutrition. Tous les sites ont offert de la formation améliorée pour les prestataires de soins de santé concernant la surcharge glucidique et les lignes directrices

normalisées pour le jeûne. Un site a signalé que 74 pour cent des patients faisaient maintenant des réserves de glucides avant la chirurgie, une pratique exemplaire leur permettant de se rétablir plus rapidement par après.

- Des changements peropératoires ont été mis en œuvre dans plusieurs sites, y compris l'utilisation accrue du bloc de plan abdominale transverse par les anesthésistes, et davantage de sensibilisation sur la gestion des liquides peropératoires.

- Des modèles pour les ordonnances normalisées postopératoires ont été fournis, et les ordonnances normalisées postopératoires pour le régime alimentaire ont été mises à jour pour inclure l'utilisation de suppléments à teneur élevée en protéines. Des protocoles appuyant la mobilisation précoce et le retrait précoce des sondes de Foley ont également été mis en œuvre.

- Toutes les équipes ont signalé une hausse de l'engagement des patients à la suite de l'introduction du Guide

collaboration des conseillers aux patients tout au long du projet.

Dans le cadre du processus d'amélioration de la sécurité, les Drs Ross Baker et Lianne Jeffs, du Département de gestion et d'évaluation de programmes de santé à l'Université de Toronto, ont mené une évaluation. Voir le Tableau 1 pour les conclusions clés.

CONCLUSION

Les cheminements chirurgicaux de Récupération optimisée Canada font

Tableau 1. Conclusions clés des équipes du projet d'amélioration de la sécurité.

<p>Dans l'ensemble, le concept d'apprentissage intégré constitue une approche efficace pour munir les équipes locales et régionales du projet d'amélioration de la sécurité avec des capacités pour l'AQ, la sécurité des patients et la science de la mise en œuvre; améliorer la culture liée à la sécurité des patients, le travail d'équipe et la satisfaction; en plus d'accroître les résultats positifs pour les patients et l'efficacité.</p>
<p>Les ingrédients clés « essentiels » du concept d'apprentissage incluent l'intégration du transfert des connaissances, l'AQ et la sécurité des patients (« le quoi »); à l'aide de la science de la mise en œuvre (« le comment »); le programme et la structure se composent d'une approche d'apprentissage collaborative; et du modèle d'encadrement qui inclut les rôles instrumentaux que le conseiller spécialisé en transfert des connaissances et les mentors avaient en tant que porteurs de sens, catalyseurs et conseillers pour faire progresser le projet local d'amélioration de la sécurité. Ensemble, les mentors et les équipes du projet ont acquis un niveau de compréhension plus profond quant au changement de comportement nécessaire pour améliorer la sécurité des patients et la qualité, et pour sélectionner de nouveaux comportements par le biais de cette perspective intégrée. Les équipes du projet d'amélioration de la sécurité ont ensuite pu mettre en pratique ces précieuses connaissances et les idées à leurs projets locaux et autres.</p>
<p>Les principaux facteurs contextuels sur lesquels on doit miser lorsque l'on met en œuvre des changements qui visent à être efficaces, durables et adaptables incluent un soutien important de la direction, un alignement organisationnel et une équipe engagée. Les principaux facteurs contextuels pour atténuer l'effet des changements incluent : de comparer les activités du projet aux priorités concurrentes et d'aborder les défis associés au roulement et au manque de personnel, à l'engagement des médecins et à la pandémie de la COVID-19 en évolution.</p>
<p>Les stratégies locales clés qui sont ressorties de la participation au concept d'apprentissage intégré incluent l'emploi d'une approche multimodale (c.-à-d., des outils d'apprentissage pour les patients, l'utilisation d'outils heuristiques avec le personnel et les médecins, un changement des pratiques en s'inspirant des outils d'AQ, des pratiques exemplaires et d'autres outils de la science de la mise en œuvre) avec une équipe diversifiée et cohésive (certaines ont inclus les patients et les membres de leur famille). Les principales stratégies employées pour maintenir les changements de pratique incluent d'incorporer le changement de pratique dans la pratique quotidienne et les processus d'exécution des tâches, l'orientation, la formation continue et le partage des données (c.-à-d. la vérification et la rétroaction).</p>

exemplaires et font en sorte que le quadruple objectif pour un rendement amélioré des soins de santé reste réalisable. Le cheminement pour les chirurgies colorectales de Récupération optimisée Canada et des ressources additionnelles pour les patients ont été mis en œuvre dans sept sites à travers le Canada. Certains centres ont réussi à transmettre et adapter leurs initiatives dans d'autres installations de leur région. Les cheminements cliniques ont été téléchargés plus de 1 100 fois dans l'année précédant cet article.

S'ils sont mis en œuvre de façon cohérente, les cheminements peuvent améliorer les résultats pour les patients en réduisant les complications après leur chirurgie. Ils peuvent rehausser l'expérience des patients lors de leur cheminement chirurgical et améliorer l'expérience du prestataire en aidant les cliniciens et les patients à travailler comme une équipe coordonnée. Les cheminements chirurgicaux peuvent aussi réduire les coûts en diminuant les complications et les séjours à l'hôpital.

Outre le cheminement clinique pour les chirurgies colorectales de la ROC, des ressources sont maintenant disponibles pour les chirurgies gynécologiques et pour les chirurgies orthopédiques de remplacements de la hanche et du genou pour les patients hospitalisés et externes. Des ressources pour les césariennes seront disponibles sous peu.

RÉFÉRENCES

1. Gramlich L, Surgeoner B, Baldini G, et al. Development of a clinical pathway for enhanced recovery in colorectal surgery: a Canadian collaboration. *Can J Surg*. 2020 Feb 1;63(1):E19-E20.
2. Lee L, Mata J, Ghitulescu G, et al. Cost-effectiveness of enhanced recovery versus conventional perioperative management for colorectal surgery. *Annals of Surgery*. 2015;262(6):1026-33.
3. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *World J Surg*. 2013 Feb;37(2):259-84
4. ERAS® Society. About the ERAS Society. [Consulté le 30 juillet 2021.] Peut être téléchargé à : <http://erassociety.org/about/history>
5. Récupération optimisée Canada. Cheminement clinique pour la chirurgie colorectale. [Consulté le 27 février 2022]. Peut être téléchargé à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/tools/Resources/Enhanced-Recovery-after-Surgery/Documents/ERC%20Clinical%20Pathway%20FR.pdf>
6. Melnyk M, Casey RG, Black P, Koupparis AJ. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Can Urol Assoc J*. 2011 Oct;5(5):342-8.
7. Thanh NX, Chuck AW, Wasylak T, et al. An economic evaluation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) multisite implementation program for colorectal surgery in Alberta. *Can J Surg*. 2016 Dec 1;59:415-21.
8. Institut canadien d'information sur la santé, Excellence en santé Canada. Les préjudices dans les hôpitaux canadiens... une réalité. [Consulté le 21 décembre 2021.] Peut être téléchargé à : <https://www.cih.ca/fr/les-prejudices-dans-les-hopitaux-canadiens-une-realite>
9. Récupération optimisée Canada. Énoncé de position : Récupération améliorée après la chirurgie. Groupe de partenaires des pratiques exemplaires en matière de sécurité des soins chirurgicaux de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. [Consulté le 27 février 2022.] Peut être téléchargé à : [28 | ORNAC JOURNAL • September 2022 • \[www.ORNAC.ca\]\(http://www.ORNAC.ca\)](https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/tools/Resources/Enhanced-Recovery-</div><div data-bbox=)

- after-Surgery/Documents/ERAS%20Position%20Statement%20FR.pdf
10. Récupération optimisée Canada. Notre action, à vos côtés. Excellence en santé Canada. [Consulté le 27 février 2022.] Peut être téléchargé à : <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/notre-action-a-vos-cotes/recuperation-optimisee-canada/>
 11. Récupération optimisée Canada. Notre expérience : Centre universitaire de santé McGill. [Consulté le 27 février 2022.] Peut être téléchargé à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/enhanced-recovery-after-surgery/eras-coordinator/pages/our-experience-mcgill-university-health-centre.aspx>
 12. Récupération optimisée Canada. Notre expérience : Université de Toronto. [Consulté le 27 février 2022.] Peut être téléchargé à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/enhanced-recovery-after-surgery/eras-coordinator/pages/our-experience-university-of-toronto.aspx>
 13. Récupération optimisée Canada. Notre expérience : Alberta Health Services. [Consulté le 27 février 2022.] Peut être téléchargé à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/enhanced-recovery-after-surgery/eras-coordinator/pages/our-experience-alberta-health-services.aspx>
 14. Récupération optimisée Canada. Notre expérience : Vancouver Coastal Health. [Consulté le 27 février 2022.] Peut être téléchargé à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/enhanced-recovery-after-surgery/eras-coordinator/pages/our-experience-vancouver-coastal-health.aspx>
 15. Institute for Healthcare Improvement (IHI). The IHI Triple Aim. [Consulté le 27 février 2022.] Peut être téléchargé à : <http://www.ihio.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>
 16. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*. November 2014, 12(6):573-576.
 17. How does standardizing care affect quality? [Consulté le 14 mars 2022]. Wolters-Kluwer Expert Insights. 9 novembre 2017. Peut être téléchargé à : <https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/how-does-standardizing-care-affect-quality>
 18. Ban KA, Berian JR, Ko, CY. Does implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols in colorectal surgery improve patient outcomes? *Clin Colon Rectal Surg*. 2019 March; 32(2):109-113.
 19. Guides pour les patients de la ROC. [Consulté le 11 août 2021.] Peut être téléchargé à : <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/notre-action-a-vos-cotes/recuperation-optimisee-canada/>
 20. Vidéos animées d'interventions chirurgicales. Precare. [Consulté le 11 août 2021.] Peut être téléchargé à : <https://precare.ca/fr/>
 21. Alberta's Strategic Clinical Networks Improving Health Outcomes Retrospective, 2012-2018. Enhanced recovery after surgery (p. 25). [Consulté le 7 mars 2021] Peut être téléchargé à : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scn-reports-retrospective-2012-2018.pdf>
 22. Thanh N, Nelson, A, Wang X, et al. Return on investment of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) multiguide, multisite implementation in Alberta, Canada. *Can J Surg*. 2020 Dec 1;63(6):E542-E550.
 23. Vendittoli P-A, Pellei, K, Williams C, Laflamme C. Combining enhanced recovery and short-stay protocols for hip and knee joint replacements: the ideal solution. *Can J Surg*. 2021 Feb 1;64(1): E66-E68.
 24. Récupération optimisée Canada : Projet d'amélioration de la sécurité. [Consulté le 27 février 2022.] Peut être téléchargé à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/enhanced-recovery-after-surgery/sip-collaborative/pages/default.aspx>
 25. Institut canadien pour la sécurité des patients. Un Guide à l'amélioration de la sécurité des patients. [Consulté le 1er novembre 2021.] Peut être téléchargé à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/a-guide-to-patient-safety-improvement/pages/default.aspx>
 26. Récupération optimisée Canada : Projet d'amélioration de la sécurité. [Consulté le 7 mars 2021.] Peut être téléchargé à : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/enhanced-recovery-after-surgery/sip-collaborative/pages/default.aspx>
 27. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*. 2012 April 24;7:37.
 28. Agency for Healthcare Research and Quality (ARHQ). Force-field analysis. [Consulté le 1er novembre 2021.] Peut être téléchargé à : <https://digital.ahrq.gov/health-it-tools-and-resources/evaluation-resources/workflow-assessment-health-it-toolkit/all-workflow-tools/force-field-analysis> 🌸