Le présent article a été publié sur la plateforme Open Journal Systems et est diffusé sous la licence d'attribution Creative Commons BY-NC-ND/4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), qui autorise le téléchargement et la transmission du document à des fins personnelles. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

Uniformisation des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche au Canada : contribution des infirmières en soins périopératoires

Janelle Head

Adressez toute correspondance à : Janelle Head, 103302 82 avenue, Grande Prairie, AB, T8W 2A6. Courriel : **Janelle.head@ahs.ca**

Résumé

La diminution de la durée des séjours pour une arthroplastie totale de la hanche dans les hôpitaux et les cliniques chirurgicales du Canada a mené à la création de programmes ambulatoires pour cette opération. Cependant, l'uniformisation des lignes directrices cliniques sur l'arthroplastie en ambulatoire sur la base de la contribution des infirmières en soins périopératoires dans les hôpitaux et cliniques chirurgicales du Canada n'a pas été abondamment étudiée. Le présent article porte sur les faits, les normes cliniques, les trajectoires et les pratiques organisationnelles rattachés aux critères de sélection des patients. Il traite également du soutien en milieu familial, des dynamiques dans l'équipe de soins aux patients de cliniques chirurgicales du Canada suivis en externe suite à une arthroplastie, et de l'influence du niveau de soins infirmiers périopératoires requis pour ces programmes, à ce jour. Les articles sur les patients externes et les trajectoires rattachées à cette opération dans les hôpitaux et les salles d'opération du Canada font ressortir des constats importants ainsi que les domaines à étudier et à uniformiser davantage, en plus des défis et obstacles associés à leur mise en œuvre dans les systèmes de santé canadiens.

Mots-clés : soins infirmiers périopératoires, patient externe, chirurgie, arthroplastie, prothèse de la hanche

La pandémie a mis davantage de pression sur les ressources hospitalières et les cliniques chirurgicales du Canada afin de réaliser plus de remplacements de hanches. L'élaboration de programmes ambulatoires de prothèses articulaires a été particulièrement poussée dans le cas des prothèses totales de la hanche (PTH). C'est une approche qui améliore la situation des patients en réduisant la durée du séjour à l'hôpital ainsi que le temps de guérison, en plus de réduire les coûts de santé (Bodrogi et al., 2020; Pulkkinen et al., 2020). Cependant, le manqué d'uniformité dans ces programmes au Canada, en l'absence du point de vue et de la contribution du personnel infirmier périopératoire, demeure un défi pour ce qui est de l'implantation et du succès du programme (Banerjee & Wright, 2020). Le présent article met en lumière les variations entre les programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche au Canada et souligne l'importance d'un cadre structuré et de la contribution du personnel infirmier en soins périopératoires afin de mieux soutenir les patients et l'efficacité du système de santé. Il fait aussi une revue de la littérature sur les programmes ambulatoires en cas de PTH dans les cliniques chirurgicales du Canada en se penchant plus particulièrement sur les critères de sélection des patients, l'aide à domicile et les trajectoires de soins. Le regard infirmier sur ces thèmes permettra de cerner les critères favorisant l'uniformisation de ces programmes.

Contexte

L'arthrose de la hanche et du genou est la plus grande cause de douleur, d'invalidité et de consultations médicales chez les adultes canadiens (Foerster, 2017). La chirurgie d'un jour (ou chirurgie ambulatoire) sera définie, dans la présente étude, comme une intervention permettant au patient de retourner chez lui le jour même de l'opération (Vehmeijer et al., 2018). Pour alléger le fardeau des systèmes de santé qui ont de plus en plus de mal à gérer la disponibilité des lits d'hôpitaux et les retards des chirurgies, les cliniques chirurgicales du Canada ont commencé à mettre sur pied des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche. En 2021–2022, plus 58 635 remplacements de la hanche ont été réalisés au Canada, dont 6 918 en ambulatoire (Canadian Institute of Health Information [CIHI], 2023). Les programmes ambulatoires continuent de gagner en popularité, mais exigent également une certaine prudence en matière de sécurité et d'efficacité. Ce faisant, il est important que tous les membres des équipes de soins collaborent pour obtenir les

Manière suggérée de citer l'article : Head, J. (2026). Uniformisation des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche au Canada : contribution des infirmières en soins périopératoires. *Revue de l'AIISOC, 43*(1), 48–54. https://doi.org/10.5737/ornac18171

meilleurs résultats possibles pour les patients externes ainsi qu'une efficacité organisationnelle optimale.

L'infirmière en soins périopératoires joue un rôle déterminant pour les patients subissant un remplacement de hanche puisqu'elle gère les circonstances favorables à la chirurgie (moment, travail, flux de patients), autant de conditions essentielles au succès et à la sécurité de l'intervention (McGarry et al., 2018). L'équilibre entre l'efficacité et la réduction des risques résume en quelque sorte le rôle des soins infirmiers périopératoires : prodiguer des soins sûrs tout en soutenant l'équipe chirurgicale. Les chirurgies de PTH en ambulatoire requièrent des connaissances poussées en orthopédie, des compétences techniques ainsi qu'une coordination rigoureuse pour arriver à respecter un horaire strict; c'est pourquoi l'infirmière en soins périopératoires est un précieux atout pour le bon déroulement des procédures. À ce jour, il existe peu de données sur la contribution des soins infirmiers périopératoires soutenant une approche nationale uniformisée des programmes ambulatoires en cas d'arthroplastie de la hanche (Banerjee & Wright, 2020; McGarry et al., 2018), et cela constitue une occasion en or de faire appel aux infirmières pour avancer sur la question. Les infirmières en soins périopératoires veillent à la sécurité des patients et gèrent les ressources chirurgicales; leurs commentaires sur l'uniformisation des lignes directrices pratiques sont donc essentiels pour assurer la validité des cadres qui seront créés.

Méthodes

Une recherche documentaire dans les principales ressources, dont MEDLINE, la Bibliothèque Cochrane, les sites Web d'agences canadiennes et internationales de référence dans le domaine des technologies de la santé ainsi qu'une recherche ciblée sur Internet ont été réalisées. Différentes recherches ont été faites à partir de mots-clés en anglais : *outpatient*, *total joint arthroplasty*, *hip arthroplasty*, *outpatient*, *same-day discharge*, *day surgery*, *length of stay*, *ambulatory*, *rapid recovery protocol*, *short stay*, *day-case*, *patient selection criteria*, *perioperative nurse* et *operating room nurse*.[1] La recherche était circonscrite aux articles concernant la réalité canadienne, rédigés en anglais. Les doublons ou articles publiés avant 2015 n'ont pas été retenus. Les bibliographies des articles ont été examinées pour relever d'autres études pertinentes. Les essais cliniques, les méta-analyses ainsi que les études pronostiques, observationnelles et rétrospectives ont été inclus.

1 En français : patient externe, arthroplastie totale de la hanche, prothèse totale de la hanche, congé le jour même, chirurgie d'un jour, durée du séjour, ambulatoire, protocole de rétablissement rapide, court séjour, patient ambulatoire, critères de sélection des patients, infirmière en soins périopératoire et infirmière en salle d'opération.

Résultats

Les programmes ambulatoires de PTH mis en place dans les cliniques chirurgicales adoptent différents processus opérationnels, critères de sélection des patients et pratiques périopératoires et proposent différentes formes d'aide à domicile (Banerjee & Wright, 2020; Zomar et al., 2020). Les études révèlent que peu, voire aucune politique ou ligne directrice ne sont en vigueur dans les établissements canadiens relativement aux chirurgies ambulatoires de PTH, et qu'aucun critère de sélection des patients ou soutien à domicile n'est indiqué (Banerjee & Wright, 2020). Les programmes ambulatoires ne suivent aucun critère spécifique quant aux particularités culturelles des populations de patients autochtones canadiens (Zomar et al., 2020). Plusieurs programmes sont basés sur différentes approches organisationnelles et des projets pilotes présentant divers degrés d'intégration. On remarque aussi des lacunes dans les connaissances (Zomar et al., 2020). Aucun cadre uniforme de gestion du changement n'a été identifié (Harrison et al., 2021) et aucunes lignes directrices cliniques n'intégraient l'expérience des infirmières en soins périopératoires. Les variations observées entre les questions relatives à la sécurité et à l'efficacité des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche, l'amélioration de l'état des patients, les critères de sélection des patients, l'évaluation de l'aide à domicile et le manque de consultation des infirmières dans les trajectoires périopératoires seront abordées plus loin.

Discussion

Sécurité et amélioration de l'état des patients

La popularité croissante des programmes ambulatoires de PTH dans les hôpitaux et les cliniques chirurgicales du Canada s'accompagne de questions concernant la sécurité des patients. Les taux de réadmission et les complications associées ont été largement étudiés et comparés à ceux des procédures d'hospitalisations pour PTH, afin de distinguer les questions en lien avec la sécurité et celles touchant à l'état des patients (Banerjee & Wright, 2020; Sniderman et al., 2025). Les complications ayant mené à une réadmission (en ambulatoire ou après une hospitalisation) portaient notamment sur les plaies, les transfusions, les infections urinaires ainsi que les infections périprothétiques et la dislocation de l'articulation nécessitant une réduction ouverte ou fermée (Diaz-Dilernia et al., 2024). Dans l'ensemble, environ 8 % des patients opérés ont dû être réadmis ou recevoir des soins en externes dans les 30 jours suivant l'intervention (CIHI, 2023). En 2021–2022, moins de 2 % des patients opérés pour un remplacement de la hanche sont retournés à l'hôpital dans les 30 jours suivant la chirurgie, alors que ce résultat était supérieur à 2 % en 2019–2020, ce qui porte à croire que le nombre plus élevé de chirurgies ambulatoires s'accompagne d'une procédure sécuritaire pour les patients et de bons résultats. En 2021–2022, 18,0 % des remplacements de la hanche dus à l'arthrose étaient des chirurgies d'un jour, comparativement à 10,1 % en 2020–2021

et à 2,9 % en 2019–2020 (CIHI, 2023). Le nombre de patients provenant d'une région rurale opérés pour une arthroplastie en ambulatoire a également augmenté : 17,9 % en 2021–2022 comparativement à 13,3 % en 2015–2016 (CIHI, 2023). Ces statistiques semblent indiquer une plus grande implication des infirmières en soins périopératoires, puisque celles-ci gèrent les circonstances favorables pour les chirurgies tout en veillant à la sécurité des patients. Du fait que le processus de remplacement de la hanche en externe est mieux vécu par les patients et que ces programmes sont de plus en plus populaires, il est facile de comprendre pourquoi le personnel de soins infirmiers périopératoires est davantage sollicité pour uniformiser les soins en entourant les arthroplasties et assurer la qualité des interventions chirurgicales.

Optimisation des ressources en santé

Les programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche facilitent la gestion des lits d'hôpitaux en raccourcissant la durée des séjours (Kort et al., 2017; Pollock et al., 2016), en réduisant le temps de guérison (Zomar et al., 2020) et en favorisant le maintien des ressources (Banerjee & Wright, 2020; Zomar et al., 2022). Ces programmes ambulatoires permettent aussi de réduire les dépenses liées au séjour des patients hospitalisés. Zomar et collaborateurs (2022) ont réalisé une analyse préalable des procédures de remplacement de la hanche en ambulatoire dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé de plus grande envergure parmi les patients ayant subi un remplacement de la hanche par voie antérieure (115 patients au total, dont 49 en ambulatoire). Les résultats démontrent que les hospitalisations pour une PTH ont été plus coûteuses que les interventions réalisées en externe. Sniderman et collaborateurs (2025) ont effectué une analyse rétrospective cumulative basée sur la population et constaté une différence importante dans les dépenses de santé. Plus précisément, le coût lié aux patients opérés en ambulatoire pour un remplacement de la hanche est d'environ 5 490 $ CA, comparativement à 7 296 $ CA pour les patients hospitalisés. Considérant les économies potentielles pour les établissements de santé, il serait logique de continuer à déployer l'offre en ambulatoire.

Sélection des patients, soutien à domicile et critères de congé d'hôpital

Les critères de sélection des patients au Canada varient en fonction des programmes ambulatoires (Banerjee & Wright, 2020; Kort et al., 2017). Des critères d'inclusion de base ont néanmoins été relevés : les patients doivent accepter la chirurgie, être en assez bonne santé (ASA < III selon les normes de l'American Society of Anesthesiologists), attendre déjà un remplacement de la hanche, avoir moins de 80 ans et bénéficier d'un bon soutien une fois de retour chez eux (Bodrogi et al., 2020; Kort et al., 2017). Mais plusieurs variations existent également concernant l'âge exact d'acceptation, les comorbidités, le score ASA et l'état fonctionnel général. Divers critères d'exclusions, également variables, sont aussi appliqués dans certains cas : classement ASA > II, troubles hémorragiques, comorbidités cardiaques ou pulmonaires graves ou mal contrôlées, troubles neurologiques ou cognitifs, maladie rénale ou état fonctionnel dépendant sans aide à domicile adéquate (Bodrogi et al., 2020; Kort et al., 2017). On voit bien qu'il serait utile d'avoir pour le Canada des critères de sélection des patients uniformisés s'appuyant notamment sur l'expérience des infirmières en soins périopératoires. Il reste encore beaucoup de travail à faire pour uniformiser les critères de sélection pour les patients opérés en ambulatoire pour un remplacement de la hanche.

Les analyses faites sur le soutien à domicile dans le cadre des programmes ambulatoires de remplacement de la hanche varient grandement selon les groupes de patients (Zomar et al., 2020). Le bain, l'habillage, la toilette, les repas, le soin des plaies et l'administration des médicaments requièrent différents niveaux de soutien qui sont parfois déjà disponibles à la maison, ou qui peuvent être acquis temporairement. Les activités visant la mobilisation, comme la conduite, les transferts et l'exercice varient énormément chez les patients opérés pour un remplacement de la hanche, plus encore pour les patients externes (Churchill et al., 2018). La population diversifiée du Canada requiert une certaine sensibilité culturelle afin de répondre adéquatement aux besoins d'aide à domicile. En effet, certaines personnes peuvent percevoir cette forme de soutien différemment et bénéficier de différents accès aux équipements à domicile et à des ressources et programmes. Ce faisant, l'établissement d'exigences uniformes en matière de soutien à domicile dans le cadre des programmes ambulatoires d'arthroplastie de la hanche est fondamental au bien-être des patients et au succès à long terme de ces programmes. La contribution du personnel infirmier dans l'évaluation de l'environnement personnel des patients canadiens est indispensable à la sécurité, à l'efficacité et aux aspects culturellement sensibles d'un programme ambulatoire normalisé.

Les programmes chirurgicaux du Canada ne se basent pas tous sur les mêmes critères de sortie pour leurs patients. Foerster (2017) a réalisé une revue systématique suivie de l'examen de sept études confirmant la sécurité et l'efficacité des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche. Foerster en conclut que les critères de sortie nécessitent une approche multidisciplinaire basée sur une sélection minutieuse des patients, des techniques d'enseignement complètes, une anesthésie et des interventions analgésiques de qualité, des techniques chirurgicales avancées entraînant un minimum d'atteinte musculaire et de saignements, une mobilisation précoce, une réadaptation rigoureuse et des systèmes d'aide à domicile solides (Foerster, 2017). Ainsi, pour bien évaluer si un patient est prêt à retourner chez lui, il faut bien considérer divers facteurs. Cela demande un grand investissement de temps et de ressources de la part de l'équipe soignante pour obtenir les meilleures chances de succès. Parmi les résultats observés, mentionnons les taux de mobilisation, l'évaluation de

l'état des plaies, la rétention urinaire et les scores de gestion de la douleur (Churchill et al., 2018; Foerster, 2017; Kostamo et al., 2025), qui affichent certaines divergences entre eux. Les infirmières en soins périopératoires connaissent bien les conditions favorables au retour à domicile chez leurs patients opérés en ambulatoire pour un remplacement de la hanche. Leur contribution est donc essentielle à l'établissement de lignes directrices uniformisées favorisant leur rétablissement.

Variations dans les trajectoires périopératoires

Les pressions exercées pour réduire les coûts de santé, optimiser la gestion des lits d'hôpitaux et améliorer les techniques chirurgicales et les soins périopératoires ont amené plusieurs cliniques chirurgicales du Canada à plancher sur l'uniformisation et la mise en œuvre de trajectoires ambulatoires. Ces dernières ont cependant été développées à partir de facteurs variables et localisés et d'une contribution limitée des infirmières en soins périopératoires. Les trajectoires périopératoires canadiennes s'inspirent du programme de récupération améliorée après la chirurgie (ERAS) (Sivaloganathan et al., 2022), qui vise à améliorer le contrôle de la douleur, à réduire les saignements, à fournir un soutien nutritionnel, à favoriser la mobilisation précoce, à préserver la fonction gastro-intestinale et à réduire la survenue d'événements indésirables. En revanche, certains facteurs peuvent retarder la sortie du patient, lorsque les objectifs du programme ERAS ne sont pas atteints. Parmi ces facteurs, mentionnons la douleur, les nausées, les étourdissements, l'hypotension orthostatique, l'écoulement de la plaie, la rétention urinaire et la détérioration des fonctions musculaires (Sivaloganathan et al., 2022). C'est à partir de ces éléments que les trajectoires ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche ont été créées. Des paramètres impliquant des critères, des mesures et des seuils variables ont été utilisés pour créer des trajectoires acceptées localement. Ces paramètres n'ont cependant pas été uniformisés à l'échelle nationale. L'approche chirurgicale, les protocoles anesthésiques, les méthodes d'enseignement aux patients et les considérations culturelles sont des exemples rattachés à ces trajectoires et seront abordés plus en détail plus loin.

Des différences dans les aspects périopératoires constituant les programmes ambulatoires de PTH ont été relevées. Elles concernent notamment l'approche chirurgicale procédurale visant à optimiser l'exposition, à réduire les saignements et à limiter l'atteinte des muscles et tissus (den Hartog et al., 2016; Kort et al., 2017; Lovasz et al., 2021; Sniderman et al., 2025; Zomar et al., 2020). Moins invasive, la chirurgie de remplacement de la hanche par voie antérieure pour un patient externe est généralement la première ou la deuxième opération de la journée. Cette approche est considérée comme l'option la plus sécuritaire puisqu'elle réduit la durée du séjour et la douleur postopératoire en plus d'améliorer la rééducation fonctionnelle (den Hartog et al., 2016). Cette approche nécessite cependant une table d'opération coûteuse spécialisée pour favoriser l'exposition et l'imagerie (den Hartog et al., 2016; Foerster, 2017). Puisqu'il s'agit d'une approche qui requiert des conditions, des ressources, des équipements et des compétences spécifiques, son intégration se fait plus lentement dans les régions rurales. Il y aurait peut-être occasion d'amélioration en faisant de l'approche par voie antérieure une technique chirurgicale uniformisée dans les programmes ambulatoires d'arthroplastie de la hanche au Canada. Le personnel infirmier en soins périopératoires jouera un rôle important dans ce dossier.

Les protocoles anesthésiques varient également dans les différents programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche au Canada, et portent plus précisément sur l'utilisation d'approches multimodales et de blocs nerveux périphériques préservant la motricité (Kostamo et al., 2025). Bien que ces interventions se soient avérées efficaces pour améliorer l'état général des patients, le manque de directives cliniques uniformisées sur la gestion de la douleur périopératoire, les conditions peropératoires et les techniques d'anesthésie (Foerster, 2017) demeure. Les infirmières en soins périopératoires veillent à la gestion de la douleur des patients et aux besoins anesthésiques. Leur contribution aux protocoles est donc essentielle au succès à long terme et à l'uniformisation de ces programmes ambulatoires au Canada.

Foerster (2017) décrit le manque d'uniformité dans l'enseignement prodigué aux patients des programmes ambulatoires de remplacement de la hanche au Canada. L'enseignement est variable et, sans l'apport du personnel infirmier périopératoire, il arrive souvent que cet enseignement ne reflète pas les besoins particuliers des minorités et des populations autochtones du pays (Foerster, 2017; Zomar et al., 2020). Toutefois, même si les enseignements sont hautement personnalisés et adaptés au niveau de compréhension de chaque patient, il existe toujours des difficultés d'uniformisation. Les facteurs à considérer pour l'enseignement devraient inclure l'accès aux services de santé, les barrières linguistiques potentielles et les croyances culturelles distinctives entourant les procédures chirurgicales, les soins postopératoires et les stratégies alternatives pour gérer la douleur. Par conséquent, l'uniformisation d'un ensemble de ressources d'enseignement adaptées à la culture des patients opérés pour en ambulatoire pour un remplacement de la hanche, et reflétant les populations uniques du Canada, requiert une collaboration multidisciplinaire, dont la contribution d'infirmières en soins périopératoires.

Appel à l'uniformisation

Le grand besoin d'une approche organisationnelle uniforme a été identifié, une approche qui puisse être intégrée aux trajectoires de soins, aux lignes directrices cliniques, aux flux de travail et aux politiques organisationnelles concernant les patients externes opérés pour une arthroplastie totale de la hanche dans les cliniques chirurgicales du Canada (Kort et al., 2017; Lovasz et al., 2021). Par conséquent, l'intégration

de pratiques infirmières fondées sur des données probantes à des lignes directrices cliniques uniformisées et aux trajectoires des patients, basée sur le cadre théorique d'atteinte des objectifs d'Imogene King (Park, 2021), est essentielle pour pouvoir adapter les programmes ambulatoires d'arthroplastie de la hanche, nouveaux et existants. L'utilisation de ce cadre pour favoriser la contribution du personnel infirmier périopératoire dans l'uniformisation des lignes directrices de ce programme ambulatoire aura des retombées positives pour les patients et les organisations. De plus, le cadre garantit que le processus d'uniformisation est axé sur les patients et que les interventions sont respectueuses des cultures en tenant compte des critères de sélection des patients, du matériel et des modes de prestation des enseignements, de l'évaluation de l'environnement familial, des considérations périopératoires, de la gestion de la douleur et des critères de sortie. Ces aspects sont essentiels au succès global des programmes ambulatoires d'arthroplastie de la hanche au Canada et jettent les bases de lignes directrices cliniques sur cette opération ambulatoire acceptées dans le monde entier.

L'ajout de considérations relatives aux soins infirmiers périopératoires à ces composantes de soins uniformisées permettra de représenter plus fidèlement la diversité des patients au Canada. Bodrogi et collaborateurs (2020) ainsi que Foerster (2017) soulignent que les programmes d'arthroplastie totale de la hanche pour les patients externes exigent des protocoles de soins multidisciplinaires qui reflètent correctement les différentes patientèles au Canada. C'est pourquoi les systèmes de santé doivent adopter une approche respectueuse des cultures pour développer un ensemble de lignes directrices cliniques et de trajectoires des patients uniformes et reconnues à l'échelle mondiale (Foerster, 2017; Zomar et al., 2020), pour refléter adéquatement les populations uniques (dont les minorités et les peuples autochtones) et les questions de bien-être social du Canada. Qui plus est, les aspects relatifs aux soins infirmiers périopératoires doivent être pris en compte dans l'élaboration des lignes directrices et des trajectoires, afin de refléter le caractère holistique de l'expérience patient et les particularités culturelles qui définissent les soins de santé au Canada.

Stratégies de mise en œuvre

Les différences relevées dans les programmes actuels d'arthroplastie sont associées à des coûts de santé élevés et à une variabilité des résultats. C'est pourquoi il faut améliorer la qualité et l'uniformité des soins de réadaptation au Canada après un remplacement articulaire (Westby et al., 2025). Par conséquent, les programmes ambulatoires d'arthroplastie de la hanche des cliniques chirurgicales du pays doivent suivre des lignes directrices uniformes à des fins d'assurance qualité (Banerjee & Wright, 2020). Le fait d'aiguiller des patients vers des programmes ambulatoires de remplacement de la hanche au Canada nous apporte des connaissances fondamentales sur les réussites et les difficultés à ce jour, ainsi que la faible représentation du personnel infirmier dans de nombreuses études pilotes.

Kostamo et collaborateurs (2025) ont réalisé une étude dans un hôpital communautaire du Canada afin de développer une trajectoire ambulatoire d'arthroplastie totale de la hanche visant à améliorer le rétablissement à domicile et à aider au mieux les patients. L'équipe a adopté le cadre *Model for Improvement* pour orienter son travail, lequel comprend quatre principales composantes pour l'uniformisation : critères de sélection des patients et outils de dépistage, automatisation ciblée des procédures, uniformisation interventionnelle des chirurgies et anesthésies et ressources d'enseignement aux patients. En conclusion, les trajectoires cliniques uniformisées ont été intégrées avec succès au programme et les volumes de procédures ciblés ont été surpassés. Ce projet pilote suggère une certaine possibilité d'adaptation dans les cliniques chirurgicales canadiennes concernées. La présente étude souligne également le manque de présence des infirmières périopératoires au sein du groupe de travail et suggère qu'une intégration plus spécialisée et que d'autres recherches sont requises à cet égard.

De façon similaire, Sniderman et collaborateurs (2025) ont rapporté l'efficacité d'un programme ambulatoire en Ontario à partir d'une analyse rétrospective agrégée des données de patients. Les cohortes de patients hospitalisés et externes ont été développées et analysées en fonction des critères de sélection uniformisés des patients, des ressources d'enseignement, de l'approche chirurgicale, des considérations relatives à l'anesthésie, de la gestion de la douleur et des soins postopératoires. Les résultats indiquent que les taux de sortie, de réadmission et d'infection des patients externes n'étaient pas plus élevés que pour les patients hospitalisés et qu'ils ont joué un rôle important dans les efforts d'uniformisation des programmes ambulatoires. La faible représentation des infirmières en soins périopératoires dans l'étude suggère cependant un certain avantage à bénéficier d'une plus grande contribution de leur part, pour qu'une perspective améliorée et holistique et qu'une théorie – et un cadre – soient adoptés (Park, 2021). La formation de groupes de travail spécialisés, la cueillette de données pertinentes et de mesures de qualité, la mise en place de programmes pilotes dans les cliniques chirurgicales du Canada, les questions d'adaptation et de mise en œuvre recueillant les commentaires pour améliorer la qualité des services sont les prochaines étapes. La participation des parties prenantes devrait consister à faire appel à ceux et celles qui ont dirigé des programmes similaires pour tirer profit des réussites et des difficultés vécues. Des groupes de défense des patients devraient également être inclus afin de représenter les populations et les cultures uniques du Canada, y compris plusieurs communautés autochtones. Finalement, le financement devrait adopter un modèle de partage des coûts entre les établissements de santé provinciaux et territoriaux, en incluant les cliniques chirurgicales qui offrent, ou prévoient offrir des programmes ambulatoires d'arthroplastie totale de la hanche.

Conclusion

Le nombre de patients externes opérés pour un remplacement de la hanche est en augmentation en raison de la plus forte prévalence d'arthrose, de la diminution des lits d'hôpitaux et des pressions additionnelles visant à accroître le volume d'opérations dans les cliniques chirurgicales du Canada. L'uniformisation des critères de sélection des patients, l'évaluation du soutien à domicile et les trajectoires de soins bien établies sont au cœur même de l'adaptation des programmes et de leur succès à long terme. Mais pour ce faire, l'expertise des infirmières en soins périopératoires et l'investissement des cadres supérieurs sont nécessaires, au niveau national. D'autres recherches et efforts sont donc requis afin de développer un cadre plus complet et uniformisé bénéficiant de la contribution du personnel infirmier en soins périopératoires. Amener ces infirmières canadiennes à diriger le travail complexe d'uniformisation des lignes directrices cliniques pour les patients externes assure le succès à long terme du programme et un avenir meilleur pour les patients et les organisations.

À propos de l'auteure

Janelle Head, M.Sc.inf., inf. aut. Janelle est certainement une personne d'influence dans le domaine de la santé au Canada, avec son expérience d'infirmière en soins périopératoires et en gestion des services chirurgicaux. Ayant dirigé des équipes de chirurgie et d'opérations dans des environnements cliniques complexes, elle est aujourd'hui directrice exécutive des soins actifs et du rendement des programmes dans le nord de l'Alberta, et navigue dans les priorités stratégiques et opérationnelles afin de promouvoir des soins de haute qualité centrés sur les patients.

Janelle demeure dans le nord de l'Alberta avec son époux et leurs deux enfants.

Conflits d'intérêts

L'auteure déclare ne pas être en conflit d'intérêts relativement au contenu du présent article.

Financement

Aucun soutien financier, financement ni subvention n'ont été versés pour aider à la préparation, à la recherche ou à la rédaction du présent article.

Déclaration de contribution

Je suis l'unique auteure responsable de la conceptualisation, de la recherche, de la rédaction initiale, de la révision et de la correction de cet article.

Date de soumission du manuscrit : 12 août 2025

Date d'acceptation du manuscrit aux fins de publication : 10 février 2025

RÉFÉRENCES

Banerjee, S., & Wright, M. D. (2020). *Outpatient or short stay total hip or knee arthroplasty versus conventional total hip or knee arthroplasty: A review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567201/

Bodrogi, A., Dervin, G. F., & Beaulé, P. E. (2020). Management of patients undergoing same-day discharge primary total hip and knee arthroplasty. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association medicale canadienne*, *192*(2), E34–E39. https://doi.org/10.1503/cmaj.190182

Canadian Institute for Health Information. (CIHI; 2023). Hip and knee replacements in Canada: CJRR annual report, 2021–2022. https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/hip-knee-replacements-in-canada-cjrr-annual-report-2021-2022-en.pdf

Churchill, L., Pollock, M., Lebedeva, Y., Pasic, N., Bryant, D., Howard, J., Lanting, B., & Laliberte Rudman, D. (2018). Optimizing outpatient total hip arthroplasty: Perspectives of key stakeholders. *Canadian Journal of Surgery. Journal canadien de chirurgie*, *61*(6), 370–376. https://doi.org/10.1503/cjs.016117

den Hartog, Y. M., Mathijssen, N. M., & Vehmeijer, S. B. (2016). The less invasive anterior approach for total hip arthroplasty: A comparison to other approaches and an evaluation of the learning curve – A systematic review. *Hip International: The Journal of Clinical and Experimental Research on Hip Pathology and Therapy*, *26*(2), 105–120. https://doi.org/10.5301/hipint.5000319

Diaz-Dilernia, F., Steinfeld, Y., Pincus, D., Spangehl, M., & Ravi, B. (2024). Incidence and timing of postoperative complications after total hip and knee arthroplasty. *Canadian Journal of Surgery = Journal canadien de chirurgie*, *67*(6), E377–E382. https://doi.org/10.1503/cjs.004724

Foerster, V. (2017, March). Outpatient (same-day) total hip replacement. *CADTH – Issues in Emerging Health Technologies*, (152). https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/pdf/EH0050_Outpatient_Same_Day_Total_Hip_Replacement_e.pdf

Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where do models for change management, improvement and implementation meet? A systematic review of the applications of change management models in healthcare. *Journal of Healthcare Leadership*, *13*, 85–108. https://doi.org/10.2147/JHL.S289176

Kostamo, T., Watters, J., Spence, B., Faraji, R., Eng, J., & Montgomery, M. (2025). Same-day discharge pathway for elective total hip and knee arthroplasty patients: A quality improvement project at a Canadian community hospital. *BMJ Open Quality*, *14*(1), e003170. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2024-003170

Kort, N. P., Bemelmans, Y. F. L., van der Kuy, P. H. M., Jansen, J., & Schotanus, M. G. M. (2017). Patient selection criteria for outpatient joint arthroplasty. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy: Official Journal of the ESSKA*, *25*(9), 2668–2675. https://doi.org/10.1007/s00167-016-4140-z

Lovasz, G., Aros, A., Toth, F., Va Faye, J., & La Malfa, M. (2021). Introduction of day case hip and knee replacement programme at an inpatient ward is safe and may expedite shortening of hospital stays of traditional arthroplasties. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, *16*(1), 585. https://doi.org/10.1186/s13018-021-02737-3

McGarry, J. R., Pope, C., & Green, S. M. (2018). Perioperative nursing: Maintaining momentum and staying safe. *Journal of Research in Nursing: JRN*, *23*(8), 727–739. https://doi.org/10.1177/1744987118808835

Park, B. M. (2021). Effects of nurse-led intervention programs based on goal attainment theory: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *9*(6), 699. https://doi.org/10.3390/healthcare9060699

Pollock, M., Somerville, L., Firth, A., & Lanting, B. (2016). Outpatient total hip arthroplasty, total knee arthroplasty, and unicompartmental knee arthroplasty: A systematic review of the literature. *JBJS Reviews*, *4*(12), e4. https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.16.00002

Pulkkinen, M., Jousela, I., Engblom, J., Salanterä, S., & Junttila, K. (2020). The effect of a new perioperative practice model on length of hospital stay and on the surgical care process in patients undergoing hip and knee arthroplasty under spinal anesthesia: A randomized clinical trial. *BMC Nursing*, *19*, 73. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00465-3

Sivaloganathan, S., Blakeney, W. G., & Vendittoli, P. A. (2022). Modernizing total hip arthroplasty perioperative pathways: The implementation of ERAS-outpatient protocol. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(12), 3293. https://doi.org/10.3390/jcm11123293

Sniderman, J., Zywiel, M., Kuzyk, P., Safir, O., Backstein, D., & Wolfstadt, J. (2025). Same day total hip and knee arthroplasty performed at Canada's first academic ambulatory surgical center is safe and effective: Population level results. *The Journal of Arthroplasty*, *40*(6), 1460–1464. https://doi.org/10.1016/j.arth.2024.11.039

Vehmeijer, S. B. W., Husted, H., & Kehlet, H. (2018). Outpatient total hip and knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica*, *89*(2), 141–144. https://doi.org/10.1080/17453674.2017.1410958

Westby, M. D., Lalande, J.-F., Koehn, C., & Johal, N. (2025). A snapshot of hip and knee replacement rehabilitation care across Canada: A cross-sectional survey using an online clinician quality indicator questionnaire. *Physiotherapy Canada*, *77*(1), 28–41. https://0-doi-org.aupac.lib.athabascau.ca/10.3138/ptc-2022-0083

Zomar, B. O., Sibbald, S. L., Bickford, D., Howard, J. L., Bryant, D. M., Marsh, J. D., & Lanting, B. A. (2020). Implementation of outpatient total joint arthroplasty in Canada: Where we are and where we need to go. *Orthopedic Research and Reviews*, *12*, 1–8. https://doi.org/10.2147/ORR.S239386

Zomar, B. O., Marsh, J. D., Bryant, D. M., & Lanting, B. A. (2022). The cost of outpatient versus inpatient total hip arthroplasty: A randomized trial. *Canadian Journal of Surgery*, *65*(5), E553. https://doi.org/10.1503/cjs.003821

Adhésion à l'AIISOC – Joignez-vous dès aujourd'hui !

Êtes-vous une infirmière, une infirmière auxiliaire ou une infirmière praticienne travaillant en soins périopératoires ? Devenez membre d'un regroupement national dédié à l'avancement de la pratique de soins infirmiers périopératoires !

Inscrivez-vous ou renouvelez votre adhésion à l'AIISOC et profitez d'avantages exclusifs, notamment :

- rabais sur les frais d'inscription aux conférences
- rabais sur l'achat des **Lignes directrices de l'AIISOC**
- possibilités de réseautage précieux à travers le Canada
- accès aux webinaires éducatifs mensuels et aux journées de formation virtuelle
- occasions de perfectionnement offertes au niveau provincial
- soutien à la certification en soins infirmiers périopératoires de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)
- admissibilité à présenter une candidature ou à être mise en nomination pour les prix de l'AIISOC
- possibilité de poser votre candidature pour participer à des comités
- participation à des concours réservés aux membres avec des chances de gagner des prix
- opportunités pour les éducateurs et les leaders en soins périopératoires de joindre des groupes nationaux tels que le **Perioperative Nurse Educators of Canada (PNEC) et les Canadian Operating Room Leaders (CORL)**
- opportunités de poser votre candidature pour des postes de directrices au sein du conseil d'administration afin de contribuer à l'avancement national des soins infirmiers périopératoires.

Profitez pleinement des ressources, des contacts et des opportunités que l'AIISOC met à votre disposition pour soutenir votre développement professionnel.

Pour en savoir plus et adhérer dès aujourd'hui :
https://www.ornacmembers.ca/benefits.phtml