

# Accelerating Post-Surgical Best Practices Using Enhanced Recovery After Surgery

Carla Williams, Claude Laflamme and Brian Penner

## Abstract

**Patients undergoing surgery today experience longer hospital stays and more complications because evidence-based practices in the areas of nutrition, activity, opioid-sparing analgesia, hydration and overall best practices are not consistently applied or used. There is also emerging evidence that supporting patients and families to become engaged in their perioperative care improves outcomes. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) helps patients be more prepared for surgery and recover more quickly by bringing patients, health-care providers and health systems together and creating tools and resources that are based on the most up-to-date evidence. The goal of Enhanced Recovery Canada is to support the uptake of these best practices across Canada, improving patient outcomes and experiences.**

**M**rs. Lee awaits colon cancer surgery. Her health-care/surgery team works with her to identify her concerns and to tailor support through evidence-based pathways to help her prepare mentally and physically (e.g., optimizing her diet, activity and medical conditions), which help ease her worry. She uses a customized tablet-based Enhanced Recovery app to track her symptoms and to know when to eat and drink at all times on her surgical journey. After surgery, she knows what to expect and is ready to move and eat the very same day. She has less nausea and

pain than she expected. Mrs. Lee is discharged from hospital only 4 days post-surgery. She continues to use her Enhanced Recovery app and has regular follow-ups, which alleviate her anxiety. Six weeks later, she says she feels ready to start chemotherapy. The surgery team tracks her symptoms, uses appropriate pain and symptom control to optimize her recovery and encourages her to move, avoiding the muscle wasting, weakness and frailty that are a consequence of immobilization.

This scenario is a far cry from the present state in Canada. In reality, Mrs. Lee suffered terribly from anxiety and a lack of empowerment. Her pre-surgical period was rife with inconsistent patient information and optimization strategies. She stayed 10 days in hospital and waited 4 weeks for results. Her doctor was equally upset by the gaps in care and unnecessary costs that she felt she was unable to change. The health authority recognized the value of adopting evidence-based practices but had difficulty spreading the implementation of best practices and scaling them up without first addressing buy-in among stakeholders.

## Enhanced Recovery After Surgery

Ensuring the best outcomes for Mrs. Lee and patients like her led to Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). ERAS consists of evidence-based care pathways “designed to achieve early recovery after surgical procedures by maintaining

preoperative organ function and reducing the profound stress response following surgery” (Melynk et al. 2011). ERAS had its beginnings in Europe and is a comprehensive, multidisciplinary approach to the care of the surgical patient (ERAS® Society n.d.; Gustafsson et al. 2013). The program is improving health and safety outcomes for patients. Evidence indicates that implementing ERAS best practices reduces post-operative readmissions and visits to the emergency department but perhaps more significantly, implementation of ERAS best practices reduces length of stay and costs (Thanh et al. 2016).

Enhanced Recovery Canada (ERC) is a project of the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) that had its origin in a national surgical care safety strategy as part of CPSI's Integrated Patient Safety Action Plan. An action defined within that plan was to “identify new or emerging best practices in surgical care/surgical care safety, and once identified, develop a plan to disseminate and implement across the country.” All roads lead to a bundle of evidence-based practices referred to as Enhanced Recovery After Surgery. Although pockets of implementation were identified across Canada, it was acknowledged that greater outcomes could be achieved if these best practices were implemented more broadly.

Although implementation of these best practices is evolving in several provinces, to date, widespread application in Canada has been limited. ERC builds upon the efforts of the ERAS® Society and is committed to disseminating and supporting implementation of these best practices across the country. Rooted in quality improvement, ERAS follows the patient journey by taking a broader look at both the continuum of surgical care and the outcomes of care. With support from 24 partner organizations from across the country, ERC is leading the drive to improve surgical safety across the country and helping to disseminate enhanced recovery principles.

ERC's vision is to help surgery patients get better faster. Several actions are employed to achieve this. Knowledge users, patients, clinicians and healthcare systems act and talk to each other differently. Patients are engaged partners from diagnosis to recovery. They receive clear information on what to expect and how they can contribute to their care. Their concerns are addressed in a consistent, systematic and timely fashion. Healthcare practitioners across disciplines apply evidence-based care in a collaborative, supportive environment to optimize delivery and patient outcomes. The ERC program consists of evidence-based, surgery-specific clinical pathways with complementary patient engagement resources and a strategy for dissemination and implementation. The ERC clinical pathways focus on nutrition, mobilization, hydration, pain and symptom control and other surgical best practices (e.g., prevention of surgical site infections). Because patients receive the right care at the right time, health systems in every Canadian province and territory benefit from a shorter length

of stay, lower costs, fewer complications and improved access to care (Lee et al. 2015; Thanh et al. 2016). Additionally, patients' perception that they play a major role within a collaborative ERAS team will improve patient experience and facilitate earlier recovery (Gillis et al. 2017).

### **Enhanced Recovery Canada**

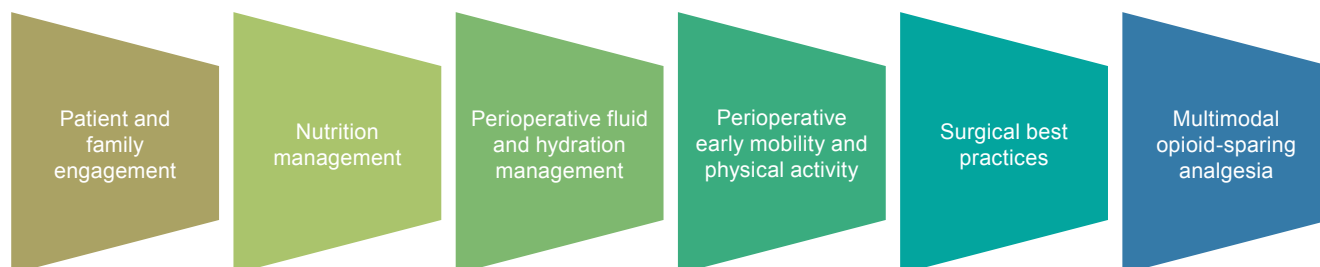
ERC began informally in January 2017 at a meeting convened by CPSI to make the acceleration of enhanced recovery strategies a priority. ERC is a volunteer group of passionate physicians, nurses, patients and allied healthcare providers who agreed to work together to spread ERAS across the country. Twenty-four organizations were invited to attend the face-to-face meeting, including representatives from Patients for Patient Safety Canada, the Royal College of Physician and Surgeons of Canada, Canada Health Infoway, various surgical specialties (Canadian Association of General Surgeons, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and Canadian Anesthesiologists' Society), provincial quality councils and other health organizations (Operating Room Nurses Association of Canada, Dietitians of Canada, Canadian Physiotherapy Association and Canadian Society of Hospital Pharmacists).

An interdisciplinary team was formed to foster the momentum needed to move this work forward. A project charter was developed, and a governance committee was formed with input from stakeholders and partners. The governance committee, which is chaired by Dr. Claude Laflamme, the medical director of quality and patient safety at Sunnybrook Health Sciences Centre in Toronto, meets monthly.

More than 40 healthcare professionals, including surgeons, anesthesiologists, nurses, physiotherapists, dietitians and patients from 10 provinces, the Northwest Territories and Yukon, are invested in ERC. Supporting the core ERAS principles (Figure 1), they contribute to one of five clinical pathway working groups and/or the patient engagement working group. Members develop the resources, identify evaluation metrics and develop knowledge tools to support teams with ERC implementation. Stakeholders, identified through their involvement with local enhanced recovery programs, serve as site-based champions and leaders for change and implement the pathways. They are the early adopters, encouraging others to follow their lead.

The first clinical pathway ERC addressed is colorectal surgery, mainly because, historically, it has the strongest evidence of efficacy and uptake. ERC chose six core principles for colorectal surgeries: patient and family engagement, nutrition, early mobilization, perioperative fluid management, multimodal pain management and evidence-based surgical best practices (Figure 1). These core principles encompass the most important actions supporting enhanced recovery and can be more broadly applied to other surgery types.

**FIGURE 1.**  
Core principles of Enhanced Recovery After Surgery



The bundling of guidelines for enhanced surgical recovery is the foundation of ERC. ERC recognizes that surgery is part of a continuum of patient care from presentation to primary care, initial diagnosis, surgical treatment, rehabilitative care and ongoing assessment and that the care team includes the patient, the family and a variety of health professionals coordinating their efforts to optimize patient experiences and outcomes.

Healthcare organizations often include “improved patient care” as either an explicit or implicit part of their vision. This goal is embraced by surgical professional organizations and other health professional schools as well as by patient safety agencies and provincial quality improvement organizations. ERC is aligned with this vision, linking the goals and activities of healthcare team members to improve the patient’s journey and health outcome. The complexity of surgical care demands the skill, commitment and collaboration of an interprofessional team throughout the perioperative period.

ERC enhances and enables the uptake of evidence-based practices in surgery by bringing patients, healthcare providers, healthcare administrators and other stakeholders together with processes and knowledge to improve health outcomes. With patients as partners, ERC has set the following objectives:

- Develop evidence-based care pathways (structured multidisciplinary care plans that detail the essential steps in patient care) and resources for colorectal, gynecologic, orthopedic, obstetric, cardiac and other surgeries.
- Implement and evaluate uptake and impact of the care pathways.
- Disseminate care pathways, strategies and tools to promote uptake in all provinces and territories.
- Support teams with local implementation strategy through enrollment in CPSI’s national Safety Improvement Project.

Figure 2 outlines ERC’s vision which includes objectives, stakeholders, strategies for success and impact and benefits.

### Approach: Knowledge Mobilization

ERC provides a clearinghouse for knowledge tools, such as clinical pathways, standardized order sets, a data collection manual and patient optimization tools. These are freely available to any facilities wanting to implement ERC best practices for colorectal surgeries. To further support implementation for teams that have not yet adopted ERAS best practices, CPSI launched a small-scale 18-month national ERC safety improvement project in April 2019. It builds on knowledge of enhanced recovery programs and tools to allow for knowledge mobilization in surgery more broadly and greater permeation of and access to a variety of patients and sites. Additionally, CPSI is developing a knowledge translation toolkit that, along with the ERC clinical pathways and patient optimization resources, will be valuable in supporting local healthcare teams with knowledge mobilization.

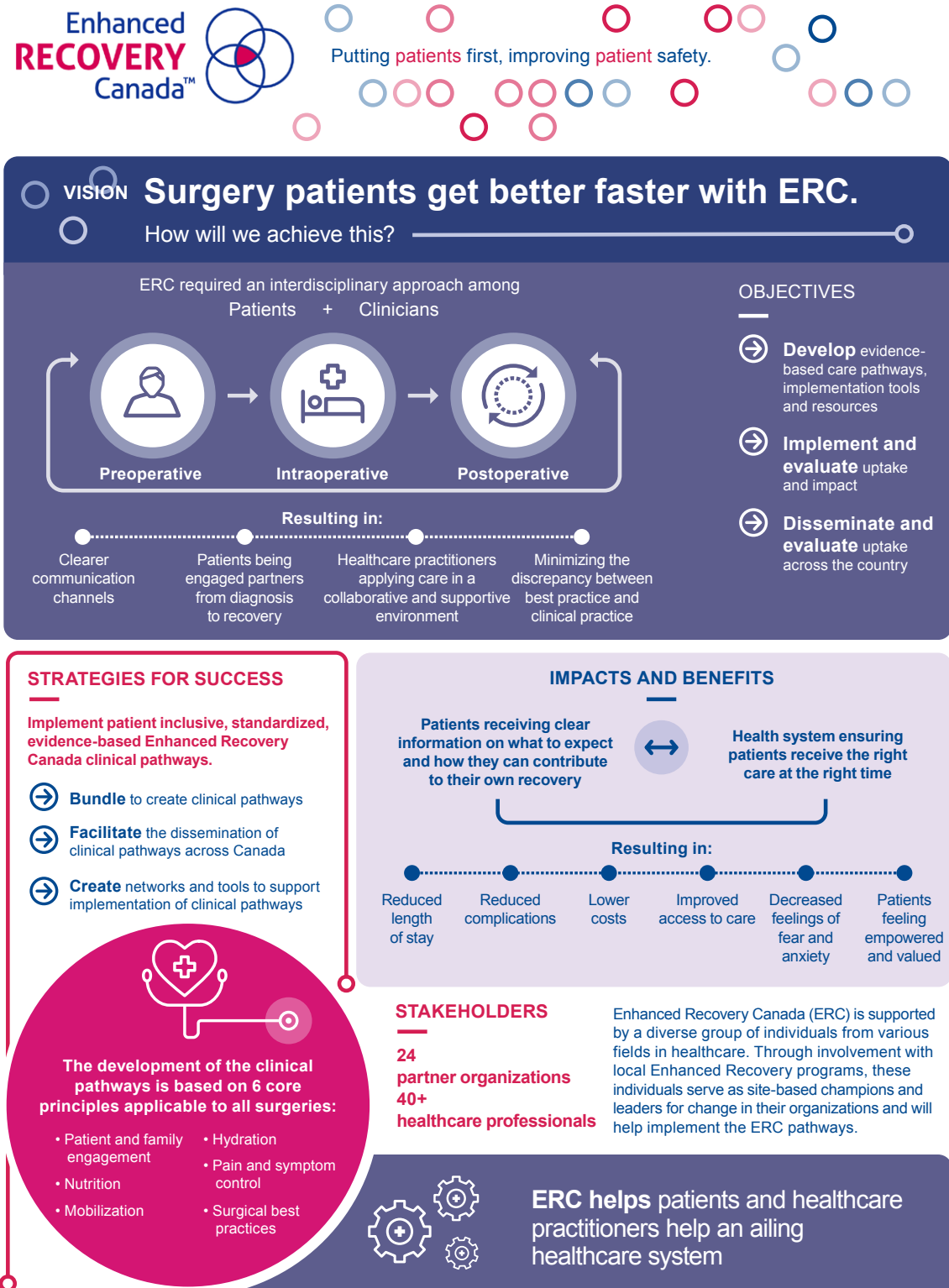
### Consultation with Patient Safety Experts

Patients and provincial healthcare and quality organizations from Alberta, Saskatchewan, Ontario, Quebec and Newfoundland have participated in developing ERC and have adopted an evidence-based patient engagement framework and guiding principles to support and direct ongoing work (Gillis et al. 2017). ERC partners include industry and a wide variety of organizations, such as the Health Standards Organization and the Royal College of Physicians and Surgeons, which support mobilization of the pathways and tools through the development of standards for education and accreditation.

### Next Steps

The ERC project started with the development of clinical pathways and resources to support patients having colorectal surgeries. Over time, ERC will extend to orthopedic, gynecologic and obstetric, cardiac and other surgeries.

**FIGURE 2.**  
Enhanced Recovery Canada's vision



## Conclusion

ERC is invested in patients' participation and engagement – building on and embracing the power and capacity of patients in all their diversity. With its many stakeholders, ERC will make a positive impact on outcomes. Patients will feel more involved and empowered and better able to contribute to their health and surgical journey. Healthcare professionals are enabled to provide the care they know makes a difference and have the tools and strategies to support this. Patients, healthcare providers and leaders and the healthcare system benefit because when best practice is adopted, patients get out of hospital sooner and have fewer complications and readmissions, resulting in decreased costs and increased access for other patients. ERC is becoming the standard for surgical care in Canada and will contribute internationally by building on capacity and connections. **HQ**

## Acknowledgements

The authors would like to thank members of the ERC governance team and other surgical experts who contributed to this paper: Melinda Baum, Leah Gramlich, Erin Ballah, Debbie Watson, Franco Carli, Gregg Nelson, Phillippe Richebe and Gabriele Baldini.

## References

ERAS® Society. n.d. About the ERAS Society. Retrieved July 9, 2019. <<http://erassociety.org/about/history>>.

Gillis, C., M. Gill, N. Marlett, G. MacKean, K. GermAnn, L. Gilmour et al. 2017. Patients as Partners in Enhanced Recovery After Surgery: A Qualitative Patient-Led Study. *BMJ Open* 7: e017002. doi:10.1136/bmjopen-2017-017002.

Gustafsson, U.O., M.J. Scott, W. Schwenk, N. Demartines, D. Roulin, N. Francis et al.; Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society, for Perioperative Care; European Society for Clinical Nutrition and Metabolism; International Association for Surgical Metabolism and Nutrition. 2013. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. *World Journal of Surgery* 37(2): 259–84. doi:10.1007/s00268-012-1772-0.

Lee, L., J. Mata, G.A. Ghitulescu, M. Boutros, P. Carlebois, B. Stein et al. 2015. Cost-Effectiveness of Enhanced Recovery versus Conventional Perioperative Management for Colorectal Surgery. *Annals of Surgery* 262(6): 1026–33. doi:10.1097/SLA.0000000000001019.

Melynk, M., R.G. Casey, P. Black and A.J. Kouaris. 2011. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols: Time to Change Practice? *Canadian Urological Association Journal* 5(5): 342–48. doi:10.5489/cuaj.11002.

Thanh, N.X., A.W. Chuck, T. Wasylak, J. Lawrence, P. Faris, O. Ljungqvist et al. 2016. An Economic Evaluation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Multisite Implementation Program for Colorectal Surgery in Alberta. *Canadian Journal of Surgery* 59(6): 415–21. doi:10.1503/cjs.006716.

## About the Authors

**Carla Williams** is a registered nurse and senior program manager at the Canadian Patient Safety Institute.

**Claude Laflamme** is the medical director of quality and patient safety in the Department of Anesthesia at Sunnybrook Health Sciences Centre.

**Brian Penner** is a member of Patients for Patient Safety Canada.

**Correspondence may be directed to:** Carla Williams, Senior Program Manager, Canadian Patient Safety Institute, 10025 – 102A Avenue, Suite 1400, Edmonton, AB T5J 2Z2; telephone: 709-685-8254; e-mail: [cwilliams@cpsi-icsp.ca](mailto:cwilliams@cpsi-icsp.ca).

# Accélérer l'adoption des meilleures pratiques postopératoires au moyen de la récupération améliorée après chirurgie

Carla Williams, Claude Laflamme et Brian Penner

## Résumé

**De nos jours, les patients opérés sont gardés plus longtemps à l'hôpital et sont plus susceptibles de connaître des complications, car on n'applique pas de façon systématique les pratiques fondées sur les données probantes dans les domaines de la nutrition, de l'activité physique, de l'effet d'épargne des opioïdes ou de l'hydratation, ni les meilleures pratiques en général. De plus en plus de données montrent que le fait d'aider les patients et leur famille à participer aux soins périopératoires améliore les résultats. La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) aide les patients à mieux se préparer à la chirurgie et à récupérer plus rapidement en réunissant les patients, les prestataires de services de santé et les systèmes de santé et en créant des outils et ressources fondés sur les données probantes les plus à jour. Le programme Récupération optimisée Canada a pour objectif de favoriser l'adoption de ces pratiques exemplaires partout au Canada, afin d'améliorer les résultats et l'expérience des patients.**

Mme Lee se prépare à une chirurgie pour le cancer du côlon. L'équipe de chirurgie travaille avec elle pour identifier ses préoccupations et adapter son soutien grâce à des procédures fondées sur les données probantes afin de l'aider mentalement et physiquement (par exemple, en optimisant son alimentation, son activité physique et son état médical), ce qui l'aidera à calmer

ses inquiétudes. Mme Lee utilise une application personnalisée sur tablette pour suivre ses symptômes et savoir quand manger et boire tout au long du parcours chirurgical. Après l'opération, elle sait à quoi s'attendre et elle est prête à bouger et à manger le jour même. Elle a moins de nausées et de douleurs qu'elle ne l'imaginait. Quatre jours seulement après l'opération, Mme Lee sort de l'hôpital. Elle continue d'utiliser son application de récupération améliorée et a des suivis réguliers, ce qui atténue son anxiété. Six semaines plus tard, elle se sent prête à commencer une chimiothérapie. L'équipe de chirurgie assure le suivi et emploie les contrôles appropriés pour la douleur et les symptômes afin d'optimiser sa récupération. De plus, on l'encourage à bouger, pour éviter l'atrophie musculaire, la faiblesse et la fragilité qui résultent de l'immobilisation.

Ce scénario est loin de la situation actuelle au Canada. En réalité, Mme Lee a terriblement souffert d'anxiété et d'un manque de contrôle. La période préopératoire a été parsemée d'informations et de stratégies d'optimisation incohérentes. Elle est restée pendant 10 jours à l'hôpital et a attendu quatre semaines pour obtenir les résultats. Son médecin était également déconcertée par les lacunes dans les soins et les coûts inutiles qu'elle estimait incapable de corriger. Les autorités sanitaires reconnaissent l'importance d'adopter des pratiques fondées sur les données probantes, mais elles ont du mal à diffuser les meilleures pratiques sans d'abord chercher à obtenir l'adhésion des parties concernées.



## Récupération améliorée après chirurgie

La quête des meilleurs résultats pour Mme Lee ou autres patients a mené à la création de protocoles pour une récupération améliorée après chirurgie (RAAC). La RAAC est un cheminement clinique fondé sur les données probantes et « conçu pour permettre un rétablissement précoce après une intervention chirurgicale, et ce, en maintenant la fonction préopératoire des organes et en réduisant la réponse de stress marqué après une intervention chirurgicale » (Melynck et al. 2011). La RAAC est née en Europe et constitue une approche globale et multidisciplinaire des soins du patient en chirurgie (ERAS<sup>®</sup> Society s. d.; Gustafsson et coll. 2013). Le programme améliore les résultats en matière de santé et de sécurité pour les patients. Les données indiquent que la mise en œuvre des meilleures pratiques de RAAC permet de réduire les réadmissions postopératoires et les consultations au service des urgences, mais surtout la mise en œuvre des meilleures pratiques de RAAC permet de réduire la durée des séjours et les coûts (Thanh et coll. 2016).

Le projet de Récupération optimisée Canada (ROC), de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), découle d'une stratégie nationale de sécurité des soins chirurgicaux dans le cadre du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients. Une des actions définies dans ce plan était d'« identifier les meilleures pratiques nouvelles ou émergentes en matière de sécurité des soins chirurgicaux et, une fois identifiées, d'élaborer un plan de diffusion et de mise en œuvre au pays ». Toutes les avenues mènent à un ensemble de pratiques fondées sur les données qu'on nomme « récupération améliorée après chirurgie ». Bien que certains lieux de mise en œuvre aient été identifiés au Canada, on reconnaît que si ces pratiques exemplaires étaient davantage mises en œuvre, on obtiendrait de meilleurs résultats.

Bien que la mise en œuvre de ces pratiques exemplaires évolue dans plusieurs provinces, leur application généralisée au Canada demeure limitée. Le projet ROC s'appuie sur les travaux de la Société ERAS<sup>®</sup> et s'engage à diffuser la mise en œuvre des meilleures pratiques à travers le pays. Ancré dans le principe d'amélioration de la qualité, la RAAC suit le cheminement du patient en considérant le continuum des soins chirurgicaux et les résultats cliniques. Grâce au soutien de 24 organisations partenaires au pays, ROC dirige la campagne visant à améliorer la sécurité des chirurgies au pays et aide à diffuser les principes de la récupération améliorée.

La vision de ROC consiste à aider les patients ayant subi une chirurgie à se rétablir plus rapidement. Plusieurs actions contribuent à y parvenir. En effet, les responsables, les patients, les cliniciens et les systèmes de santé interagissent différemment. Les patients sont des partenaires actifs à toutes les étapes, du diagnostic à la récupération. Ils reçoivent des informations claires sur ce qui les attend et sur la façon de contribuer à leurs soins. Leurs préoccupations sont traitées de manière cohérente,

systématique et rapide. Les professionnels de la santé de toutes les disciplines offrent des soins fondés sur les données probantes, et ce, dans un environnement collaboratif propice à l'optimisation des résultats pour les patients. Le programme de ROC comprend les cheminements cliniques spécifiques à une chirurgie, qu'accompagnent des ressources de participation des patients et une stratégie de diffusion et de mise en œuvre. Les cheminements cliniques proposés par ROC portent sur la nutrition, la mobilisation, l'hydratation, le contrôle de la douleur et des symptômes ainsi que d'autres pratiques chirurgicales exemplaires (par exemple, la prévention des infections du champ opératoire). Puisque que les patients reçoivent les soins adéquats au bon moment, les systèmes de santé de chaque province et territoire canadiens bénéficient de durées de séjour plus courtes, de coûts moindres, de moins de complications et d'un meilleur accès aux soins (Lee et coll. 2015; Thanh et coll. 2016). De plus, le rôle des patients au sein d'une équipe de RAAC enrichit leur expérience et accélère leur rétablissement (Gillis et coll. 2017).

## Récupération optimisée Canada

Le projet de ROC a débuté de manière officielle en janvier 2017 lors d'une réunion convoquée par l'ICSP pour accélérer l'adoption des stratégies de rétablissement améliorées. Le projet réunit un groupe de bénévoles composé de médecins, d'infirmières, de patients et de prestataires de services de santé qui ont accepté de travailler ensemble pour diffuser la RAAC dans l'ensemble du pays. Vingt-quatre organisations ont été invitées à assister à la réunion, dont des représentants de Patients pour la sécurité des patients du Canada, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, d'Inforoute Santé du Canada, de diverses associations de chirurgiens (Association canadienne des chirurgiens généraux, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et Société canadienne des anesthésiologistes), des conseils provinciaux de la qualité et d'autres organismes de santé (Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada, Diététistes du Canada, Association canadienne de physiothérapie et Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux).

Une équipe interdisciplinaire a été formée pour donner l'élan nécessaire à l'avancement de ce travail. Une charte de projet a été élaborée et un comité de gouvernance a été formé avec la participation des intervenants et des partenaires. Le comité de gouvernance, présidé par le Dr Claude Laflamme, directeur médical de la sécurité des patients et de la qualité au centre des sciences de la santé Sunnybrook à Toronto, se réunit à tous les mois.

Plus d'une quarantaine de professionnels de la santé, dont des chirurgiens, des anesthésiologistes, des infirmières, des physiothérapeutes, des diététistes et des patients de 10 provinces, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon, sont investis dans le projet de ROC. S'appuyant sur les principes de base du système de RAAC (Figure 1), ils contribuent à l'un des cinq groupes de travail sur les cheminements cliniques ou au groupe de travail

sur l'engagement des patients. Les membres développent les ressources, identifient des mesures d'évaluation et développent des outils pour aider les équipes à mettre en œuvre le projet de ROC. Les partenaires, identifiés grâce à leur implication dans les programmes locaux de récupération améliorée, servent de champions locaux pour la mise en œuvre des cheminements cliniques. Ils sont les premiers à adopter les principes de ROC et encouragent les autres à suivre l'exemple.

Le premier cheminement clinique abordé par ROC concerne la chirurgie colorectale, principalement parce qu'on y trouve les données les plus solides en matière d'efficacité et d'adoption. Pour le projet de ROC, on a choisi six principes de base en matière de chirurgie colorectale : engagement du patient et de sa famille, nutrition, mobilité précoce, gestion périopératoire des liquides, gestion multimodale de la douleur et meilleures pratiques chirurgicales fondées sur les données probantes (Figure 1). Ces principes englobent les principales actions pour une récupération optimisée et peuvent s'appliquer à d'autres types de chirurgie.

Le regroupement de lignes directrices visant à améliorer la récupération après une chirurgie constitue le fondement même du projet de ROC. Ce projet reconnaît que la chirurgie fait partie du continuum des soins, allant de la consultation aux soins primaires, en passant par le diagnostic initial, le traitement chirurgical, les soins de réadaptation et l'évaluation continue. On reconnaît, de plus, que l'équipe de soins inclut le patient, la famille et divers professionnels de la santé qui coordonnent leurs efforts pour optimiser l'expérience thérapeutique et les résultats cliniques.

Les organisations de soins de santé incluent souvent, de façon explicite ou implicite, le principe d'« amélioration des soins aux patients » dans leur vision. Cet objectif est adopté par les organisations professionnelles de chirurgiens et d'autres écoles de professionnels de la santé, ainsi que par les agences pour la sécurité des patients et les organismes provinciaux d'amélioration de la qualité. Le projet de ROC partage cette vision, en liant les objectifs et les activités des membres des équipes de soins de santé afin d'améliorer le cheminement et les résultats cliniques. La complexité des soins chirurgicaux exige

les compétences, l'engagement et la collaboration d'une équipe interprofessionnelle tout au long de la période périopératoire.

Le projet de ROC favorise l'adoption de pratiques chirurgicales fondées sur les données probantes en mettant en relation patients, prestataires de soins de santé, administrateurs et autres parties prenantes, avec des processus et des connaissances qui permettent d'améliorer les résultats cliniques. Avec les patients comme partenaires, la ROC vise les objectifs suivants :

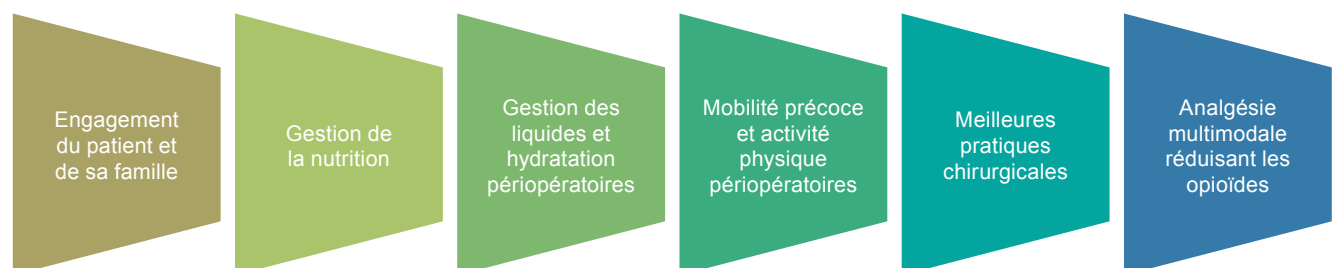
- Développer des cheminements cliniques fondés sur les données probantes (c'est-à-dire des plans structurés de soins multidisciplinaires qui détaillent les étapes essentielles des soins) et des ressources pour les chirurgies colorectales, gynécologiques, orthopédiques, obstétriques, cardiaques et autres.
- Mettre en œuvre et évaluer l'utilisation et l'impact des cheminements cliniques.
- Diffuser les cheminements cliniques, stratégies et outils pour promouvoir l'adoption dans les provinces et territoires.
- Soutenir les équipes dans les stratégies locales de mise en œuvre en sollicitant leur adhésion au projet national d'amélioration de la sécurité de l'ICSP.

La Figure 2 présente la vision de ROC de même que les objectifs, partenaires, stratégies, impacts et avantages.

### Mobilisation des connaissances

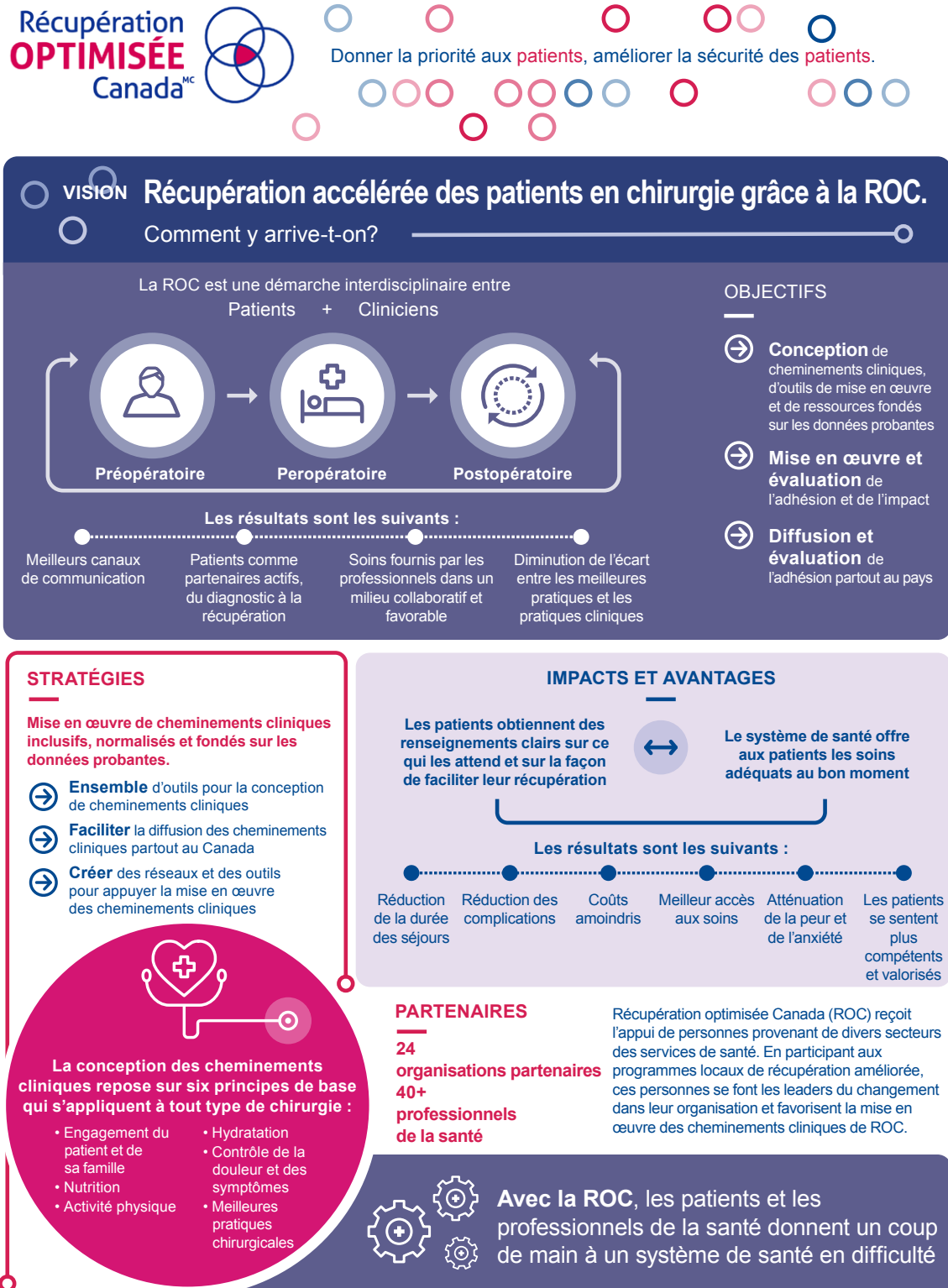
Le projet de ROC propose un centre d'échange d'informations, tels que des cheminements cliniques, un ensemble de modèles d'ordonnances, un guide pour la collecte de données ainsi que des outils d'optimisation des patients. Ces outils sont disponibles gratuitement pour tout établissements souhaitant mettre en œuvre les meilleures pratiques de ROC en matière de chirurgies colorectales. Afin de soutenir davantage la mise en œuvre chez les équipes qui n'ont pas encore adopté les meilleures pratiques de RAAC, l'ICSP a lancé, en avril 2019, un projet national d'amélioration de la sécurité d'une durée de 18 mois.

**FIGURE 1.**  
**Principes de base de la récupération améliorée après chirurgie**





**FIGURE 2.**  
**Vision de Récupération optimisée Canada**



Ce projet met à profit les connaissances tirées de programmes et d'outils de récupération améliorés afin d'accroître la mobilisation des connaissances et de permettre un meilleur accès en chirurgie à une diversité de patients et d'établissements. De plus, l'ICSP travaille au développement d'une boîte à outils pour l'application des connaissances qui, de pair avec les cheminement cliniques et les ressources d'optimisation des patients, sera utile pour aider les équipes locales de soins de santé à mobiliser les connaissances.

### **Consultation auprès de spécialistes de la sécurité des patients**

Les patients et les organismes provinciaux de services de santé et de la qualité des soins en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario, au Québec et à Terre-Neuve ont participé à l'élaboration de ROC et ont adopté un cadre de participation des patients fondé sur les données probantes et sur des principes directeurs afin de soutenir et de diriger les travaux en cours (Gillis et coll. 2017). Les partenaires de ROC incluent l'industrie et une grande variété d'organisations, telles que l'Organisation de normes en santé et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui soutiennent la mobilisation des cheminement cliniques et des outils grâce à l'élaboration de normes pour la formation et l'accréditation.

### **Prochaines étapes**

Le projet de ROC a débuté avec le développement de cheminement cliniques et de ressources pour aider les patients subissant une chirurgie colorectale. Avec le temps, la ROC s'étendra aux chirurgies orthopédiques, gynécologiques et obstétriques, cardiaques et autres.

### **Conclusion**

Le projet de ROC s'investit dans la participation et l'engagement des patients, en s'appuyant sur les possibilités et la capacité des patients dans toute leur diversité. Fort de ses nombreux partenaires, la ROC aura un impact positif sur les résultats

cliniques. Les patients se sentiront plus impliqués et responsabilisés et seront davantage en mesure de contribuer à leur santé et à leur parcours chirurgical. Les professionnels de la santé sont en mesure de prodiguer les soins le plus adéquats et disposent des outils et stratégies pour y arriver. Les patients, les prestataires de services de santé, les responsables ainsi que le système de santé en tirent profit car, une fois les meilleures pratiques adoptées, les patients quittent l'hôpital plus tôt et présentent moins de complications et de réadmissions, ce qui entraîne une réduction des coûts et un accès accru aux services pour les autres patients. La ROC deviendra de plus en plus la norme en matière de soins chirurgicaux au Canada et apportera sa contribution au niveau international en renforçant ses capacités et ses réseaux. **HQ**

### **Remerciements**

Les auteurs aimeraient remercier l'équipe de gouvernance de ROC ainsi que les autres chirurgiens spécialistes qui ont contribué à cet article : Melinda Baum, Leah Gramlich, Erin Ballah, Debbie Watson, Franco Carli, Gregg Nelson, Phillippe Richebe et Gabriele Baldini.

### **Références**

Veillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (p. 76).

### **À propos des auteurs**

**Carla Williams** est infirmière autorisée et gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

**Claude Laflamme** est directeur médical de la sécurité des patients et de la qualité à l'unité des soins anesthésiques au centre des sciences de la santé Sunnybrook.

**Brian Penner** est membre de Patients pour la sécurité des patients du Canada.

**Adresse pour correspondance** : Carla Williams, gestionnaire principale de programme, Institut canadien pour la sécurité des patients, 10025 – 102A Avenue, bureau 1400, Edmonton, AB T5J 2Z2; téléphone : 709-685-8254; courriel : cwilliams@cpsi-icsp.ca.