

LA RÉHABILITATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE

Au CHU Estaing, les soignants du service de chirurgie digestive du centre hospitalo-universitaire d'Estaing possèdent une expérience de huit ans en « réhabilitation améliorée après chirurgie ». Une prise en charge globale d'origine danoise en cours d'évaluation par la HAS.

QU'EST-CE QUE LE PROTOCOLE RAC ?

La RAC est un ensemble de mesures pré, per et postopératoires destinées à réduire l'agression chirurgicale et améliorer les suites de toute opération chirurgicale. Les mesures sont médicales, chirurgicales mais également les soins infirmiers. Le malade opéré subit des agressions par l'opération chirurgicale mais également par les soins. Si on peut réduire l'agression liée aux soins, il reste que l'agression chirurgicale. Il s'agit d'inciter le patient à être un acteur actif de sa prise en charge. L'objectif pour chaque type d'intervention est de définir « un chemin clinique ».

De nombreuses études ont montré que la RAC réduisait de près de 50 % les complications postopératoires. Cette réduction de la morbidité concerne surtout les complications dites « médicales ». Mais à côté de cet effet objectif et facilement mesurable, on observe aussi une amélioration de la qualité de vie des patients. En effet, les patients ont moins de douleurs, moins d'iléus, et de fatigue postopératoires. Il en résulte une durée d'hospitalisation et une convalescence significativement raccourcies (réduites), sans augmentation du taux de réhospitalisation.

La RAC a été initialement évaluée dans le cadre de la chirurgie colorectale. Mais rapidement ses indications ont été étendues à d'autres domaines en chirurgie digestive (bariatrique, pancréatique, gastrique, œsophagienne), orthopédique, thoracique, urologique, gynécologique, et cardiovasculaire.

Les gains :

- séjour raccourci
- moins de soins inutiles
- Le malade se complique moins.

Tout le protocole repose sur deux aspects :

- L'esprit d'équipe
- La participation active du malade

Le malade qui est acteur de ses soins, il participe à ses soins. Par exemple, dès le soir de l'opération, le malade est levé. En effet, un malade qui n'a pas de douleur, pas de fièvre et pas de nausée peut se lever sans problème. Il est donc partie prenante de ce protocole.

Au-delà de l'aspect économique, il y a l'aspect des soins. Le délai d'hospitalisation étant raccourci, le suivi est évidemment assuré après sortie. Théoriquement, ce type de malade ne demande pas plus de soins qu'un malade sortant plus tard, car il sort en meilleur état.

Ce programme est proposé à tous les malades, il n'y a pas de contre-indication pour ce type de protocole, à

Le Pr Karem Slim, président du Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie



condition de l'adapter. Les patients qui en profitent le plus sont les personnes âgées, car elles sont moins agressées et ne restent plus dans leur lit avec des complications (thromboses veineuse, escarres...).

Il est adapté à chaque spécialité chirurgicale. Le concept a été approché par les pays Scandinaves dans les années 90. Cela se diffuse que depuis quelques années



© Pr Karem Slim

Si le malade ne présente pas des signes de faiblesse, il est levé le plus tôt possible après son opération.

VOUS PRÉSIDEZ LE GROUPE GRACE, DE QUOI S'AGIT-IL ?

C'est un groupe de professionnels, interdisciplinaire donc transversal composé de chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, nutritionnistes, orthopédistes. Toutes les spécialités sont représentées. Créé en janvier 2014, ce groupe aide au déploiement du protocole RAC au niveau national mais

Vie de l'établissement

également en Belgique et en Suisse. L'autre objectif de GRACE est de favoriser la recherche dans ce domaine. Plusieurs commissions dépendent de GRACE :

- Une commission scientifique qui gère le symposium, la bibliographie et le site internet,
- une commission d'implémentation qui aide les Centres qui souhaitent mettre en place ce protocole,
- une commission où toutes les spécialités seront représentées (ex. orthopédie, gynécologie, chirurgie thoracique etc.),
- une commission de relation avec les sociétés savantes et la tutelle.

À QUOI SERT UN « CENTRE GRACE ? »

Le rôle de chaque Centre GRACE est, grâce à son expertise, d'aider les établissements voisins à mettre en place les programmes de RAC.

Afin de favoriser l'implémentation, nous avons imaginé un maillage de ce territoire par des centres relais que l'on appelle des « Centre GRACE ». Chaque centre devra répondre à un cahier des charges rigoureux. Ils doivent pratiquer eux-mêmes la RAC et inclure leurs malades dans un système de logiciel d'audit appelé GRACE Audit, qui leurs permettent de s'auditer. Ces centres doivent être « labellisés » par GRACE et être reconnu. Cette reconnaissance est d'une durée de un an. De ce fait, chaque année, cela est renouvelé grâce à un rapport remis par GRACE suite à un audit.

Cet audit permet de voir l'activité du centre mais également de se comparer aux données globales de la base de données nationale. L'audit peut rentrer dans le cadre de l'Analyse des Pratiques Professionnelles.

Ce logiciel est gratuit pour tous les centres. En effet, un accord a été mis en place avec la Sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance maladie. Elle finance l'hébergement du logiciel. Cela permet d'offrir ce logiciel à tous les centres GRACE.

QUI SONT LES ACTEURS DE CE PROGRAMME ?

Le patient

La principale particularité de la RAC est de considérer le patient comme un acteur actif de ses soins. Ainsi, le rôle du patient est ainsi primordial pour la réussite de cette prise en charge. Cette participation du patient commence dès les premières consultations médicales avant l'opération, se poursuit durant l'hospitalisation et même au-delà du séjour à l'hôpital.

Dès la première consultation le patient doit être informé des détails du programme, de son rôle dans la prise en charge, et des conditions de sa sortie de l'établissement. Cette information est orale, et écrite (document clair et compréhensible), et/ou éventuellement électronique (diaporama ou vidéo). Cette information est délivrée par l'équipe de soins (chirurgien, anesthésiste, infirmière, et éventuellement kinésithérapeute) de manière coordonnée à la consultation et répétée si nécessaire à l'accueil du patient dans le service de soins (la veille de l'intervention, ou

le jour de l'intervention si l'admission est programmée ainsi). Ce temps d'éducation thérapeutique est indispensable, chaque équipe doit en définir les modalités selon les moyens disponibles. Afin d'impliquer davantage le patient dans ses soins, l'équipe soignante peut fournir au patient un cahier de bord journalier à remplir.

Dans le cadre de la RAC, la mobilisation précoce dans laquelle le patient joue une part active, est essentielle. Le patient passe ainsi d'un « état passif en position horizontale » à un « état actif en position verticale ». En effet il a été démontré que la mobilisation active et précoce est non seulement un facteur majeur et indépendant de la réussite de tout programme de RAC mais qu'il réduit de manière significative l'incidence des complications respiratoires et thromboemboliques, notamment. Toutefois, la mobilisation précoce nécessite l'application efficace des autres mesures de la réhabilitation. Un patient, acteur de ses soins, qui en a été bien informé avant sa chirurgie, des concepts et bénéfices de la RAC, qui n'a ni douleur, ni nausée, ni tuyaux, ni complication grave et qui s'alimente... accepte volontiers de quitter le fond du lit.

JOURNAL DE BORD DU PATIENT

Prénom : Nom :
Date de naissance : / /

AVANT L'OPÉRATION

J'ai reçu la fiche d'information	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'ai saisi la finalité des soins que j'aurai	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le cas échéant, j'ai eu besoin de renseignements complémentaires oraux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le cas échéant, j'ai respecté la recommandation d'arrêter de fumer au moins 3 semaines avant mon intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le cas échéant, j'ai suivi les prescriptions de préparation physique avant mon intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le cas échéant, j'ai bu le produit destiné à améliorer mes défenses immunitaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le cas échéant, j'ai pu boire la totalité du liquide sucré qu'on m'a proposé la veille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
→ Si non : <input type="checkbox"/> Je n'en ai bu qu'une partie <input type="checkbox"/> Je n'ai pas pu le boire	

LE JOUR DE L'OPÉRATION (APRÈS MON RETOUR DU BLOC)

J'ai bu :	J'ai mangé :	J'ai eu des nausées :
<input type="checkbox"/> Assez (1 demi-litre)	<input type="checkbox"/> Bien tout ce qu'on m'a proposé	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Peu	<input type="checkbox"/> Peu	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Pas du tout	

J'ai vomité :	Je me suis mis assis :	Je me suis mis debout :
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Entre 30 et 1 h	<input type="checkbox"/> Entre 30 et 1 h
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> + de 2 h	<input type="checkbox"/> + de 2 h

J'ai marché :

<input type="checkbox"/> Entre 30 et 1 h	Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur en mouvements est de :
<input type="checkbox"/> + de 2 h	

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Logo de votre établissement



Le journal de bord du patient fait partie du protocole de la RAC et implique le patient dans la prise en charge.

Les soignants

La RAC ne peut se concevoir sans approche multimodale et donc multidisciplinaire. Il suffit de parcourir les protocoles de soins pour se rendre compte de l'importance d'une collaboration entre les différents acteurs : anesthésiste, chirurgien, nutritionniste, infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute, cadre administratif. L'équipe de soins se compose dans tous les cas d'un « trinôme leader » (chirurgien, anesthésiste, infirmière) et selon les cas, d'autres spécialistes ou corps de métier dont la participation est indispensable : nutritionniste, physiothérapeute, aide-soignant. On aboutit ainsi à une convergence des pratiques de tous les intervenants. Toute l'équipe (médicale et paramédicale) doit s'approprier le programme de RAC qui devient ainsi un standard de soins impliquant tous les intervenants de l'établissement.

Vie de l'établissement

➔ L'administration

Le rôle de l'administration est essentiel pour la réussite du programme de RAC. Il s'agit de mettre en œuvre la formation du personnel médical et paramédical dans le cadre d'un programme de Développement Professionnel Continu. L'administration devra mettre en place des moyens humains et matériels pour permettre l'implémentation du programme de RAC. Cet investissement sera secondairement amorti par la réduction de la morbidité et de la durée de séjour (il s'agit d'un véritable retour sur investissement démontré dans toutes les études médico-économiques). Le rôle de l'administration est aussi de valider une charte de fonctionnement des équipes, participer à la fluidité de la mise en application du programme, répondre aux exigences de fonctionnement de l'équipe, notamment (au début du programme) par la désignation par exemple d'une infirmière dédiée ou à temps

dédié, l'embauche d'aides-soignants.

PEUT-ON PARLER D'ÉCONOMIE GRÂCE À CE PROGRAMME ? SI OUI, À COMBIEN CELA PEUT ÊTRE ESTIMÉ ?

Toutes les études internationales ont montré que la RAC était coût-efficace. En France, une étude médico-économique au sein des Hospices Civiles de Lyon a montré un gain annuel de 288 000 euros suite au déploiement de la RAC dans 5 services de chirurgie.

Une étude à plus grande échelle est actuellement menée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie avec la participation du CHU de Clermont-Ferrand.



L'intervention de différents acteurs à différents moments de la prise en charge péri-opératoire impose le développement d'un véritable esprit d'équipe.

Ici, Le Dr Karem Slim, chirurgien du service, au centre, entouré d'une partie des soignants et aides-soignantes.