



## CHIRURGIE COLORECTALE À CLERMONT-FERRAND

# RÉHABILITATION AMÉLIORÉE, AUTONOMIE PRÉSERVÉE

À Clermont-Ferrand, 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.

PAR SOPHIE MAGADOUX



©Dr. Karem Slim, CHU de Clermont-Ferrand

thérapeute du service de chirurgie digestive depuis bientôt cinq ans, au sein du centre hospitalo-universitaire d'Estaing de Clermont-Ferrand. Les deux kinésithérapeutes, douze infirmières, trois chirurgiens, trois anesthésistes, dix aides-soignantes et deux diététiciennes qui composent l'équipe mettent en œuvre un protocole de *réhabilitation améliorée après chirurgie* (RAC). Reconsidérant toutes les étapes de l'hospitalisation et de la convalescence, celui-ci permet de diminuer le stress opératoire et d'améliorer la qualité de vie du patient. Fini les 24 heures de jeûne avant chirurgie, l'anesthésie lourde ou l'alitement prolongé ! 80 % des patients accueillis chaque année dans le service clermontois sont suivis pour un cancer du côlon et tous sont concernés par cette approche. Âgés en moyenne de 50 à 70 ans, hors urgence et opérés par coelioscopie, ils sont suffisamment autonomes pour quitter l'établissement au terme de quatre jours seulement, contre huit auparavant.

## Harmoniser les pratiques

C'est en 2007 que le Dr Karem Slim, chirurgien, a décidé de recourir à la RAC au sein de ce service, en chirurgie colorectale, puis bariatrique. Trois réunions ont amorcé cette prise en soin modifiée : “D'abord afin de présenter à tous les principes puis, après deux et quatre mois, pour harmoniser les interventions des différents profes-

sionnels”, témoigne-t-il. Depuis, le personnel nouveau se forme par compagnonnage et grâce aux protocoles de service ou à l'occasion de conférences. Cette approche, le Dr Slim l'a découverte presque dix ans après que le Pr Henrik Kehlet l'ait développée au Danemark : “J'ai participé à la rédaction de recommandations de pratiques cliniques en soins péri-opératoires pour la Société française de chirurgie digestive (SFCDD) [éditées en 2005]. À l'époque, on parlait de *récupération*, mais la démarche étant globale, on préfère désormais le terme de *réhabilitation*”.

En janvier 2014, le chirurgien est devenu le fondateur et président d'une association multidisciplinaire (anesthésie, chirurgie, nutrition, soins infirmiers, kinésithérapie et administration) baptisée Groupe francophone de réhabilitation améliorée en chirurgie (GRACE). Celui-ci soutient le développement harmonisé de la démarche qui séduit de plus en plus de services hospitaliers dans l'Hexagone. Au printemps prochain, la Haute autorité de santé (HAS) devrait d'ailleurs rendre un rapport au sujet de la RAC en France et à l'étranger. D'ores et déjà, elle qualifie les résultats de “prometteurs” malgré “l'hétérogénéité des pratiques”.

## Favoriser l'autonomie

Rares sont les patients difficiles à convaincre de l'intérêt de la RAC. Elle est présentée en consultations pré-opératoires : “Ils sont sensibles au fait de pouvoir se déplacer et de retrouver leur domicile rapidement et entendent parfaitement la corrélation entre le risque de complications (thrombo-emboliques, escarres, constipation, raideur articulaire, atrophie musculaire... et maladies nosocomiales) et un alitement et/ou un séjour prolongés”, affirme le Dr Karem Slim.

Madalina Balaban, masseur-kinésithérapeute du service de chirurgie digestive, déambule avec un patient sans perfusion à J+1 après colectomie.

“**A**près opération du rectum ou du côlon, je procède au lever du patient ou, au minimum, à l'assise au fauteuil, dès que possible, en général à J+1”, relate Madalina Balaban, masseur-kinési-



Pour rendre effective la réhabilitation améliorée, chaque professionnel de l'équipe du service de chirurgie digestive joue un rôle incontournable. Le Dr Karem Slim, chirurgien du service, au centre, entouré d'une partie des soignants et aides-soignantes.



©Dr Karem Slim, CHU de Clermont-Ferrand

Avec la RAC, dont le but est de générer le minimum de perturbations, chaque soignant a "une carte à jouer dans la chaîne de soin", estime Marie Vignaud, anesthésiste du service, qui explique que "les écarts glycémiques comme la déshydratation sont minimisés, les traitements médicaux poursuivis... J'informe aussi les fumeurs des conséquences du tabac sur la cicatrisation, la phlébite et les effets de l'anesthésie (je les incite à arrêter pendant six semaines)". Les produits utilisés sont à élimination rapide, la morphine et les gestes invasifs réduits. "Nous évitons les sondages, les drains, les perfusions et nous veillons au confort du patient par la prévention des douleurs, nausées et vomissements. Les traitements sont administrés par voie orale. Tout cela favorise la mobilité dès le réveil", poursuit-elle. En position verticale, le patient devient "acteur de sa guérison" insiste le Dr Karem Slim, d'où l'implication des masseurs-kinésithérapeutes. La mobilisation précoce favorise le tran-

sit, la circulation, préserve le tonus musculaire et l'équilibre. "Je suis là pour le premier lever et donner le feu vert aux infirmiers et aides-soignantes en évaluant les capacités des membres inférieurs, pour effectuer un transfert, la toilette debout... Ensuite, je passe chaque jour et leur montre des exercices de renforcement musculaire qu'ils doivent effectuer trois à quatre fois par jour. Au besoin, ils ont des pédalettes à placer devant le fauteuil. Je fais de la marchothérapie dans le couloir, puis les escaliers s'ils en ont chez eux. Et la kinésithérapie respiratoire est parfois nécessaire suite à ce

type de chirurgie. Au retour à domicile, un kinésithérapeute libéral peut éventuellement prendre le relais", explique Madalina Balaban.

### Des bénéfices multiples

La RAC fait l'objet d'un suivi régulier : "Le groupe GRACE met à disposition de ses membres un logiciel d'audit. Il suffit de renseigner les vingt items (pas de préparation colique systématique, pas de jeûne prolongé, chirurgie mini-invasive, lever et alimentation précoces, etc.) et ce dernier fournit une image de la pratique du service en continu, faisant ressortir les points à travailler. Dans notre cas : le lever à J+1 et non pas à J+0 dû au manque de personnel et, avant opération, l'ingestion non systématique d'eau sucrée par le patient", expose le Dr Slim. Toutefois, les bénéfices pour les patients et les économies pour la structure sont bien réels : "En raison du temps de soin infirmier libéré, le rapport est moins technique et plus relationnel qu'au CHU de Clermont-Ferrand, où nous sommes assaillis de malades. Je n'ai pas les chiffres mais les Hôpitaux civils de Lyon ont estimé l'économie sur cinq services à 288 000 euros en 2014", conclut le chirurgien. ■