

La Lettre du Comité Régional Réhabilitation Améliorée



après Chirurgie

agenda

Janv 2017 – ARS Ile de France, Lancement du projet de développement de la RAC en IDF, inspiré du projet ARS ARA
12 janv 2017 – Congrès AFCA, Maison de la chimie, Paris
30 mars 2017 – ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Réunion bilan du développement de la RAC en région Rhône-Alpes
2 juin 2017 – GRACE Symposium, Cité Universitaire, Paris

édito

J'ai pris connaissance de la démarche d'implémentation de la Réhabilitation Améliorée après Chirurgie à laquelle vous participez comme 40 établissements de santé de la partie Rhônalpine de notre nouvelle région. Deux éléments ont particulièrement retenu mon intérêt.

La promotion de la RAC elle-même: Rendant le patient acteur de sa prise en charge, c'est un élément essentiel du virage ambulatoire. Informer et aider le patient à se préparer à l'intervention, limiter l'agression chirurgicale, mobiliser toute l'équipe soignante dans un projet de réhabilitation précoce, permettent une récupération beaucoup plus rapide, un séjour hospitalier plus bref et réduisent d'autant les risques nosocomiaux.

Au-delà des résultats très prometteurs liés à la RAC, je vois dans la méthode d'apprentissage utilisée dans cette démarche – les plus expérimentés partageant leur expérience avec des postulants – un vrai modèle "gagnant-gagnant" pour les équipes hospitalières: ce compagnonnage permet l'implémentation dans de nouveaux services et conforte dans le même temps cette démarche exigeante dans les services référents.

« L'adhésion à la RAC de la part de l'équipe médicale et paramédicale de la chirurgie digestive a permis d'améliorer l'hospitalisation et le confort du patient avec une diminution de la morbidité et de la durée de séjour.

Cette prise en charge et ce parcours de soins sont le présent et le futur de la chirurgie moderne.

Dans la poursuite de la RAC, le CHU Saint-Etienne a réalisé les premières collectomies et sleeve gastrectomies en ambulatoire.

De nouveaux projets sont actuellement en cours afin de faire évoluer la pratique de la RAC : hospitalisation du patient le jour de la chirurgie, évaluation de l'impact sur le devenir de la personne âgée, sur l'évolution de la maladie cancéreuse... Nous sommes au début de cette révolution au service du patient. »

Dr Gabriele Bandolino, PHU Chr. Digétiive, CHU St-Etienne

biblio

HAS – juin 2016
Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives.
GRACE Association
Comment j'implémente la RAC dans mon établissement.

Il mange normalement la veille au soir, prend une préparation sucrée dans la soirée et le matin deux heures avant la chirurgie, afin d'éviter un jeûne trop prolongé, inconfortable, et de diminuer la phase inflammatoire et la résistance à l'insuline en postopératoire.

Lorsque c'est possible, la chirurgie est effectuée par coelioscopie, moins invasive, en levant les différentes sondes gastriques et urinaires dès la fin de chirurgie, et sans drainage chirurgical. Il est important de maintenir la température correcte du patient et un remplissage hydroélectrique restrictif. En anesthésie, divers blocs de parois et infiltrations visent à réduire l'utilisation de morphiniques, diminuant ainsi leurs effets secondaires (nausées, somnolence, hyperalgesie) et facilitant la reprise du transit.

Après le réveil et le retour dans le service, le patient est rapidement assis au bord du lit. Il se lève, et prend un repas léger dès le soir s'il le désire. Le lendemain, il se lève, fait sa toilette, marche avec le kiné et se nourrit à son appetit sans restriction. Rapidement, il retrouve un état proche de celui à l'arrivée dans le service. Le départ est possible dès que le transit est normal, en l'absence de fièvre ou de douleur avec un bilan biologique satisfaisant.

Les études montrent que les éléments les plus importants pour la reprise du transit et la durée de séjour sont la nutrition et la mobilisation rapide.

En préop, on explique au patient l'organisation des soins et on insiste sur la nécessité de sa participation active. Il est conseillé de pratiquer une activité physique (marche 1h/jour). Le médecin prescrit des séances de kiné respiratoire et un complément nutritionnel stimulant les défenses immunitaires. A l'arrivée à l'hôpital, le patient n'a pas de préparation intestinale (lavement) sauf parfois pour la chirurgie rectale.

RAC et Ambulatoire, même combat !

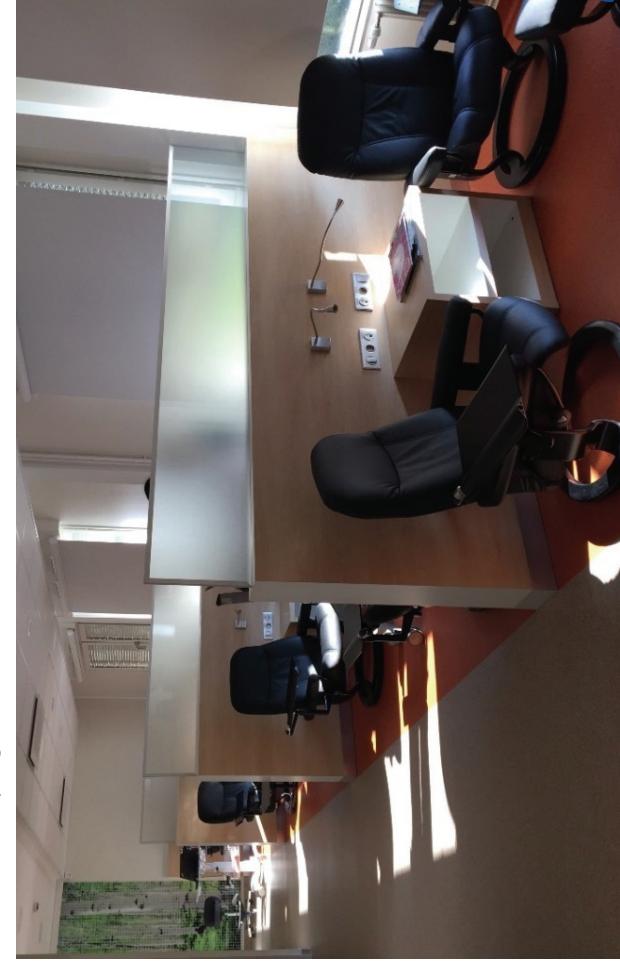
L'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) avait inscrit la RAC au programme des journées scientifiques 2016 à Paris, preuve de la convergence des pratiques pour ces prises en charge:

- De la réhabilitation améliorée à la chirurgie ambulatoire - yes we can: la chirurgie du colon. Dr Benoit Gignoux, CAPIO Clin. Sauvagardé
- Recommandations de la Fédération Française de Chirurgie Viscérale et Digestive. Pr Karem Slim, CHU Clermont-Ferrand
- Surveillance après la sortie: utilisation des SMS dans les programmes de réhabilitation améliorée. Dr Olivier Raspado, Infirmerie Protestante de Lyon

Pour le congrès 2017, nul doute que les grands principes de la RAC seront au centre des débats: patient first, travail pluridisciplinaire, anticipation et suivi... Les ressorts sont les mêmes pour la RAC et l'ambu !

On ne se croirait pas à l'hôpital ? C'est le but !

Première photo de la nouvelle zone d'accueil des patients le jour de l'intervention au **CHU Lyon Sud**. Le Pr Eddy Cotte témoigne: « Ce nouveau salon d'accueil est très apprécié des patients. Il permet de les accueillir dans de bonnes conditions le jour même de leur opération et ainsi d'éviter une nuit d'hospitalisation inutile la veille. Le cadre très agréable (fauteuils confortables, lumière douce et fond musical), à l'abri des tumultes d'un service d'hospitalisation classique, permet de limiter l'anxiété pré-opératoire et ainsi le recours à la prémédication qui est un des éléments d'un programme RAC. »



J'ai pris connaissance de la démarche d'implémentation de la Réhabilitation Améliorée après Chirurgie à laquelle vous participez comme 40 établissements de santé de la partie Rhônalpine de notre nouvelle région. Deux éléments ont particulièrement retenu mon intérêt.

La promotion de la RAC elle-même: Rendant le patient acteur de sa prise en charge, c'est un élément essentiel du virage ambulatoire. Informer et aider le patient à se préparer à l'intervention, limiter l'agression chirurgicale, mobiliser toute l'équipe soignante dans un projet de réhabilitation précoce, permettent une récupération beaucoup plus rapide, un séjour hospitalier plus bref et réduisent d'autant les risques nosocomiaux.

Au-delà des résultats très prometteurs liés à la RAC, je vois dans la méthode d'apprentissage utilisée dans cette démarche – les plus expérimentés partageant leur expérience avec des postulants – un vrai modèle "gagnant-gagnant" pour les équipes hospitalières: ce compagnonnage permet l'implémentation dans de nouveaux services et conforte dans le même temps cette démarche exigeante dans les services référents.



Bonne chance pour la poursuite de cette implantation. J'en suivrai attentivement les premiers résultats dont vous pourrez rendre compte le 30 mars prochain.
Dr Jean-Yves Grall
DG ARS ARA

« L'adhésion à la RAC de la part de l'équipe médicale et paramédicale de la chirurgie digestive a permis d'améliorer l'hospitalisation et le confort du patient avec une diminution de la morbidité et de la durée de séjour.

Cette prise en charge et ce parcours de soins sont le présent et le futur de la chirurgie moderne.

Dans la poursuite de la RAC, le CHU Saint-Etienne a réalisé les premières collectomies et sleeve gastrectomies en ambulatoire.

De nouveaux projets sont actuellement en cours afin de faire évoluer la pratique de la RAC : hospitalisation du patient le jour de la chirurgie, évaluation de l'impact sur le devenir de la personne âgée, sur l'évolution de la maladie cancéreuse... Nous sommes au début de cette révolution au service du patient. »

Dr Gabriele Bandolino, PHU Chr. Digétiive, CHU St-Etienne

Il mange normalement la veille au soir, prend une préparation sucrée dans la soirée et le matin deux heures avant la chirurgie, afin d'éviter un jeûne trop prolongé, inconfortable, et de diminuer la phase inflammatoire et la résistance à l'insuline en postopératoire.

Lorsque c'est possible, la chirurgie est effectuée par coelioscopie, moins invasive, en levant les différentes sondes gastriques et urinaires dès la fin de chirurgie, et sans drainage chirurgical. Il est important de maintenir la température correcte du patient et un remplissage hydroélectrique restrictif. En anesthésie, divers blocs de parois et infiltrations visent à réduire l'utilisation de morphiniques, diminuant ainsi leurs effets secondaires (nausées, somnolence, hyperalgesie) et facilitant la reprise du transit.

Après le réveil et le retour dans le service, le patient est rapidement assis au bord du lit. Il se lève, et prend un repas léger dès le soir s'il le désire. Le lendemain, il se lève, fait sa toilette, marche avec le kiné et se nourrit à son appetit sans restriction. Rapidement, il retrouve un état proche de celui à l'arrivée dans le service. Le départ est possible dès que le transit est normal, en l'absence de fièvre ou de douleur avec un bilan biologique satisfaisant.

Les études montrent que les éléments les plus importants pour la reprise du transit et la durée de séjour sont la nutrition et la mobilisation rapide.

En préop, on explique au patient l'organisation des soins et on insiste sur la nécessité de sa participation active. Il est conseillé de pratiquer une activité physique (marche 1h/jour). Le médecin prescrit des séances de kiné respiratoire et un complément nutritionnel stimulant les défenses immunitaires. A l'arrivée à l'hôpital, le patient n'a pas de préparation intestinale (lavement) sauf parfois pour la chirurgie rectale.

pour en savoir plus

La Lettre du CRRAC est une publication du projet RAC coordonné par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et APSIS Santé.



Chef de Projet: ARS ARA
Dr Pierre MENARD – 04 27 86 57 18
Edwige OLIMEDO – 04 27 86 56 21
Accompagnement: APSIS Santé
Philippe DEVILLERS – 06 87 75 17 14
philippe.devillers@apsis-sante.com

RAC au CHU Saint-Etienne: vers une nouvelle prise en charge du patient en chirurgie digestive

En 2012, l'équipe de chirurgie digestive du CHU Saint Etienne a commencé à modifier la prise en charge et le parcours patient selon le protocole RAC inspiré des travaux du Dr Henrik Kehlet, chirurgien scandinave, le premier à mettre en évidence, dans les années 90, l'importance d'une prise en charge multimodale et multidisciplinaire des soins péri-opératoires.

Ces protocoles pré, per et post opératoires, mis en route par les Drs Barabino et Beauchesne, permettent de diminuer la morbidité et la durée de séjour des patients. Après un démarrage avec des patients choisis, l'équipe médicale, avec l'aide de Mme Sorlin (cadre de santé), a généralisé cette pratique à tous les patients. Le CHU a participé au projet de l'ARS Rhône-Alpes sur la RAC, afin de partager son expérience avec des établissements de la région et d'améliorer ses pratiques.

Le 11 octobre, le CHU Saint-Etienne a organisé une conférence RAC en présence d'experts, Pr Slim de Clermont-Ferrand, et Pr Cotte de Lyon.

La participation élevée de praticiens d'établissements voisins et de médecins généralistes a fait la démonstration palpable de l'intérêt pour la RAC aujourd'hui.

Les principes de la RAC reposent sur la diminution du stress chirurgical et le maintien de l'homéostasie avec un retour rapide à l'état physiologique de base. Ce programme associe infirmiers, kinés et diététiciens, autour d'un patient acteur de sa prise en charge.

En préop, on explique au patient l'organisation des soins et on insiste sur la nécessité de sa participation active. Il est conseillé de pratiquer une activité physique (marche 1h/jour). Le médecin prescrit des séances de kiné respiratoire et un complément nutritionnel stimulant les défenses immunitaires. A l'arrivée à l'hôpital, le patient n'a pas de préparation intestinale (lavement) sauf parfois pour la chirurgie rectale.

Il mange normalement la veille au soir, prend une préparation sucrée dans la soirée et le matin deux heures avant la chirurgie, afin d'éviter un jeûne trop prolongé, inconfortable, et de diminuer la phase inflammatoire et la résistance à l'insuline en postopératoire.

Il mange normalement la veille au soir, prend une préparation sucrée dans la soirée et le matin deux heures avant la chirurgie, afin d'éviter un jeûne trop prolongé, inconfortable, et de diminuer la phase inflammatoire et la résistance à l'insuline en postopératoire.

Audit des pratiques

La fiche navette consiste en une feuille A3 format portrait, divisée en 3 parties horizontales pré, per et post opératoire. Ici, exemple de la partie préopératoire.

Antécédents personnels	
Score ASA	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4
Diabète	□ non □ traité □ non traité
Anémie	□ non □ traité □ non traité
Prise d'immunosuppresseur	□ oui □ non
Tabagisme	□ nsp □ non □ actif
Coronaropathie	□ non □ traitement médical
HTA	□ pontage aortocoronaire □ stents
BPCO	□ non □ traité □ non traité
Artériopathie Mifflin	□ non □ traité □ non traité
IRC	□ oui □ non
Trouble du rythme	□ non □ traité □ non traité
AVC ou ATB	□ non □ traité □ non traité
Dyslipidémie	□ non □ traité □ non traité
Insuffis. cardiaque	□ non □ traité □ non traité
Prise d'anticoagulants	□ non □ AVK □ NACO
HBM	□ oui □ non
Prise antigéants plaquettaire	□ oui □ non

Données préopératoires	
Score ASA	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4
Analgésique	□ non renseigné
GN1 □ GN2 □ GN3 □ GN4	
Score APPEL	□ non renseigné
0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4	
Mensuration	□ IMC (kg/m ²)
poids (kg)	□ oui
taille (cm)	□ oui
Hémoglobine	□ g/dl
Créatinine	□ µmol/l
Protide	□ g/l
Albumine	□ g/l
SpO ₂	□ %

D'autres prennent le contre-pied de pratiques acquises depuis des lustres : désappareillage du patient, épargne morphinique, mobilisation et réalimentation normale dès le soir de l'intervention... Ces changements sont difficiles et nécessitent un effort de conviction important et répété.

D'autres impliquent des équipements spécifiques: moniteur du remplissage, maintien de la température, sans lesquels leur respect est impossible.

D'autres enfin, comme l'information et l'éducation patient, sont des sujets d'améliorations permanentes tant il est ardu d'avoir une bonne efficacité.

Il n'est donc pas immédiat d'observer toutes ces bonnes pratiques pour les chirurgies engagées dans la RAC, d'où l'intérêt de suivre l'évolution dans le temps de leur niveau d'application.

L'association GRACE propose une plate-forme Internet d'AUDIT des pratiques de premiers établissements à s'être livrés à cette saisie dans GRACE AUDIT a montré des difficultés de deux ordres:

- 1- Les données nécessaires à la constitution du dossier GRACE AUDIT se trouvent bien souvent dans plusieurs systèmes d'informations et parfois ne sont pas tracés (en postop...).
- 2- La sécurisation élevée de la plate-forme Internet nuit à la fluidité de la saisie, sauf à disposer de toutes les données sous la main et d'en faire un travail de secrétariat médical.

Dans la mise en place du reporting à l'ARS, nous nous sommes inspirés d'un topo présenté par l'équipe de chirurgie digestive du GH Paris Saint-Joseph lors du symposium GRACE 2016. Il y était montré comment un suivi trimestriel de l'observation des bonnes pratiques, via un export des données de GRACE AUDIT, permettait de mesurer les progrès de l'équipe.

Salon RAC à HP Loire

Grace au financement de l'ARS, l'HPL a ouvert début octobre son Salon RAC. L'objectif est de permettre la sortie sécurisée à J3 des patients opérés d'une chirurgie colique, sélectionnés en amont par le chirurgien. Il permet dès J1 de favoriser la mobilité des patients en toute sécurité sous la surveillance d'un kiné. En fonction des possibilités des patients, ils peuvent reprendre une activité de marche ou de vélo. L'aide des appareils permet d'engager rapidement une posture moins « repliée sur soi-même», ce qui

permet aux patients d'être plus rapidement autonomes.

C'est également un lieu convivial où il est possible d'échanger autour d'un repas. « Prendre son repas dans une salle dédiée et non pas dans son lit est déjà un pas vers la guérison » déclare un patient. A ce jour, une dizaine de patients ont bénéficié de cette prise en charge. Tous ont été ravis d'intégrer ce parcours de soins. En 2017, l'objectif sera de le proposer à d'autres spécialités.

Blanche Pugnat, Représ de Service, Hôpital Privé Lainé

Objet connecté: gadget, nuisance ou atout ?

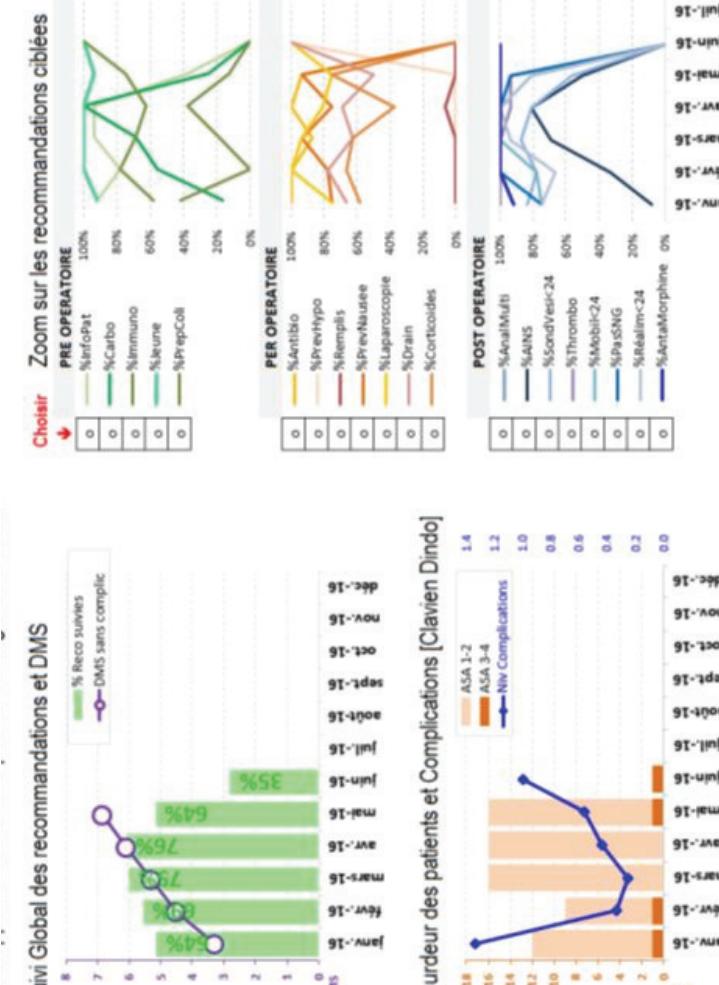


Le système de reporting devient donc:

- 1- Utiliser la fiche navette (papier) pour renseigner toutes les étapes de la prise en charge. Cette fiche fait partie du dossier du patient. Tous les professionnels de santé peuvent y saisir les données relatives à leurs interventions sur le patient.
- 2- Dès la sortie du patient, organiser la saisie sur Internet GRACE AUDIT par une secrétaire médicale ou une IDE RAC, par délégation du chirurgien. En cas de réadmission après la sortie, la fiche et la saisie sont complétées.
- 3- Exporter chaque mois les données de GRACE AUDIT dans l'outil de suivi et étudier l'évolution de ses pratiques.
- 4- Tous les 3 mois, faire parvenir à l'ARS le rapport synthétique de suivi pour compilation régionale.

Philippe Deillers, APSSS Santé

L'outil de suivi interne de l'évolution des pratiques traite les données GRACE AUDIT.



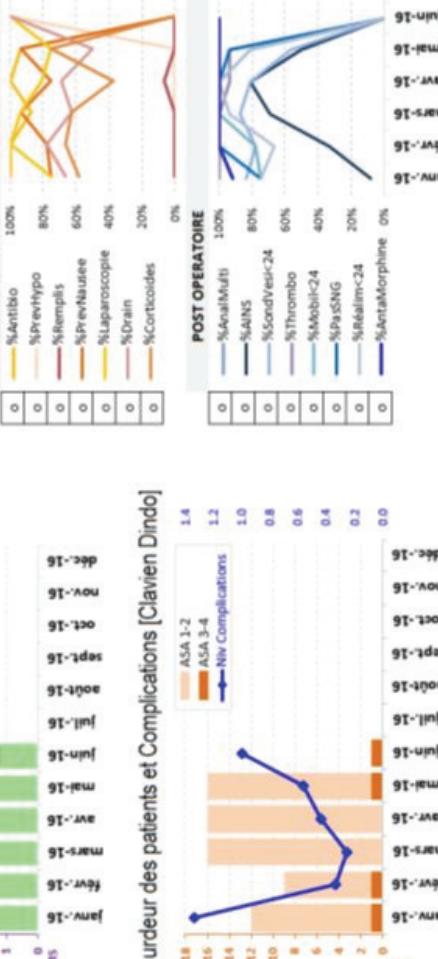
Bluffant ! les patients sur scène 6 heures après la chirurgie



ANNECY 2016
www.annecyambulatorysurgery.com
KNEE & HIP AMBULATORY SURGERY ANESTHESIA

Si le changement, c'est de la communication, la Clinique Générale d'Annecy a réussi un coup formidable en faisant témoigner sur scène en fin d'après-midi les patients opérés le matin. Une séquence très émouvante qui a marqué les esprits, en présence de l'équipe au complet: kiné, diét, directrice, IDE, RAC et MAR (Dr Delaunay). Seul manque le chirurgien (Dr de Polignac) qui officie au micro...

DISCHARGE OF THE 3 PATIENTS : TKA, THA, ACL
SORTIE DES 3 PATIENTS : PTG, PTH, LCA



3

2