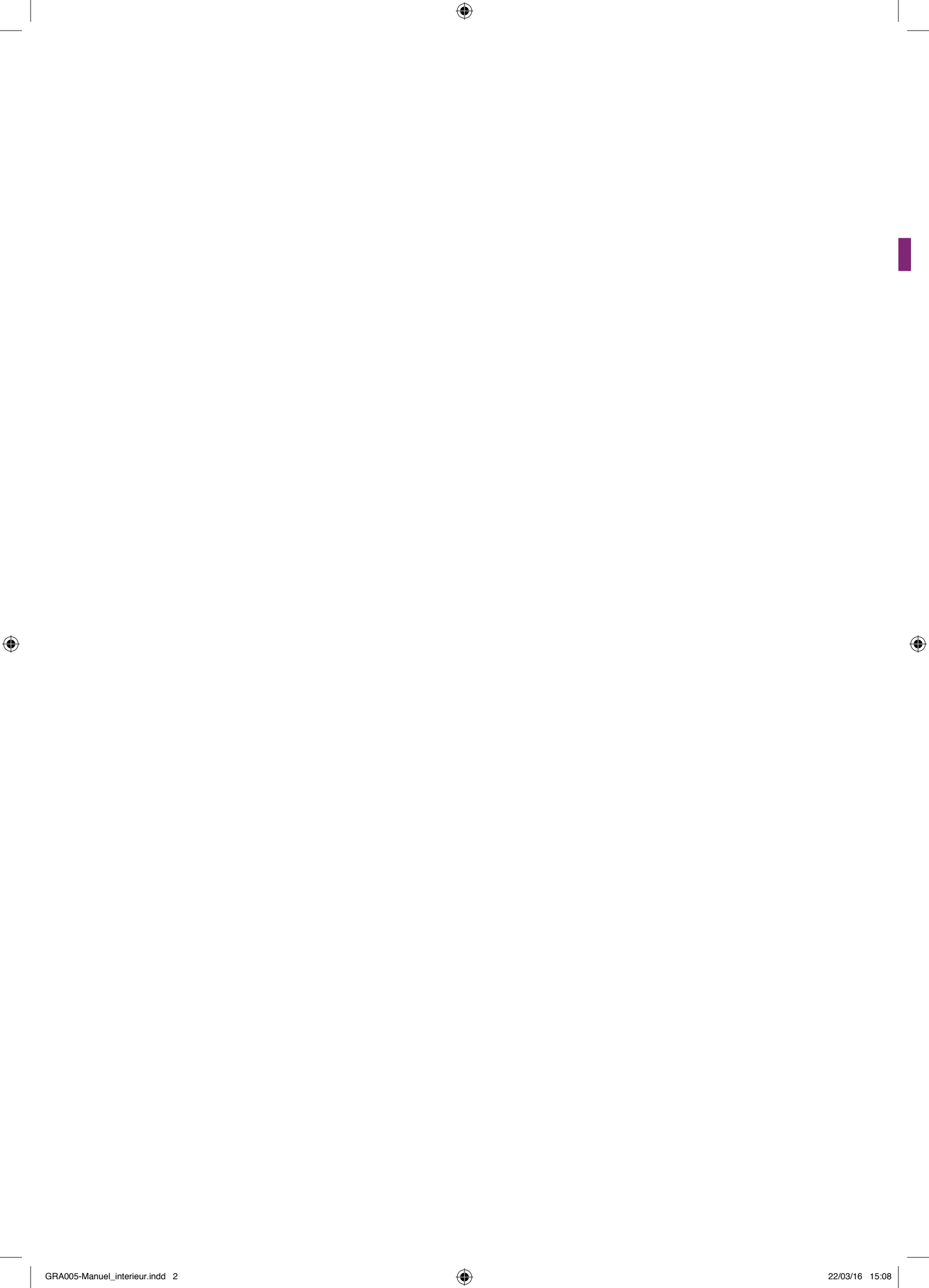


Implémentation
d'un programme de
RÉHABILITATION AMÉLIORÉE
APRÈS CHIRURGIE



SOMMAIRE

■ Introduction	5
■ Généralités sur la RAC	5
■ Les programmes de RAC	6
1. Les principes généraux	6
2. Programmes par spécialité	6
■ Les acteurs de la RAC	7
1. Les patients	7
2. Les soignants	7
3. L'administration	7
■ Le calendrier d'implémentation	8
1. La première année	8
2. Le suivi	8
■ L'esprit d'équipe	9
■ Comment lever les freins	10
■ L'audit	11
1. Quels marqueurs ?	11
2. Auto – et hétéro – évaluation	11
■ Le rôle de GRACE	10
1. Le site internet	10
2. Le KIT-GRACE	10
3. Les Centres GRACE	10
4. L'organisation des réunions locales	10



INTRODUCTION

Plus de vingt ans après les premières publications des équipes pionnières, et quelques années après la publication d'essais randomisés, études de cohorte et méta-analyses prouvant l'efficacité de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) en termes de **réduction de la morbidité** et **raccourcissement de la durée d'hospitalisation**, c'est l'heure de la mise en place au quotidien (l'implémentation) des programmes de RAC dans diverses spécialités.

Ce document est conçu par le Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE) pour aider les équipes de soins et les établissements de santé, à implémenter les programmes de RAC.

GÉNÉRALITÉS SUR LA RAC

Une meilleure connaissance des phénomènes physiopathologiques qui entourent tout acte chirurgical (l'agression chirurgicale ou stress chirurgical), le développement des techniques chirurgicales mini-invasives, l'amélioration des techniques d'analgésie péri-opératoire, et la publication de multiples études scientifiques d'un bon niveau de preuves sur les éléments de soins péri-opératoires sont à la source de l'avènement de la réhabilitation améliorée après chirurgie. C'est **Henrik Kehlet** qui, au milieu des années 90 à Copenhague, a lancé le concept de « fast-track surgery » en chirurgie colorectale. Les études à plus grande échelle menées ultérieurement ont amené une évolution de ce paradigme vers la RAC (enhanced recovery), car l'aspect fast-track ou rapide de la période postopératoire n'est que le bénéfice secondaire d'une meilleure qualité de la convalescence postopératoire et une réduction de la morbidité globale.

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 réhospitalisation.

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

LES PROGRAMMES DE RAC

1. Les principes généraux

Les programmes comportent systématiquement **3 phases** : **préopératoire, peropératoire, et postopératoire**. La philosophie globale de tout programme de RAC est de réduire les effets de l'agression (ou stress) chirurgicale par **différents moyens médicaux et chirurgicaux** pour permettre au patient de récupérer dans de meilleures conditions et plus vite. Au-delà des mesures habituelles (antibioprophylaxie et thromboprophylaxie selon les termes de recommandations de pratique clinique, dépistage et traitement de l'anémie), les éléments communs des programmes sont résumés dans le tableau suivant :

En préopératoire

- Améliorer l'état nutritionnel et physique par une prise en charge adaptée
- Limiter le jeûne à la stricte durée nécessaire
- Réduire la résistance à l'insuline par une charge glucidique
- Expliquer au patient tout le déroulement de son intervention et son rôle tout au long de la procédure
- Éviter les prescriptions systématiques comme la prémédication ou la préparation colique

En peropératoire

- Préférer une chirurgie mini-invasive
- Préférer un protocole anesthésique avec une épargne morphinique et une gestion multimodale de la douleur
- Prévenir l'hypothermie peropératoire
- Assurer un remplissage veineux peropératoire adapté et surveillé
- Réaliser une hémostase soignée

En postopératoire

- Assurer une analgésie multimodale avec une épargne morphinique
- Éviter la sonde gastrique, les drainages et le sondage vésical systématiques
- Limiter le saignement postopératoire
- Réalimenter les patients précocement
- Encourager une mobilisation précoce

2. Programmes par spécialité

Plusieurs spécialités sont concernées. Les protocoles dont les éléments (ou mesures de soins périopératoires) sont associés aux meilleurs niveaux de preuves sont ceux de la chirurgie colorectale. Une forme générique (abrégée) des protocoles validés par la Commission Scientifique et le Conseil d'Administration de GRACE est disponible gratuitement sur le site www.grace-asso.fr. Les protocoles détaillés, conformes aux recommandations internationales en chirurgie digestive (colorectale, hépatique, bariatrique, pancréatique et oesophagienne et gastrique), orthopédique et thoracique sont disponibles dans l'espace « adhérents ». Les protocoles en chirurgie gynécologique (césarienne et hystérectomie) et urologique sont en préparation (cystectomie, néphrectomie, prostatectomie).

Mais il ne suffit pas d'avoir un protocole rédigé pour appliquer la RAC au quotidien. L'implication des différents acteurs de santé et l'organisation formelle de la mise en place du programme sont essentiels pour sa réussite.

LES ACTEURS DE LA RAC

1. Les patients

La principale particularité (comme pour la chirurgie ambulatoire) de la RAC est de considérer le patient comme un **acteur actif de ses soins**. 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.

2. 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.



3. L'administration

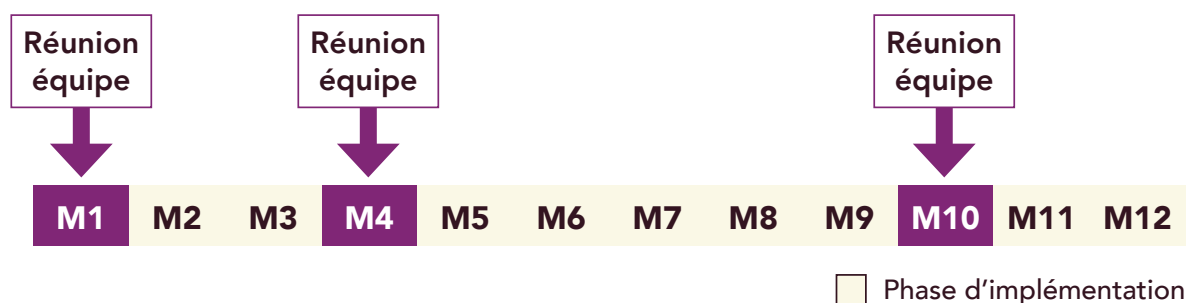
Le rôle de l'administration est **essentiel** pour la réussite du programme de RAC. Il s'agit de mettre en œuvre la formation du personnel médical et paramédical dans le cadre d'un programme de Développement Professionnel Continu. L'administration devra mettre en place des moyens humains et matériels 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.

LE CALENDRIER D'IMPLÉMENTATION

Un **état des lieux** réalisé **avant** la phase d'implémentation est conseillé pour déterminer les points à améliorer dans la prise en charge des patients, documenter les améliorations et progrès associés à chaque phase d'implémentation et ainsi renforcer l'acceptation et l'adhésion au programme RAC. Le calendrier doit être établi en amont de la phase d'implémentation, et doit être le fruit d'une réflexion commune et partagée de tous les acteurs (médecins, infirmiers, administration). Le respect de ce calendrier est essentiel, car il engage la poursuite sur le moyen et long terme de l'implémentation.

1. La première année

On peut envisager le calendrier suivant (M = mois) :



Une **première réunion multidisciplinaire de lancement** afin de présenter le projet (incluant un document d'éducation thérapeutique) à l'ensemble de l'équipe dont les cadres administratifs.

Elle sera suivie d'une première phase d'implémentation pratique avec recueil de l'application dans la pratique courante des éléments du programme.

M1

Une **deuxième réunion** permettra d'évaluer la mise en place du programme et surtout identifier les freins afin d'en discuter et trouver les moyens de les lever.

S'en suivra une phase d'implémentation pendant 6 mois, avec un audit local ou dans le cadre de la **base de données GRATUITE « GRACE-AUDIT »**.

M4

Une **troisième réunion** est organisée avant la fin de la première année afin d'optimiser le programme et appliquer les derniers éléments qui peuvent sembler difficiles à mettre en œuvre.

M10

2. Le suivi

Après la première année, l'équipe de soins (au sens large du terme) doit se réunir au moins **une fois par an** avec une présentation des résultats de l'audit, notamment :

- le nombre de patients inclus dans la base de données (audit) ;
- la proportion des patients inclus par rapport à l'ensemble de patients traités durant l'année écoulée ;
- le degré d'application de chaque élément du protocole ;
- le cas échéant, les mesures correctives pour améliorer le niveau des pratiques.

L'ESPRIT D'ÉQUIPE

C'est une notion essentielle pour la réussite du programme de RAC. L'intervention de différents acteurs à différents moments de la prise en charge péri-opératoire impose le développement d'un véritable esprit d'équipe. Pour réussir un programme, de RAC toute équipe est amenée à appliquer un maximum d'éléments. Cela impose évidemment que l'esprit d'équipe soit une **réalité quotidienne**. Cet esprit d'équipe est associé à une amélioration indéniable de la qualité des soins et une meilleure gestion des risques associés aux soins.

Au même titre, sinon plus que la chirurgie ambulatoire (car il s'agit d'interventions chirurgicales majeures), l'esprit d'équipe, la communication et la collaboration quotidiennes sont nécessaires à la réussite de tout programme de réhabilitation améliorée.



COMMENT LEVER LES FREINS

Les freins peuvent être multiples notamment en **début d'expérience**. Il est important de rappeler qu'il ne faut pas chercher à faire tout, tout de suite. Il faut implémenter progressivement, intervention par intervention (ou groupes d'interventions) selon la motivation des différents praticiens.

Les freins peuvent être de trois ordres en rapport avec plusieurs facteurs :

Facteurs liés au patient (ainsi qu'aux proches) :

- résistance au changement (qui fait un peu partie de la nature humaine) ;
- craintes concernant toute innovation ;
- croyance que le jeûne depuis la veille est important ;
- peur de remanger avant la reprise du transit ;
- peur de déambuler trop rapidement ;
- peur de quitter l'établissement de soins trop tôt ;
- crainte d'une approche purement économique (besoin de lit pour un autre patient, etc.).

Facteurs liés aux équipes de santé :

- crainte d'une approche purement comptable ;
- résistance au changement et les habitudes ancrées dans la pratique (freins classiques face à toute innovation) ;
- défaut de connaissances des dernières évolutions scientifiques ;
- absence de motivation ;
- turnover rapide du personnel soignant (arrivée de soignants peu au fait de la RAC) ;
- conviction que la RAC ne peut s'appliquer qu'à des patients sélectionnés ;
- croyance que la RAC est inapplicable chez les patients âgés.

Facteurs liés aux ressources :

- absence de documentation sur la RAC disponible et facilement accessible aux acteurs ;
- manque de temps pour former et informer les équipes ;
- temps nécessaire pour l'éducation thérapeutique du patient ;
- temps nécessaire pour remplir la base de données audit ;
- facteurs organisationnels en rapport avec la prise en charge des patients après leur sortie précoce.

Pour lever ces freins, il convient de :

- désigner des **leaders convaincus** (le trinôme soignants) qui seront écoutés et pourront convaincre le reste de l'équipe en particulier les plus réticents ;
- développer l'esprit d'équipe, avoir rédigé et adopté un protocole pour chaque pathologie ;
- ne pas négliger l'**information** et la **formation** de tous les membres de l'équipe soignante ;
- au quotidien, essayer de **convaincre** par l'exemple et montrer qu'en ayant appliqué le programme sur ses propres patients, moins de complications et une meilleure satisfaction des patients ;
- ne pas hésiter à programmer des réunions de l'équipe pour montrer les **résultats de l'audit**, et à faciliter l'accès à la documentation spécifique notamment disponible sur le site www.grace-asso.fr.

L'AUDIT

L'évaluation des pratiques professionnelles au quotidien participe à l'amélioration de la qualité des soins. Tout audit comporte le choix de marqueur et leur évaluation de manière continue.

1. Quels marqueurs ?

Il peut s'agir de critères principaux :

- durée du séjour postopératoire ;
- différence entre durée réelle et durée théorique (selon des critères de sortie établi a priori, cf. les protocoles de GRACE) ;
- morbidité globale ;
- degré d'implémentation (nombre d'éléments appliqués en pratique).

Ou de critères secondaires :

- taux de patients bénéficiant du programme RAC comparativement à l'ensemble des patients admis pour la même indication chirurgicale ;
- qualité de vie des patients ;
- satisfaction des patients ;
- reprise d'une activité au moins équivalente à celle avant l'intervention ;
- reprise du travail s'il y a lieu.

2. Auto – et hétéro – évaluation

L'auto-évaluation est nécessaire et utile notamment pendant la phase initiale d'implémentation et tant que la RAC n'est pas devenu un standard quotidien de soins. Toute équipe peut bien entendu développer son propre logiciel d'évaluation, mais GRACE met à disposition gratuitement un logiciel complet d'évaluation. Grâce aux fonctionnalités de la base de données **gratuite** GRACE-AUDIT, après s'être connecté, tout utilisateur peut d'un simple « clic » sur l'onglet « AUDIT » obtenir un diagramme montrant le **taux d'implémentation** pour chaque élément du programme de RAC de la spécialité concernée. Il peut ainsi savoir très facilement quels sont les éléments à améliorer. Le logiciel fournit également une **courbe comparative** entre le nombre d'éléments implémentés et la durée de séjour postopératoire dans l'établissement, la durée moyenne de séjour et la différence entre durée moyenne réelle et durée théorique (ce qui lui permet de cibler les problèmes organisationnels éventuels à l'origine de cette différence). Le logiciel est aussi conçu pour fournir le rapport entre le nombre d'éléments implémentés et la morbidité. Il permet aussi à tout participant de **comparer** ses résultats aux résultats globaux de la base de données, en cliquant sur « voir l'ensemble des centres ». Cette hétéro-évaluation est ainsi possible en un simple clic.

LE RÔLE DE GRACE

Selon ses statuts, GRACE a été créé pour développer l'implémentation de la RAC à grande échelle dans les pays **francophones** (Belgique, France, Suisse). Plusieurs outils sont donc disponibles pour aider les établissements à implémenter la RAC. Les protocoles détaillés sont en ligne dans l'espace « adhérents ». L'adhésion est ouverte aux professionnels de la santé et coûte 50 € par an.

Le Groupe GRACE a aussi mis en place un **label « Centre GRACE »** dont peuvent bénéficier les établissements désireux de développer la RAC. Ce label obéit à un cahier des charges précis et est renouvelé tous les ans après étude du rapport annuel du Centre GRACE. Le Groupe a aussi développé un **KIT-GRACE** d'implémentation.

1. Le site internet

Le site www.grace-asso.fr a été conçu pour toucher différentes cibles avec une partie en libre accès et une partie soumise à adhésion. La partie libre accès est destinée au grand public et aux patients. La partie professionnelle comporte une rubrique bibliographique (bibliographie et veille scientifique), une rubrique « Centres GRACE » listant tous les Centres labellisés avec leur domaine d'expertise, une rubrique « logiciel d'Audit » soumise à inscription mais GRATUITE, ce logiciel est soutenu par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La base de données GRACE-AUDIT comporte différentes modules sur la chirurgie colorectale, bariatrique, orthopédique (hanche et genou), hépatique, et pancréatique.

2. Le KIT-GRACE

Le KIT-GRACE est fourni gratuitement aux membres et aux Centres GRACE, et contient :

- un livret pratique ;
- des présentations Powerpoint sur les protocoles et les moyens d'implémentation (que les utilisateurs peuvent utiliser en l'état, ou faire évoluer) ;
- le présent document ;
- le contenu du site de GRACE (veille scientifique en accès libre et sources dans « l'espace adhérents »).

3. Les Centres GRACE

La Commission d'implémentation labellise des Centres spécialisés. Ces Centres doivent répondre au **cahier des charges** suivant : équipe dédiée, expertise en réhabilitation, participation annuelle à une manifestation scientifique sur ce thème, participation à la base de données GRACE-AUDIT.

4. L'organisation des réunions locales

Selon le cahier des charges, chaque Centre GRACE est tenu d'organiser au moins une **réunion locale** afin de **diffuser le concept de RAC auprès des Centres de soins locaux**. Pour cela, chaque Centre dispose de la liste des partenaires industriels de GRACE qui ont signé un partenariat stipulant leur participation aux réunions locales (liste disponible sur le site www.grace-asso.fr). Les membres du Conseils d'Administration peuvent aussi se déplacer pour intervenir lors de ces réunions et aider les Centres GRACE à diffuser l'implémentation.



