



Retour sur le déroulement de cette première édition

Avec 4.125 inscriptions, mais surtout 690 attestations de succès (personne ayant plus de 50% de bonnes réponses à chaque évaluation), la 1^{ère} édition du MOOC RAAC est une belle réussite.

Parmi les autres sujets de satisfaction:

- 40% de participants paramédicaux,
- 30% d'inscrits de la région PACA,
- des commentaires très positifs,
- le plus étonnant: 68 pays inscrits !

Grâce au soutien de l'ARS PACA et des autres sponsors de l'opération, sous réserve de l'accord de l'Université Aix-Marseille pour nous héberger sur leur plateforme numérique, nous allons reconduire le MOOC en 2019.

Nous y avons consacré une énergie incroyable avec le Dr Blache de l'IPC: 52 capsules vidéo et 11 interviews à renouveler en partie chaque année. En 2019, nous aborderons la RAAC en Chirurgie Thoracique.

Inscription gratuite: janvier 2019

Cours d'avril à juin 2019

*Pr Eric Lambaudie
Chir Onco Gynéco Sénologie
Institut Paoli-Calmettes
Resp Dépt Interv. Mini Invasives*

2018 a vu la première édition du MOOC RAAC créé par l'Institut Paoli-Calmettes, en partenariat avec Aix-Marseille Université et l'AP-HM.

Ce MOOC est construit pour vous permettre de comprendre comment l'ensemble des actions pré, per et postopératoires rendent possibles :

- La récupération rapide de l'autonomie de vos patients.
- Leur retour à domicile dans des conditions de sécurité optimale.

Ce cours dure 5 semaines, d'avril à juin, avec une dizaine de capsules vidéo de 5 minutes chaque semaine, pour un effort estimé de 1h30 par semaine, validé par QCM.

- S1 – rationnel et généralités RAAC
- S2 – pré opératoire
- S3 – per opératoire
- S4 – post opératoire
- S5 – questions plus spécifiques par spécialités ou par pathologie



Au programme, des sujets transversaux d'intérêt pour toutes les équipes engagées dans la RAAC: anémie préopératoire, épargne morphinique, difficultés d'implémentation, chirurgie thoracique, kiné-réadaptation, voie d'abord orthopédie, communication thérapeutique, économie de santé, convergence RAAC ambulatoire...

Devant une salle de 200 participants environ, français, belges et quelques luxembourgeois, le moment fort de cette passionnante journée a été le témoignage de l'invité d'honneur, Dr Frédéric Picard, chirurgien orthopédique au Golden Jubilee National Hospital, Clydebank, Glasgow (GB), et expert internationalement reconnu dans le domaine de la réhabilitation en orthopédie (voir page 3).

Rendez-vous le 17 mai 2019 pour le 5^{ème} Symposium GRACE, à Paris



RAAC, c'est aussi le Réseau Anti Arnaques aux Consommateurs, association née en 2013 au Sénégal pour lutter contre les tarifs abusifs de la téléphonie et de l'énergie.



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



La Lettre du Comité Régional Réhabilitation Améliorée après Chirurgie



édito

Ravie et enthousiaste

Je suis ravie de participer à cette 2^{ème} vague RAC et fière de marcher sur les pas du Dr Ménard et Edwige Olmédo, initiateurs de l'expérimentation RAC.

La RAC se développe partout, sur le même principe via l'ARS IDF ou Occitanie, et par de nombreuses équipes en France ou à l'étranger. Vous en avez quelques retours dans ce nouveau numéro de notre Lettre.

L'originalité de la démarche doit être soulignée: un échange "pair à pair". Inspiré par des exemples de parcours de soins, vous adaptez les recommandations à votre contexte et votre énergie dynamise le déploiement de la RAC. Postulants et référents, chacun trouve matière à progrès.

L'ARS ARA ouvre la démarche aux chirurgies gynécologique et thoracique, peut-être urologique dans 12 mois. La RAC concerne aussi tout type et taille d'établissement comme le montre le panel retenu.

Enfin, la RAC fait écho à divers sujets d'actualité: rémunération au parcours de soins, coconstruction avec l'usager, relation hôpital-ville, infos patient...

C'est donc avec un enthousiasme attisé par toutes ces attentes que nous lançons la Vague 2 de la RAC en Auvergne-Rhône-Alpes. Je vous souhaite un bon travail !

*Dr Martine Gélas-Boniface
Réfèrent Chir et Soins critiques,
Chef de Projet RAC, ARS ARA*

agenda

- 19-21 septembre 2018 – 15^e journées de Chirurgie Gynécologique & Pelvienne – Paris
- 19-21 septembre 2018 – 120^e congrès de Chirurgie viscérale - Paris
- 27-29 septembre 2018 – Congrès SFAR Paris
- 22 novembre 2018 – RAAC retour d'expérience APH Marseille



"La Nouvelle Vague" est cette génération de cinéastes français de la fin des années 50. Anti-conformistes, ils vont bousculer les règles très établies du cinéma français et permettre à un nouveau cinéma d'émerger: le cinéma d'auteur. On filme la vie! Le cinéma gagne en naturel et en simplicité.

« Bousculer les règles », « naturel et simplicité », voici des notions qui résonnent avec la RAAC. Et l'aventure des pionniers de cette prise en charge ressemble aussi à celle de ces réalisateurs de fortune...

Sur le succès de la démarche précédente, nous lançons une nouvelle vague d'accompagnement RAAC.

« A bout de souffle » l'ARS ARA ? Certainement pas !

Cette nouvelle vague d'accompagnement est lancée en deux temps: 21 équipes dès maintenant, et 20 équipes dans 12 mois si la demande se confirme.

Du chantier précédent, nous poursuivons les travaux sur les 2 spécialités phares: chirurgie digestive colorectale et chirurgie orthopédiques avec les prothèses de hanche et de genou. Nous élargissons aussi la cible à deux nouvelles spécialités chirurgicales: gynécologique avec l'hystérectomie et thoracique avec la lobectomie en particulier.

Certains établissements ont déjà participé à la vague précédente de 40 équipes en 2015. Qu'ils se soient portés de nouveau candidat pour une nouvelle spécialité chirurgicale est la preuve pour nous de leur satisfaction par rapport à la démarche, et c'est un véritable encouragement.

C'est aussi l'indication que la généralisation de la RAAC à plusieurs spécialités n'est pas si simple, difficulté que nous avons déjà pressentie et que nous aurons l'occasion de travailler spécifiquement.

Cette réunion de lancement marque le top départ de ce nouveau projet. Nous vous souhaitons à tous la bienvenue et un bon courage pour les deux années de travail devant nous.

*Edwige Olmédo,
Chargée de Projet, ARS ARA*

pour en savoir plus

- **Chef de Projet:** ARS ARA
Dr Martine GELAS-BONIFACE – 04 72 34 74 47
Edwige OLMEDO – 04 27 86 56 21

- **Accompagnement:** APSIS Santé
Philippe DEVILLERS – 06 87 75 17 14
philippe.devillers@apsis-sante.com

- **Comité Régional RAC:**
Pr SLIM – CHU Clermont-Ferrand
Pr COTTE – CHU Lyon-Sud
Pr FAUCHERON – CHU Grenoble
Pr LUSTIG – CHU Lyon, Croix-Rousse
Mme FAUJOUR – CHU Lyon
Dr BOGIOVANNI – GH St Joseph St Luc
Dr MAISONNETTE – Hôpital Privé Loire

CH Argenteuil forme 128 personnes à la RAAC

Comme le déploiement de la RAAC est une démarche institutionnelle dans notre établissement, nous avons eu l'appui de la Direction et du pôle Chirurgie quand il a s'agit de former les personnels à cette prise en charge.

Nous avons décidé de former d'abord 14 IDE référents RAAC, dans un cursus créé en interne par le Dr Patrick Bagan, chirurgien thoracique et vasculaire membre du groupe HAS auteur des recommandations sur la RAAC.

Ces référents ont ensuite documenté les 4 étapes essentielles dans la prise en charge soignante: information du patient, jeune moderne, mobilisation précoce, alimentation précoce.

Puis, nous avons organisé le déploiement d'un petit module d'initiation à la RAAC de 40 min que nous avons assuré en continu pendant 2 jours, pour faciliter la participation de tous. Nous leur avons remis un livret d'information avec toutes les étapes.

Dalinda Gori, Chef de projet RAAC, CH Argenteuil



Réhab ou Préhab ?

La réhabilitation, c'est Kehlet en 1985... c'est le siècle dernier !

A l'Hôpital Foch, la RAAC a été mise en œuvre rapidement après une visite à Copenhague. Freinée un temps par le problème des bornes basses, on est revenu depuis 2 ans à des séjours de 3 jours. Nous ambitionnons maintenant des sorties à J+1 après une nuit dans une unité de surveillance chirurgicale polyvalente et un suivi par une appli Web des douleurs et complications.

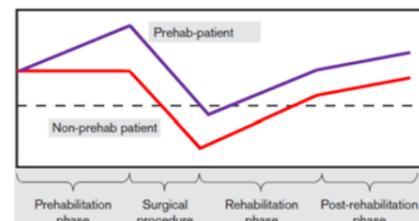
La préhabilitation est un concept plus récent, très porté par des canadiens, notamment Pr Francesco Carli au CHU McGill à Montréal.

L'état physique conditionne le risque post opératoire. Des études ont montré que si le patient ne peut grimper un étage sans s'arrêter ou marcher 400 m en moins de 6 min, alors il présente un risque supérieur de complications.

L'idée est de profiter des 4 à 5 semaines de bilans précédant une chirurgie (ou le début d'un traitement lourd d'oncologie) pour augmenter la capacité fonctionnelle du patient, de manière à ce qu'il retrouve plus vite son état initial après l'intervention.

La préhabilitation commence par un bilan initial en HDJ qui comprend:

- évaluation gériatrique >75 ans
- évaluation fonctionnelle
- évaluation psychologique
- évaluation nutritionnelle



Au terme du bilan, la prescription est adaptée à chaque patient. Les programmes rigides ne marchent pas. Il faut discuter avec le malade de ce qu'il a envie de faire – marche, jogging, natation, cyclisme... – adapter la prescription d'exercices aérobiques en conséquence, donner des conseils diététiques (apport protéique de 1,2 gr/kg/j type Fresubin + Leucine).

Le patient reçoit un livret rédigé dans un langage facilement compréhensible comprenant un journal où il note ses activités liées au programme.

	DIM	LUN
Fréquence cardiaque au repos		85
Type d'exercice		W
Durée		20 min
Fréquence cardiaque à l'exercice		118
perception de la difficulté de l'effort (échelle de Borg)		6
Fréquence cardiaque après exercice		115
Pédomètre : nombre de pas		5650

Date: Sept 5 de Sept 12
 Cardiaque ciblée: 118
 % de réserve de la fréquence cardiaque: 50%

Point fondamental, le patient est appelé chaque semaine par un kiné et une IDE des soins de support.

Dans les projets, proposer un entraînement à l'hôpital sera possible dans les mois à venir avec l'installation d'une salle de sport, comme d'ailleurs le suivi à distance des efforts du malade grâce à des objets connectés.

Un sujet complexe est la préparation cognitive des sujets âgés. Peut-être un peu moins de vélo, et un peu plus de mots croisés...

Les malades sont revus juste avant l'intervention puis 2 mois et 6 mois après l'intervention.

L'intérêt de la préhabilitation est difficile à prouver. Les quelques études sur le sujet sont discutables, petites cohortes, forte hétérogénéité.

Quelques mots pour conclure:

La préhabilitation ne concerne pas que la chirurgie, elle est l'accompagnement « sport-santé » de toute maladie chronique.

Ne pas opposer Préhab et Réhab, la préhabilitation, c'est le début de la réhabilitation.

Dr Marc Fischler, Anesthésiste-Réanimateur, Hôpital Foch, RAAC UNICANCER fév. 2018



10 ans de RAAC orthopédie au NHS Scotland

Dans le système du Royaume-Uni, l'équipe de chirurgie orthopédique du NHS Scotland concentre toute la chirurgie orthopédique programmée d'Ecosse, soit plus de 4.000 prothèses de hanche et de genou par an.

Ils ont mis en place en 2007 la technique CALEDonian pour Clinical Attitudes Leading to Early Discharge, basée sur le concept de réhabilitation accélérée de Kehlet et une équipe multidisciplinaire soudée.

Les 3 points essentiels:

- Une information patient complète
- L'analgésie par infiltration en salle
- La gestion de la douleur post op

Plusieurs vidéos sont disponibles et le NHS publie des livrets d'information patients « Physiotherapy Homework after knee replacement surgery »...

Il s'agit de bien clarifier les attentes du patient et de ses proches, d'obtenir un consentement éclairé, et de les accueillir à des sessions de formation en équipe pluridisciplinaire.

Nos objectifs sont mobilisation, réhabilitation et sortie rapides, tout en respectant nos impératifs de qualité:

- Améliorations fonctionnelles optimales
- Pas de complication
- Résultats corrects à long terme

Sur 1089 PTG en 2009, nous sommes passés d'une DMS de 6 à 4 jours, sans complications majorées, avec une flexion moyenne de 93°.

L'éducation des soignants est fondamentale pour que tout le monde ait le même langage. Nous avons créé le CALEDONIAN meeting qui réunit une fois par mois toutes les personnes concernées, de celui qui transporte les repas au chirurgien, pour résoudre les dysfonctionnements observés.

Dr Frédéric Picard, Chir ortho, Golden Jubilee National Hospital, NHS Scotland Symposium GRACE 2018



Le concept du patient debout, c'est faire venir le patient à pied au bloc opératoire. Il va partir de sa chambre à pied, il va aller jusqu'au bloc opératoire, il va même s'installer lui-même sur la table d'intervention.

Le Patient Debout a été mis en place dès 2014, d'abord en Chirurgie Ambulatoire, puis généralisé en 2016 à toute chirurgie, y compris la chirurgie cardiaque lourde, à partir du moment où le patient peut se déplacer.

Un patient debout n'a pas de prémédication, chimique en tout cas.

Pendant son transfert, le patient va garder ses lunettes, ses prothèses auditives, sa perruque s'il en a une, ses dents... ça lui permet de garder vraiment une dimension humaine.

Tout ce à quoi il est attaché dans le quotidien, il va le garder jusqu'au bloc opératoire ce qui permet de diminuer son anxiété, de se sentir moins malade, et finalement moins on est anxieux, plus la prise en charge, y compris anesthésique, est facile.

« Le fait de rejoindre la salle d'opération debout m'a permis d'être plus

détendue. J'ai bavardé un petit peu avec le brancardier. J'avais eu une intervention précédemment et j'avais été transportée en brancard. J'avais eu l'impression que les murs tournaient autour de moi. »

Etre avec un patient debout permet cette égalité avec le soignant où l'on se regarde debout chacun et ça permet d'avoir un contact favorisé.

La tenue est très importante pour la dignité du patient. Il faut que le patient soit confortable, vêtu humainement avec une intimité respectée.

Le ressenti des patients est très positif: « on se prend en charge », « on participe à son soin », « on fait quelque chose ».

C'est un vrai bouleversement des habitudes. Ce n'est pas intuitif au bloc opératoire où on a toujours mis les patients en brancard. Un fois mis en place, c'est vraiment un bénéfice pour tout le monde.

Dr Olivier Untereiner, Anesthésiste-Réanimateur, Institut Mutualiste Montsouris témoignage RAC ARSIF 2018