

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 organisée 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.

pour en savoir plus

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



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 enlevant 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, hyperalgésie) 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 appétit 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.

**Dr Gabriele Barabino, PHU
Chir. Digestive, CHU St-Etienne**

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.

La Lettre du Comité Régional Réhabilitation Améliorée après Chirurgie



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 conforté dans le même temps cette démarche exigeante dans les services référents.



Bonne chance pour la poursuite de cette implémentation. J'en suivrai attentivement les premiers résultats dont vous pourrez rendre compte le 30 mars prochain.

**Dr Jean-Yves Grall
DG ARS ARA**

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

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. Sauvegarde
- 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. »



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



Audit des pratiques

Implémenter la RAC signifie la mise en application d'un certain nombre de bonnes pratiques, entre 20 et 30 selon les spécialités et les gestes.

Ces pratiques, techniques ou organisationnelles, médicales et soignantes, correspondent à des changements plus ou moins radicaux par rapport aux pratiques traditionnelles.

Certaines sont déjà quasi généralisées: le jeûne moderne pour toutes chirurgies, RAC ou non, l'adaptation de la prémédication, par bon sens...

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: monitorage 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 prises en charge RAC. L'expérience des 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'observance des bonnes pratiques, via un export des données de GRACE AUDIT, permettait de mesurer les progrès de l'équipe.

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.

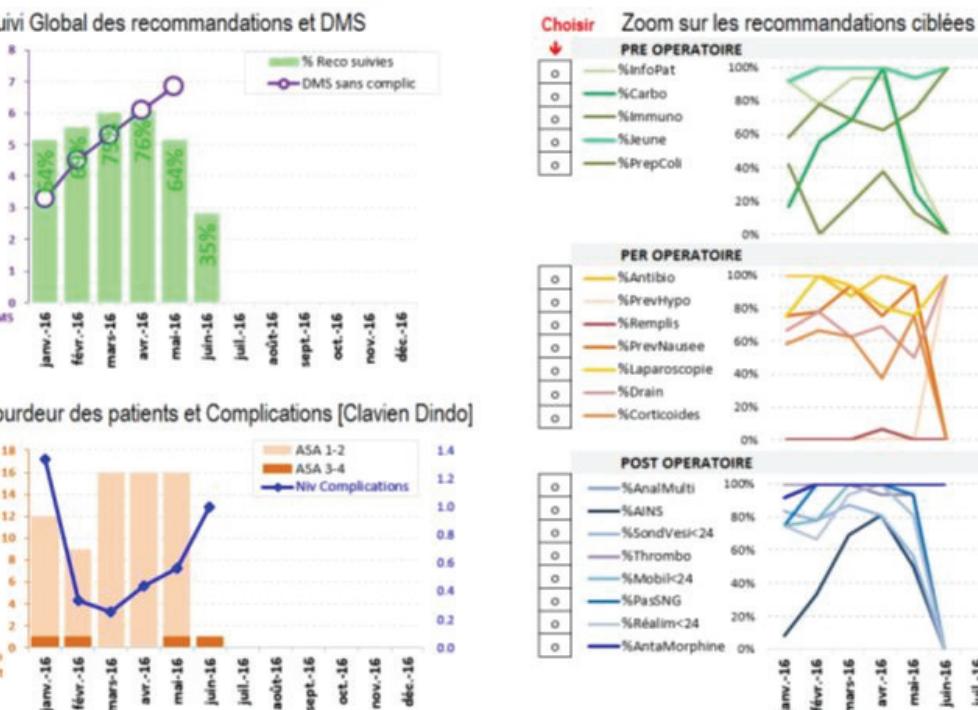
Antécédents personnels	Données préopératoires	Recommandations
Diabète	Score ASA	Information et éducation du patient
■ non ■ traité ■ non traité	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4	■ oui ■ non
Anémie	■ non ■ traité ■ non traité	Immunonutrition préopératoire
Prise d'immunosupresseur	■ oui ■ non	■ non ■ oraux
Tabagisme	■ nsp ■ non ■ sevré ■ actif	Suppléments nutritifs
Coronaropathie	■ non ■ traitement médical	■ non ■ entéraux ■ parentéraux
■ pontage aortocoronarien ■ stents	■ GN1 ■ GN2 ■ GN3 ■ GN4	Préparation colique
HTA	■ non ■ traité ■ non traité	■ non ■ lavement ■ orale
BPCO	■ non ■ traité ■ non traité	Prémédication anxiolytique
Artériopathie Minf	■ non ■ traité ■ non traité	■ non ■ oui car anxiété ■ oui car systématique
IRC	■ oui ■ non	Pas de jeûne solide >6h et liquide >2h
Trouble du rythme	■ non ■ traité ■ non traité	■ oui ■ non, raisons organisation
AVC ou AIT	■ non ■ traité ■ non traité	■ non, refus patient
Dyslipidémie	■ non ■ traité ■ non traité	Hydrates de carbone J-1 et H-2h
Insuffis. cardiaque	■ non ■ traité ■ non traité	■ oui ■ non, raisons organisation
Prise d'anticoagulants	■ non ■ AVK ■ NACO	■ non, refus patient
■ HBPM ■ Héparine SC ou IV	■ non	■ non indiqués
Prise antiagrégants plaquettaires	■ oui ■ non	

Nous nous sommes inspirés aussi de la fiche navette du Dr Bongiovanni, Chef Dépt Anesthésie au CH St-Joseph St-Luc (Lyon), précurseur de la RAC en France. Son support de description détaillée de la prise en charge postop des patients RAC est rempli par les IDE et kiné au décours du séjour et il l'utilise comme complément de son système d'informations pour saisir les données dans GRACE AUDIT.

Sans pouvoir faire d'hypothèse sur les capacités du système informatique d'un établissement, nous avons donc décidé de produire une fiche navette qui reprend tous les items d'un dossier de GRACE AUDIT. Comme les recommandations de bonnes pratiques changent selon la sous-spécialité chirurgicale, il y a une fiche navette spécifique par protocole RAC.

Philippe Devillers, APSIS Santé

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



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.

Blandine Puzenat, Resp de Service, Hôpital Privé Loire



Objet connecté: gadget, nuisance ou atout ?



Aujourd'hui, le professionnel de santé n'a pas de moyen simple pour évaluer s'il a affaire à un gadget qui relève de la mode, à une vraie avancée possible, ou si l'objet ne va pas créer plus de nuisances que de bénéfices.

Le congrès S2CA de novembre est né de ce constat. Après une table ronde pour poser la problématique, quatre ateliers ont permis de discuter de l'impact des objets connectés respectivement sur les patients / aidants / proches, les structures de soins, les professionnels de santé et l'éthique.

Par exemple, nous nous sommes rendu compte que les appareils d'automesure de la pression artérielle renforçaient des conduites anxieuses.

« En matière d'objets connectés dédiés à la santé, nous sommes face à une multitude d'expériences individuelles, le plus souvent sous forme d'évaluation, de recherche, de test. Mais il n'y a pas de synthèse. »

Avec le développement des soins en ambulatoire, le patient repart à la maison avec des appareils de suivi de différentes constantes. Les données sont transmises en continu au professionnel de santé chargé de son suivi, qui est sensé regarder et réagir à ces mesures. Mais quelle charge de travail et quelle charge mentale cela va-t-il entraîner quand on a tout un groupe de patients à domicile qui vous envoient des données 24h/24. Comment le gérer ? La nuisance pour le professionnel de santé n'est-elle pas disproportionnée par rapport au bénéfice ? C'est tout cela sur lequel il nous reste encore à réfléchir. »

A lire: HAS, nov 2016 - Référentiel de bonnes pratiques pour la conception et l'évaluation des applications et des objets connectés en santé

A paraître: Guide à destination des utilisateurs (professionnels et usagers)

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

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



Bluffant ! les patients sur scène 6 heures après la chirurgie