

Développement de la Réhabilitation Améliorée en Chirurgie (RAC)

*RACtime : Workshop 2 de bilan et de
retours d'expériences de la Vague 3
14 décembre 2021*

Notre programme

*Dr Martine GELAS-BONIFACE
Médecin Référent Chirurgie
ARS Auvergne-Rhône-Alpes*



RACtime – Workshop #2

14
déc.
2021

17h00 – Développer la RAC

- *Créer une dynamique RAC dans le service – CHU Clermont-Ferrand*
- *Intérêt d'un accompagnement ARS ? – CH Firminy & CH Roanne*
- *Faciliter l'audit des pratiques dans GRACE – GRACE & CHU St Etienne*

17h30 – RACtime

- *Généraliser la pré-habilitation en chirurgie abdominale majeure – HCL Lyon-Sud*
- *Transposition du parcours RAAC à la chirurgie vasculaire – Médipôle de Savoie*
- *Prise en charge personnalisée en chirurgie cardiaque – Infirmierie Protestante*
- *Maintenir un lien dynamique avec la patiente RAC – CHU Clermont-Ferrand*
- *L'innovation RAC pour la scoliose pédiatrique – HCL HFME*
- *La mastectomie totale en un jour grâce à la RAC – Centre Léon Bérard*

Créer une dynamique RAC dans le service

Dr Marie ACCOCEBERRY, Chir Gynécologue

Dr Brigitte STORME, MAR

Julie GONY-LECOQ, SF Coordinatrice

Maria-Nathalie MONIER, SF Coordinatrice

François GUILLAMO, Directeur adjoint site Estaing



CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CHU Clermont-Ferrand

CÉSARIENNE

Site Référent

Créer une dynamique dans le service

**Dr M. Accoceberry, Dr B. Storme, Mme J. Gony-Lecoq,
Mme MN. Monier, Mr F. Guillamo et toute l'équipe RAC:**

Hélène

Julie

Melissa

Pauline

Martin

Ugo

Aurelie

Claire

Valérie

Magali

Elodie

Sandie

Angélique

Stéphanie

Anne-Claire

Mathilde

Camille

Virginie

Laurence

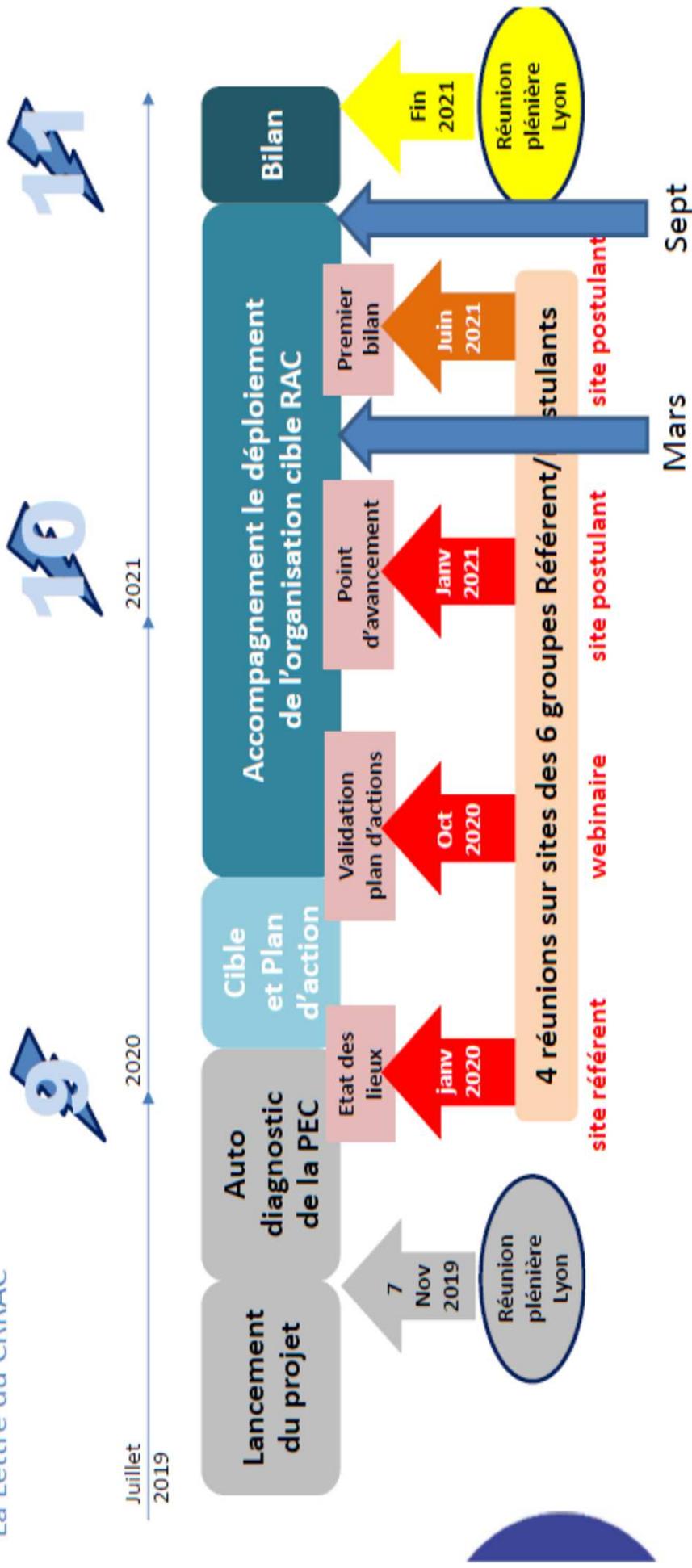
Stéphane

Aliette

Christelle

Le programme de travail

La Lettre du CRRAC



Première réunion: janvier 2020 - état des lieux

Elaboration du plan d'action



Pré-opératoire:

Travail sur la feuille d'information ou livret patiente spécifique césarienne avec info anesthésie spécifique aussi / facilité d'accès informatique / traduction?
Organisation de séance d'information sur la césarienne?
Admission le matin de l'intervention pour toutes: organisation en amont ++



Per-opératoire:

Extension aux césariennes non programmées
Diminution des pertes sanguines... résultats TRAAP2 ?
Homogénéiser les pratiques de remplissage vasculaire
Insister sur surjet intra-dermique



Post-opératoire:

Insister sur l'analgésie systématique des 48 premières heures. Compréhension?
HBPM non systématiques
Faciliter la déambulation: achats d'écharpes de portage, signalétiques de parcours de marche...

Travail d'équipe = solliciter l'équipe!

- ▶ Envoi d'une invitation à une présentation du projet RAC à tout le personnel de la maternité, afin de recruter les personnes intéressées.
- ▶ Constitution des groupes de travail sur la base du volontariat, en mixant les catégories professionnelles
- ▶ +/- sollicitation directe si besoin (ex: médecine du sport)
- ▶ Réunion de lancement des travaux de groupe le 05/10/2020 (avant la réunion de validation des plans d'action)
- ▶ Autonomie des groupes

Composition des groupes de travail





Avancement projet RAC, « Point Etape »

PRÉ-RÉUNION RAC 2 SEMAINES AVANT CHAQUE RÉUNION RAC OFFICIELLE

Objectifs du « point étape » :

Garder une bonne dynamique de travail, motiver chaque groupe

Ordre du jour :

Point sur les inclusions

Les projets terminés: à valider

Les projets abandonnés

Les projets en cours, difficultés rencontrées

Répartition du budget, idées achats

Bilan de cette organisation: POSITIF

Délégation de tâches

Chaque groupe gère une tâche spécifique

+ rapide

+ efficace

Participation active à un projet de service

- Appartenance à une équipe multidisciplinaire

- Apport d'idées originales, dépassant le projet initial

ex: peinture murale

- Combler les manques observés

ex: check-list d'appel pour homogénéiser les discours

Valorisation des compétences

- Apport de son expérience personnelle

ex: inter CHU d'un interne à Lille: peau à peau au bloc.

- Utilisation des formations effectuées:

ex: portage des bébés, massage dans le soin...



Questions

Intérêt d'un accompagnement ARS ?

*Dr Anne LANGERON
Gynécologue-Obstétricien
CH Firminy*

*Dr Anne MEUNIER
Présidente de CME
CH Roanne*



Hôpital
Le Corbusier
Firminy

CH Firminy

**Hystérectomie
Site Postulant**



centre
hospitalier
roanne

CH Roanne

**PTG
Site Postulant**

Un cadre et un calendrier

Points Positifs

- des outils
- une rigueur



Plan d'actions - Hôpital le Corbusier Firminy		22	GYN
Déploiement de la RAAC en Chirurgie de l'Hystérectomie			
Prises : Anne Langeron (ALA), Michel Cobo (MCO), Frédéric Sorriaux (FSO), Florence Vincent (FVI), Murielle Barou (MBA)			
Part : Solange BONNEFOY (SBO), Stéphanie DOIMO (SDO), Hélène Freyssenet (HFR), Elisabeth Valletton (EVI), Laurence Desassis (LDE), Cindy DELORME (CDE), Aurélie Di Bartolomé (ADI), Yasmine Boukerfa (YBO), Anne CUCHET (ACU), Christine MARION (CMA), Nathalie Destamples (NDE), Lysiane GARACHON (LGA), Isabelle Epalle (IEP), Elodie Jacquet (EJA)			
action	objectif	primes	part.
A	Animer le Comité RAAC de spécialité	MBA FVI FSO	A1 création du Comité RAAC (objectifs, membres, planning mensuel, convoc, publi CR, suivi actions...)
			A2 animation du Comité RAAC (thématiques, CREX...), actions retenues...
B	Développer un plan de communication interne et externe	ALA MBA FVI ACU	B1 Présentation aux instances: directoire, CME, Conseil de bloc, Commissions des Soins...
			B2 Présentation en services: hospir 1, 2... bloc, SSPI, anesthésie, soins intensifs, consult, secrétariats...
			B3 Présentation de la RAAC à la Commission des Usagers, aux Associations de patients
			B4 Comm externe, institutionnelle, informations médecins et paramédicaux libéraux
C	Auditer l'évolution de ses pratiques	YBO SBO SDO HFR LGA	C1 Déclaration GRACE AUDIT, saisie 10 premiers dossiers (assistant, fiche nette...), analyse des résultats...
			C2 Saisie en routine, commentaire trimestriel de l'évolution des pratiques, actions retenues...
D	Améliorer l'info de la patiente	FVI MBA IEP ACU NDE	D1 Fiche info RAC patient (actuellement fiche de FARS)
			D2 Fiche info jeune moderne
			D3 Passeport chirurgie
E	Développer une consultation IDE	FVI MBA YBO SDO HFR	E1 Créer une consultation IDE (missions -objectifs- formation IDE d'ambulatoire -lieu-temps impart...)
			E2 Mettre en place la consultation
F	Améliorer la prise en charge médicale	ALA ALA ADI MCO EJA	F1 Anesthésie : bilan préop? Protocole anest RAAC
			F2 Chirurgien : ablation SAD
			F3 Post op : protocole post op RAAC (antalgiques, antiémétiques), info traces
G	Améliorer la gestion	YBO MBA YBO HFR	G1 Musicothérapie, relaxation (Mettre en place cet outil en chirurgie ambulatoire et bloc op)

Axes de progression

- « Boîte à outils » RAC
 - Protocoles
 - Chemin clinique
 - Fiches info...



- Calendrier difficile à tenir avec la pandémie



- Plus de bienveillance

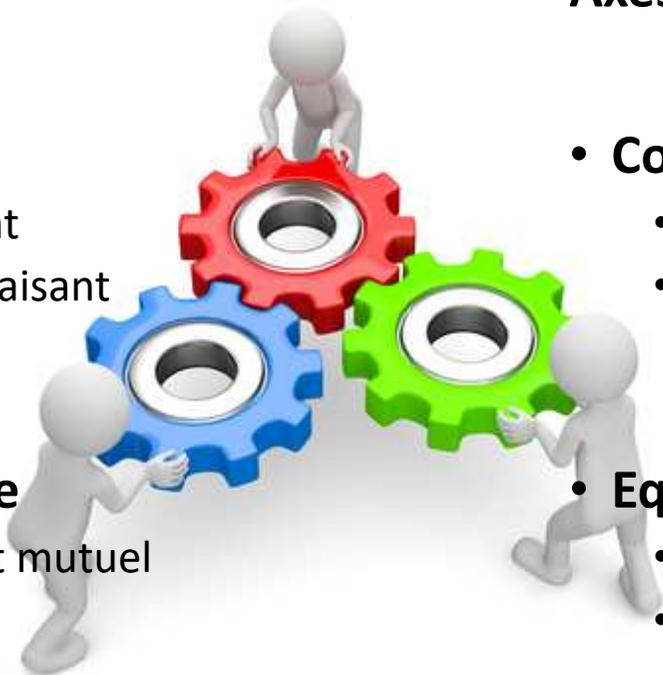
- Reconnaissance du travail accompli
- Adaptation des exigences en fonction des équipes



Un travail d'équipe

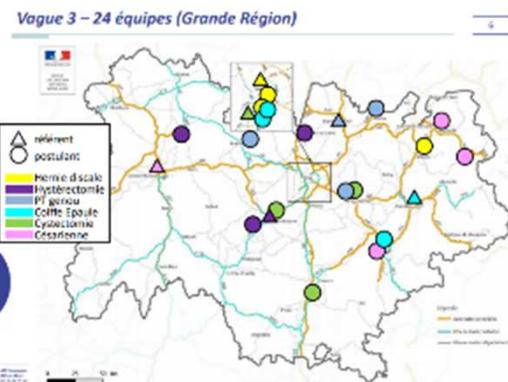
Points Positifs

- **Comité RAC**
 - Projet stimulant
 - Résultats satisfaisant
 - Cohésion
- **Equipe régionale**
 - Enrichissement mutuel



Axes de progression

- **Comité RAC**
 - Elargir aux autres spécialités
 - Nouvelle vague?
- **Equipe régionale**
 - Mutualisation
 - Visite des sites



Grace Audit

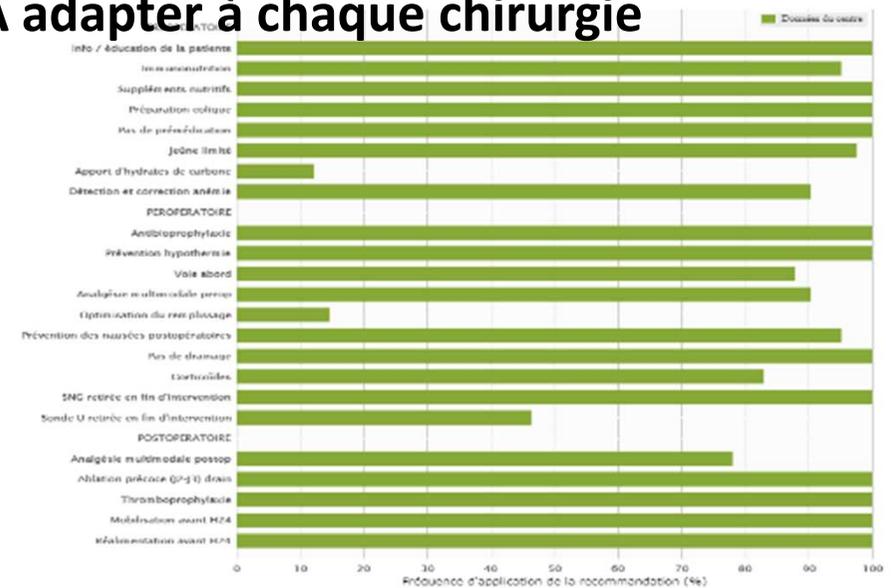


Points Positifs

- **Etat des lieux**
 - Fausses croyances
- **Aspect pédagogique**
de la **fiche navette**

Axes de progression

- **Chronophage**
 - Projet Pr Chaleur
- **A adapter à chaque chirurgie**



Financement RAC

Points Positifs

- Financement de différents **projets**



Axes de progression

- **Date limite** de versement des fonds un peu **trop précoce** (+ 6 mois)



Le projet RAC, une réussite

- Grâce
 - À l'accompagnement **ARS**
 - Au travail du **comité RAC**
et de l'ensemble des intervenants dans les **services**
- En deux ans, par la mise en place de la RAC pour l'hystérectomie
 - Passage significatif à **l'ambulatoire**
 - Très bonne **satisfaction** des patientes
 - Extension des mesures aux autres **spécialités**



Les faits

- Un projet à l'initiative d'un chirurgien orthopédique très motivé et soutenu par les cadres en 2019 +++
- Un projet bien initié, travail conjoint avec les anesthésistes

MAIS

- **Spécialité sacrifiée** durant la crise → baisse drastique des actes orthopédiques
 - Démotivation générale : des médecins, des cadres des soignants... mutés sur les services Covid...
 - Annonce du probable départ du chirurgien concerné...
- à la **veille de stopper tout**

La présence de l'ARS : Booster

- Refus de baisser les bras
→ un moyen de redynamiser les équipes démotivées
- Réappropriation du projet de façon plus institutionnelle
- Intérêt du financement
- Intérêt de la reconnaissance
- Un but pour des équipes usées par la crise : travailler sur la **qualité**, la **traçabilité**, le retour patient...

Un Projet institutionnel

- Poursuivre la RAAC en **orthopédie**
 - avec d'autres acteurs
 - pour d'autres chirurgies : hanche, épaule,
- Poursuivre le travail initié par les **anesthésistes**
 - Jeun moderne
 - Réduction drastique des prémédications
 - Epargne morphinique
- Poursuivre ce qui avait été initié en **viscéral**
- Formaliser ce qui se fait déjà en **chirurgie gynécologique**
- Retravailler le **parcours patient**

En conclusion

- Les projets sont toujours difficiles à monter puis à maintenir dans le temps... La crise est passée par là
- Le **soutien de l'ARS**, son suivi, ses sollicitations, la connaissance des acteurs, ont permis de retrouver **des objectifs** et de relancer le projet.
- La **méthodologie proposée** a permis d'orienter les axes d'amélioration médicale et paramédicale
- **C'est un moyen de rebondir après le séisme** qui a touché les services de chirurgie.
- C'est le déclic qu'il fallait pour finaliser notre projet de pôle : « **Moderniser la prise en charge, raccourcir les séjours, et aller au bloc debout** »

Faciliter l'audit des pratiques dans GRACE

*Pr Céline CHAULEUR
Chir Gynécologue, CDS
CHU Saint-Etienne*

*Pr Karem SLIM
Chir Digestif, CHU Clermont-Ferrand
Président association GRACE*



CHU St-Etienne
Hystérectomie
Site Référent



Groupe francophone de Réhabilitation
 Améliorée après Chirurgie

GRACE asso
Membre de la
Cellule rég. RAC

A red arrow pointing to the right, located on the left side of the slide.

Difficulté de l'audit

- Recueil papier mais problème: dossier complètement informatisé
- Informations à recueillir très nombreuses et difficiles à retrouver
- Item pas franchement adapté à l'hystérectomie: immunonutrition...
- Trop de temps différents pour le recueil complet préop perop postop suivi...
- Trop chronophage si on veut être exhaustif
- Résultat au CHU: sur les 6 premiers mois, 15 dossiers saisis par 1 seul operateur

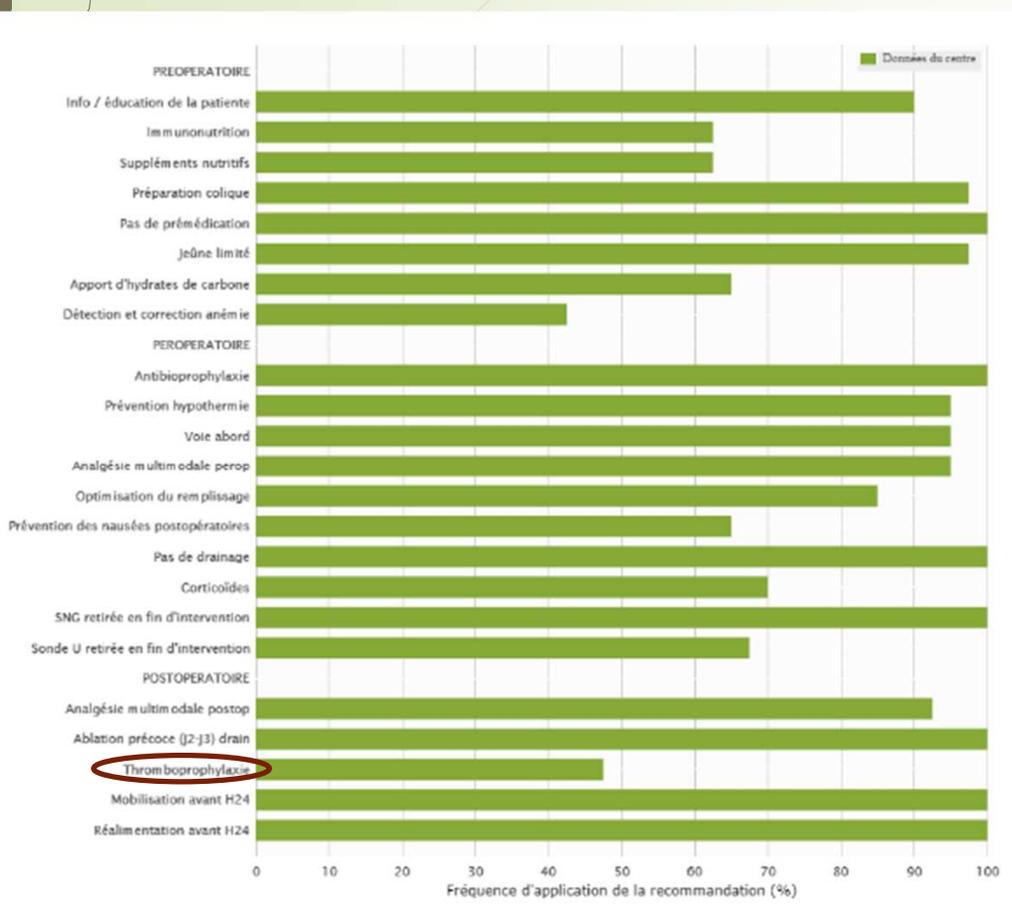
Transfert via Excel des données du dossier informatique au logiciel GRACE AUDIT

The screenshot displays the GRACE AUDIT software interface. At the top, there are navigation icons and a search bar. The main form is divided into several sections:

- Investigateur:** CHAULEUR, Celine
- N° dossier:** 201340746_19112021
- Centre:** CHUSE
- N° rang patient:** (empty)
- Phase:** PréOp, PerOp, PostOp, Sortie, Suivi, Recours
- Dossier incomplet:** (Warning icon)
- PREOP. Phase incomplète** (Section header)
- Indication opératoire:** (Dropdown menu)
- Données préopératoires:**
 - Gestité:
 - Parité:
 - Ménopause: oui, non
 - Prise d'anticoagulants: (Dropdown menu)
 - Prise d'anti-aggrégants plaquettaires: oui, non
 - Score ASA*: (Dropdown menu)
 - Amaigrissement récent*: (Dropdown menu)
 - Poids (kg):
 - Taille (cm):
 - IMC (kg/m²):
- Recommandations:**
 - Information et éducation de la patiente: oui, non
 - Immunonutrition préopératoire: oui, non
 - Suppléments nutritifs: oui, non
 - Préparation colique: (Dropdown menu)
 - Prémédication anxiolitique: (Dropdown menu)
 - Jeune limité, ne dépassant pas 6H pour les solides et 2H pour les liquides clairs: (Dropdown menu)

- Travail effectué par le CHU St-Etienne (P. LASNIER, SF et S. DEVIDAL, DSI), en collaboration avec Dr ENTREMONT, responsable GRACE AUDIT
- Formulaire de saisie dans Easily identique à celui de GRACE avec tous les onglets préop perop...
- Fichier modifiable par tous les intervenants, remplis par les différents acteurs de la RAC
 - préop saisi par médecin et IDE pour le jeun...
 - per op anesth et chir,
 - postop interne,
 - puis tout le reste le chir
- Envoi des données à J30 à la visite post op
 - pas de saisie du formulaire à J90 sauf si retour pour complication (aucun cas)
- ➔ **utilisable par tous les centres utilisant le DPI Easily**
- ➔ **plus de saisie papier car extractions des données à partir du dossier médical**

Audit interne du remplissage du formulaire



- 114 dossiers du 4 janvier au 15 septembre 2021
- Pas d'exhaustivité de la saisie des hystérectomies du service encore pour l'instant
 - *MAIS en plus TOUS incomplets... or seuls les dossiers complets sont dans l'audit*
 - **Le formulaire pour l'hystérectomie est à revoir**
- **40 dossiers complets** mais bien souvent des détails qui pourraient être automatisés et finalement qui n'influencent pas la RAC
 - *critère d'Oslo, poids, pas d'EVA à j3 alors que la patiente est sortie à J0...*
- Thromboprophylaxie: non faite si elle est non-indiquée => dégrade le % respect des recos
- idem pour immunonutrition...
- **Bref peut faire apparaître comme faussement mauvais élève et décourager**

Après l'audit comment améliorer le remplissage?

- Critère perop « geste associé » : le listing des gestes associés proposé est trop restrictif et pourtant, enlever des ganglions, c'est plus long et pas le même risque. Et ce sont des cas fréquents : gestes lors de cure de prolapsus, lors des hystérectomies pour cancer pas les curages mais ici on a qu'une liste qui correspond à des chirurgies digestives stomies, splénectomie, urétérolyse...
 - **REPONDRE « non » si le geste n'est pas dans la liste ; ou augmenter la liste des proposition ?**
- Critère perop : « score d'Oslo » : le critère n'est quasiment jamais renseigné :
 - correction à la lecture du CR opératoire, mettre en automatique?
- Critère per et postop pour l'anesthésie :
 - Renseignement sur l'utilisation de la corticothérapie selon protocole
 - Utilisation d'antalgique en SSPI et niveau des antalgiques utilisés jamais renseigné mais critères qui paraissent redondants
- Critère « suivi » : si le critère « récupération à J30 » est le plus souvent renseigné, le choix de l'instrument ayant été utilisé pour l'évaluation n'est quasiment jamais renseigné on ne donne pas des questionnaires de QDV pour ce type d'intervention

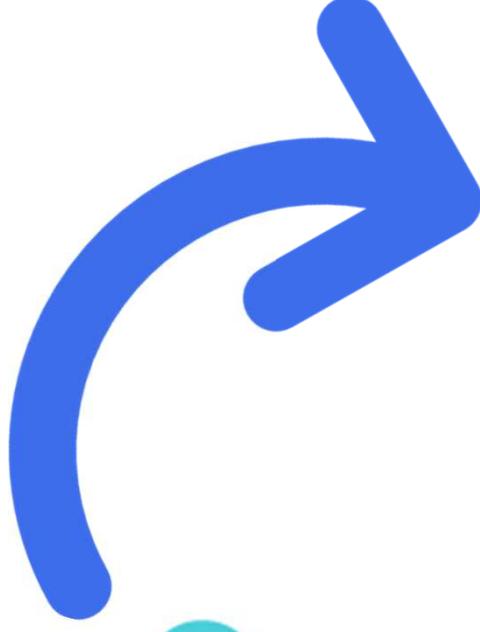
A red arrow pointing to the right, located at the top left of the slide.

Reste « encore » à faire

- Reprendre le libellé de certains critères sur le formulaire (DSI)
- Reprendre avec les nouveaux internes les éléments du remplissage du formulaire
- Mettre en place une procédure pour organiser un envoi mensuel des dossiers
- Refaire un audit de l'exhaustivité du remplissage du formulaire dans 3 mois



DOSSIER PATIENT
INFORMATISÉ



GRACE AUDIT



INTERETS DE L'IMPORT

- La **double saisie**, dans le DPI du centre et dans GRACE-AUDIT, est un vrai **frein à l'audit**.
- La procédure complète d'importation est simple et prend **moins de deux minutes**, même pour des centaines de dossiers.
- L'importation détecte les doublons et les dossiers invalides (mal formatés ou données essentielles manquantes).
- Les dossiers peuvent être facilement réimportés s'ils ont été modifiés après import dans le DPI du centre.



LIMITES

- Tous les DPI ne permettent pas l'export de dossiers.
- Créer un **dictionnaire d'importation** pour chaque programme de RAC de chaque centre.
- Créer un dictionnaire prend du temps (**2 jours**) et nécessite la participation active du centre.
- Certains DPI n'ont que peu de données en commun avec GRACE-AUDIT, nécessitant après importation un important travail pour compléter les données manquantes.



Dans le DPI du centre

1. Exporter les dossiers dans un fichier Excel, CSV, JSON ou XML



Dans GRACE-AUDIT

2. Importer le fichier et convertir les données



Bouton 'Importer' dans la fenêtre principale



Sélection du fichier généré par le DPI du centre



Traduction des données dans le format de GRACE-AUDIT



Rapport d'importation

3. Compléter les éventuelles données manquantes

preop	perop	postop
Terminé : Modifier	Importé : Valider	Terminé : Modifier
Terminé : Modifier	Importé : Valider	Importé : Valider
Terminé : Modifier	Importé : Valider	Terminé : Modifier

Les cahiers incomplets apparaissent en violet

Les questions à compléter sont surlignées en rose



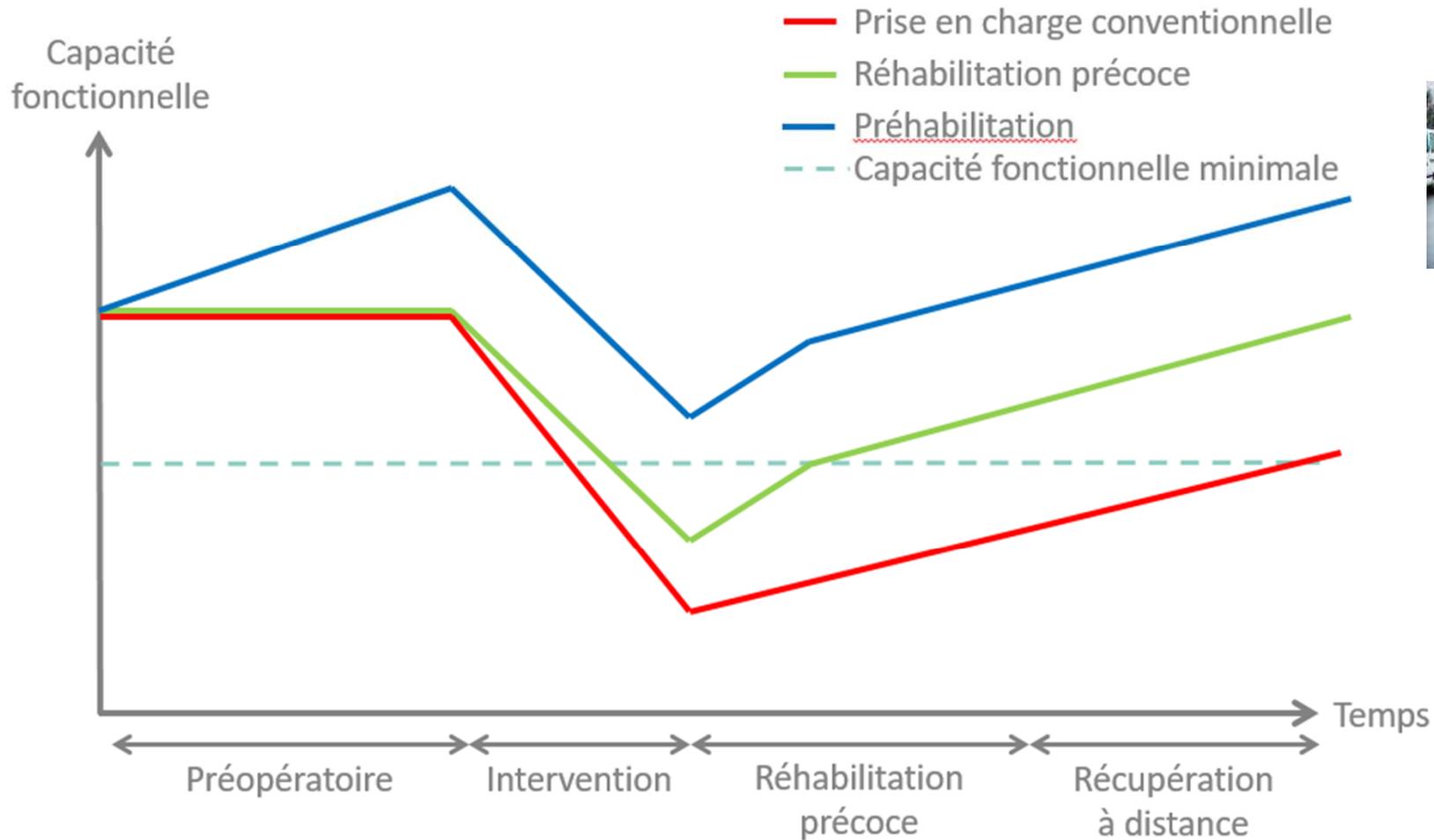
Généraliser la pré- habilitation en chirurgie abdominale majeure

*Pr Guillaume PASSOT - Chir. digestive et oncologique
Sonia KROUK - Monitrice d'Activité Physique Adaptée
Isabelle LAFORTUNE, Sophie PEYRONNET, Béatrice
FERREBOEUF, Mélanie SAHUC, Marie-Pierre
GAUFRETEAU - IDE Coordination Parcours Patients*



HCL – CHU Lyon-Sud
CHIRURGIE
DIG – URO – GYN

CONCEPT DE PREHABILITATION



Ditmyer et al. *Orthop Nurs* 2002

LE PROGRAMME DE PRÉHABILITATION

Programme de **préparation physique, nutritionnelle et psychologique** 4 semaines avant une chirurgie abdominale majeure

Association des principes de la RAC (Réhabilitation Améliorée en Chirurgie)

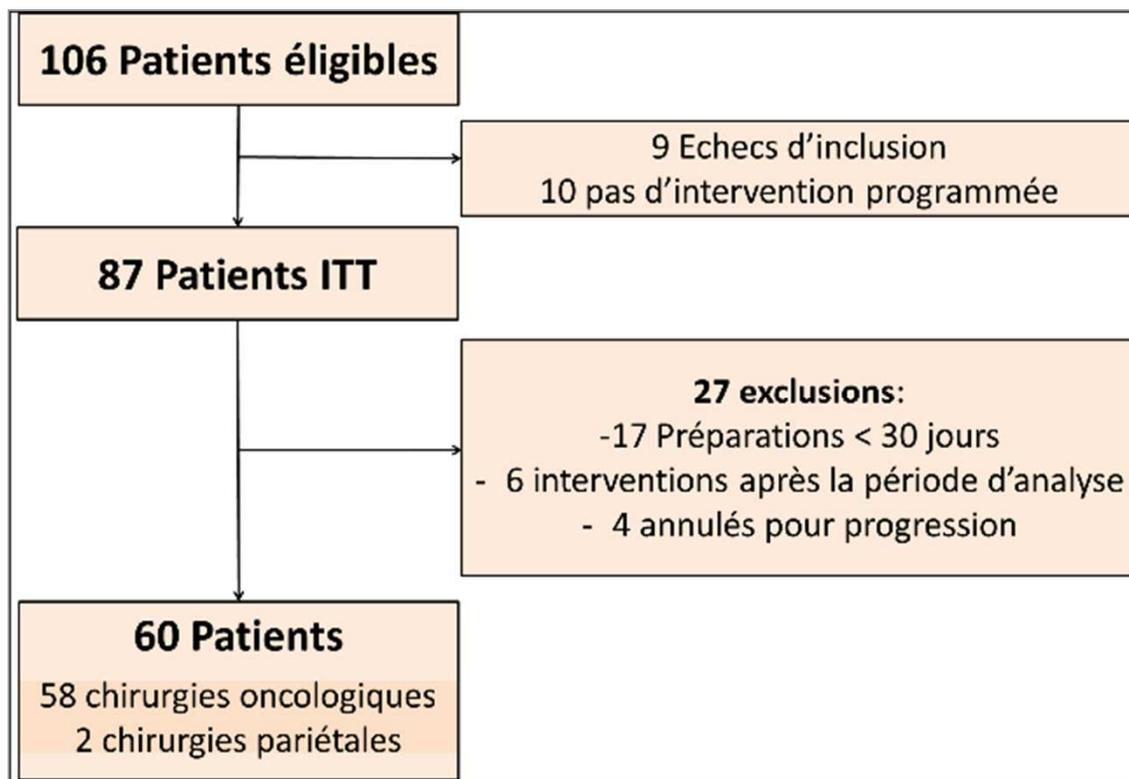
Prise en charge du patient lors de la phase: pré/per/post opératoire

Les objectifs du programme:

- Optimiser l'état physique et psychologique du patient avant la chirurgie.
- Réduire l'anxiété péri-opératoire.
- Limiter les complications post opératoires liées à l'hospitalisation.
- Améliorer le temps de récupération afin de diminuer la durée de séjour à l'hôpital.
- Harmoniser les pratiques.

L'EXPÉRIENCE INITIALE

De février à avril 2018



L'EXPÉRIENCE INITIALE

	A l'inclusion	Après pré habilitation	<i>p</i>
TM-6 (m)	484 (98)	529 (85)	0.0010
- TM-6 <400	5 (12%)	1 (4%)	
- TM-6 >600	3 (7%)	4 (16%)	
Qualité de vie			
- Fonction physique	86 (15)	89 (15)	0.0132
- Limitation fonctionnelle	86 (23)	91 (18)	0.0263
- Fatigue	34 (25)	29 (22)	0.0154
- Douleurs	30 (28)	33 (33)	0.0194
- Anorexie	16 (25)	9 (19)	0.0195
HADS	10,5 (0-23)	8,5 (2-28)	0.0023
Aucun événement traumatologique ni cardio-vasculaire déclaré au cours de l'expérience.			

Réduction de 50% de la durée de séjour en réanimation

LA GENERALISATION

UNE ÉQUIPE ET UN PROGRAMME



Coach sportif



Préparation
respiratoire



Conseils
nutritionnels



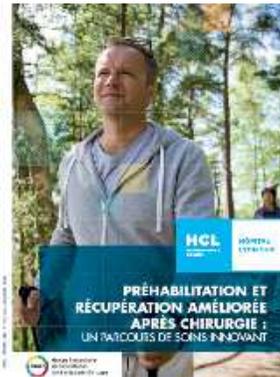
Soutien
psychologique

Un programme commun faisable pour tous



Les IDECs

DES SUPPORTS



Brochure d'informations



Livret d'entraînement



Locaux et matériel



Etirements / Améliorer son équilibre, souplesse :

- Dos :
 - [etirement_dos_prehabilitation_HCL.pdf](#) 148.04 Ko
- Fessiers :
 - [etirement_fessiers_prehabilitation_HCL.pdf](#) 260.88 Ko
- Ischiaux :
 - [etirement_ischiaux_prehabilitation_HCL.pdf](#) 174.41 Ko
- Mollets :
 - [etirement_mollets_prehabilitation_HCL.pdf](#) 761.41 Ko
- Quadriceps :
 - [etirement_quadriceps_prehabilitation_HCL.pdf](#) 178.32 Ko



[HTTPS://WWW.CHU-LYON.FR/FR/PREHABILITATION-AVANT-CHIRURGIE-MAJEURE](https://www.chu-lyon.fr/fr/prehabilitation-avant-chirurgie-majeure)

LA PRE-HABILITATION EN CHIFFRES A LYON SUD

NOMBRE DE PATIENTS AYANT SUIVIS UN PROGRAMME COMPLET

2019 → 200 patients

Le programme a été maintenu pendant toute la crise sanitaire.

2020 → 540 patients

2021 → + 550 patients

(janvier à aujourd'hui)





www.chu-lyon.fr



<https://www.chu-lyon.fr/fr/prehabilitation-avant-chirurgie-majeure>

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

Q&R

Transposition du parcours RAAC à la chirurgie vasculaire

Dr Sébastien PENILLON

Chir Vasculaire

Christine LESELLIER

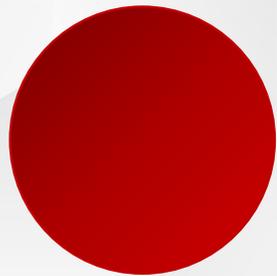
Directrice des Soins



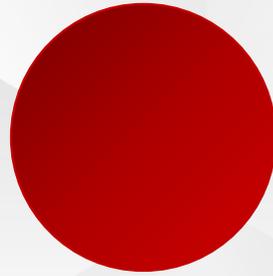
Médipôle de Savoie

**CHIRURGIE
VASCULAIRE**

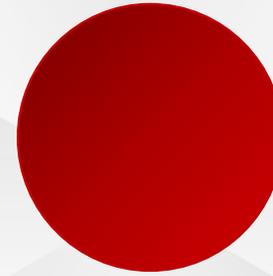
La RAAC au Médipôle de Savoie



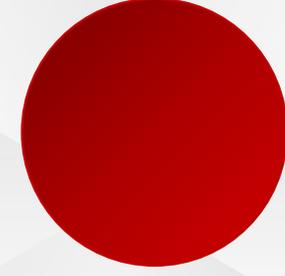
2015 :
Projet RAAC PTG / PTH et
colorectale



2016 – 2018 :
Développement des
pratiques en Vasculaire
et Orthopédie du M.Sup



2019 :
Projet RAAC Coiffe
de l'épaule



2021 – 2025 :
Développement de
la RAAC sur
d'autres spécialités

Pourquoi un projet VASCURAAC ?



→ Patients éligibles : Endoprothèses aortiques et Angioplasties artères de membres

Les Objectifs

- Diminution considérable des DMS pour ce type d'interventions : (EVAR : -35% / AOMI -15%)
- Utilisation de systèmes de fermeture artérielle,
- Incitation à l'ambulatoire.

Le projet VASCURAAC



	Protocole de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie vasculaire - Artériopathie périphérique (AOMI) traité par voie endovasculaire	PR SOINS 098 01
--	--	-----------------

Objet

Décrire la prise en charge spécifique en réhabilitation améliorée des patients atteints d'artériopathie périphérique en chirurgie vasculaire.

Recommandations et Documents de référence attachés

- Recommandations du Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie,
- Recommandations de la Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de la langue française,
- Protocole d'anesthésie en RAAC Vasculaire,
- Protocole de kinésithérapie en RAAC Vasculaire,
- Passeport RAAC Vasculaire.

Personnes impliquées

- Chirurgiens
- Anesthésistes
- Infirmier(e)s
- Kinésithérapeutes
- Diététicien
- Secrétariats médicaux

Diffusion

- Anesthésistes
- Chirurgiens
- Kinésithérapeutes
- Diététicien
- Services de soins
- Secrétariats médicaux

Validation

Ce protocole est validé par l'ensemble des Chirurgiens effectuant de la chirurgie vasculaire et les Médecins Anesthésistes Réanimateur.

Date de création : Juin 2016	Date de diffusion : Septembre 2016
Date de modification :	Version n° : 1 Page 1 sur 6

Toute reproduction est interdite sans l'accord de Médipôle de Savoie

Chemin Clinique du Programme VASCURAAC

Prise en charge d'une Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs traitée par chirurgie endoluminale (AOMI)

Interventions concernées

Anévrisme Aortique traité par Endoprothèse (EVAR)

- **Code CCAM EEF 004** : Dilatation intraluminaire d'une artère du membre inférieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée.
- **Code CCAM EEF 006** : Dilatation intraluminaire de plusieurs artères du membre inférieur avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée.

Population concernées

Tous les patients rentrant dans les critères d'éligibilité de la RAC

Début du processus

Demande de 1^{er} RDV

Fin du processus

1^{ère} consultation chirurgicale de suivi post opératoire

- Information préopératoire et adhésion pour la population concernée,
- Chemin clinique particulier,
- Suivi à domicile immédiat.

Pourquoi un projet VASCURAAC ?



	Protocole de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie vasculaire – Anévrisme aortique traité par endoprothèse (EVAR)	PR SOINS 097 01
---	---	--------------------

Objet

Décrire la prise en charge spécifique en réhabilitation améliorée des patients atteints d'anévrisme aortique en chirurgie vasculaire.

Recommandations et Documents de référence attachés

- Recommandations du Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie.
- Recommandations de la Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de la langue française.
- Protocole d'anesthésie en RAAC Vasculaire.
- Protocole de kinésithérapie en RAAC Vasculaire.
- Passeport RAAC Vasculaire.

Personnes impliquées

- Chirurgiens
- Anesthésistes
- Infirmier(e)s
- Kinésithérapeutes
- Diététicien
- Secrétariats médicaux

Diffusion

- Anesthésistes
- Chirurgiens
- Kinésithérapeutes
- Diététicien
- Services de soins
- Secrétariats médicaux

Validation

Ce protocole est validé par l'ensemble des Chirurgiens effectuant de la chirurgie vasculaire et les Médecins Anesthésistes Réanimateur.

Date de création : Juin 2016	Date de diffusion : Septembre 2016
Date de modification :	Version n° : 1 Page 1 sur 6

Toute reproduction est interdite sans l'accord de Médipôle de Savoie

Chemin Clinique du Programme VASCURAAC Prise en charge d'un Anévrisme Aortique traité par Endoprothèse (EVAR)

Interventions concernées

Anévrisme Aortique traité par Endoprothèse (EVAR)

Code CCAM DGLF001 : Pose d'endoprothèse couverte bifurquée aortobiliaque, par voie artérielle transcutanée

Population concernées

Tous les patients rentrant dans les critères déligibilité de la RAC

Début du processus

Demande de 1^{er} RDV

Fin du processus

1^{ère} consultation chirurgicale de suivi post opératoire

- **Organisation du suivi post opératoire régulier avec adhésion du patient,**
- **Impact plus relatif sur cette technique par rapport à la chirurgie aortique ouverte.**

Les projets de demain AURC

→ AURC : Application à la chirurgie aorto-iliaque par voie ouverte

SCVE

Société de Chirurgie Vasculaire et
Endovasculaire de Langue Française

AURC

Innovation Teamwork Leadership Vision Success

ARCHIV

Les projets de demain AURC



CHEMIN CLINIQUE: EN AMONT DE L'HOSPITALISATION

- **Prise de rdv avec le chirurgien et consultation pour :**
 - Affirmer le diagnostic et programmer l'intervention,
 - Choisir la technique (bénéfice/risque),
 - Informer et présenter le projet RAAC (livret, anticipation des ordonnances...),
 - Anticiper la sortie PRADO /SSR.

- **Mais également pour :**
 - Sensibiliser le patient à l'arrêt du tabac et à la prise en charge de son artériopathie des membres inférieurs éventuelle,
 - Prévoir un bilan nutritionnel et proposer une prise en charge nutritionnelle adaptée,
 - Prévoir un éventuel bilan respiratoire.

Les projets de demain AURC



CHEMIN CLINIQUE: EN AMONT DE L'HOSPITALISATION

- **Prise de rdv avec l'ARE et consultation (J-15)**
 - Interrogatoire et validation RAAC avec le patient,
 - Information sur le jeûne, la prémédication non systématique.
- **Consultation pré-op kiné (J-15)**
 - Explications sur la technique opératoire, sur les conséquence de la chirurgie et les exercices post-op,
 - Réponses aux questions des patients.
- **Préadmission (J-15)**
- **La veille de son admission confirmation** de l'heure d'arrivée dans la clinique par sms.

Les projets de demain AURC



CHEMIN CLINIQUE: PENDANT L'HOSPITALISATION

- **La prise en charge pré-opératoire J-1 ou J0**
 - Préparation patient : douche, pas de dépilation, PM non systématique transfert bloc en brancard,
 - BIS/BSC sous échographie, dexaméthasone 8mg, Bair Hugger, prévention des nausées et vomissements (Dropéridol, Ondansétron).
- **La prise en charge per-opératoire**
 - Protocole anesthésique : Épargne morphinique (Infiltration) / Prévention de l'hypothermie secondaire / Equipements (VVC, ETO),
 - Voie d'abord chirurgicale : Limitée / Trans ou rétropéritonéale ? / Drainage limité,

Les projets de demain AURC



CHEMIN CLINIQUE: PENDANT L'HOSPITALISATION

- **Prise en charge post-opératoire**
 - Surveillance en unité de soins continus,
 - Lever précoce,
 - Kinésithérapie respiratoire,
 - Reprise de l'alimentation adaptée à la reprise du transit,
 - Prévention de la thrombose veineuse profonde,
 - Contrôle échodoppler J1,
 - Echodoppler veineux à J4.

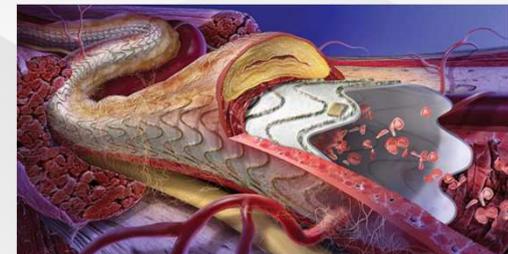
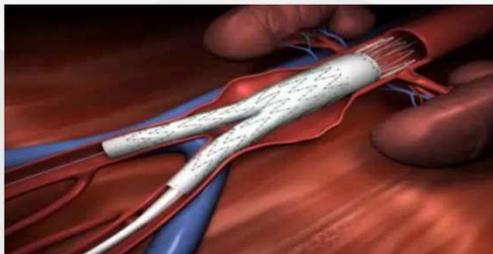
Les projets de demain AURC

CHEMIN CLINIQUE : ORGANISATION DE LA SORTIE ET SUIVI POST OPÉRATOIRE

- **Organisation de la sortie**
 - Soins et prise en charge douleur,
 - Patient autonome avec 2 séances kiné /jr,
 - Organisation sortie (RAD / PRADO / SSR).
- **Sortie du patient**
 - Rééducation 3 fois par semaine pendant 3 mois,
 - RDV Angiologue à M+1,
 - RDV chirurgien à M+2.



Questions



Prise en charge personnalisée en chirurgie cardiaque

*Dr Thomas SASSARD Chir Cardiaque
Dr Abdellah AOUIFI Anesthésiste-réanimateur
Florence DELAIRE Dir. Soins et Parcours Patient
Anne MUNERET CS Chirurgie Cardiaque*



Infirmierie Protestante

**CHIRURGIE
CARDIAQUE**



Pourquoi une PEC RAC

- Moderniser la PEC : Rendre le patient proactif pour un meilleur rétablissement des capacités physiques et psychiques
- Limiter le risque infectieux
- Limiter la tension des lits en périodes épidémiques

- Objectifs fixés
 - Réduire la durée de séjour préopératoire
 - Améliorer le confort du patient en respectant la sécurité péri-opératoire
 - Favoriser une réadaptation rapide pour une sortie précoce



Typologie des patients

- 3 types d'adressage
 - Patients adressés par le centre hospitalier
 - Patient suivi en cardiologie de ville
 - Urgences
- Origine géographique de la patientèle:
 - 29% hors ARA
 - 71% ARA dont 50% hors Rhône

Etat des lieux

- Durée de séjour

	Préop	Soins critiques	Postop
Séjour standard	2 jours	2 jours	5 jours
OBJECTIF Séjour RAC	1 jour	2 jours	3 jours

- Interventions cibles éligibles :
 - pontage coronarien
 - remplacement valvulaire aortique
 - certains remplacements valvulaires mitraux
- Typologie de patients éligibles :
 - Patient avec un niveau de CMA 1 et 2



Prise en charge préopératoire

Concertation médico chirurgicale pour déterminer l'éligibilité à un séjour RAC

- Patients suivis dans un CH :
 - Bilan pré-chirurgie réalisé en amont par les équipes médicales du CH.
- Patients suivis en cardiologie de ville :
 - Bilan par les équipes IP en ambulatoire
- Admission **la veille au soir de l'intervention** (accueil et information par les équipes)
 - A la demande, possibilité d'une nuit en hôtel hospitalier pour origine géographique éloignée
- Patients complexes (urgences, cardiopathie évoluée, terrain fragile +) :
 - Parcours spécifique à l'état du patient. **Non éligible au parcours RAC**



La RAC en préopératoire

- **Consultation chirurgicale** : Indication chirurgicale
- **Consultation d'anesthésie** en externe avec téléconsultation en cas d'éloignement géographique et programmation de l'arrêt des anticoagulants et des hydrates de carbone
- **Bilan** : 2 à 3 semaines avant l'hospitalisation en HDJ avec nuit possible en hôtel hospitalier
 - Examens cardiologiques (Echographie cardiaque / Coronarographie)
 - Consultation d'angiologie (Dopplers)
 - Consultation pneumologie (EFR)
 - Consultation d'addictologie,
 - Rencontre d'un kinésithérapeute
 - Rencontre avec assistante sociale pour anticiper la sortie précoce en SSR
 - Bilan nutrition et limitation des bicarbonates
- **Visite anesthésique et chirurgicale à l'admission**



La RAC en peropératoire

- **Prémédication allégée**
- **Produits anesthésiques** de courte durée d'action et réduction des morphiniques
- Table d'opération avec **matelas chauffant**
- **CEC** en normothermie et à priming réduit
- **Technique chirurgicale moins traumatique** :
Mini écarteur, calibres réduits des drains, ALR de complément
- **Récupération du sang épanché** (Cell-Saver)





La RAC en postopératoire

- **J0** : suites postopératoires favorables
 - Arrêt sédation à H4, extubation au décours
 - Mobilisation au lit avec kiné et IDE
- **J1** :
 - Lever précoce au fauteuil
 - Kinésithérapie respiratoire et 4 membres
 - Valise de drainage portative (en cours d'évaluation)
 - Relais du traitement en per os et optimisation des anticoagulants
 - Reprise alimentaire dès le matin
- **Autres mesures essentielles** :
 - **Stimulation cognitive** du patient (sensoriels et multimédias)
 - Récupération des effets personnels
 - Télévision personnelle
 - Incitation à la **déambulation** avec télémétrie mobile
 - **Retrait des équipements médicaux** dès que possible
 - Confirmation et **organisation de la sortie** en SSR

Maintenir un lien dynamique avec la patiente RAC

*Dr Célia TEXIER
Chir Gynécologue
Pr Nicolas BOURDEL
Chir Gynécologue*



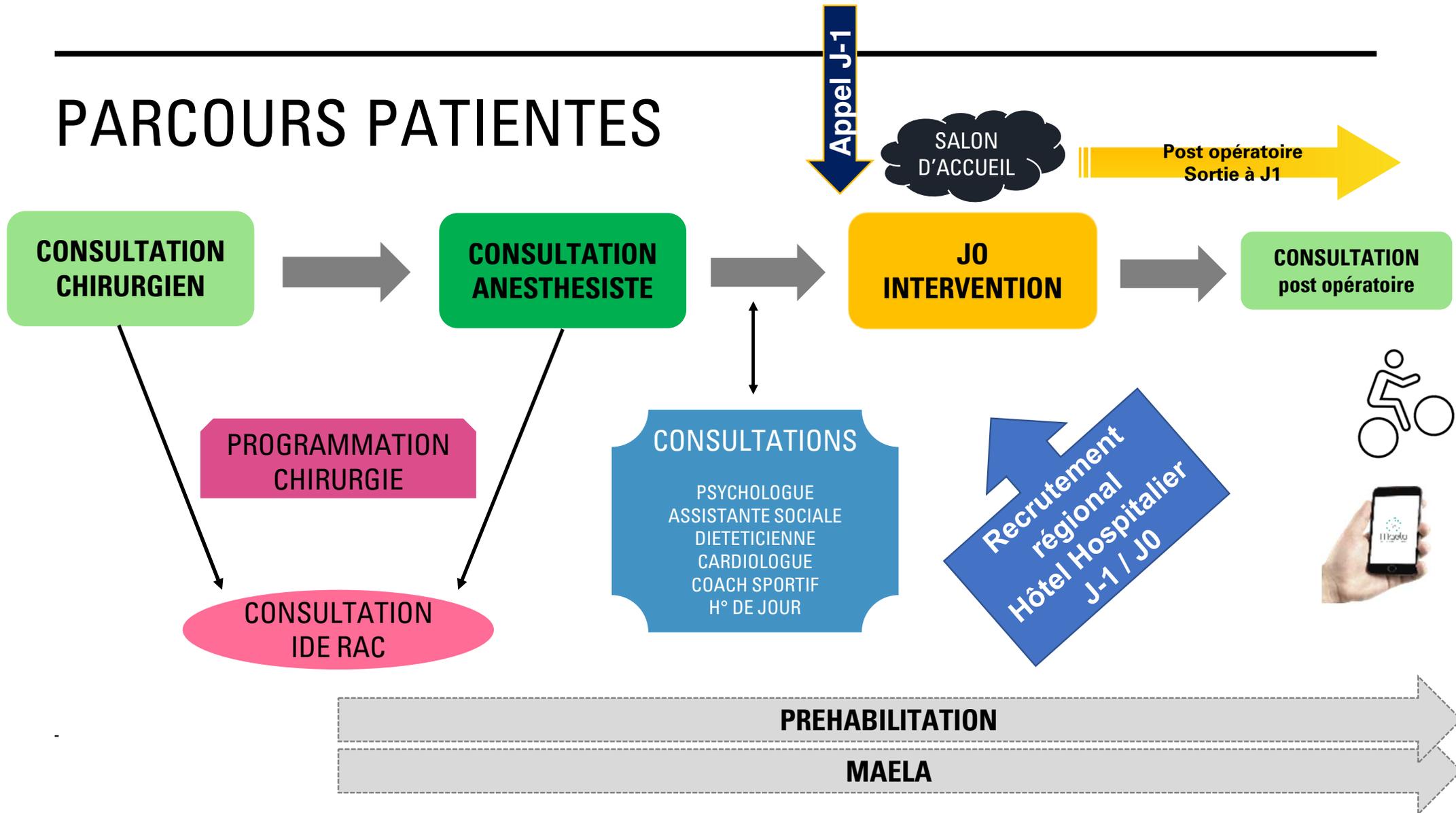
CLERMONT-FERRAND

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CHU Clermont-Ferrand

**CHIRURGIE
GYNECOLOGIQUE**

PARCOURS PATIENTES



APPLICATION MAELA : ACCOMPAGNEMENT PERI OPERATOIRE



Ce document résume les éléments essentiels à retenir pour l'utilisation de la plateforme connectée Maela.

VOTRE PARCOURS DE SOINS



1. Consultation chirurgicale

Le chirurgien discutera avec vous de l'acte opératoire et de votre parcours de soins avant et après votre chirurgie.



2. Consultation d'anesthésie

L'anesthésiste évaluera avec vous les risques opératoires et les indications à suivre pour votre chirurgie.



3. Examens complémentaires

Quelques examens pourraient être nécessaires suite à la consultation anesthésique.



4. Questionnaires pré-opératoires Maela

3 semaines avant votre arrivée et 7 jours avant votre entrée en hospitalisation, vous serez contacté(e) par SMS par Maela pour vous connecter sur la plateforme. Des éléments pré-opératoires sont à saisir et vont aider les équipes à mieux vous prendre en charge.



5. Hospitalisation

L'équipe de chirurgie vous accueillera et répondra à vos dernières interrogations avant votre opération.



6. Votre suivi connecté Maela

Après votre chirurgie et en l'absence de complications, votre retour à domicile sera accéléré.

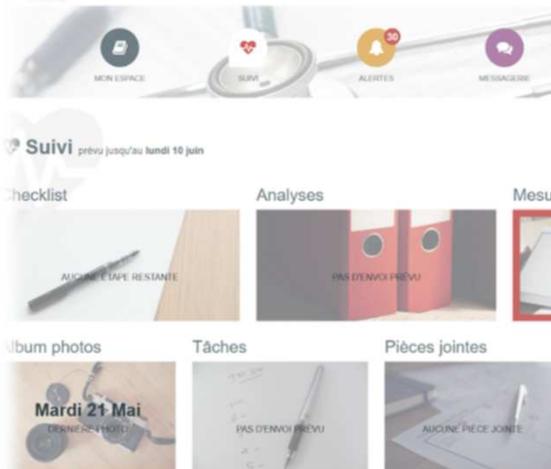
Un protocole sur la plateforme créé par le service vous accompagnera et vous aidera dans votre retour à la maison.



7. Consultation de suivi post-opératoire

Généralement 1 mois après votre chirurgie, vous serez revu par votre chirurgien afin de s'assurer de votre rétablissement.

N'hésitez pas à demander l'avis de votre infirmière à domicile en cas d'inquiétude particulière.



APPLICATION MAELA : ACCOMPAGNEMENT PERI OPERATOIRE



Phase Post-opératoire

Questionnaire « Mon questionnaire de suivi médical »

Itération(s) :

- Post-opératoire : J+1 à J+5 ; Le Matin avec alerte à 12h
 - Si non réponse (*visible des deux*) : Questionnaire de suivi post-opératoire ; Veuillez renseigner votre questionnaire de suivi médical post-opératoire. Ce questionnaire est disponible dans le menu « Questionnaire » [Avertissement].

Bonjour et bienvenue sur votre questionnaire de suivi médical quotidien **Maela**.

1) Comment allez-vous ?

Bien	Moyennement bien	Je vais mal <i>(Pros de santé)</i> La patiente se sent mal : La patiente dit se sentir. Vérifiez qu'il ne présente pas d'autres signes inquiétants [Information]	Je suis très fatiguée <i>(Patientes)</i> Fatigue : Il est normal de ressentir une fatigue plus importante les jours après une chirurgie, reposez-vous tout en vous mobilisant régulièrement [Information]
------	------------------	--	---

2) Avez-vous des douleurs vaginales

Oui Non

a. Pouvez-vous coter entre 0 et 10 votre

3) Avez-vous des douleurs abdominales ?

Oui Non

a. Pouvez-vous coter entre 0 et 10 votre douleur abdominale ?

≥ 4 ≥ 6

(Pros de santé) Douleurs abdominales : La patiente se plaint de fortes douleurs abdominales, veuillez la contacter pour vérifier son état de santé général [reprise du transit ?] [Avertissement]

b. Avez-vous pris vos antalgiques de manière systématique ?

Oui <i>(Pros de santé)</i> Douleur non calmée par les antalgiques : La patiente présente de fortes douleurs non calmées par sa prise d'antalgiques. Veuillez faire le point avec elle [Avertissement]	Non → Prenez régulièrement vos antalgiques prescrits pour vous en espagant les prises. Il est plus simple de traiter une douleur encore non existante qu'une douleur déjà présente.
---	---

Vous pouvez prendre un doliprane toutes les 6 heures pour calmer votre douleur.

4) Avez-vous des douleurs en urinant ?

Oui Non

(Pros de santé) Brûlure mictionnelle : La patiente présente des brûlures mictionnelles, veuillez la contacter pour vérifier qu'elle n'a pas d'infection urinaire. Si non, envoi d'une ordonnance pour ATB [Avertissement]

(Patientes) Douleur en urinant : La patiente se plaint de douleurs en urinant, veuillez la contacter pour vérifier son état de santé général [Avertissement]

APPLICATION MAELA : ACCOMPAGNEMENT PERI OPERATOIRE



7) Avez-vous des nausées et/ou des vomissements ?

Oui

→ Si vous prenez des antalgiques susceptibles d'être la cause de vos nausées ou vomissements (Ibuprofène, Topalgic, Acupan), arrêtez-les et faites le point dans 2 heures. Si vos vomissements ne s'arrêtent pas, demandez à être contactée.

Non

8) Avez-vous des frissons ou vous sentez-vous fébrile ?

Oui

Non

a. Prenez votre température :

≥ 38,5

(Pros de santé) Patient fébrile : La patiente se plaint d'une température > 38,5, veuillez la contacter. Si température avérée, contactez le praticien **[Avertissement]**

9) Comment est votre pansement / Cicatrice ?

Rougeur

Propre

Saignement

Écoulement purulent

(visible des deux) Photo : Veuillez prendre une photo du pansement et nous la faire parvenir **[Avertissement]**

(visible des deux) Photo : Veuillez prendre une photo du pansement et nous la faire parvenir **[Avertissement]**

(visible des deux) Photo : Veuillez prendre une photo du pansement et nous la faire parvenir **[Avertissement]**

9) Ressentez-vous une douleur anormale au niveau d'un mollet ou vous sentez-vous anormalement essouffé(e) ?

6) Avez-vous des saignements vaginaux ?

Oui

→ Des saignements après ce type de chirurgie sont fréquents. Si vous avez des inquiétudes particulières, vous pouvez demander des conseils aux infirmier(e)s ou consulter les brochures expliquant les suites opératoires dans le menu « Mes documents » ou « Mon espace »

Non

a. Comment sont ces saignements ?

Traces de sang

Un peu de sang en continu

Sang abondant

(Pros de santé) Sang abondant : La patiente présente des saignements importants au niveau vaginal. Veuillez la contacter pour vérifier qu'elle ne rencontre aucune complication **[Avertissement]**

10) Portez-vous vos bas de contention ?

Oui

→ C'est bien félicitations ! Portez vos bas de manière systématique permet d'éviter au maximum le risque de phlébite. Continuez comme ça !

Non

→ Veuillez porter vos bas de manière systématique après votre sortie de l'hôpital pour éviter au maximum les risques de phlébite.

Mardi 21 Mai

DÉBARRASSEZ-VOUS

PAS D'ENVOI PRÉVU

AUCUNE PIÈCE JOINTE

SANS ÉCRIVAIN

MAELA : LE BILAN 3 ANS APRÈS

CHU Estaing



PROFIL	NOMBRE UTILISATEURS
Administrateur établissement	3
Praticiens	13
Secrétaires médicales	8
Infirmiers coordinateurs	3

Service	Parcours
Chir. gynécologique	6

Année	Nombre de patients
2019	22
2020	22
2021	60
Total inscrits	104

Nombre de patients inscrits par mois en 2021

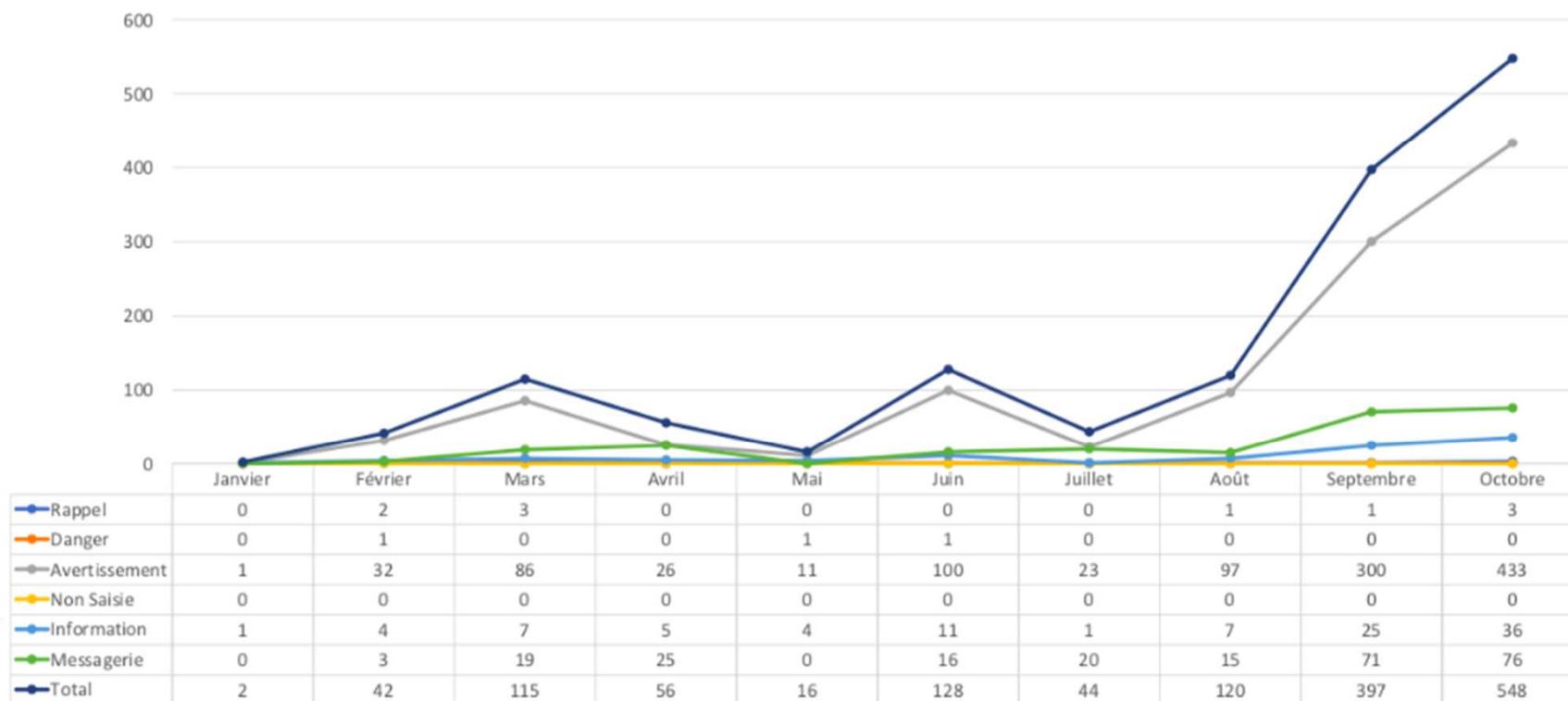


Racine GHM 13C03 - Hystérectomies



MAELA : LE BILAN 3 ANS APRÈS

Alertes traitées par mois en 2021



MAELA : LE BILAN 3 ANS APRÈS

Satisfaction Professionnels de santé (2)



Maela
Le suivi médical connecté

8/10

Evaluation globale des services et solutions Maela

9,6/10

Concernant la formation

8,4/10

Concernant le déploiement

8,4/10

Concernant l'accompagnement et le suivi de projet

9,2/10

Concernant les solutions Maela

8/10

Concernant les mises à jours

Satisfaction Patient (10)

9,1/₁₀

Pour la qualité du service Maela

7,4/₁₀

Pour la qualité des solutions Maela



MAELA : OBJECTIFS POUR L'AVENIR

- Augmenter le nombre d'adhésions
- Diminuer les appels multiples sur le téléphone des IDE / internes du service
- Améliorer la qualité des réponses et des services en lien avec Maela



ALTERNATIVES A MAELA : L'APPEL TÉLÉPHONIQUE PAR IDE RAC

- = 10 Appels par jour entre 5 et 10 par semaine
- Avantages
 - Population satisfaite du lien téléphonique
 - Souvent âgée
- Inconvénients
 - Chronophage
 - Pas d'accès aux documents / vidéos de l'application



PRE-HABILITATION : MAINTIEN DES MESURES APPLIQUEES EN PRE OPERATOIRE

- **Maintien d'une activité physique**
 - Autonome
 - En structure (rubies, DHALIR, DAPAP...)
- **Maintien du sevrage tabagique**
 - %
- **Equilibre alimentaire**
- **Soutien psychologique**



L'innovation RAC pour la scoliose pédiatrique

*Dr Vincent CUNIN
Chir orthopédiste pédiatrique
Anne BERRUYER
kinésithérapeute*



HCL – HFME
CHIRURGIE
PEDIATRIQUE

CONTEXTE

- 2 à 4% des enfants
- ALD



VOLONTÉ D'OPTIMISATION GLOBALE ET INNOVANTE DU PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES SCOLIOSES

Service pilote dans le suivi des scolioses depuis 2015

- Traitement précoce par corset nouvelle génération
- Technique chirurgicale mini-invasive Vertebral Body Tethering (VBT) permettant d'éviter une chirurgie d'arthrodèse.

Juillet 2021 :
Acceptation d'un dossier d'activité nouvelle développant la prise en charge des scolioses pédiatriques

Volonté de mise en place de parcours innovants, pluridisciplinaires et coordonnés

- Dans le traitement et la surveillance des scolioses par corset nouvelle génération
- Dans les chirurgies elles-mêmes et leurs suites

Accélération du projet RAC

POURQUOI LA RAC EN PÉDIATRIE ?

Peu d'expérience de RAC en chirurgie pédiatrique
-
peu service de chirurgie pédiatrique sur le réseau GRACE

Deux constats:

- L'inquiétude parentale est un frein important au retour à domicile
- L'état de santé des enfants est beaucoup plus rapidement compatible avec un retour à domicile que chez l'adulte

Volonté forte de équipe pluridisciplinaire

- Améliorer la satisfaction patient
- Développer des PEC innovantes

La RAC semble donc l'outil parfaitement adapté pour assurer un retour à domicile dans les meilleurs conditions possibles de l'enfant

FOCUS SUR LE PROJET RAC

NOS OBJECTIFS POUR CE PROGRAMME RAC

80

D'APRÈS LES RECOMMANDATIONS HAS

- Mieux informer le patient sur la démarche et son chemin clinique
- Anticiper l'organisation du parcours et des soins pré, per et post-opératoires et la sortie du patient (situation de vie, réseau hôpital-ville-domicile)
- Minimiser les conséquences du stress chirurgical sur la récupération des enfants
- Contrôler la douleur à tous les moments de la prise en charge
- Favoriser l'autonomie des patients

UNE EQUIPE DE COORDINATION PLURIDISCIPLINAIRE

ORGANISANT TROIS TEMPS CLEFS :

1/ HDJ préopératoire

- Formalisation de parcours de soins coordonnés
- Facilitation administrative
- Education thérapeutique en HDJ
- Pair Aidance
- Développement des partenariats internes entre les service (Bloc, radiologie ...)

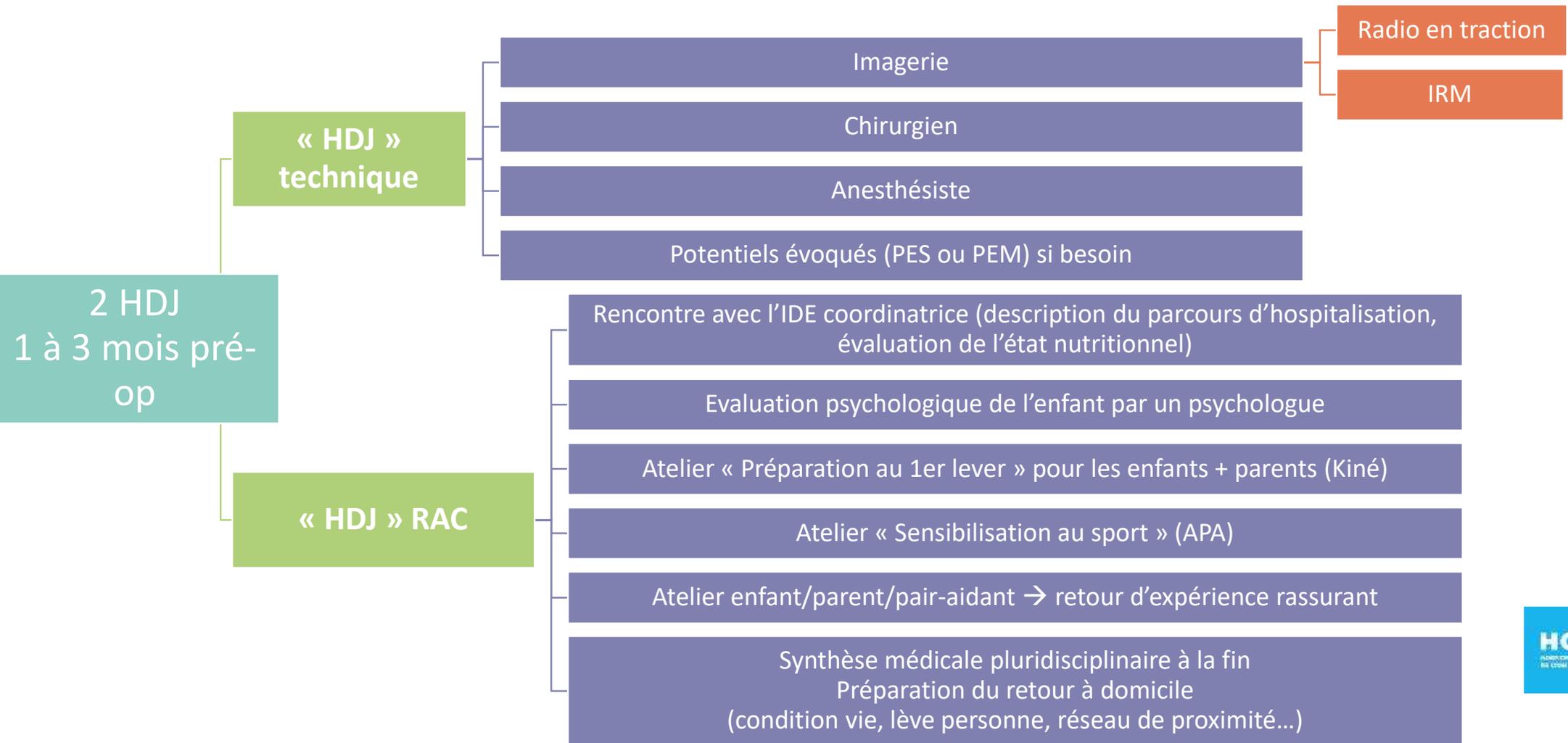
3/ Retours à domicile

- Identification des partenaires de ville à proximité des familles
- Nécessité d'un SSR ?
- Organisation de liens privilégiés avec les familles

2/ Facilitation du parcours lors de l'hospitalisation

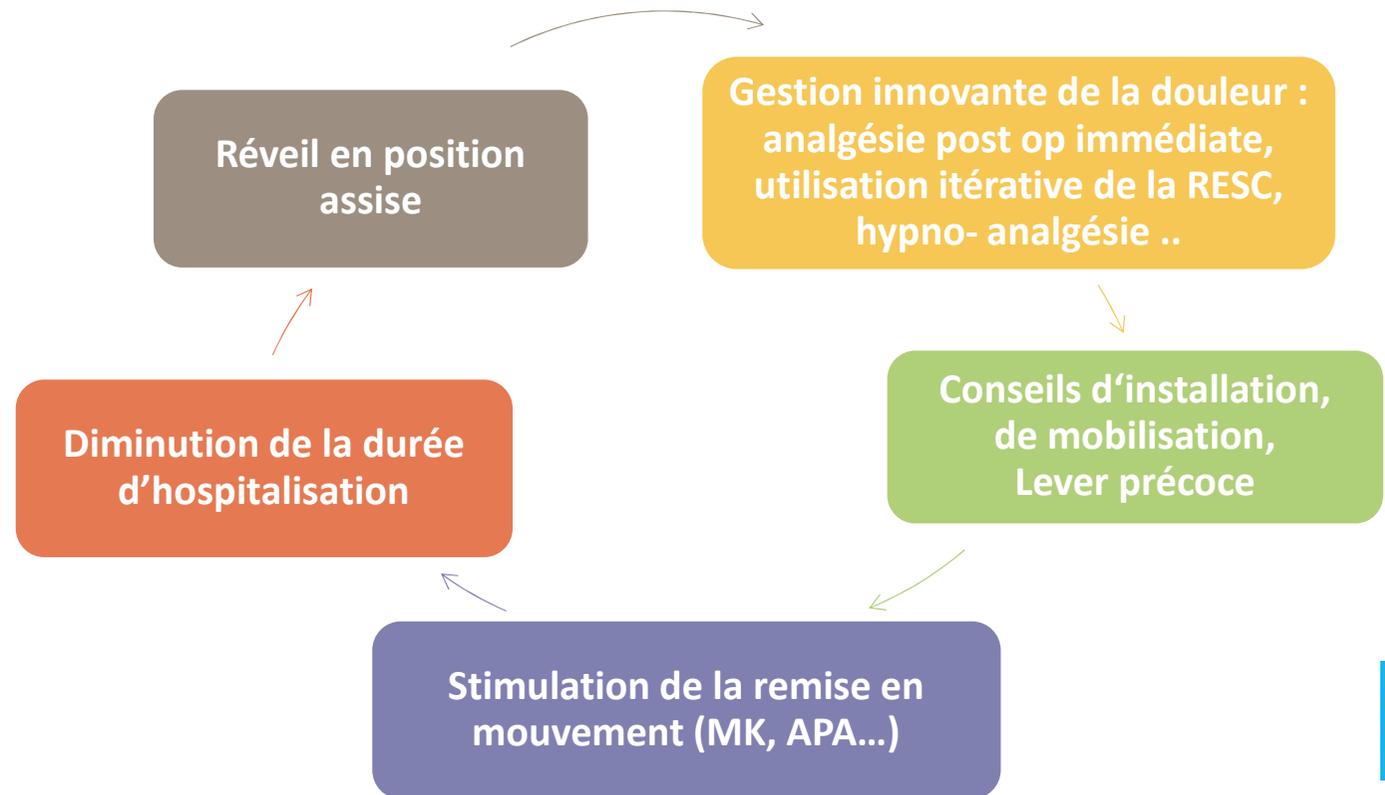
- Gestion performante et précoce de la douleur (protocoles d'analgésie, RESC ...)
- Remise en mouvement précoce
- Autonomisation des patients et de leur famille

PRÉOPÉRATOIRE



PENDANT L'HOSPITALISATION

- Impératif d'anticipation de chaque étape
- Préparation en amont de la sortie
 - Ordonnances
 - Documents divers
 - RDV post opératoire (Parcours MOCAS)



APRÈS LA SORTIE DE L'HÔPITAL

- Prise de contact avec l'équipe de proximité de l'enfant en amont si besoin
- Coordination hôpital – ville facilitée par un binôme IDE – kinésithérapeute
- Formalisation d'un canal de communication facilitée pour les familles

QUELS BÉNÉFICES ATTENDUS?

- Satisfaction des patients et de leur famille
- Diminution de la DMS (hospitalisation et convalescence)
 - 3 jours pour les VBT / 5 à 6 jours pour la technique classique
 - HAD dans les techniques chirurgicales classiques ?
 - Réadaptation plus rapide grâce à l'éducation thérapeutique des parents et des enfants proposée en HDJ pré-opératoire
- Amélioration des conditions de retour à domicile
- Changement de mentalité des équipes :
 - Sur la nécessité d'organisation et l'anticipation
 - Sur la chirurgie elle-même (chirurgie scoliotique + autres chirurgies)
 - Sur une place différente de l'hospitalisation dans le parcours de soin des enfants

OÙ EN SOMMES NOUS ?

- Ce qui est déjà fait :
 - Formalisation d'un chemin clinique logique et rationnel
 - Expérimentation de certains points précis du parcours
 - Début de conception des ateliers
- Ce qu'il reste à faire
 - Impliquer de nouveaux professionnels dédiés dans l'équipe projet pour déployer plus largement.
 - Fédérer l'équipe autour de cette nouvelle modalité
 - Patients Partenaires (Pair Aidance: évaluation et formation)
 - Evaluation: création d'indicateurs d'efficacité de la démarche (DMS, complications, échelles de satisfaction...)
 - Développement au-delà de la population cible (genoux, tumeurs...)

La mastectomie totale en un jour grâce à la RAC

*Dr Mellie HEINEMANN, Chir oncologue
Sénologie – Gynécologie
Dr Jeanne OUVRIER-NEYRET, MD
Isabelle DELHOMME, IDE
Département de chirurgie*

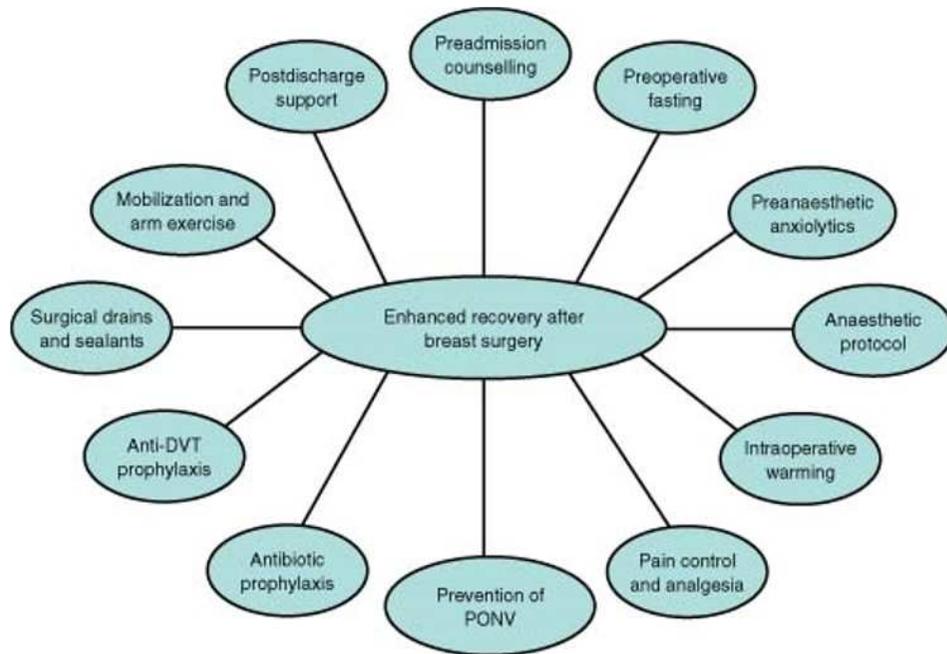


CENTRE
DE LUTTE
CONTRE LE CANCER
**LEON
BERARD**

Centre Léon Bérard

**CHIRURGIE
SENOLOGIQUE**

Introduction



BREAST

Consensus Review of Optimal Perioperative Care in Breast Reconstruction: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Society Recommendations

Claire Temple-Oberle, M.D., M.Sc.
 Melissa A. Shea-Budgell, M.Sc.
 Mark Tan, M.D.
 John L. Scemla, M.D., M.Sc.
 Christian Schrag, M.D.
 Marcio Barreto, M.D.
 Phillip Blondel, M.D., Ph.D.
 Jeremy Hamming, M.D.
 Joseph Dawson, M.D.
 Olof Ljungqvist, M.D., Ph.D.
 for the ERAS Society
 Calgary, Alberta, and Toronto, Ontario, Canada; Denver, Leeds, Bristol, Portsmouth, Bristol, Ghent, Belgium; New York, N.Y.; and Odense, Sweden

Background: Enhanced recovery following surgery can be achieved through the introduction of evidence-based perioperative maneuvers. This review aims to present a consensus for optimal perioperative management of patients undergoing breast reconstructive surgery and to provide evidence-based recommendations for an enhanced perioperative protocol.
Methods: A systematic review of meta-analyses, randomized controlled trials, and large prospective cohorts was conducted for each protocol element. Smaller prospective cohorts and retrospective cohorts were considered only when higher level evidence was unavailable. The available literature was graded by an international panel of experts in breast reconstructive surgery and used to form consensus recommendations for each topic. Each recommendation was graded following a consensus discussion among the expert panel. Development of these recommendations was endorsed by the Enhanced Recovery after Surgery Society.

Results: High-quality randomized controlled trial data in patients undergoing breast reconstruction informed some of the recommendations; however, for most items, data from lower level studies in the population of interest were considered along with extrapolated data from high-quality studies in non-breast reconstruction populations. Recommendations were developed for a total of 18 unique enhanced recovery after surgery items and are discussed in the article. Key recommendations support use of opioid-sparing perioperative medications, minimal preoperative fasting and early feeding, use of anesthetic techniques that decrease postoperative nausea and vomiting and pain, use of measures to prevent intraoperative hypothermia, and support of early mobilization after surgery.

Conclusion: Based on the best available evidence for each topic, a consensus review of optimal perioperative care for patients undergoing breast reconstruction is presented. (*Plast Reconstr Surg* 139:1056e, 2017.)

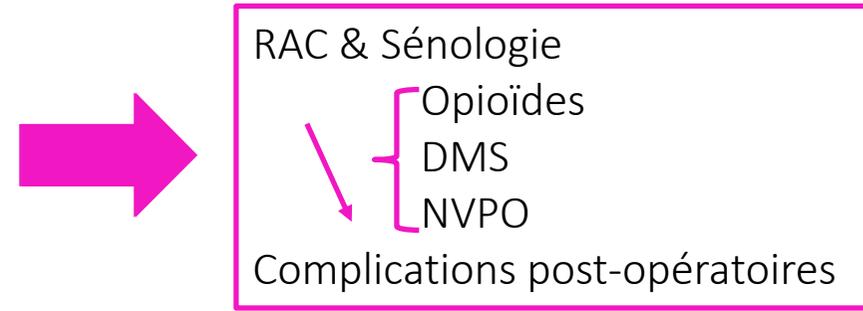
CLINICAL QUESTION / LEVEL OF EVIDENCE: Therapeutic, V.



Recover can be improved in breast surgery. Enhanced recovery after surgery represents evidence-based care elements that have revolutionized perioperative care in colorectal surgery, thereby reducing morbidity and length of stay, and improving survival.¹⁻³ This guideline (Table 1) was developed by an international expert panel of physicians under the guidance of the Enhanced Recovery after Surgery Society.

From the Departments of Surgery, Oncology, and Anesthesiology and Pain Medicine, University of Calgary; the Tom Baker Cancer Centre; the Cancer Strategic Clinical Network, Alberta Health Services; the City of Hope National Medical Center; the Department of Surgery, University of Toronto; the Department of Plastic and Reconstructive Surgery, University Hospital of Ghent; Memorial Sloan Kettering Cancer Center; Department of Surgery, Faculty of Medicine and Health, Odense University; and private practice.
 Received for publication June 13, 2016; accepted October 17, 2016.
 Presented at the 4th World Congress of the Enhanced Recovery After Surgery Society, in Lisbon, Portugal, April 27 through 30, 2016.
 Copyright © 2017 by the American Society of Plastic Surgeons
 DOI: 10.1097/PRS.0000000000003242

Disclosure: Dr. Ljungqvist is a founding member of the ERAS Study Group and ERAS Society, an executive officer of the ERAS Society, and is the founder and a shareholder in EnCARE AB, Sweden 397 (<http://www.en-care.se>), the provider of the ERAS interactive audit system. In addition, Dr. Ljungqvist was supported by funds from Nichelmander, Örebro, Sweden. No funding was provided to support the development of this article and no funding was received as a result of this article.



R Arsalani-Zadeh et al, Evidence-based review of enhancing postoperative recovery after breast surgery, *Br J Surg* (2011).
 Temple-Oberle C et al, ERAS Society. Consensus Review of Optimal Perioperative Care in Breast Reconstruction: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Society Recommendations. *Plast Reconstr Surg* (2017).
 Jogerst, K. et al. Same-Day Discharge After Mastectomy: Breast Cancer Surgery in the Era of ERAS®. *Ann Surg Oncol* (2020).

Introduction

From: [Same-Day Surgery for Mastectomy Patients in Alberta: A Perioperative Care Pathway and Quality Improvement Initiative](#)



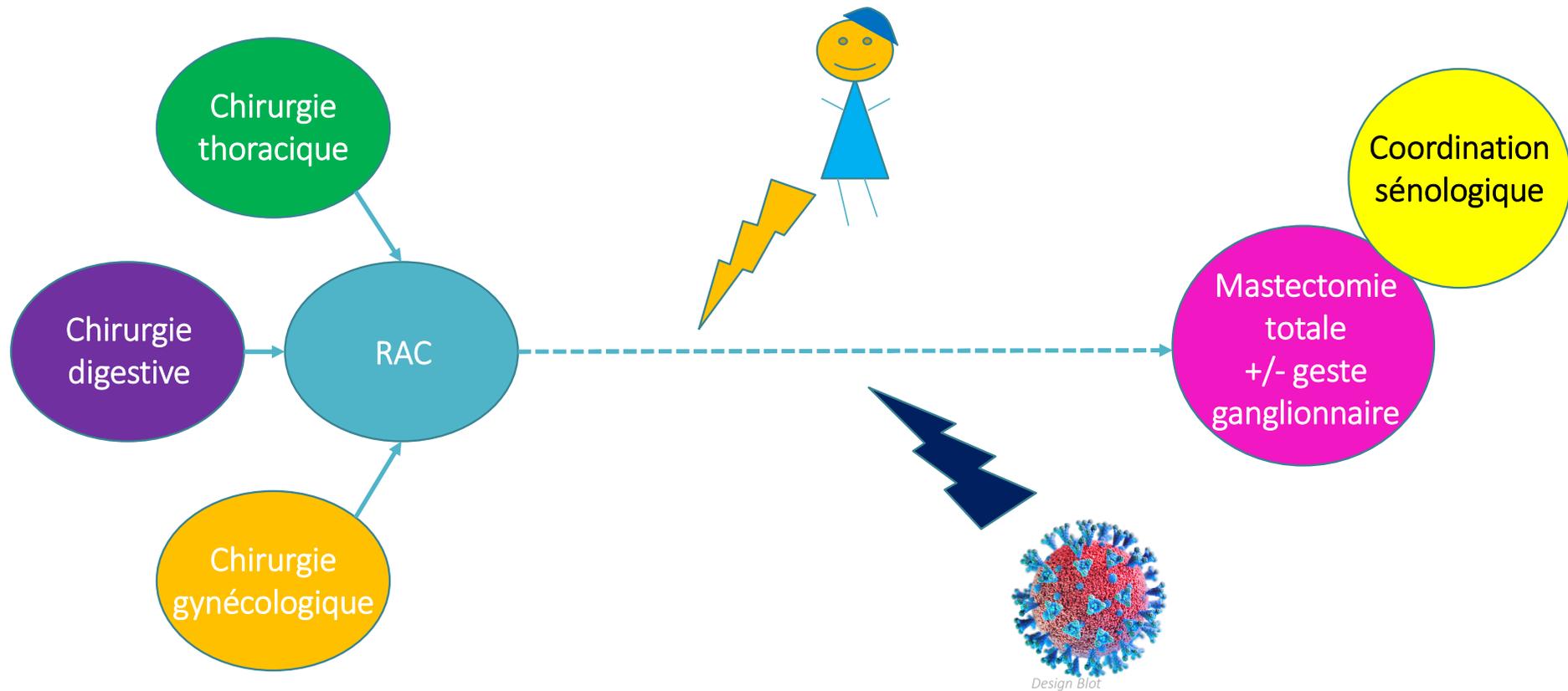
Results of voluntary patient-reported experience measures (PREMs) survey, revealing that 90% of respondents felt “excellent” or “good” with the plan to go home, 90% felt “excellent” or “good” with how to take care of themselves once home, 87% felt “excellent” or “good” with how to care for their drain, 84% felt “excellent” or “good” to care for their incision, and 90% felt “excellent” or “good” about who to contact if they required support or had an issue



87% de satisfaction du parcours « mastectomie totale en un jour »

Keehn, A.R. et al. Same-Day Surgery for Mastectomy Patients in Alberta: A Perioperative Care Pathway and Quality Improvement Initiative. Ann Surg Oncol (2019).

Expérience Centre Léon Bérard



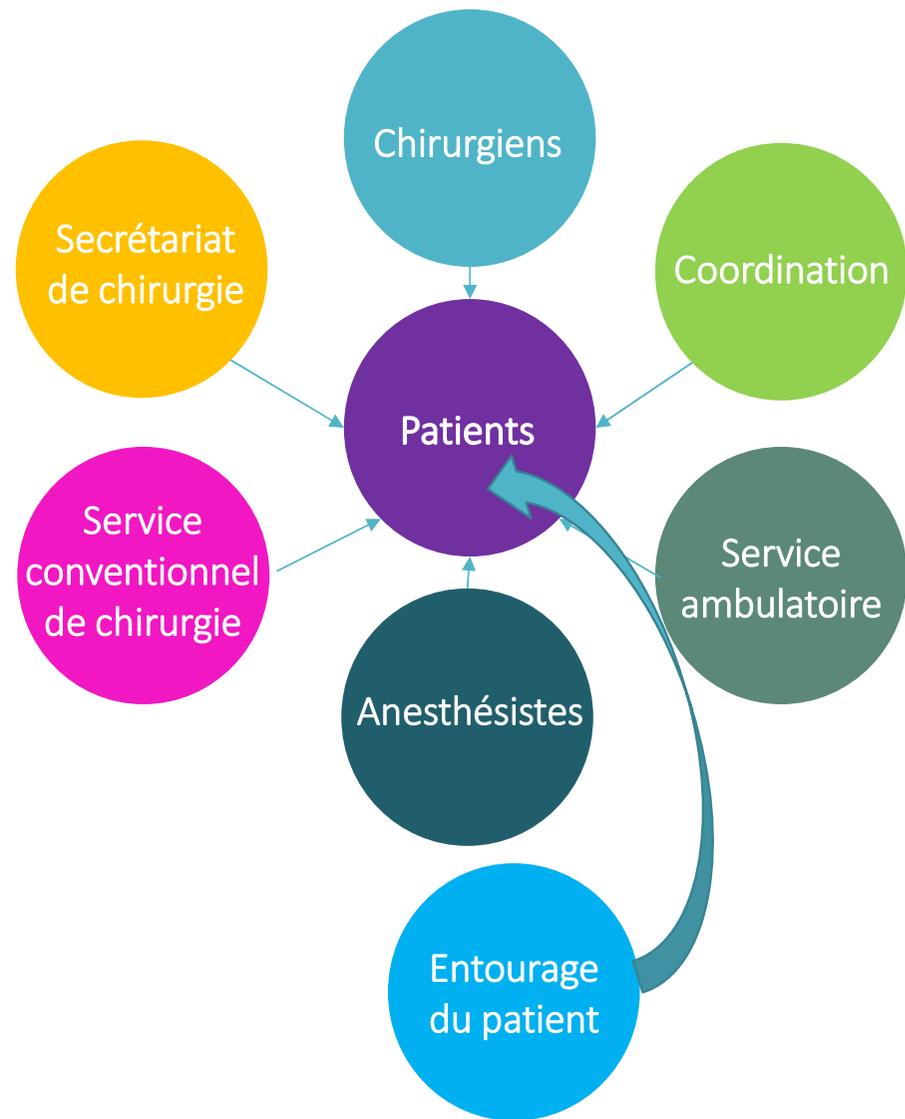
Mise en place

Critères d'exclusion

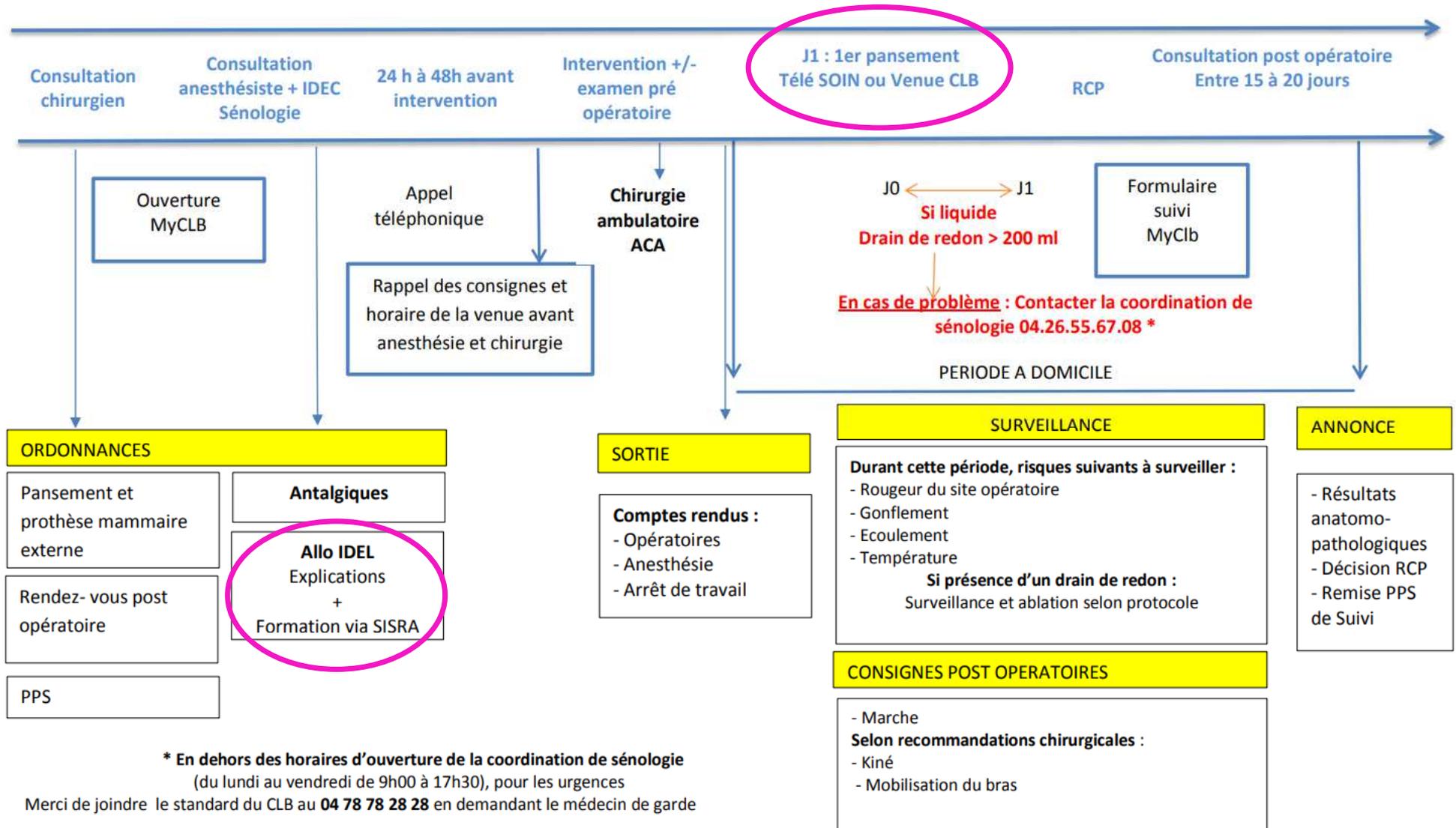
Coordination +++

→ Téléconsultation J1 post-opératoire

→ Rôle des accompagnants



Parcours



Evaluation : Complications postopératoires

J Ouvrier Neyret, MD
Congrès SFCO 2021

	HT n= 36	AMBU n= 36	P-Value
Complications n(%)	20 (55.6)	18 (50)	0.814
Abcès	1 (2.8)	0 (0)	1.000
Hématome	3 (8.3)	2 (5.6)	1.000
Lymphocèle	16 (44.4)	9 (25.0)	0.137
Troubles cutanés	5 (13.9)	5 (13.9)	1.000
Autres	1 (2.8)	2 (5.6)	1.000
Clavien Dindo n(%)	16 (44.4)	21 (58.3)	0.174
1	0 (0)	0 (0)	
2	17 (47.2)	14 (38.9)	
3A	0 (0)	0 (0)	
3B	3 (8.3)	1 (2.8)	
4-5	0 (0)	0 (0)	
Conversion HT n(%)		5 (13.9)	
Reprise chirurgicale n(%)	3 (8.3)	1 (2.8)	0.614
Délai chirurgie-traitement adjuvant moy(DS)	43.1 (12.6)	49.0 (13.4)	0.101



Taux de complications post-opératoires identique

Evaluation : Satisfaction

→ Taux de réponse de 83%

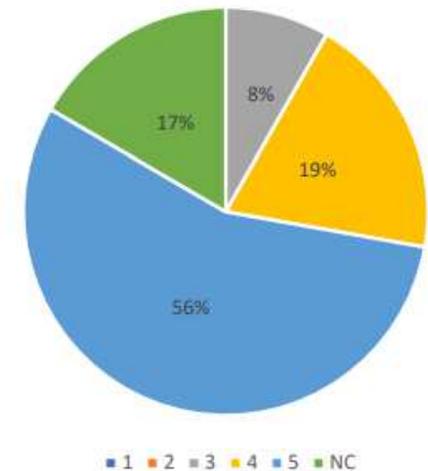
J Ouvrier Neyret, MD
Congrès SFCO 2021

	Effectif concerné	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Très insatisfait	Absence de réponse
Avant la chirurgie, n (%)						
Chirurgien	36 (100)	29 (80.6)	1 (2.8)	1 (2.8)	0 (0)	5 (13.9)
Anesthésiste	36 (100)	25 (69.4)	3 (8.3)	3 (8.3)	0 (0)	5 (13.9)
Infirmière coordinatrice	36 (100)	29 (80.6)	2 (5.6)	0 (0)	0 (0)	5 (13.9)
Secrétariat de chirurgie	36 (100)	24 (66.7)	7 (19.4)	0 (0)	0 (0)	5 (13.9)
Jour de la chirurgie, n (%)						
Déroulement dans le service	36 (100)	25 (69.4)	6 (16.7)	0 (0)	0 (0)	5 (13.9)
Déroulement au bloc opératoire	36 (100)	26 (72.2)	5 (13.9)	0 (0)	0 (0)	5 (13.9)
Après la chirurgie, n (%)						
Téléconsultation	24 (66.7)	14 (38.9)	5 (13.9)	0 (0)	0 (0)	5 (13.9)
Consultation en présentiel	6 (16.7)	2 (5.6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (11.1)
Gestion d'une complication dans les 48h	6 (16.7)	3 (8.3)	2 (5.6)	1 (2.8)	0 (0)	0 (0)

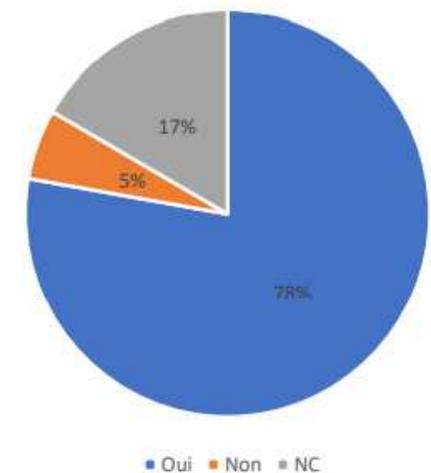


Taux de réponse 83%
Taux de satisfaction globale 75%

Note globale



Recommandations à un proche



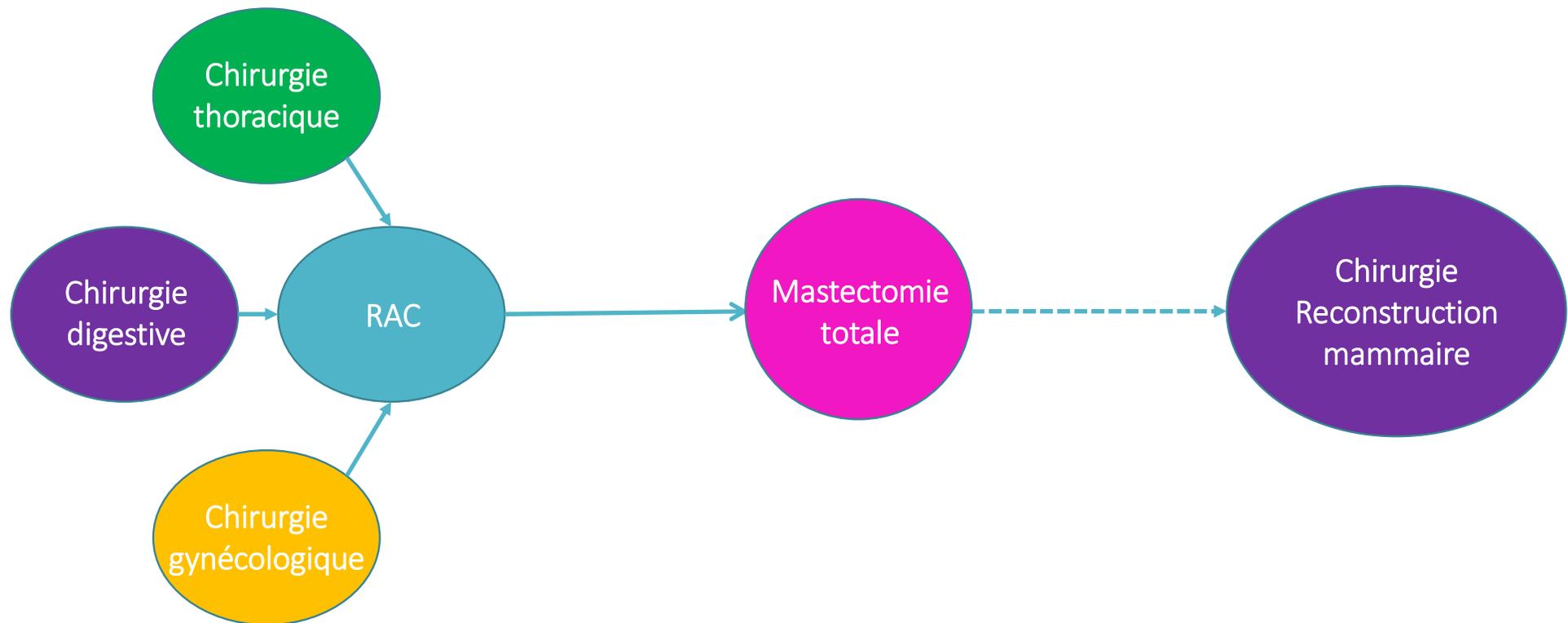
Evaluation : Anxiété préopératoire

I Delhomme, IDE
Mémoire DIU AFCA 2021

Taux anxiété pré-opératoire					
Analyse univariée	Faible (<6)		Important (≥6)		p<0,05
Age ≥ 55 (médiane 55ans)	13	54,2%	17	50,0%	0,63
ATCD ambulatoire	15	62,5%	15	44,1%	0,20
Compréhension chirurgie, technique, suites habituelles et complications	21	87,5%	27	79,4%	0,42
Question sur compréhension déroulement journée	19	79,2%	11	32,4%	0,006
Compréhension information jeûne et soins cutanées préopératoire	23	95,8%	29	85,3%	0,20
Ordonnances de sortie	19	79,2%	17	50,0%	0,02
Questionnement anxiété	13	54,2%	18	52,9%	0,98
Consultation IDEC préopératoire	18	75,0%	27	79,4%	0,69
Appel IDEC préopératoire	10	41,7%	8	23,5%	0,09
Impact consultation IDEC	18	75,0%	19	55,9%	0,06
Intérêt de l'absence de prémédication	2	8,3%	1	2,9%	0,36
Outils gestion de l'anxiété					
Debout	19	79,2%	29	85,3%	0,54
Hypnose	1	4,2%	3	8,8%	0,49
Musicothérapie	0	0,0%	3	8,8%	0,14
Casque réalité virtuelle	5	20,8%	3	8,8%	0,19
Sommeil veille de la chirurgie	18	75,0%	8	23,5%	<0,0001
Sécurité à la sortie	23	95,8%	21	61,8%	0,03
Consultation imprévue	2	8,3%	9	26,5%	0,08
Ambulatoire vs Hospitalisation prolongée	16	66,7%	11	32,4%	0,01
Analyse multivariée	Odd Ratio		IC 95%		
Ambulatoire vs Hospitalisation prolongée	7,00		[1,01 – 48,31]		

RAC
+
Mastectomie totale
=
Anxiété
pré opératoire

A venir



« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite. »

Henry Ford

Questions ?

Supports des Workshops à télécharger sur le site de l'ARS

Vos contacts

ARS

Edwige OLMEDO, chargée de mission Performance
04 27 86 56 21 – edwige.olmedo@ars.sante.fr

Dr Martine GELAS-BONIFACE, référent régional
chirurgie-soins critiques-réanimation
04 72 34 74 47 – martine.gelas-boniface@ars.sante.fr

AP SIS Santé

Philippe DEVILLERS, Directeur Associé, Consultant
06 87 75 17 14 – philippe.devillers@apsis-sante.com

