

## indicateurs

Le suivi des patients, à mettre en place sur tous les sites, permettra de mesurer les niveaux de **conformité des pratiques** par rapport au protocole cible pour chaque geste.

Cette mesure sera complétée par l'ARS, avec:

- Les **complications graves**, via l'analyse des réadmissions pour motif similaire dans les 30 jours
- Les **effectifs et DMS** pour les **GHM cibles** des gestes les plus fréquents, avec et sans SSR

## Un thème d'actualité pour la SFAR et l'APHP

Pr Dominique Fletcher, Chef de Service d'Anesthésie-Réanimation de l'HU Raymond Poincaré de l'APHP, interviewé par Philippe Devillers, APSIS Santé

En 2013, la SFAR nous a missionné, mon collègue le Dr Alfonsi du GH Saint-Joseph de Paris et moi-même, pour animer un collectif sur le sujet, composé de praticiens, chirurgiens et anesthésistes, publics et privés, et de membres de la CNAM, de l'HAS, de l'ANAP et de l'ARS IDF.

Nous avons travaillé sur 6 spécialités chirurgicales – vasculaire, urologie, gynécologie, orthopédie, viscéral, thoracique – et défini les points cruciaux de la RRAC pour différents chemins cliniques.

Il en est ressorti le besoin d'un état des lieux et d'indicateurs d'évaluation des pratiques. La réalisation de cette synthèse a été confiée à l'HAS et devrait sortir début 2016.

La SFAR a programmé une journée monothématique sur la RRAC en mai 2015, comme c'est son habitude sur les sujets d'actualité.

Les choses sont en train de bouger aussi à l'APHP et, au printemps 2016, nous organiserons une journée interne RRAC pour promouvoir cette prise en charge au sein de nos hôpitaux.

Nous avons travaillé avec le Dr Jean-Félix Verrier, Directeur de la Stratégie du groupe CAPIO, qui a une forte tradition sur ce sujet. Les équipes concentrées sont souvent restreintes et exercent une activité très spécialisée sur un ou deux gestes, avec des prises en charge très courtes et de qualité. Ce modèle paraît difficile à transposer sur nos recrutements généralistes avec une grande variété de gestes. Par ailleurs, le raccourcissement de la durée de séjour ne peut être l'objectif premier.

Nous nous interrogeons beaucoup sur la prétendue économie de cette prise en charge. En effet, la spécificité de la RRAC ne tient pas tant aux changements de pratiques médicales, même si ne plus mettre de sonde, de garrot ou de drain est un choc pour certains opérateurs. C'est l'accompagnement du patient dans son rôle désormais beaucoup plus participatif qui représente la véritable innovation. Cela ne s'invente pas, il faut du temps et des compétences.

## témoignage



## Table Ronde RAC à l'Hôpital Privé de la Loire

La 6<sup>ème</sup> journée médico-chirurgicale organisée par HPL à Saint-Etienne a été un grand succès. Plus de 150 personnes, dont de nombreux généralistes, se sont retrouvées en soirée pour une table ronde sur la chirurgie ambulatoire et la RAC animée par le Pr Slim de GRACE, invité par le Dr Brégère, président de la CME, et du Dr Maissonnette, chirurgien digestif.

Le Pr Slim a souligné l'indispensable changement culturel du positionnement du professionnel par rapport à son patient. « Tout est question d'information au patient et de consensus d'équipe élargie, du kiné à la diététicienne. C'est une nouvelle façon de travailler et d'échanger avec les patients ».

Pratique sûre du geste opératoire, pas de sonde gastrique ni vésicale et pas de drainage, confort du patient, lever rapide... « Nous ne sommes plus dans une relation paternaliste, explique le Dr Maissonnette. Avec cette technique, le patient devient acteur et actif de sa prise en charge. »

Ce concept permet de bénéficier d'une hospitalisation plus confortable et plus courte, tout en réduisant les complications postopératoires.

Une table ronde au final très enthousiasmante pour tous nos professionnels.

*Elisabeth Guillermet, Directrice des Soins Infirmiers*

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



# La Lettre du Comité Régional Réhabilitation Améliorée après Chirurgie



édito

## Promouvoir la RAC en Rhône-Alpes

*La Réhabilitation Améliorée après Chirurgie a fait l'objet de recherches et de publications de plus en plus nombreuses ces dernières années, avec une élévation progressive du niveau de preuve des études.*

*Convaincu du bénéfice pour le patient, l'ARS Rhône-Alpes veut promouvoir l'implémentation de la RAC, en s'appuyant sur l'expérience des établissements et des équipes chirurgicales de notre région, encore assez peu nombreuses, qui se sont déjà engagés dans ce nouveau mode de prise en charge.*

*Pour cela, elle a proposé une modalité d'accompagnement de services volontaires, fondée sur l'exemplarité de centres référents (déjà reconnus comme réalisant la RAC dans de bonnes conditions et prêts à partager leur expérience), avec l'aide et le soutien pour la conduite du changement d'un consultant externe.*

*Cette démarche est une entreprise d'équipe pluridisciplinaire où tous les acteurs, chirurgiens, anesthésistes, soignants et direction ont leur place.*

*Merci à vous d'y avoir répondu et de vous impliquer dans l'amélioration de la prise en charge de vos patients.*

*Céline Vigné, ARS Rhône-Alpes, Directrice de l'Efficiencia de l'Offre de Soins*

## agenda

- 04/11 – Réunion régionale, lancement projet RAC, ARS, Lyon
- 05/11 – Journée VIDEO CAA, Chirurgie ambulatoire, Paris
- 09-12/11 – Congrès SOFCOT, Paris
- 25-27/11 – Congrès Chirurgie Digestive & Hépatobiliaire, Marne la Vallée
- 09-11/12 – Journée Française de Nutrition, Marseille

## Chemin clinique et audit: prise en charge personnalisée et analyse rigoureuse des résultats

Le concept de RAC a été introduit par l'équipe du Pr Kehlet en 1995. Il vise à réduire le stress physique et psychique lié à l'intervention en prévenant les dysfonctions organiques secondaires de la chirurgie telles que les nausées, vomissements, l'iléus paralytique postopératoire ou la douleur, permettant au patient de récupérer plus vite ses capacités.



6h après une colectomie, le patient est levé et peut se restaurer à son appétit (CH Lyon Sud)

Cette démarche replace le patient au cœur du processus de soin. C'est le sens même de la notion de Chemin clinique: le patient devient le premier acteur de sa prise en charge.

Au-delà de l'instauration des protocoles et de l'évolution des pratiques, c'est là qu'est la plus grande révolution de la RAC: l'équipe médico-chirurgicale ne se concentre plus sur le geste technique mais sur le patient lui-même, et met tout en œuvre pour qu'il bénéficie d'une prise en charge personnalisée et optimisée de sa première consultation jusqu'à sa guérison.

Ce challenge est à relever par toutes les équipes, référents ou postulants, participant au projet.

Ce premier numéro de la Lettre du CRRAC en résume le déroulement.

Parmi les points importants, l'audit des pratiques est essentiel. C'est au regard de l'analyse des pratiques et des résultats d'une comparaison objective entre équipes que la progression dans l'amélioration de la prise en charge peut se consolider: une exigence de monitoring mais surtout un outil déterminant pour proposer à chaque patient un chemin clinique vraiment adapté.

*Dr Pierre Ménard, ARS Rhône-Alpes, Conseiller Technique Chirurgie*

## pour en savoir plus

- Chef de Projet: ARS Rhône-Alpes  
Dr Pierre MENARD – 04 27 86 57 18  
pierre.menard@ars.sante.com  
- Accompagnement: APSIS Santé  
Philippe DEVILLERS – 06 87 75 17 14  
philippe.devillers@apsis-sante.com

- Comité Régional RAC:  
Pr Karem SLIM – CHU Clermont-Ferrand  
Pr Eddy COTTE – CHU Lyon  
Pr Sébastien LUSTIG – CHU Lyon  
Dr Jean-Pierre BONGIOVANNI – GH St-Joseph St-Luc  
Dr Franck MAISONNETTE – HP Loire St Etienne

## Un projet de coaching par des sites référents

Le projet d'accompagnement du développement de la RAC en Rhône-Alpes a suscité un grand nombre de candidatures et un choix a dû être fait pour retenir:

- 30 sites postulants, qui font peu de RAC actuellement et souhaitent développer cette pratique,
- 13 sites référents, qui sont prêts à partager leur pratique tout en poursuivant son développement.

Sur un principe de coaching entre pairs, 2 à 3 postulants sont suivis par chaque référent.

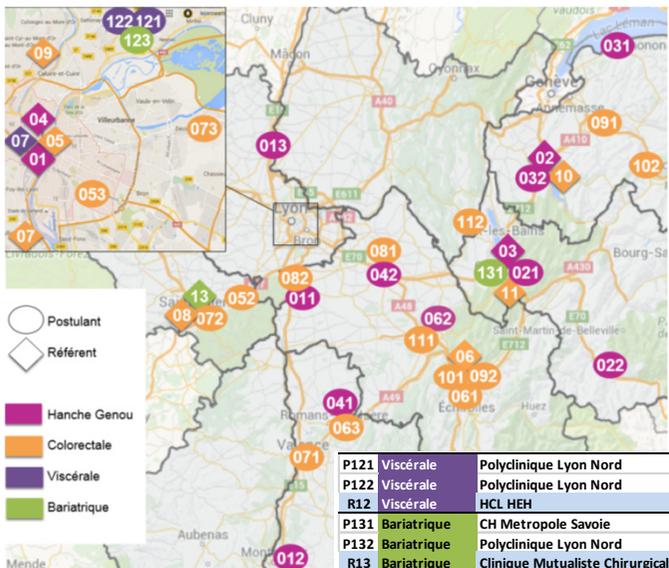
La démarche comprend 3 phases:

- Autodiagnostic par chaque site postulant, jusqu'en janvier 2016
- Réflexion sur la RAC et préparation d'un plan d'actions par postulant, jusqu'en mars 2016
- Accompagnement du plan d'actions, jusqu'en décembre 2016

En novembre 2016, un premier bilan sera tiré de l'année de travail avec présentation en réunion régionale.

Chaque équipe est pluridisciplinaire, constituée à minima d'un chirurgien, d'un anesthésiste, d'un cadre ou IDE RAC, d'un membre de la direction, souvent complétée par kinésithérapeute, diététicienne, qualité...

Le projet sera coordonné par APSIS Santé au niveau régional, et le coaching sera réalisé principalement à travers les réunions sur sites des petits groupes référents+postulants à chaque fin de phase.



## APSYS Santé missionnée par l'ARS Rhône-Alpes

Impliqués dans le développement de la chirurgie ambulatoire depuis les chantiers MeaH en 2004, Philippe Devillers, ingénieur, et Pierre Soulier, architecte, ont cofondé APSIS Santé en 2012 avec l'idée de fédérer deux métiers complémentaires : l'optimisation de l'organisation et la programmation immobilière en Santé.

« La RAC poursuit, à haute intensité, des ressorts déjà connus en chirurgie ambulatoire – anticipation, coordination, changement de pratiques, engagement d'équipe... L'ARS Rhône-Alpes nous a retenus pour cette mission, une première à cette échelle. Le projet est complexe, avec de nombreux établissements, et nous l'abordons avec beaucoup d'envie et d'enthousiasme. »

Pierre Soulier, président, APSIS Santé

## CH Saint-Joseph Saint-Luc, pionnier de la RAC à Lyon

Dans le cadre d'une restructuration, le Centre Hospitalier Saint-Joseph Saint-Luc de Lyon décidait fin 2000 de faire construire un nouveau site hospitalier, moderne, mais aux capacités d'hospitalisation réduites. Pour ne pas pénaliser notre niveau d'activité, nous avons dû nous adapter et changer nos pratiques.



témoignage

La mise en place des chemins cliniques a été réalisée sans moyens supplémentaires. Elle a nécessité beaucoup d'énergie avec un suivi personnalisé des patients et des équipes. Pour sécuriser la prise en charge, nous avons travaillé sur des détails très opérationnels : coordonner le lever entre kiné et IDE, veiller à la réhydratation des patients en vérifiant le comptage des carafes d'eau par les AS...

Cette démarche nous a permis de découvrir les premières publications du Pr Kehlet sur son programme d'accélération de la récupération des patients, avec deux résultats majeurs : réduction de la morbidité et amélioration du confort du patient opéré, conduisant tous deux à une baisse spontanée de la DMS.

Un binôme opérationnel a été créé avec le Dr Isabelle Boillot, chirurgien digestif, après convergence de nos pratiques. Notre premier travail a été l'élaboration avec l'équipe d'un chemin clinique et organisationnel intégrant les soignants (kiné, IDE, AS, diét). Dès 2002, nous prenions en charge, à Lyon, sans doute les premiers patients français en RAC en chirurgie colorectale.

2005 a été pour nous une année importante avec la présentation de nos travaux à la SFAR et au congrès européen d'anesthésie. Nous n'avions qu'une cohorte de 50 patients mais c'était le début de la reconnaissance du bien-fondé de cette démarche.

Par transversalité, les anesthésistes, ont diffusé les pratiques entre les spécialités, et les chirurgiens ont intégré la RAC petit à petit. Les changements des équipes médicales et soignantes nous ont obligé à une veille opérationnelle pour assurer la continuité de cette prise en charge par ailleurs en constante évolution.

La convergence des pratiques médicales est selon moi le premier élément majeur de la réussite d'un protocole RAC, pour aboutir à un chemin clinique et organisationnel qui balise le rôle de chaque acteur dans la prise en charge du patient.

Dr Jean-Pierre Bongiovanni, Chef du Dépt Anesthésie-Réanimation, CH Saint-Joseph Saint-Luc

## GRACE, un aiguillon pour un développement plus rapide

Pr Karem Slim, président de GRACE, responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire et chirurgien digestif, CHU Clermont-Ferrand, interviewé par Philippe Devillers, APSIS Santé

J'ai découvert les principes de la RAC en 2005 à travers les nombreux articles du Pr Henrik Kehlet du CHU de Copenhague au Danemark. Ses travaux de recherche sur la physiopathologie chirurgicale, le traitement de la douleur, la fatigue et les dysfonctionnements post-opératoires des organes, ont abouti au concept de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie, traduction littérale de la terminologie anglo-saxonne Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), également appelée « Fast-Track Surgery ».

En 2006, j'ai ouvert une thèse sur le sujet et en 2008, Dr Olivier Raspado publiait des résultats tout à fait encourageants. Nous avons dès lors commencé à mettre en œuvre plus systématiquement les principes de la RAC dans le service de Chirurgie Digestive au CHU Clermont-Ferrand.

### Quels sont les objectifs de GRACE ?

Après avoir participé activement à la création de la société ERAS, en 2010 à Stockholm, et à son expansion internationale, j'ai fondé GRACE en 2014 avec la volonté de diffuser gratuitement, en version française, les outils et protocoles nécessaires au déploiement de la RAC en France, en Belgique et en Suisse.

Nous avons créé un label pour reconnaître les équipes dont les pratiques de la RAC sont de qualité. GRACE finance également des activités de recherche. Par exemple, nous étudions actuellement l'intérêt de l'utilisation de SMS pour le suivi à domicile des patients.



GRACE n'est pas une société savante mais un groupement de professionnels. Nous militons pour la diffusion la plus large possible des protocoles de prises en charge RAC conçus par les sociétés savantes des spécialités chirurgicales. Exemple : les recommandations sur la gestion des risques post opératoires en chirurgie digestive, publiées prochainement dans le journal de la spécialité.

**Finalement, nous jouons un rôle d'aiguillon auprès des sociétés savantes pour faire inscrire le sujet RAC à l'agenda de leurs travaux.**

Quel intérêt présente le projet de l'ARS Rhône-Alpes à vos yeux ?

C'est un projet pilote en France. Pour la première fois, une ARS propose une aide financière pour les projets de mise en place de la RAC dans des établissements. C'est un soutien énorme à notre démarche, qui reprend notre système d'accompagnement des sites volontaires par les sites labellisés.

Si ce principe d'aide peut se développer à d'autres régions, alors le retard français devrait être rapidement comblé.

Aux Pays-Bas par exemple, la RAC est déjà implantée dans la plupart des hôpitaux. Au Royaume-Uni, les sites du NHS s'y sont attelés depuis 2009. La Scandinavie et le Canada sont encore plus avancés...

Toutefois, il reste un sujet important sur lequel les tutelles vont devoir se positionner : la continuité des soins.

En effet, ce n'est pas tout que de faire sortir les patients rapidement après une chirurgie, encore faut-il trouver en ville les prises en charge indispensables à leur état, pour une réadaptation de qualité en sécurité. Pour cela, une meilleure valorisation des soins d'IDE ou de kinésithérapie, par exemple, paraît indispensable, tout comme une réflexion sur la saturation des structures SSR.



Peu d'équipes travaillaient sur ces idées en France. Nous étions à contre-courant et parfois seuls, même dans notre établissement.