

# La Lettre du Comité Régional Réhabilitation Améliorée après Chirurgie



- agenda**
- 27-30/04 – ERAS World Congress – Lisbon
  - 29/04 – Symposium GRACE – Paris
  - 24-26/05 – Healthcare Week – Paris
  - 26/05 – Journée FHF Chirurgie Ambulatoire – Paris
  - 23-25/06 – SOFFCO Chirurgie de l'obésité – Nice
  - 24-25/06 – SFHG Chirurgie Ambulatoire et RRAC – Annecy

## Auto-évaluation, bilan

Pour l'auto-évaluation, deux outils étaient proposés aux équipes:

**Décrire la prise en charge actuelle** des patients pour le geste cible RAC (prothèse hanche ou genou, chirurgie colorectale ou bariatrique). Il s'agissait de remplir un chemin clinique d'une centaine d'étapes, de la consultation pré opératoire à la consultation post opératoire.

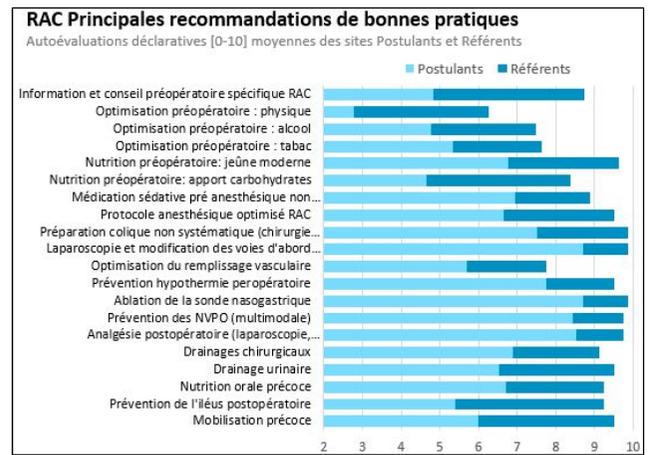
Ce travail a été un peu fastidieux pour les sites postulants, avec un niveau de détail trop variable entre sites pour une exploitation globale.

Cette description a tout de même permis de lancer les débats de la première réunion de chaque groupe consacrée à l'échange de pratiques. Les équipes référentes de chaque groupe l'ont aussi reçue, de manière à apprécier le chemin à parcourir par chaque site postulant.

**Estimer la mise en place des principales recommandations de bonnes pratiques de la RAC (HAS 2014).** Cette auto évaluation, chiffrée de 0 à 10 selon le niveau de mise en place [10 = complet] a permis de rapprocher les déclarations de tous les sites, postulants et référents.

- Plusieurs enseignements à en tirer:
- Les évaluations individuelles donnent des situations diverses par recommandation, avec parfois des postulants mieux classés que certains référents (c'est possible, mais s'agissant d'une évaluation a priori, attention au risque de sur-estimation dû à la méconnaissance du sujet). Le graphe du profil moyen montre bien cependant les notes plus élevées des référents sur toutes les recommandations de bonnes pratiques.
  - Il montre aussi que postulants et référents ont encore des marges de progrès sur la mise en œuvre des recommandations, les uns pour des changements majeurs de pratiques, d'autres pour améliorer certaines phases, souvent amont (information, préparation patient) et aval (suivi au domicile).
  - Chacun aura donc un travail à faire dans la phase d'accompagnement du plan d'actions, conclusion cohérente avec l'aide financière de l'ARS qui est proposée à tous les sites participants.

*Philippe Devillers, APSIS Santé, Chef Projet Accompagnement de la RAC*



## reportage



Plusieurs référents du projet RAC intervenaient : Pr J-Luc Faucheron de Grenoble et Dr Pierre Blanc de Saint-Etienne qui fait le topo.

La Société Française de Chirurgie Endoscopique (SFCE), unique société savante française de chirurgie endoscopique pluridisciplinaire, aspire à rassembler tous les acteurs passionnés par la coelio-chirurgie.

Organisé sous son égide par le Pr Fabre du CHU de Montpellier, le symposium s'est déroulé fin janvier à la Grande Crypte (Paris 16<sup>ème</sup>), un lieu atypique, inhabituel pour un congrès médical, qui a donné une ambiance tout à fait particulière.

De nombreux spécialistes ont animé les débats et présenté techniques, façons de faire, trucs, astuces et réflexions sur les avancées de la chirurgie actuelle.

Avec plus de 400 inscrits, le congrès a été une réussite, aussi bien pour la richesse des informations apportées que pour la qualité de l'organisation.

Vivement l'année prochaine.

*Merci au Dr Pierre Blanc, Chirurgien Bariatrique, Clinique Mutualiste Chirurgicale de Saint-Etienne et reporter d'un jour*

## édito

### Groupes de travail RAC: Echanges de pratiques

La phase 1 d'autodiagnostic du projet s'est conclue fin janvier avec les 12 groupes de travail réunissant chaque site Référent et les sites Postulants accompagnés.



Souvent en fin de journée, des réunions d'échanges ouvertes à tous les acteurs concernés par la RAC



Les réunions ont pu se tenir dans une période limitée de 2 semaines et la participation a été très bonne, avec des équipes en général complètes (un critère de succès de la RAC souvent évoqué par les référents).

Les sites hôtes avaient organisé un accueil convivial facilitant la qualité des échanges autour des pratiques et le choix des axes de travail pour chacun. Un mode Projet à reproduire pour les phases à venir.

Merci à tous pour votre participation et vos efforts d'agenda pour être là.

*Philippe Devillers, APSIS Santé, Chef Projet Accompagnement de la RAC*

## L'ARS ARA s'engage pour soutenir la RAC

Réussir le développement de la RAC, nouveau parcours de soins en chirurgie, est un double défi.

**La communication:** aider les patients à comprendre la pertinence des prises en charge en ambulatoire ou en réhabilitation améliorée après chirurgie et à saisir l'importance de leur implication personnelle dans la conduite de leur traitement.

**L'adaptation des établissements et des équipes:** permettre l'évolution des organisations pour développer ces nouvelles filières de prise en charge chirurgicale et ainsi poursuivre le "virage ambulatoire".

Pour répondre au premier défi, avec l'aide de professionnels médecins et soignants, l'ARS a créé un outil de communication: la plaquette "Je suis le principal acteur de ma guérison". Elle est destinée à être remise aux patients lors de la première consultation en vue d'une opération chirurgicale. Elle ne remplace pas bien entendu ce que vous expliquez directement au patient mais elle peut compléter votre message en l'illustrant.

En ce qui concerne le deuxième défi, vous êtes en train d'élaborer des plans d'action pour l'implémentation de la RAC. Ces plans vont sans doute nécessiter des réorganisations, des aménagements ou l'acquisition de certains matériels. L'ARS a décidé de dédier l'accompagnement des opérations de modernisation via le FMESP à notre projet RAC.

Ce financement peut concerner des investissements d'innovation organisationnelle (outil de gestion des flux, dossier communiquant, interface ville-hôpital), des équipements techniques innovants ou la modernisation des locaux (aménagement...).

Par ce soutien, l'ARS ARA s'engage à vos côtés pour le développement de la RAC mais la réussite de cette implémentation tient d'abord à la volonté de conduire le changement avec l'ensemble de votre équipe. Elle apparaît effective et je vous en remercie.

*Dr Pierre Ménard, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Conseiller Technique Chirurgie, Resp. Pôle Parcours de Soins et Professionnels de Santé*



## pour en savoir plus

- Chef de Projet: ARS ARA  
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 Kareem 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

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



## RRAAC... à la Clinique Générale d'Annecy



« Nous avons créé en juillet 2014 un Comité RRAAC (Réhabilitation Rapide Améliorée Après Chirurgie) avec un orthopédiste, un anesthésiste, une IDE, la direction, la qualité et les kinés.

En octobre, nous avons défini les chemins cliniques des 3 interventions principales pratiquées par le Dr De Polignac, chirurgien orthopédiste: reconstruction du ligament croisé antérieur du genou, prothèse du genou et prothèse de hanche, en réfléchissant aux différentes étapes en pré, per et postopératoire.

Le Dr De Polignac a écrit pour chaque intervention un Guide d'Education Thérapeutique destiné aux patients (de la première consultation jusqu'à 1 an post opératoire), et nous avons protocolisé le parcours patient.

### Peu de changements dans la technique

« Pour les prothèses du genou, il n'y a pas de changements majeurs dans la technique chirurgicale. Le principe est d'être le moins agressif possible.

Les patients sont opérés sans garrot, d'où un moindre traumatisme sur les muscles de la cuisse et la réalisation d'une hémostase régulière au cours de l'intervention afin de diminuer le risque d'hématome postopératoire. Cela permet de garder les tissus vascularisés pendant l'intervention, c'est bon pour la cicatrisation et diminue le risque thrombo-embolique.

Il y a différentes voies d'abord possibles, parapatellaire, mid ou subvastus, selon les habitudes des chirurgiens. Les implants sont classiques.

Pour un bon contrôle de l'analgésie postopératoire, on a recours à des infiltrations d'anesthésiques locaux pendant l'intervention (300 mg Naropéine en 2 x 20 ml à 7.5 mg/ml), dans tous les compartiments du genou. Parfois avec des mélanges associés: corticoïdes, Adrénaline, AINS, Catapressan... voire l'utilisation d'un cathéter intra-articulaire.

J'infiltré pendant que l'instrumentiste prépare les implants. Pour que l'infiltration soit efficace, qu'elle ne diffuse pas et reste active le plus longtemps possible, elle est réalisée en sous-périosté dans les tissus mous.

Enfin, avec une hémostase régulière on n'a plus besoin de drain en fin d'intervention.

En pratique, le patient rencontre le chirurgien, qui lui remet le guide et ses ordonnances, puis prend rendez-vous avec l'anesthésiste.

Un même jour, il voit l'anesthésiste, le kiné, fait ses radios, et rencontre l'infirmière RAC qui va reprendre avec lui l'ensemble du dossier et réexpliquer les points qui ne lui semblent pas clairs. C'est également l'IDE RAC qui appellera le patient à son domicile à J1 et J7 et qui fera le lien entre patient et son chirurgien ou l'anesthésiste.

Fin 2014, on a intégré une quinzaine de patients et réalisé notre première prothèse totale de hanche en ambulatoire. Après plus d'une année, nous totalisons environ 400 patients.



On ferme le genou, on met un pansement compressif, et on utilise la cryothérapie (attelle délivrant froid et compression) pour diminuer le risque de saignement, œdème, ecchymose.

On n'utilise plus de bloc fémoral ou autre anesthésie loco-régionale. Ainsi le patient n'a pas de bloc moteur du système extenseur et va pouvoir se lever 4 heures après l'intervention, avec ou sans béquilles. »

*Dr Thierry De Polignac, Chirurgien Orthopédiste Genou-Hanche, Clinique Générale d'Annecy*

### Une anesthésie multimodale adaptée

« Le patient peut être opéré sous AG ou rachianesthésie. On privilégie des molécules de durée d'action brève (Baritekal...). En cas d'anxiété, à la demande du patient, on donne du Midazolam sur un sucre à l'arrivée. On a mis en place aussi le jeûne limité (boisson sucrée sans gaz et sans pulpe 2 à 3 heures avant l'intervention) pour que le patient arrive au bloc dans les meilleures prédispositions.

Les ligaments croisés antérieurs sont réalisés à 98% en ambulatoire. 20 à 25 % des prothèses du genou et de hanche sont en ambulatoire et 50 % sortent après 1 nuit.

La RAC a bien pris, avec une bonne dynamique autour du patient. Surtout on a créé un noyau dur direction + chirurgien + anesthésiste, vraiment indispensable, et un esprit d'équipe.

D'autres chirurgies commencent maintenant à rentrer dans cette procédure (vasculaire, bariatrique, chirurgie du pied...) dont les premiers bénéficiaires sont les patients. »

*Dr Laurent Delaunay, Anesthésiste, Clinique Générale d'Annecy*



Pour limiter les pertes sanguines, en plus de l'hémostase soignée, on injecte 1 g d'Acide Tranexamique à l'induction et à la sortie de SSPI.

L'antibioprophylaxie est classique, selon les protocoles de la SFAR.

Sur le plan antalgique, on administre 8 à 12 mg Dexaméthasone à l'induction. Avec l'abandon du garrot, plus besoin de cathéter fémoral.

On anticipe l'analgésie dès la salle opératoire (anti-inflammatoires, Paracétamol, Acupan, cryothérapie) et on prévient les nausées-vomissements.

Le patient a reçu à la consultation une ordonnance pour son antalgie post opératoire, avec des consignes de traitement systématique - Paracétamol 3g, Biprofenid 100 mg et Inexium 40 - et un traitement de secours à base d'Oxynorm. On demande au pharmacien de ne délivrer que 3 gélules, le patient ayant reçu des explications pour leur utilisation. »

*Dr Florence Plantet, Anesthésiste, Clinique Générale d'Annecy, Groupe Vivalta Santé*

## Aspects économiques de la Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

Résumé de l'article paru en 2015 dans *Praticien en Anesthésie Réanimation*

*Véronique Faujour, Dépt Conseil en Stratégie, Hospices Civils de Lyon,*

*Karem Slim, UCA, Service de Chirurgie Digestive, CHU Clermont-Ferrand*

Le concept de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (RAC) est une approche nouvelle en France qui concerne toutes les disciplines de la chirurgie. Il contribue à la diminution des complications post-opératoires et au raccourcissement de la durée du séjour. Il est donc pertinent d'évoquer l'économie de cette prise en charge.

### Les gains en journées-lits

L'étude menée aux HCL s'apparente à une simulation économique de type business plan : valeur ajoutée et retour sur investissement.

Pour une sélection d'actes en chirurgies digestive, orthopédique et urologique, tous les séjours réalisés entre 2011 et 2012 ont été classés en fonction de leur durée (0-2], 3-4], 5-6j...). En tenant compte des profils patients (âge, dépendance, capacité à se prendre en charge dans le cadre d'un retour à domicile), un nombre de séjours éligibles a été retenu. Le nombre de journées « gagnées » a été déterminé, sur la base d'un gain de 2 à 3 jours maximum par séjour, les séjours courts étant exclus.

On aboutit ainsi à une estimation de gain en journées-lits (2300 à HEH, 3200 journées au CH Lyon Sud).

### La journée-lit économisée

Pour valoriser économiquement les gains en journées lits, il n'a été retenu qu'une partie du coût variable et du coût fixe journalier.

Par exemple, les coûts de structure, liés au coût de possession d'un lit, d'une chambre, comme les charges d'amortissement, les frais financiers, les coûts de personnel n'ont pas été comptabilisés dans les gains si les personnels n'étaient pas redéployés sur d'autres activités.

Les économies du fait d'un moindre recours aux soins intensifs n'ont pas été incluses, ni les suppléments journaliers correspondants.

### Les surcoûts liés à l'implémentation des protocoles RAC

Tous les coûts des actions d'implémentation ont été inventoriés: écriture d'un protocole, partage des informations, formation, réunions de suivi, audit de compliance...

Le surcoût pérenne est surtout lié à la dépense de personnel de coordination, à renouveler chaque année. À long terme, on pourrait ajouter les gains en capital si le déploiement aboutit à une diminution des unités d'hébergement. Au démarrage, c'est exclu, la reconfiguration de l'offre prenant du temps. Ce n'est pas parce qu'on économise 100 ou 200 journées-lits qu'on obtient une économie de gestion significative, surtout éparpillées entre diverses unités...

### Bilan

L'étude d'efficience économique d'une pratique médicale se heurte à la complexité du système de distribution des coûts fixes et variables spécifique à chaque hôpital. En outre, les variations dans la rémunération ou la quantité des personnels et la forte disparité des coûts immobiliers rendent délicate les conclusions comparatives.

Pour les HCL, l'estimation du gain obtenu à partir de la réduction de la durée de séjour pour des interventions de chirurgie viscérale et orthopédique est supérieure à 200 k€ la première année (195 €/séjour) et 288 k€ l'année suivante.

### Conclusion

La RAC peut être vue comme un modèle de la chirurgie du futur. Son introduction progressive, ouverte à l'ensemble des disciplines chirurgicales, s'appuie sur des méthodes de gestion de l'innovation.

Pour réussir à traduire ces nouvelles pratiques en gains économiques, il faut aider à la réorganisation des étapes de prise en charge du patient et procéder à la diminution globale des besoins en hébergement ou les réattribuer à d'autres activités. Les enjeux économiques se calculent sur des économies d'échelle plus larges que la seule comparaison d'une technique chirurgicale innovante à la technique conventionnelle. Il faut tenir compte des dépenses et des produits et des tarifs et du coût de possession de l'immobilier.



*Mme Faujour, où en est-on aux HCL ?*

*La première expérimentation de la RAC aux HCL date de 2012, lorsque le Pr Cotte, de retour de Belgique, a mis en œuvre les grands principes en chirurgie colorectale. On trouve actuellement des pratiques de la RAC sur plusieurs sites des HCL (Lyon Sud, HEH, Croix-Rousse, René Sabran Louis Pradel) et dans 5 spécialités chirurgicales (digestif, orthopédique, hépato-biliaire, uro-néphrologie, thoracique).*

*C'est un choix délibéré de la Direction Générale de promouvoir ces nouvelles pratiques. Nous avons un COPIL RAC Groupe, comme pour l'Ambulatoire. L'animation de ces COPIL est surtout médicale, autour des bonnes pratiques et des retours d'expérience. Il s'agit de donner envie. Mon rôle est d'aider les groupements à avancer, en levant certaines difficultés le cas échéant.*

*Vous mentionnez dans l'article que la véritable source d'économies est l'optimisation de la capacité en lits. Avez-vous pu le faire aux HCL ?*

*Les HCL sont encore sur une organisation par spécialité et les chefs de service sont très attachés à la capacité de leur secteur. Certains praticiens s'emparent des nouveaux schémas d'évaluation par l'activité mais ils restent rares. Ce changement demande beaucoup de temps. On a tout de même fermé une unité d'hébergement à HEH... On peut y arriver si tout le monde joue le jeu.*

*Nous avons encore beaucoup trop de patients qui arrivent la veille. La RAC est symbolique d'une prise en charge « anti-stressante » (pas de prémédication, patient à pied vers le bloc...). A l'échelle des HCL, cela contribue à introduire de nouvelles manières de penser l'accueil des patients : mutualisation, accueil le jour même, unité spécifique RAC...*

*Véronique Faujour, Conseil en Stratégie, Hospices Civils Lyon*