MSD PARCOURS DE SANTÉ
ACTIVATEUR D'EXPERTISES

RRAAC
Réhabilitation Rapide Améliorée Après Chirurgie
VIVALTO SANTÉ

LIVRET PRATIQUE

METTRE EN ŒUVRE UN PROGRAMME RRAAC

MSD

RAPPELS : QU'EST-CE QUE LA RÉHABILITATION RAPIDE AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE ? (RRAAC)

> **“ Une approche multidisciplinaire de prise en charge globale du patient en période périopératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques antérieures. ”**
>
> —
>
> *Haute Autorité de Santé, Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives, Juin 2016*

DES BÉNÉFICES

POUR LE PATIENT

Moins de complications postopératoires [1,2,3,4]

Récupération plus rapide en vue du retour au domicile [2,3,4,5]

Plus grande satisfaction et meilleure qualité de vie [1,2,3,6]

POUR LES PRATICIENS ET SOIGNANTS

Meilleure coordination des équipes multidisciplinaires impliquées dans la RRAAC [7,8,9]

Réduction de la charge de travail pour les infirmier(ère)s [10,11,12]

POUR LES STRUCTURES ET COLLECTIVITÉS

Diminution des durées de séjours [1,2,3,4,5,13]

Baisse des coûts [5,13,14,15]

Sans impact négatif sur les réhospitalisations et la mortalité [1,2,3]

LES PRINCIPES DE LA RRAAC À APPLIQUER TOUT AU LONG DU PARCOURS DU PATIENT

PRÉOPÉRATOIRE

EN AMONT :

- Information du patient
- Anticipation de la sortie
- Correction des carences

EN PRÉVISION DE L'INTERVENTION :

- Jeûne limité
- Boissons claires sucrées
- Absence de prémédication anxiolytique systématique

PEROPÉRATOIRE

FACTEURS CHIRURGICAUX :

- Relaxation musculaire optimale
- Technique mini-invasive privilégiée
- Absence de drainage chirurgical systématique
- Communication au bloc opératoire

FACTEURS ANESTHÉSIQUES :

- Antibioprophylaxie
- Monitorage de la curarisation
- Curarisation lors de l'intubation
- Prévention de l'hypothermie
- Optimisation du remplissage
- Prévention des nausées et vomissements

POSTOPÉRATOIRE

APRÈS L'INTERVENTION :

- Thromboprophylaxie
- Absence de drainage vésical au- delà de 24h
- Analgésie multimodale et épargne morphinique
- Réalimentation avant 24h
- Mobilisation avant 24h
- Risques liés à la curarisation résiduelle

Sortie du patient selon des critères précis et un protocole de surveillance continue

Coordination soignants Ville-Hôpital

ET APRÈS L'HÔPITAL ?
Le patient peut joindre l'hôpital à tout moment en cas de complications

PRÉCONISATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROGRAMME RRAAC

SOCIÉTÉS SAVANTES

GRACE – Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

ERAS® Society

AUTORITÉS DE SANTÉ

HAS – HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ANAP – appui santé & médico-social

ACCOMPAGNEMENT DE 40 ÉTABLISSEMENTS DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA RRAAC ET DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE :

MSD PARCOURS DE SANTÉ – ACTIVATEUR D'EXPERTISES

MISE EN PLACE D'UNE APPROCHE PAR LES CHEMINS CLINIQUES AFIN DE DÉVELOPPER DES ORGANISATIONS MAÎTRISÉES TANT EN TERMES DE QUALITÉ, DE RISQUE QUE DE CAPACITÉ À GÉRER D'IMPORTANTS FLUX PATIENTS

1. S'organiser en mode « projet » et lancer le programme RRAAC – ~ 1 MOIS
2. Élaborer un chemin clinique par procédure ciblée dans le programme – ~ 3 MOIS
3. Tester, évaluer, adapter – ~ 8 MOIS
4. Conduire le changement et pérenniser

1 2 3 4

S'ORGANISER EN MODE « PROJET » ET LANCER LE PROGRAMME RRAAC

~ 1 MOIS

Légitimer le projet en impliquant la direction dans l'initiative

Mettre en place une équipe pluridisciplinaire constituée a minima d'un trinôme référent anesthésiste, chirurgien, cadre de santé ou IDE pour porter le programme. Idéalement impliquer un représentant de la direction et, en fonction de la spécialité et du contexte, un diététicien, un nutritionniste, un kinésithérapeute…

Formaliser l'organisation du projet :

- Identification de la procédure chirurgicale cible
- Définition des étapes clés du projet
- Élaboration du calendrier
- Constitution du comité de pilotage pour validation des réalisations et arbitrages éventuels

Lister les potentiels freins / leviers à l'adhésion des équipes

1 2 3 4

ÉLABORER UN CHEMIN CLINIQUE PAR PROCÉDURE CIBLÉE

~ 3 MOIS

UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE POUR IDENTIFIER LES BONNES PRATIQUES ET RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE

HAS – HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
ERAS® Society
GRACE – Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie
FCVD
SFAR – Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

3 À 4 ATELIERS DE TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRES POUR ÉLABORER ET FORMALISER LE CHEMIN CLINIQUE

- Le parcours patient
- Les interactions et la relation avec le patient
- Les protocoles de prise en charge
- L'analyse des écarts par rapport aux pratiques actuelles
- Les outils de suivi et de traçabilité de la mise en œuvre (checklists…)

- Un chemin clinique par procédure RRAAC cible…
- …Formalisé collégialement…
- …Intégrant toutes les étapes de la prise en charge : pré-, per- et post-hospitalisation…
- …Responsabilisant le patient à tous les niveaux : préparation à l'intervention, hospitalisation, réhabilitation et retour au domicile…
- …Intégré dans le Dossier Patient Informatisé…
- …Et accompagné d'un plan d'actions pour la mise en œuvre

EXEMPLE : LES POINTS CLÉS DE LA RRAAC EN COLECTOMIE

AVANT L'OPÉRATION

EN AMONT :

- Information au patient lors d'une consultation dédiée
- Immunonutrition si cancer

EN PRÉVISION DE L'INTERVENTION :

- Pas de prémédication anxiolytique systématique
- Pas de préparation colique
- Jeûne limité
- Boissons claires (thé, café) sucrées

PENDANT L'OPÉRATION

FACTEURS CHIRURGICAUX

- Thromboprophylaxie
- Chirurgie par laparoscopie
- Pas de drainage chirurgical systématique

FACTEURS ANESTHÉSIQUES :

- Antibioprophylaxie
- Monitorage profondeur de l'anesthésie
- Prévention hypothermie
- Prévention nausées et vomissements
- Optimisation du remplissage
- Gestion curarisation résiduelle
- Analgésie multimodale et épargne morphinique

APRÈS L'OPÉRATION

À L'HÔPITAL

- Protocole de gestion de la douleur
- Pas de sonde nasogastrique et pas de drainage vésicale après 24h
- Réalimentation le soir même ou le lendemain matin
- Mobilisation le soir même ou le lendemain matin
- Sortie du patient selon des critères précis et un protocole de surveillance continue
- Coordination soignants Ville-Hôpital

ET APRÈS L'HÔPITAL ?

- Le patient peut joindre l'hôpital à tout moment en cas de complications
- Suivi médico-chirurgical

L'IMPORTANCE DES BONNES PRATIQUES ANESTHÉSIQUES

BÉNÉFICES DE L'UTILISATION DU CURARE

Meilleures conditions d'intubations [16]

Meilleures conditions d'opérations [17,18]

Réduction des complications post-opératoires [19]

BÉNÉFICE D'UNE BONNE COMMUNICATION ENTRE CHAQUE MEMBRE DE L'ÉQUIPE AU BLOC

Assurer la sécurité du patient [18]

BÉNÉFICES DU MONITORAGE INSTRUMENTAL

Amélioration de la sécurité du patient opéré et à l'extubation [17,18,20,21]

Optimisation du niveau de curarisation et maintien des bonnes conditions opératoires tout au long de la procédure chirurgicale [17,18,22,23,24]

TESTER, ÉVALUER ET ADAPTER LE CHEMIN CLINIQUE

~ 8 MOIS

DÉFINIR LES MODALITÉS DE DÉPLOIEMENT

- Périmètre et durée de la phase de test (critères d'inclusion des patients...)
- Modalités de suivi des patients inclus

Test focalisé sur un sous-segment de la population cible

Bracelet / dossier de couleur, logo... pour faciliter le repérage physique du patient RRAAC

Suivi spécifique de dossiers patients

FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Sensibilisation à la RRAAC

Diffusion des points clés du chemin clinique

Impacts sur la prise en charge et les pratiques des professionnels de santé

RÉVISER LES OBJECTIFS ET ADAPTER LE CHEMIN CLINIQUE EN CONSÉQUENCE

1 à 2 ateliers pluridisciplinaires de Retours d'Expérience

DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE

METTRE EN ŒUVRE LE CHEMIN CLINIQUE ET ÉVALUER L'IMPACT

Démontrer et valoriser les résultats et l'impact du programme pour chaque partie prenante

DÉFINIR LES INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Exemples d'indicateurs : nombre d'items clés de la RRAAC mis en place par les professionnels de santé, expérience patient, % de patients inscrits dans le programme RRAAC, DMS, IP-DMS, Taux de réhospitalisation, Taux de sortie au domicile / en SSR...

1
2
3
4

CONDUIRE LE CHANGEMENT ET PÉRENNISER

Identifier le(s) référent(s) RRAAC qui assureront la coordination du programme et pourront répondre aux éventuelles interrogations des professionnels de santé et des patients.

Accompagner le changement : identifier et lever les craintes, réticences, points de blocage pour mettre en place la RRAAC g susciter l'envie de faire autrement

Communiquer sur le projet, dès le démarrage et régulièrement durant la mise en œuvre du programme.

Partager et célébrer les succès.

RÔLE ET PLACE DU DIGITAL DANS UNE DÉMARCHE DE CONSTRUCTION D'UN CHEMIN CLINIQUE RRAAC

1 Une transformation efficiente s'appuie sur le digital car les patients et les professionnels de santé recherchent actuellement :

- La personnalisation des prises en charge
- La prise en charge en dehors des murs des établissements
- La priorisation des tâches, la valeur ajoutée pour les métiers et la gestion des risques
- L'amélioration des pratiques par retour des utilisateurs (évaluations, collecte des données...)

2 C'est la méthode d'implantation de l'outil digital dans le nouveau processus « chemin clinique » qui apporte cette efficience, et non seulement la qualité de l'outil, par :

- La co-construction : membres du projet représentant tous les métiers
- La modélisation de l'outil en fonction des usages
- Des objectifs ambitieux (100% des patients) pour éviter les organisations multiples

MSD : VOTRE PARTENAIRE PRIVILÉGIÉ

NOTRE OFFRE GLOBALE EN ANESTHÉSIE ET EN RRAAC

INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES

Des innovations thérapeutiques permettant une prise en charge rapide et sécurisée [17,18,22,23,24]

FORMATION

Des journées d'immersion et de partage d'expérience au sein d'un centre d'expérience

SIMULATION

ANESTHGAME® : Un « serious game » immersif et ludique pour incarner un anesthésiste dans une équipe médicale et prendre en charge un patient virtuel

https://www.anesthgame.com/

COMMUNAUTÉ DE PRATIQUES

www.espaceraac.fr

Espace RAAC : votre site de formation, d'information et de partage d'expérience sur la RAAC

DÉCOUVREZ « ESPACE RAAC »

MSD A DÉVELOPPÉ LE SITE « ESPACE RAAC »POUR VOUS AIDER À DÉPLOYER LA RRAAC

WWW.ESPACERAAC.FR

UN SITE POUR BÉNÉFICIER :

DU PARTAGE D'EXPÉRIENCE
de vos confrères

D'OUTILS
pour votre pratique

DES RÉFÉRENTIELS
des sociétés savantes

BIBLIOGRAPHIE

1. Senturk J, Kristo G, Gold J, Bleday R, Whang E. The Development of Enhanced Recovery After Surgery Across Surgical Specialties. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2017;27(9):863-870. doi:10.1089/lap.2017.0317.
2. Visioni A, Shah R, Gabriel E, Attwood K, Kukar M, Nurkin S. Enhanced Recovery After Surgery for Noncolorectal Surgery?. *Ann Surg*. 2018;267(1):57-65. doi:10.1097/sla.0000000000002267.
3. Lau C, Chamberlain R. Enhanced Recovery After Surgery Programs Improve Patient Outcomes and Recovery: A Meta-analysis. *World J Surg*. 2016;41(4):899-913. doi:10.1007/s00268-016-3807-4.
4. Ljungqvist O, Scott M, Fearon K. Enhanced Recovery After Surgery. *JAMA Surg*. 2017;152(3):292. doi:10.1001/jamasurg.2016.4952.
5. L'Assurance Maladie. *Propositions De L'Assurance Maladie Pour 2018*.; 2017.
6. Wang H, Zhu D, Liang L *et al*. Short-term quality of life in patients undergoing colonic surgery using enhanced recovery after surgery program versus conventional perioperative management. *Quality of Life Research*. 2015;24(11):2663-2670. doi:10.1007/s11136-015-0996-5.
7. Haute Autorité de Santé. *Programmes De Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) : État Des Lieux Et Perspectives.*; 2016.
8. Haute Autorité de Santé. *Coopération Entre Anesthésistes-Réanimateurs Et Chirurgiens - Mieux Travailler En Équipe.*; 2015.
9. Cohen P, Slim K, Soulier L, Theissen A. Relations chirurgiens/anesthésistes-réanimateurs : d'une responsabilité individuelle du chirurgien à une responsabilité partagée avec l'anesthésiste-réanimateur. *La Presse Médicale*. 2017;46(5):472-477. doi:10.1016/j.lpm.2017.03.004.
10. Portinari M, Ascanelli S, Targa S *et al*. Impact of a colorectal enhanced recovery program implementation on clinical outcomes and institutional costs: A prospective cohort study with retrospective control. *International Journal of Surgery*. 2018;53:206-213. doi:10.1016/j.ijsu.2018.03.005.
11. Hübner M, Addor V, Slieker J *et al*. The impact of an enhanced recovery pathway on nursing workload: A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery*. 2015;24:45-50. doi:10.1016/j.ijsu.2015.10.025.
12. Adamina M, Kehlet H, Tomlinson G, Senagore A, Delaney C. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. *Surgery*. 2011;149(6):830-840. doi:10.1016/j.surg.2010.11.003.
13. L'Assurance Maladie. *Propositions De L'assurance Maladie Pour 2017*.; 2016.
14. Faujour V, Slim K. Aspects économiques de la réhabilitation améliorée après chirurgie. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. 2015;19(3):153-157. doi:10.1016/j.pratan.2015.04.001.
15. Faujour V, Slim K, Corond P. L'avenir en France de la réhabilitation améliorée après chirurgie, vu sous l'angle médico-économique. *La Presse Médicale*. 2015;44(1):e23-e31. doi:10.1016/j.lpm.2014.07.021.
16. Schlaich N, Mertzlufft F, Soltesz S, Fuchs-Buder T. Remifentanil and propofol without muscle relaxants or with different doses of rocuronium for tracheal intubation in outpatient anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2000;44(6):720-726. doi:10.1034/j.1399-6576.2000.440610.x.
17. Dubois P, Putz L, Jamart J, Marotta M, Gourdin M, Donnez O. Deep neuromuscular block improves surgical conditions during laparoscopic hysterectomy. *Eur J Anaesthesiol*. 2014;31(8):430-436. doi:10.1097/eja.0000000000000094.
18. Martini C, Boon M, Bevers R, Aarts L, Dahan A. Evaluation of surgical conditions during laparoscopic surgery in patients with moderate vs deep neuromuscular block. *Br J Anaesth*. 2014;112(3):498-505. doi:10.1093/bja/aet377.
19. Mencke T, Echternach M, Kleinschmidt S *et al*. Laryngeal Morbidity and Quality of Tracheal Intubation. *Anesthesiology*. 2003;98(5):1049-1056. doi:10.1097/00000542-200305000-00005.
20. de Quattro A, Gardaz J, Bissonnette B. Conditions d'intubation: importance de la fréquence de répétition du train de quatre. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1996;15(7):1032-1036. doi:10.1016/s0750-7658(96)89474-3.
21. Cavallone L, Vannucci A. Extubation of the Difficult Airway and Extubation Failure. *Anesthesia & Analgesia*. 2013;116(2):368-383. doi:10.1213/ane.0b013e31827ab572.
22. El-Youssoufi I, Juvin P. *Gestion Périopératoire De La Ventilation Chez L'obèse Morbide*. Elsevier SAS; 2014:101-108.
23. Kanonidou Z, Karystianou G. Anesthesia for the elderly. *Hippokratia*. 2007;11(4):175-177.
24. Sear J. Implication of aging on anesthetic drugs. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2003;16(4):373-378. doi:10.1097/01.aco.0000084481.59960.10.

MSD PARCOURS DE SANTÉ

ACTIVATEUR D'EXPERTISES

RRAA

VIVALTO SANTÉ

Réhabilitation Rapide Améliorée Après Chirurgie

FR-XBR-00290 - AVRIL 2021