Introduction à la RAAC et aux chemins cliniques associés

Mardi 22 septembre 2020
17h

Nathalie L'Hostis, directrice consultante
Katia Escribano, directrice des soins

1

Rappels sur la RAAC

Les 10 mots-clés à retenir

#1 Henrik Kelhet

- Ancien **professeur de chirurgie** de l'université de Copenhague
- **Chercheur** et instigateur des concepts relatifs à la "récupération"
- **1995, l'article fondateur :**
  "*Convalescence and hospital stay after colonic surgery with balanced analgesia, early oral, feeding, and enforced mobilisation* »
- Plus de **900 publications**
  (mécanismes physiologiques péri et post chirurgicaux, tests de plusieurs hypothèses et techniques de récupération chirurgicale).

#2 stress

- Des **mécanismes physiologiques** sont en jeu en chirurgie.
- Le **geste chirurgical est source d'un « stress »** responsable de modifications hormonales, métaboliques et physiologiques.
- La **convalescence** postopératoire est un **processus complexe** intégrant de nombreuses variables qui la conditionnent.
- **Certains facteurs retardent, ou accélèrent, la convalescence.** Selon H. Kehlet, et repris par la Haute Autorité de Santé (HAS), il s'agit notamment :

Facteurs favorables / accélérant la convalescence	Facteurs défavorables / ralentissant la convalescence
• Préparation psychologique • Information • Optimisation des fonctions vitales • Réduction du stress métabolique • Normo-thermie • Réduction de la cascade inflammatoire • Renutrition postopératoire rapide • Analgésie optimale • Epargne des morphiniques • Blocs péri-médullaires • Prévention des nausées et vomissements	▪ Douleurs, nausées, vomissements ▪ Stress (métabolique, physique, psychique) ▪ Score ASA > 2 ▪ Retard de transit, immobilisation ▪ Hypoxie, hypothermie, perturbation du sommeil, fatigue ▪ Sondes (nasogastriques, urinaires) et drains, cathéters ▪ Dénutrition, jeûne prolongé

#3 récupération

- La RAAC / RRAC vise au **rétablissement rapide des capacités** physiques et psychiques du patient.
- Elle repose sur une **approche multidisciplinaire et globale**, à tous les stades temporels *(pré / peri / post)*.
- Elle correspond à une **organisation spécifique**, selon la notion de « **chemin clinique** », centrée sur le patient.
- Les jours ou semaines précédant l'intervention ont pour but d'amener le patient à la meilleure condition possible, par son information (**consultations dédiées**) et de l'optimisation de sa **condition physique** *(adaptation des traitements, anémie, nutrition, sevrage, kinésithérapie pré-opératoire etc...)*.

#4 "Le moins..."

Afin de **limiter les impacts** du geste chirurgical, les techniques les plus « neutres » possibles sont recherchées :

- **Pas de jeûne** pré-opératoire **prolongé** (durée raccourcie)
- **Pas de prémédication anxiolytique systématique**, pour un réveil facilité et un lever le plus tôt possible
- **Prévention** active des **infections** et des **complications** thromboemboliques
- Techniques d'abord chirurgical **mini-invasives**
- **Réduction** de l'usage des **drains** et des **sondes** nasogastriques
- **Réalimentation**, **lever** et mobilisation du patient envisagées **précocement**
- **Sortie** préparée en amont.

#5 analgésie multimodale

Consiste à associer médicaments analgésiques et techniques ayant des sites d'action différents et complémentaires

Cette pratique permet des interactions **additives**, voire **synergiques**.
La stratégie multimodale est **globale**, dans laquelle la douleur n'est qu'un des nombreux éléments à gérer.
Elle implique l'**association d'antalgiques** « conventionnels » avec des antihyperalgésiques et des techniques d'analgésie locales ou locorégionales.
Les **antalgiques non morphiniques** sont incontournables.
La stratégie porte sur une **épargne morphinique**.
La récupération est facilitée par l'**analgésie locorégionale** notamment péridurale, associant anesthésiques locaux et morphiniques.
La démarche implique une **analgésie « à la carte »**.

#6 chemin clinique

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les chemins cliniques sont une :

Méthode d'amélioration de la **qualité** des prises en charge, visant la performance de la prise en charge **pluridisciplinaire** des patients présentant la même pathologie ou le **même problème** de santé, par la description de la prise en charge **optimale** et efficiente, à partir des recommandations de **bonnes pratiques**.

Suivant le **parcours** du patient, il a pour but de **décrire** tous les éléments du processus de prise en charge.

Il est recommandé de l'i**nclure** comme un élément à part entière du **dossier du patient**.

Kiné / renforcement préopératoire

Consultation "Parcours"

Soins dentaires

Evaluation adaptation du domicile

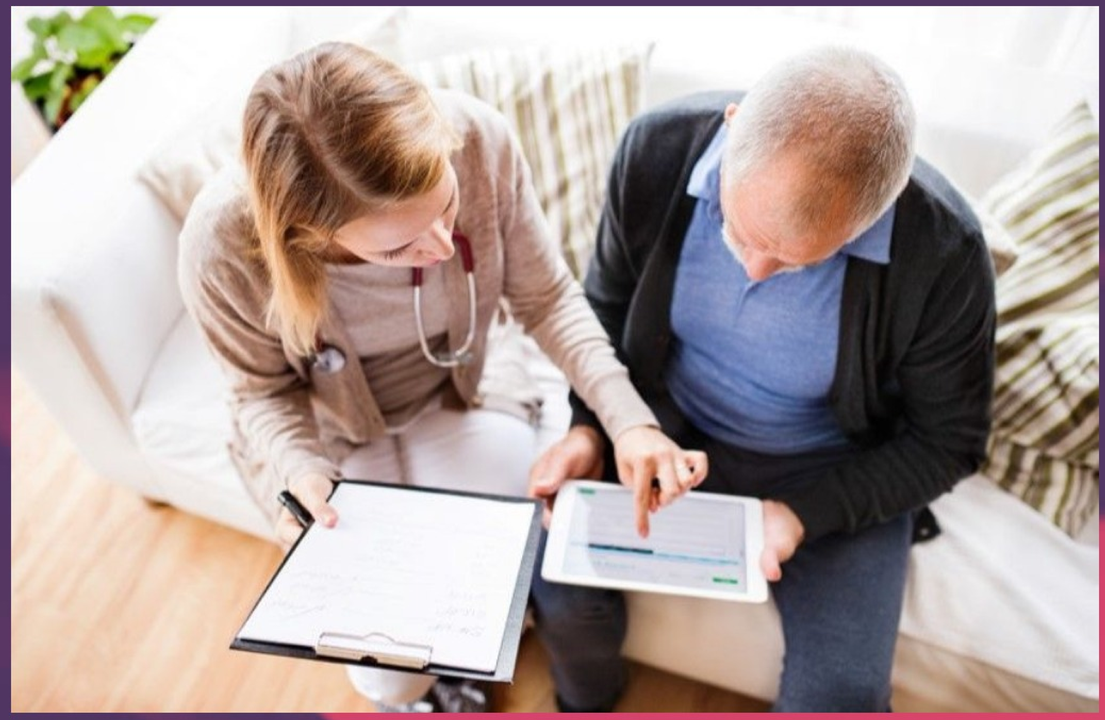
Commande prothèse et chaussure post-opératoire

Intervention chirurgicale

Education thérapeutique du patient

#7 Patient

Un **"référent"** ("IDE parcours", case manager...)



Une **consultation spécifique ou dédiée**

(20'-30')
+ appels h-48; h+24; h+48...

Le patient est un acteur-clé et participatif dans les procédures de type RAAC

Des **documents** lui sont remis

(plaquette RAAC, lien vidéo, tableau chemin clinique...)

L'**information** qui lui est donnée est essentielle

#8 Evidence Based Medicine

La RAAC repose sur les principes de la "**médecine fondée sur les preuves**"

Selon ses concepteurs, l' "EBM" identifie la décision médicale et soignante à la croisée de **3 dimensions** :

Le processus EBM s'articule alors en **4 temps** :

1 ?

Formuler une **question** clinique claire et **précise** à partir d'un **problème** clinique **donné**

2

Rechercher dans la littérature **les articles** cliniques **pertinents et appropriés**

3

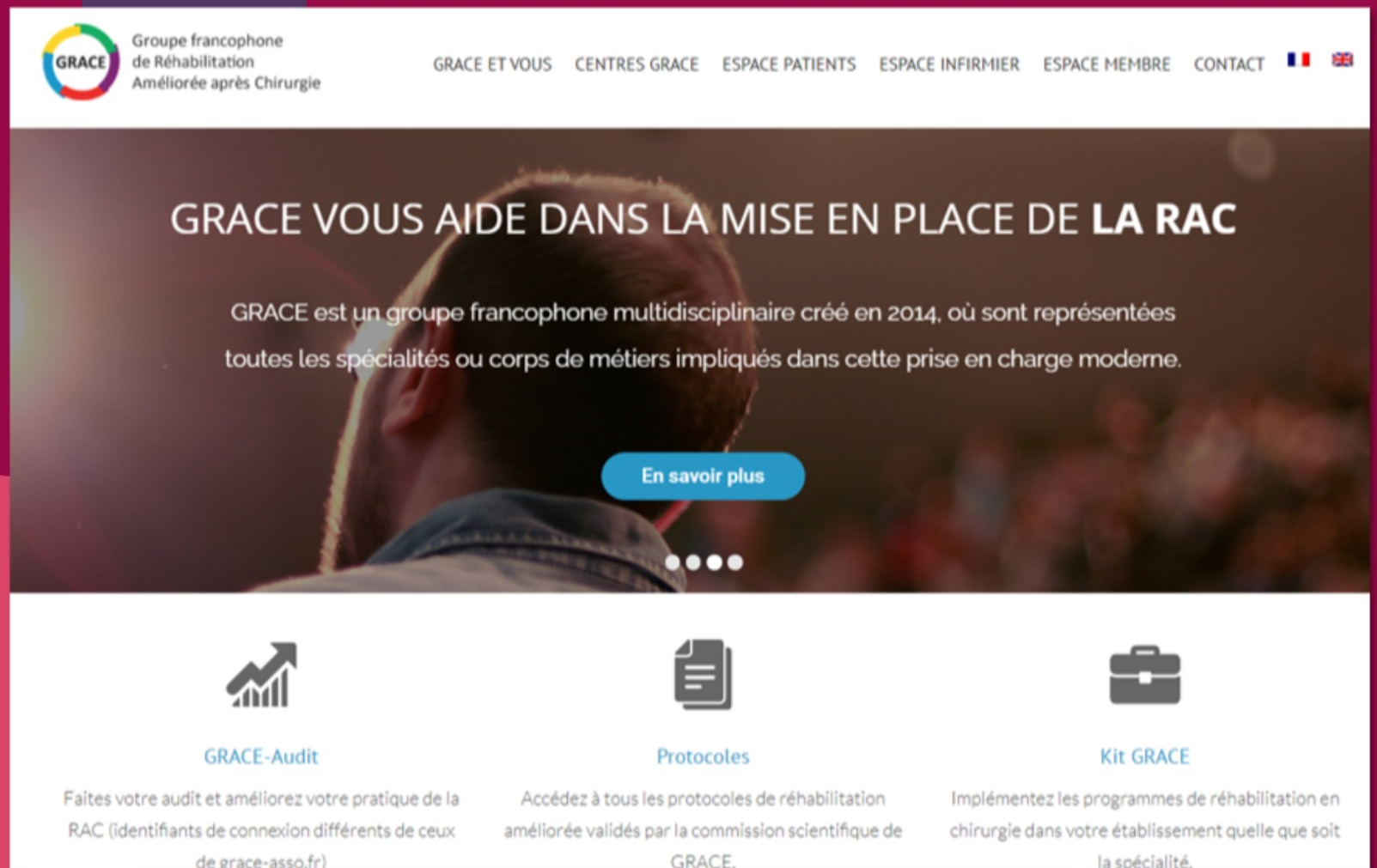
Evaluer ("critiquer") la validité et l'utilité des résultats trouvés (**'niveaux de preuve"**)

4

Mettre en pratique les résultats avec une **personnalisation** de la prise en charge par **patient**

#9 GRACE

"Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie"



Labellise des centres de référence

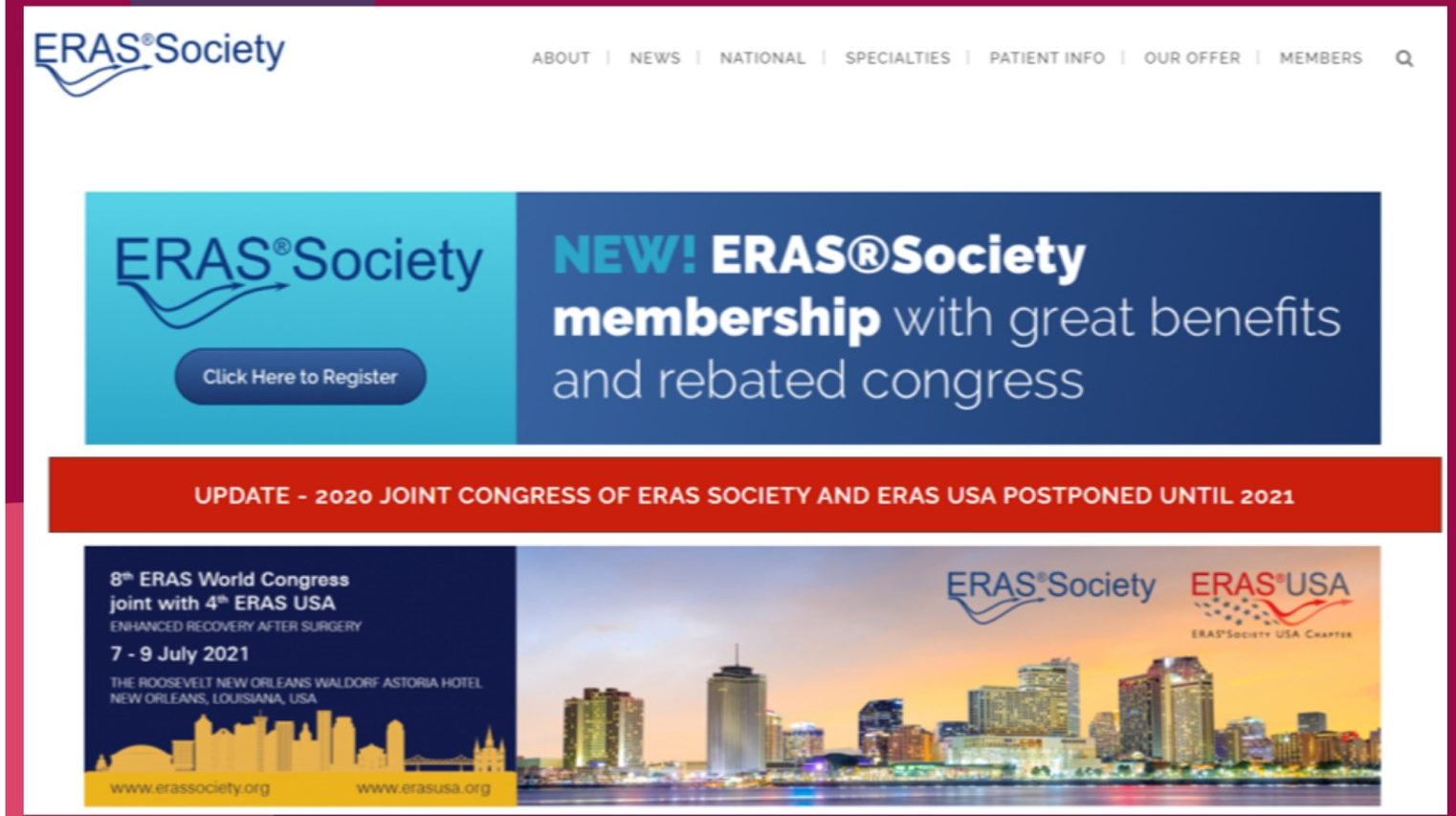
Promeut la mise en place de la RAAC

Développe la **recherche**

Met à disposition des **ressources**, notamment via *grace-asso.fr*

#10 ERAS®

"Enhanced Recovey After Surgery"



- Développe des **recommandations de bonnes pratiques**
- Développer des **protocoles** et des programmes d'implémentation
- Développe des programmes de **recherche**, d'audit et de pratiques
- Utilise les **techniques** relatives aux **chemins cliniques**
- **Labellise** des centres de référence ERAS® (**dont des centres d'excellence**)

2

Comment réaliser un chemin clinique

Un exemple réel
"Thyroïdectomie - cervicotomie"

Notre méthode en trois temps

1

Fixer le

PERIMETRE

du chemin clinique

2

Construire le **TABLEAU** détaillé des **étapes** du CC par **OBJECTIF**

3

Construire la **CHECK-LIST** des tâches et des acteurs

Notre méthode en trois temps

1

Fixer le

PERIMETRE

du chemin clinique

- On part d'une "**feuille blanche**"
- L'équipe s'exprime façon "**brainstorming**" sur le chemin qu'elle souhaite réaliser
- Parmi les critères qui peuvent aider à "choisir" le chemin clinique : les *volumes*, la *criticité*, le *coût*
- **Au fur et à mesure**, sont identifiés, éventuellement reformulés avec les consultantes :
  - Le **titre** précis du chemin clinique
  - Où il commence ("**début**"), où il finit ("**fin**"), dans le *temps* et dans l'*espace*
  - Les **critères d'inclusion**
  - Les **critères d'exclusion**

Notre méthode en trois temps

On construit un tableau avec :

en **colonnes** les **étapes** et le temps (en jours, en heures ...)

en **lignes** :

- les **intervenants**
- le **résultat à atteindre**
- le protocole ou le texte de référence

Chaque colonne correspond à une étape.

2

Construire le **TABLEAU** détaillé des **étapes** du CC par **OBJECTIF**

Le tableau dit "**QUOI**" "**PAR QUI**"

et non pas "COMMENT"

Les étapes sont fixées selon les **objectifs successifs à atteindre** pour le patient.

On ne passe à l'étape suivante seulement si l'objectif de l'étape en cours est atteint.

ex. soins dentaires réalisés

ex. score douleur < 3 ...

ex. premier lever réalisé

Notre méthode en trois temps

Elle est construite à partir des **objectifs** à atteindre identifiés dans le tableau, **"convertis" en tâches à réaliser** par chaque profil d'intervenants.

Elle est **exhaustive** (tous les objectifs par étape sont inclus).

Elle est à la fois "**aide-mémoire**", "**pilote automatique**", **traçabilité des actions**.

Elle est conçue pour être réalisée patient **par patient** (logo, emplacement étiquette, date, validation ...).

Elle tient idéalement sur un support A4, **au dossier** du patient (papier ou numérique).

Elle permet de **tester** (recommandé) sur quelques patients la cohérence et la faisabilité du chemin clinique.

Dès sa validation par le groupe, elle est **obligatoirement** à utiliser dès que le patient correspond aux **critères d'inclusion**.

3

Construire la **CHECK-LIST** des tâches et des acteurs

Un exemple vrai

Un établissement dispose d'une polyclinique chirurgicale d'environ 40 lits, distincte de son unité de chirurgie ambulatoire.

Il prend en charge environ 3 000 patients par an, pour des interventions non majeures dont la durée moyenne de séjour oscille entre 2 et 5 jours.

De création récente, les cadres souhaitent mettre en place une consultation "IDE référente" et un réflexion autour des parcours patients. Pour cela, une formation pour l'ensemble des soignants a été organisée (3 groupes, 2 jours discontinus pour chacun).

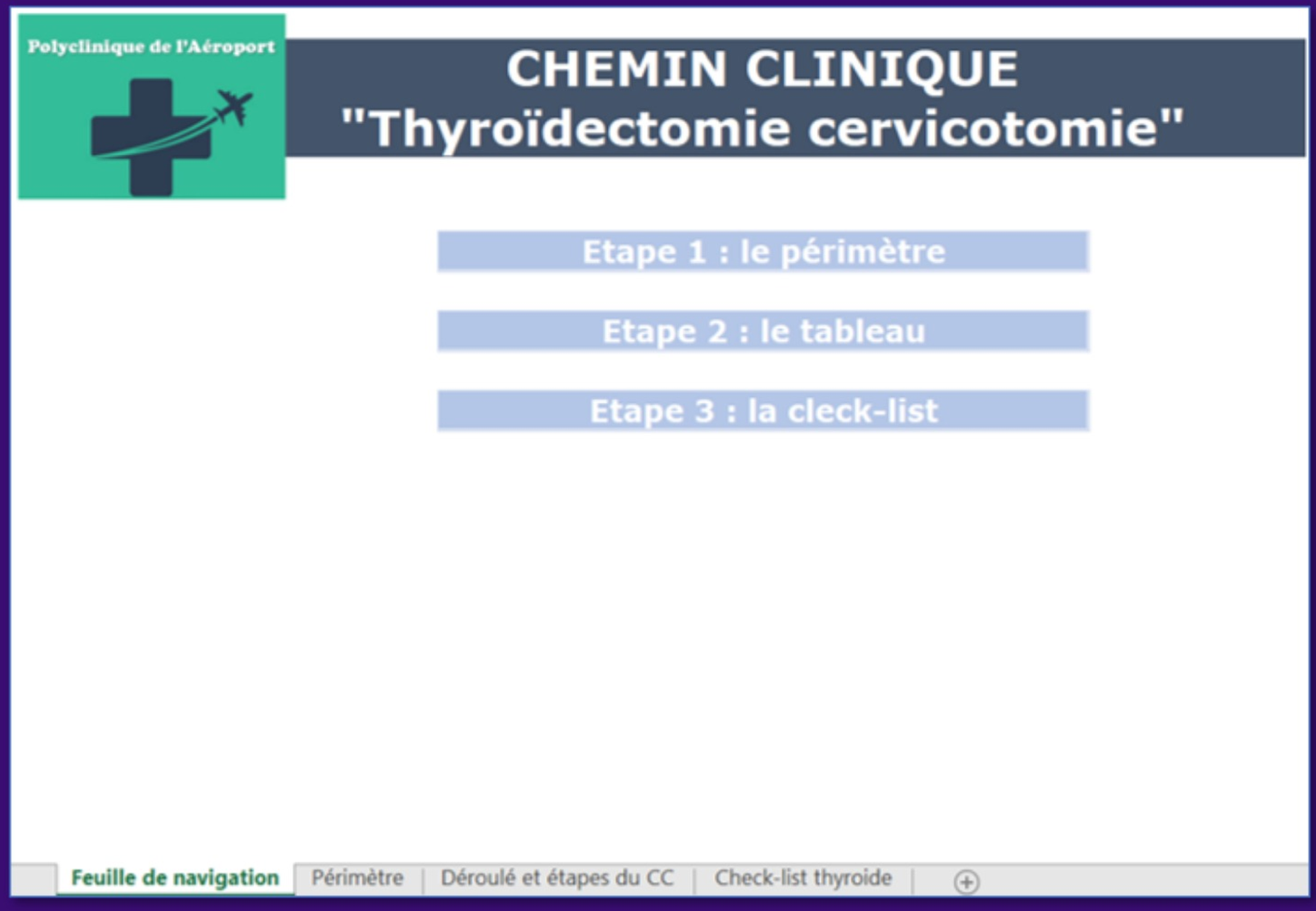
La formation a porté sur :

- les principes de la récupération améliorée
- le métier et les missions de profils dits "case managers", avec jeux de rôle
- la construction de chemins cliniques

L'établissement a donné son autorisation pour la présente présentation d'un des chemins cliniques réalisés, mais de façon anonymisée.

Un exemple vrai

Un fichier excel avec une feuille de navigation



Un exemple vrai

Les choix pour le périmétrage

Retour accueil

Polyclinique de l'Aéroport

CHEMIN CLINIQUE "Thyroïdectomie cervicotomie"

Objectif global :	Prévenir les risques d'une pathologie thyroïdienne, cancérigène ou non.
Objetif contributif :	Prévenir, le cas échéant, le risque hémorragique
Critères d'inclusion :	Pas de conditions d'âge, d'IMC ou de conditions sociales
Critères d'exclusion	Patients sous anticoagulants Patients sous protocole BESTTHYRO Troubles cognitifs
Début du chemin clinique :	A la consultation IDE parcours
Fin du chemin clinique :	A l'appel téléphonique à 48h ouvrables

Feuille de navigation | **Périmètre** | Déroulé et étapes du CC | Check-list thyroide

Sources utilisées et webographie

Blog Pilar "*Dix mots et expressions-clés pour la Récupération Rapide / Améliorée Après Chirurgie*"

#1 Henrik Kehlet

#2 stress

#5 analgésie multimodale

#6 chemin clinique

#8 evidence based medicine

#9 GRACE

#10 ERAS®

Nos suggestions de programmes de formation (inter, intra / sur site, distanciel)

"*Comment élaborer un chemin clinique*" (2 jours)

"*Case manager / gestionnaire de cas : un métier pour gérer les parcours patients* " (1 jour)

"*Mettre en place une organisation "*Patient debout*" au bloc opératoire*" (1 jour)

MERCI !

www.pilar-institute.com

33 (0)1 73 02 34 30

contact@pilar-institute.com