



EHESP

EDH

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **Décembre 2014**

La chirurgie à récupération rapide

*Etude sur les opportunités de développement d'un modèle
prometteur de prise en charge*

Pauline ROBINEAU

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Yves Servant, mon maître de stage et Directeur du Groupement Hospitalier Sud, pour son aide et son soutien pendant toute la période de mon stage. Je salue l'investissement dont il a fait preuve pour m'aider à structurer mes réflexions et mon travail. Il s'est montré extrêmement compréhensif, me laissant complètement autonome dans la gestion de mon emploi du temps afin de mener ce travail à bien, et dans les temps. Enfin, ses conseils méthodologiques et ses suggestions ont été particulièrement précieux lors de la phase de rédaction.

Je suis très reconnaissante à Dominique Combarous, référente de mémoire et Cadre supérieure du Pôle de Chirurgie de son implication à mes côtés. Grâce à sa grande compétence et ses connaissances pratiques, elle a enrichi ma compréhension du sujet et orienté mes analyses. Elle a su faire preuve d'une grande écoute et a toujours cherché à concilier ses expériences avec le cadre de réflexion que j'avais fixé à mon mémoire. J'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec elle, et salue une collaboration fructueuse et agréable.

Je remercie également Guy Allouard, Directeur référent du Pôle de Chirurgie, et Magali Chaussende, Attachée d'Administration Hospitalière en charge des finances, qui ont été d'un grand secours dans la réalisation des analyses médico-économiques construites sur la base des données du Groupement Hospitalier sud.

Je tiens à souligner que ma démarche a été particulièrement bien accueillie auprès de tous les acteurs rencontrés. Tous les professionnels sollicités, directeurs, médecins, personnels soignants se sont rendus disponibles pour me rencontrer et répondre à mes questions en détails et en toute confiance. Leur ouverture d'esprit a rendu ce travail vivant et passionnant. Je leur en suis extrêmement reconnaissante et leur adresse de chaleureux remerciements.

Cette étude a été particulièrement riche d'enseignements, et elle constitue à ce titre une phase importante de mon stage. Encore une fois, je tiens donc à adresser mes sincères remerciements à tous ceux qui ont collaboré avec moi autour de ce travail.

Sommaire

1Introduction	5
2Améliorations techniques et organisationnelles du parcours patient en chirurgie à récupération rapide	13
2.1Les outils du parcours patient en récupération rapide : recherche d'une stratégie thérapeutique adaptée grâce à des techniques innovantes	13
2.1.1Une amélioration qualitative des prises en charge chirurgicales rendue possible grâce à l'évolution récente des techniques médicales	13
2.1.2L'évolution méthodologique des protocoles : réflexion sur l'utilité de pratiques habituelles	15
2.1.3Des résultats cliniques confirmant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge en récupération rapide	22
2.2L'approche organisationnelle de la chirurgie à récupération rapide: l'impératif de fluidité dans le parcours patient	24
2.2.1L'implication et la préparation du patient en amont de l'hospitalisation	24
2.2.2L'aval de la prise en charge hospitalière, clé de voûte de la réussite de la chirurgie à récupération rapide	28
3Quel modèle de développement pour la chirurgie à récupération rapide dans les établissements de santé ?	33
3.1Entre l'ambulatoire et la chirurgie conventionnelle : une place certaine pour le développement de la chirurgie à récupération rapide	33
3.1.1Les limites de la prise en charge ambulatoire	33
3.1.2L'intérêt médico-économique au développement de programmes de chirurgie à récupération rapide	38
3.2La chirurgie à récupération rapide comme projet de service	40
3.2.1Enjeux managériaux	40
3.2.1Les ressources nécessaires à la mise en place de protocoles de récupération rapide	42
3.1La chirurgie à récupération rapide : tremplin pour repenser la prise en charge chirurgicale de façon transversale	48
3.1.1L'unité d'accueil	49
3.1.1L'unité de récupération rapide	52
3.1.1La cellule d'entrée et de sortie	56
4Conclusion	59
Bibliographie	61
Liste des annexes	63

Liste des sigles utilisés

AINS: Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

ARC : Attaché de Recherche Clinique

ARS : Agence Régionale de Santé

ASD : Aide-Soignant Diplômé

ASH : Agent de Service Hospitalier

CHLS : Centre Hospitalier Lyon Sud

CREA : Compte de Résultat Analytique

CREO : Compte de Résultat par Objectif

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DPAS : Direction du Personnel et des Affaires Sociales

EMSS : Equipe Mobile de Soins de Support

ESAD : Equipe Spécialisée Alzheimer à Domicile

ETP : Equivalent Temps Plein

HAD : Hospitalisation A Domicile

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHS : Groupement Hospitalier Sud

HCL : Hospices Civils de Lyon

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MAD : Maintien à Domicile

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

NVPO : Nausées et Vomissements Post-Opératoires

PCA : Patient Controlled Analgesia

PTH : Prothèse Totale de Hanche

SDS: Same Day Surgery (autre appellation pour la chirurgie à recuperation rapide)

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

1 Introduction

L'hôpital a longtemps été considéré comme l'acteur central du système de soins, chargé à ce titre d'un champ de compétences très voire trop vaste. Par principe de subsidiarité, l'hôpital assurait traditionnellement les missions non remplies ou non dévolues à d'autres. Ainsi, il était fréquent de voir des patients occuper pendant des mois des lits de courts séjour faute d'une solution adaptée. Si les services hospitaliers sont toujours confrontés à ce type de cas, ces situations sont désormais considérées comme symptomatiques d'un dysfonctionnement. En effet, l'élaboration d'une vision plus transversale du système de soins, au travers du parcours patient, amène à revoir l'étendue du rôle de l'hôpital. L'hôpital doit être un acteur parmi d'autres de ce parcours et sa mission ne peut être conçue indépendamment des autres intervenants. En d'autres termes, l'hôpital est l'un des maillons d'une chaîne d'acteurs qui agissent à différents niveaux dans le processus de prise en charge.

Ce changement de paradigme a transformé les compétences dévolues à l'hôpital. S'il a pu être considéré comme un offreur de soins omnipotent, son rôle tend de plus en plus vers la spécialisation. Symbole fort de cette évolution, l'hôpital se recentre aujourd'hui sur sa mission première de soins aigus, confiant à d'autres acteurs ce qui ne relève pas de son cœur de métier. A titre d'illustration, de nombreux établissements délèguent certaines fonctions support comme la gestion des déchets, l'entretien des locaux, la restauration pour en confier la réalisation à des prestataires spécialisés. Dans la même veine, certains hôpitaux ont fait installer à proximité de leurs urgences une maison médicale, vers laquelle ils orientent les patients se présentant aux urgences alors même qu'ils relèvent d'un autre type de prise en charge.

Ainsi, ces réflexions sur le rôle propre de l'hôpital gagnent le cœur même du soin, et amènent à s'interroger sur l'opportunité du séjour hospitalier.

La prestation d'accueil hôtelier est inhérente au soin dans la mesure où elle est justifiée par des raisons médicales, mais même en la matière, on note un changement des mentalités. Le séjour à l'hôpital doit être nécessaire, c'est-à-dire ne pas relever d'une autre structure, d'autres professionnels ou du domicile.

En conséquence, se développe une tendance à limiter les séjours hospitaliers à ce qui est indispensable au plan médical. De ce fait, le recours aux hospitalisations de courte durée, comme l'hôpital de jour ou la chirurgie ambulatoire, est encouragé.

Cette évolution a été soutenue par un souhait global des patients de rentrer rapidement chez eux. Par ailleurs, les évolutions des techniques médicales ont accompagné et rendu possible cette réflexion globale sur la physionomie des séjours.

Toutefois, sur un plan quantitatif, le succès de l'ambulatoire en France reste mesuré par rapport aux réalités observables depuis plusieurs décennies aussi bien aux Etats-Unis qu'en Europe. Les pouvoirs publics souhaitent pourtant promouvoir ce mode de prise en charge et inscrivent dans les politiques de santé un objectif de développement de l'ambulatoire à hauteur de 60% des interventions réalisées.

Cependant, au vu du déroulement postopératoire de certaines chirurgies, il est permis de se demander si cet objectif est réaliste et raisonnable. En effet, le risque de complications post-chirurgicales est parfois majeur quelques jours après l'opération. La survenance de ce risque à domicile, dans un environnement pas ou peu médicalisé, fait courir un danger au patient. Ainsi, malgré l'évolution des techniques et des mentalités, un certain nombre d'interventions justifie d'une durée incompressible de séjour à l'hôpital.

Néanmoins, entre l'hospitalisation conventionnelle et la prise en charge ambulatoire se trouve aujourd'hui une « niche » peu explorée, et méconnue en France. Il s'agit de la chirurgie à récupération rapide. Ni vraiment conventionnelle ni ambulatoire, la prise en charge en récupération rapide vise une réhabilitation optimale du patient en termes qualitatifs, qui bien souvent se traduit par une réduction quantitative de la durée de séjour.

En France, cette réflexion connaissait jusqu'à très récemment une limite de taille, que constituait l'existence de bornes basses dans la facturation des séjours. La rémunération d'un séjour était fonction de sa durée, comprise entre une borne haute et une borne basse. Le séjour qui s'inscrivait entre ces deux bornes était rémunéré à 100% du tarif GHS. Si la durée de séjour excédait la borne haute ou était inférieure à la borne basse, le tarif applicable au GHS était minoré.

Dans ces conditions, rien n'incitait les managers hospitaliers à promouvoir la réduction des DMS, pénalisante pour l'établissement.

Toutefois, la suppression de la borne basse de la facturation de certains séjours de chirurgie en janvier 2014¹ permet désormais d'envisager de nouveaux modes de prise en charge des patients ayant une indication chirurgicale.

L'existence d'une borne basse imposée à tous types de séjours restreignait de facto à la seule prise en charge ambulatoire les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle. Aujourd'hui il est possible d'imaginer de nouveaux modèles de prise en charge.

¹Les GHM de chirurgie de niveau 1. Voir ATIH – Notice technique n° CIM-MF-249-1-2014

Cette évolution des modes de tarification est cohérente, car elle est en parfait accord avec la tendance générale de recherche d'une optimisation de la Durée Moyenne de Séjour (DMS). La stratégie de diminution des DMS poursuit un objectif économique, mais est également conforme à l'intérêt du patient. En effet, le risque d'infection liée aux soins augmente proportionnellement à la durée de séjour dans un service hospitalier. Aussi est-il toujours préférable pour les malades de ne rester que le temps strictement nécessaire à l'hôpital. Par ailleurs, un retour à domicile précoce correspond aujourd'hui à une attente sociétale globale. Ainsi la chirurgie à récupération rapide bénéficie d'une réelle opportunité d'implantation dans le paysage des différents modes de prise en charge.

A la différence de la chirurgie ambulatoire, qui se caractérise par une durée de séjour en valeur absolue (12 H maximum), la chirurgie à récupération rapide vise plutôt une réduction induite de la durée de séjour par l'optimisation du parcours et des actes réalisés. Ce n'est pas la pathologie qui s'adapte à un type de prise en charge, mais la prise en charge qui s'adapte à la pathologie et aux besoins réels du patient.

Ce mode de prise en charge alternatif est associé à une réduction de la durée de séjour, qui est l'un de ses effets.

L'implémentation du concept de chirurgie à récupération rapide en France est récente, mais les premières réflexions visant à simplifier les protocoles datent du milieu des années 1990. Le Professeur Henrik Kehlett, anesthésiste danois, en a été le précurseur. A travers une remise en cause des techniques classiques d'anesthésie, il a réussi à introduire de nouvelles procédures facilitant la récupération post-opératoire. A partir des années 2000, d'autres pays d'Europe comme la Suède, la Belgique, la Suisse ont commencé d'introduire les nouvelles techniques promues (par exemple l'utilisation de produits anesthésiques volatils ; ne plus systématiser la pose de drains ou le recours à des morphiniques...) dans leurs protocoles de soins. Ces avancées ont encouragé les praticiens à s'interroger plus largement sur la nécessité et la légitimité de certaines séquences ou certains actes des protocoles. Des expérimentations à plus large échelle ont par la suite été développées, consistant à revoir les protocoles à la lumière des avancées techniques et scientifiques. Ces travaux ont abouti à la systématisation des procédures via parfois la rédaction de chemins cliniques.

Fortes de résultats encourageants sur l'amélioration du confort du patient et de la phase de récupération, ces premières expériences ont ensuite essaimé en Europe grâce aux congrès, échanges entre scientifiques et à la création d'associations et de sociétés savantes (ERAS, Grace).

Aujourd'hui, ces réflexions ont gagné la France, et de plus en plus de chirurgiens s'essaient à la récupération rapide, aussi bien dans des établissements publics que privés.

Lyon est à cet égard un terrain d'observation particulièrement intéressant. En effet, le groupe de cliniques Capio, bien implanté dans la région lyonnaise s'est lancé dans la chirurgie à récupération rapide depuis plusieurs années. Les HCL sont également très sensibles à cette problématique. Le développement de la chirurgie à récupération rapide est d'ailleurs un axe du projet d'établissement 2013-2017 « Horizon 2017 ». La direction de la stratégie en a fait un projet majeur au plan institutionnel. Des services pilotes ont été désignés dans chacun des groupements et dans différentes spécialités pour mettre en place des parcours de récupération rapide. Le Groupement Hospitalier Sud, établissement du stage, fait partie intégrante de ce projet institutionnel et a par ailleurs développé un autre projet interne, visant à réorganiser le pôle Chirurgie sur la base de cette nouvelle approche des parcours patients. Ainsi le concept de chirurgie à récupération rapide a-t-il atteint une maturité particulière aux HCL et au GH Sud.

Si l'implémentation de parcours de chirurgie à récupération rapide prend de plus en plus d'ampleur, l'une de ses principales limites consiste en l'absence d'une définition unifiée. A contrario de l'hôpital de jour ou de la chirurgie ambulatoire, dont les contours sont clairement dessinés par la loi², la chirurgie à récupération rapide reste un concept scientifique qui n'a pas fait l'objet d'une définition juridique. Cela s'observe non seulement en France mais également en Suisse, alors même que la chirurgie à récupération rapide y est développée depuis les années 2000.

A cet égard, les nombreux acteurs rencontrés dans le cadre de cette étude ont chacun leur définition propre et particulière de la chirurgie à récupération rapide. Par ailleurs, il faut également faire la distinction entre plusieurs concepts qui se rejoignent sur certains aspects tout en différant par d'autres (comme le « fast-track » et l'ERAS).

Aussi est-il essentiel de s'entendre sur le sens que l'on souhaite donner au terme de chirurgie à récupération rapide. Une méthode de comparaison d'approches a priori opposées permettra d'en dégager des traits communs.

- La chirurgie à récupération rapide peut être définie selon une approche médicale ou administrative. Au sens médical, on peut la définir comme une prise en charge protocolisée et simplifiée. Au sens administratif, on la verra plutôt comme un mode de prise en charge dont la DMS est supérieure à l'ambulatoire mais inférieure à une hospitalisation conventionnelle, c'est-à-dire des séjours compris entre 24h et environ 1 semaine. Ces deux définitions, médicale et administrative, s'opposent par

²Code de la Santé Publique, Article D6124-301-1

leur objet. Alors que la première étudie la chaîne de la prise en charge, la seconde s'intéresse au résultat de la prise en charge, à savoir la DMS finale.

- On peut aussi définir la chirurgie à récupération rapide par une valeur absolue ou relative : Dans le premier cas, rentre dans un protocole chirurgical à récupération rapide une intervention menant à une DMS de 24 à 72 heures. A contrario, on peut considérer que n'importe quelle intervention peut être intégrée dans un séjour à récupération rapide dès lors qu'une réflexion en amont sur le parcours de soins permet de réduire la durée du séjour par rapport à une hospitalisation classique.
- Enfin, on peut envisager une définition par la finalité : la chirurgie à récupération rapide consiste à optimiser/réduire la DMS, ou bien elle consiste à rechercher une amélioration de la qualité de la prise en charge en évacuant les actes superflus.

Chacune des définitions exposées a été soutenue lors des entretiens.

Cela démontre un certain flou dans l'appréciation de la notion. Pourtant, ces approches se recoupent toutes, car quel que soit l'objet premier de la réflexion, la finalité attendue ou la durée de séjour, la chirurgie à récupération rapide comme mode de prise en charge s'appuie sur des outils communs à toutes les définitions, et a des effets qui concernent aussi bien l'optimisation que l'amélioration de la qualité du séjour.

C'est aussi la preuve que la recherche de la qualité et de l'optimisation des parcours de soins ne sont pas des objectifs contradictoires, et peuvent même aller de pair.

On peut donc trouver une philosophie et des éléments communs à toutes les définitions rapportées lors des entretiens. Toutefois, avant d'évoquer le contenu de la notion telle que nous l'entendons, il est indispensable d'en cerner les contours en déterminant ce que la chirurgie à récupération rapide n'est pas.

- La chirurgie à récupération rapide doit être distinguée de la chirurgie ambulatoire, en ce qu'elle comprend au moins une nuit d'hospitalisation. En ambulatoire, les patients rentrent à l'hôpital, y sont opérés et en ressortent le même jour. Selon la loi, « les structures [...] pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge [...] d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement »³. Le séjour ambulatoire peut même être extrêmement court, ce qui permet parfois d'avoir des taux d'occupation des lits à plus de 100% lorsque plusieurs patients se succèdent dans la même

³Code de la Santé Publique, Article D6124-301-1

journée⁴. Le séjour de chirurgie à récupération rapide inclut nécessairement a minima une nuit d'hospitalisation. La récupération rapide est toutefois compatible avec une entrée du patient le jour de l'opération. C'est même la norme pour les chirurgies à récupération rapide de l'hôpital universitaire de Genève.

- Quant à la frontière entre la récupération rapide et l'hospitalisation conventionnelle, elle est plus ténue. La chirurgie à récupération rapide est en quelque sorte une forme d'hospitalisation conventionnelle (puisqu'elle comporte une ou plusieurs nuits d'hospitalisation), mais optimisée grâce à une réflexion globale sur le parcours de santé traditionnel. Cette réflexion concerne chaque maillon de la chaîne, et l'organisation entre tous. Différents outils concourent à cette amélioration comme la définition de chemins cliniques, l'élaboration de protocoles, la contractualisation avec d'autres établissements, le recours à des systèmes d'information partagés...

- La notion de chirurgie à récupération rapide peut induire des biais de compréhension, car elle sous-entend que seule la phase de récupération proprement dite, c'est-à-dire post-opératoire est à prendre en compte dans ce mode de prise en charge. Au contraire, c'est tout le parcours de santé de l'individu qui est au cœur de la chirurgie à récupération rapide. En effet, il ne s'agit pas de diminuer la DMS en déportant indûment la charge et le coût des soins sur d'autres structures. L'objectif est au contraire d'obtenir une prise en charge optimale du patient. Le parcours de santé est revu à la lumière de deux notions : la nécessité et l'organisation. La suppression des actes superflus ainsi que la mise en place de mesures destinées à améliorer la prise en charge ont un retentissement direct sur la phase post-opératoire, et facilitent la récupération du malade. La récupération rapide n'est pas seulement l'objectif mais aussi une conséquence de ce mode de prise en charge.

- La chirurgie à récupération rapide n'est pas disciplinaire. Ce n'est pas un type de prise en charge, mais un mode de prise en charge. Théoriquement, elle peut donc être adaptée à toutes les chirurgies et à tous les patients.

Il est maintenant possible d'esquisser une définition positive de la chirurgie à récupération rapide. Par chirurgie à récupération rapide, on entend ici un mode de prise en charge du patient chirurgical alternatif à l'ambulatoire et à l'hospitalisation conventionnelle, visant à

⁴Il est également possible d'avoir une acception plus large de ce mode de prise en charge. Aux Etats-Unis par exemple, sont considérés comme séjours de chirurgie ambulatoire les séjours de moins de 24h. Certains patients d' « ambulatoire » peuvent donc passer une nuit à l'hôpital, et ressortir 23h après leur entrée.

rationaliser la chaîne de soins en s'appuyant sur des avancées scientifiques, des outils techniques et organisationnels. Ce mode de prise en charge a des effets incidents à la fois sur la qualité de la prise en charge mais également sur l'optimisation de la DMS, car elle conduit de facto à des hospitalisations moins longues. La réduction de la DMS est à la fois une conséquence et une cause de l'amélioration de la qualité du parcours de santé.

Si le contenu de la notion est désormais plus clair, reste à régler des questions d'ordre sémantique. En effet, la chirurgie à récupération rapide est un concept qui, parce qu'il est relativement flou dans ses contours, a donné naissance à différentes terminologies et appellations.

- On peut trouver le terme « fast-track » chirurgie. C'est une chirurgie à récupération rapide centrée sur des séjours dont la DMS est inférieure à 1 semaine. Le processus d'optimisation du parcours de soins est comparable aux chirurgies à récupération rapide avec des DMS plus longues. Mais comme le parcours comprend un objectif de DMS en valeur absolue (moins d'une semaine, voire 72 heures), la sélection des patients éligibles est plus importante. Ce type de parcours est très développé, notamment dans la chirurgie colo-rectale. Les fast-tracks feront partie de l'étude. Mais résumer la chirurgie à récupération rapide aux parcours fast-tracks reviendrait à exclure du champ de l'étude des expérimentations qui ont permis dans certaines spécialités de passer en quelques mois d'une DMS de 26 à 13 jours, donc à obtenir par le même processus une récupération « plus » rapide.
- On trouve également pour désigner la chirurgie à récupération rapide le terme de « Enhanced Recovery After Surgery », soit l'acronyme ERAS. Cette expression résume assez bien la notion. Mais il est aussi devenu le nom d'une association et d'une marque déposée, qui propose contre le prix de l'adhésion à l'association, un accompagnement aux services et établissements qui souhaiteraient développer la chirurgie à récupération rapide. ERAS est ainsi une méthode spécifique, une boîte à outils, qui comprend des protocoles de soins déjà rédigés, des outils d'évaluation... Lorsqu'« ERAS » sera évoqué au cours de cette étude, ce sera donc bien pour désigner l'association et les outils d'appui qu'elle propose, et non la chirurgie à récupération rapide dans son acception globale.
- Parallèlement, une association francophone de promotion de la récupération rapide a été créée, GRACE (Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie). Elle s'est accordée sur le terme de RRAC (Réhabilitation Rapide Après Chirurgie) pour désigner la chirurgie à récupération rapide.

En raison de ces risques de confusion sémantique, l'étude évoquera la notion de « chirurgie à récupération rapide ». Bien que ce terme ne rende pas compte de l'approche globale du

parcours de soins que suppose la méthode, il est neutre et permet d'inclure toutes ses différentes variantes.

La dualité historique des modes de prise en charge chirurgicale (alternance entre hospitalisation conventionnelle et ambulatoire) paraît aujourd'hui dépassée : le développement de la chirurgie ambulatoire connaît déjà ses limites dans certaines spécialités ; quant aux séjours longs, ils ne sont plus adaptés aux contraintes financières des établissements ni aux attentes sociétales.

La chirurgie à récupération rapide est un concept qui permet d'envisager de nouvelles prises en charge grâce à des outils d'amélioration des protocoles. Mais surtout, il est porteur d'une philosophie qui amène à repenser la place de l'hôpital au sein du parcours de soins.

Si l'avenir de la chirurgie à récupération rapide en tant que concept est assuré, reste à savoir si elle pourra réellement devenir un mode de prise en charge pérenne. Aujourd'hui, l'utilité des outils techniques et organisationnels au fondement de la récupération rapide ne peut être remise en cause (2). Cette reconnaissance de la méthode doit encourager les managers hospitaliers à se saisir de cette opportunité pour soutenir les démarches d'amélioration des pratiques, voire réorganiser leurs services de chirurgie autour de nouveaux modes de prise en charge (3).

2 Améliorations techniques et organisationnelles du parcours patient en chirurgie à récupération rapide

Le parcours patient en chirurgie à récupération rapide est pensé à travers deux dimensions : le cœur de la réflexion porte sur l'amélioration via la simplification de la prise en charge chirurgicale (1.1). Mais l'optimisation du séjour ne pourrait être complète sans une réflexion globale sur l'ensemble du parcours patient. La chirurgie récupération rapide amène donc à se pencher également sur l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière (1.2).

2.1 Les outils du parcours patient en récupération rapide : recherche d'une stratégie thérapeutique adaptée grâce à des techniques innovantes

2.1.1 Une amélioration qualitative des prises en charge chirurgicales rendue possible grâce à l'évolution récente des techniques médicales

Au cours des dernières décennies, de nombreuses spécialités chirurgicales ont vu les DMS de leurs interventions diminuer de manière parfois spectaculaire grâce à des évolutions scientifiques majeures ;

A titre d'exemple, avant 1990, la résection d'un rein donnait lieu à un séjour moyen de 8 à 10 jours. Les techniques de chirurgie laparoscopique (célioscopie notamment) ont permis de faire baisser la DMS jusqu'à atteindre 3 jours actuellement. Depuis très récemment, ce type de chirurgie commence même à être réalisé en ambulatoire chez certaines femmes grâce à la technique d'extraction par voie vaginale.

Dans le même sens, en chirurgie orthopédique, alors que les prothèses totales de hanche étaient suivies dans les années 1970 d'une hospitalisation de 3 semaines, la DMS a baissé graduellement pour atteindre aujourd'hui 3 à 5 jours. Cette évolution est étonnante, car la technique chirurgicale elle-même n'a pratiquement pas changé. Selon le Professeur Fessy, chirurgien spécialisé dans ce type d'opérations, c'est en revanche « toute l'organisation autour de la chirurgie qui a évolué ».

Aujourd'hui la prostatectomie donne lieu à un séjour de 24 à 48h, lorsque cette opération nécessitait il y a 20 ans une hospitalisation de 21 jours.

Les patients subissant une ostéotomie des maxillaires ne restent aujourd'hui dans le service de chirurgie maxillo-faciale que 48 heures, quand les débuts de cette chirurgie voyaient les patients hospitalisés pendant 15 jours.

Des exemples de ce type ont été évoqués lors de tous les entretiens, ce qui permet d'affirmer que la baisse des DMS en chirurgie est une tendance commune à toutes les spécialités chirurgicales.

Cette tendance procède de plusieurs facteurs, mais avant tout, elle est fortement liée à des avancées majeures sur le plan scientifique.

En effet, de nouvelles techniques opératoires et péri-opératoires ont permis d'alléger les effets indésirables consécutifs à la chirurgie. Ces techniques innovantes, apparues majoritairement à partir des années 1990 sont aujourd'hui utilisées en routine.

A ce titre, le développement de la chirurgie mini-invasive a révolutionné toutes les spécialités de chirurgie. Elle est fortement liée au développement de l'imagerie, aussi bien diagnostique qu'interventionnelle et curative.

En matière de chirurgie digestive par exemple, le fait d'opérer sous coelioscopie permet de réduire l'exposition de l'intestin à l'air et la manipulation manuelle des anses qui ont pour conséquence de retarder la reprise post-opératoire du transit. Or, la reprise du transit est la condition préalable sine qua non à la sortie du patient. La coelioscopie, moins traumatisante pour l'appareil digestif, facilite la reprise du transit. La récupération du patient est accélérée, et la durée nécessaire de séjour diminue d'autant.

La chirurgie colorectale est ainsi une excellente illustration de l'impact de l'arrivée de la coelioscopie dans les techniques chirurgicales.

En matière de chirurgie urologique, l'utilisation du laser a permis de simplifier les interventions de résection de la prostate. Ce type d'opération, sans incision, a des suites opératoires assez simples, et une durée d'hospitalisation courte (48h).

L'évolution des techniques anesthésiques a également un rôle majeur dans la diminution des DMS. Aujourd'hui, les produits d'analgésie/anesthésie utilisés sont plus légers, et plus volatiles⁵. Leur dosage peut être très fin et s'adapter précisément à la durée de l'intervention.

Les nausées et vomissements post-opératoires (NVPO) sont un des effets indésirables les plus fréquents de l'anesthésie. L'incidence des NVPO est de 30% sur la population globale, sachant que cette incidence peut atteindre 70% chez certains groupes à risque (notamment femmes, enfants). La survenance des NVPO entraîne un retard de reprise de l'alimentation orale et éventuellement une augmentation de la douleur. La récupération en est d'autant plus longue et difficile.

⁵Le développement d'interventions de courte durée, notamment sans incision, permet également une utilisation à minima des anesthésiants

Cependant, des techniques d'anesthésie peu émétisantes sont désormais indiquées, permettant d'éviter ou de réduire le risque de survenue des NVPO. A ce titre, l'utilisation de morphiniques péri-opératoires est déconseillée au profit d'anesthésies loco-régionales ou d'infiltrations pariétales. Des produits peu émétisants utilisés en association sont préférés à d'autres substances plus émétisantes comme les anesthésiants halogénés ou le protoxyde d'azote.

Ainsi, les progrès médicaux accomplis en anesthésie-réanimation rendent possible une récupération plus rapide. Les produits, légers, volatiles, et dosés en fonction du besoin précis sont rapidement évacués par l'organisme. Les suites de l'anesthésie sont bien moins pénibles pour les patients qui de facto se rétablissent mieux et plus vite.

2.1.2 L'évolution méthodologique des protocoles : réflexion sur l'utilité de pratiques habituelles

La chirurgie à récupération rapide s'appuie évidemment sur ces nouvelles techniques médicales pour simplifier les processus de prise en charge. Mais d'autres avancées s'y ajoutent, relevant bien plus d'une évolution dans la conception de la prise en charge.

En effet, les réflexions menées par les promoteurs de la récupération rapide procèdent en premier lieu d'une recherche de simplification des protocoles chirurgicaux. Les premières tentatives de Kehlett ou d'autres chirurgiens étaient souvent assises sur des suppositions intuitives. Elles précédaient leur démonstration scientifique.

Ces chirurgiens se sont interrogés sur la nécessité de certains actes effectués « en routine ». Ils ont donc tenté d'alléger les protocoles de soins pré-, per- et postopératoires, dans l'objectif de diminuer le stress induit par la chirurgie. Les résultats positifs de ces expérimentations ont ensuite fait l'objet de publications et d'études de cohorte, qui aujourd'hui, corroborent assez massivement les hypothèses de départ.

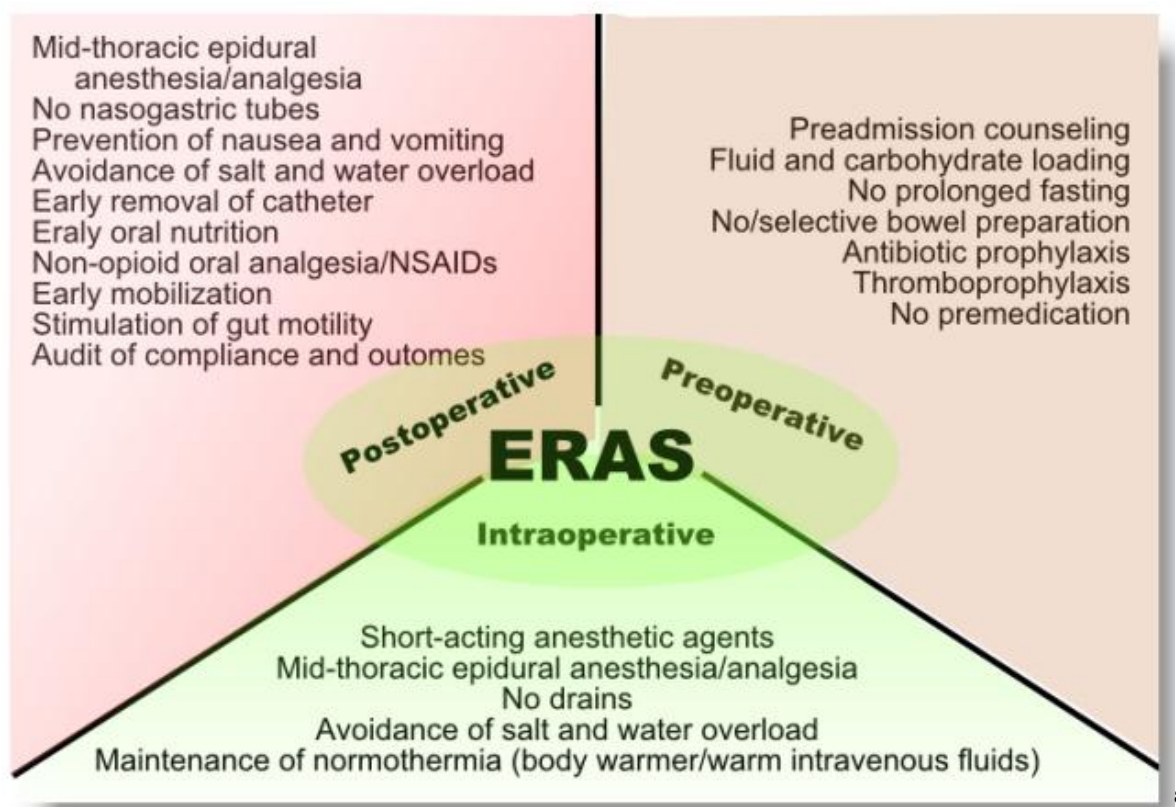
Ainsi, les études comparatives font souvent apparaître dans les protocoles « récupération rapide » une diminution de l'inconfort pré- et post-opératoire⁶ généralement une baisse de la DMS (bien que les résultats puissent être débattus). Parallèlement, on ne note pas

⁶ Michel **ADAMINA et al.**, "Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization : A meta analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery", *Surgery*, 201, 1-11; Véronique **FAUJOUR**, Kareem **SLIM**, Pascal **COROND**, « Réhabilitation améliorée après chirurgie (ERAS), Enjeux économiques et avenir en France », *Revue Hospitalière de France*, n°556, janvier-février 2014 ; Edouard **PELISSER et al**, « réduire la durée d'hospitalisation après résection colo-rectale », *Annales de chirurgie* 130, décembre 2005, 608-612 ; Didier **ROULIN et al.** « Cost-effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery », *British Journal of Surgery*, n°100, 2013, 1108-1114

d'augmentation significative des taux de ré-hospitalisation, ce qui permet de garantir que ces protocoles ne sont pas corrélés à une baisse de la sécurité et de la qualité des soins⁷

La simplification des protocoles concerne toutes les étapes de la prise en charge à savoir les phases pré-, per-, et post-opératoire.

La figure suivante présente sous forme schématique les évolutions des protocoles chirurgicaux telles qu'encouragées par la société ERAS.



En phase préopératoire, les évolutions majeures proposées dans les protocoles de récupération rapide concernent tout d'abord le jeûne. S'il est d'usage de faire observer aux patients un jeûne préopératoire d'au moins 6h (généralement simplifié en « rien à partir de minuit »), les protocoles de récupération rapide reviennent sur cette habitude.

Le jeûne préopératoire est traditionnellement présenté comme nécessaire pour éviter l'inhalation du contenu gastrique, dont l'incidence est rare (voir tableau suivant) mais dont les conséquences peuvent aller jusqu'au décès.

7

⁸Source : Société ERAS : <http://www.erassociety.org/index.php/eras-care-system/eras-protocol>

Tableau I. Incidence du syndrome d'inhalation : données épidémiologiques.

	Cohen et al. [2]	Hatton et al. [3]	Olsson et al. [4]	Warner et al. [5]
Période étudiée	1975-1981	1978-1982	1967-1970 1975-1983	1985-1991
Anesthésies générales (AG) (n)	112 721	198 103	185 385	215 488
Inhalations (n)	101	27	87	67
Inhalations/AG en urgence (n)	ND	ND	1/656	1/895
Incidence totale	8,96/10 000	1,36/10 000	4,7/10 000	3,1/10 000
Mortalité	ND	0,2/10 000	0,3/10 000	0,15/10 000
Morbidité	ND	ND	1/3 944	1/16 576

ND = non documenté.

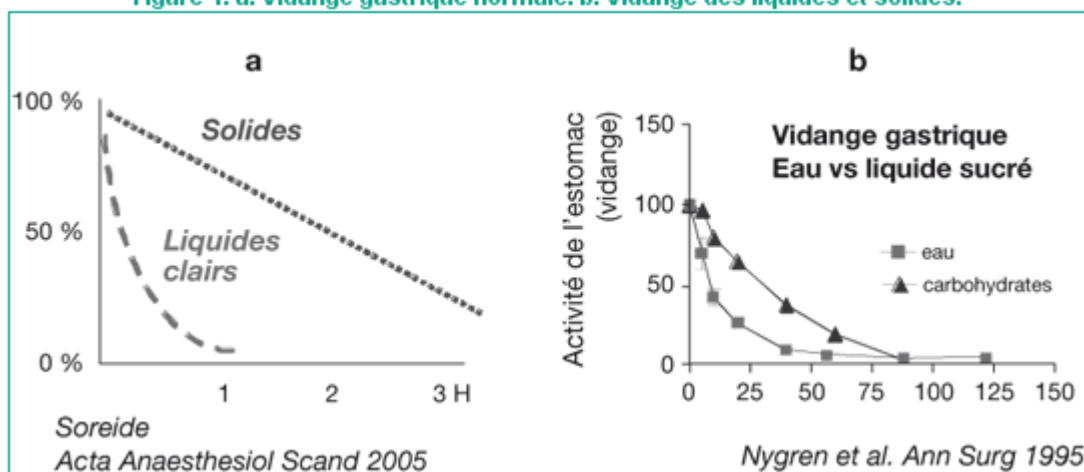
9

Les protocoles de récupération rapide reviennent sur cette mesure et proposent de réduire la durée du jeûne préopératoire afin de diminuer les effets indésirables induits par un jeûne prolongé tout en maintenant une maîtrise satisfaisante du risque d'inhalation du contenu gastrique.

Le jeûne prolongé a en effet des effets indésirables importants. L'hypoglycémie induite lorsque le glucose présent dans l'organisme a été entièrement consommé produit une résistance postopératoire à l'insuline comparable à celle d'un diabète de type 2. Par ailleurs, l'équilibre hémodynamique de l'organisme peut être modifié par un déficit hydrique résultant d'un jeûne prolongé. Enfin, le jeûne est susceptible d'entraîner un inconfort majeur du patient (sensations de soif, de faim, céphalées, vertiges).

Pour justifier un assouplissement du jeûne préopératoire, les promoteurs de la récupération rapide s'appuient notamment sur plusieurs études démontrant la durée nécessaire à la vidange gastrique :

Figure 1. a. Vidange gastrique normale. b. Vidange des liquides et solides.



10

⁹Source : http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca00/html/ca00_08/00_08.htm

¹⁰http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca07/html/ca07_01/ca07_01.htm#49927

En cohérence avec ces études, les protocoles de récupération rapide proposent un jeûne moins strict et moins long. L'arrêt des solides ne doit pas excéder 6h, et le patient doit être encouragé à boire des liquides clairs (boisson non gazeuse, jus de fruits) et sucrés jusqu'à 2 heures avant l'intervention. 2 heures avant l'intervention une boisson carbo-hydratée lui est proposée.

Les protocoles de récupération rapide innovent également sur d'autres points : la préparation de l'intestin, prescrite classiquement avant une chirurgie colique, n'est plus recommandée de façon systématique. De même, la prémédication n'est plus systématique et doit s'adapter au besoin et à l'état du patient. La thromboprophylaxie et l'antibioprophylaxie sont à adapter aux recommandations des sociétés savantes.

Pendant la phase peropératoire, les protocoles de récupération rapide recommandent d'utiliser de préférence des agents anesthésiques à courte durée d'action. L'analgésie péridurale doit être utilisée autant que possible. A défaut, les anesthésistes sont encouragés à avoir recours à une analgésie multi-modale associant des agents de préférence non morphiniques.

La technique anesthésique/analgsique utilisée doit également prendre en compte l'objectif de prévention des NVPO.

Pendant la durée de l'intervention, il convient de veiller à prévenir l'hypothermie (pré-réchauffement, fluides intraveineux adaptés...). Outre l'inconfort du patient, l'hypothermie peut avoir des conséquences physiologiques augmentant potentiellement la morbidité (majoration du risque de saignement, modification de l'action des agents anesthésiques).

Le remplissage vasculaire peropératoire doit être adapté au patient. Au cours de l'intervention, la pression de remplissage doit être mesurée précisément afin d'éviter aussi bien l'hypo- que l'hypervolémie.

La pose de drains à l'issue de l'intervention doit être évitée autant que possible. En effet, l'utilisation de drains de façon systématique est aujourd'hui remise en question. A ce titre, une étude menée en 2005 par les Drs Marie-Véronique Launay-Savary et Karem Slim, chirurgiens viscéraux au CHU de Clermont-Ferrand, basée sur des essais randomisés, a démontré l'absence d'utilité de la pose de drains dans de nombreux types d'interventions¹¹.

¹¹ Marie-Véronique **LAUNAY-SAVARY**, Karem **SLIM**, « Analyse factuelle du drainage abdominal prophylactique », *Annales de Chirurgie* 131, 2662, 302-305

Tableau 2 - Analyse factuelle des indications du drainage prophylactique en chirurgie digestive. À noter que la colonne « oui » reste vide dans tous les domaines de la chirurgie. Seule persistent de rares indications avec un faible niveau de preuves du fait de l'absence d'études cliniques

	Niveau de preuves	Non	Peut-être non	Peut-être oui	Oui
Hépatectomie	1a		✓		
Cholécystectomie	1b	✓			
Cholécystotomie	5			✓	
Œsophagectomie	5			✓	
Estomac-duodénum	2b-3b		✓		
Pancréatectomies	1b		✓		
Splénectomie	2b		✓		
Appendicectomie	1b	✓			
ACR ^a intrapéritonéale	1a	✓			
ACR ^a sous-péritonéale	2a		✓		

[a] Anastomose colorectale.

12

Par ailleurs, l'absence de drain facilite les déplacements du patient lors de sa récupération. Or, encourager la mobilisation du patient après son opération est l'une des mesures majeures de la récupération rapide.

En phase post-opératoire, le patient va donc bénéficier d'une mobilisation précoce. Dès le jour de l'intervention, il doit être levé par un kinésithérapeute, et assis dans un fauteuil. A J1 après l'opération, les protocoles ERAS préconisent déjà pour les patients de chirurgie colorectale, 2 séances de mobilisation ainsi qu'une station de 6h au fauteuil.

Les sondes, potentiellement responsables d'inconfort voire de douleurs post-opératoires ne doivent plus être utilisées en routine.

Différentes études, analysant au total la réponse de 4000 patients à la poste d'une sonde naso-gastrique, ont montré que sur 20 sondes, seulement 1 était utile¹³.

Or, poser une SNG entraîne un risque de lésions laryngées, d'hémorragie digestive ou d'épistaxis. Les patients sondés peuvent également développer une dépendance post-opératoire, ce qui aura pour conséquence une convalescence plus longue.

¹²Source : <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/48077/main.pdf>

¹³B.BRYSSINE, L'anesthésie et l'inconfort post-opératoire en chirurgie gynécologique Journées Franco Marocaines de Gynécologie.- Marrakech mai 2008

Aussi, le sondage, naso-gastrique et également urinaire, doit-il être réservé de façon non-routinière aux cas le justifiant spécifiquement.

Après l'intervention, il convient d'accorder une importance particulière à la prise en charge de la douleur. Les techniques anesthésiques ou analgésiques utilisées en phase peropératoire doivent permettre d'anticiper la douleur post-interventionnelle et d'assurer la transition vers une stratégie analgésique postopératoire.

La gestion de la douleur post-opératoire appartient aussi bien à toute l'équipe médicale et soignante qu'au patient lui-même. Des antalgiques à dose suffisante et dans un délai satisfaisant devront être délivrés afin d'éviter l'apparition de la douleur, difficile à juguler après son installation. Là encore, les stratégies d'association (par exemple Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens + paracétamol ; codéine + paracétamol) doivent être préférées à l'utilisation d'une seule molécule, des études semblant montrer une efficacité accrue de ces antalgiques lorsqu'ils sont utilisés en association¹⁴.

La mise à disposition du patient d'un dispositif de PCA est une option qui lui permet de gérer lui-même sa douleur.

Enfin, d'autres pistes encore inexplorées, comme les infiltrations pariétales avec anesthésiques locaux à longue durée d'action ou des cathéters intra-cicatriciels reliés à un dispositif de diffusion continue pourraient s'avérer des moyens efficaces de contrôler la douleur post-opératoire¹⁵.

Enfin, la reprise précoce de l'alimentation orale (dès le soir de l'opération) doit permettre un rétablissement plus rapide du patient. Même dans le cas de chirurgies digestives, la reprise d'une alimentation orale est une priorité. En cas d'intolérance, l'équipe soignante propose au patient une boisson sucrée.

Reprendre l'alimentation suppose nécessairement de prévenir ou traiter les NVPO, via une stratégie analgésique adaptée.

L'alimentation précoce permet également de stimuler l'appareil digestif, et de réduire ainsi l'iléus post-opératoire (c'est-à-dire l'inhibition fonctionnelle de l'activité motrice du tube digestif ou arrêt du transit), qui est une suite normale de l'intervention chirurgicale. En général, l'iléus dure entre 24 et 72h après l'opération. Mais une prolongation au-delà de cette durée devient pathologique. La reprise du transit conditionnant la sortie du patient, la survenance d'un iléus paralytique est une complication de nature à retarder le retour à

¹⁴B.BRYSSINE, L'anesthésie et l'inconfort post-opératoire en chirurgie gynécologique Journées Franco Marocaines de Gynécologie.- Marrakech mai 2008

¹⁵B.BRYSSINE, L'anesthésie et l'inconfort post-opératoire en chirurgie gynécologique Journées Franco Marocaines de Gynécologie.- Marrakech mai 2008

domicile. L'iléus est d'ailleurs la raison la plus fréquente de sorties tardives après une chirurgie abdominale¹⁶.

Cependant, après une chirurgie digestive, les patients peuvent être confrontés à une intolérance à l'alimentation. Des études ont montré que, dans l'impossibilité pour le patient de reprendre une alimentation par voie orale dans la phase post-opératoire, mâcher du chewing-gum peut aider à retrouver la mobilité de l'intestin. L'influence positive de cette mesure est plus évidente dans les chirurgies laparoscopiques et coelioscopiques qu'en présence d'intervention avec incision. Mais au global, les résultats de l'étude font apparaître que le groupe des patients qui mâchent du chewing-gum a un retour des mouvements intestinaux 0,7 jours plus tôt que le groupe témoin, avec une sortie 1,3 jours plus tôt que le groupe témoin¹⁷.

Les protocoles de chirurgie à récupération rapide intègrent donc ces différentes mesures, qui ont vocation à améliorer la prise en charge à tous les niveaux : pré-, per- et postopératoire. L'intérêt de ces pratiques est démontré par de nombreuses études. Elles sont unanimement reconnues et soutenues par les sociétés savantes (notamment SFAR) et les praticiens, quel que soit le sens de leur démarche (fast track, ERAS...).

L'association GRACE promeut l'amélioration des pratiques que représente la récupération rapide en mettant à disposition librement sur son site internet des protocoles génériques pour différentes chirurgie digestive. A titre d'exemple, en annexe est présenté le protocole de chirurgie colique (Annexe 1).

Les résultats effectivement positifs sur la récupération des patients laissent penser que la remise en cause des procédures chirurgicales et leur simplification est bien l'avenir de la chirurgie.

Cependant, la chirurgie à récupération rapide se penche de façon plus globale sur l'ensemble du parcours de santé. A la dimension technique et pratique s'ajoute également une composante organisationnelle qui est au cœur de la réflexion sur la réduction des séjours hospitaliers.

¹⁶Source : James T. McCornick, Gum in the postoperative Setting : Something to chew on

¹⁷Source : A prospective Randomized controlled trial of dugardes chewing gum on gastrointestinal recovery after major colorectal surgery in patients lanaged with early enteral feeding

2.1.3 Des résultats cliniques confirmant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge en récupération rapide

De nombreuses études se sont penchées sur des expérimentations de protocoles de chirurgie à récupération rapide, en comparant notamment les résultats cliniques avec des prises en charge traditionnelles. Elles font ressortir unanimement une baisse des taux de complication, sans augmentation du taux de réadmission, et une baisse de la DMS.

Une méta-analyse portant sur 6 essais randomisés (soit au total 452 patients) a démontré que les patients ayant suivi un protocole fast-track ont un séjour en moyenne de 2,5 jours de moins que les patients des groupes témoins. Les études démontrent que l'implémentation de 4 éléments de réhabilitation précoce conduit à une réduction du séjour de plus de 2 jours. L'observance des items ERP (Enhanced Recovery Pathway) était en moyenne de 9 sur 12. Le taux de complication a été réduit de presque 50% chez les patients du groupe ERP. Quant à la douleur, les essais montrent que les patients ERP ont une douleur postopératoire à peu près équivalente à la douleur préopératoire, alors que la douleur ressentie par les patients du groupe témoin augmente après l'intervention.

Aucune différence statistique fondamentale n'est relevée quant au taux de complication. Le nombre de décès suite à la chirurgie est quasiment équivalent (4 dans le groupe ERP, contre 3 dans le groupe de chirurgie classique)¹⁸.

Une publication dans la revue Cochrane s'intéresse aux résultats de plusieurs études portant sur des patients opérés d'une maladie iléo-colorectale. 119 patients ont été pris en charge dans le cadre d'une procédure de chirurgie à récupération rapide, 118 ont bénéficié d'un traitement classique. La durée moyenne de séjour est inférieure de 2,94 jours dans le groupe « RRAC ». La réduction des complications est de 50%. Toutefois, cette réduction ne s'applique globalement qu'aux complications générales, tandis que les complications majeures restent stables¹⁹.

Une autre publication expose les résultats d'une étude menée au CHU de Lausanne, portant sur 50 patients inscrits dans un protocole ERAS, comparés aux données équivalentes concernant 50 patients pris en charge pour la même pathologie l'année précédant l'implémentation des éléments ERAS²⁰. L'étude fait apparaître une observance moyenne de 71% des items ERAS. Le temps d'intervention est plus long chez le groupe de patients

¹⁸ Michel Adamina, Henrik Kehlet et al., « Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization : A meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery » – Surgery 2011

¹⁹ Cochrane 16/02/2012

²⁰ D.Roulin, et al. – “Cost Effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery” – British Journal of Surgery Society 2013

ERAS (261 minutes) que chez le groupe de chirurgie conventionnelle (238 minutes), car le nombre d'interventions en laparoscopies était plus élevé, et cette technique est plus consommatrice de temps. Cependant, le nombre de complications dans le groupe ERAS était de 48 contre 71 dans le groupe témoin. La durée du séjour a été réduite de 3 jours (donnée médiane) dans le groupe ERAS, avec 2 réadmissions seulement.

Table 3 Clinical outcomes of patients undergoing colorectal surgery

	Enhanced recovery (n = 50)	Standard care (n = 50)	P†
Mean compliance with enhanced recovery protocol (%)	71	36	
Time to first passage of flatus (days)*	2 (1–2)	3 (2–4)	0.005
Time to first passage of stool (days)*	3 (2–4)	4 (3–5)	< 0.001
Patients with a complication within 30 days			
Grade I–II	24	19	0.414‡
Grade IIIa–IVb	6	10	0.287‡
Postoperative stay (days)*	7 (5–12)	10 (7–18)	0.003

*Values are median (interquartile range). †Mann–Whitney U test, except ‡Fisher's exact test.

21

Il est intéressant de noter que l'évaluation fait partie intégrante des protocoles ERAS. Cette évaluation concerne non seulement les résultats cliniques et médico-économiques (taux de complication, taux de réadmission, DMS), mais également les taux d'observance des différents items. Ces évaluations sont comparatives, elles portent aussi bien sur l'état des pratiques avant l'introduction des protocoles, que sur les évolutions constatables après la période d'implémentation.

Ainsi, dans le service du Professeur Adham, les premières évaluations montrent 6 mois après l'implémentation d'un protocole ERAS pour les interventions colorectales une diminution de la DMS qui passe de 14 à 10 jours.

En chirurgie pancréatique, la DMS est passée en 6 mois de 26 à 13 jours.

Ces évaluations sont essentielles car elles permettent d'analyser les pratiques de l'équipe et de donner une base de travail ainsi qu'un objectif de progression.

Toutes les études convergent sur les bénéfices de la chirurgie à récupération rapide. L'implémentation des protocoles semble relativement aisée. Les différents professionnels interrogés ne rencontrent pas de difficulté significative à convaincre leurs collègues de l'intérêt de mettre en place ce genre de protocole.

Le point potentiellement bloquant dans les parcours de chirurgie à récupération rapide se situe bien plus en amont et en aval de la prise en charge hospitalière. C'est pourquoi il est indispensable de porter ces réflexions également dans un cadre extra-hospitalier, en travaillant sur le parcours patient dans son ensemble.

²¹ D.Roulin and al, Cost effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery – British Journal of Surgery 2013

2.2 L'approche organisationnelle de la chirurgie à récupération rapide: l'impératif de fluidité dans le parcours patient

Travailler sur l'optimisation d'un parcours patient suppose non seulement de réfléchir aux pratiques hospitalières, mais également de se pencher sur la prise en charge extrahospitalière. La chirurgie à récupération rapide tient compte la question de l'amont (2.2.1) et de l'aval (2.2.2) de la prise en charge à l'hôpital.

2.2.1 L'implication et la préparation du patient en amont de l'hospitalisation

- *Le patient, acteur de sa prise en charge*

La chirurgie à récupération rapide est un concept global, assis notamment sur une évaluation des pratiques médicales et soignantes. Cet aspect ne doit pas cependant dissimuler un autre fondement de la méthode, à savoir le patient acteur de sa réhabilitation. Une infirmière d'un service mettant en œuvre des protocoles de chirurgie à récupération rapide a été interrogée dans le cadre des entretiens. Elle confie qu'il est parfois difficile d'intéresser les patients à la démarche. Notamment, certains sont rétifs à reprendre l'alimentation rapidement, d'autres refusent la mobilisation précoce. Pourtant, la récupération rapide dépend avant tout de l'engagement du patient dans la démarche. Il lui appartient en effet de se lever, de marcher suffisamment, de s'alimenter.

C'est pourquoi il est d'abord nécessaire de bien informer le patient de la démarche de récupération rapide dans laquelle le service est engagé, et ce avant l'hospitalisation. Il est primordial que le patient comprenne les enjeux et la méthode de ce mode de prise en charge.

Les informations peuvent être délivrées par le chirurgien au cours d'un rendez-vous de consultation, et/ou lors d'un entretien dédié.

Dans le service de chirurgie digestive du Professeur Adham (Groupement hospitalier Edouard Herriot), travaillant avec les procédures ERAS, c'est l'Attachée de Recherche Clinique qui est chargée d'animer spécifiquement cet entretien.

A contrario, dans le service de chirurgie digestive du Professeur Cotte (Groupement Hospitalier Sud), ayant mis en place un parcours fast-track, l'information est donnée au patient par le chirurgien, qui lui remet un livret récapitulatif élaboré spécifiquement. (Voir annexe 5)

L'information préalable est essentielle à l'implication du patient à sa prise en charge. Mais elle ne suffit pas. Il faut que le patient y soit intéressé pendant tout son séjour hospitalier.

Dans ce but, le service du Pr Adham distribue au patient un journal de bord qu'il doit tenir pendant et après son séjour à l'hôpital. Les informations qui doivent y figurer concernent l'activité physique quotidienne, le régime suivi, l'état général, le niveau de douleur...

L'ARC du service passe également chaque jour prendre des nouvelles du patient, lui rappeler la démarche et l'importance de sa collaboration. Ce suivi très rapproché vise à conserver la motivation des patients.

Une autre méthode consiste à motiver les patients par l'« effet groupe ». Ainsi, en orthopédie (GH Sud), le Pr Fessy tente de mettre en place des « groupes » de quelques patients opérés d'une PTH. Ces patients sont reçus ensemble lors d'un entretien préalable à l'hospitalisation. Ils sont ensuite opérés pendant la même période et passent ensemble les quelques jours d'hospitalisation dans l'unité de soins. Les progrès accomplis par les uns pendant la récupération stimulent les autres, qui vont être encouragés à s'investir dans leur propre récupération. La récupération rapide a ainsi un effet « contagion » qui peut être instrumentalisé afin de promouvoir la démarche auprès des patients.

- *Personnes âgées et récupération rapide*

Faire rentrer des personnes âgées dans des protocoles de récupération rapide pourrait sembler inopportun voire contradictoire. Les personnes âgées sont un public fragile, souvent polyopathologiques, et présentant des risques de complications élevés. Par ailleurs, leur état général peut rendre difficile l'application des protocoles : mobilisation précoce, alimentation orale, retrait rapide des sondes, retour à domicile anticipé... La démarche de récupération rapide semble complètement antagonique à la prise en charge des personnes âgées. C'est pourtant tout le contraire. Les personnes âgées devraient être le cœur de cible de la récupération rapide.

En effet, l'hospitalisation a des conséquences particulièrement néfastes pour les personnes âgées. Elles présentent un risque élevé de perte de repères et d'autonomie.

Le risque de déconditionnement augmente avec la durée de séjour.

De plus, le risque infectieux lié au séjour hospitalier doit être particulièrement pris en compte chez les personnes âgées, qui sont globalement plus vulnérables qu'une population jeune.

Ainsi, Le Docteur Haine, gériatre interrogé dans le cadre du mémoire affirme que « l'hospitalisation n'est jamais un avantage, particulièrement pour le patient âgé ».

Tous les praticiens rencontrés s'accordent sur le fait que l'âge n'est pas en soi un critère exclusif de l'intégration dans un protocole de chirurgie à récupération rapide. Il faut par ailleurs rappeler que l'âge n'est pas toujours synonyme de vulnérabilité ou de fragilité.

Certains patients jeunes, en raison d'antécédents médicaux ou d'une situation socio-économique ou familiale peu favorable, ne pourront rentrer dans ces protocoles. A contrario certaines personnes connaissent un vieillissement non pathologique, et ne sont pas considérées comme fragiles malgré un âge avancé.

Néanmoins, développer la récupération rapide à destination d'un public âgé et polyopathologique nécessite des adaptations. Pour ces patients, la période préopératoire a une importance capitale. En effet, la chirurgie est toujours plus à risque pour ces patients car elle risque d'entraîner un déséquilibre de l'état général. La survenance de complications est ensuite plus difficile à gérer.

Aussi est-il nécessaire de gérer le risque de complication en amont de l'hospitalisation. Lors de la consultation préopératoire, le chirurgien doit évaluer précisément l'état du patient. Cela implique de poser les bonnes questions et de procéder aux bons examens avant l'hospitalisation.

A titre d'illustration, il est impératif de connaître et bien maîtriser un diabète de type II chez un patient qui va devoir observer un jeûne préopératoire.

L'évaluation doit porter également sur l'environnement socio-économique et familial du patient. D'une part, cela permet le cas échéant de préparer l'aidant en lui expliquant ce que la démarche de récupération rapide implique pour le patient et pour lui. D'autre part, cela permet d'anticiper un besoin de convalescence en établissement ou avec un étayage médical/paramédical à domicile.

Le risque d'échec de la récupération rapide est accru chez les personnes âgées polyopathologiques si le parcours n'est pas extrêmement bien organisé en amont, et ce malgré des pratiques irréprochables.

Pour cette raison on pourrait imaginer une prise en charge très particulière et novatrice des personnes âgées polyopathologiques dans le cadre de la récupération rapide.

Il s'agirait de faire travailler les gériatres en étroite collaboration avec les chirurgiens. Comme exposé ci-dessus, la conduite d'un entretien visant à évaluer l'état global du patient et à anticiper les complications est indispensable. Mais faire réaliser cet entretien par un chirurgien paraît irréaliste sinon inadapté. Dans la conduite de l'entretien, un chirurgien peut oublier certaines questions importantes. Il risque de plus de ne pas savoir précisément anticiper ou traiter toutes les complications de la personne âgée.

Confier la prise en charge d'amont à un gériatre a donc tout son sens. Celui –ci pourra évaluer, traiter, et préparer le reste de la prise en charge. Grâce à son réseau professionnel, il sera plus à-même de trouver une place en établissement ou d'organiser un étayage médical/paramédical à domicile. Il saura encadrer et préparer les aidants.

La prise en charge gériatrique d'amont peut prendre plusieurs formes.

La première consiste en une simple évaluation gériatrique lors d'une consultation préopératoire. L'évaluation gériatrique est assez complète, elle a pour objectif d'appréhender et de synthétiser une situation poly-pathologique. A ce titre, elle est relativement longue, durant environ 1 heure. A son issue, le gériatre prescrira les examens et médicaments nécessaires afin de stabiliser les déficiences existantes et de prévenir l'apparition de nouvelles pathologies. Cette première évaluation peut être doublée si le gériatre souhaite révéifier l'état du patient avant sa chirurgie.

Une autre option de prise en charge consiste à faire suivre le patient par une équipe mobile de gériatrie. Polyvalente, celle-ci peut se déplacer à domicile. A Lyon, les équipes mobiles de gériatrie sont composées d'un médecin gériatre, d'une IDE, d'un ergothérapeute. La gestion d'une situation suppose plusieurs interventions de l'équipe (en général 2 ou 3). Le premier entretien consiste à faire l'inventaire des besoins. Ensuite un travail de coordination doit permettre d'organiser la prise en charge du patient par différents acteurs adaptés aux besoins recensés. Aujourd'hui, les équipes mobiles de gériatrie prennent en charge les cas très complexes. Au vu du nombre restreint de telles équipes et de leur charge de travail, il paraît difficilement envisageable de leur confier la prise en charge péri-opératoire des patients âgés. Pourtant cette solution est cohérente dans sa philosophie. Elle pourrait être développée à condition que les ressources médicales et paramédicales soient en nombre suffisant pour remplir cette mission.

La troisième option consiste à étoffer le parcours du patient âgé polypathologique en chirurgie en développant une prise en charge péri-opératoire médicale. Concrètement, le patient peut être pris en charge dans une unité gériatrique péri-opératoire avant sa chirurgie. Cette unité est hybride et fonctionne comme une unité satellite de la chirurgie ; elle est spécialisée dans la médecine préopératoire. L'intérêt est multiple : la prise en charge préopératoire est assurée. Les soignants de l'équipe peuvent préparer le patient pour sa chirurgie. Le médecin gériatre stabilise les pathologies existantes et prévient l'apparition des complications. Les assistantes sociales disposent de temps pour évaluer la capacité du patient à rentrer au domicile en postopératoire, et si nécessaire trouvent une solution alternative adaptée (si cela n'a pas pu être fait au moment de la consultation chirurgicale). Enfin, le patient est pris en charge dans un cadre adapté et rassurant.

Mettre en place un tel parcours serait évidemment coûteux dans un premier temps. Mais si le séjour préopératoire permet de raccourcir le séjour postopératoire en unité chirurgicale, l'intérêt pour l'établissement est certain.

Sur la base des CREA 2013 du GHS, il est possible de calculer un coût indicatif de fonctionnement respectivement pour des lits de chirurgie et de médecine : Un lit de médecine interne (qui est le service le plus proche de ce que serait une unité de médecine

péri-opératoire) a un coût de fonctionnement d'environ 390 euros. Le coût de fonctionnement d'un lit de chirurgie générale et digestive est d'environ 540 euros et le prix d'un lit de chirurgie urologique est d'environ 700€.

Ainsi, si l'hospitalisation préopératoire du patient est nécessaire, il est plus utile et moins coûteux de la faire réaliser dans un service de médecine spécialisée, voir dans un hôpital de jour si l'hébergement la veille de l'intervention n'est pas nécessaire.

Si la gestion en amont du séjour est une composante clé du parcours patient en chirurgie à récupération rapide, la question de l'aval n'en est pas moins cruciale.

2.2.2 L'aval de la prise en charge hospitalière, clé de voûte de la réussite de la chirurgie à récupération rapide

- *La coordination, enjeu majeur du parcours de soins en récupération rapide*

La coordination est toujours une composante essentielle des parcours de santé. Dans le cas de parcours à récupération rapide, son importance est exacerbée, pour deux raisons.

D'une part parce que l'évolution des pratiques permet au patient d'être sortant plus rapidement. Si la coordination entre acteurs n'est pas efficace, le patient risque de devoir prolonger son séjour à l'hôpital ; le bénéfice du protocole récupération rapide disparaît.

D'autre part car le public ciblé par les protocoles de récupération rapide fait parfois l'objet d'une sélection souple (à ce titre les procédures ERAS visent à s'appliquer à tous les patients, à la différence des fast-tracks qui ont des critères d'inclusion plus stricts). Aussi, la probabilité de suites opératoires compliquées est accrue. Il est nécessaire de pouvoir alors compter sur la coopération ville/hôpital pour trouver au malade une alternative adaptée à l'hospitalisation en unité de chirurgie.

La coordination entre les acteurs du parcours doit s'opérer à deux niveaux :

En premier lieu, il est essentiel que les chirurgiens aient un lien avec les médecins traitants. Ce point pêche souvent aux HCL, de l'aveu même des spécialistes, notamment en raison du délai de transmission des compte-rendus (en moyenne 30 jours). Pour pallier cette difficulté, le service du Pr Cotte a mis en place une lettre type adressée au médecin traitant avant l'intervention. Le compte-rendu du rendez-vous de consultation est joint à un courrier expliquant le principe d'une prise en charge fast-track. Le numéro direct des IDE du service

est inscrit sur le courrier, avec consigne de joindre le service en cas de question ou d'urgence.

Cette initiative n'est pas encore très développée, mais l'ensemble des chirurgiens interrogés reconnaît une marge de progrès en la matière. La suggestion d'envoyer au médecin traitant une plaquette de présentation de la chirurgie à récupération rapide leur semble utile et opportune. En effet, les parcours innovants comme la chirurgie à récupération rapide sont mal connus des médecins de ville. Or, si le patient rentre à domicile rapidement, il peut être tenté de solliciter son médecin traitant en cas d'interrogation, ou survenance d'une complication. A l'inverse, le médecin peut être surpris par la sortie précoce de son patient. Pour cette raison, il est nécessaire sinon d'anticiper les questions des médecins, du moins d'y répondre a posteriori. A ce titre, les chirurgiens se rendent très disponibles pour répondre aux questions des médecins traitants. Selon l'un des praticiens interrogés, « la qualité de la prise en charge dépend de l'investissement des acteurs ». Entretenir de bonnes relations avec les spécialistes de ville conditionne le recrutement des patients. C'est également un moyen d'assurer un suivi de qualité au patient lorsqu'il sort rapidement de l'hôpital.

Actuellement, la coordination effective entre chirurgiens et médecins de ville gagnerait à être améliorée. Les praticiens ont bien conscience de cette lacune et travaillent à la résorber.

En second lieu, la coordination ville/hôpital doit s'appuyer sur un réseau de relations entre les différents établissements intervenant dans le parcours de santé. La « récupération rapide » signifie que les étapes de la réhabilitation doivent être franchies plus rapidement. Le patient sera sortant plus vite, mais cela n'indique pas pour autant qu'il peut rentrer au domicile sans aucune aide. Au même titre que n'importe quel autre patient, celui qui subit une chirurgie à récupération rapide peut avoir besoin d'une structure de convalescence ou d'un étayage médical et/ou paramédical à domicile.

La plupart du temps, ce besoin a pu être anticipé en amont de l'hospitalisation. Mais si une complication survient, elle peut remettre en cause le mode de sortie prévu. Les assistantes sociales disposent alors de peu de temps pour trouver une solution adaptée. C'est pourquoi il est important d'entretenir des réseaux professionnels ainsi qu'une bonne connaissance des enjeux de santé du territoire.

- Les outils de la coordination entre acteurs du parcours de santé

Les réseaux de professionnels ville/hôpital peuvent être soutenus par différents moyens.

Les filières sont sans doute l'outil de coopération/coordination le plus connu. Elles ont cet avantage de faire travailler ensemble tous les professionnels d'un même secteur sur une problématique particulière.

La région Rhône-Alpes dispose à ce titre d'un modèle de filière exemplaire. Les 30 territoires de santé qui la composent disposent désormais chacun d'une filière gérontologique. Chaque filière est dirigée par un comité de pilotage lui-même composé de représentants des milieux sanitaire et médico-social et de représentants d'usagers. Le comité de pilotage a pour mission de dresser un diagnostic fin de la situation du territoire, des besoins en santé, de la population et des acteurs. Cette analyse permet ensuite d'établir une charte, signée par l'ensemble des membres de la filière. La filière est un outil relativement lourd et difficile à mettre en œuvre de manière opérationnelle. Pour autant, il a le mérite de permettre aux acteurs de se rencontrer et d'échanger.

Parallèlement aux filières, chaque territoire compte une MAIA, qui constitue un guichet unique en matière de prise en charge des personnes âgées. Ont également été créées des équipes mobiles de gériatrie, rattachées aux établissements. On en compte 17 sur la région Rhône-Alpes. Enfin, depuis 2013, l'ARS Rhône-Alpes finance des hot-lines gériatriques gérées par des gériatres hospitaliers, que les médecins généralistes peuvent joindre 24h/24.

La région Rhône-Alpes a ainsi réussi à impulser une coopération effective autour du parcours de santé des personnes âgées. Les différents acteurs se connaissent et se rencontrent grâce à la filière. La MAIA est l'interlocuteur privilégié de conseil et d'orientation. Les équipes mobiles coordonnent sur le terrain l'action de tous sur une situation particulière. Enfin grâce aux hot-lines, les médecins libéraux peuvent bénéficier de l'expertise hospitalière à tout moment.

Les filières sont un outil de communication entre acteurs particulièrement efficace, mais il en existe bien d'autres. Les dirigeants hospitaliers doivent s'attacher à les développer et les soutenir, car les réseaux de professionnels à l'hôpital et en-dehors facilitent grandement la fluidité des parcours de santé, élément indispensable du développement des parcours courts comme la chirurgie à récupération rapide.

Cependant, la coordination des acteurs ne peut être complète sans l'existence d'un système d'information partagé. La mise en place de tels outils constitue sans doute aujourd'hui l'un des enjeux majeurs du système de santé.

La difficulté de ce sujet est double. D'une part, tous les acteurs qui gravitent autour du parcours du patient ne sont pas informatisés. D'autre part, les outils utilisés ne sont pas interopérables.

Depuis une dizaine d'années, la région Rhône-Alpes est particulièrement engagée dans la mise en œuvre de systèmes d'information partagés afin de soutenir la coopération entre acteurs.

Dès 2006 le GCS SIS-RA (Systèmes d'information de Santé en Rhône-Alpes) a été mis en place dans le but de coordonner tous les projets mis en œuvre en matière de système d'information. Ce GCS est composé de plusieurs établissements dont les HCL.

Différents outils ont été développés par le GCS, notamment le logiciel ViaTrajectoire. Cet outil a connu un développement tel qu'il est aujourd'hui utilisé par 22 régions (soit au total 38 000 utilisateurs). Il combine de nombreuses fonctionnalités, et a pour objet essentiel d'organiser le parcours d'aval du patient. Dans un premier temps, il permet aux établissements qui souhaitent trouver une structure d'accueil pour un patient d'identifier celles qui correspondent aux critères recherchés. Les structures d'aval renseignent en temps réel les lits et places disponibles. ViaTrajectoire met donc en regard l'offre et le besoin. Il est ensuite possible aux professionnels des différentes structures de dialoguer entre eux de manière sécurisée. Enfin, la demande d'admission peut être réalisée directement sur le logiciel avec une garantie de sécurité des données.

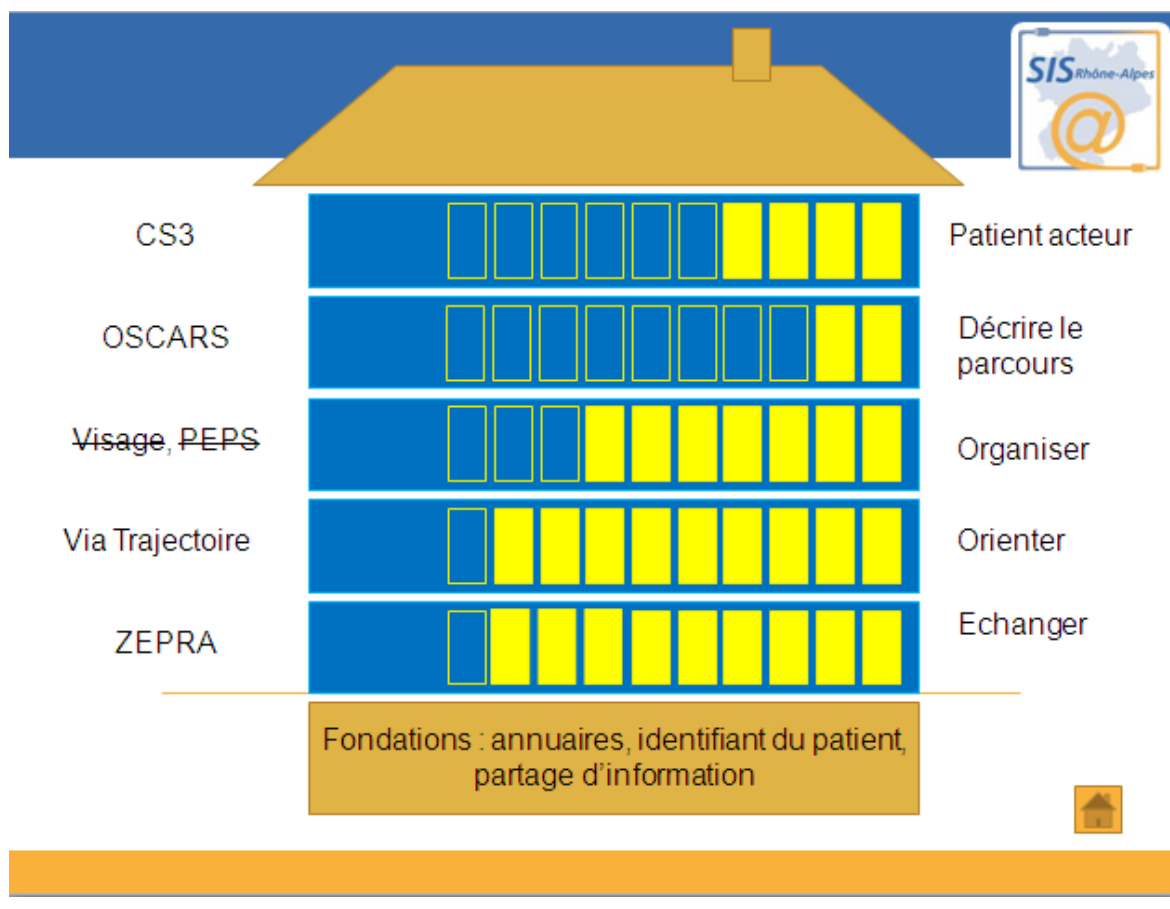
D'autres logiciels sont également développés ou en développement, dans le but d'avoir à terme un ensemble complet d'outils informatique permettant une coordination fluide du parcours patient.

Ainsi, le logiciel ZEPRA (Zéro Echange Papier en Rhône-Alpes) facilite la correspondance entre professionnels de santé grâce à un système d'alertes envoyées sur la messagerie. L'alerte e-mail permet d'accéder au site ZEPRA qui contient le message envoyé. L'accès aux données est ainsi sécurisé.

Le CS3, fondé sur le concept de « patient acteur » est une sorte de carnet de soins à destination des enfants. Il permet de prendre des rendez-vous et d'y noter les informations de la vie quotidienne qui devront être transmises aux différents intervenants.

OSCARS est encore un outil en expérimentation dans le secteur des enfants handicapés et cancéreux. Il doit décrire le parcours des patients, mais suppose pour cela qu'un chemin clinique clair soit défini.

Schéma des différents outils développés par le CGS SIS-RA pour soutenir la coordination du parcours patient



Le système d'information est donc un outil essentiel de la coordination du parcours patient. A titre d'illustration, les réseaux de gérontologie qui utilisent un logiciel d'organisation du parcours patient (ex : Visage) ont en moyenne 3 fois plus de patients dans leur file active que de des réseaux classiques.

En Rhône-Alpes la diffusion d'un système d'information partagé a été rapide et réussie. La clé de ce succès réside dans le fait qu'il a été pensé dans une démarche ascendante. L'ARS et le CGS ont parié sur l'intérêt des acteurs à s'inscrire dans ce dispositif pour développer l'outil. Cette stratégie s'est avérée payante puisqu'aujourd'hui, 2 rhône-alpiens sur 3 (soit 4 millions de personnes) sont connus par les systèmes d'information du GCS.

Dans la perspective de développement de parcours courts, dans lesquels l'hôpital intervient comme l'un des acteurs, il apparaît nécessaire de développer les outils qui facilitent la coordination. La coopération suppose d'entretenir des réseaux professionnels, et de disposer d'un système d'information commun.

3 Quel modèle de développement pour la chirurgie à récupération rapide dans les établissements de santé ?

3.1 Entre l'ambulatoire et la chirurgie conventionnelle : une place certaine pour le développement de la chirurgie à récupération rapide

Si le développement de l'ambulatoire a été une tendance dominante en chirurgie ces dernières décennies, cette évolution semble aujourd'hui atteindre des limites organisationnelles et médicales, qui conduisent à envisager la chirurgie à récupération rapide comme alternative crédible.

3.1.1 Les limites de la prise en charge ambulatoire

- limites structurelles de la prise en charge ambulatoire en France

L'ambulatoire est un mode de prise en charge qui s'est particulièrement développé dans les pays d'Europe du Nord ainsi qu'aux Etats-Unis. Ce concept est déjà vieux de plus d'un siècle en Ecosse. Plus récemment, il a été très fortement développé aux Etats-Unis, notamment grâce à deux programmes officiels menés à partir de 1960 à Washington et en Californie.

En France, ces pays ont servi de référence aux politiques de développement des prises en charge ambulatoire. Aujourd'hui encore ils sont cités comme modèles dans de nombreux travaux d'institutions comme la HAS ou l'ANAP. Leurs taux d'interventions en ambulatoire particulièrement élevés sont autant de preuves des marges de développement qui existent encore en France en la matière.

Toutefois la comparaison entre le taux de chirurgie ambulatoire en France et aux Etats-Unis ne peut être valable de façon brute et mérite qu'on la situe dans son contexte.

En France, une prise en charge en ambulatoire implique une hospitalisation de quelques heures, 12 tout au plus. Les services de chirurgie ambulatoire sont même incités à atteindre un taux d'occupation supérieur à 100%, grâce à une rotation suffisante des lits. Cet objectif n'est pas incohérent dans la mesure où certaines interventions légères justifient une surveillance de quelques heures seulement. C'est aussi ce qui permet d'avoir un taux d'occupation des plages de bloc suffisant.

Mais si l'on vise à augmenter le nombre des interventions réalisées en ambulatoire, ce mode de prise en charge ne concernera pas uniquement les interventions simples et légères. On

observe donc actuellement une complexification des pathologies prises en charge en ambulatoire. La médecine le permet, et les patients y sont pour la plupart favorables.

Cependant des interventions complexes vont nécessiter une surveillance accrue et de facto plus longue. Aussi, il est exclu d'imaginer atteindre des taux d'occupation de 200% et plus si l'ambulatoire devient le mode de prise en charge majoritaire.

La question se pose alors de savoir si l'ambulatoire sera toujours un modèle de prise en charge financièrement intéressant pour les établissements.

Promouvoir cet objectif de développement de l'ambulatoire à hauteur de 60% doit amener à s'interroger sur la modélisation même du parcours de chirurgie ambulatoire tel qu'il est aujourd'hui conçu en France.

Lorsque l'on évoque des taux de prise en charge en ambulatoire de 80% aux Etats-Unis, il est utile de rappeler que sont comptabilisés comme « ambulatoire » tous les séjours de moins de 24h. Or, nombreux sont les patients qui restent 23h à l'hôpital, ce qui inclut une nuit de surveillance post-opératoire.

On pourrait imaginer que nos services d'ambulatoire tournent 24h/24. Mais ils auraient des coûts de fonctionnement alors proches des hospitalisations conventionnelles. Ces coûts pourraient même être supérieurs dans la mesure où la surveillance, puisque courte, serait plus intense. Les effectifs de nuit devraient être plus nombreux.

Or, le tarif sécurité sociale d'un séjour ambulatoire ne peut couvrir des unités fonctionnant en continu, et ce d'autant plus si les taux d'occupation des services diminuent du fait de la complexification des pathologies prises en charge.

De plus, aux Etats-Unis, il arrive que les patients pris en charge en ambulatoire sortent de l'hôpital pour rentrer non pas à domicile, mais pour rester quelques jours dans des hôtels spécialement construits à proximité immédiate de l'hôpital. Cela permet d'assurer une continuité dans la prise en charge.

En France, nous ne connaissons pas ce type d'hébergement, qui présente l'avantage d'amener de la souplesse dans la gestion des séjours. Lorsque les patients français sortent de l'hôpital, il faut être certain qu'ils sont stables au plan médical, ou à défaut, trouver une place en structure ou un étayage à domicile.

Enfin, du fait d'une couverture sociale incomplète aux Etats-Unis, les sorties précoces y sont bien souvent justifiées par des motifs financiers plutôt que médicaux.

Aussi, le taux élevé d'interventions chirurgicales en ambulatoire ne peut être avancé de manière brute pour appuyer les politiques de développement de l'ambulatoire.

Il est ainsi permis de se demander si l'objectif de 60% d'ambulatoire toutes spécialités confondues est réaliste et réalisable.

Les limites organisationnelles et structurelles pourront sans doute être dépassées. Ouvrir des unités de chirurgie ambulatoire tournant en 24h reste une option envisageable, bien qu'à l'heure actuelle, son intérêt médico-économique soit très incertain. Développer des structures annexes à proximité de l'hôpital est théoriquement possible, mais suppose une véritable politique de moyen et long terme.

Mais par-dessous tout se posent des questions d'opportunité médicale du basculement des prises en charge vers l'ambulatoire.

- Limites médicales de l'ambulatoire

La montée en charge de l'ambulatoire depuis 20 ans s'explique d'une part grâce à des évolutions des techniques médicales et d'autre part grâce à une évolution globale des mentalités. Les patients souhaitent rentrer à domicile le plus tôt possible. L'hôpital n'a plus pour mission d'assurer un hébergement superflu. Quant aux pouvoirs publics et aux managers hospitaliers, ils ont un intérêt financier à voir se développer la chirurgie ambulatoire. Ainsi, les GHM pour une appendicectomie non compliquée sont désormais les mêmes, que l'intervention soit réalisée en hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire.

Mais aujourd'hui, dans bon nombre de spécialités, il semble que le glissement de l'hospitalisation conventionnelle vers l'hospitalisation ambulatoire ait atteint ses limites et que les frontières de l'un et l'autre de ces deux modes de prise en charge soient à peu près stabilisées.

En effet, le développement de la chirurgie ambulatoire fait désormais face à des contraintes d'ordre médical voire de sécurité des soins.

Tout d'abord, les protocoles de prise en charge s'opposent parfois à une prise en charge ambulatoire.

Ainsi, l'équipe de gynécologie de Lyon sud a développé un chemin clinique visant à opérer en ambulatoire les tumorectomies du sein avec examen des ganglions sentinelle. L'intervention en tant que telle n'est pas très lourde, et les complications sont moindres (pas de risque de saignement notamment). Mais il est indispensable de réaliser la veille une lymphoscintigraphie, afin que le produit ait l'efficacité optimale le jour de l'opération. Cela impose donc de réaliser l'examen en consultation externe et de faire revenir la patiente le lendemain pour l'hospitalisation ambulatoire. Cela restreint d'ores et déjà de fait la prise en charge ambulatoire à la patientèle habitant à proximité.

Pendant l'intervention, des prélèvements sont effectués sur le ganglion sentinelle, et les prélèvements font l'objet d'une analyse extemporané qui détermine s'il est positif. C'est le cas chez 30% environ des patientes. Il faut alors réaliser un curage ganglionnaire. L'intervention, planifiée pour 1H va alors durer 2h30. Généralement, la patiente bascule en hospitalisation conventionnelle. L'examen du ganglion sentinelle extemporané ne suffit pas, car il permet de détecter seulement 50% des ganglions positifs. Une deuxième analyse sera réalisée a posteriori. Les patientes pour qui le deuxième examen est positif doivent être de nouveau opérées.

Aujourd'hui, du fait de ces difficultés, seulement 3% des patientes sont prises en charge en ambulatoire. En supprimant l'analyse extemporanée, les gynécologues espèrent faire progresser ce mode de prise en charge jusqu'à 10 à 15%. Mais il sera difficile d'aller au-delà en raison même du parcours patient qui est incompressible. Le critère géographique sera donc toujours déterminant d'une prise en charge conventionnelle ou ambulatoire.

Mais surtout, les limites de l'ambulatoire commencent à poindre lorsqu'on s'intéresse aux complications post-chirurgicales. Malgré l'évolution des techniques, subsistent dans bien des cas des risques de complications directement liées à la chirurgie. Se pose alors la question de l'acceptabilité du risque par rapport au bénéfice de l'ambulatoire. La détermination de ce rapport est fonction de la probabilité de survenance de la complication, des effets potentiels pour le patient, et de la perte de chance résultant de sa sortie précoce. La sensibilité globale de la société et ses attentes quant à la médecine prennent également une part importante dans la détermination de ce que constitue un risque acceptable.

Ainsi, on peut considérer qu'est acceptable le risque pour un patient de développer une thrombose après une chirurgie tout en étant à domicile, à condition qu'il ait auparavant bénéficié d'une bonne information de la part de l'équipe médicale et soignante et qu'il puisse compter sur un réseau de ville satisfaisant. La perte de chance liée au fait d'avoir été opéré en ambulatoire est moindre, puisque la thrombose ne nécessite pas une prise en charge spécifiquement hospitalière en urgence.

A contrario, la complication majeure d'une chirurgie de la thyroïde est l'hématome suffocant qui apparaît majoritairement entre 12 et 24h après l'intervention, et qui concerne 1% des interventions de la thyroïde. Cette complication peut entraîner le décès du patient s'il n'est pas pris en charge rapidement. En revanche, elle peut être régulée assez facilement dans un service de soins. Ici, le bénéfice de la chirurgie ambulatoire n'apparaît pas suffisant quand on prend en compte le risque majeur pour les patients.

Les ostéotomies en chirurgie maxillo-faciale ne peuvent être réalisées en ambulatoire en raison d'un risque d'étouffement, majeur pendant les 24 premières heures après la chirurgie, et d'un risque d'hémorragie particulièrement important les deux premiers jours.

En chirurgie ORL, 80% des interventions peuvent relever de l'ambulatoire. Mais certaines opérations comme les amygdales, bénignes chez l'enfant, sont très douloureuses chez l'adulte et à ce titre ne peuvent être prises en charge en ambulatoire.

En matière de chirurgie abdominale il est arrivé que certains patients soient pris en charge en ambulatoire pour des opérations colorectales, mais ces tentatives relevaient plutôt d'une prouesse que de l'annonce d'un changement de pratiques pérenne.

En somme, dans de nombreuses spécialités chirurgicales apparaissent des limites d'ordre médical au développement de l'ambulatoire. L'état actuel du système de santé français ne permet pas d'imaginer une croissance infinie de la prise en charge ambulatoire.

Aussi la chirurgie à récupération rapide a-t-elle aujourd'hui toute sa place dans les modes de prise en charge chirurgicaux. Si la chirurgie colorectale a peu d'avenir en ambulatoire, elle est la discipline idéale pour la récupération rapide. On a soulevé des complications majeures liées à la chirurgie de la thyroïde, qui s'opposent à la prise en charge ambulatoire. Mais puisque le risque d'hématome suffocant disparaît quasiment après 24 heures post-opératoire, c'est également une discipline qui s'adapte très bien à la récupération rapide.

Sur un plan médical, s'il est difficile aujourd'hui d'envisager une croissance significative de la chirurgie ambulatoire, il est au contraire permis de voir la chirurgie à récupération rapide comme une nouvelle option de prise en charge.

Elle ne concurrencera pas les prises en charge ambulatoires. La frontière entre conventionnel et ambulatoire s'est stabilisée, et un retour en arrière n'est pas envisageable. Les interventions réalisées aujourd'hui en ambulatoire relèvent définitivement de ce mode de prise en charge. Mais certaines pathologies qui ne peuvent pas relever de l'ambulatoire pour les raisons soulevées, pourraient voir leurs protocoles améliorés. Dans ce genre de cas, la chirurgie à récupération rapide a toute sa place au plan médical.

L'intérêt de développer ce mode de prise en charge ne concerne pas seulement le corps médical, mais aussi l'établissement et a fortiori les directeurs d'hôpital.

Ils ne peuvent que soutenir cette démarche, menée par l'équipe médicale et soignante, et bénéfique pour le patient. L'intérêt sur le plan médico-économique est évident et a fait l'objet de plusieurs études.

3.1.2 L'intérêt médico-économique au développement de programmes de chirurgie à récupération rapide

Plusieurs études démontrent le potentiel d'économies ou de recettes supplémentaires engendré par la chirurgie à récupération rapide.

L'une démontre que le gain net par patient d'une procédure ERAS s'élève à 1651€ par patient. Pourtant, les protocoles entraînent des surcoûts importants au moment de l'implémentation (surcoût de 1011€ par patient) et lors de l'intervention (1772€ supplémentaires). Les procédures de chirurgie à récupération rapide sont en effet coûteuses dans la mesure où elles font appel à des techniques (laparoscopie notamment) plus consommatrices de temps et de matériel. Cependant, leur bénéfice pour les patients entraîne des gains significatifs en termes de consommation de médicaments, soins intensifs, temps de soins, examens... L'économie dégagée s'élève à 4434€ par patient²².

Table 4 Total individual costs of primary hospital stay

	Mean cost per patient (€)*			P‡
	Enhanced recovery (n = 50)	Standard care (n = 50)	Mean difference (€)†	
Total intraoperative costs	10 573 (9563, 11 667)	8801 (7822, 10 083)	1772 (-5, 3633)	0.031
Disposable materials	2494 (2183, 2808)	1639 (1368, 1951)	855 (409, 1258)	0.002
Anaesthesia and operating room	8079 (7144, 9262)	7162 (6336, 8263)	917 (-651, 2600)	0.212
Total preoperative + postoperative costs	13 735 (11 453, 16 448)	18 169 (14 058, 23 118)	-4434 (-1028, 644)	0.102
Intensive and intermediate care	2045 (1367, 2936)	3077 (1864, 4566)	-1032 (-2803, -420)	0.249
Medical care	3122 (2650, 3721)	3653 (3083, 4338)	-531 (-1406, 372)	0.224
Nursing care	4368 (3409, 5663)	5538 (4129, 7458)	-1170 (-3449, 1255)	0.304
Physiotherapy	1194 (135, 271)	338 (228, 468)	-144 (-286, -14)	0.058
Medication	588 (455, 760)	966 (663, 1313)	-378 (-713, -76)	0.048
Blood transfusion and testing	261 (163, 373)	393 (223, 583)	-132 (-373, 93)	0.261
Laboratory	476 (367, 592)	993 (718, 1334)	-517 (-845, -238)	0.006
Radiology	143 (77, 214)	422 (265, 611)	-279 (-475, -93)	0.012
Housing and administration	2538 (2219, 2893)	2789 (2358, 3357)	-251 (-891, -388)	0.429

*Values are means, derived from 1000 non-parametric bootstrap replicates, with 95 per cent confidence intervals. †Enhanced recovery *minus* standard care. ‡Bootstrapped *t* test.

23

A la suite de l'introduction de 7 protocoles de chirurgie à récupération rapide dans 5 services pilotes des HCL, Véronique Faujour, Karem Slim et Pascal Corond ont pu, à partir de l'évaluation des effets sur la DMS, établir le gain en termes de journées-lits, soit 2849 journées. Ensuite, une valorisation forfaitaire sur la base du coût moyen de journée a permis de dégager un « forfait gain à la journée » de 180€ par lit. Sur le nombre de journées gagnés, l'économie serait donc de 513 000€. Cependant, l'étude présente également

²² D.Roulin, A.Donadini, S.Gander, A-C. Griesser, C.Blanc, M.Hübner, M.Schäfer, N.Desmartines, Cosft Effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery, Journal British of Surgery Society 2013

²³ Source : D.Roulin, A.Donadini, S.Gander, A-C. Griesser, C.Blanc, M.Hübner, M.Schäfer, N.Desmartines, Cosft Effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery, Journal British of Surgery Society 2013

l'évaluation des coûts induits par la procédure, qui vient s'imputer à cette somme (voir détails 3.2.1). In fine, l'économie attendue représente 201 000€ sur la première année, et 288 000 si l'on sort de la base de calcul les dépenses d'implémentation²⁴.

**BILAN ÉCONOMIQUE
POUR UNE INITIALISATION** TABLEAU 4

	Euros	Coût € à l'unité	Quantité	Quoi
Mobilisation personnel dédié ERAS	225 000	45 000	5	Services
Temps rédaction protocole	36 750	5 250	7	Protocoles
Système d'information, outils de suivi	35 000	5 000	7	Protocoles
Initialisation et formation	6 000	1 200	5	Services
Développement lien réseau ville	8 400	1 200	7	Protocoles
Sous-total dépenses d'implémentation	311 150			
Gains sur journées	513 000	180	2 850	Gain journées
Résultat	201 850	195	1 033	Au séjour
Résultat hors dépenses d'initialisation	288 000			

25

Une étude médico-économique sur les césariennes réalisée sur la base des données d'activité du CHLS a été conduite dans l'objectif d'obtenir une évaluation du gain à attendre grâce à la récupération rapide.

En raison de travaux sur le secteur de la maternité en 2013, l'étude est fondée sur les données 2012 qui permettaient d'extraire facilement les coûts de fonctionnement du bloc de césarienne.

Le CHLS a réalisé 358 séjours associés au GHM 14C08A « césarienne pour grossesse unique sans complication significative. La DMS de ces séjours étant de 4,64 jours, cette activité a représenté 1660 journées. C'est l'équivalent de 4,55 lits occupés 365 jours par an. Le chiffre d'affaire associé était de 908 683 euros, soit un chiffre d'affaire moyen de 2 536,22€.

Le protocole de réhabilitation rapide mis en place dans le service d'obstétrique pour les patientes qui accouchent par césarienne ont déjà permis de constater une diminution de la DMS à hauteur d'environ 1 à 2 jours.

²⁴ V.Faujour, K.Slim, P.Corond, réhabilitation améliorée après Chirurgie (ERAS) – Revue Hospitalière de France, février 2014

²⁵ Source : V.Faujour, K.Slim, P.Corond, réhabilitation améliorée après Chirurgie (ERAS) – Revue Hospitalière de France, février 2014

Pour le même nombre de lits et le même nombre de journées, dans l'hypothèse d'une DMS de 3,5 jours (au lieu de 4,64, soit une diminution de 1,14 jours), l'établissement pourrait réaliser 474 séjours, soit 116 de plus que l'activité de 2012.

Les programmes de récupération rapide pourraient permettre d'engendrer une activité supplémentaire de 25% dans ce type d'intervention.

Ces 116 séjours représentent, selon le chiffre d'affaires moyen de 2 536,22€, une recette de 294 433,52€.

Il faut imputer à cette somme le coût que représente l'intervention au bloc pour aboutir à la recette nette supplémentaire.

Sur la base de la décomposition du coût du GHM 14C08A, on isole les coûts liés au bloc opératoire et à l'anesthésiologie. Sur un coût global de 4009€, la part liée au fonctionnement du bloc représente 1649€. L'étude menée sur la base des CREA du CHLS (en isolant les coûts du bloc et en calculant les coûts de personnel affecté sur la base des coûts moyens DPAS) donne un résultat comparable : 1559,07€ par intervention. Soit pour 116 interventions supplémentaires 180 852,24€.

Une fois le coût de l'intervention au bloc déduite du chiffre d'affaire supplémentaire, on arrive à une recette nette de 113 581,28€.

La chirurgie à récupération rapide est aujourd'hui une alternative crédible à la dualité entre hospitalisations ambulatoire et conventionnelle. Son développement est conforme à l'intérêt du patient, du corps médical et de l'établissement.

Les managers hospitaliers sont face à une opportunité qu'ils peuvent saisir de différentes manières. Il leur appartient de soutenir le développement des programmes de récupération rapide comme mode de prise en charge dans les services et/ou d'impulser une organisation novatrice des prises en charge chirurgicales sur la base de ces nouvelles méthodes.

3.2 La chirurgie à récupération rapide comme projet de service

3.2.1 Enjeux managériaux

En associant qualité, sécurité des soins et rentabilité économique, la chirurgie à récupération rapide rencontre un succès unanime. Les équipes médicales et soignantes ainsi que les équipes de direction ont un intérêt convergent à développer de tels programmes. D'ailleurs, les chirurgiens qui ont été précurseurs de cette démarche à Lyon n'ont eu aucune difficulté à convaincre leurs collègues de son intérêt. La Direction de la

Stratégie s'est elle aussi emparée de ce dossier et a réussi à faire de la récupération rapide un nouvel enjeu des pôles de chirurgie des HCL.

C'est pourquoi les managers ont un réel intérêt à s'emparer de ce concept pour le développer dans leurs établissements.

Ces modes de prise en charge novateurs sont un marqueur fort de la capacité d'un établissement à renouveler ses pratiques et ses prises en charge. C'est aussi le symbole du dynamisme de l'établissement et de l'engagement de tous les acteurs hospitaliers pour la qualité et l'efficience.

Il faut noter que les « exploits » chirurgicaux réussis grâce à la chirurgie à récupération rapide peuvent faire l'objet de publications qui contribuent au rayonnement de l'établissement (voir annexe 12).

De plus, du fait du crédit dont ils bénéficient, ces projets ont un fort potentiel de développement dans les services, dont ils peuvent constituer un marqueur identitaire.

En effet, ils permettent de rassembler différents professionnels autour d'un projet commun.

La chirurgie à récupération rapide ne peut être détachée d'une prise en charge multidisciplinaire. Toute l'équipe doit donc être mobilisée autour du patient.

Aides-soignants, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, assistantes sociales, chirurgiens, ARC... Tous ces professionnels travaillent ensemble à la démarche. Les protocoles de récupération rapide permettent d'aller au-delà de clivages traditionnels entre les différents corps de métier, et d'introduire une dimension transversale dans la prise en charge. L'investissement de chacun est fort, car la réussite du projet collectif en dépend.

En conséquence, tous les professionnels doivent être formés. Ainsi, dans l'équipe du Professeur Adham, des infirmières et des aides-soignantes ont participé au programme de formation dispensé par l'hôpital universitaire de Genève. Elles se sont rendues sur place afin d'étudier l'impact d'ERAS sur les pratiques du corps soignant. Cela a constitué une opportunité de s'enrichir personnellement et professionnellement, de prendre du recul sur sa pratique.

Elles ont ensuite été chargées de répandre ces bonnes pratiques auprès de leurs collègues. Associer tous les corps de métier à la formation a permis de créer d'ancrer définitivement la démarche récupération rapide au sein de toute l'équipe. Chacun s'y sent intéressé, et chaque professionnel a décliné le projet dans ses propres pratiques.

Développer des projets collectifs auxquels chacun adhère est une opportunité pour les managers hospitaliers de créer du lien et de favoriser la dynamique d'équipe. Ils sont porteurs de sens et favorisent l'adhésion de tous à un projet de service. Sur le plan du

management, c'est un moyen de développer l'identification des équipes à un service et d'impulser une logique de réflexion pro-active sur les pratiques.

En ce sens, il ne faut pas opposer les différentes démarches de chirurgie à récupération rapide. Que l'on tende vers du « fast-track », vers des procédures ERAS ou vers d'autres types de prise en charge importe peu. Les bénéfices sont les mêmes, pour le patient et pour l'établissement. Si la dynamique qui se développe autour du projet permet de souder l'équipe, alors les bénéfices en termes de management seront également acquis.

Les directeurs doivent impulser ces projets et les soutenir. Mais ils doivent surtout laisser les équipes s'approprier ces nouvelles logiques de prise en charge et les changements de pratiques induits.

3.2.1 Les ressources nécessaires à la mise en place de protocoles de récupération rapide

- Coûts d'implémentation d'un protocole ERAS

Deux études se sont penchées sur les coûts de mise en place d'un protocole ERAS.

L'étude de D.Roulin et associés publiée dans le British Journal of Surgery 2013²⁶ considère que la mise en place d'un protocole inclut des coûts variables (journal de bord du patient, suppléments alimentaires et boissons carbohydrates) et des coûts fixes (formation des professionnels aux nouvelles méthodes, participation aux séminaires, et coût d'une infirmière dédiée).

Postes de dépense	Coût unitaire en euros
<i>Formation des professionnels aux nouvelles méthodes</i>	15 000,00
<i>Participation aux séminaires</i>	4 108,00
<i>Coût d'une infirmière dédiée</i>	27500,00 (6mois) soit 55000,00 pour 1 an
TOTAL (pour 1 an)	74108,00 €

La somme totale de 74 108 euros est donnée à titre indicatif.

²⁶ D.Roulin, A.Donadini, S.Gander, A-C. Griesser, C.Blanc, M.Hübner, M.Schäfer, N.Desmartines, Cosft Effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery, Journal British of Surgery Society 2013

Pour donner du crédit à une telle estimation, il convient de la comparer avec le coût unitaire de la mise en place tel que tiré de l'étude de V.Faujour, K.Slim et P.Corond²⁷.

Dans leur étude, les coûts de mise en place d'un tel protocole intègrent la mise à disposition d'un personnel dédié, le temps de rédaction de protocole, indissociable de la rédaction d'un chemin clinique, l'initialisation et la formation, le développement d'un système d'information et d'outils de suivis, ainsi que des dépenses liées au développement des liens avec le réseau de ville.

Le bilan économique de l'initialisation d'une démarche ERAS aux HCL fait apparaître un montant de dépenses d'implémentation de 311 150€ pour 5 services, et 7 protocoles de soin.

En reprenant les coûts unitaires de ces différents items, on peut avoir une estimation du coût de mise en place dans un service :

Poste de dépense	Coût en euros
<i>Mobilisation personnel dédié ERAS</i>	45000,00
<i>Temps rédaction protocole</i>	5250,00
<i>Système d'information, outils de suivi</i>	5000,00
<i>Initialisation et formation</i>	1200,00
<i>Développement lien réseau/ville</i>	1200,00
Total	57650 €

Le total de 57 650 euros doit encore une fois être traité avec précaution. L'étude envisagée se base sur des coûts constatés a posteriori. Les coûts unitaires ont été obtenus en divisant le total des frais engagés pour l'ensemble des protocoles. Il est probable que travailler sur plusieurs protocoles, dans des spécialités connaissant des gros volumes d'interventions a permis de faire baisser les coûts d'initialisation.

En intégrant le coût moyen d'une IDE, 56 702,47 € (données DPAS 2013), on arrive à un total de 69 352,47€ soit un résultat comparable au coût de 74 108€ avancé dans l'étude menée au CHU de Lausanne, qui détache une IDE à plein temps.

En somme, le coût d'implémentation d'une procédure ERAS doit représenter environ 70 000 euros pour un service. Considérant que la démarche ERAS est très complète, intégrant une formation poussée et particulièrement organisée, ainsi que la mise à disposition d'un

²⁷ V.Faujour, K.Slim, P.Corond, réhabilitation améliorée après Chirurgie (ERAS) – Revue Hospitalière de France, février 2014

personnel dédié et d'un logiciel spécifique, on peut avancer que cette somme constitue la borne haute des coûts d'implémentation d'une démarche de chirurgie à récupération rapide en générale. Les postes de dépense considérés dans ces deux études de coûts semblent nécessaires, mais en mutualisant par exemple l'agent dédié entre deux services, ou en réduisant le coût des formations, il pourrait être envisageable d'atteindre une somme inférieure.

Quoi qu'il en soit, les coûts doivent être pris en compte lorsque l'on souhaite soutenir la démarche. Cependant, les gains qui peuvent être attendus par l'établissement sont a priori suffisants pour couvrir ces dépenses (voir 3.1.2).

- Ressources humaines

Développer un protocole de chirurgie à récupération rapide nécessite si possible la mise à disposition d'un personnel dédié, tel qu'étudié dans l'analyse des coûts d'implémentation.

Cet agent pourra assister les équipes, rencontrer les patients et les insérer dans la démarche. Surtout, il sera chargé de mener l'évaluation des pratiques. Cette démarche d'évaluation est essentielle lorsqu'il est question d'améliorer ses pratiques.

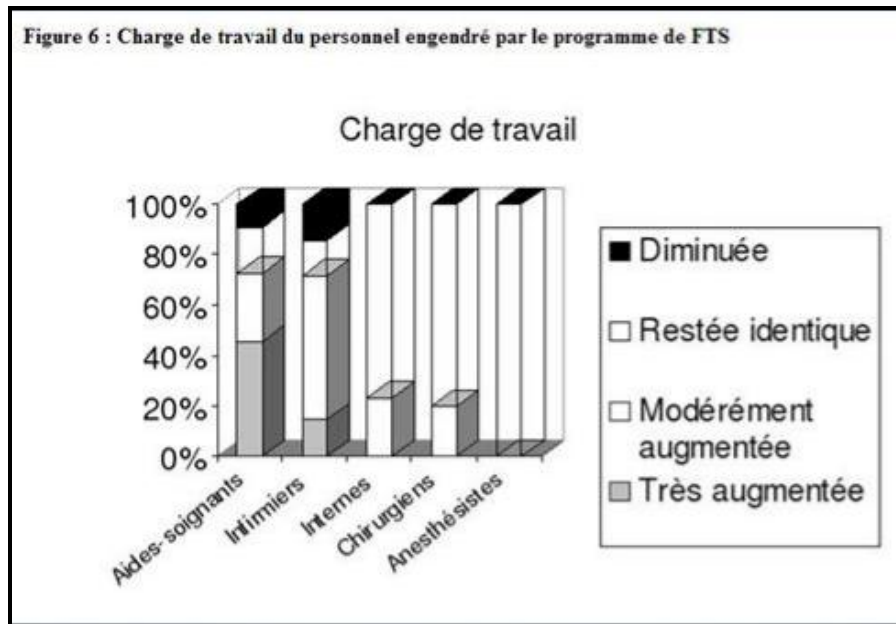
Si la mise en place d'un protocole de récupération rapide peut justifier le détachement d'un ETP temps plein sur cette fonction, lorsque la formation est assurée et que la méthode est passée « en routine », on peut envisager de diminuer la quotité de temps de travail de cet agent, ou de le mutualiser entre plusieurs services. De cette façon, il peut assurer le suivi et l'évaluation de routine de plusieurs services.

A moyen et long terme, la mise à disposition d'un agent spécifique peut donc être revue à la baisse, bien qu'il semble indispensable de maintenir un temps dédié à l'évaluation des protocoles.

Quant au personnel soignant il n'a pas été établi formellement que la charge de travail augmentait du fait de la mise en place de protocoles de récupération rapide. Certaines études font ressortir une augmentation de la charge de travail ressentie ²⁸.

²⁸ O. Raspado – « Le protocole de réhabilitation rapide augmente-t-il la charge de travail ? » - Symposium de chirurgie colorectale, Paris, 5 avril 2013

Figure 6 : Charge de travail du personnel engendré par le programme de FTS



29

Une étude de 2006 fait ressortir une diminution de la durée moyenne des soins, passant de 843 à 456 minutes pour un séjour dont la DMS passe, elle, de 7,5 à 3,4 jours³⁰. La charge en soins quotidienne augmente alors logiquement.

Cependant, selon d'autres auteurs, la charge en soins infirmiers lors d'un séjour récupération rapide serait réduite de 39%³¹.

Cela s'explique par le fait que les patients se compliquent moins et nécessitent une surveillance plus légère. De plus, les drains et sondes sont beaucoup moins utilisés, ce qui facilite le travail infirmier et aide-soignant. Le patient est encouragé à faire sa toilette seul. Ainsi, si la protocolisation des tâches requiert un investissement plus important de l'équipe (notamment au moment de la mise en place des protocoles) et la réalisation d'actes en routine (donner une boisson hydratée, lever le patient), les bénéfices qui en découlent pour le patient pendant la phase de récupération pourraient alléger in fine la prise en charge soignante.

Cette hypothèse, confirmée par certains soignants rencontrés lors des entretiens, connaît toutefois des limites ;

D'une part, elle est valable pour les services qui prennent en charge un petit nombre de patients récupération rapide. Si tous les patients doivent bénéficier de ces protocoles, certains actes pourraient devenir lourds à accomplir. La prise en charge kinésithérapeutique notamment est renforcée dans les protocoles de récupération rapide. Étendre ces protocoles à tous les patients d'un même service par exemple devrait être suivi d'une réflexion sur le

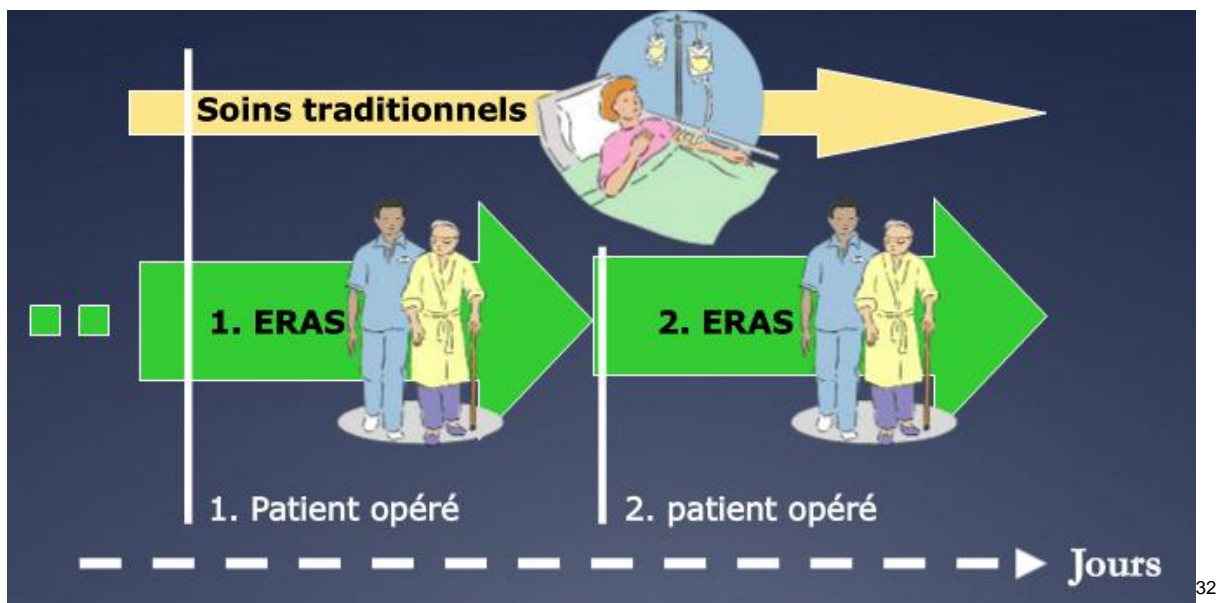
²⁹ Source : O. Raspado – « Le protocole de réhabilitation rapide augmente-t-il la charge de travail ? » - Symposium de chirurgie colorectale, Paris, 5 avril 2013

³⁰ Jacobsen DH, Sonne E, Kehlet H. Nursing Workload and fast track colonic surgery. J Adv Periop Care 2006

³¹ IS Sjetn, U Krogstad, S Ødegård, M E Engh, Improving quality by introducing enhanced recovery after surgery in a gynaecological department: consequences for ward nursing practice, ual Saf Health Care 2009

temps de kinésithérapeute mis à disposition du service. En effet, classiquement, les patients sont levés à J1 après l'opération et à partir de J2 sont encouragés à faire une marche quotidienne. Dans un protocole de récupération rapide, il est conseillé de lever le patient à J0 et de le faire marcher ensuite deux fois par jour au moins. L'intervention du kinésithérapeute est doublée.

D'autre part, développer les protocoles de récupération rapide conduit à augmenter de facto le turn-over des patients dans le service. Les tâches administratives d'entrée et de sortie sont plus nombreuses, les transmissions plus longues, puisque l'équipe n'a pas le temps de connaître le patient.



Aujourd'hui, il est difficile d'affirmer avec certitude que la mise en place de protocoles de récupération rapide n'induit pas une charge de travail supplémentaire pour les soignants. A grande échelle, on peut penser que la systématisation de certains gestes entraînera un surcroît de travail qui devra être compensé par la mise à disposition d'un temps soignant supplémentaire. Cette réflexion vise principalement la prise en charge kinésithérapeutique, pour laquelle il est évident que les protocoles de récupération rapide induisent une activité supplémentaire. Un temps d'observation est aujourd'hui nécessaire pour confirmer ou infirmer cet argument dans le cas des autres personnels : infirmiers, aide-soignants, psychologues, psychomotriciens...

Quoi qu'il en soit, l'augmentation du turn-over dans un service serait plutôt symptomatique de la réussite des protocoles. On peut croire alors que les économies engendrées permettront d'amortir les coûts supplémentaires en personnel.

³² Source : O. Raspado – « Le protocole de réhabilitation rapide augmente-t-il la charge de travail ? » - Symposium de chirurgie colorectale, Paris, 5 avril 2013

- Ressources matérielles

Les ressources matérielles nécessaires à la mise en place d'un protocole de chirurgie à récupération rapide dans un service sont moindres.

A l'échelle d'un service, en effet, il est inutile de repenser le circuit patient, ou de repenser la physionomie des chambres. Le protocole de récupération rapide s'adapte à l'environnement hospitalier tel qu'il existe pour la chirurgie conventionnelle.

Tout au plus, on notera, avec l'augmentation du turn-over (et seulement dans l'hypothèse où elle serait suivie d'une augmentation d'activité et non pas d'une fermeture des lits) une consommation plus importante des ressources support (blanchisserie/alimentation/transports de patients/entretien des chambres).

En revanche, la récupération rapide intègre la consommation de boissons carbohydatées et de compléments alimentaires. L'étude de D.Roulin et associés a chiffré ce coût à 75€ par patient, et a estimé à 4€ le coût unitaire du carnet de bord distribué à chaque patient³³.

Pour conclure, il semble possible de mettre en place des protocoles de chirurgie à récupération rapide à un coût raisonnable au vu des enjeux visés. Il est difficile d'établir avec certitude aujourd'hui le montant des surcoûts pérennes en termes de dépenses de personnel et de ressources matérielles. A court et moyen terme toutefois, on peut penser que les dépenses se limiteront aux coûts d'implémentation.

Les gains attendus en termes d'économie journées-lits sont de nature à couvrir rapidement cette première dépense (voir 3. 1.2)

Il faut ensuite considérer les bénéfices dégagés pour le patient, pour l'image de l'établissement à l'extérieur, pour sa dynamique en interne et enfin pour la cohésion des équipes dans les services concernés.

Le manager hospitalier a tout à gagner à soutenir ces démarches.

Mais il est également possible d'envisager une autre piste de mise en place de la récupération rapide, dans une réflexion bien plus poussée sur l'avenir des prises en charge chirurgicales.

³³ D.Roulin, A.Donadini, S.Gander, A-C. Griesser, C.Blanc, M.Hübner, M.Schäfer, N.Desmartines, Cosft Effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery, Journal British of Surgery Society 2013

3.1 La chirurgie à récupération rapide : tremplin pour repenser la prise en charge chirurgicale de façon transversale

La chirurgie à récupération rapide peut être envisagée plus largement que dans le seul cadre d'une démarche de service. Elle peut permettre de repenser toute la typologie des prises en charge chirurgicales.

Traditionnellement, le circuit de prise en charge est déterminé par la spécialité dont relève la pathologie. Cela amène une certaine segmentation entre les services de chirurgie, et les unités de soins fonctionnent « en vase clos » : les patients arrivent dans leur unité, sont pris en charge au bloc avant d'être ramenés dans leur unité.

Ce type de prise en charge présente l'avantage d'associer autour du patient des professionnels hyper-spécialistes de la pathologie et de l'intervention.

Toutefois, elles n'encouragent pas la transversalité des prises en charge, et la polyvalence des agents. Il est possible de saisir la chirurgie à récupération rapide comme une opportunité de revoir l'ensemble du modèle de prise en charge chirurgicale.

Un nouveau modèle consisterait à développer des unités polyvalentes, dont le critère de recrutement n'est pas la spécialité de la pathologie, mais le mode de prise en charge.

Ce type d'organisation est déjà en place avec les unités de chirurgie ambulatoire. Polyvalentes, elles gèrent de nombreuses spécialités, dont les caractéristiques ne justifient pas une surveillance spécifique et hyperspécialisée. Au contraire, le mode de prise en charge alternatif consiste en une surveillance légère et à encourager le patient à reprendre rapidement son autonomie.

De la même façon, on peut envisager plus largement de réorganiser les prises en charge en fonction du type de surveillance post-opératoire nécessaire. Dans ce modèle, les unités de soins continus, les unités de récupération rapide et les unités ambulatoires prendraient en charge indistinctement les patients de toutes les spécialités en fonction du type de soins nécessaire en post-opératoire : soins critiques, soins de réhabilitation précoce ou surveillance légère de quelques heures.

Ce schéma peut encore être complété par l'ajout d'un service spécialisé dans la prise en charge préopératoire.

La nouvelle organisation des circuits chirurgicaux comprend donc une unité d'accueil, une unité de récupération rapide, une unité de soins critiques et une unité de chirurgie ambulatoire.

Les unités de soins critiques et de chirurgie ambulatoire faisant déjà partie du paysage hospitalier français, les développements suivants s'attacheront à décrire le fonctionnement et analyser l'opportunité des unités d'accueil et de récupération rapide.

3.1.1 L'unité d'accueil

Lorsque l'on parle de récupération rapide, on pense avant tout à l'enjeu de la prise en charge postopératoire.

Pourtant, il existe un autre moyen de jouer sur la DMS sans impacter le déroulement de la prise en charge en tant que telle. Il s'agit de limiter les séjours préopératoires superflus, soit en d'autres termes, de faire venir le patient à l'hôpital le matin même de l'opération.

La plupart du temps, le patient est admis dans le service la veille de l'opération. Les raisons avancées sont d'une part la nécessité de réaliser certains examens préalables à l'intervention, et d'autre part la préparation du patient à sa chirurgie.

Pourtant, la grande majorité des examens pratiqués en vue de la chirurgie le sont bien avant l'entrée du patient.

Or, un patient qui est admis la veille arrive bien souvent en fin de journée, et parfois le dimanche. Ce n'est évidemment pas le moment le plus opportun pour faire réaliser des bilans ou autres examens. Il est bien plus intéressant de les faire réaliser, lorsque c'est possible, lors d'une consultation préalable (par exemple la consultation d'anesthésie).

Réserver des lits pour des patients entrant la veille de l'intervention est d'une part coûteux, et d'autre part bloquant lorsque l'on pense aux mutations nocturnes des patients des urgences. Par ailleurs si certains patients peuvent trouver rassurant de rentrer la veille à l'hôpital, pour beaucoup d'autres, c'est un facteur de stress. Arriver à l'hôpital le matin même permet de dédramatiser l'opération.

Comme lors d'une prise en charge en ambulatoire, il s'agira de bien faire comprendre au patient les conditions de la préparation à domicile (jeûne préopératoire, douche à la bétadine)

A partir des données 2013, il est possible d'estimer le nombre de journées-lits perdues du fait de l'admission par défaut du patient la veille : 23 228 interventions chirurgicales ont été réalisées au CHLS en 2013, dont 5235 en ambulatoire. Restent 17 993. Soit autant de journées perdues et qui représentent un potentiel d'économies. Ces journées équivalent au fonctionnement de 49,3 lits ouverts 365 jours par an, soit quasiment 2 services de 25 lits.

Évidemment, il est exclu de penser que tous les patients pourraient rentrer le jour de l'intervention. Les patients âgés, ceux qui habitent loin, ceux qui nécessitent effectivement un examen la veille de l'intervention continueront logiquement d'arriver la veille de l'intervention. L'idéal est alors de les programmer tôt le matin ce qui laisse le temps de la préparation aux patients arrivés le matin-même.

Le pôle chirurgie du GH Sud étudie actuellement un scénario d'ouverture d'une unité d'accueil. Ce concept est déjà mis en œuvre au CHU de Genève. Il s'agit de faire venir les patients le matin dans une unité spécifique, qui constitue une sorte de zone tampon entre le bloc et l'unité de soins. La configuration de l'unité d'accueil fait penser à un espace d'attente. Les dossiers des patients y sont amenés la veille. L'infirmière de l'unité appelle les patients pour leur rappeler les consignes à respecter dans le cadre de la préparation de leur opération. Tôt le matin, elle reçoit les patients qui se présentent, les aide à terminer leur préparation si besoin, répond à leurs questions...

Quasiment dé-médicalisée (voir plans Annexe 10 et 11), cette zone peut être mise en place facilement et sans frais d'installation majeur. A Lyon Sud, le coût des travaux a été estimé à 440 000€, toutes dépenses confondues (travaux, honoraires maîtrise d'œuvre, bureau de contrôle, TVA)

Le fait d'avoir un environnement « neutre », qui fasse penser à une zone d'attente standard plutôt qu'à un hôpital vise à diminuer le stress préopératoire, qui a des conséquences directes sur la récupération postopératoire. Le mobilier doit être adapté à cette finalité.

Les deux contraintes de mise en œuvre sont d'une part organisationnelle et d'autre part logistique :

En termes d'organisation, il s'agit de bien réfléchir en amont à l'organisation du travail. Les dossiers doivent être amenés la veille dans l'unité. Le personnel présent dans l'unité d'accueil doit rappeler les patients du lendemain et leur redonner les consignes de préparation à l'aide d'une check-list. Lorsque le patient arrive le matin, il faut pouvoir stocker ses bagages, étiquetés et attachés ensemble pour ne pas les égarer pendant le transfert entre l'unité d'accueil et l'unité de soins postopératoires (que cette unité soit un service conventionnel ou l'unité de récupération rapide). Le personnel infirmier prépare les patients (aide à la douche bétadinée si besoin, distribution des boissons hydratées) et répond aux questions.

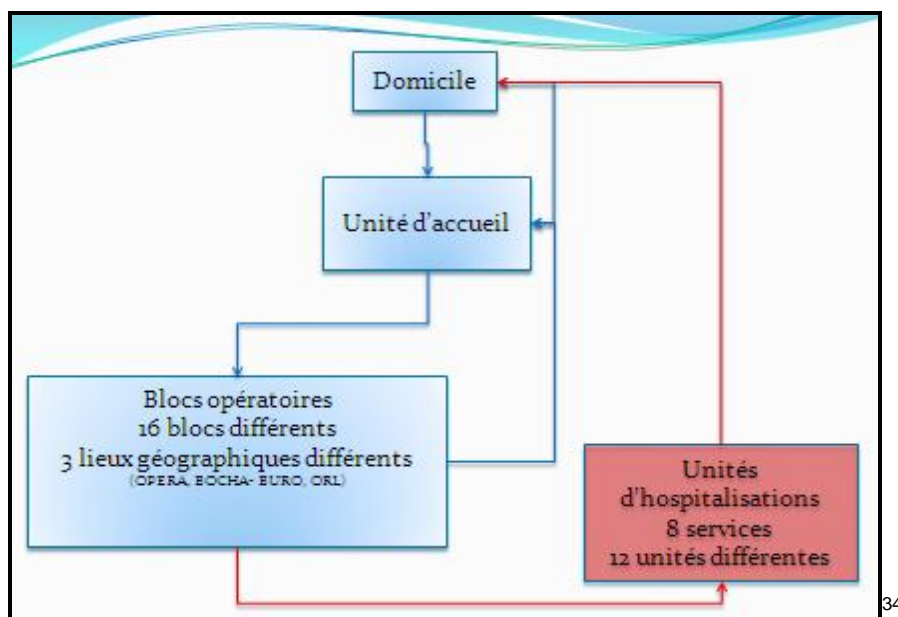
Les patients sont emmenés au bloc, ou accompagnés par un brancardier s'ils s'y rendent à pieds.

En ce qui concerne l'aspect logistique, pendant que les patients sont au bloc, leurs bagages doivent être acheminés vers leur unité de soins. Pour cette raison, les bagages doivent être préparés et étiquetés afin d'éviter les confusions et les pertes. L'unité d'accueil doit disposer de casiers de stockage. Il faut aussi réfléchir au positionnement de l'unité d'accueil qui doit être central par rapport aux unités de soins afin de pouvoir rentabiliser au maximum la fonction transport, assurée par les AS du service, 2 à 3 fois par jour.

Enfin, le lit du patient, occupé lorsqu'il arrive à l'hôpital le matin, doit être libéré lorsqu'il sort de sa chirurgie. En termes d'organisation du travail, cela suppose que le tour médical ait lieu

assez tôt dans la matinée pour pouvoir réaliser les sorties en fin de matinée et libérer les lits lorsque les premiers patients de la matinée reviennent du bloc (vers 11h)

Schéma présentant le parcours du patient de l'unité d'accueil



34

Malgré ces enjeux d'organisation et de logistique qui doivent être bien anticipés, les bénéfices à tirer de cette unité sont multiples :

L'unité d'accueil est une zone tampon qui permet d'occuper les lits de façon effective dans les services. L'attente des patients y est pensée sur un mode quasiment extra-hospitalier, ce qui réduit le stress préopératoire. Au CHLS, le dimensionnement de cette unité est prévu pour accueillir une dizaine de patients par heure, soit une cinquantaine par jour. En effet si 23 000 interventions sont réalisées chaque année, cela représente environ 80 par jour (sur une base de 220 jours annuels). Pour accueillir ces patients l'unité sera ouverte de 6h30 à 16h, et mobilisera 3,75 IDE, 2,5 AS et 1 ASH.

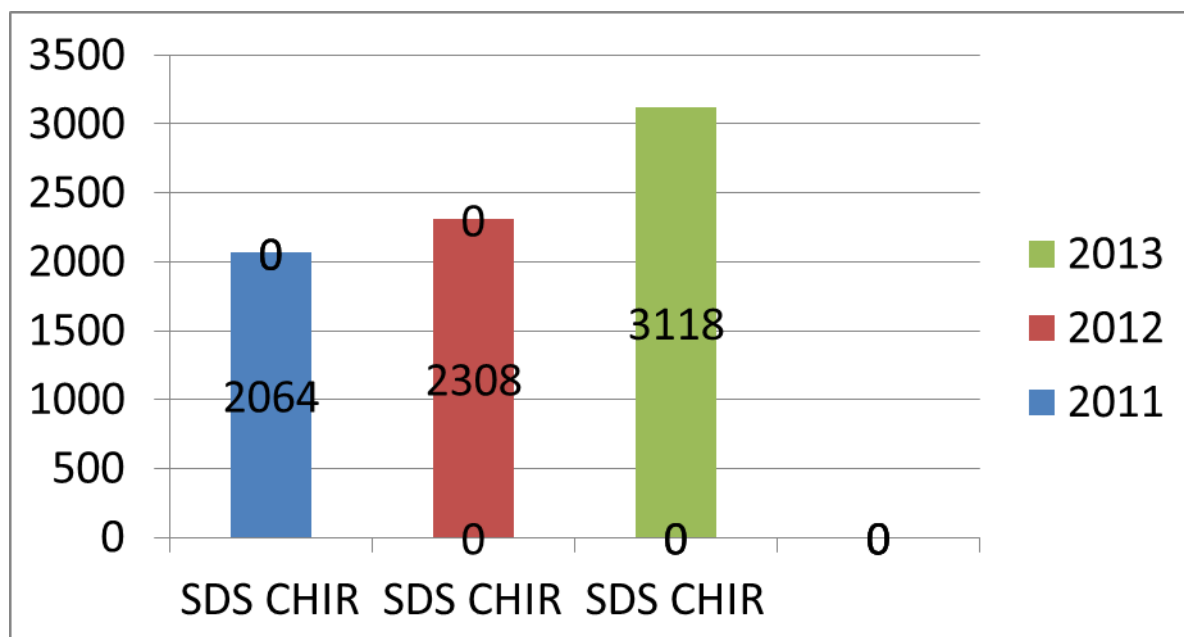
Sur la base des coûts moyens de l'institution, les coûts de personnel s'élèvent à 354 929,36 €. Ce coût s'impute sur le gain de journées, mais le bilan reste positif : Si une journée d'hospitalisation en chirurgie entraîne pour l'hôpital une dépense moyenne d'environ 550 € (base CREA 2013), les dépenses de personnel engagées pour l'unité d'accueil sont amorties dès lors que l'établissement a « gagné » 650 journées. Or, avec un objectif d'activité de 50 patients par jour, l'unité peut escompter accueillir jusqu'à 11 000 patients par an (base : 220 jours d'ouverture).

³⁴ Source : F. Triponez, N. Fleury-Weibel, Présentation réalisée au GH Sud – HCL -, mars 2014
Pauline ROBINEAU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2014

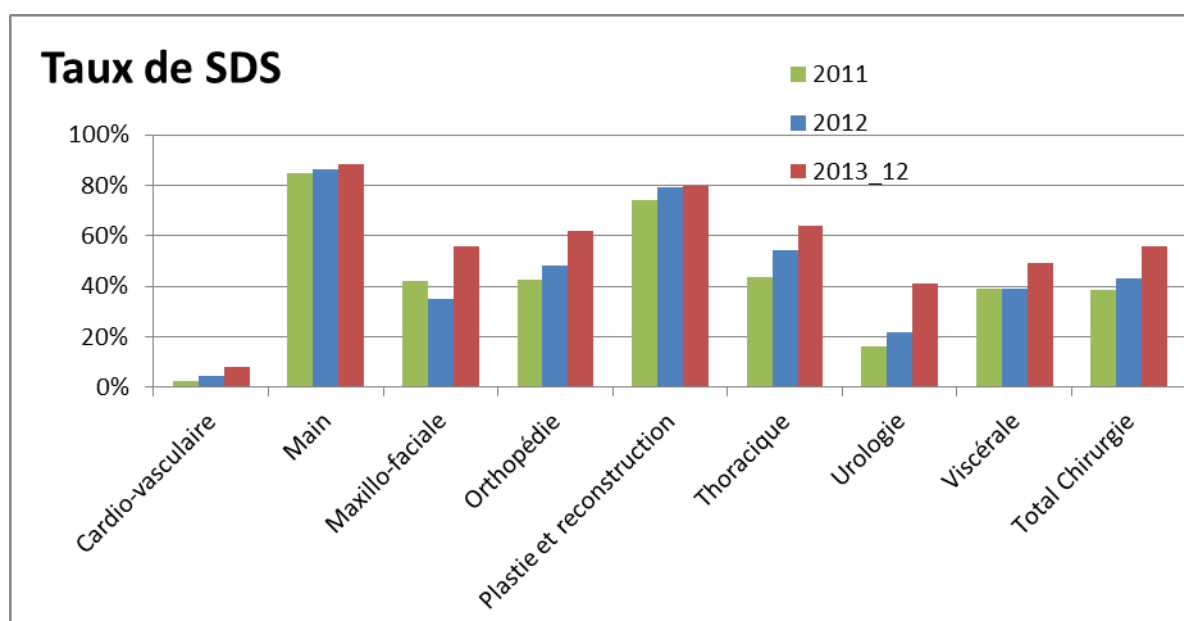
3.1.1 L'unité de récupération rapide

Au même titre qu'existent des unités de chirurgie ambulatoire, on peut imaginer des unités de chirurgie à récupération rapide. Cette organisation est déjà en place à Genève depuis 2006. Son activité a augmenté continuellement depuis l'ouverture de ce service, ce qui prouve que le potentiel d'activité de ce type d'unité est avéré.

Evolution de la chirurgie à récupération rapide aux Hôpitaux Universitaires de Genève entre 2011 et 2013



35



36

³⁵ Source : F. Triponez, N. Fleury-Weibel, Présentation réalisée au GH Sud – HCL -, mars 2014

³⁶ Source : F. Triponez, N. Fleury-Weibel, Présentation réalisée au GH Sud – HCL -, mars 2014

Avant d'envisager plus avant comment s'organise l'activité d'une unité de récupération rapide, il convient d'apporter quelques précisions.

Lorsque l'on s'intéresse aux unités de récupération rapide, la chirurgie dont il est question relève plus du « fast-track » que de protocoles comme ERAS, car on vise un mode organisationnel, et pas seulement méthodologique de prise en charge.

A ce titre, l'unité de récupération rapide doit cibler des patients hospitalisés une à deux nuits, soit entre 24 et 72h. L'intérêt de cette unité est en effet d'avoir des durées de séjour courtes et un taux de rotation élevé. Mettre en place une unité de chirurgie à récupération rapide n'exclut pas de développer d'autres types de procédures de chirurgie à récupération rapide dans les services classiques. Les deux démarches peuvent et doivent être complémentaires.

- Intérêts économique et organisationnel de l'unité de récupération rapide

Sur un plan économique, il permet de réaliser une économie, en considérant que l'unité de récupération rapide sera une unité de semaine. A Lyon sud, l'armement en personnel représentera 6 IDE, 6 AS et 1 ASH pour 15 lits. Une unité du même dimensionnement en hospitalisation conventionnelle nécessiterait 7,80 IDE, 7,30 AS et 1,30 ASH. L'économie en personnel représente donc 1,80 IDE, 1,30 AS et 0,30 ASH. Soit un gain, sur la base des coûts moyens DPAS, de 167 283,50€ (1,80 X 56702,47 + 1,30 X 40963,56 + 0,30 X 39887,96).

L'analyse des CREA 2012 (les unités de semaine ont fermé en 2013) de l'établissement renseigne sur les coûts comparés de fonctionnement d'une unité d'hospitalisation complète et d'une unité de semaine.

Extrait du CREA 2012 – Chirurgie ORL

	Hospitalisation de semaine	Hospitalisation complète
Personnel	346 266	906 547
Total dépenses CREA	1 318 167	4 172 698
Part des dépenses de personnel dans le coût total	26%	22%
Activité 2012	602	840
Recette associée	2 896 677,05	4 041 878,40
Recettes - Dépenses	1 578 510,05	-130 819,60

Extrait du CREA 2012 – Chirurgie maxillo-faciale

	Hospitalisation de semaine	Hospitalisation complète
Personnel	464 029	904 090
Total dépenses CREA	1 944 887	2 102 084
Part des dépenses de personnel dans le coût total	24%	43%
Activité 2012	662	433
Recette associée	2 934 543,22	1 919 424,01
Recettes - Dépenses	989 656.22	-182 659,99

⇒ Il apparaît très nettement un bénéfice financier au fonctionnement des unités de semaine.

Sur un plan organisationnel, l'unité de récupération rapide constitue une unité tampon. Elle a comme particularité d'être multidisciplinaire. C'est une plateforme d'hospitalisation courte. Evidemment, une telle unité amène à repenser toute l'organisation des prises en charge en chirurgie. Si l'on décharge les unités de soins postopératoires de leurs suites opératoires courtes, il faut pour rééquilibrer les prises en charge et leur permettre de se décharger également des patients les plus lourds. Pour cette raison, ce projet d'unité de récupération rapide était corrélé à Lyon Sud au projet d'extension de l'unité de soins continus à hauteur de 10 lits supplémentaires.

Suivant ce modèle, les unités d'hospitalisation conventionnelle ont plus de temps pour les patients qui doivent être spécifiquement pris en charge par des équipes très spécialisées. La prise en charge est in fine déterminée par le type et la complexité des soins à prodiguer. L'intérêt est aussi médical, puisque les soignants qui travaillent dans l'unité de récupération rapide développent une « culture récupération rapide ». Les chirurgiens sont assurés d'une prise en charge efficace de leurs patients « fast-track ». Ils disposent d'une unité « tampon » qui fluidifie les problématiques d'hébergement en cas de tensions entre l'activité au bloc et la disponibilité des lits de chirurgie.

Une limite doit toutefois être posée à ce principe : si l'unité de récupération rapide a vocation à être multidisciplinaire, son fonctionnement est très innovant en France, et il est important que les agents de l'hôpital trouvent progressivement leurs marques dans ce nouveau paysage de la chirurgie. Aussi, le démarrage de l'unité à Lyon sud se fera en douceur, et le nombre de spécialités qui y seront prises en charge sera de fait restreint. La création de l'unité a été soutenue par des disciplines qui font déjà du « fast-track » : endocrinologie et chirurgie digestive. Ces deux spécialités occuperont principalement les lits de récupération

rapide à l'ouverture (1^{er} trimestre 2015). Une formation adaptée des personnels soignants sera nécessaire pour développer leur polyvalence. L'ancrage de ce nouveau schéma d'organisation de la chirurgie dans la culture médicale et soignante devrait permettre à terme une montée en charge de l'activité, avec un recours plus important des autres spécialités aux soins de suite récupération rapide.

- Ressources humaines

La première problématique qui se dégage d'emblée dans la phase de mise en place du projet concerne les compétences soignantes des agents affectés à l'unité de récupération rapide.

Mettre en place une unité multidisciplinaire suppose de l'armer en professionnels polyvalents.

Le recrutement est essentiel. Il doit prioriser des agents motivés, curieux, ayant envie d'apprendre. Une phase de formation sera ensuite indispensable, afin que les soignants puissent s'occuper de pathologies différentes dans diverses spécialités. La prise en charge n'a pas besoin d'être ultra spécialisée, mais il faut disposer d'un minimum de connaissance et de compétences sur chaque pathologie prise en charge. Il peut être proposé aux soignants de l'unité de récupération rapide d'observer le fonctionnement d'autres services pour améliorer leurs pratiques.

Le suivi du cadre de l'unité sera ensuite déterminant. Il s'agira de coacher ces équipes dans leur dynamique d'acquisition de nouvelles compétences. La recherche d'amélioration des pratiques doit être la trame de fond du management du cadre.

Les unités de chirurgie ambulatoire font déjà appel à des compétences polyvalentes. Le défi ne semble pas insurmontable. Mais il est de taille et les décideurs hospitaliers doivent en prendre la mesure dans le cadre d'un projet d'unité de récupération rapide.

La compétence des soignants est la condition sine qua non du succès de ce projet. Pour que l'unité de récupération rapide devienne une plateforme réellement multidisciplinaire, il s'agit de convaincre les praticiens de l'intérêt de la structure et de la qualité de la prise en charge assurée. Aussi faut-il gager sur la satisfaction des patients et par corollaire, des chirurgiens, pour espérer voir se développer l'unité. Disposer de professionnels motivés, compétents et formés est donc le principal objectif à atteindre.

3.1.1 La cellule d'entrée et de sortie

Le projet conduit au CHLS vise la réorganisation du pôle dans son ensemble, grâce au développement de nouveaux types de parcours.

Un autre volet de ce projet consiste donc en la création d'une cellule d'entrée et de sortie, composée de la cellule de mutation, d'assistantes sociales et d'un bed manager.

La cellule de mutation existe déjà. Elle est constituée d'infirmières de mutation, qui travaillent plus particulièrement sur le secteur des urgences. Elles sont chargées d'assurer l'admission des patients dans un service en post-urgences. Elles travaillent donc essentiellement sur les parcours patient internes à l'hôpital. Les assistantes sociales de la cellule d'entrée et de sortie seront spécialisées dans l'utilisation du logiciel ViaTrajectoire. Elles seront donc positionnées plutôt sur le volet extra-hospitalier du parcours. Le poste de bed manager est un nouveau profil. Il gère l'admission des patients dans un service de chirurgie après leur passage dans l'unité d'accueil. Il supervise tous les parcours patients dans le cadre rénové des prises en charge chirurgicales. Le taux de rotation des lits étant important, la présence du bed manager est indispensable. Il est le garant de la fluidité des admissions au seins du pôle.

Cet aspect du projet rappelle qu'il est important de considérer le parcours patient dans son ensemble, et ce d'autant plus lorsqu'on est face à des séjours courts.

Aussi, il est important que la cellule des entrées et sorties ait un réseau solide de professionnels et d'établissements sur lesquels s'appuyer. Les infirmières de mutation visitent régulièrement des structures sociales et médico-sociales afin d'établir des liens avec les professionnels extra-hospitaliers.

La cellule des entrées et sorties a vocation à entretenir ce réseau professionnel. Renforcée de nouveaux métiers et de nouvelles missions, elle sera plus visible et mieux identifiée.

Elle-même devra s'appuyer sur des interlocuteurs identifiés et opérationnels.

Pour cette raison, il faut encourager la structuration des filières de soins sociales et médico-sociales. En effet, aujourd'hui, si l'hôpital est un interlocuteur capable de prendre en charge ou de réorienter la demande, il n'en va pas de même en matière de soins d'aval.

Comme évoqué plus haut, les filières sont des instances de coopération qui permettent essentiellement aux professionnels de se rencontrer. Par conséquent elles ne sont pas toujours opérationnelles. Certaines filières sont au contraire structurées sur un mode très opérationnel, comme c'est le cas des filières gériatriques en Rhône-Alpes. Mais alors elles se spécialisent dans la prise en charge d'un public en particulier. Or, il manque justement des structures polyvalentes constituant un guichet unique capable d'identifier la demande, de l'orienter et de prendre en charge le cas échéant.

Une telle structure existe en Rhône-Alpes, il s'agit de l'association Soins et Santé (association loi 1901). Cet établissement est composé d'une HAD, d'un SSIAD, d'un ESAD d'une EMSS et d'une MAD. Il intervient donc dans la prise en charge à domicile, dans un environnement médicalisé (HAD, EMSS) ou non (SSIAD, ESAD).

Sa mission première est avant tout de coordonner le rôle de chaque partenaire autour de la prise en charge du patient. La diversité des modes de prise en charge proposés lui permet d'avoir une vision globale de l'offre de soins sur son territoire de référence. L'association a une file activé importante (300 places de HAD et 2412 séjours en 2013, 85 places de SSIAD); A ce titre, elle est en contact avec un grand nombre de professionnels de ville. En 2013, la structure HAD a travaillé avec plus de 500 médecins généralistes libéraux. Le SSIAD travaille en collaboration directe avec une trentaine de cabinets libéraux. Mais outre la coordination des acteurs autour du patient, elle peut également pallier les carences de l'offre de ville. La HAD par exemple employait en 2013 98 salariés, dont 4 médecins à temps plein. Le SSIAD emploie pour sa part 1,75 ETP d'IDE et 15,5 ETP d'ASD.

Ce type de structure est le maillon manquant de la chaîne de soins. En effet, rassemblant plusieurs structures de prise en charge, elle est capable de répondre à un grand nombre de demandes. Son offre de soins est variée et elle propose différents types d'interventions, qui peuvent moduler au cours de la prise en charge pour s'adapter à l'évolution du patient. Différentes prises en charge peuvent d'ailleurs se combiner (par exemple SSIAD et EMSP). Enfin, Soins et Santé est une structure support, qui reçoit la demande, peut l'orienter, organiser la prise en charge voire l'assumer elle-même.

En termes de stratégie de coopération, elle peut assurer le relais entre l'hôpital et les acteurs de ville. Puisqu'il est difficile pour l'hôpital d'entretenir directement des liens avec tous les professionnels extra-hospitaliers, s'appuyer sur une structure relais est une hypothèse intéressante et porteuse.

Structurer des partenariats avec une structure comme soins et santé offre aux managers hospitaliers la possibilité d'envisager un nouveau champ extrêmement vaste de modes de prise en charge.

On peut par exemple imaginer combiner des parcours courts avec des prises en charge HAD. Lorsque l'on sait que le prix d'une journée de HAD a une valeur moyenne de 205€ (entre 180 et 450€) on ne peut que regretter le cloisonnement actuel des prises en charge.

La diversité des offres de prise en charge permet aujourd'hui d'envisager de nouvelles combinaisons et de nouveaux partenariats entre les acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers. On peut imaginer de nouveaux circuits dans le parcours patient, et de nouvelles façons d'utiliser tous les outils de prise en charge disponibles. C'est sans doute le plus grand défi

des décideurs du monde de la santé. Il leur appartient maintenant de concevoir et porter ces nouveaux parcours.

C'est grâce à une réflexion large sur l'adaptation des parcours patient que les nouvelles techniques comme celles de la chirurgie à récupération rapide pourront se déployer et prendre leur place au sein du système de santé.

4 Conclusion

La chirurgie à récupération rapide est une méthode d'avenir, qui ouvre des horizons nouveaux aux modes de prise en charge chirurgicale. Initialement portée par le corps médical, l'intérêt de la développer à un niveau institutionnel apparaît désormais clairement. Plusieurs questions restent néanmoins en suspens :

Si la chirurgie à récupération rapide en tant que technique permet demain de réduire effectivement les DMS d'un certain nombre de spécialités, quelle sera la suite donnée par les décideurs du monde de la santé ? Lorsqu'une activité peut être condensée, les lits restés vacants devront être supprimés, ou investis par une activité supplémentaire. Dans cette seconde voie, un autre goulot d'étranglement subsiste au niveau des plages de blocs opératoire. Là encore, deux hypothèses sont envisageables : développer l'activité du bloc par extension des plages ou construction de nouvelles salles, ou bien faire basculer les lits de chirurgie vers une spécialité médicale.

Quelle que soit l'option retenue, le corps médical émettra probablement des réticences à l'appropriation de ce nouveau concept par l'administration hospitalière. Car ce qui pouvait être perçu comme une avancée porteuse pour la communauté scientifique pourrait à terme devenir une menace pour l'activité individuelle des praticiens. Se posera donc rapidement la question de savoir comment intéresser (ou ré-intéresser) le corps médical à la récupération rapide. A ce titre on peut plaider pour une évolution de la culture médicale, aujourd'hui souvent basée sur des logiques de « territoire ». Les projets d'unités polyvalentes promeuvent au contraire une logique de « trajectoire ». Les premières expérimentations permettront peut-être d'ancrer dans le monde hospitalier une culture compatible avec la réorganisation globale des prises en charge chirurgicales.

La seconde interrogation concerne la tarification des séjours en récupération rapide. Si elle devient, au même titre que l'ambulatoire, un vrai mode de prise en charge, la tarification des actes pourrait évoluer parallèlement. L'intérêt de l'établissement pour la récupération rapide serait alors limité aux considérations qualitatives et organisationnelles, qui justifieront difficilement l'engagement de sommes importantes pour l'implémentation des programmes.

La récupération rapide constitue donc une opportunité extrêmement favorable aujourd'hui, mais il est à craindre que cela soit seulement provisoire. Aussi les managers hospitaliers ont-ils un intérêt certain à développer rapidement la chirurgie à récupération rapide, puisque les sommes engagées lors de la mise en place seront rapidement amorties. Les coûts de fonctionnement en routine de ces programmes n'excèdent pas significativement ceux des hospitalisations conventionnelles.

Enfin, on peut espérer que la chirurgie à récupération rapide, au vu de ses nombreux et divers bénéfices, sera, comme la chirurgie ambulatoire, soutenue à moyen et long terme par les pouvoirs publics, notamment par une politique de tarification incitative.

Bibliographie

Publications et études cliniques

- **HAS & ANAP**, "Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, Socle de connaissances", Avril 2012
- **NHS**, "Delivery enhanced recovery, Helping patients to gett better sooner after surgery", 2010

- Michel **ADAMINA et al.**, "Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization : A meta analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery", *Surgery*, 201, 1-11
- Véronique **FAUJOUR**, Karem **SLIM**, Pascal **COROND**, « Réhabilitation améliorée après chirurgie (ERAS), Enjeux économiques et avenir en France », *Revue Hospitalière de France*, n°556, janvier-février 2014
- Marie-Véronique **LAUNAY-SAVARY**, Karem **SLIM**, « Analyse factuelle du drainage abdominal prophylactique », *Annales de Chirurgie* 131, 2662, 302-305
- James T. **McCORNICK**, "Gum in the postoperative Setting : Something to chew on", *Diseases of the colon and rectum*, Vol.56, 2013
- Edouard **PELISSER et al.**, « réduire la durée d'hospitalisation après résection colo-rectale », *Annales de chirurgie* 130, décembre 2005, 608-612
- Didier **ROULIN et al.** « Cost-effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery », *British Journal of Surgery*, n°100, 2013, 1108-1114
- Krishna K. **VARADHAN et al.** « The enhanced recoery after surgery (ERSA) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery : A meta-analysis of randomized controlled trials », *Clinical Nutrition*, n°29, 2010, 434-440

Conférences

- Boris **BRYSSINE**, « L'anesthésie et l'inconfort post-opératoire en chirurgie gynécologique», Journées Franco-marocaines de gynécologie-obstétrique, Marrakech, mai 2008

- Nathalie **NATHAN**, "Règles de jeûne préopératoire", Conférence Nationale d'Anesthésie et de Réanimation 2007, SFAR,
http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca07/html/ca07_01/ca07_01.htm#49927
[Page consultée le 10 octobre 2010]

- Olivier **RASPADO**, « Le protocole de réhabilitation rapide augmente-t-il la charge de travail ? » - Symposium de chirurgie colorectale, Paris, 5 avril 2013

Articles

- **APM International**, « Capiro promet la récupération rapide après chirurgie dans ses cliniques », 15/06/2012, <http://www.capiro.fr/cms/LinkClick.aspx?fileticket=sZO6qVDYfLk%3D&tabid=742&mid=2347> [Page consultée le 10 octobre 2014]
- Cyrille **DUPOIS**, « Comment réduire concrètement le séjour à l'hôpital ? Sorties précoces, séjours évitables : la CNAM accélère, le gouvernement doit arbitrer », Le quotidien du médecin, 10/07/2014, n°9342
- **FHP MCO**, Récupération rapide après chirurgie, futur de la prise en charge chirurgicale, 18/12/2013, <http://www.fhpmco.fr/2013/12/18/recuperation-rapide-apres-chirurgie-futur-de-la-prise-en-charge-chirurgicale/> [Page consultée le 10 octobre 2014]
- **Le Guide Santé**, « Récupération rapide après chirurgie, programme salubre au service des usagers », 17/06/2012, <http://www.le-guide-sante.org/Article/235/Recuperation-Rapide-Apres-Chirurgie-programme-salubre-au-service-des-usagers.html> [Page consultée le 10 octobre 2014]
- Pia **HEMERY**, « La HAS va produire un rapport sur la réhabilitation rapide en chirurgie », Hospimédia, 25/09/2014, http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20140925-qualite-la-has-va-produire-un-rapport-sur?c=0&f=EQ&s=0816518616D7E7B8A1840F22277AD960&u=66410&utm_source=sim&utm_medium=email&utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_content=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_term= [page consultée le 10 octobre 2014]
- Thomas **QUEGUINER**, « HAD et chirurgie ambulatoire : deux logiques que tout oppose ? », Hospimédia, 18/06/2014, <http://abonnes.hospimedia.fr/enquetes/20140618-qualite-had-et-chirurgie-ambulatoire-deux-logiques-que> [page consultée le 10 octobre 2014]

Divers documents

- **ATIH**, Campagne tarifaire et budgétaire 2014, Nouveautés « financement », Notice technique n° CIM-MF-249-1-2014, http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/notice_technique_financement_2014_cim-mf-249-1-2014.pdf [Page consultée le 10 octobre 2014]
- **ATIH**, Référentiels de coûts DGF 2012, <http://www.atih.sante.fr/referentiel-de-couts-mco-2012> [Page consultée le 10 octobre 2014]

Sites internet

- **ERAS Society**, <http://www.erasociety.org/> [Page consultée le 10 octobre 2014]
- **Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie – GRACE** - <http://www.grace-asso.fr/index.php/fr/> [Page consultée le 10 octobre 2014]
- **Réhabilitation Rapide après Chirurgie**, <http://www.rehab-rapide.fr/> [Page consultée le 10 octobre 2014]
- **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation – SFAR**, <http://www.sfar.org/accueil/> [page consultée le 10 octobre 2014]
- **ViaTrajectoire**, <https://trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire/> [Page Consultée le 10 octobre 2014]

Liste des annexes

1. Protocole Fast-track en chirurgie colique – Association GRACE
2. Care Map ERAS chirurgie du côlon – Service de chirurgie digestive Pr Adham, HCL, groupement Edouard Herriot
3. Protocole de Réhabilitation Précoce Post-césarienne – Service de gynécologie-obstétrique du Pr Golfier – HCL, Groupement Hospitalier Sud
4. Protocole de Fast-track en chirurgie colique – Service de chirurgie digestive du Pr Cotte – HCL, Groupement Hospitalier Sud
5. Brochure d'information du patient – Service du Pr Cotte
6. Lettre type adressée au médecin traitant – Service du Pr Cotte
7. Check-list contact IDE/patient à J4 après l'opération – Service du Pr Cotte
8. Journal de Bord du patient – Service du Pr Adham
9. Parcours patient dans l'unité d'accueil – HCL CHLS
10. Plans de l'Unité d'accueil – HCL CHLS
11. Programme des travaux sur l'unité d'accueil
12. Article Le Progrès, Le supplément, vendredi 6 juin 2014, page 3
13. Tableau récapitulatif des entretiens réalisés

Protocole générique de réhabilitation améliorée après chirurgie colique

Les éléments du protocole générique doivent être adaptés à chaque situation pratique, appliqués dans chaque centre après consensus au sein de l'équipe de soins en chirurgie réglée. La liste des éléments à mettre en œuvre n'est ni limitative ni figée. Les détails techniques (molécules, dosages, etc) sont laissés à la discrétion de chaque équipe de soins. Le Conseil d'administration de GRACE est néanmoins disposé à fournir plus de détails sur les protocoles utilisés par les équipes expertes au sein de GRACE.

Le protocole ci-après est issu des recommandations internationales (Alfonsi P et al. J Visc Surg 2014;151:65-79 et Gustafsson UO et al. World J Surg 2013;37:259-84) et des publications factuelles récentes (liste disponible sur le site www.grace-asso.fr ou sur demande à grace.francofone@overcome.fr).

PERIODE PRE-OPERATOIRE

– Information du patient

Cette information concerne le déroulement de l'hospitalisation et les avantages du protocole de réhabilitation améliorée ainsi que la préparation du mode de sortie du centre de soins

1. Arrêt du tabac et de l'alcool

Il est fortement conseillé selon les recommandations de Sociétés Savantes (idéalement un mois avant l'intervention)

2. Nutrition et immunonutrition préopératoire

Selon les recommandations des Sociétés savantes, des compléments alimentaires sont recommandés chez les patients dénutris et une immunonutrition est indiquée chez les patients dénutris ou chez tous les patients opérés pour cancer.

3. Préparation colique

Une préparation colique n'est pas recommandée de manière systématique avant chirurgie colique

4. Jeûne préopératoire et apport de liquide sucré

Selon les recommandations de Sociétés savantes le jeûne préopératoire ne doit pas dépasser 6H pour les solides et 2H pour les liquides clairs. L'apport de liquides sucrés clairs la veille et 2H avant l'intervention est recommandé

5. Prémédication

Une prémédication systématique utilisant des anxiolytiques à longue durée d'action n'est pas recommandée

6. Thromboprophylaxie et antibioprofylaxie

Selon les recommandations des Sociétés savantes

PERIODE PEROPERATOIRE

– Analgésie péridurale

Une analgésie péridurale est recommandée essentiellement en cas d'intervention par laparotomie et en fonction de l'expertise de l'équipe de soins. Les techniques alternatives d'analgésie sont recommandées en cas de laparoscopie

1. Autres techniques d'analgésie

Le recours aux méthodes alternatives d'analgésie doit être envisagé de manière multimodale privilégiant les agents non-morphiniques : à la lidocaïne par voie intra-veineuse, aux cathéters pariétaux multiperforés, à la PCA, ou aux TAP est laissé à la discrétion de chaque équipe

2. Corticoïdes

L'administration d'une dose unique de corticoïdes est recommandée

3. Prévention des nausées et vomissements postopératoires

Un protocole écrit de prévention de NVPO selon le score d'Apfel est recommandé

4. Prévention de l'hypothermie

Cette mesure est recommandée de manière systématique.

5. Voie d'abord

La voie d'abord laparoscopique est privilégiée. En cas de laparotomie le choix du type d'incision est laissé à la discrétion de l'opérateur

6. Remplissage vasculaire peropératoire

Un remplissage adapté à chaque cas ayant pour but d'éviter aussi l'hypermolémie que l'hypovolémie est recommandé avec un monitoring cardiaque.

7. Sonde gastrique

La pose d'une sonde gastrique n'est pas recommandée

8. Drainage abdominal

Le drainage abdominal n'est pas recommandé de manière systématique

PERIODE POSTOPERATOIRE

– Drainage vésical

En cas de drainage vésical (analgésie péridurale ou pour une meilleure exposition pelvienne ou en cas de pathologie prostatique, il est recommandé de retirer la sonde à J1 même en cas d'analgésie péridurale.

2. Réalimentation précoce

Une réalimentation orale précoce est recommandée. Les patients doivent être informés sur l'importance de cette réalimentation. La tolérance de cette réalimentation doit être évaluée quotidiennement.

3. Mobilisation précoce

Elle doit être débutée dès le soir de l'intervention et prolongée le lendemain de l'intervention. Un protocole de mobilisation avec des objectifs quotidiens doit être établi avec la collaboration du patient.

INTERVENANTS	Pré-hosp./ consultation	J -1	J0 (OP)
Chirurgien	Indication, information selon ERAS Alimentation, hydratation, mobilisation, durée d'hospitalisation, évaluation de l'état nutritionnel (NRS) IRN, Température Consentement Anamnèse + examen	Visite Examen d'entrée Consentement Documents ERAS à remplir	Opération Visite postopératoire Documents ERAS à remplir
Anesthésiste Réanimateur	Evaluation de l'anesthésiste Consentement Documents ERAS à remplir	VPA Consentement <u>Vérifications</u> : Dossier méd/radiologique (ECG, biologie, adaptation traitements du patients) Documents ERAS à remplir	Documents ERAS à remplir
Coordinatrice ERAS	Dossier infirmier et médical Recueil de données initial Saisie données ERAS	Saisie données ERAS	Saisie données ERAS
EXAMENS PARACLINIQUES			
Radiologie			
Laboratoire	NFP, coagulation, iono complet, 1 ^{er} groupe et confirmation Rh	2 ^e confirmation de groupe +RAI	
Autres	ECG si besoin		
TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX			
Traitements personnels	Traitement personnel, ajustement ▲ anticoagulant et antiagrégant, anti-diabétiques oraux, cardiotropes	Traitement personnel selon anesthésiste	Selon anesthésiste
Prémédication			Pas de prémédication médicamenteuse Si niveau d'anxiété sup ≥ 6 : Gabapentine 600 à 1200mg per os Si RGO : ranitidine 300mg effervescent
Sédation			
Prophylaxie anti-infectieuse			Céfazoline 2g + métronidazole 500mg (sauf allergie)
Perfusion			Cristalloïdes 4 ml/kg/H Epreuve de remplissage si besoin (NaCl0.9%) en fonction du monitoring
Prophylaxie antithrombotique		Bas de contention	Peropératoire : CPI J0 : Selon protocole, HBPM ou HNF, 6h post-op.
Antalgie			PCA morphine ou APD Paracétamol 1 g 4x/j IVL Acupan 20mg 4x/j IVL ou PSE Tramadol 50 mg / 6H ou 100mg/8H IVL Coalgésie : - si pas d'ADP, lidocaine IV selon protocole - Kétamine selon protocole antihyperalgésie Si coelioscopie : Infiltration trous de troccards : 20ml de ropivacaïne 7.5mg/ml
Laxatif			
Antiémétiques			Perop. : Dexaméthasone 4mg+droleptan 1.25mg Si nausée : Ondansétron 4 mg 3x/j IV @ +/- droleptan 0.625mg 4X/j IV
NUTRITION			
Alimentation orale	Indication à un complément nutritionnel	Normal 800ml de jus de pommes A jeun dès minuit	Pré-op. : A jeun 400ml jus de pommes jusqu'à 2h avant op. (sauf diabétique et troubles de la vidange gastrique) Post-op. : 4h après = BAV (≥ 1l) 1 complément nutritionnel (200ml) hyperprotéiné
SOINS			
Signes vitaux	1x	1x à l'entrée	Pré-op. : 1x/j Post-op. : 6x/j
Poids	1x	1x à l'entrée	
Mobilisation		Libre	1 ^{er} lever accompagné - Passer ≥ 2h hors du lit
Respiration		Instruction spirométrie incitative	Spirométrie incitative 4x/j
Elimination			Pré-op. : Lavage au BO Post-op. : Pas de lavement / Pas de suppositoire
Surveillances & Soins		Accueil, installation Evaluer le degré d'inquiétude Evaluer les allergies, douche pré-op.	Pré-op. : Douche Post-op. : Appareillage, douleur, plaie opératoire diurèse ≥ 800cc/24h, transit (S ou G)
Appareillage			Pose VVP - Cathéter péridurale ou PCA Sonde vésicale
Enseignement & Education	Document, information Journal de bord patient	Expliquer le déroulement hospitalisation Journal de bord patient	Rappel enseignements effectués en pré-op. 1 ^{er} lever post-op. - Journal de bord patient
Administration		<u>Vérification</u> : Feuille info opération Recueil de données - Document ERAS Dossier médical - Dossier infirmier	<u>Vérification</u> : Feuille transmission service / bloc

INTERVENANTS	J1	J2	J3	J4 (sortie)
Chirurgien	Visite Documents ERAS à remplir	Visite Documents ERAS à remplir	Visite Documents ERAS à remplir	Visite Organiser retour à domicile si : patient autonome, a un transit (gaz ou selles), douleur < à 4 (VAS) avec des antidouleurs oraux Ordonnances Arrêt de travail Courrier pour le médecin traitant Prise de rendez-vous au 306261 : ablation des fils à J10 – 14 contrôle à J30
Anesthésiste Réanimateur	Documents ERAS à remplir			
Coordinatrice ERAS	Dossier infirmier et médical Recueil de données Saisie données ERAS	Dossier infirmier et médical Recueil de données Saisie données ERAS	Dossier infirmier et médical Recueil de données Saisie données ERAS	Dossier infirmier et médical Recueil de données Saisie données ERAS
EXAMENS PARACLINIQUES				
Radiologie				
Laboratoire	NFP, coagulation, iono complet		NFP, coagulation, iono complet	
Autres				
TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX				
Traitements personnels	Traitement personnel	Traitement personnel	Traitement personnel	Traitement personnel
Prémédication				
Sédation				
Prophylaxie anti-infectieuse				
Perfusion				
Prophylaxie antithrombotique	Selon protocole : traitement et prophylaxie de la maladie ThromboEmbolique par HBPM ou HNF	Selon protocole : traitement et prophylaxie de la maladie ThromboEmbolique par HBPM ou HNF	Selon protocole : traitement et prophylaxie de la maladie ThromboEmbolique par HBPM ou HNF	Selon protocole : traitement et prophylaxie de la maladie ThromboEmbolique par HBPM ou HNF
Antalgie	Dafalgan 1 g 4x/j PO Tramadol LP systématique + tramadol libération immédiate selon ENS PO PCA ou péridurale selon protocole Lidocaïne IV si PCA	Dafalgan 1 g 4x/j PO Tramadol LP systématique+ tramadol libération immédiate selon ENS PO Skenan/Actiskenan selon ENS PO	Dafalgan 1 g 4x/j PO Tramadol LP systématique+ tramadol libération immédiate selon ENS PO Skenan/Actiskenan selon ENS PO	Dafalgan 1 g 4x/j PO Tramadol LP systématique+ tramadol libération immédiate selon ENS PO
Laxatif	Lansoyl 2-3 gelées /j	Lansoyl 2-3 gelées /j	Lansoyl 2-3 gelées /j	Lansoyl 2-3 gelées /j
Antiémétiques	Ondansétron 4 mg 3x/j PO ®	Ondansétron 4 mg 3x/j PO ®		
NUTRITION				
Alimentation orale	PJD (Purée, jambon ou poisson, dessert) Boisson ≥ 2l y compris 2X200ml compléments hyperprotéinés	Régime normal Boisson ≥ 2l y compris 2X200ml compléments hyperprotéinés	Régime normal Boisson ≥ 2l y compris 2X200ml compléments hyperprotéinés	Normal Boisson ≥ 2l
SOINS				
Signes vitaux	6x/j	6x/j	4x/j	3x/j
Poids	1x/j	1x/j	1x/j	1x/j
Mobilisation	Marcher 2x sur la journée Passer ≥ 8h hors du lit (4x 2h)	Marcher 2x sur la journée Passer ≥ 8h hors du lit (4x 2h)	Marcher 2x sur la journée Passer ≥ 8h hors du lit (4x 2h)	Libre
Respiration	Spirométrie incitative 4x/j	Spirométrie incitative 4x/j	Spirométrie incitative 4x/j	
Elimination	Pas de lavement Pas de suppositoire	Pas de lavement Pas de suppositoire	Pas de lavement Pas de suppositoire	Pas de lavement Pas de suppositoire
Surveillances & Soins	Appareillage, douleur, plaie opératoire, diurèse ≥ 800cc/24h, transit (selles ou gaz)	Appareillage, douleur, plaie opératoire, diurèse, transit (selles ou gaz) Réfection du pansement	Douleur, plaie opératoire, transit (selles ou gaz)	Douleur, plaie opératoire, transit (selles ou gaz)
Appareillage	Cathlon Cathéter péridurale Ablation sonde vésicale à 6h	Cathlon Ablation Cathéter péridurale, arrêt PCA	Ablation Cathlon	
Enseignement & Education	Journal de bord patient	Journal de bord patient	Journal de bord patient	<u>Conseils de départ:</u> Soins plaie opératoire, fils, toux, gestion de la douleur, bain/douche, sport, soleil, gestion des problèmes et complications. Journal de bord patient
Administration				<u>Sortie :</u> Remise d'ordonnances, d'arrêt de travail, de rendez-vous, N° téléphone d'urgence

REHABILITATION PRECOCE **POST-CESARIENNE** **sauf contre-indication médicale**

ABLATION DE LA SONDE A DEMEURE en salle de réveil par la sage-femme avant le retour dans le service et surveillance du globe vésical (clinique + Bladder Scan *) selon le protocole
si pas de miction spontanée ou résidus post-mictionnels > 100cc dans les 6 heures suivant l'ablation de la SAD → appel obstétricien + sondage évacuateur

VOIES VEINEUSES obturées,
arrêt perfusion avant le retour dans le service,
surveillance à tracer dans le diagramme de soin.
ablation à H24.

BOISSONS , ALIMENTATION NORMALE dès le retour dans le service,
collation en dehors des horaires de repas

ANTALGIQUES per os en systématique : PARACETAMOL*
AINS 4 jours sauf contre-indication + IPP *
ACUPAN® sur un sucre *
TRAMADOL®*

LEVER PRECOCE dans les 2 à 4h suivant le retour dans le service

PREVENTION DES NAUSEES ET VOMISSEMENTS : en cas de survenue,
ZOPHREN® 4 mg IVL *

SURVEILLANCE post-op (pouls, TA, globe utérin, pertes sanguines) :
toutes les heures pendant 4h puis toutes les 6 heures les 24 premières heures puis 1 fois par jour si aucune anomalie constatée

*cf OPIUM Protocole Réhabilitation précoce post-césarienne

Hospices civils de Lyon Centre Hospitalier Lyon Sud Service d'anesthésie réanimation	Procédures Médicales	
Protocole Fast Track en chirurgie colique		
Rédaction	Validation	
Date		

OBJET :

Procédure de prise en charge « FAST TRACK des patients en chirurgie colo rectale »

L'ensemble de cette procédure fait l'objet d'une prescription protocolée de séjour dans de logiciel de prescription opium en (annexe 1)

Des référents ont été nommés pour les différentes parties :

Chirurgien : Dr E Cotte

Anesthésiste : Dr A Steghens

Infirmière :

Aide-Soignante :

Kinésithérapeute : T Ponset, I Velasquez

INDICATION

Le concept de la chirurgie Fast-track a été développé pour réduire la morbidité post-opératoire (pneumonie, UGD hémorragique, infection urinaire, dysfonction cardiaque ou rénale, les complications chirurgicales « strictes » n'étant pas modifiées).

Cette prise en charge s'adresse aux patients ASA 1, 2 (ou 3 équilibré) devant bénéficier d'une colectomie segmentaire par laparotomie ou laparoscopie.

Ce type de programme combine :

- Optimisation pré-opératoire du statut physique et psychologique du patient.
- Diminution du stress chirurgical.
- Traitement dynamique de la douleur
- Renforcement de la mobilisation
- Nutrition entérale (orale) précoce
- Une non-utilisation de sondes et drains.

Pour ce faire, les patients devant bénéficier d'une chirurgie colique ne doivent par exemple plus suivre un régime pré-opératoire ni une préparation colique. Ils sont également réalimentés et mobilisés dans les premières heures post-opératoires.

En pratique, les patients entrant dans « ce programme » seront opérés entre e **lundi et le mercredi** afin que l'encadrement pendant leur hospitalisation et le jour de leur sortie (du jeudi au samedi) soit optimal.

Objectif : SORTIE J3

PROCEDURE

Description de la trajectoire patient, et des prescriptions pré per et post opératoires

1. Phase pré opératoire

- **Evaluation pré-opératoire**

Consultation de chirurgie

Le chirurgien informe le patient sur le principe et le déroulement de la procédure FastTrack et s'assure de la motivation du patient.

Durant cette consultation sont remis au patient :

Une brochure explicative comprenant l'ensemble des numéros téléphoniques nécessaires (annexe 2)

Les ordonnances pour la période post opératoires (annexe 3)

Les dates de rendez vous pour le suivi post opératoire chirurgical à 1 semaine et 1 mois.

Hospices civils de Lyon Centre Hospitalier Lyon Sud Service d'anesthésie réanimation	Procédures Médicales	Version 1 Page 2/2

Par ailleurs un courrier est envoyé au medecin traitant, l'informant de la prise en charge du patient et de s'assurant de sa collaboration à la procédure FastTrack (demande de rendez vous le lundi post opératoire) ([annexe 4](#))
Aucune préparation digestive ni régime alimentaire pré-opératoire particulier ne sont prescrits au patient.

Consultation d'anesthésie

L'évaluation pré-opératoire des patients entrant dans le programme « fasttrack de chirurgie colique » se fera à la **consultation d'anesthésie au minimum 15 jours avant l'intervention.**

Le bilan pré-opératoire se fera selon les recommandations pour ce type de chirurgie et des antécédents du patient.

Lors de cette consultation, une **péridurale** devra être proposée (en l'absence de contre-indication et même s'il s'agit d'une technique coelioscopique) et expliquée au patient. En effet, c'est un des éléments essentiels de la réhabilitation précoce. De même les remarques concernant la prémédication devront déjà lui être expliquées.

Il faudra également encouragé le patient à stopper ses consommations éthylique et tabagique et rechercher les antécédents et facteurs de risques des nausées et vomissements post-opératoires.

- **Prise en charge pré-opératoire:**

La prise en charge pré opératoire dans le service se fait selon la procédure définie dans le service de chirurgie générale du CHLS ([annexe 5](#))

Les particularités sont :

- Jeûne :

Le jour de l'admission (veille de l'intervention), le patient recevra des suppléments d'hydrates de Carbone liquides à boire (800 ml)

Les boissons autorisées sont les liquides dits transparents : café, thé, jus de fruit (pomme orange) sans pulpe, oasis non gazeux).

Il pourra manger jusqu'à 6 heures avant l'intervention.

Liquides transparents seront autorisés tardivement et il faudra inciter le patient à boire jusqu'à **2 heures avant** l'intervention les 400 ml de suppléments d'hydrates de carbone.

- Veille de l'intervention :

Pas de prescription d'anxiolytique ou de somnifère systématique, seulement à la demande du patient.

Une prescription protocolée cristal net propose ATARAX 50mg et est à cocher en cas de demande du patient.

- Jour opératoire :

Pas de prémédication d'office.

Proposition cristal net : atarax 50mg

Le patient sera réveillé à 6h00, boira jusqu'à 7h00.

Prise de la prémédication à 7h00 et douche selon procédure préopératoire([annexe 6](#))

Le patient sera stimulé pour uriner avant le départ au bloc.

Appel au bloc pour 8h30, en salle pré 8 pour la pose de péridurale.

Entrée en salle d'opération à partir de 9h30 en deuxième position dans le programme opératoire

2. Phase per opératoire

- Installation chirurgicale :

Pour tous les colons,

- 1 Décubitus dorsal
- 2 2 bras le long du corps : attention au maintien de la position neutre dans les gouttières des coudes et des poignets.
- 3 Epaulières ou sangles de thorax
- 4 Matelas chauffant Bair hugger
- 5

Pour les colons droits :

Simple abord (jambes serrées)

Pour les colons gauches

Double abord jambes dans les bottes et gel dans les bottes

Hospices civils de Lyon Centre Hospitalier Lyon Sud Service d'anesthésie réanimation	Procédures Médicales	Version 1 Page 3/2

- **Prise en charge anesthésique en salle d'opération :**

Monitoring :

ECG, TA non invasive, SpO2 , CO2 expiré, alarmes du respirateur.

Pas de voie veineuse centrale.

Pas de ligne artérielle systématique.

Pas de Sonde urinaire : sondage évacuateur au besoin, évaluation du contenu vésical par bladder scanner en SSPI.

Mise en place d'une **VVP 16 ou 18 G avec « dial-a-flow »**. Une **deuxième VVP** sera mise en place après l'induction.

Anesthésie générale balancée.

Rien n'est interdit ...

Tenir compte des buts du programme : diminution du stress chirurgical, traitement dynamique de la douleur, renforcement de la mobilisation et nutrition entérale (orale) précoce.

Utilisation d'une FiO2 > 60 %.

Préférence pour rémifentanyl en association avec la péridurale

Antagonisation systématique des curares par prostigmine atropine

Quels fluides ?

La surcharge en fluides per- et post-opératoires retarde la récupération de la fonction gastro-intestinale et va donc à l'encontre de la philosophie du FastTrack.

Le « fluidregimen » se fera donc plutôt sur le versant « sec ».

Recommandations :

Sérum physiologique à 0,9% : 10 ml / Kg / heure pendant la 1^{ère} heure suivi de 5 ml / Kg / h.

Utilisation de l'indice de sensibilité au remplissage VPI.

Compensation des pertes sanguines par colloïdes 1/1.

L'hypotension (chute de > 20 % par rapport à la ligne de base) sera traitée préférentiellement par des vasopresseurs : Ephédrine (max. 20 mg).

Analgesie :

- **Péridurale thoracique « systématique »:**

Administrer éventuellement du **Midazolam**1 à 3 mg si le patient est stressé ou anxieux avant la réalisation de la péridurale.

○ Buts :

- Analgesie post-opératoire efficace = clé d'une réhabilitation post-opératoire précoce : le patient sera notamment mobilisé dès le premier soir (sortie 2 heures du lit).
- Amélioration de la fonction intestinale : diminution de la consommation de morphinique.
- Diminution de la réponse au stress chirurgical.

○ Niveau T7-T8/ T8-T9.

○ Veiller à tunnéliser le KT car le patient va être mobilisé +++.

○ Dose Test : 3 ml de lidocaïne 2% avec adrénaline 1/400.000.

○ Injection : **Naropéine 2 ou 3,75 mg/ml pour un total de max.10 à 15 ml.**

○ Maintenance : **selon protocole de service habituel .**

○ Adjuvants **possibles** en salle d'opération: **NON**

○ Post-opératoire : **48 heures ; selon le protocole retenu par l'équipe suite aux essais réalisés et prescrit dans Opium.**

- **Alternative en cas de contre-indications, de refus du patient ou d'échec de la mise en place de la péridurale :**

Lidocaïne intraveineuse : elle présente des effets analgésiques, antihyperalgésiques et anti-inflammatoires et semble accélérer le retour de la fonction intestinale post-opératoire.

○ Schéma :

- Bolus de 1.5 mg/Kg à l'induction.

Hospices civils de Lyon Centre Hospitalier Lyon Sud Service d'anesthésie réanimation	Procédures Médicales	Version 1 Page 4/2

- Infusion per-opératoire continue de 2 mg/Kg/h.
- Infusion continue de 1mg/Kg/h jusqu'à la 24^{ème} heure post-opératoire.

- **Antalgiques associés de façon systématique :**

- A.I.N.S : Profenid 100mg **systématique** dès l'induction en l'absence de contre-indications.
- Puis profenid per os 3 X 50 mg P.O. sera repris dès le retrait de la péridurale pour une durée de 72 heures maximum.

- Paracétamol 1g I.V. 30 minutes avant la fin de l'intervention **en systématique**
Relais par Paracétamol 1 g P.O./6 heures max. dès la dose suivante.

Acupan PSE 120mg/24heures

- Infiltration des trous de trocart par Naropéine 0,75%.

Prévention des nausées et vomissements post-opératoires :

- Induction et maintenance de l'anesthésie générale avec une infusion continue de propofol.
- Sonde gastrique : elle sera mise en place après l'induction selon à la demande du chirurgien et retirée après aspiration avant le réveil et l'extubation du patient.
- Protocole dexaméthasone 4 mg à l'induction et droleptan 1,25 mg 30 min avant la fin du geste.
- Ondansétron 4 mg (Zofren® 4 mg / 12 h) en post-opératoire systématique pendant 24 heures.
- Erythromicine systématique débutée en peropératoire à l'induction, 250mg x 3/jour pendant 72 heures

Antibioprophylaxie :

Selon les recommandations actualisées de la SFAR disponibles en salle d'intervention.

Maintien de la normothermie ++++:

Objectif : température centrale patient (monitorée par sonde oesophagienne) > ou = à 36°C à l'arrivée en SSPI.

Utilisation d'un BairHugger et de réchauffeurs de fluides systématique (serpentin)

Matelas chauffant si disponible.

Réchauffer la salle d'intervention les jours de FastTrack.

3 Phase post opératoire

Le patient recommencera à boire 2 heures après sa remontée à l'étage. Les apports IV seront stoppés dès la reprise de l'hydratation orale mais la VVP sera laissé en place jusqu'au retrait de la péridurale.

- **Prise en charge du patient en salle de réveil.**

Analgesie :

En systématique

- Péridurale ou Lidocaïne I.V.
- Paracétamol, profenid, acupan
- Si douleur :
 - Appel anesthésiste responsable.
 - Vérification du niveau de la péridurale et réinjection bolus si nécessaire.
 - **EVA > 3 et < 5/10 :**
 - Contramal® 100 mg si persistance de la douleur après 30 minutes.
 - **EVA > 5/10 :**
 - Appel anesthésiste : L'injection de tout autre produit ne pourra se faire que sur avis de l'anesthésiste responsable du patient.

Remplissage :

Retrait de la 2^{ème} VVP avant la remontée en chambre(exception : pompe à lidocaïne)

Entretien de la VVP : Glucidion 5% 500ml litre jusqu'à 18heures J0

Bladder scan systématique pour évaluer le remplissage vésical +/- sondage évacuateur.

Hospices civils de Lyon Centre Hospitalier Lyon Sud Service d'anesthésie réanimation	Procédures Médicales	Version 1 Page 5/2

Hypotension : = chute de la T.A. > 20 % de la « baseline ».

Remplissage par Voluven 250 ml / 15min.

Si persistance hypotension :

- Administration de 6 mg d'éphédrine en I.V.
- Appel de l'anesthésiste.

Nausées – Vomissements :

Zophren® 4 mg **en systématique.**

Si insuffisant : dropéridol 1,25mg à répéter.

Réchauffement actif

Oxygène systématique:

Remontée du patient d'office avec 2 litres/min d'O₂ jusqu'au lendemain 8 h. (Le patient peut être déconnecté de l'oxygène pendant sa remontée à l'étage)

Autorisation de sortie de la salle de réveil.

OBJECTIF : séjour d'une heure en salle de réveil, en prévention de l'hypothermie.

Appel d'office à 60 minutes après l'admission en salle de réveil de l'anesthésiste pour évaluer les critères de décharge.

- **Prise en charge dans le service de chirurgie:**

Cette phase de la prise en charge nécessite une participation active de l'infirmière et l'aide soignante en charge du patient ainsi que du kinésithérapeute.

L'ensemble du personnel para médical participe à la stimulation du patient.

L'aide soignante incite le patient à reprendre laboisson puis l'alimentation orale en post opératoire précoce, s'assure de la mise au fauteuil et de la mobilisation du patient selon les prescriptions dans opium.

Le kinésithérapeute participe à la stimulation du patient pour la prise en charge respiratoire et surtout une mobilisation précoce intensive et répétée du patient. Un protocole de prise en charge en kinésithérapie est défini. (annexe 7)

L'ensemble de la procédure est détaillé dans la fiche cristal net (annexe 1)

- H + 2:
 - o Prise de liquides par voie orale.
- 18heures : Stop perfusion. VVP laissé en place.
- Soir :
 - o Alimentation semi-solide.
 - o Mobilisation >2 heures en dehors du lit.
 - o Perfusion IV reprise si < 500 ml de prise orale de liquides à 20 heures.
 - o Début de la prévention thromboembolique par HBPM, poursuivie tous le séjour et 21 jours après la sortie du patient.
- J + 1 :
 - o Prise de liquides oraux > 1 litres et régime normal.
 - o Chewingum
 - o Erythromicine per os 250mg x 3
 - o Arrêt de la perfusion IV si reprise la veille. VVP en place.
 - o Arrêt de l'oxygène.
 - o Mobilisation >6 heures en dehors du lit.
 - o Biologie de contrôle (NFP, CRP, ionogramme)
- J + 2 :
 - o Arrêt de l'infusion dans la périurale à 8h00 et retrait de du cathéter à 16 heures.
 - o Retrait de la VVP
 - o Mobilisation >8 heures.
- J + 3
 - o Biologie de contrôle (NFP, CRP, ionogramme).
 - o Recherche des critères de décharge.
 - o Confirmation des rendez vous de consultations post opératoires pris en pré opératoire.
 - o Sortie avec compte rendu d'hospitalisation remis en main propre

Les critères de décharge de l'hôpital sont :

Hospices civils de Lyon Centre Hospitalier Lyon Sud Service d'anesthésie réanimation	Procédures Médicales	Version 1 Page 6/2

- Contrôle efficace de la douleur par des antalgiques oraux.
- Absence de nausées.
- Possibilité de prendre des solides.
- Reprise du transit (gaz).
- Retour à la mobilité initiale.
- Absence de complications.
- Volonté de rentrer chez soi.

- **Suivie post séjour hospitalier**

Appel par l'infirmière référente au lendemain de la sortie

Feuille de suivi téléphonique remplie ([annexe 8](#))

Rendez vous avec le médecin traitant le lundi suivant

Annexe 7

Prise en charge en kinésithérapie du patient en FastTrack de chirurgie colo rectale

Sur le plan respiratoire

- La veille de l'intervention

Initiation du patient à la spirométrie incitative (tri flow) avec apprentissage et éducation du patient pour réaliser l'exercice trois fois par heure, sous forme de 4 inspirations lentes et maximales.

- A partir du J1 post opératoire

Evaluation clinique du patient

Inspection : S'assurer de l'absence de respiration paradoxale, tirage sus sternal, de l'existence d'une respiration symétrique droite gauche

Auscultation : Ecoute des voies aériennes supérieures (VAS) à la bouche ou par auscultation pulmonaire bilatérale ;

Si présence de sibilants : Aérosols bricanylatrovent selon protocole

Si présence de VAS sèches ou de craquements : aérosols de bicarbonate à 14 pour mille

Evaluation paraclinique : prise de connaissance des constantes vitales relevées par l'infirmière, des radiographies pulmonaires s'il en existe.

Vérification trois fois par jour de la progression au tri flow ;

Kinésithérapie d'expectoration au moindre signe d'encombrement pulmonaire.

Sur le plan de la mobilisation

- J1 post opératoire,

Faire marcher le patient 20 minutes minimum.

A renouveler deux fois dans la journée.

Surveillance d'éventuels déficits neurologiques liés à la présence de la péridurale.

Si présence avertir l'anesthésiste en charge du service et raccompagné le patient dans son lit.

- J2 post opératoire

Marche et montée des escaliers à deux reprises dans la journée.

Surveillance d'éventuels déficits neurologiques liés à la présence de la péridurale.

Si présence avertir l'anesthésiste en charge du service et raccompagné le patient dans son lit.

1.3.3 Les jours post-opératoires

Jour+1 (Lendemain de l'intervention)

- ✚ *Mobilisation* : lever 2x2h avec marche 2x20 minutes minimum. Notre kinésithérapeute vous prendra en charge.
- ✚ *Alimentation* : 1L d'eau minimum et repas normaux.
- ✚ *Appareillage* : cathéter de perfusion obturé, cathéter de péridurale.
- ✚ *Douleur* : contrôlée par la péridurale avec administration d'anti-douleurs supplémentaires si nécessaires.

Jour+2

- ✚ *Mobilisation* : augmentation du périmètre de marche et escaliers.
- ✚ *Alimentation* : normale.
- ✚ *Appareillage* : retrait des cathéters de perfusion et de péridurale.
- ✚ *Douleur* : traitée par des antalgiques oraux.

Jour+3

- ✚ *Sortie avant 14h* : remise des documents par le médecin.

1.3.4 Une fois chez vous...

- ✚ Un suivi téléphonique est assuré dès le lendemain par l'infirmière référente pour s'assurer que tout se passe correctement et pour répondre à vos questions.
- ✚ Une première consultation avec le chirurgien à lieu 1 semaine après votre sortie et une deuxième 1 mois plus tard.
- ✚ En cas de problème vous pouvez contacter votre médecin traitant ou le **service de chirurgie au 04 78 86 16 92**.

1.4 Quelques précautions

- ✚ Eviter de porter des charges lourdes (>3kg) pendant 2 mois.
- ✚ Gardez une alimentation équilibrée en évitant toutefois les excès.
- ✚ Les injections d'anticoagulants devront être poursuivies en respectant la durée prévue par le chirurgien. Les bas de contentions devront être portés 15 jours.
- ✚ Douches autorisées mais pas de bain avant le 10ème jour post-opératoire.

SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE ET ENDOCRINIENNE

Hospices Civils de Lyon

Centre Hospitalier Lyon-Sud



Hôpitaux de Lyon

Brochure d'information pour la réhabilitation rapide après chirurgie colorectale

- Fast Track-



Vous allez bénéficier d'une intervention chirurgicale du colon et vous avez été informé par votre chirurgien de la réhabilitation post-opératoire rapide –**Fast Track**–.

Ce document est destiné à vous expliquer **les principes** et les **différentes étapes** de cette prise en charge. Vous êtes invité à le lire attentivement, l'équipe médicale et soignante restant à votre entière disposition pour répondre à vos questions.

1.1 Qu'est-ce que le Fast Track ?

La réhabilitation rapide est un mode d'approche de l'intervention chirurgicale qui vous permet de retrouver rapidement votre autonomie.

1.2 Les grands principes du Fast Track :

- ✚ Continuer l'alimentation et l'hydratation le plus tard possible avant l'intervention et les reprendre le plus tôt possible après celle-ci afin que le transit intestinal redémarre au plus vite.

- ✚ Vous levez dès votre retour en chambre après l'intervention pour maintenir le tonus musculaire et une bonne respiration.
- ✚ Gérer votre douleur de manière optimale pour éviter qu'elle n'entrave le retour rapide à l'autonomie.
- ✚ Vous permettre un retour rapide à l'autonomie pour diminuer le risque de complications post-opératoires (infections pulmonaires, thrombophlébites,...)

1.3 Les différentes étapes :

1.3.1 La veille de l'intervention

- ✚ Admission entre 14 et 16h et installation dans votre chambre.
- ✚ Aucun régime à suivre à la maison et alimentation normale jusqu'à minuit.
- ✚ Entretien et dialogue avec l'infirmière.
- ✚ Préparation : dépilation de l'abdomen et douche avec savon antiseptique. Des bas de contention vous seront remis pour la prévention des thrombophlébites.
- ✚ Visite de l'anesthésiste et du chirurgien.

1.3.2 Le jour de l'intervention

Avant l'intervention

- ✚ Prise de boisson sucrée (non gazeuse) maximum 400ml jusqu'à 2h avant l'intervention (Ice Tea, Nestea, Oasis, eau sucrée, eau avec sirop).
- ✚ Douche avec savon antiseptique après laquelle vous mettrez une "blouse d'opéré" et les bas de contention.
- ✚ Dans le cas d'une intervention du colon gauche, administration d'un petit lavement rectal (Normacol).
- ✚ Si nécessaire une prémédication par voie orale vous sera donnée.

Après l'intervention

- ✚ *Mobilisation* : premier lever 1 à 2h après le retour de la salle de réveil. La durée de ce premier lever dépendra de vous.
- ✚ *Alimentation* : 500ml d'eau et un repas léger 2h après le retour de la salle de réveil.
- ✚ *Appareillage* : perfusion et cathéter de péridurale.
- ✚ *Douleur* : contrôlée par la péridurale avec administration d'anti-douleurs supplémentaires si nécessaires.

GROUPEMENT HOSPITALIER SUD
Centre Hospitalier Lyon Sud
165, Chemin du Grand Revoyet
69495 PIERRE-BENITE Cedex
FRANCE



Pierre-Bénite,

Le

CHIRURGIE DIGESTIVE ET ENDOCRINIENNE

Bat 3A – Unité 11 – 13 - 21

Pr. J.L. PEIX

Chef de Service

Tél. : 04.78.86.23.71

Fax : 04.72.66.64.95

Pr. F.N. GILLY

Tél. : 04.78.86.23.72

Fax. : 04.78.86.33.43

Pr O. GLEHEN

Tél. : 04.78.86.23.71

Fax. : 04.78.86.33.43

Pr J.C. LIFANTE

Tél. : 04.78.86.23.70

Fax : 04.72.66.64.95

Dr. Y. FRANCOIS

Tél. : 04.78.86.23.71

Fax. : 04.78.86.33.43

Dr E. COTTE

Tél. : 04.78.86.23.71

Fax. : 04.78.86.33.43

Dr K. MOHKAM

Tél. : 04.78.86.23.71

Fax : 04.72.66.64.95

Dr G. PASSOT

Tél. : 04.78.86.23.70

Fax : 04.72.66.64.95

Dr C. BLANC

Tél. : 04.78.86.23.70

Fax. : 04.78.86.33.43

Secrétariat d'Hospitalisation

Tél. : 04.78.86.23.72

Fax. : 04.78.86.33.43

Cher Confrère,

Nous avons vu en consultation votre patient(e) **Mr ou Mme**
Vous trouverez ci-joint le compte rendu de cette consultation.

Comme vous le verrez, votre patient va bénéficier prochainement d'une colectomie.
Nous lui avons proposé de l'intégrer dans un protocole de réhabilitation rapide après chirurgie colo-rectale ou FAST TRACK.

Le but de ce programme est de diminuer l'agression et le stress liés à l'intervention afin de dynamiser la réhabilitation post-opératoire.

Différentes mesures permettent ainsi au patient de quitter le service dès le 3^{ème} jour post-opératoire. Ces mesures comprennent des techniques de chirurgie mini-invasives, des techniques d'anesthésie permettant une reprise plus rapide du transit notamment, et des soins péri-opératoires spécifiques avec une mobilisation et une alimentation précoces du patient.

L'objectif est bien entendu de diminuer la durée de séjour mais également de diminuer les risques opératoires.

Du fait d'une sortie précoce du Service de Chirurgie, nous souhaitons le/la revoir rapidement en consultation de Chirurgie une semaine après sa sortie (J10).

Il est possible, dans l'intervalle, qu'en cas de problème post-opératoire mineur (douleur, problème de cicatrisation...) le ou la patient(e) vous contacte.

GROUPEMENT HOSPITALIER SUD
Centre Hospitalier Lyon Sud
165, Chemin du Grand Revoyet
69495 PIERRE-BENITE Cedex
FRANCE



Nous restons bien évidemment à sa disposition et à la vôtre pour toute question et en cas d'urgence.
Un Chirurgien du Service est d'astreinte en permanence et est joignable via les Infirmières du Service qui, de jour comme de nuit, peuvent nous contacter.

En cas d'urgence , vous pouvez donc joindre :

- les **Infirmières** du Service au : **04.78.86.16.92**
- le Secrétariat de Chirurgie, en journée au : **04.78.86.23.71.**

Par la suite, nous reverrons de manière systématique en consultation le ou la patient(e) un mois après l'intervention.

Votre collaboration paraît essentielle à la réussite de ce programme afin de permettre une sortie anticipée du patient en toute sécurité.

En restant à votre disposition pour toute information complémentaire,
Bien confraternellement.

Docteur E. COTTE,
Praticien Hospitalo-Universitaire

Protocole Fast Track

Chek list contact téléphonique infirmière J4

1- Douleur :

- EVA (0-10)=
- Soulagée par antalgiques prescrits ? Oui Non
(si non demander rappel par chirurgien référent)

2- Transit :

- Gaz ? Oui Non
- Selles ? Oui Non
- Diarrhées profuses ? Oui Non
(si oui demander rappel par chirurgien référent)
- Sang dans les selles ? Oui Non
- Abondant ? Oui Non
(si oui demander rappel par chirurgien référent)

3- Alimentation :

- Tolérée ? : Oui Non
(si non demander rappel par chirurgien référent)

4- Température >38°C Oui Non

(si oui demander rappel par chirurgien référent)

5- Cicatrice

- Rougeur? Oui Non
- Ecoulement ? Oui Non
(si oui demander rappel par chirurgien référent)

*GROUPEMENT HOSPITALIER
EDOUARD HERRIOT
Service de Chirurgie Digestive
Place d'Arsonval
69437 Lyon cedex 03
FRANCE*

Etiquette du patient

JOURNAL DE BORD DU PATIENT

Jour de l'opération (J-1)

Date : _____

- **PREOPERATOIRE**

Jus de pommes

Quantité bue :

- la totalité
- la moitié
- moins de la moitié
- pas du tout

Jour de l'opération (J0) Date _____

• **PREOPERATOIRE**

Jus de pommes

Quantité bue :

- la totalité
- la moitié
- moins de la moitié
- pas du tout

• **POSTOPERATOIRE**

Repas :

Quantité ingérée :

- la totalité
- la moitié
- moins de la moitié
- pas du tout

Eau bue

- 2 carafes de 500 ml
- 1 carafe de 500 ml
- pas du tout

Compléments hyperprotéinés

Quantité ingérée :

- 1 flacon
- pas du tout

Mobilisation du patient :

Position debout ou assise :

- pas du tout
- moins de deux heures
- au moins deux heures

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **nausée** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de nausée) (pire nausée imaginable)

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **douleur** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de douleur) (pire douleur imaginable)

1er jour après l'opération (J1)

Date _____

J'ai mangé:

- très bien (plus que la moitié)
- bien (la moitié)
- peu (moins de la moitié)
- pas du tout

J'ai bu:

- 4 carafes de 500ml
- 3 carafes de 500ml
- 2 carafes de 500ml
- 1 carafe de 500ml
- pas du tout
- Café/Thé /Tisane
- Soupe

J'ai mangé quoi :

- Bouillon/compote
- Repas léger (purée/jambon/dessert)
- Repas normal

J'ai vomi:

- non
- oui _____ fois

J'ai eu des gaz non oui

J'ai été à selles non oui

But: 2 compléments nutritionnels oraux hyperprotéinés

Quantité ingérée :

- 2 flacons
- 1 flacon
- pas du tout

But: Au moins 6 heures en dehors du lit, repas pris à table, et environ 100m de marche.

J'ai été debout ou assis:

Aux repas: petit-déjeuner déjeuner diner

Matinée: 1H 2H 3H 4H

Après-midi: 1H 2H 3H 4H

Temps passé debout ou assis pour la toilette : Minutes

Nombre de séries de 100m de marche : (Cochez une croix par série faite)

Autonomie à la marche/toilette (sans aide) non oui

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **nausée** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de nausée) (pire nausée imaginable)

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **douleur** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de douleur) (pire douleur imaginable)

2e jour après l'opération (J2)

Date _____

J'ai mangé:

- très bien (plus que la moitié)
- bien (la moitié)
- peu (moins de la moitié)
- pas du tout

J'ai bu:

- 4 carafes de 500ml
- 3 carafes de 500ml
- 2 carafes de 500ml
- 1 carafe de 500ml
- pas du tout
- Café/Thé /Tisane
- Soupe

J'ai mangé quoi :

- Bouillon/compote
- Repas léger (purée/jambon/dessert)
- Repas normal

J'ai vomi:

- non
- oui _____ fois

J'ai eu des gaz non oui

J'ai été à selles non oui

But: 2 compléments nutritionnels oraux hyperprotéinés

Quantité ingérée :

- 2 flacons
- 1 flacon
- pas du tout

But: Au moins 6 heures en dehors du lit, repas pris à table, et environ 100m de marche.

J'ai été debout ou assis:

Aux repas: petit-déjeuner déjeuner diner

Matinée: 1H 2H 3H 4H

Après-midi: 1H 2H 3H 4H

Temps passé debout ou assis pour la toilette : minutes

Nombre de séries de 100m de marche : (Cochez une croix par série faite)

Autonomie à la marche/toilette (sans aide) non oui

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **nausée** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de nausée) (pire nausée imaginable)

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **douleur** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de douleur) (pire douleur imaginable)

4^e jour après l'opération (J4)

Date _____

J'ai mangé:

- très bien (plus que la moitié)
- bien (la moitié)
- peu (moins de la moitié)
- pas du tout

J'ai bu:

- 4 carafes de 500ml
- 3 carafes de 500ml
- 2 carafes de 500ml
- 1 carafe de 500ml
- pas du tout
- Café/Thé /Tisane
- Soupe

J'ai mangé quoi :

- Bouillon/compote
- Repas léger (purée/jambon/dessert)
- Repas normal

J'ai vomi:

- non
- oui _____ fois

J'ai eu des gaz non oui

J'ai été à selles non oui

But: Au moins 6 heures en dehors du lit, repas pris à table, et environ 100m de marche.

J'ai été debout ou assis:

Aux repas: petit-déjeuner déjeuner diner

Matinée: 1H 2H 3H 4H

Après-midi: 1H 2H 3H 4H

Temps passé debout ou assis pour la toilette : minutes

Nombre de séries de 100m de marche : (Cochez une croix par série faite)

Autonomie à la marche/toilette (sans aide) non oui

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **nausée** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de nausée) (pire nausée imaginable)

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **douleur** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de douleur) (pire douleur imaginable)

5^e jour après l'opération (J5)

Date _____

J'ai mangé:

- très bien (plus que la moitié)
- bien (la moitié)
- peu (moins de la moitié)
- pas du tout

J'ai bu:

- 4 carafes de 500ml
- 3 carafes de 500ml
- 2 carafes de 500ml
- 1 carafe de 500ml
- pas du tout
- Café/Thé /Tisane
- Soupe

J'ai mangé quoi :

- Bouillon/compote
- Repas léger (purée/jambon/dessert)
- Repas normal

J'ai vomi:

- non
- oui _____ fois

J'ai eu des gaz non oui

J'ai été à selles non oui

But: Au moins 6 heures en dehors du lit, repas pris à table, et environ 100m de marche.

J'ai été debout ou assis:

Aux repas: petit-déjeuner déjeuner diner

Matinée: 1H 2H 3H 4H

Après-midi: 1H 2H 3H 4H

Temps passé debout ou assis pour la toilette : minutes

Nombre de séries de 100m de marche : (Cochez une croix par série faite)

Autonomie à la marche/toilette (sans aide) non oui

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **nausée** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de nausée) (pire nausée imaginable)

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **douleur** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de douleur) (pire douleur imaginable)

6^e jour après l'opération (J6)

Date _____

J'ai mangé:

- très bien (plus que la moitié)
- bien (la moitié)
- peu (moins de la moitié)
- pas du tout

J'ai bu:

- 4 carafes de 500ml
- 3 carafes de 500ml
- 2 carafes de 500ml
- 1 carafe de 500ml
- pas du tout
- Café/Thé /Tisane
- Soupe

J'ai mangé quoi :

- Bouillon/compote
- Repas léger (purée/jambon/dessert)
- Repas normal

J'ai vomi:

- non
- oui _____ fois

J'ai eu des gaz non oui

J'ai été à selles non oui

But: Au moins 6 heures en dehors du lit, repas pris à table, et environ 100m de marche.

J'ai été debout ou assis:

Aux repas: petit-déjeuner déjeuner diner

Matinée: 1H 2H 3H 4H

Après-midi: 1H 2H 3H 4H

Temps passé debout ou assis pour la toilette : minutes

Nombre de séries de 100m de marche : (Cochez une croix par série faite)

Autonomie à la marche/toilette (sans aide) non oui

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **nausée** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de nausée) (pire nausée imaginable)

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **douleur** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de douleur) (pire douleur imaginable)

8^e jour après l'opération (J8)

Date _____

J'ai mangé:

- très bien (plus que la moitié)
- bien (la moitié)
- peu (moins de la moitié)
- pas du tout

J'ai bu:

- 4 carafes de 500ml
- 3 carafes de 500ml
- 2 carafes de 500ml
- 1 carafe de 500ml
- pas du tout
- Café/Thé /Tisane Soupe

J'ai mangé quoi :

- Bouillon/compote Repas léger (purée/jambon/dessert) Repas normal

J'ai vomi:

- non oui _____ fois

J'ai eu des gaz non oui

J'ai été à selles non oui

But: Au moins 6 heures en dehors du lit, repas pris à table, et environ 100m de marche.

J'ai été debout ou assis:

Aux repas: petit-déjeuner déjeuner diner

Matinée: 1H 2H 3H 4H

Après-midi: 1H 2H 3H 4H

Temps passé debout ou assis pour la toilette : minutes

Nombre de séries de 100m de marche : (Cochez une croix par série faite)

Autonomie à la marche/toilette (sans aide) non oui

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **nausée** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de nausée) (pire nausée imaginable)

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **douleur** est aujourd'hui :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de douleur) (pire douleur imaginable)

9^e jour après l'opération (J9)

Date _____

J'ai mangé:

- très bien (plus que la moitié)
- bien (la moitié)
- peu (moins de la moitié)
- pas du tout

J'ai bu:

- 4 carafes de 500ml
- 3 carafes de 500ml
- 2 carafes de 500ml
- 1 carafe de 500ml
- pas du tout
- Café/Thé /Tisane Soupe
- Café/Thé /Tisane Soupe

J'ai mangé quoi :

- Bouillon/compote Repas léger (purée/jambon/dessert) Repas normal

J'ai vomi:

- non oui _____ fois

J'ai eu des gaz non oui

J'ai été à selles non oui

But: Au moins 6 heures en dehors du lit, repas pris à table, et environ 100m de marche.

J'ai été debout ou assis:

Aux repas: petit-déjeuner déjeuner diner

Matinée: 1H 2H 3H 4H

Après-midi: 1H 2H 3H 4H

Temps passé debout ou assis pour la toilette : minutes

Nombre de séries de 100m de marche : (Cochez une croix par série faite)


Autonomie à la marche/toilette (sans aide) non oui


Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **nausée** est aujourd'hui :


0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de nausée) (pire nausée imaginable)

Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de **douleur** est aujourd'hui :


0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas de douleur) (pire douleur imaginable)


 Patient en consultation de chirurgie


 Chirurgien


 Informe le patient de sa chirurgie et qu'il rentrera le jour même de son opération, donne les consignes de préparation préopératoire, les ordonnances de traitement/radios/bilans. Fait la demande de trajectoire si nécessaire. Juge de la nécessité d'une prescription de transport pour l'hospitalisation.


 Infirmier(ère)


 Donne la brochure explicative du déroulement du séjour(en collaboration avec la secrétaire), ré explique si besoin la préparation préopératoire. Donne les explications nécessaires pour l'unité d'accueil (faire brochure pour le fonctionnement de l'unité d'accueil)

 Secrétaire

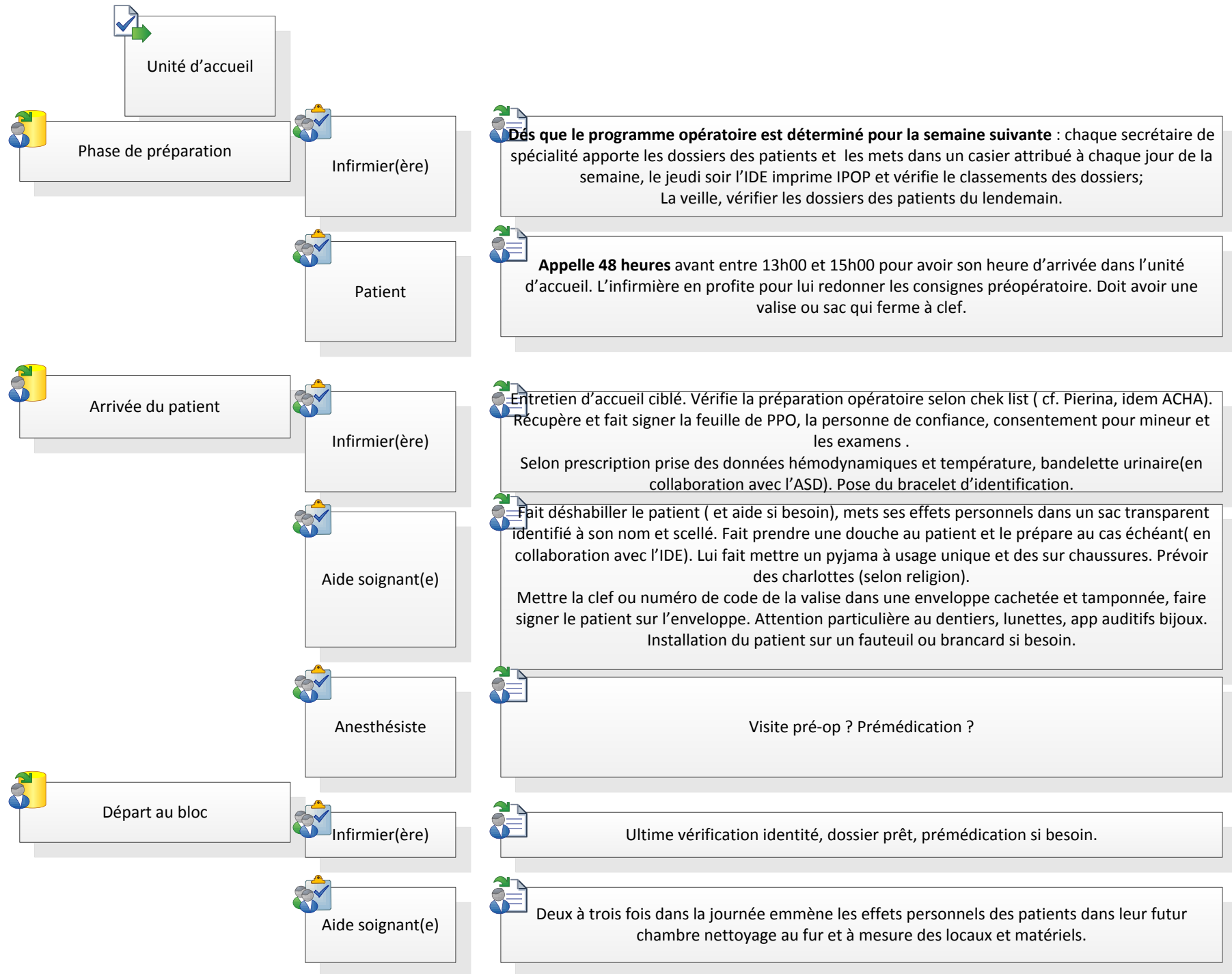
 Donne la brochure explicative du séjour(en collaboration avec l'IDE), donne le rendez vous pour l'unité d'accueil(le patient doit appeler l'unité 48h à l'avance pour avoir l'heure d'arrivée) et inscrit le patient dans l'unité d'hospitalisation via GPL et inscriptions dans IPOP (cocher : arrivée le matin). Programme le rendez vous post opératoire. Donne un rendez vous avec l'anesthésiste

 Anesthésiste

 Prescrit la prémédication si besoin , donne les ordonnances de bilan si nécessaires

 Bureau des admissions

 Préadmission





Le programme

CODE FICHE	LOCAUX	Nbre	SU	ST	TOTAL	SDO
---------------	--------	------	----	----	-------	-----

Unité à récupération rapide

235 330

Hospitalisation
Chambre 2 lits 1 21,0 21,0
Chambre 2 lits 1 20,0 20,0
Chambre 1 lit 1 15,5 15,5
Chambre 1 lit 1 16,0 16,0
Chambre 1 lit 1 16,6 16,6
Chambre 1 lit 1 16,0 16,0
Chambre 1 lit 1 16,5 16,5
Chambre 1 lit 1 17,5 17,5
Chambre 1 lit PMR 1 20,5 20,5

PC Medical
Bureau du cadre 1 14,0 14,0
Bureau médical 1 20,0 20,0
Préparation et retour chariot de soins 1 41,8 41,8

Unité accueil

163 260

Accueil
Accueil secretariat 1 21,0 21,0
Bureau cadre - Prelevements 1 21,0 21,0
Attente
Salon d'attente 1 68,0 68,0
Désinfectant 3 3,5 10,5
Désinfectant PMR 1 5,0 5,0
Stockage effets personnels 1 20,0 20,0

Locaux support
Réserve
Stockage lits bronchards 1 17,0 17,0

locaux communs aux 2 services

117 186

Locaux du personnel
Dépense 1 12,5 12,5
Sanitaires personnel 1 2,5 2,5
Locaux support
Hospimag 1 16,0 16,0
Rangement avec espace linge propre 1 16,0 16,0
Espace Douches communes 1 16,0 16,0
Office 1 33,5 33,5
Local ménage vidange vidoir linge sale 1 20,0 20,0

POUR CHOISIR UN MÉDECIN, UNE CONSULTATION : WWW.CHU-LYON.FR

BIEN ÊTRE

Des solutions pour un retour rapide au domicile

RENDRE LE PATIENT ACTEUR DE SON INTERVENTION FAIT PARTIE DE LA DÉMARCHE DE RÉHABILITATION AMÉLIORÉE INITIÉE EN CHIRURGIE AUX HCL.

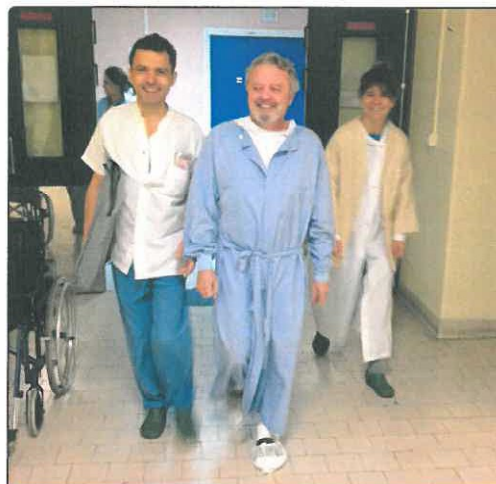
Réduction du jeûne préopératoire, diminution des anesthésiques (à durée de vie plus courte), antidouleurs appropriés (non morphiniques), patient se rendant à pied au bloc, geste opératoire mini invasif pour peu de cicatrices et moins de douleur, pas de drain postopératoire, pas de sonde urinaire, repas légers, mise en fauteuil le jour même de l'intervention, exercices de marche dès le lendemain... Du jamais vu en chirurgie ! Les dogmes tombent au profit du patient qui devient acteur de son opération.

Les services de chirurgie des Hospices Civils de Lyon s'orientent tous vers cette démarche appelée généralement fast track (récupération rapide

après chirurgie). Elle vise à atténuer le stress de l'opération afin de diminuer les complications, améliorer la réhabilitation et, in fine, réduire la durée d'hospitalisation.

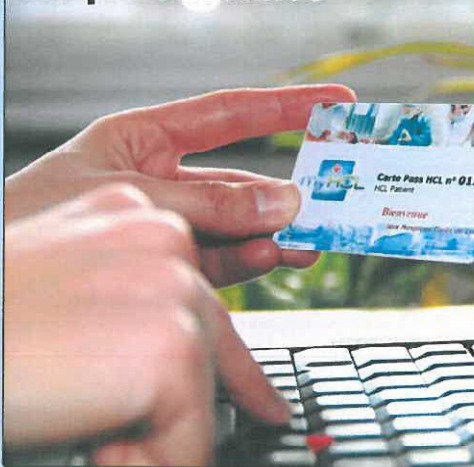
Le service de chirurgie digestive de l'hôpital Édouard Herriot est le seul service hospitalier en France à aller plus loin dans cette prise en charge en adhérant à la société ERAS® (Enhanced Recovery After Surgery ou récupération améliorée après chirurgie) qui regroupe des centres chirurgicaux en Europe et au Canada. Il propose ainsi une approche multimodale en pré- et post-opératoire dont l'objectif est la réduction des complications post-opératoires. « Parmi les vingt recommandations clés : une information

claire et des conseils donnés aux patients avant leur admission. Nous évitons dorénavant la prémédication et proposons une prise de boissons carbohydrates jusqu'à deux heures avant l'anesthésie. Pendant l'intervention, nous favorisons systématiquement les incisions courtes et les techniques coelioscopiques. Nous évitons également, autant que possible, la pose de drain et préconisons un retour rapide à une alimentation normale » précise le Pr Mustapha Adham, Coordonnateur de la Fédération de chirurgie digestive générale d'HEH. Les résultats parlent d'eux-mêmes : 97 % des patients se disent satisfaits de cette prise en charge innovante qui permet des durées de séjour réduites de moitié.



La fin du brancard ? Le 26 février dernier, Gilbert, patient du service de chirurgie digestive de l'hôpital Édouard Herriot s'est rendu à pied au bloc opératoire pour une ablation d'une partie du pancréas et du foie. Photo DR

Unique en France



DR

myHCL, unique en France : les prises de rendez-vous et les démarches administratives en ligne

Service en ligne gratuit et sécurisé proposé aux patients des HCL pour faciliter leurs formalités administratives et leur suivi médical, myHCL permet, entre autres, de faire une demande de rendez-vous de consultation en ligne auprès des services ou spécialistes des HCL, de préparer son dossier d'admission sans passer par le bureau des admissions ou d'accéder au service de paiement des factures en ligne. Simple et pratique, l'adhésion à myHCL se déroule en deux étapes. Rendez-vous au bureau des admissions pour valider votre inscription via un questionnaire rempli sur place ou téléchargeable sur le site myHCL. Vous recevrez ensuite directement à votre domicile votre carte PassHCL. Il vous suffira alors d'activer votre compte en utilisant le numéro d'identification inscrit sur la carte. Simple et efficace. Pour toute question sur myHCL, <https://myhcl.sante-ra.fr> ou 04 72 11 81 81 (du lundi au vendredi au de 8 h 30 à 16 h 30)

ROBOT CHIRURGICAL

Un super robot pour des chirurgiens aux super-pouvoirs

La coelioscopie, chirurgie « sans cicatrices », a révolutionné les interventions chirurgicales. Le robot Da Vinci présent sur le site du Centre Hospitalier Lyon-Sud décuple cette technique chirurgicale en offrant au praticien une dextérité unique.

A la disposition de l'ensemble des chirurgiens des Hospices Civils de Lyon, ce robot permet d'opérer à distance, avec une visibilité et une précision sans précédent. Doré de trois bras articulés, d'une caméra binoculaire en 3D qui grossit jusqu'à 20 fois, et d'une amplitude de mouvement

des poignets à 360 degrés, le robot prolonge le travail du chirurgien : les outils offrent une dissection plus fine qui limite les traumatismes musculaires. Le résultat est que la souffrance physique et la convalescence des patients sont réduites, la reprise des fonctions plus rapide.

La chirurgie robotique est devenue en quelques années un atout sans précédent au bénéfice du patient. Elle a permis à l'équipe du Pr Céruse, chirurgien ORL au Centre hospitalier Lyon-Sud, de réaliser en 2009 une première mondiale : l'ablation partielle du

larynx en passant par la bouche du patient. Même si l'urologie a longtemps été la discipline qui avait le plus d'avance, en particulier pour la chirurgie du cancer de la prostate, des interventions comme les ablations des tumeurs du rein ou des hystérectomies sont aujourd'hui concernées. D'autres pistes sont également explorées ; tumeurs du pancréas, de la surrenale, du rectum ou en gynécologie avec la chirurgie des cancers de l'utérus, des prolapsus, des fibromes. Une vraie avancée technologique pour un mieux-être des patients.



Le robot Da Vinci est présent sur le site du Centre Hospitalier Lyon-Sud. Photo DR

Entretiens réalisés dans le cadre du mémoire

Nom	Profession	Etablissement/service
Pr ADHAM	Chirurgien	CHLS – Chirurgie générale, oncologie et endocrinienne
Pr COTTE	Chirurgien	CHLS – Chirurgie générale, oncologie et endocrinienne
Pr FESSY	Chirurgien	CHLS – Chirurgie orthopédique
Pr PEIX	Chirurgien	CHLS – Chirurgie générale, oncologie et endocrinienne
Pr LIFANTE	Chirurgien	CHLS – Chirurgie générale, oncologie et endocrinienne
Pr BRETON	Chirurgien	CHLS – Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Pr TRINGALI	Chirurgien	CHLS – Oto-Rhino-Laryngologie
Pr RUFFION	Chirurgien	CHLS - Urologie
Pr PAPAREL	Chirurgien	CHLS - Urologie
Dr BRYSSINE	Anesthésiste-réanimateur	CHLS – Gynécologie obstétrique
Dr LUNEL-POTENCIER	Chirurgien	CHLS – Gynécologie Obstétrique
Dr HAINE	Gériatre	CHLS – Médecine gériatrique
Mme FAUJOUR	Directeur	HCL – Direction de la Stratégie
M COROND	Directeur	HCL – Direction de la Performance et du contrôle de gestion
M PITTAVAL	Chargé de mission Bloc opératoires	HCL – Direction de la Performance et du contrôle de gestion
Mme APOLLO	Cadre de santé	CHLS – Unité de chirurgie ambulatoire
Mme DELAUNAY	ARC	HCL Groupement hospitalier Edouard Herriot – Chirurgie digestive
Mme SOUTEYRAT	Cadre de santé	HCL Groupement hospitalier Edouard Herriot – Chirurgie digestive
M PONSON	Responsable du pôle « Systèmes d'information en santé »	ARS Rhône-Alpes – Direction de la Stratégie et des Projets
M LACASSAGNE	Chargé de mission/projets « Parcours de santé »	ARS Rhône Alpes – Direction de la Stratégie et des projets
Dr DUBOST	Directeur	Organisation Soins et Santé (HAD, SSIAD, EMSS, ESAD)
Mme PARCORET	Responsable SSIAD	Organisation Soins et Santé
Dr ESPAGNO	Directeur du pôle « Déploiement et maintenance »	ANAP
M MAHCER	Chargé de projet « Chirurgie Ambulatoire »	ANAP
Dr TRIPONEZ	Chirurgien	Hôpitaux Universitaires de Genève

ROBINEAU	Pauline	Décembre 2014
Élève directeur d'hôpital Promotion 2013-2015		
La chirurgie à récupération rapide : <i>Etude sur les opportunités de développement d'un modèle prometteur de prise en charge</i>		
<p>Résumé :</p> <p>Après deux décennies de développement, la chirurgie ambulatoire est un mode prise en charge qui semble avoir atteint ses limites. Pourtant, la recherche d'une prise en charge courte et optimale est un objectif partagé par tous les professionnels du monde de la santé, pour des raisons aussi bien médicales (qualité des soins, retour rapide à domicile conforme aux souhaits des patients) que médico-économiques (réduction des durées de séjour et impact sur la rotation des lits et l'occupation des plages de bloc opératoire).</p> <p>Aujourd'hui un autre concept, en parfaite cohérence avec ces attentes, pourrait trouver sa place entre la chirurgie conventionnelle et la chirurgie ambulatoire : il s'agit de la chirurgie à récupération rapide.</p> <p>La philosophie qui s'y attache vise avant tout à simplifier les protocoles de soins en supprimant des pratiques dont l'utilité est remise en question au bénéfice de méthodes innovantes. Ces protocoles, déjà mis en œuvre depuis plusieurs années notamment dans des pays d'Europe (Suisse, Belgique, Royaume-Uni) et aux Etats-Unis ont fait l'objet de nombreuses études qui toutes en confirment les résultats positifs : réduction des risques de complication, réduction de la douleur et de l'inconfort postopératoires, sans augmentation corollaire des taux de réadmission, réduction associée des DMS. Si l'intérêt de la chirurgie à récupération rapide n'est plus à prouver, reste à savoir sous quelle forme elle pourrait à l'avenir devenir un mode de prise en charge alternatif de la chirurgie ambulatoire et de la chirurgie conventionnelle. Les premières expériences de mise en œuvre de protocoles de chirurgie à récupération rapide commencent à voir le jour en France. Il appartient maintenant aux dirigeants hospitaliers de prendre la mesure de l'opportunité qu'elle constitue et d'en impulser le développement dans leurs établissements.</p> <p>Différentes pistes de mise en œuvre peuvent dès aujourd'hui être esquissées. Elles se fondent notamment sur les enseignements tirés des premières expériences d'implémentation, ainsi que sur les enjeux qui se dégagent d'une réflexion globale sur la prise en charge chirurgicale. Mais surtout, la chirurgie à récupération rapide semble être une voie d'avenir, qui sans doute offrira encore un terrain de réflexion particulièrement fertile pour l'amélioration de la qualité et l'optimisation des parcours de santé.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Chirurgie à récupération rapide, protocolisation, simplification, coordination du parcours patient, chirurgie ambulatoire, mode alternatif de prise en charge, qualité, sécurité, efficacité.</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		