



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2018-2019**

Date du Jury : **Octobre 2019**

**Mettre en œuvre et accompagner un
changement organisationnel et
culturel à l'hôpital :
La réhabilitation améliorée en
chirurgie (RAC) au CHU de Nîmes**

Emilien SAUGRIN

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier M. Nicolas Best, Directeur Général du CHU de Nîmes, et M. Eric Dupeyron, Directeur Général Adjoint, pour m'avoir permis d'effectuer ce stage de direction au sein d'un établissement dynamique, riche d'idées nouvelles et de projets innovants. S'il est possible d'apprendre le métier de directeur d'hôpital dans tous les établissements de santé de France, je suis heureux et fier d'avoir pu le faire au CHU de Nîmes.

J'adresse mes remerciements à l'ensemble des membres de l'équipe de direction pour leur accueil, leur disponibilité et la confiance qu'ils m'ont accordée au cours de ces huit mois de stage. Je voudrais remercier plus particulièrement mon maître de stage, M. Christophe Bacou, Directeur des travaux et des investissements. Sa connaissance des dossiers, ses conseils et l'autonomie qu'il m'a accordée dans la gestion de différents dossiers ont fait de ce stage une expérience très formatrice. Je remercie également Mme Marie Chardeau, Directrice de la performance et du parcours patient, pour sa disponibilité et ses conseils avisés tout au long de ce stage, ainsi que les membres de son équipe, avec lesquels j'ai eu le plaisir de travailler.

Je remercie l'ensemble des personnes impliquées dans la mise en œuvre des programmes RAC au CHU de Nîmes. Chirurgiens, anesthésistes, cadres, infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes : leur enthousiasme, leur capacité à prendre du recul sur leurs pratiques, et leur détermination à offrir la meilleure prise en charge possible aux patients sont exemplaires. J'associe évidemment à ces remerciements Mme Juliette Fauvel, ingénieure en organisation et force vive du projet RAC au CHU de Nîmes.

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui ont accepté de partager avec moi leur expérience et leur connaissance du sujet. Ils ont contribué à la construction de ce mémoire qui, je l'espère, saura convaincre de l'intérêt et des bienfaits de la mise en œuvre de programmes de réhabilitation améliorée pour les patients, pour les équipes soignantes et, plus généralement, pour les établissements.

Enfin, j'adresse de chaleureux remerciements à mon référent de mémoire, le Professeur Karem Slim, qui a contribué activement au développement de la réhabilitation améliorée en chirurgie en France. Ses remarques éclairantes et ses conseils ont été très précieux pour la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 La Réhabilitation Améliorée en Chirurgie (RAC) : une évolution des pratiques médicales et soignantes à l'origine de nouveaux parcours de soins en chirurgie	7
1.1 Une amélioration des prises en charge chirurgicales qui s'appuie sur l'évolution récente des techniques chirurgicales et anesthésiques	7
1.2 De nouveaux parcours de soins aux effets bénéfiques pour le patient, l'hôpital et la société	12
1.3 La RAC à l'heure du <i>virage ambulatoire</i> : un sujet d'intérêt pour les pouvoirs publics et les autorités sanitaires	17
1.4 La RAC et l'accueil du patient à « J0 ».....	19
2 Mettre en œuvre et accompagner la RAC dans les établissements de santé : l'exemple du CHU de Nîmes	21
2.1 Projet institutionnel ou projet de service, la RAC naît le plus souvent d'initiatives de terrain	21
2.2 Choc organisationnel et culturel, la mise en œuvre de la RAC se heurte encore à plusieurs freins.....	24
2.3 Le rôle du directeur d'hôpital dans la mise en œuvre de la RAC	28
2.4 Mise en œuvre et accompagnement de la RAC au CHU de Nîmes	29
2.4.1 Diagnostic initial et rédaction d'un plan d'actions	29
2.4.2 Rédaction et validation des protocoles	31
2.4.3 La consultation d'information préopératoire par une IDE dédiée	33
2.4.4 L'information du patient.....	35
2.4.5 Formation et information du personnel.....	36
2.4.6 Pilotage et suivi du projet RAC au CHU de Nîmes	37
2.4.7 Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la RAC.....	37
3 La généralisation de la RAC : une invitation à repenser l'ensemble des parcours patients	40
3.1 Les conditions d'une mise en œuvre de la RAC réussie : bonnes pratiques et recommandations pour mettre en œuvre des programmes RAC dans différents contextes hospitaliers	40

3.2	La RAC face à de nouveaux enjeux : pérennisation, diffusion et développement de la démarche à grande échelle	44
3.3	La RAC doit s'inscrire dans une réflexion plus large sur la réorganisation de l'ensemble du parcours patient et du rôle qu'y tient l'hôpital.....	47
	Conclusion.....	52
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes.....	VI

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-soignant

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

COPERMO : Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers

COPIL : Comité de pilotage

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DIM : Département d'information médicale

DMS : Durée moyenne de séjour

DOP : Directeur des opérations

DPC : Développement professionnel continu

EBM : Evidence based medicine

ERAS : Enhanced Recovery After Surgery

ETP : Équivalent temps plein

GHM : Groupes homogènes de malades

GRACE : Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

HAS : Haute Autorité de Santé

HCL : Hospices Civils de Lyon

IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'État

IBODE : Infirmier de bloc opératoire

IDE : Infirmier diplômé d'État

IDEC : Infirmier diplômé d'État de coordination

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

JAMA : Journal of the American Medical Association

J0 : Jour de l'intervention

LFSS : Loi de financement de la Sécurité Sociale

MOOC : Massive open online course

NHS : National Health Service

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PMIS : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile

PRS : Projet régional de santé
PTA : Plateforme territoriale d'appui
PTG : Prothèse totale de genou
PTH : Prothèse totale de hanche
RAAC : Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie
RAC : Réhabilitation Améliorée en Chirurgie
RRAC : Récupération Rapide Après Chirurgie
SSPI : Salle de surveillance post-interventionnel
UCA : Unité de chirurgie ambulatoire

Introduction

En août 1944, le Dr. John H. Powers, chirurgien au Mary Imogene Bassett Hospital de Cooperstown publia un article consacré aux suites opératoires immédiates en chirurgie dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. Le titre qu'il choisit est sans équivoque : "The Abuse of Rest as a Therapeutic Measure in Surgery. Early Postoperative Activity and Rehabilitation".¹ Dans cette étude comparative portant sur une centaine de patients, le Dr. Powers mit en évidence les effets bénéfiques d'une mobilisation et d'une réalimentation précoces sur la durée de convalescence de patients ayant subi une intervention chirurgicale lourde. En moyenne, les patients ayant été invités à se déplacer seuls dès le jour de l'intervention présentaient de meilleurs paramètres vitaux, restaient moins longtemps hospitalisés et récupéraient leurs facultés de manière plus rapide. Si la méthodologie de l'étude et le faible nombre de cas étudiés ne permettent pas de garantir, avec un haut niveau de preuve, la validité des résultats obtenus, il faut saluer le caractère précurseur de cet article. Dans un monde en proie à la Seconde Guerre mondiale où la médecine et la chirurgie étaient encore fort éloignées de ce qu'elles sont devenues aujourd'hui, près de soixante-quinze ans plus tard, un chirurgien faisait le constat qu'une bonne réhabilitation est l'un des critères d'une intervention chirurgicale réussie.

Depuis, de nombreuses études sont venues prouver l'intérêt d'une mobilisation et d'une réalimentation précoces du patient après une intervention chirurgicale. Un patient qui se lève et qui se nourrit rapidement après son passage au bloc opératoire est un patient qui récupère plus vite, et surtout dans de meilleures conditions. Ces deux éléments sont aujourd'hui au cœur des protocoles de Réhabilitation Améliorée en Chirurgie (RAC). Le concept de RAC a émergé dans les années 1990 dans le sillage des travaux de Henrik Kehlet, Professeur à l'hôpital universitaire Rigshospitalet de Copenhague. Ces premiers protocoles chirurgicaux et anesthésiques visaient principalement à réduire la durée de séjour et donc à limiter l'exposition du patient à certains risques inhérents à une hospitalisation prolongée. Il était alors question de chirurgie « fast-track » ou encore de « récupération rapide après chirurgie » (RRAC). Au fil des publications scientifiques, il est devenu évident que le principal avantage de cette démarche n'était pas tant la réduction de la durée de séjour mais l'amélioration concrète des suites opératoires pour le patient. Comme le souligne le Pr. Kareem Slim, chirurgien du service de chirurgie générale et digestive, responsable de l'unité ambulatoire du CHU de Clermont-Ferrand et président du groupe GRACE (Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie), « un

¹ Remerciements au Pr. Kareem Slim pour m'avoir fait découvrir cet article.

John H. Powers, "The Abuse of Rest as a Therapeutic Measure in Surgery. Early Postoperative Activity and Rehabilitation", *Journal of the American Medical Association*, 125 pp. 1079-1083, 19 août 1944

patient, acteur de ses soins, bien informé avant sa chirurgie de sa prise en charge, de son implication, des concepts et bénéfices de la RAC, qui n'a ni douleur, ni nausée, ni tuyau, ni complication grave et qui s'alimente, accepte volontiers de quitter le fond du lit ».² La durée de séjour n'est donc que le résultat d'une prise en charge globale qui favorise la récupération postopératoire. Il ne s'agit pas d'un critère de définition exclusif d'une prise en charge RAC mais plutôt d'un marqueur de son efficacité. Dès lors, la littérature scientifique et les différents acteurs du monde de la santé ont mis en avant l'importance d'une réhabilitation améliorée plutôt qu'accélérée. La RRAC (Récupération Rapide Après Chirurgie) s'est muée en RAAC (Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie) avant de devenir progressivement la RAC (Réhabilitation Améliorée en Chirurgie), appellation qui met davantage en relief l'aspect transversal de ces prises en charge qui ne se limitent pas à la phase postopératoire. La notion de RAC couvre un ensemble de principes et de pratiques qui évoluent à mesure que la connaissance scientifique progresse.

S'il n'existe pas de définition unifiée et partagée de la RAC, il est possible d'en dresser les principes généraux :

- 1) La réhabilitation améliorée en chirurgie est un mode de prise en charge qui vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins apportés aux patients chirurgicaux. Son objectif principal est de réduire de manière significative la morbidité postopératoire chez le patient ayant subi une intervention chirurgicale et ainsi de favoriser le rétablissement de ses capacités physiques et psychiques. L'accent est donc mis sur l'amélioration de la prise en charge plutôt que sur sa durée.
- 2) Il s'agit d'une prise en charge globale qui dépasse le seul cadre de l'intervention au bloc opératoire. C'est un ensemble cohérent de pratiques et de techniques chirurgicales, anesthésiques et infirmières qui jalonnent un chemin clinique clair, identifiable par le patient et programmé en amont de l'hospitalisation. Ces pratiques préopératoires, peropératoires et postopératoires concourent à la bonne récupération du patient.
- 3) La RAC ne peut s'envisager sans l'adhésion et la participation active du patient au programme. La RAC rompt avec un certain nombre de dogmes qui sont encore très fortement ancrés dans les pratiques hospitalières et dans l'image que se fait le patient d'une hospitalisation classique. Fini le temps où il fallait observer un jeûne strict dès la veille de l'intervention, où les sondes et les drains étaient prescrits de

² Karem Slim, *Réhabilitation Améliorée après Chirurgie, RAC : la comprendre et la mettre en œuvre*, Elsevier Masson, Juin 2018, p.58

manière automatique et où il fallait attendre plusieurs heures sinon plusieurs jours avant de se réalimenter et se mobiliser. Un grand nombre d'interdits sont maintenant dans le champ du possible, voire du souhaitable. Il est donc primordial que le patient ait été informé des récentes avancées de la science sur ces sujets et qu'il comprenne l'intérêt de ce nouveau parcours de soins en chirurgie. De sa participation va dépendre sa capacité à récupérer son autonomie dans les meilleures conditions. L'un des principaux enjeux d'une démarche RAC est donc l'information donnée à la fois aux personnels impliqués dans la prise en charge et aux patients, pour éviter tout effet de surprise.

- 4) La démarche RAC suppose une action coordonnée des différents acteurs de la prise en charge hospitalière et extrahospitalière, du patient. La grande majorité des programmes RAC est portée par un quatuor dont la composition illustre le caractère transversal de la démarche : un chirurgien, un anesthésiste, un infirmier et un directeur d'hôpital. La rédaction d'un protocole de soins partagé implique un travail d'équipe. La RAC permet donc d'engager la discussion entre des professionnels qui, s'ils se côtoient, travaillent de manière cloisonnée et n'échangent que très peu entre eux. La prise en charge du patient n'est plus segmentée, elle est pensée comme un continuum où le regard et l'expérience de chacun doivent être pris en compte. Par ailleurs, la RAC contribue au développement de nouvelles fonctions de coordination avec la mise en place de consultations infirmières préopératoires.

- 5) La RAC est un bon exemple d'*evidence based medicine*, la médecine fondée sur les preuves. Les recommandations des sociétés savantes, qui guident l'élaboration des protocoles de soins RAC au sein des hôpitaux, reposent sur un haut niveau de preuves provenant de méta-analyses ou d'essais randomisés. Depuis le début des années 1990, de nombreuses études sont venues remettre en cause des dogmes chirurgicaux et anesthésiques vieux de plusieurs années (jeûne strict, prémédication systématique, immobilisation complète du patient etc.). La RAC n'est donc en rien une pratique expérimentale de la médecine, mais la mise à jour et l'application de pratiques conformes à l'état des connaissances existantes. Sa mise en œuvre suppose donc de ne pas céder à l'habitude et de remettre en question certains principes que l'on pensait acquis, voire immuables. Ainsi, les protocoles RAC ne doivent pas être figés afin de s'adapter à l'évolution de la connaissance médicale. Plusieurs points font encore l'objet de débats au sein de la communauté scientifique et pourront donner lieu à de nouvelles recommandations dans un avenir proche (préparation colique en chirurgie digestive, rôle de l'immunonutrition, etc.).

Forte de résultats encourageants, la RAC se développe dans l'espace laissé libre entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle, avec lesquelles elle partage quelques caractéristiques communes. Si elle est autorisée depuis le début des années 1990, la pratique de la chirurgie ambulatoire s'est particulièrement intensifiée au cours de la dernière décennie, tirée par l'évolution des techniques chirurgicales, les incitations tarifaires déployées par le ministère chargé de la santé et la caisse nationale d'assurance maladie et le développement en conséquence des capacités d'accueil en ambulatoire des établissements. En 2017, le taux de chirurgie ambulatoire s'élevait à 55,9% à l'échelle nationale.³ Derrière ce chiffre se cachent toutefois de fortes disparités entre établissements et entre régions. Contrairement à la RAC, la chirurgie ambulatoire bénéficie d'une définition légale. La loi du 31 juillet 1991 la définit comme mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation dont la durée est inférieure ou égale à douze heures et qui ne comprend pas d'hébergement.⁴ Cette définition met en avant les deux éléments qui distinguent la RAC de la chirurgie ambulatoire. D'une part, la RAC ne fait pas référence à une durée de séjour en valeur absolue. Un patient sortant à J+2 et un patient sortant à J+4 peuvent tous deux avoir suivi un parcours de soins RAC, l'objectif étant d'apporter à chaque patient la prise en charge qui sied le mieux à ses besoins et qui lui permet de récupérer dans les meilleures conditions. D'autre part, la RAC n'est pas incompatible avec une hospitalisation conventionnelle longue d'une ou plusieurs nuitées. Elle apparaît d'ailleurs comme le futur standard de prise en charge chirurgicale. Malgré les différences qui existent entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie RAC, les deux approches s'appuient sur l'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques qui améliore les facultés de récupération des patients, ce qui engendre généralement une réduction de la durée de séjour. C'est donc à la progression de certaines connaissances et techniques médicales que l'on doit l'élaboration de nouveaux parcours de soins efficaces en termes de santé et de coûts.

Alors que les expériences pilotes se multiplient au sein des établissements de santé et que les autorités sanitaires s'emparent du sujet, la littérature scientifique ne cesse de confirmer l'intérêt des prises en charge RAC. En 2019, l'enjeu n'est plus tant de démontrer leur efficacité que de les mettre en œuvre concrètement au sein des hôpitaux et d'accompagner les équipes qui souhaitent se lancer. Ce mémoire se propose donc d'analyser la mise en œuvre, c'est-à-dire la conduite du projet depuis sa naissance jusqu'à son adoption par les professionnels et son suivi en routine, et l'accompagnement, qu'il soit proposé en interne aux équipes ou par un prestataire extérieur, d'un changement organisationnel et culturel tel que la RAC à l'hôpital à travers l'exemple du CHU de Nîmes. Il s'agira de voir comment une évolution des connaissances et des pratiques médicales

³ Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), « Taux de chirurgie ambulatoire de 2017 : un ralentissement de sa croissance qui interroge sur l'objectif de 70% en 2022 », Juillet 2018

⁴ Code de la santé publique, Article D6124-301-1

entraîne une amélioration du service rendu aux patients, tout en restant efficiente du point de vue médico-économique. La RAC ne s'impose pas, elle ne se décrète pas. Son développement au sein d'un établissement repose sur la mobilisation des professionnels de santé qui interviennent tout au long du parcours du patient. Tous ces professionnels doivent être convaincus de l'intérêt de la démarche pour le patient et pour leur exercice quotidien. Sans cette participation active des équipes, il est en effet illusoire de vouloir transformer des pratiques chirurgicales et soignantes fortement ancrées, et longtemps peu remises en question. Si le concept de la RAC se diffuse chez les chirurgiens, les anesthésistes et les soignants par l'intermédiaire des sociétés savantes et des congrès, il demeure globalement méconnu chez les directeurs d'hôpital. Très peu de mémoires professionnels d'élève directeur d'hôpital ont d'ailleurs été consacrés à cette thématique⁵. Ce mémoire se propose donc d'analyser le positionnement du directeur d'hôpital dans la mise en œuvre et l'accompagnement d'un projet qui est, bien souvent, à l'initiative des praticiens. Enfin, il s'agira de réfléchir aux conditions d'implantation de la RAC à plus grande échelle, et de voir à quelles conditions elle peut être mise en œuvre dans des établissements de tailles diverses et disposant de moyens variés. Ce mémoire souhaite donc rassembler les bonnes idées et les bonnes pratiques à avoir en tête pour la mise en œuvre de la RAC, quel que soit le contexte hospitalier.

Dans un premier temps, nous montrerons que la RAC, sujet qui suscite un intérêt grandissant des pouvoirs publics et sanitaires, est intimement liée à une évolution des connaissances et des pratiques médicales et soignantes. Nous détaillerons les effets bénéfiques prouvés de ces nouveaux parcours de soins en chirurgie pour le patient, pour l'hôpital et, plus généralement, pour la société. Alors que se développe l'accueil du patient le jour même de son intervention – l'accueil à J0 –, nous verrons si la dichotomie ambulatoire/hospitalisation complète est toujours pertinente à l'heure de la RAC. Dans un deuxième temps, nous étudierons la gestion de projet qu'implique le déploiement de programmes RAC au sein d'un établissement, de leur conception à leur mise en œuvre concrète. Il sera alors question des différents freins qui peuvent retarder la mise en œuvre de ces programmes, et du rôle du directeur d'hôpital dans cette démarche. Enfin, dans un troisième temps, nous montrerons que la généralisation de la RAC est une invitation à repenser plus largement le parcours des patients et le rôle qu'y tient l'hôpital. Alors que son utilité a été démontrée, la RAC fait face à de nouveaux enjeux, ceux de la pérennisation et du développement de la démarche à grande échelle. Un ensemble de bonnes pratiques et de recommandations sera alors détaillé pour favoriser la mise en œuvre de la RAC dans différents contextes hospitaliers.

⁵ A noter toutefois, le mémoire de Mme Pauline Robineau daté de 2014 et intitulé « La chirurgie à récupération rapide – Étude sur les opportunités de développement d'un modèle prometteur de prise en charge ».

1 La Réhabilitation Améliorée en Chirurgie (RAC) : une évolution des pratiques médicales et soignantes à l'origine de nouveaux parcours de soins en chirurgie

A l'instar de la chirurgie ambulatoire, la RAC est un sujet à la croisée des domaines techniques et organisationnels. La RAC comporte tout d'abord un volet technique. En effet, c'est l'évolution récente des techniques chirurgicales et anesthésiques qui rend possible la réhabilitation améliorée du patient. Les programmes RAC reposent donc sur l'utilisation de techniques mini-invasives visant à limiter le stress opératoire. La RAC comporte également un volet organisationnel car elle suppose la mise en place d'un chemin clinique qui associe le patient et de nombreux acteurs hospitaliers depuis la consultation de pré-hospitalisation jusqu'au retour à domicile. Efficaces en termes de santé et de coûts, ces nouveaux parcours de soins en chirurgie font l'objet d'un intérêt croissant des pouvoirs publics et des autorités sanitaires qui souhaitent promouvoir la démarche.

1.1 Une amélioration des prises en charge chirurgicales qui s'appuie sur l'évolution récente des techniques chirurgicales et anesthésiques

La RAC : une chirurgie qui s'appuie sur l'évolution des connaissances et des techniques médicales pour répondre aux attentes des patients

Le concept de « récupération rapide après chirurgie » a été développé par les équipes du professeur danois Henrik Kehlet dans les années 1990. S'il a depuis évolué pour devenir la « réhabilitation améliorée en chirurgie », le concept repose sur un constat de départ qui demeure inchangé : toute intervention chirurgicale génère un stress à l'origine de modifications hormonales, physiologiques et métaboliques. Quelle que soit la spécialité concernée, et indépendamment de la durée et de l'objet de l'intervention, tout geste chirurgical est perçu comme une agression physiologique par l'organisme qui réagit en conséquence. De l'intensité de ce stress opératoire va dépendre la capacité du patient à récupérer ses capacités physiques et psychiques antérieures. La progression des connaissances scientifiques sur le phénomène de stress chirurgical a permis d'élaborer, de manière progressive, une liste de mesures visant à réduire cette agression et à en limiter les effets. Plus qu'une révolution spontanée, la RAC est donc le résultat conjugué de l'évolution des connaissances et de l'adoption progressive de nouvelles techniques opératoires et péri-opératoires. Au cœur de ces innovations, le développement de la chirurgie mini-invasive joue un rôle central. La coelioscopie fait ainsi figure de pilier de tout

programme RAC. Particulièrement adaptée à la chirurgie digestive et à la gynécologie, la coelioscopie permet de réduire l'impact de l'intervention sur l'organisme. Il n'est plus nécessaire d'ouvrir complètement la paroi abdominale. Le chirurgien peut, grâce à des incisions de quelques centimètres seulement, insérer divers instruments chirurgicaux ou d'imagerie de petite taille dans la cavité abdominale. Entre la réduction du risque infectieux, la réduction des douleurs postopératoires, la reprise facilitée du transit et la réduction de la taille des cicatrices, la coelioscopie présente de nombreux avantages pour le patient et réduit sa période de convalescence. Par ailleurs, l'industrie développe plusieurs outils dont l'objectif est d'optimiser le caractère mini-invasif de l'intervention. La progression des systèmes d'imagerie permet aux praticiens de disposer d'images en très haute définition (HD voire 4K), lorsqu'elles ne sont pas en 3D. La taille des instruments et de dispositifs chirurgicaux ne cesse quant à elle de diminuer, contribuant de fait à la réduction des douleurs post-opératoires chez le patient. Enfin, la chirurgie robotique connaît un fort développement ces dernières années. Investissements stratégiques et facteurs d'attractivité pour les médecins comme pour les patients, les robots se multiplient et offrent une précision sans égale. A titre d'exemple, le CHU de Nîmes s'est doté fin 2018 d'un robot Mako qui « grâce aux données d'imagerie par scanner préopératoire et à la fusion de points anatomiques précis pendant l'intervention, permet au spécialiste de pouvoir implanter la prothèse avec un degré de précision jamais atteint jusqu'alors » selon le chef du service de chirurgie orthopédique. Le 4 décembre 2018, le CHU de Nîmes a ainsi réalisé la première pose d'une prothèse totale de hanche assistée par robot en France.⁶ A la progression des outils et des techniques chirurgicales s'ajoute l'évolution des techniques anesthésiques. L'objectif est notamment de prévenir les nausées et vomissements post-opératoires qui demeurent l'un des effets indésirables les plus fréquents de l'anesthésie. Il s'agit également de mettre en œuvre une analgésie multimodale et d'utiliser des produits plus légers et adaptés aux besoins spécifiques du patient (épargne des analgésiques morphiniques). La RAC illustre ainsi les principes de la médecine personnalisée, selon lesquels chacun doit recevoir l'intervention et l'accompagnement dont il a spécifiquement besoin.

Les principaux éléments des protocoles RAC

Si la RAC ne bénéficie pas d'une définition unanimement partagée, il est possible de lister un socle de mesures autour desquelles s'articulent généralement les programmes RAC (*voir tableau ci-dessous*). Un programme RAC repose sur un ensemble cohérent de mesures techniques et organisationnelles formalisé dans un protocole de soins. Ces mesures concernent aussi bien le passage au bloc opératoire que les phases pré et post-

⁶ CHU de Nîmes, « Première chirurgie robot-assistée par Mako pour une prothèse totale de hanche », décembre 2018, à consulter à l'adresse suivante : <http://www.chu-nimes.fr/actu-cht/premiere-chirurgie-robot-assistee-par-mako-pour-une-prothese-totale-de-hanche.html>

opératoires. S'il y a souvent un protocole pour chaque spécialité chirurgicale, il faut noter que de nombreux principes RAC sont communs à toutes les interventions : l'information préopératoire du patient, l'optimisation de l'analgésie, la réalimentation et la réhabilitation précoces etc. Ces protocoles doivent être rédigés collectivement et partagés par tous les acteurs et les intervenants du parcours de soins.

Principales mesures retenues au sein des protocoles RAC ^{7 8}

Préopératoire	Peropératoire	Postopératoire
<p>En amont de l'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information et éducation du patient via une consultation dédiée - Évaluation des comorbidités et optimisation de la condition physique (pré-habilitation) - Préparation de la sortie <p>Le jour de l'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apport préopératoire de glucose ou hydrates de carbone - Prévention des infections et des complications thromboemboliques - Jeûne limité à la stricte durée nécessaire - Pas de prémédication anxiolytique systématique 	<p>Anesthésie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge individualisée des apports hydriques - Prévention de l'hypothermie peropératoire - Analgésie multimodale - Épargne des analgésiques morphiniques - Prévention des nausées et vomissements post-opératoires - Remplissage veineux adapté et surveillé <p>Chirurgie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Techniques d'abord mini-invasives - Prise en compte des complications potentielles de la chirurgie - Réduction de l'usage des drains et sondes naso-gastriques 	<p>Retour en chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analgésie multimodale - Stimulation du transit intestinal en chirurgie abdominale - Prise en charge nutritionnelle avec réalimentation précoce - Lever et mobilisation précoce - Préparation de la sortie <p>Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi à la sortie de l'hôpital - Reprise des activités du patient - Évaluation et retour sur l'expérience du patient

⁷ Haute Autorité de Santé, *synthèse du rapport d'orientation – Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC)*, juin 2016, p.3

⁸ K. Slim, *Réhabilitation améliorée après chirurgie*, op.cit., pp.16-17

Un parcours de soins qui associe l'ensemble des acteurs hospitaliers

La RAC est une prise en charge multidisciplinaire qui va au-delà de la seule association d'un chirurgien et d'un anesthésiste. Elle nécessite des efforts combinés de l'ensemble des acteurs hospitaliers. Les protocoles RAC décrivent un chemin clinique qui se déroule en trois temps avec un ensemble de mesures chirurgicales, anesthésiques et paramédicales simultanées qui rendent nécessaire le travail en équipe et la coopération entre tous les soignants.

Au sein des équipes médicales, le **chirurgien** et l'**anesthésiste** ont chacun un rôle essentiel à jouer. En remettant en question certaines de leurs pratiques habituelles, en les réactualisant pour les rendre conformes aux dernières recommandations, le chirurgien et l'anesthésiste doivent être les premiers à rompre avec la culture de l'habitude. Ils font ainsi preuve par l'exemple de la remise en question systématique des dogmes qu'encourage la RAC. Chirurghiens et anesthésistes doivent travailler en équipe, sur la gestion de la douleur notamment, et dépasser le fonctionnement traditionnellement cloisonné qui segmente la prise en charge du patient en plusieurs temps distincts. La rédaction du protocole, de soins si elle permet l'harmonisation des pratiques au sein des équipes chirurgicales et anesthésiques, est bien souvent l'occasion d'initier un dialogue entre des praticiens qui travaillent dans le même espace mais n'échangent pas spontanément entre eux. Au-delà des aspects formels, la rédaction du protocole permet donc l'émergence d'une culture médicale et soignante commune au sein d'un service engagé dans une démarche RAC. Le chirurgien et l'anesthésiste jouent également un rôle dans l'information et l'éducation du patient. La réussite d'une prise en charge RAC dépend en grande partie de l'observance du patient. La qualité de la relation médecin-patient, qui se noue lors des consultations préopératoires, est donc primordiale pour permettre l'adhésion du patient à la démarche. Au même titre que l'équipe soignante, le **patient** est un acteur clé de sa propre prise en charge.

La bonne application d'un protocole RAC suppose également une étroite collaboration entre les équipes médicales et les **équipes infirmières**. Celles-ci interviennent à chacune des étapes de la prise en charge, de l'information donnée au patient en amont de son hospitalisation aux soins qu'il reçoit après son passage au bloc opératoire. En renforçant le rôle actif d'un patient qui récupère mieux et plus rapidement, le développement de la RAC induit une transformation des métiers infirmiers. A titre d'exemple, le moindre recours aux sondes et aux drains fait disparaître un certain nombre de gestes techniques qui relevaient jusqu'alors de l'infirmier. La RAC appelle à l'adoption d'une nouvelle vision du soin, moins ancrée dans la technique et davantage tournée vers la coordination du parcours du patient,

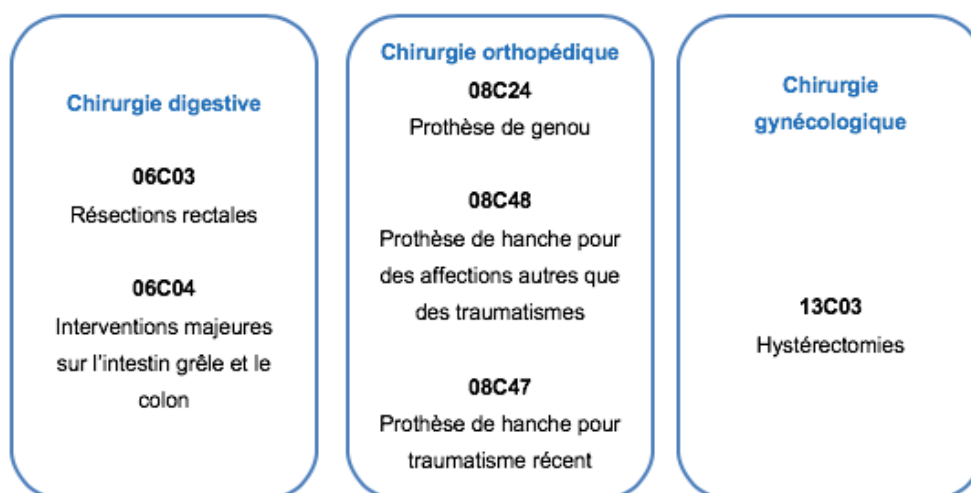
son éducation et son accompagnement. A ce titre, une nouvelle fonction se développe à mesure que la RAC s'installe au sein des établissements : **l'infirmier référent RAC**. Cet infirmier est l'interlocuteur principal du patient et veille au bon déroulement du protocole de soins. Certains établissements ont institué une consultation infirmière dédiée à l'information du patient avant son hospitalisation. Généralement accolée à la consultation d'anesthésie, cette consultation est le pendant infirmier de la consultation préopératoire avec le chirurgien. Avec des mots différents de ceux du médecin, à l'aide de documents écrits et/ou vidéos, l'IDE RAC (ou IDE de coordination) rappelle au patient les principaux temps de sa prise en charge, l'intérêt de sa participation active aux soins et répond à l'ensemble de ses questions. Ce temps d'information contribue par ailleurs à la réduction de l'anxiété préopératoire. Autour de l'équipe infirmière, les **aides-soignants** et les **kinésithérapeutes** interviennent dans les services de soins et aident les patients à se mobiliser et à se réalimenter rapidement après l'intervention. Les diététiciens (évaluation nutritionnelle et pré-habilitation) et les pharmaciens-cliniciens (conciliation médicamenteuse) peuvent également être appelés à intervenir auprès du patient dans un protocole RAC.

Prise en charge globale, la RAC dépasse le seul cadre hospitalier. L'hôpital et la ville doivent collaborer pour permettre au patient de récupérer dans les meilleures conditions. Les infirmiers et les kinésithérapeutes libéraux, chargés des soins à domicile, doivent donc être intégrés aux réflexions entourant la mise en œuvre d'un protocole RAC. Il en va de même pour le médecin traitant qui peut, dans certains cas, craindre un transfert de la responsabilité du suivi postopératoire du patient de l'hôpital vers la médecine de ville. Une fois encore, la communication entre les différentes parties prenantes est cruciale pour rappeler à tout le monde que la surveillance postopératoire du patient reste à la charge de l'équipe hospitalière qui l'a pris en charge.

Un mode de prise en charge qui s'est étendu à toutes les spécialités et qui s'adresse à tous les patients

Si les protocoles RAC ont d'abord vu le jour en chirurgie digestive, et plus particulièrement en chirurgie colorectale, ils concernent désormais l'ensemble des spécialités. Dans le cadre de l'accompagnement proposé par l'ARS Occitanie et le cabinet Adopale, le CHU de Nîmes met ainsi en œuvre des programmes RAC en chirurgie digestive (chirurgie colorectale), en chirurgie orthopédique (prothèses totales de hanche et de genou) et en gynécologie (hystérectomies). Des spécialités qui sont, avec l'urologie, la chirurgie thoracique et la chirurgie du rachis, les premières indications de la RAC en France.

Racines GHM retenues pour les programmes RAC au CHU de Nîmes



Il n'y a pas de contre-indication à la RAC. Toute intervention chirurgicale, quelle que soit la spécialité et le patient opéré, est perçue comme une agression physiologique par l'organisme. Les protocoles RAC visent à limiter les effets délétères de ce stress opératoire pour l'organisme. Dès lors, la RAC ne doit pas être considérée comme une option, ou un choix que l'on ferait pour quelques patients sélectionnés et bien portants. Si le constat de l'agression chirurgicale est partagé, la RAC s'impose pour toutes les chirurgies et pour tous les patients. En plus du socle commun d'une vingtaine de mesures détaillées plus haut, des items spécifiques peuvent être retenus dans les protocoles pour tenir compte des contextes cliniques particuliers ou de l'âge des patients.

1.2 De nouveaux parcours de soins aux effets bénéfiques pour le patient, l'hôpital et la société

La RAC est le fruit de multiples innovations techniques et organisationnelles. Elle se distingue cependant des autres innovations en santé qui, si elles améliorent le service rendu au patient, sont en règle générale porteuses d'un coût plus élevé pour la société. La RAC est donc l'un des rares exemples d'innovation à la fois efficace pour la santé du patient et efficiente du point de vue médico-économique.

Un effet bénéfique prouvé sur la qualité des prises en charge chirurgicales et les suites opératoires

Les recommandations des sociétés savantes sont fondées sur un haut niveau de preuve⁹. Les équipes s'en inspirent pour rédiger leur propre protocole. Les meilleures données actuelles issues de la recherche clinique sont donc traduites au sein de ces

⁹ *Ibid.*, p.8

protocoles et contribuent concrètement à l'amélioration du parcours et de l'expérience du patient en chirurgie. La RAC est ainsi un bon exemple d'*evidence based medicine*, ou médecine factuelle.

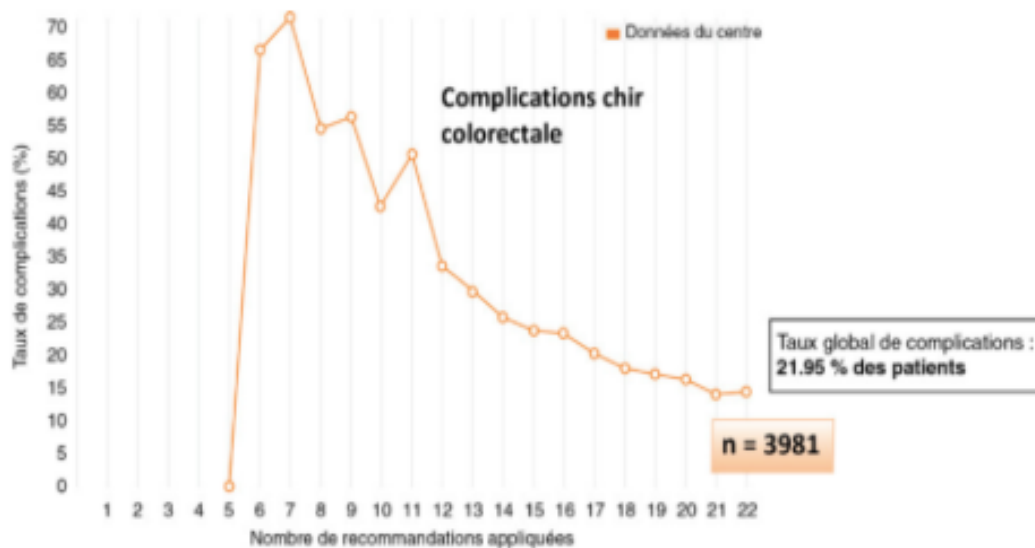
De nombreuses publications et résultats cliniques sont venus confirmer l'intérêt de la RAC pour le patient. Un patient qui entre dans un parcours RAC est un patient dont la morbidité postopératoire diminue. Plusieurs articles font état de cette réduction des complications postopératoires à la suite d'une intervention menée selon les orientations de la RAC. En chirurgie colorectale, une méta-analyse de 2013 a ainsi montré que la RAC réduit la morbidité globale de près de 40% sans augmenter le taux de ré-hospitalisations.¹⁰ On retrouve cet effet bénéfique de la RAC sur la morbidité globale postopératoire, le taux de complications non chirurgicales et le taux de réadmissions dans l'ensemble des spécialités chirurgicales. Il découle de cette récupération améliorée un retour plus rapide au domicile et donc une moindre exposition aux risques d'infections liées aux soins. En règle générale, un retour à domicile permet en outre de retrouver un réseau social plus favorable à la réhabilitation. En réduisant l'impact de l'agression chirurgicale, la RAC améliore non seulement la faculté du patient à récupérer mais aussi sa qualité de vie postopératoire. Deux études de cohorte menées en chirurgie orthopédique sur des patients ayant reçu des prothèses totales de hanche et de genou ont démontré que la qualité de vie d'un patient RAC rejoint plus rapidement celle de la population générale.^{11 12} L'objectif de toute réhabilitation améliorée est bel et bien de minimiser la gêne inhérente à toute intervention chirurgicale et de favoriser un retour aussi précoce que possible du patient à son état antérieur à l'intervention. Enfin, il a été démontré une corrélation entre le nombre d'éléments des protocoles appliqués et les résultats de la RAC (*voir schéma ci-dessous*). A mesure que le taux d'applications des mesures RAC progresse, les résultats sont de plus en plus significatifs. On observe les premiers effets significatifs sur les suites post-opératoires des patients lorsqu'environ 70% des mesures RAC sont appliquées.

¹⁰ C.L. Zhuang, X.Z. Ye, X.D. Zhang, B.C. Chen, Z. Yu. "Enhanced recovery after surgery programs versus traditional care for colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials", *Diseases of the Colon and Rectum*, 56: 667-678, 2013

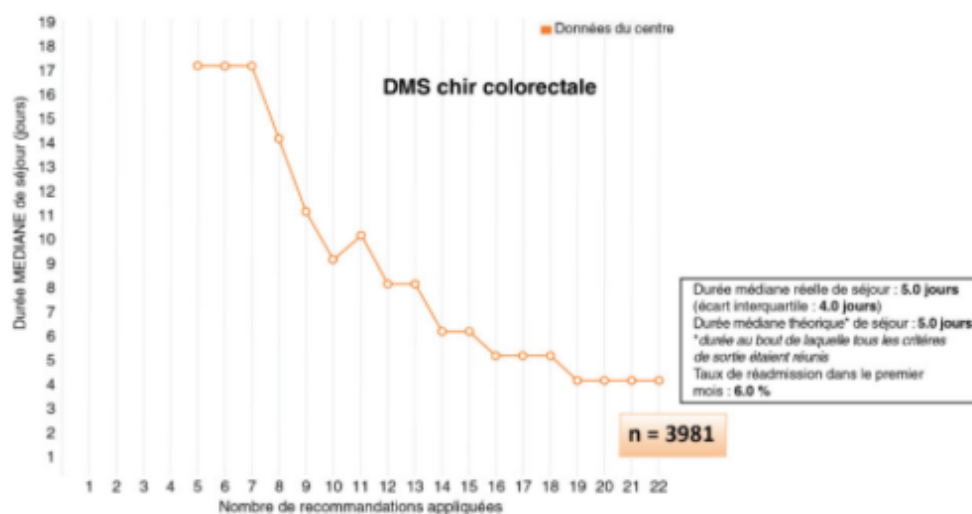
¹¹ Krisitan Larsen, Torben B Hansen, Kjeld Soballe, Henrik Kehlet. "Patient-reported outcome after fast-track hip arthroplasty: a prospective cohort study", *Health and Quality of Life Outcomes* 8 :144, 2010

¹² Kristian Larsen, Torben B Hansen, Kjeld Soballe, Henrik Kehlet. "Patient-reported outcome after fast-track knee arthroplasty", *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 20: 1128-35, 2012

Relation entre le nombre de mesures RAC appliquées et l'évolution de la morbidité globale des patients (résultats globaux de la base de données GRACE en chirurgie colorectale)¹³



Relation entre le nombre de mesures RAC appliquées et l'évolution de la durée moyenne de séjours (résultats globaux de la base de données GRACE en chirurgie colorectale)¹⁴



A ces effets concrets constatés sur les suites opératoires, il faut ajouter un autre bienfait de la RAC qui, s'il est moins étayé dans la littérature, est observable de manière empirique. La RAC transforme l'expérience du patient en en faisant un acteur clef de sa prise en charge dès les premières consultations médicales. L'implication du patient se prolonge ensuite au-delà du seul séjour hospitalier. Au même titre que le médecin et l'infirmier, le patient est un membre à part entière de l'équipe. Une relation de partenariat

¹³ K.Slim, *Réhabilitation améliorée après chirurgie*, op.cit. p.46

¹⁴ *Ibid.*, p.46

se noue avec les professionnels de santé de l'hôpital. Informé en amont sur son parcours, il dispose, avec l'IDE chargé de la coordination, d'un interlocuteur bien identifié et d'un référent au sein de l'hôpital. Il n'est pas rare de trouver, sur les documents remis au patient, le numéro de cet IDE. En somme, le patient connaît la personne qu'il appelle, renforçant de fait le caractère personnalisé et humain de la prise en charge. Une étude britannique a d'ailleurs que la participation active du patient à ses soins contribue à réduire la durée d'hospitalisation.¹⁵

L'intérêt médico-économique de la RAC

Si la réduction de la durée de séjour n'est pas l'un des critères premiers de la RAC, elle est toutefois la résultante d'une prise en charge qui améliore les suites opératoires des patients en chirurgie. La diminution des complications, des douleurs et de la fatigue postopératoires réduit le temps de convalescence et donc la durée du séjour hospitalier. Plusieurs études concourent à montrer l'intérêt médico-économique de la mise en œuvre d'une démarche RAC.

Au niveau international, une analyse menée au Royaume-Uni sur 16 267 dossiers de patients a révélé une corrélation entre l'application de 80% des mesures RAC définies dans un protocole conforme aux recommandations et la réduction de la durée médiane de séjour de 3 jours en urologie, 2 jours en chirurgie colorectale et 1 jour en chirurgie orthopédique.¹⁶ Le National Health Service (NHS) a par ailleurs estimé que la mise en place de programmes de RAC pour sept actes (colectomie, excision rectum, PTH et PTG, hépatectomie, prostatectomie, hystérectomie) génère un gain en journées-lits compris entre 140 000 et 200 000. Plus récemment, une expérience pilote conduite en Suisse au CHU de Lausanne a permis de conclure que le déploiement de la RAC en chirurgie colorectale permet de réduire la durée moyenne de séjour de 3 jours dans la spécialité et induit un bénéfice net estimé à 1 700 euros par patient.¹⁷ Il en ressort que les coûts de mise en œuvre de la RAC sont compensés par les économies réalisées. Comme le souligne l'économiste de la santé Frédéric Bizard, « la RAC donne la capacité d'investissement nécessaire pour son déploiement et *in fine* de gérer un modèle productif de soins optimal pour le bien-être du patient et l'efficacité économique ».¹⁸

¹⁵ C.C. Thorn, I. White, J. Burch, G. Malietzis, R. Kennedy, J.T. Jenkins, "Active and passive compliance in an enhanced recovery programme", *International Journal of Colorectal Disease*, 31:1329-1339, 2016

¹⁶ J.C. Simpson, S.R. Moonesinghe, M.P. Grocott, M. Kuper, A. McMeeking, C.M. Oliver, M.J. Galsworthy, M.G. Mythe., National Enhanced Recovery Partnership Advisory Board, "Enhanced recovery from surgery in the UK: an audit of the enhanced recovery partnership programme 2009-2012", *British Journal of Anaesthesia*, 115: 560-568, 2015

¹⁷ D. Roulin, A. Donadini, S. Gander, A.C. Griesser, C. Blanc, M. Hubner, et al, "Cost-effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery", *British Journal of Surgery*, 100: 1108-114, 2013

¹⁸ Frédéric Bizard, cité dans K. Slim, *Réhabilitation améliorée après chirurgie*, op.cit, p.104

En France, l'étude menée par Véronique Faujour, le Pr. Karem Slim et Pascal Corond, aux Hospices Civils de Lyon (HCL) fait autorité.¹⁹ Portant sur la mise en œuvre des principes de la RAC dans cinq services de soins de chirurgie digestive, orthopédique et urologique, l'étude montre que la RAC peut être un investissement stratégique et pertinent du point de vue économique. La RAC induit un gain en journées-lits (l'équivalent de 6 à 8 lits occupés sur un an), sans augmenter pour autant le coût global de la prise en charge. Pour les trois spécialités étudiées, les gains s'élèvent entre 2 et 4 nuits par séjour. Au terme du déploiement effectif du protocole -il faut en général compter deux à trois ans pour qu'il devienne routinier, la mise en œuvre de la RAC engendrerait un solde positif de 200 000 euros par an. Alors que la méthodologie d'implémentation de la RAC se diffuse, diminuant de fait les coûts de déploiement, la RAC apparaît comme un investissement qui engendre des retours positifs pour l'établissement.

Au-delà des bénéfices médicaux et économiques attendus, la RAC est une source d'externalités positives au sein d'un établissement de santé

Plusieurs études corroborent l'intérêt médical et économique de la mise en œuvre de la RAC. S'ajoutent à ces effets directs, des bénéfices indirects, parfois non anticipés au lancement de la démarche, qu'on observe à mesure que se déploie la RAC au sein de l'établissement.

Le premier d'entre eux se matérialise par le renforcement de l'esprit d'équipe. La RAC n'est pas qu'une succession de mesures listées dans un protocole, c'est aussi une dynamique collective qui rompt avec les habitudes de travail parfois cloisonnées des professionnels hospitaliers. De la rédaction collégiale du protocole au suivi des patients engagés dans des parcours RAC, l'ensemble des mesures sont interdépendantes. Le partage d'informations au quotidien est donc essentiel. Chirurgien, anesthésiste, infirmier, kinésithérapeute et directeur référent forment une véritable équipe qui se retrouve régulièrement pour évaluer le fonctionnement de la démarche et élaborer des axes d'amélioration. En associant chirurgiens et anesthésistes, médecins et soignants, la RAC donne un cadre favorable à l'échange entre des professionnels qui se côtoient mais ne se parlent pas. A ce sujet, une revue de littérature de 2013 a montré que la création d'un esprit d'équipe améliore la qualité des soins et du service rendu au patient.²⁰

¹⁹ V. Faujour, K. Slim et P. Corond, « L'avenir en France de la réhabilitation améliorée après chirurgie, vu sous l'angle médico-économique », *Presse Med*, 44 : e23-e31, 2015

²⁰ J. Schmutz, T. Manser "Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review", *British Journal of Anaesthesia*, 110: 529-544, 2013.

La RAC est porteuse d'externalités positives pour un établissement de santé qui mériteraient d'être étudiées plus en détails. En économie, une externalité positive correspond à une situation où un agent économique bénéficie de l'action d'un tiers sans avoir à le rétribuer. En limitant l'usage de drains, de sondes et de dispositifs jetables, la RAC a un effet certain sur la production de déchets de l'établissement, et notamment du bloc opératoire. On peut également esquisser un lien entre la RAC et la qualité de vie au travail des équipes. Projet d'établissement ou projet de service, la RAC permet de renouveler la dynamique collective autour d'un projet partagé dans l'intérêt du patient. Tous les métiers sont concernés et ont leur mot à dire dans la rédaction des protocoles. Impliquant un allègement de la charge technique des soins post-opératoires, la RAC permet aussi l'émergence et le développement de nouvelles fonctions pour les soignants : information préopératoire du patient, organisation du parcours et de la sortie, relais entre les professionnels de ville et l'équipe médicale etc. Enfin, les services témoignent souvent d'un changement d'ambiance de travail dès lors qu'un projet RAC est lancé. La nouvelle relation qui se noue entre les soignants et le patient est plus favorable à l'échange, et contribue de fait à une ambiance de travail apaisée.

1.3 La RAC à l'heure du *virage ambulatoire* : un sujet d'intérêt pour les pouvoirs publics et les autorités sanitaires

La RAC peut apparaître à plusieurs égards comme l'approfondissement de la logique du virage ambulatoire. « Réhabilitation améliorée en chirurgie » et chirurgie ambulatoire reposent d'ailleurs sur des éléments communs : l'utilisation de techniques chirurgicales mini-invasives, la coordination des parcours patients pré, per et postopératoires, le travail en équipe des médecins, des personnels paramédicaux et de la direction. Dans les deux parcours de soins, le patient est un acteur clef placé au cœur de la procédure. Ainsi les deux approches sont-elles complémentaires dans la mesure où elles permettent d'assurer une prise en charge d'une qualité optimale en chirurgie tout en limitant la durée du séjour hospitalier du patient, et donc son exposition aux facteurs de risques infectieux. Les deux approches n'ont eu de cesse de se nourrir l'une de l'autre à tel point que leur distinction est aujourd'hui de moins en moins pertinente. Plus que la sortie le jour même de l'intervention, qui dicte à l'heure actuelle ce qui relève de la chirurgie ambulatoire, ce qui importe est que le patient sorte au moment opportun. Dans bon nombre de cas, la RAC trouve son origine dans la volonté d'un établissement ou d'un service de faire basculer des gestes chirurgicaux lourds en ambulatoire (pose de prothèses totales de hanche et de genou, colectomies etc.). Les mesures RAC, permettant une meilleure récupération et une convalescence réduite, sont alors adoptées dans les unités de chirurgie ambulatoire concernées.

Il existe toutefois une différence majeure entre la RAC et la chirurgie ambulatoire. Celle-ci n'est pas à trouver dans leur nature, mais dans la façon dont s'en sont emparés les pouvoirs publics. Comme le souligne le Pr. Karem Slim, « au contraire de la chirurgie ambulatoire qui a donné l'impression d'être imposée par la tutelle aux praticiens, on peut dire que la RAC a été imposée par les praticiens aux tutelles »²¹. A ce titre, la RAC conserve un caractère plus consensuel que la chirurgie ambulatoire qui a souvent été présentée et/ou perçue comme une source d'économies pour l'Assurance maladie. Il n'y a pas encore de contraintes lourdes ou d'objectifs précis qui pèsent sur les établissements et sur les praticiens en matière de réhabilitation améliorée en chirurgie. Pour conserver l'enthousiasme que génère la mise en place de la RAC au sein des équipes, il est important de ne pas l'aborder sous le seul angle de la baisse de la durée moyenne de séjour et des coûts hospitaliers. Ces deux éléments ne doivent pas être présentés comme des objectifs, mais comme les conséquences naturelles d'une prise en charge de qualité en chirurgie qui met la récupération du patient au cœur de la procédure.

Innovation efficiente en termes de coûts et de santé, la RAC obtient un soutien croissant de la part des institutions et des autorités sanitaires. En juin 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie un rapport d'orientation visant à aider les professionnels souhaitant mettre en œuvre des programmes RAC - que l'on appelait encore RAAC - au sein de leur établissement. L'objectif est alors triple : « mettre à disposition des professionnels de santé un socle de connaissances des données publiées, « informer les acteurs de santé des enjeux et des données relatives à son développement à travers les expériences à l'internationale et en France » et « favoriser la construction d'outils destinés aux professionnels de santé »²². Un nombre croissant d'Agences régionales de santé (ARS) propose un accompagnement méthodologique à la mise en œuvre de la RAC pour les établissements qui souhaitent se lancer dans la démarche. Axe fort de la stratégie nationale de santé, le virage ambulatoire a une place de choix dans les différents projets régionaux de santé (PRS). Enfin, les sociétés savantes contribuent activement à la promotion des programmes RAC. Créé en 2014, le groupe GRACE est le Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie. Son objectif est d'inciter les établissements et les professionnels à développer des démarches RAC dans diverses spécialités. Mettant en libre disposition des outils facilitant l'implantation des programmes RAC (recommandations, protocoles détaillés, kit-GRACE, logiciel d'audit interne), le groupe a mis en place un label pour distinguer les équipes qui mettent en œuvre ce type de programmes.

²¹ Entretien avec le Pr. Karem Slim, CHU de Clermont-Ferrand, 4 juillet 2019

²² Haute Autorité de Santé, *Rapport d'orientation – Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives*, juin 2016, p.6

En 2019, plusieurs mesures incitatives ont vu le jour pour que la pratique de la RAC continue à s'étendre au sein des établissements. L'arrêté du 22 février 2019 prévoit ainsi un nouveau dispositif de valorisation de l'activité réalisée dans le cadre de la RAC. 17 activités, indiquées dans le cadre de la RAC, ont été identifiées. On y retrouve notamment les résections rectales, les prothèses totales de genou et d'épaule, les prothèses de hanche ou encore les hystérectomies. Une variable « RAC » est mise en place dans le recueil PMSI pour distinguer les séjours RAC d'une prise en charge conventionnelle. Dès lors qu'un séjour est assorti du codage « RAC », il conserve dorénavant la valeur du tarif qui correspond à son niveau de sévérité, quelle que soit la durée. Il n'y a donc plus de référence à une borne basse de DMS pour les hauts niveaux de sévérité, ce qui jusqu'alors pouvait retarder la sortie de patients avec des comorbidités qui répondaient pourtant aux critères de sortie. Cette évolution, si elle semble être une vraie avancée pour les établissements, pose la question du contrôle : comment s'assurer qu'un établissement est bien engagé dans une démarche RAC ? Pour le moment, la reconnaissance d'une démarche de réhabilitation améliorée en chirurgie « est conditionnée par l'existence d'un cahier des charges ou d'un protocole décrivant la procédure RAAC pour chaque activité de chirurgie concernée et ayant fait l'objet d'une délibération par la CME de l'établissement »²³.

1.4 La RAC et l'accueil du patient à « J0 »

La RAC suppose d'élaborer le parcours du patient en amont de son hospitalisation. Un nombre croissant d'établissements étudie la possibilité d'accueillir des patients le jour même de leur intervention : un accueil à « J0 ». En somme, il s'agit de reproduire le schéma approuvé en chirurgie ambulatoire avec un appel la veille pour le rappel des consignes et de l'heure de convocation, un accueil le matin même dans une unité dédiée ou dans un service de soins et un parcours bien balisé jusqu'au bloc opératoire. Toutefois, à la différence de la chirurgie ambulatoire, le patient accueilli à J0 est hébergé une ou plusieurs nuits à l'hôpital. L'accueil du patient à J0 peut-il rentrer dans le cadre de programmes de réhabilitation améliorée en chirurgie ?

L'accueil du patient à J0 ne fait pas partie des recommandations édictées par les sociétés savantes. Il s'agit avant tout d'une question de cohérence avec les autres mesures prônées qui, elles, sont étayées par un nombre important d'études scientifiques. En effet, il n'existe pas aujourd'hui de lien établi de manière suffisamment solide entre l'arrivée du patient le jour de son intervention et la réduction de la morbidité globale postopératoire. En soi, l'arrivée à J0 n'entre donc pas dans le strict cadre de la RAC. Néanmoins, la

²³ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, *Note technique n°CIM-MF-205-3-2019, Campagne tarifaire et budgétaire 2019, Nouveautés financement*, Annexe 1, 23 avril 2019 p.3

problématique s'impose à tous les établissements qui en font. Comme l'a montré la chirurgie ambulatoire, il est tout à fait possible d'organiser un parcours de soins qui prévoit l'entrée du patient le matin-même de sa chirurgie. L'entrée à J0 peut également être un moyen de réduire l'anxiété préopératoire du patient tout en personnalisant son accueil et sa prise en charge. En effet, arriver la veille d'une intervention peut être une source d'anxiété pour le patient qui doit dès lors s'adapter aux pratiques et aux règles de la vie hospitalière. Le patient endosse ses habits de malade et peut se voir imposer une tenue comme le souligne, avec humour, le philosophe Ruwen Ogien dans *Mes Mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie* : « Je sais qu'avant l'opération j'ai dû (...) enfiler mon déguisement de malade : charlotte en treillis verdâtre sur les cheveux, chaussons en tissu synthétique aux pieds, tige de coton blanche à petits motifs bleus (qui représentent quoi ?) attachée au cou et ouverte à l'arrière comme un bavoir géant »²⁴. Entrer à l'hôpital, c'est changer de statut aux yeux des autres et pour soi-même. C'est aussi rompre avec ses habitudes de la vie quotidienne. En ce sens, l'accueil à J0 peut être une solution pour améliorer le confort préopératoire des patients en supprimant les nuitées non pertinentes et/ou non justifiées par une nécessité médicale. Nombreux sont donc les établissements à mêler les travaux sur la RAC et l'accueil à J0. L'accueil à J0 est d'ailleurs l'un des axes des plans d'actions construits par les établissements d'Occitanie dans le cadre de l'accompagnement proposé par l'ARS.

Accueillir le patient le jour de son intervention implique une importante refonte de l'organisation soignante. Cela suppose un lieu et des ressources dédiés à l'accueil de patients qui étaient jusqu'à présent accueillis la veille au sein des services de soins. De plus, le J0 cristallise les craintes des professionnels : crainte que la diminution induite des taux d'occupation n'implique une suppression de lits, crainte d'un bouleversement des organisations de travail dans les services (organisation des sorties le matin etc.) ou encore crainte d'un manque de flexibilité dans la gestion des lits. En effet, comment assurer au patient arrivé le matin-même, et qui n'a pas été accueilli dans le service, un lit à sa sortie du bloc ? Tout comme la RAC, le J0 appelle donc à un changement de mentalités. A l'hôpital, le lit est parfois encore perçu comme une ressource qu'il faut défendre pour que le service ne soit pas pénalisé en termes d'activité. Il y a donc un risque de confusion, pour les professionnels comme pour les patients, à présenter l'accueil à J0 comme un élément à parts entières d'une démarche RAC. Rendu possible par un parcours bien organisé et balisé en amont, l'accueil à J0 n'est qu'une conséquence logique, mais non obligatoire, du travail organisationnel fourni au moment de la mise en œuvre de la RAC.

²⁴ R. Ogien, *Mes Mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie*, Éditions Albin Michel, Paris, 2017, p.106.

2 Mettre en œuvre et accompagner la RAC dans les établissements de santé : l'exemple du CHU de Nîmes

Plus de vingt ans après les premières publications scientifiques invitant à remettre en question certains dogmes médicaux vieux de plusieurs décennies, près de cinq ans après la création de GRACE, les expériences de mise en œuvre de la RAC se multiplient au sein des établissements de santé français, qu'ils soient publics ou privés. Si les autorités sanitaires s'emparent du sujet, la RAC reste principalement le fait d'initiatives de terrain. En février 2016, la HAS recensait près de 2 000 dossiers inclus dans la base d'audit GRACE.²⁵ Deux ans plus tard, les deux premières indications de la RAC en France, la chirurgie orthopédique et la chirurgie colorectale, comptaient respectivement 6 190 et 4 250 dossiers inclus dans cette même base de données.²⁶ Chaque année, les partisans de la RAC se font de plus en plus nombreux au sein des équipes soignantes et des directions d'établissement. Le sujet est connu et reconnu, et la pratique s'étend désormais au gré des congrès, des symposiums et des accompagnements proposés par quelques ARS et/ou certains cabinets de conseil. Dans la première partie de ce rapport, nous avons vu que les preuves de l'efficacité des programmes RAC se sont accumulées au fil des publications scientifiques. Le principal chantier est aujourd'hui celui de la mise en œuvre effective et de la pérennisation de la RAC. Véritable choc organisationnel, le déploiement de la RAC se heurte encore à quelques blocages qui retardent son implémentation à grande échelle. En effet, si les bénéfices de la RAC sont prouvés par les sociétés savantes et étayés par bon nombre de publications, les preuves scientifiques ne suffisent pas à l'adoption de ces nouvelles pratiques. A travers l'exemple du CHU de Nîmes et de l'accompagnement proposé par l'ARS Occitanie et le cabinet Adopale, il s'agira de comprendre comment peut être mise en œuvre, accompagnée et rendue pérenne une innovation organisationnelle et culturelle telle que la RAC au sein des services hospitaliers.

2.1 Projet institutionnel ou projet de service, la RAC naît le plus souvent d'initiatives de terrain

La RAC se définit davantage par son objectif - une prise en charge globale du patient qui vise au meilleur rétablissement de ses capacités physiques et psychiques et à la réduction significative de la morbidité postopératoire - que par son contenu. Si un programme RAC peut intégrer jusqu'à une vingtaine de mesures pré, per et postopératoires, celles-ci varient d'une spécialité à l'autre, voire d'une équipe à l'autre. Il

²⁵ HAS, *Rapport d'orientation*, op.cit. p.34

²⁶ K. Slim, *Réhabilitation améliorée en chirurgie*, op.cit., p. 33

existe par ailleurs quelques points de divergence entre les différentes sociétés savantes qui ne s'accordent pas toutes sur les recommandations formulées. En France, une majorité de centres hospitaliers suivent les orientations du groupe GRACE. L'ensemble des acteurs s'accorde néanmoins sur un point : la mise en œuvre d'un programme RAC peut prendre des formes diverses. Initiative médicale, initiative soignante, initiative institutionnelle ou demande des tutelles (fixation d'objectifs dans le CPOM), les projets RAC peuvent avoir des points de départ différents. Dans la majorité des cas, l'étincelle vient des acteurs de terrain qui l'ont vu, ou en ont entendu parler, en congrès auprès de confrères déjà engagés dans la démarche.

La RAC émerge généralement à l'échelle d'un service, sous l'impulsion d'un chirurgien ou d'un anesthésiste motivé qui emmène dans son sillage une équipe pilote qui se prend au jeu et accepte de faire évoluer ses techniques de prise en charge. La RAC se distingue d'autres initiatives de réorganisation hospitalière par son caractère spontané. Les équipes intéressées s'engagent volontairement dans cette démarche dont l'objectif premier n'est pas l'efficacité médico-économique mais l'amélioration continue de la qualité des soins. La RAC ne revêt donc pas le côté anxiogène qu'ont pu avoir les premiers développements de la chirurgie ambulatoire. Au CH d'Albi par exemple, la RAC s'est développée sous l'impulsion d'un chirurgien orthopédique qui a su convaincre un anesthésiste et un cadre de l'intérêt d'une telle démarche.²⁷ Depuis 2014, des modalités de prise en charge ont été élaborées pour basculer progressivement les poses de prothèses totales de hanche et de genou en ambulatoire. Ce projet a permis aux équipes de travailler à la bonne préparation du parcours du patient en amont de l'hospitalisation et de constituer des sessions d'information préopératoire à destination des patients : les premiers éléments de la RAC étaient nés. Très rapidement, les techniques chirurgicales et anesthésiques ont évolué afin d'assurer un geste plus précis, moins traumatique et une meilleure récupération pour le patient. Un travail sur les infiltrations péri-articulaires a par ailleurs été mené pour permettre au patient d'être verticalisé très rapidement par le kinésithérapeute. L'établissement a joué le jeu en montrant que, malgré la situation financière délicate, les équipes innovantes reçoivent le soutien de l'institution. La mise en œuvre de la RAC passe souvent par la constitution d'une équipe pilote resserrée qui reçoit le soutien de l'établissement et s'organise pour faire la preuve de l'efficacité des programmes RAC. La pratique précède donc la formalisation de protocoles de soins. Une fois cette première expérience valorisée, le projet a tendance à faire des émules au sein de l'établissement. Le CH d'Albi s'est ainsi porté candidat à l'accompagnement méthodologique proposé par l'ARS Occitanie pour deux spécialités : la chirurgie orthopédique, en tant qu'établissement

²⁷ Entretien avec Emmanuelle Michaud, directrice de la stratégie, des affaires médicales et de la communication au CH d'Albi, 1^{er} juillet 2019

réfèrent, et la chirurgie gynécologique, en tant qu'établissement-apprenant. Il s'apprête également à mettre en place de nouveaux programmes RAC en chirurgie colorectale et pour les poses de prothèses totales d'épaule.

La RAC peut également être le fruit d'un projet institutionnel de plus grande ampleur. Le CHU de Nîmes s'est ainsi appuyé sur l'accompagnement de l'ARS Occitanie et du cabinet Adopale pour structurer et mettre en œuvre la RAC de manière simultanée dans plusieurs spécialités : la chirurgie orthopédique (prothèses totales de hanche et de genou), la chirurgie colorectale et la chirurgie gynécologique (hystérectomies). L'enjeu est alors d'accélérer et d'amplifier ce qui, il y a quelques mois encore, n'était qu'une volonté portée par quelques chirurgiens : formalisation de protocoles institutionnels, création de nouveaux parcours patients incluant une consultation infirmière d'information préopératoire, élaboration d'un programme de formation pour l'ensemble des personnels et pour les futurs soignants, mise en œuvre d'un plan de communication interne et externe pour faire connaître la démarche, etc. La formalisation de tous les outils utiles à une prise en charge RAC précède ici la pratique. En CHU, les équipes médicales sont plus nombreuses. Si elle fonctionne à l'échelle d'un centre hospitalier, la démarche projet expérimentale décrite plus haut ne s'étend donc pas spontanément à l'ensemble des praticiens et des services d'un hôpital universitaire. Face au nombre d'interlocuteurs potentiellement concernés par une démarche RAC, le projet a besoin d'un fort soutien institutionnel. Il faut un feu vert officiel de l'établissement pour que tout le monde s'y mette. Une journée de lancement sera ainsi consacrée à la RAC au mois de septembre 2019 au CHU de Nîmes. Conférence de presse et diffusion de vidéos sont au programme pour donner officiellement le départ de la RAC au sein de l'établissement.

Ces deux exemples illustrent la diversité de modes de gestion de projet adoptés pour mettre en œuvre la RAC. Néanmoins, une tendance lourde ressort : les ARS proposent de plus en plus d'accompagnements aux services et aux établissements souhaitant se lancer dans la RAC. Dès le mois de décembre 2015, l'ARS Auvergne-Rhône Alpes proposait d'accompagner les services volontaires pour mettre en œuvre et conduire les changements médicaux et organisationnels induits par la RAC. Pour la première fois, une aide financière était même versée par l'ARS pour compenser les coûts de mise en œuvre. L'ARS Ile-de-France, depuis 2017, et l'ARS Occitanie, depuis 2018, proposent des accompagnements similaires (*voir tableau comparatif des accompagnements proposés en annexe*). On retrouve généralement le modèle suivant : l'ARS, accompagnée d'un consultant externe, anime des groupes de travail qui réunissent des équipes pluridisciplinaires d'établissements « référents » et d'établissements « apprenants », permettant ainsi l'échange entre pairs et l'apprentissage par le compagnonnage. En Occitanie, la première vague

d'accompagnement réunit 40 services de chirurgie volontaires, publics et privés. Chacun de ces services est représenté par un quatuor chirurgien/anesthésiste/infirmier référent RAC ou cadre/directeur. 8 groupes de cinq établissements ont été constitués pour trois spécialités : la chirurgie orthopédique, la chirurgie colorectale et la gynécologie. Au sein de chaque groupe, un établissement particulièrement avancé dans la pratique de la RAC est désigné comme « référent ». Cet établissement est généralement labellisé par le groupe GRACE. Organisé sur 18 mois, cet accompagnement est ponctué de plusieurs temps d'échange durant lesquels les équipes partagent, débattent et s'inspirent les unes des autres pour construire les organisations et les outils les plus adaptés.

2.2 Choc organisationnel et culturel, la mise en œuvre de la RAC se heurte encore à plusieurs freins

Au cours des parties précédentes, nous avons pu voir que la RAC présente de nombreux avantages pour le patient, pour les soignants et pour les établissements. Elle semble être une démarche « gagnant-gagnant » qui, par l'application de bonnes pratiques conformes aux dernières recommandations des sociétés savantes, agit de manière significative sur les complications postopératoires chez les patients. Pourtant, elle est encore loin d'être un standard de prise en charge chirurgicale appliqué par toutes les équipes et dans tous les établissements. Divers éléments se conjuguent et expliquent pourquoi la mise en œuvre de programmes RAC peut prendre du temps. Plusieurs travaux ont eu pour objectif d'identifier ces freins auxquels se heurte encore la mise en œuvre de la RAC.^{28 29} Ces obstacles sont généralement regroupés en trois catégories (freins liés aux patients, à l'équipe de soins et aux ressources mises à disposition), auxquelles il faut en ajouter une autre : les freins propres à la gestion de projet hospitalière.

⇒ Les freins liés aux patients

L'adhésion du patient à la démarche est l'un des facteurs clefs de réussite d'un programme RAC. La RAC rompt de manière franche avec l'image que peut se faire le patient d'une prise en charge hospitalière. Le patient, s'il n'a jamais entendu parler de la RAC ou s'il n'a pas été suffisamment informé, peut penser qu'il s'agit d'une approche qui vise à le faire sortir de l'hôpital le plus rapidement possible dans l'unique but de faire des économies. La réduction parfois impressionnante de la durée de séjour qu'engendre la mise en œuvre d'un programme RAC peut ainsi laisser craindre au patient qu'il sort trop tôt de l'établissement, surtout s'il vient à se comparer avec des patients opérés selon la procédure

²⁸ K. Slim, *Réhabilitation améliorée après chirurgie*, op.cit., pp.72-74

²⁹ HAS, *Rapport d'orientation*, p. 45

traditionnelle. Au cours de son hospitalisation, le patient peut aussi exprimer des craintes concernant la réalimentation et la déambulation précoces. Une anecdote illustre particulièrement bien ce que tous ces changements induisent dans l'esprit d'un patient. Au cours d'une consultation menée par l'infirmière référente RAC d'un CHU, un patient s'est vu présenter en détail le parcours qu'il allait suivre. Face à cet ensemble de mesures nouvelles et personnalisées, le patient pensa qu'on lui présentait un programme spécial destiné aux malades les plus gravement atteints. Si la RAC implique une remise en cause des dogmes médicaux, elle implique aussi et surtout un changement des habitudes et des attentes des patients et de leurs proches.

⇒ **Les freins liés à l'équipe de soins qui entoure le patient**

On retrouve au sein des équipes de soins des craintes similaires à celles exprimées par les patients. La RAC, si elle n'est présentée que sous l'angle d'une réduction de la DMS, peut apparaître comme une tentative de réorganisation purement comptable. Le raccourcissement des durées de séjour laisserait craindre une dégradation de la relation entre le patient et les équipes soignantes. A cela s'ajoute également la conviction que la RAC ne peut s'appliquer que dans le cadre de certaines spécialités, et pour des patients sélectionnés. Il existerait ainsi des catégories de patients - les patients âgés notamment - pour lesquelles la RAC serait inapplicable. La formation continue du personnel et la communication sont des leviers pour rappeler qu'il n'y a aucune contre-indication à la pratique de la RAC et que les recommandations des sociétés savantes sont fondées sur un très haut niveau de preuves. Le turnover, parfois rapide, du personnel médical et soignant complique toutefois la tâche. Les nombreux remplaçants ne connaissent pas forcément la démarche. Il y a donc un risque de manque de continuité au sein même de l'équipe de soins : en conséquence, il faut constamment rappeler les bonnes pratiques, former, informer et sensibiliser le personnel. Mettre en œuvre la RAC, c'est aussi s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins sur le long terme. Participer aux réunions de lancement, compléter les dossiers et rédiger les protocoles prend du temps. Certains praticiens craignent de s'astreindre à un exercice chronophage dont le seul intérêt serait de formaliser ce qu'ils font déjà. On touche ici ce qui constitue certainement le frein le plus important à l'implantation de la RAC à grande échelle : la résistance au changement. La RAC remet en cause des principes et des pratiques si longuement suivis qu'ils sont devenus des habitudes. Or, comme le relève le Pr. Karem Slim, « l'une des phrases les plus dangereuses, en médecine comme dans beaucoup de domaines, c'est *j'ai toujours fait ainsi* »³⁰. La RAC invite les soignants à remettre en question la multitude de choix qu'ils font au quotidien. « La réalité scientifique d'aujourd'hui n'est pas

³⁰ Entretien avec le Pr. Karem Slim, CHU de Clermont-Ferrand, 4 juillet 2019

la réalité scientifique de demain, il faut être prêt à remettre en cause ce que l'on pensait acquis. Ce travail de remise en question, tout le monde n'est pas prêt à le faire spontanément »³¹.

⇒ **Les freins liés aux ressources mises à disposition**

La principale ressource dont manquent les acteurs pour se lancer dans un projet RAC reste le temps. Le temps nécessaire pour construire un plan de formation, former et informer l'ensemble des professionnels d'un établissement : équipes de jour, équipes de nuit, personnels du bloc, de la SSPI, étudiants et nouveaux arrivants. Le temps nécessaire également pour renseigner la base d'audit à partir de données récoltées dans les dossiers de patients. L'exploitation d'un dossier représente 20 à 30 minutes de travail pour le chirurgien et/ou l'infirmière dédiée à la RAC. La mise en œuvre de la RAC allonge par ailleurs le temps dédié à l'information au patient. Au-delà des informations réglementaires, il faut présenter au patient, oralement et par écrit, son parcours, et s'assurer qu'il ait bien compris l'ensemble de ces informations. Ce nouveau temps d'information justifie parfois la création d'un poste d'IDE dédiée à la RAC et chargée de la coordination du parcours du patient. Localement, la RAC peut souffrir du manque de certaines ressources médicales et soignantes. Les anesthésistes et les kinésithérapeutes jouent un rôle important dans toute projet RAC, en particulier en chirurgie orthopédique. Le turnover, quand il ne s'agit pas tout simplement de pénurie, rend l'application pérenne de la RAC compliquée. Autre ressource cruciale lorsqu'il s'agit de la RAC : l'information. En l'absence d'une documentation à jour et facilement accessible, il est difficile de diffuser l'intérêt de ces nouvelles prises en charge. Certaines équipes déplorent parfois le manque de financement ou de soutien de leur direction. Jusqu'à l'arrêté du 22 février 2019, la référence à une borne basse pour les GHS avec de hauts niveaux de sévérité pouvait contraindre les établissements à retarder des sorties, pour éviter de réduire la rémunération des GHS. Le manque de financement concerne également l'absence de valorisation des consultations préopératoires menées par les IDE RAC. La RAC est une innovation organisationnelle qui s'inscrit dans un cadre financier et législatif qui n'était pas prévu pour elle, mais qui commence à évoluer. Enfin, la qualité des liens entre l'hôpital et la ville est essentielle à un programme RAC. Or, certains médecins traitants peuvent craindre une tentative des chirurgiens et des médecins hospitaliers de transférer la responsabilité des soins post-opératoires vers la ville (en particulier en fin de semaine). La communication sur les nouveaux protocoles RAC doit donc s'étendre hors les murs de l'hôpital pour atteindre tous les acteurs concernés par la récupération du patient.

³¹ Entretien avec le Pr. Karem Slim, CHU de Clermont-Ferrand, 4 juillet 2019

⇒ **Les freins liés à la gestion de projet hospitalière**

D'autres facteurs viennent affecter la mise en œuvre de la RAC. Malgré son intérêt clinique et médico-économique, la RAC ne demeure qu'un projet parmi la centaine, voire le millier, d'idées et de volontés qui naissent chaque année au sein d'un hôpital. Si toutes ne sont pas contradictoires, le caractère limité des ressources impose de faire des choix. Au CHU de Nîmes, le projet RAC a été mené de front avec un autre projet de grande ampleur : l'ouverture d'un nouveau bâtiment et de nouvelles salles de blocs pour le circuit court en chirurgie ambulatoire. L'imminence de l'inauguration de ce nouveau bâtiment, prévue au début du mois de septembre, et son impact sur l'ensemble des spécialités chirurgicales et la programmation au bloc opératoire ont conféré à ce sujet une importance particulière tout au long de l'année 2019. Dans ce contexte, et alors que de nouveaux projets chirurgicaux voient le jour chaque mois, le projet RAC a pu paraître, à certains moments, moins audible. Le second risque concerne plus spécifiquement les établissements qui souhaitent mettre en œuvre la RAC à grande échelle (3 services ou plus, en simultané) dès la première année. L'ampleur du chantier peut faire courir le risque de l'enlisement du projet, les équipes tardant à voir se matérialiser concrètement le fruit de leur travail.

Si la taille de l'établissement influence la manière de gérer un projet RAC, constitue-t-elle pour autant un facteur limitant ? Y a-t-il une différence palpable de dynamique entre les petits et les grands établissements, entre ceux qui sont en bonne santé financière et ceux qui ne le sont pas ? Rien n'empêche un CHU, un CH ou une clinique de mettre en place des programmes RAC. La différence réside dans la façon de gérer le projet et le calendrier de son déploiement. La situation économique et financière de l'établissement peut néanmoins interférer et faire que la RAC ne soit pas ou plus une priorité. Lorsque les enjeux institutionnels sont écrasants (plan de retour à l'équilibre, passage en COPERMO etc.), porter un projet devient plus difficile. Il s'agit là d'un effet paradoxal car ce sont bel et bien les établissements qui connaissent le plus de difficultés qui pourraient tirer le plus de bénéfices de cette nouvelle démarche. Si on ne doit pas se lancer dans la RAC avec pour seul objectif la diminution de la DMS, un établissement qui s'assure de la mise en œuvre de plusieurs recommandations RAC obtient rapidement de nouveaux leviers de performance. S'il peut paraître plus difficile et plus long de mettre en œuvre la RAC à l'échelle d'un CHU, les difficultés rencontrées n'ont en général que peu de choses à voir avec le type de l'établissement. Elles dépendent davantage des professionnels impliqués dans la démarche (porteurs du projet, temps et moyens alloués au déploiement de la RAC, concomitance avec d'autres projets etc.).

2.3 Le rôle du directeur d'hôpital dans la mise en œuvre de la RAC

La RAC est par définition une approche multidisciplinaire et collective de la prise en charge chirurgicale. La mise en œuvre de la RAC s'articule généralement autour d'un trinôme chirurgien-anesthésiste-infirmier ou cadre de santé. A ce trio soignant s'ajoute le plus souvent un directeur d'hôpital, porteur du projet auprès de l'équipe de direction et point de contact privilégié avec les autorités de tutelle. L'expérience de l'accompagnement mené en Occitanie par l'ARS et le cabinet Adopale montre que le projet RAC échoit généralement au directeur des affaires médicales ou, si le poste existe au sein de l'établissement, au directeur chargé de la gestion de projets (DOP, directeur du parcours et de la performance etc.). Au sein des établissements privés, c'est le directeur général ou son adjoint qui s'occupe de suivre et d'accompagner la mise en œuvre de la RAC.³² Le domaine fonctionnel du directeur à qui est confié le projet importe peu, il faut surtout qu'il puisse échanger sereinement avec les médecins, faciliter le travail en équipes et qu'il soit en capacité de communiquer sur le projet au plus haut niveau.

Pour être mise en place efficacement, la RAC doit être un projet institutionnel. Mettre en place les moyens matériels et humains nécessaires, mettre en œuvre le plan de formation du personnel médical et non-médical sont autant d'actions qui nécessitent l'intervention et le travail régulier d'un porteur projet institutionnel. Dès lors, le directeur d'hôpital est celui qui facilite la mise en place des programmes RAC en offrant un cadre favorable à l'échange entre les différents professionnels impliqués dans la RAC. Le simple fait de réunir l'ensemble des membres de l'équipe de soins autour d'une même table n'est pas anodin. Dans un premier temps, le directeur est surtout sollicité pour allouer les moyens nécessaires à tout programme RAC se voulant conforme aux dernières recommandations. La première requête qui lui est adressée concerne généralement la création d'un poste d'IDE de coordination dédiée à la RAC chargée notamment de la consultation d'information préopératoire. Si le directeur peut effectivement arguer de l'intérêt médical et économique d'une démarche RAC auprès de ses collègues, sa plus-value est ailleurs. Sa vision d'ensemble lui permet de s'assurer du suivi, de l'évaluation et de l'animation du projet au sein de l'établissement. A ce titre, il peut mettre en place et animer un comité de pilotage pluri-professionnel dédié à la RAC. Ce COPIL doit permettre de définir les rôles et les responsabilités de chacun, de faciliter la communication au sein de l'établissement et d'impliquer les professionnels dans la prise de décision. Il assure aussi à intervalles réguliers le suivi des actions engagées par l'intermédiaire d'un tableau de bord regroupant des indicateurs d'activité (ex : nombre de « patients RAC »), de résultat (ex : taux de ré-

³² Entretien avec Luc Landman, associé fondateur du cabinet Adopale, Paris, 2 juillet 2019

hospitalisation), de projet (ex : taux de professionnels formés) et de pratique (ex : dossiers renseignés dans GRACE-Audit). En repérant et en accompagnant les services moteurs dans la structuration de leur projet, le directeur promeut les organisations innovantes et démontre ainsi que l'institution soutient les équipes qui œuvrent à l'amélioration des prises en charge. Enfin, le directeur fait le lien entre l'équipe de soins et l'ARS. En échangeant régulièrement avec la tutelle, il veille aux différents appels à projet qui peuvent permettre de développer un ou plusieurs points clefs de la RAC (financement au parcours de soins dans le cadre de l'article 51, accompagnement méthodologique etc.).

Un directeur en poste dans un établissement qui ne fait pas de chirurgie RAC peut-il initier une démarche qui reste fondamentalement médico-soignante ? Pour le Pr. Karem Slim, « un directeur peut tout à fait initier la démarche. Le but est bien de diffuser les bonnes pratiques, ce qu'on considère être de la médecine de qualité. Par exemple, le directeur peut provoquer une réunion avec plusieurs professionnels qu'il juge apte au dialogue et à l'échange, en évitant de convier les personnes qui rejeteraient la démarche par principe. Il faut que ce premier dialogue puisse être constructif pour que tout le monde soit au clair sur la RAC et son potentiel pour le patient. L'important est que le directeur ne soit pas seul à ce moment-là face à la communauté médicale, qu'il ait des alliés sur qui il peut compter, et des médecins qui y croient et qui sont capables de porter le projet. »³³. Une fois que tous les participants, médecins et directeurs compris, sont convaincus de l'intérêt et des bienfaits de la RAC, sa mise en œuvre en ressort facilitée.

2.4 Mise en œuvre et accompagnement de la RAC au CHU de Nîmes

En 2019, la RAC n'est pas encore pratiquée dans tous les établissements de santé français. Toutefois, la majorité des centres hospitaliers à forte activité chirurgicale bascule progressivement vers la RAC. Au CHU de Nîmes, le projet RAC s'est structuré dans le cadre de l'accompagnement proposé par l'ARS Occitanie et le cabinet Adopale. Cette première vague d'accompagnement a débuté en mai 2018 et doit s'achever en novembre 2019, date à laquelle démarrera une seconde phase d'accompagnement. En confrontant les pratiques de plusieurs équipes, cet accompagnement a permis aux services de chirurgie digestive, de chirurgie orthopédique et de gynécologie de mettre au point et déployer un plan d'actions structuré autour de plusieurs points que nous allons développer dans les pages qui suivent.

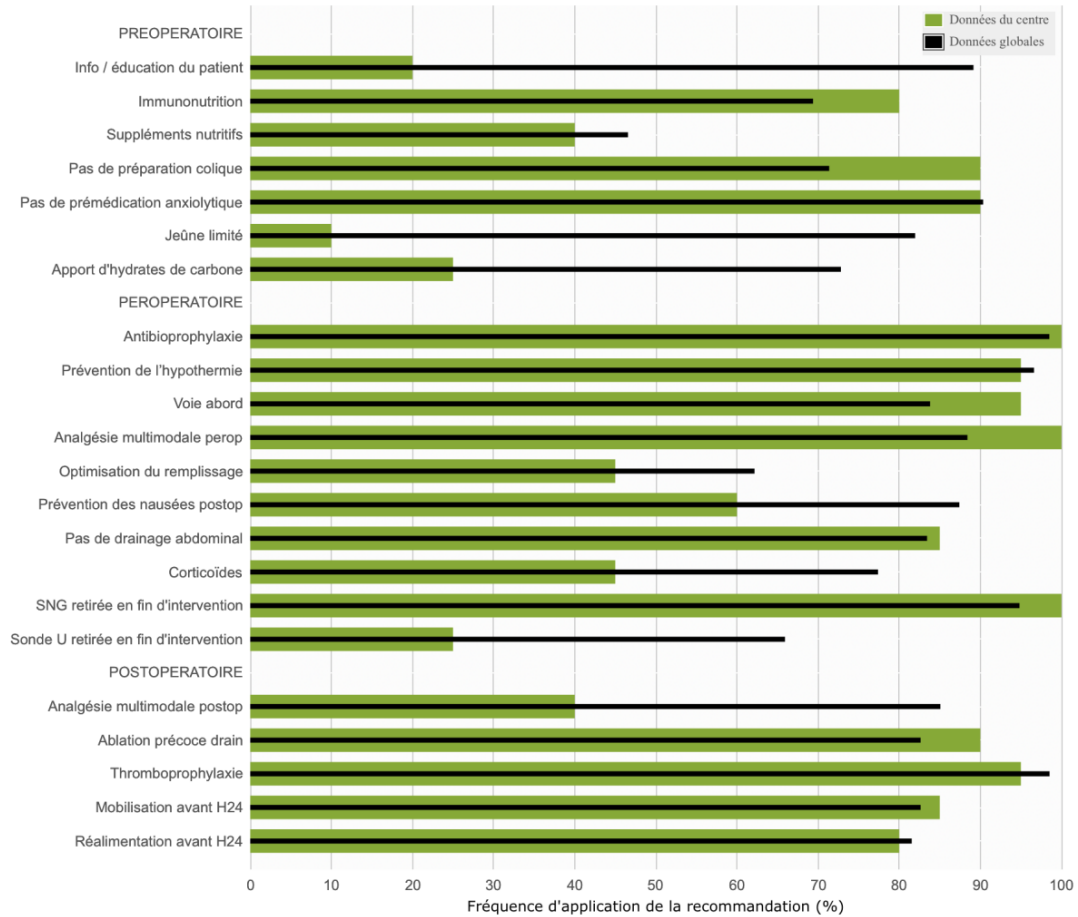
2.4.1 Diagnostic initial et rédaction d'un plan d'actions

³³ Entretien avec le Pr. Karem Slim, CHU de Clermont-Ferrand, 4 juillet 2019

Enjeux

Les trois équipes engagées dans la démarche ont été composées selon le modèle proposé par l'ARS. Chaque service est donc représenté par un chirurgien, un anesthésiste, un cadre de santé et la directrice chargée de la performance. Les premiers mois de l'accompagnement ont été consacrés à la réalisation d'un autodiagnostic. La plateforme GRACE-Audit permet aux services d'auto-évaluer leurs pratiques professionnelles et organisationnelles. Sur la base d'un échantillon de 20 dossiers patients, chacun des trois services a renseigné la plateforme du groupe GRACE. Pour chaque dossier, il fallait renseigner des informations précises portant sur les trois temps d'un programme RAC : la phase préopératoire (exemples : indication opératoire, information et éducation du patient, immunonutrition, prémédication anxiolytique, préparation colique, durée du jeûne, suppléments nutritifs), la phase peropératoire (exemples : prévention de l'hypothermie, voie d'abord chirurgical, analgésie multimodale, analgésiques utilisés) et la phase post-opératoire (nausées ou vomissements, iléus supérieur à 72h, mobilisation à J0, douleur à la mobilisation, complications post-opératoires, sortie). La saisie de chaque dossier prend du temps (environ 20 minutes) et mobilise généralement le chirurgien et l'ingénieure en organisation qui accompagne le projet au sein du CHU. Cette étape est néanmoins indispensable car elle permet de mesurer le degré d'application des recommandations de GRACE, de croiser ces données avec l'évolution de la durée de séjour et du niveau de complications postopératoires, de se comparer aux autres établissements sur la base d'une échelle commune et d'identifier des points forts et des points faibles sur lesquels il faut concentrer les premiers efforts. Renseigner le logiciel d'audit à intervalles réguliers permet aussi de suivre et de mesurer la progression de l'établissement sur les différents éléments du programme RAC. On estime que les premiers effets d'un programme RAC sur le taux de complications post-opératoires se font ressentir dès lors que 70% des recommandations sont appliquées. Ces données ont permis à chacun des groupes de définir de manière collégiale une organisation cible, et de bâtir un plan d'actions structuré avec des échéances fixées pour chaque action (*exemple des principaux axes du plan d'actions du service de chirurgie digestive en annexe*).

Exemple : résultats de l'autodiagnostic mené par le service de chirurgie digestive du CHU de Nîmes (données : juin 2018)



2.4.2 Rédaction et validation des protocoles

Enjeux

Tout programme RAC repose sur trois piliers : la coordination d'équipes multidisciplinaires, la participation active du patient à sa prise en charge et la rédaction de protocoles de soins conformes aux dernières données de la science. Phase clef du projet de service, la rédaction du protocole mobilise l'ensemble des acteurs intervenant lors de la prise en charge du patient. Cette phase, qui permet une meilleure implication de l'équipe dans la démarche, peut prendre plusieurs mois. L'équipe se réunit à plusieurs reprises pour définir un nouveau parcours patient dont l'objectif est la diminution de « l'agression chirurgicale » et de ses effets délétères sur la faculté de récupération du patient. Une fois rédigés, les protocoles de soins attestent d'une vision commune et partagée de l'équipe sur les mesures à appliquer. Ils doivent être ensuite validés par les chefs des services concernés, qui n'ont pas toujours été associés au projet depuis le départ. Ce travail de conviction requiert un portage chirurgical fort du projet, un leadership affirmé et une communication institutionnelle mettant en avant les effets positifs de la démarche. Par

ailleurs, la systématisation de plusieurs mesures intégrées dans le protocole optimise la prise de décision. L'exemple du CH d'Albi montre qu'il est possible d'améliorer le parcours et la prise en charge du patient sans écrire, dans les premiers temps, un protocole de soins partagé. La RAC y a été lancée sans attendre l'accompagnement de l'ARS. Pendant deux ans, le service de chirurgie orthopédique a donc proposé des prises en charge RAC pour les poses de PTH/PTG sans qu'aient été rédigés des protocoles.³⁴ L'accompagnement de l'ARS a été, dans ce cas, l'occasion de formaliser la démarche. Cette étape de formalisation est cruciale. Une étude menée en 2007 conclut même que, plus que l'effet combiné de chaque mesure, c'est l'inscription de ces mesures dans un protocole soins qui contribue à l'amélioration des conditions de récupération des patients.³⁵

Exemple : le protocole RAC PTG du service de chirurgie orthopédique du CHU de Nîmes

Le protocole RAC concernant les poses de prothèses totales de genou a été validé le 29 mai 2019. Il s'adresse à l'ensemble des acteurs intervenant au cours du parcours patient : chirurgiens orthopédiques, anesthésistes-réanimateurs, infirmiers, aides-soignants, pharmacien-cliniciens et internes/étudiants. Tous ces professionnels ont participé à la rédaction et à la relecture du document. Le protocole intègre, en une vingtaine de pages, l'ensemble des actions à mettre en œuvre et balaye l'intégralité du chemin clinique du patient (*voir logigramme en annexe*), de sa consultation chirurgicale préopératoire jusqu'à sa sortie d'hospitalisation. Le protocole comporte plusieurs mesures dont l'effet bénéfique sur la récupération des patients a été prouvé. Outre la chirurgie mini-invasive, les protocoles RAC prévoient notamment la modification des règles de jeûne préopératoire et la réalimentation et mobilisation précoces du patient.

⇒ La réduction de la durée du jeûne préopératoire : le jeûne moderne.

Une durée de jeûne trop importante peut avoir des effets délétères pour le patient et augmenter sa résistance à l'insuline. De nouvelles règles de jeûne ont été élaborées. Elles permettent, chez tous les patients programmés, la prise d'aliments solides jusqu'à 6h avant le début de la chirurgie et l'ingestion de liquides clairs, non particuliers, jusqu'à 2h avant le début de la chirurgie (eau, thé, café, sucre possible, jus de fruit sans pulpe, sirop). La quantité de liquide bue n'est pas limitée. Dans le service de chirurgie orthopédique, trois pancartes ont été confectionnées : « arrêt des boissons à 7h » (chirurgie programmée entre 10h et 12h), « arrêt des boissons à 9h » (chirurgie programmée entre 12h et 14h) et « arrêt

³⁴ Entretien avec Emmanuelle Michaud, 1^{er} juillet 2019

³⁵ S.W. Polle, J. Wind, J.W. Fuhring, J. Hofland, D.J. Gouma, W.A. Bemelman, "Implementation of a Fast-Track Perioperative Care Program: What are the Difficulties ?", *Digestive Surgery*, 24: 441-449, 2007

des boissons à 11h (chirurgie programmée après 14h). Il est primordial que le patient reçoive une information claire et cohérente à ce sujet tout au long de son parcours de soins.

⇒ **La mobilisation et la réalimentation précoces du patient.**

Dans l'optique de rendre le patient acteur de sa prise en charge et de réduire les complications respiratoires, les équipes soignantes et les kinésithérapeutes œuvrent à la mobilisation précoce du patient à son retour de bloc. Une mobilisation précoce permet en effet au patient de passer d'un état horizontal passif à un état vertical et actif. En chirurgie orthopédique, les patients sont ainsi mobilisés (mise au fauteuil, marche si force du quadriceps suffisante) dès le jour de l'intervention. Il est une nouvelle fois crucial de sensibiliser le patient à l'intérêt de cet effort tout au long de sa prise en charge. Les programmes RAC prévoient également la prise d'un liquide ou d'un solide le jour même de l'intervention. Au CHU de Nîmes, la réalimentation se fait dès le retour du patient dans sa chambre. La reprise rapide de son alimentation limite l'impact du jeûne postopératoire tout en rassurant le patient sur le bon déroulement de l'intervention.

2.4.3 La consultation d'information préopératoire par une IDE dédiée

Enjeux

Plus qu'une évolution des techniques opératoires, la RAC est une innovation organisationnelle qui exige une parfaite coordination entre les différents professionnels qui interviennent tout au long du parcours du patient. Ainsi la mise en œuvre de programmes RAC permet-elle l'émergence de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers. La majorité des centres experts RAC ont détaché du temps infirmier, ou créé un poste supplémentaire, pour répondre à ces nouveaux enjeux d'organisation du séjour et de fluidification des parcours. Les missions d'IDE de coordination (IDEC), ou d'IDE RAC, se développent. Lien entre le patient et l'équipe de soins, entre l'hôpital et la ville, l'IDEC est un personnage central de la mise en œuvre d'un projet RAC. La première de ses prérogatives est notamment d'animer la consultation d'information préopératoire. Si elles ne sont pas encore valorisées financièrement, ces consultations infirmières permettent d'informer le patient, avec un angle et des mots différents de ceux employés par le médecin, et de s'assurer de sa bonne compréhension des grands principes de la RAC. Elle se déroule idéalement quelques jours après la consultation chirurgicale, le même jour que la consultation d'anesthésie. Concentrer les grands moments de la prise en charge préopératoire sur une journée permet de limiter les déplacements du patient. Au-delà, l'IDEC doit assurer la traçabilité des informations recueillies lors de l'entretien en consultation de chirurgie,

transmettre les informations recueillies en service, assurer le cas échéant l'appel de la veille, accueillir les patients à l'arrivée dans le service et veiller à la bonne utilisation du carnet de suivi RAC. C'est le point de contact principal du patient qui peut retrouver son numéro de téléphone sur les documents d'information qu'il reçoit en consultation. La consultation IDEC peut également prendre la forme d'une session d'information collective. Plusieurs centres hospitaliers ont développé cette pratique en chirurgie orthopédique : plusieurs patients sont ainsi convoqués à la même heure pour une session d'échanges et de discussions en groupe. Il arrive que plusieurs *patients-experts*, ayant déjà été opérés d'un côté (hanche ou genou), assistent à ces réunions en vue d'une seconde intervention. Ils peuvent alors partager leur expérience du programme et répondre aux questions pratiques que se posent les autres patients.

Exemple : les consultations d'information préopératoires au CHU de Nîmes (voir fiche de poste en annexe)

Face au volume prévisionnel de patients concernés par les nouveaux programmes RAC, il n'a pas été jugé nécessaire de créer des postes d'IDEC supplémentaires en 2019. Les missions d'IDE de coordination sont donc assurées par des infirmières exerçant déjà dans les trois services de soins concernés : la chirurgie orthopédique, la chirurgie digestive et la gynéco-obstétrique. Une portion de leur temps de travail est donc allouée à l'organisation de la RAC. En gynéco-obstétrique par exemple, la fiche de poste de d'IDEC détaille le déroulement de la consultation d'information préopératoire. Celle-ci doit avoir lieu dans les 21 jours avant l'opération, le même jour que le rendez-vous avec l'anesthésiste. En 2017, le CHU de Nîmes avait procédé à 98 hystérectomies. En 2018, ce chiffre était passé à 120. Puisqu'il n'y a pas de facteur de non-inclusion, il est possible de projeter un potentiel d'environ 2 patientes par semaine. La CS d'information préopératoire dure entre 20 et 30 minutes. Elle représente donc une charge de travail de 2*30 minutes par semaine. Cette consultation permet de vérifier que la préadmission a été faite correctement, que le parcours de la patiente est bien balisé (coordination des rendez-vous et examens) et que la patiente a bien compris les différents éléments de sa chirurgie (voie d'abord, technique d'anesthésie). C'est aussi l'occasion de rappeler différentes consignes à la patiente, d'expliquer le déroulement de l'intervention et d'effectuer si nécessaires divers examens (bilan sanguin, ECG) et dépistages (dénutrition, fragilité gériatrique). Enfin, c'est un temps d'information privilégié au cours duquel l'IDEC répond aux questions que formule la patiente et lui donne les documents d'information élaborés dans le cadre du projet RAC : pochette et lettre d'information, projection d'une vidéo expliquant la prise en charge RAC, fiches de conseils pour le retour à domicile etc.

2.4.4 L'information du patient

Enjeux

L'accès du patient à une information fiable et cohérente tout au long de son parcours est l'un des enjeux majeurs de tout programme RAC. Une prise en charge réussie est une prise en charge à laquelle le patient adhère et participe activement. Dès lors, il doit avoir une bonne connaissance de son parcours et des conduites à suivre. Tous les acteurs du parcours RAC sont concernés par l'information du patient. Le premier acteur à entrer en jeu est le chirurgien qui, au cours de la consultation préopératoire, pose l'indication chirurgicale et présente les principes de la RAC au patient. Cette présentation est complétée lors des consultations d'anesthésie et, surtout, lors de la consultation menée par l'IDEC. Si le *colloque singulier* qui lie le patient au soignant demeure un temps d'échange privilégié, la communication peut prendre d'autres formes : documents écrits (plaquettes, check-lists, « passeports patients » que les patients complètent au fur et à mesure de leur prise en charge, etc.), vidéos de présentation du parcours, etc. Puisque la RAC nécessite une implication active du patient qui rompt avec les prises en charge traditionnelles, il est important de lui présenter les bienfaits attendus d'une telle démarche. La question de la pérennité de ces documents reste posée. S'ils s'imposent aujourd'hui car la chirurgie RAC reste encore méconnue du grand public, on peut toutefois imaginer que la généralisation de ces programmes réduise, après plusieurs années de pratique, l'effort initial d'information du patient.

Exemple : les documents d'information du patient au CHU de Nîmes

Le premier document donné au patient est une « plaquette » au format A5 qui permet de rassembler tous les documents que va recevoir le patient. Cette plaquette, qui reprend le modèle donné aux patients de l'unité de chirurgie ambulatoire, rappelle les grands principes de la prise en charge RAC : les bénéfices pour le patient, son parcours détaillé (noms des praticiens, de l'IDEC, date de l'intervention et de la consultation post-opératoire) ainsi que les numéros à contacter en cas de questions ou de problèmes. Chaque service a ensuite élaboré un document que le patient conserve et renseigne au fur et à mesure de sa prise en charge. En chirurgie orthopédique, il s'agit d'un « carnet de bord » où le patient peut préciser, chaque jour (jour d'entrée, J0, J1, J2, J3), son niveau de douleur, son niveau d'anxiété et l'objectif de marche qu'il a atteint. Le format du « carnet de bord » a également été choisi pour les patients de chirurgie digestive (*voir en annexe*). Si les principes de la RAC et le parcours de soins y sont présentés, ce document permet surtout patient de noter au quotidien son activité (durée du lever, évaluation de la douleur)

et les aliments mangés. En gynécologie, une « lettre d'information » revient de manière synthétique sur le déroulement de l'opération et de l'hospitalisation, et prodigue des conseils pour la convalescence. Enfin, trois vidéos seront dévoilées en septembre prochain, au moment du lancement officiel de la RAC au CHU de Nîmes. Chaque service y présentera le parcours type d'un patient suivant un programme RAC, suivi de manière subjective. Par la suite, ces vidéos seront diffusées au cours des consultations menées par les IDEC.

2.4.5 Formation et information du personnel

Enjeux

La RAC est un sujet qui s'impose aux programmes des congrès et symposiums organisés par différentes sociétés savantes, qui y intègrent généralement une session de formation pouvant s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Ces rencontres professionnelles permettent la diffusion de la thématique auprès des professionnels de santé qui peuvent, en retour, contacter leur direction pour lancer un projet RAC. L'élaboration d'un plan de formation interne est essentielle pour diffuser les grands principes de la RAC et impliquer tous les acteurs. La connaissance du sujet et de ses implications au quotidien ne doit pas se limiter aux équipes projet. Ainsi, il faut veiller à ce que les actions de formation n'occultent aucune catégorie de professionnels : les personnels de journée et de nuit, les personnels du bloc et de la SSPI, etc. La question de la formation initiale se pose aujourd'hui avec une force nouvelle : pour la que la RAC fasse système, il est primordial qu'elle soit inscrite au programme des différents cursus des universités de médecine et des instituts de formation. A ce jour, les initiatives restent locales et embryonnaires.

Exemple : le plan de formation RAC au CHU de Nîmes

L'élaboration d'un plan de formation est l'un des principaux axes du plan d'actions élaboré au début de l'accompagnement de l'ARS Occitanie. Avant même sa formalisation, des actions de formation ont été menées en fonction des résultats observés lors de l'audit GRACE. En chirurgie digestive, des campagnes d'information sur le jeûne limité ont ainsi été menées dès 2018. Les soignants se sont également formés avec les kinésithérapeutes pour la mobilisation du patient au moment du lever. Le cadre du service a profité des entretiens annuels d'évaluation pour échanger avec les professionnels sur leur perception et leurs craintes relatives à la RAC. Enfin, le chirurgien membre du quatuor a donné une présentation des grands principes de la RAC en réunion de service : près de 25 soignants

ont répondu présents sur la quarantaine que compte le service. Au cours du premier semestre 2019, un plan de formation a été élaboré pour chacune des spécialités concernées par la RAC. L'enjeu est de n'oublier aucun personnel : secrétaires médicales, IDE de consultation, IDE de jour et de nuit, AS de jour et de nuit, équipes médicales, IADE/IBODE etc. Des sessions de 30 minutes ont été programmées (15 minutes de présentation par les membres du quatuor puis 15 minutes de questions). L'intervention d'une IDE en poste dans un établissement dont la pratique de la RAC est avancée a été discutée mais finalement rejetée pour cette première phase de formation. En parallèle, des actions de formation vont être menées à l'IFSI pour sensibiliser les futurs professionnels du CHU à cette nouvelle pratique.

2.4.6 Pilotage et suivi du projet RAC au CHU de Nîmes

Le pilotage du projet RAC est assuré par le COPIL (mentionné plus haut) qui se tient tous les six mois, depuis le 13 novembre 2018. Au niveau institutionnel, la gouvernance du projet s'articule autour des trois groupes projet, d'un pilote institutionnel- l'un des trois chirurgiens impliqués dans la démarche- et de la direction référente de l'établissement. La COPIL rassemble l'ensemble des acteurs concernés par la démarche (direction générale, direction des soins, chefs de pôle, membres des quatuors, DIM). Le COPIL va suivre la mise en œuvre effective des programmes RAC via un tableau de bord dont les contours précis restent à définir. Plusieurs types d'indicateurs peuvent être retenus : des indicateurs d'activité (nombre de « patients RAC », taux de chirurgiens appliquant le protocole, taux de patients ayant vu une IDE RAC en préopératoire), des indicateurs de résultat (DMS des GHM concernés, taux de satisfaction des patients, taux de ré-hospitalisation), des indicateurs de projet (nombre d'ETP IDE dédiés à la RAC, taux de professionnels formés, taux de remise des documents d'information au patient) et des indicateurs de pratique (nombre de dossiers renseignés dans GRACE-Audit). L'enjeu est ici de retenir un nombre limité d'indicateurs dont le recueil pourrait être automatisé.

2.4.7 Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la RAC

L'estimation des coûts liés à la mise en œuvre d'un programme RAC a fait l'objet de nombreuses études.^{36 37} Dans la lignée de l'étude menée auprès de cinq services de soins des HCL par Véronique Faujour, Pascal Corond et le Pr. Karem Slim, il est possible de distinguer des coûts fixes et des coûts variables. Les coûts fixes recouvrent les coûts de formation des professionnels, le temps de mobilisation du personnel impliqué dans le projet

³⁶ D. Roulin et al., "Cost effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery", *op.cit.*

³⁷ V. Faujour, K. Slim et P. Corond, « L'avenir en France de la réhabilitation améliorée après chirurgie », *op.cit.*

(rédaction du protocole, réalisation des documents d'information au patient, participation aux diverses réunions), les potentielles créations de postes qui en découlent, ou encore le développement d'outils informatique dédiés au suivi de la RAC. Les coûts variables sont liés aux différents consommables (suppléments alimentaires, boissons carbo-hydratées) utilisés au cours des protocoles RAC ainsi qu'à la production des documents à destination du patient (plaquette d'information, carnets de bord etc).

TABLEAU IV
Bilan économique pour une initiation dans 5 services

	En €	Coût € à l'unité	Quantité	Quoi
Mobilisation personnel dédié ERAS	225 000	45 000	5	Services
Temps rédaction protocole	36 750	5250	7	Protocoles
Système d'information, outils de suivi	35 000	5000	7	Protocoles
Initialisation et formation	6000	1200	5	Services
Développement lien réseau ville	8400	1200	7	Protocoles
Sous total dépenses d'implémentation	311 150			
Gains sur journées	513 000	180	2850	Gain journées
Résultat	201 850	195	1033	Au séjour
Résultat hors dépenses d'initialisation	288 000			

S'il ne s'agit que de coûts constatés *a posteriori*, l'étude conclut à un coût de total de mise en œuvre de 311 150 euros pour 5 services de soins. Rapporté à un service, ce coût s'élève à 57 650 euros. On peut émettre l'hypothèse que ce coût de mise en œuvre soit réduit dans certains cas : mutualisation de personnels dédiés à la RAC, accompagnement méthodologique. En Occitanie, l'ARS indemnise, sous condition de présence aux sessions collectives, les établissements participant à l'accompagnement qu'elle propose à hauteur de 4 000 euros (établissements référents) et de 1 500 euros (établissements candidats).

Ressources humaines

Le temps est la première ressource que nécessite la mise en œuvre de la RAC : un temps d'élaboration, de coordination des parcours patients, de gouvernance et de gestion de projet. Ce besoin se matérialise généralement par la mobilisation du personnel des services de soins et/ou la mise en place d'un personnel dédié (IDEC). Plusieurs options sont possibles : consacrer une quotité du temps de travail d'une IDE du service aux nouvelles missions de coordination ou leur dédier un ETP complet, quitte à le mutualiser avec les autres services faisant de la RAC. Certains établissements ont ainsi positionné des personnels en reclassement sur ces nouvelles missions.

En parallèle des nouveaux enjeux de coordination, la mise en œuvre de la RAC alourdit-elle le travail en service de soins ? Si les protocoles introduisent de nouveaux gestes (mobilisation et réalimentation précoces du patient etc.), la diminution des complications postopératoires et le recours moins systématique aux sondes et aux drains

tendent à diminuer la charge et la technicité des soins. Une étude menée en 2006 montre par ailleurs que la durée moyenne des soins tend à diminuer avec la DMS³⁸. Dans l'étude, une réduction de la DMS de près de quatre jours (de 7,5 à 3,4 jours) s'est accompagnée d'une diminution plus que proportionnelle du temps moyen consacré aux soins (de 843 à 456 minutes). Il faut toutefois noter qu'une réduction de la DMS induit souvent une augmentation de la rotation des patients dans le service de soins. Se multiplient ainsi les tâches relatives à l'entrée et à la sortie des patients.

Ressources matérielles

La mise en œuvre de la RAC ne nécessite que peu d'investissements matériels. Les programmes RAC peuvent être développés et mis en œuvre sans bouleverser les chambres et les services de soins traditionnels. Toutefois, les coûts variables (boissons données aux patients, couvertures pour prévention de l'hypothermie, documents remis aux patients) sont susceptibles d'augmenter à mesure que la pratique de la RAC s'intensifie.

Pour conclure, on peut affirmer que le coût de mise en œuvre d'un programme RAC reste relativement restreint par rapport aux bénéfices qu'il induit pour le patient, pour l'établissement et plus généralement pour la maîtrise des dépenses de santé. L'étude menée par V. Faujour, P. Corond et le Pr. Slim fait même état d'un résultat largement positif (+ 202 000 euros) après cinq années de mise en œuvre.

³⁸ D.H. Jacobson, E. Sonne, H. Kehlet, "Nursing workload and fast track colonic surgery", *Journal of Advanced Perioperative Care*, 2:177-181, 2006

3 La généralisation de la RAC : une invitation à repenser l'ensemble des parcours patients

Les différentes expériences de mise en œuvre de la RAC évoquées dans les parties précédentes attestent d'un point : un nombre croissant d'établissements et d'ARS prennent conscience des bienfaits d'une telle démarche, entre qualité clinique, efficacité médico-économique et amélioration de l'expérience patient. Une fois un projet RAC mis en œuvre, il est très rare de le voir refluer. Pour le Pr. Karem Slim, « c'est le meilleur exemple d'amélioration de soins et la principale évolution de nos soins chirurgicaux depuis la révolution laparoscopique »³⁹. A l'échelle d'un établissement ou d'une région, la RAC essaime et s'installe progressivement comme un nouveau standard de prise en charge. A terme, les urgences et la RAC – dont l'ambulatorio fait partie- constitueront les deux modes de prise en charge principaux à l'hôpital. A mesure que la RAC se développe, elle fait face à de nouveaux enjeux : évolution des chemins cliniques au fil du progrès des connaissances scientifiques, pérennisation des actions mises en œuvre, élargissement à d'autres spécialités. Mettre en œuvre la RAC est une invitation à repenser l'ensemble du parcours du patient et le rôle qu'y tient l'hôpital.

3.1 Les conditions d'une mise en œuvre de la RAC réussie : bonnes pratiques et recommandations pour mettre en œuvre des programmes RAC dans différents contextes hospitaliers

S'il n'y a pas de mode d'emploi unique pour développer des programmes RAC au sein d'un établissement, on retrouve plusieurs traits communs aux expériences réussies. Ces bonnes pratiques, identifiées tout au long de ce rapport, peuvent donner lieu à des recommandations à court, moyen et long terme applicables dans différents contextes hospitaliers.

A court terme

⇒ Qu'il naisse d'une initiative médicale ou institutionnelle, un projet RAC est une démarche qui nécessite une **forte coordination**. Une **équipe pluri-professionnelle associant a minima un chirurgien, un anesthésiste, un infirmier et un directeur doit être constituée rapidement**. Si tous les participants doivent être convaincus des bienfaits de la RAC, il faut aussi que chacun y trouve un intérêt.

³⁹ K. Slim, *Réhabilitation améliorée après chirurgie*, op.cit., p.24

- ⇒ Si la coordination des projets RAC est le plus souvent organisée par spécialité, il convient de désigner **un référent RAC (ou une équipe référente) au niveau institutionnel**. Il s'agit généralement d'un membre de l'équipe de direction chargé de coordonner les différents projets émanant des services et de veiller aux possibles appels à projet et accompagnements proposés par l'ARS. Son rôle est également **d'organiser et d'animer un COPIL RAC** qui doit disposer d'un véritable pouvoir de décision pour la mise en œuvre des orientations retenues (plan d'actions, ressources mobilisées etc.). La coordination par spécialité peut évoluer en fonction du degré de maturité des projets et faire l'objet d'une réévaluation régulière dans le cadre de ce COPIL.
- ⇒ S'il n'existe aucun projet médical pour le développement de la RAC, **un directeur peut être à l'initiative de la démarche** en en parlant de manière informelle avec certains praticiens qui pourraient porter le projet. S'il trouve des médecins intéressés, il peut organiser une réunion de présentation de la RAC et de ses principaux intérêts (en conviant, si possible, un spécialiste de la RAC). En effet, un programme RAC nécessite un fort **portage médical par des leaders convaincus et écoutés** par leurs collègues, potentiellement réfractaires. L'objectif est de faire adhérer la communauté médicale des services concernés. Si la RAC reste un sujet relativement consensuel, le directeur doit faire preuve de beaucoup d'habileté pour que l'impulsion soit saine et se fasse sans heurts et sans procès d'intention.
- ⇒ Avant de se lancer dans la rédaction de protocoles, l'équipe de soins doit réaliser un **autodiagnostic de ses pratiques**. A l'image de GRACE-Audit, plusieurs logiciels permettent de collecter et de traiter des données liées à l'application des recommandations RAC. L'audit permet d'identifier des points forts, déjà appliqués, et des points faibles sur lesquels il faut travailler. Il est important de se montrer honnête et rigoureux (dépister toutes les complications etc.) lors de l'autodiagnostic pour obtenir une vision aussi précise que possible de la réalité des prises en charge. L'une des stratégies pertinentes serait alors **de formaliser et de mettre en œuvre les recommandations les plus simples à implanter**, puis d'avancer progressivement en augmentant le taux d'application des mesures RAC. A ce stade du projet, un constat doit s'imposer : il ne faut pas s'acharner à obtenir 100% d'application dès le début. Changer les pratiques prend du temps (les ARS proposent des accompagnements longs de 18 mois), il faut donc **élaborer un calendrier de mise en œuvre en veillant à bien documenter et communiquer sur les avancées concrètes du projet** (audits des pratiques réguliers, etc.).

A moyen terme

⇒ Les **protocoles de soins doivent être rédigés par les équipes concernées**, en s'inspirant des recommandations des sociétés savantes – des exemples de protocoles sont disponibles sur leurs sites internet. Cette phase de rédaction permet d'impliquer et de réunir autour d'une même table tous les acteurs du futur parcours de soins. Le protocole doit être clair, pédagogique (utilisation de schémas etc.) et applicable, donc en phase avec le contexte particulier de l'établissement. Au-delà des protocoles, il est aussi possible de consulter les retours d'expérience publiés par les différentes ARS proposant un accompagnement. A ce titre, un livre blanc/guide méthodologique va être publié fin 2019 par l'ARS Occitanie et Adopale à l'issue de la première phase d'accompagnement. Plusieurs points clefs des nouveaux parcours peuvent faire l'objet de recommandations :

- **Consultation d'information préopératoire par une IDE RAC** : le choix de l'IDE dédiée doit être partagée et validée par les différents membres de l'équipe de soins. Les différentes études médico-économiques citées dans ce rapport montrent que l'investissement en ressources humaines reste raisonnable au vu des enjeux et des bénéfices induits par une application optimale de la RAC. L'IDE RAC joue un rôle important dans la conviction des personnels paramédicaux. Une fiche de poste doit être rédigée pour faire apparaître ses nouvelles prérogatives : consultation préopératoire, coordination de la prise en charge, anticipation et suivi de la sortie (PRADO, prestataires). Certains suggèrent que les IDE engagées dans cette démarche doivent avoir une maturité professionnelle suffisante pour permettre aux médecins de déléguer en toute confiance les missions qui peuvent l'être.
- **Information du patient** : pour une communication de qualité, plusieurs consignes peuvent être respectées : adapter la quantité et la technicité de l'information transmise au niveau de compréhension du patient, recourir à des documents écrits et visuels partagés par tous les acteurs (schémas, pictogrammes, utiliser des fréquences naturelles plutôt que des pourcentages parfois mal compris) et/ou des vidéos. Il convient aussi de vérifier que l'information a été comprise.
- **Jeûne moderne** : il faut communiquer de manière intensive sur les nouvelles règles du jeûne pré et postopératoire. Des supports visuels dans les chambres et une sensibilisation de l'ensemble des professionnels sont à prévoir afin que le patient reçoive une information cohérente tout au long de son parcours.
- **Mobilisation précoce** : la réussite de cette mesure réside dans la motivation et la disponibilité des équipes soignantes qui doivent, dès le départ, être sensibilisées à l'intérêt de cette démarche par les médecins. Les premiers levers peuvent être

réalisés en présence des médecins, ou par les médecins, pour montrer qu'il s'agit d'une nouvelle pratique partagée par toute l'équipe et encouragée par la communauté médicale.

- ⇒ Le projet doit être **présenté à l'ensemble de la communauté médicale, paramédicale et administrative** : il est possible d'**organiser une réunion de lancement** pour informer à grande échelle sur la démarche et lever les premiers freins.
- ⇒ Un **plan de formation doit être élaboré** en incluant tous les professionnels susceptibles de prendre part au chemin clinique du patient. La formation est de préférence dispensée par les membres de l'équipe projet, et doit permettre l'**échange de pair à pair**. Plus que le contenu du message, c'est l'identité et la profession de celui ou celle qui le transmet qui importent. Ces sessions de formation doivent être brèves (20 à 30 minutes) et permettent de présenter les changements apportés par les nouveaux protocoles de soins pour montrer que, plus on applique de mesures, plus les résultats sont positifs pour les patients. Les pratiques médicales et organisationnelles n'évoluent que grâce aux échanges entre pairs qui entretiennent une forme d'émulation entre services. Mettre en œuvre la RAC implique de convaincre par le compagnonnage et faire la preuve de son efficacité par les résultats.
- ⇒ Puisque la mise en œuvre est progressive, il est important de **suivre son évolution par l'intermédiaire d'un tableau de bord** qui rassemble divers indicateurs listés plus haut.

A long terme

- ⇒ **Se réunir à intervalles réguliers** pour évaluer la mise en œuvre du programme, identifier des actions-cibles et **accompagner les services qui souhaitent se lancer dans la démarche**. Il est **préférable de commencer avec un nombre limité de services** (2 ou 3) et montrer que les programmes portent leurs fruits. Les praticiens réticents les premiers mois verront au bout de six à neuf mois qu'il y a un bénéfice concret sur le niveau de complications post-opératoires des patients, et adapteront progressivement leurs pratiques.
- ⇒ **Le plan de communication ne doit pas occulter les patients**. En effet, la RAC est un facteur d'attractivité pour les professionnels et pour les patients qui commencent à le réclamer.

3.2 La RAC face à de nouveaux enjeux : pérennisation, diffusion et développement de la démarche à grande échelle

Les programmes RAC concentrent de nombreuses innovations techniques et organisationnelles. Comme toute innovation, une fois mise en œuvre, elle souffre des effets du temps et de la routine. Puisque leur efficacité repose sur le nombre de mesures correctement appliquées, la question de la pérennité des programmes RAC revêt une importance particulière. Une étude menée aux Pays-Bas alerte sur la fragilité et le caractère réversible de certaines mesures incluses dans les protocoles RAC : trois années de pratique ont suffi à faire passer le taux d'adhésion au protocole ERAS (Enhanced Recovery After Surgery Program) de 75% à 67%, avec une diminution particulièrement marquée pour les mesures postopératoires⁴⁰ qui sont pourtant au cœur de la réflexion sur la récupération des patients. Cette diminution peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- La RAC chamboule des habitudes fortement ancrées dans les pratiques des médecins et des soignants. Si ceux-ci ne sont pas convaincus des bienfaits apportés par ces nouveautés, et en l'absence d'une communication répétée, ils peuvent progressivement se désengager de la démarche et revenir à leurs pratiques antérieures ;
- La mise en œuvre de la RAC peut prendre du temps. Entre l'étincelle à l'origine du projet et les premiers patients accueillis, plusieurs mois peuvent s'écouler. Des mois durant lesquels le travail accompli tarde à porter ses fruits. Cet écart entre l'idée enthousiasmante des débuts et sa traduction en des parcours de soins et des actions concrètes peut expliquer la démotivation de certains professionnels, voire le désengagement de certains leaders ;
- En concurrence avec d'autres projets, la RAC peut être reléguée au second plan en fonction de l'actualité institutionnelle ou de la situation financière de l'établissement ;
- Le concept de RAC revêt souvent un caractère exclusif : le concept sanctuarise et met des barrières entre « patients non-RAC » et « patients RAC ». Ces derniers sont rarement majoritaires et peuvent être perçus comme des « cailloux dans la chaussure » des professionnels. La coexistence prolongée des deux modèles de

⁴⁰ F. Gillissen, S.M. Ament, J.M. Maessen, C.H. Dejong, C.D. Dirksen, T. Van der Weijden, M.F., von Meyenfeldt, "Sustainability of an enhanced recovery after surgery program (ERAS) in colonic surgery", *World Journal of Surgery*, 39: 526 – 533, 2015

prise en charge pourrait paradoxalement conduire les professionnels à réduire leur attention portée aux programmes vus comme spécifiques.

La connaissance des principes et des enjeux de la RAC progresse chez les praticiens, les directeurs et les patients. En 2019, l'enjeu consiste à développer ce modèle dans des établissements aux tailles et aux moyens variés. Plusieurs éléments pourraient contribuer à cette diffusion du modèle RAC à grande échelle :

- ⇒ A l'instar de ce qui se fait pour la chirurgie ambulatoire, il faudrait **communiquer davantage sur les « champions de la RAC »** au niveau national. Mettre en avant les expériences réussies et les avancées obtenues pour les patients permettrait au sujet d'être mieux connu et reconnu.
- ⇒ **La place de la RAC dans la formation initiale des professionnels de santé mérite d'être développée.** Si plusieurs diplômes universitaires ont vu le jour ces dernières années, très peu sont dédiés exclusivement à la RAC. Des MOOC ont également été mis en ligne.⁴¹ Comme le montre le Pr. Karem Slim, la médecine péri-opératoire et la dimension collective et organisationnelle de l'exercice de la médecine restent enseignées de façon marginale et fragmentée.⁴² Un enseignement transdisciplinaire dédié à la RAC au cours de l'internat de chirurgie permettrait ainsi d'associer des apprentissages techniques et non techniques en phase avec un exercice plus collectif de la médecine.
- ⇒ Loin de se limiter aux seules frontières de l'hôpital, **les parcours patients RAC nécessitent une coordination efficace entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de ville.** Ce lien ville-hôpital renforcé peut passer par la création d'un système d'information partagé entre les libéraux et l'hôpital, la formation et la sensibilisation des libéraux aux principes et aux programmes RAC mis en œuvre ou encore par la signature de conventions entre les établissements et les professionnels des métiers en tension, à l'image des kinésithérapeutes libéraux, indispensables pour les programmes RAC en chirurgie orthopédique. Il faut donc communiquer et informer qu'il ne s'agit pas d'un transfert des responsabilités de l'hôpital vers la ville. A ce titre, des circuits de reprises et de retours rapides à l'hôpital en cas de complication peuvent être élaborés. Les ARS ont un rôle à jouer dans la coordination des professionnels libéraux et hospitaliers via les plateformes

⁴¹ MOOC « Réhabilitation améliorée après chirurgie », Université Aix-Marseille, France Université Numérique (FUN), Mai-Juin 2019

⁴² K. Slim, Réhabilitation améliorée après chirurgie, op.cit., pp.105-107

territoriales d'appui (PTA) ou encore le développement d'annuaires d'infirmiers libéraux.

- ⇒ Si la réglementation concernant les bornes basses de tarification a été révisée, la **valorisation de certains actes infirmiers** contribuerait à la généralisation de la RAC : consultation préopératoire d'information, coordination et organisation du parcours par l'IDEC, etc.

- ⇒ Enfin, le **développement d'outils de e-santé doit permettre une meilleure surveillance postopératoire du patient à distance**. La sortie et la surveillance postopératoire doivent être anticipées avant même l'entrée du patient. Aux réseaux des prestataires et des professionnels libéraux s'ajoutent des moyens de suivi organisationnels (dispositif PRADO) et/ou technologiques (sortie avec surveillance téléphonique ou par SMS). Les systèmes de e-santé et les objets connectés sont autant de moyens prometteurs qui, une fois que les autorités de régulation auront clarifié leurs règles de fonctionnement et de tarification, pourront être utilisés non seulement dans le cadre des maladies chroniques mais aussi pour les épisodes de soins aigus.

Si les recommandations RAC ont vocation à être déployées dans des contextes hospitaliers divers, elles ne doivent pas être immuables. Une fois écrits et validés, les protocoles de soins sont appelés à évoluer au fil de la progression des connaissances scientifiques. Plusieurs mesures, présentées à l'occasion du 5^{ème} symposium GRACE d'avril 2019, font aujourd'hui l'objet de débats au sein de la communauté scientifique : la préparation colique, l'emploi de lidocaïne intraveineuse dans l'analgésie multimodale, etc. Si certaines recommandations des premières heures voient leur importance remise en question (analgésie péridurale, bloc fémoral continu pour l'anesthésie), d'autres s'imposent peu à peu comme de possibles futures recommandations (immunonutrition, musicothérapie). L'exemple de la pré-habilitation illustre l'évolution constante des frontières de la RAC. Partant du constat que l'état physique et psychologique du patient conditionne le risque de complications postopératoires, plusieurs établissements ont instauré, en parallèle des programmes RAC, un bilan d'évaluation nutritionnelle, gériatrique, fonctionnelle et psychologique en amont de l'hospitalisation. Au cours des 6 semaines précédant l'intervention, un programme de pré-habilitation adapté aux besoins du patient est prescrit. Tout est mis en œuvre pour que le patient se présente, dans les meilleures conditions, le jour de son opération (conseils diététiques, exercices physiques). Au CHU Lyon-Sud, la pré-habilitation s'adresse aux patients se préparant à subir une intervention majeure en chirurgie digestive. Des programmes sont proposés au patient, selon son état :

- 1) Préparation physique et respiratoire à domicile avec l'intervention d'un kinésithérapeute libéral, contacté par les IDE de l'hôpital.
- 2) Préparation physique au CHU (rendez-vous hebdomadaires avec un kinésithérapeute de l'établissement) avec un questionnaire d'activité physique à remplir régulièrement. Une salle du service a été consacrée à cette nouvelle activité.
- 3) Préparation physique avec, en support, un livret d'entraînement.

L'évolution des connaissances scientifiques bouscule les certitudes, modifie les contours de la RAC et invite à repenser l'ensemble du parcours du patient en chirurgie.

3.3 La RAC doit s'inscrire dans une réflexion plus large sur la réorganisation de l'ensemble du parcours patient et du rôle qu'y tient l'hôpital

Dans la lignée des travaux portant sur le développement de la chirurgie ambulatoire, les réflexions autour de la mise en œuvre de programmes RAC mettent en exergue la nécessité d'anticiper et de fluidifier les parcours des patients hospitalisés en chirurgie. Ce constat dépasse le seul cadre de la chirurgie et invite à réfléchir à la réorganisation de l'ensemble des parcours patients, et en particulier à la place que doit y occuper l'hôpital. La mise en œuvre d'un projet RAC agit comme un miroir grossissant qui illustre les différents enjeux auxquels fait face notre système de santé : les durées d'hospitalisation diminuent à mesure que les techniques médicales progressent, le métier d'infirmier connaît d'importantes transformations qui l'orientent vers la coordination et l'organisation des parcours, les médecins sont appelés à développer une expertise organisationnelle en plus de leur maîtrise technique et les autorités sanitaires, les ARS en tête, souhaitent apporter leur soutien aux démarches innovantes de réorganisation des soins menées à l'échelle des établissements.

Les travaux menés dans le cadre de la RAC doivent s'inscrire dans une réflexion plus large sur l'organisation du parcours patient. En ce sens, l'extension des recommandations RAC à de nouveaux gestes chirurgicaux et à de nouvelles spécialités rejoint les travaux visant à développer l'accueil du patient le jour même de son intervention ainsi que le recours à l'hôtel hospitalier. Au CHU de Nîmes, le « développement de l'accueil à J0 » est d'ailleurs l'un des axes du plan d'actions RAC. Il en va de même pour d'autres établissements qui

voient un lien logique entre l'organisation d'un parcours RAC et l'accueil du patient le jour même de son intervention.^{43 44} En effet, si le parcours du patient en hospitalisation conventionnelle est bien balisé, l'entrée du patient à J0 n'est qu'un élément supplémentaire à prévoir - qui, certes, a d'importantes conséquences organisationnelles -, au même titre que l'appel de la veille. Ainsi RAC et « accueil J0 » ont tendance à se développer en parallèle, nourrissant parfois la confusion entre les deux notions. Au premier semestre 2019, un travail de préfiguration de l'accueil à J0 a été mené au CHU de Nîmes. Les objectifs étaient multiples : estimer le potentiel de séjours transférables à J0 en chirurgie pour l'ensemble des disciplines, évaluer le nombre de lits libérés par service (et projeter le nombre de séjours permis en sus) et lancer la réflexion sur le projet d'accueil chirurgical à J0 en s'appuyant sur les expériences des établissements ayant instauré ce type d'accueil (parcours patient, gestion des effets personnels). En 2018, 23% des patients accueillis en chirurgie étaient arrivés le jour même de leur intervention (hors urgences et ambulatoire)⁴⁵. Un score encourageant mais qui reste loin de l'objectif de 80% de patients accueillis à J0 affiché par les établissements qui se sont lancés dans la démarche. Ce chiffre cache, par ailleurs, deux réalités différentes. D'un côté, on retrouve les services qui se sont organisés pour que le patient entre le jour J (sorties le matin, actes opératoires relativement courts) comme l'ophtalmologie et l'ORL. De l'autre, il y a des services pour lesquels le J0 constaté n'est ni intentionnel ni programmé. Les patients arrivant le jour même ne sont donc pas accueillis dans des conditions optimales de prise en charge. L'étude menée auprès des services de chirurgie de l'établissement fait ressortir plusieurs points saillants :

- Si tous les services ne sont pas concernés par le projet RAC, ils se montrent tous intéressés par la perspective d'un accueil à J0. En effet, l'accueil à J0 est l'une des réponses possibles à la hausse de l'activité constatée en chirurgie. En libérant un certain nombre de lits, l'organisation d'un accueil à J0 permettrait notamment de mieux absorber l'activité non programmée ;
- Il n'y a quasiment aucun obstacle médical à l'organisation du J0, les principaux freins sont d'ordre organisationnel, logistique et RH (programmation fiable au bloc, échelonnement des convocations, assurer qu'il y aura un lit disponible pour le patient à son retour du bloc etc.) ;
- Il existe un potentiel certain pour l'accueil à J0 des patients, mais aussi un potentiel encore inexploité pour la chirurgie ambulatoire ;

⁴³ Conférence téléphonique du Club DOP, *Partage d'expériences sur l'accueil à J0*, 19 mars 2019

⁴⁴ Entretien avec Emmanuelle Michaud, 1^{er} juillet 2019

⁴⁵ Document interne, *L'accueil du patient à J0 au CHU de Nîmes*, juillet 2019, p.4

- L'ouverture, en septembre 2019, d'un bâtiment dédié au circuit court en ambulatoire créé un nouveau flux de patients en ambulatoire. Cela va créer un appel d'air à l'UCA, jusqu'alors seul point d'entrée en ambulatoire, qui pourra dorénavant accueillir plus de patients, et notamment les patients entrant à J0 ;
- Un accueil commun UCA/J0 a la faveur des chirurgiens et des personnels paramédicaux : le personnel de l'UCA est formé et habitué à l'accueil de patients tout au long de la journée, et la liaison UCA-bloc est efficace. Cet accueil commun rendrait également possible la mutualisation de moyens humains et matériels et de tâches administratives, permettant ainsi au personnel soignant des services, déchargé de l'accueil des patients J0, de se recentrer sur les soins postopératoires.

Si l'accueil à J0 peut participer à une réhabilitation améliorée du patient en réduisant notamment l'anxiété préopératoire, il ne doit pas signifier une mise en retrait des principes de la RAC. Un COPIL « Nouvelles prises en charge » doit voir le jour au second semestre 2019 pour assurer un pilotage coordonné des travaux menés sur la RAC, le J0 et l'hôtel hospitalier et anticiper la constitution d'un accueil à J0 (modalités d'accueil, parcours patient, gestion des lits, impact financier). Au CHU de Nîmes, représentatif de la pratique d'une majorité d'établissements de santé, le patient arrive en général la veille de son intervention chirurgicale. En moyenne, 7 patients sur 10 arrivent la veille de leur intervention. Sur ces 7 patients hospitalisés à J-1, il y en a 1 pour qui aucun acte n'est prescrit avant le passage au bloc. Ces hospitalisations la veille sans le moindre acte pré-interventionnel représentent près de 860 séjours/an.⁴⁶ Si plusieurs facteurs peuvent expliquer ces entrées la veille de l'intervention (éloignement du patient, nécessité de réaliser certains actes pré-interventionnels), les habitudes du service demeurent les principales raisons de ces hospitalisations quasi-systématiques à J-1. Depuis 2018, l'hôtel hospitalier est une solution offerte aux patients dont le domicile est éloigné et qui viennent la veille d'une intervention ou d'un geste technique. Le CHU de Nîmes est l'un des quarante-et-un établissements sélectionnés pour expérimenter l'« hébergement temporaire non médicalisé »⁴⁷. En partenariat avec *La Maison des Parents*, le CHU propose une solution d'hébergement extrahospitalier aux patients satisfaisant plusieurs critères d'éligibilité (autonome, absence de trouble temporo-spatial, ne nécessite pas de surveillance médicale et/ou soignante, la prestation doit être prescrite par le médecin), et à leurs accompagnants, en amont ou en aval des soins, ou entre plusieurs séances d'un traitement itératif. Dans le

⁴⁶ *Ibid.*, p.8

⁴⁷ Pour reprendre les termes du décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre et à l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients, Journal officiel, n°0290, 14 décembre 2016

cadre de l'expérimentation nationale, la prise en charge de la nuitée est assurée par le CHU.

RAC, J0 et hôtel hospitalier sont étroitement corrélés. « Outils de restructuration doux »⁴⁸, ils amorcent un changement culturel majeur à l'hôpital : la dissociation entre les soins et l'hébergement. Sous l'impulsion des progrès de la chirurgie, de l'ambulatoire, de la RAC et de l'HAD, les séjours et les actes opératoires sont raccourcis et le parc de lits d'hospitalisation conventionnelle a tendance à se réduire. Le lit ne peut plus être l'unique unité de mesure de la taille d'un établissement et de la performance hospitalière. A mesure que se développent ces nouvelles modalités d'accueil, l'hôpital a l'opportunité de s'imposer comme le centre de coordination de différents parcours patients s'étendant de l'indication chirurgicale à la récupération/guérison. Les programmes RAC sont de bonnes illustrations de ces nouveaux circuits qui, s'ils se déroulent en grande partie en milieu hospitalier, ont vocation à dépasser le strict cadre de l'hôpital. A ce titre, le Pr. Karem Slim évoque une « RAC 2.0 (...) organisée et étendue en dehors du strict milieu hospitalier »⁴⁹.

Ces transformations prennent place alors que se développent, conformément aux orientations de la stratégie nationale de santé, les dispositifs incitant à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des prises en charge. Les enjeux de qualité et de pertinence, deux piliers sur lesquels repose la RAC, seront au cœur du prochain référentiel de certification de la HAS.⁵⁰ Si le contenu précis de ce référentiel fait encore l'objet de discussions, les grands enjeux de la certification V2020 font écho à certains éléments que les programmes RAC permettent d'ores et déjà de mettre en pratique : le développement d'une culture de la pertinence et du résultat, le renforcement du travail en équipe, l'adaptation aux évolutions du système de santé et la promotion de l'engagement du patient dans sa prise en charge. A ce titre, certaines ARS ont lancé des appels à projets pour soutenir toutes les initiatives visant à amplifier le « partenariat soignant-soigné » et à renforcer l'engagement des patients et des usagers dans leur prise en charge.⁵¹ Dans le même esprit d'innovation, l'article 51 de la LFSS de 2018 permet de déroger aux règles de droit habituelles pour mettre en pratique des organisations innovantes. L'un des appels à manifestation d'intérêt lancés par les pouvoirs publics dans le cadre de cette expérimentation concerne le financement au parcours de soins en chirurgie. Différents gestes de chirurgie orthopédique (PTG, PTH et ligamentoplasties du genou) et de chirurgie digestive (colectomies) ont été ciblés. Ces interventions, à forts enjeux organisationnels,

⁴⁸ Entretien avec le Pr Jean-Pierre Béthoux, Professeur Émérite en Chirurgie Générale à l'Université Paris Descartes, Chargé de mission « hôtel hospitalier » à la FHF, mai 2019

⁴⁹ K. Slim, *Réhabilitation Améliorée après chirurgie*, op.cit., p. 115

⁵⁰ HAS, *Vers une certification fondée sur la culture du résultat pour les patients*, juin 2019

⁵¹ ARS Occitanie, *Appel à candidature 2019 dans le cadre de l'amplification du partenariat soignant-soigné : patient/usager acteur*, juillet 2019

sont également indiquées dans le cadre de programmes RAC. Pour la première phase de l'expérimentation, initiée en 2018, les équipes chirurgicales intéressées participent à l'élaboration d'un modèle de financement décloisonné prenant en compte, pour chacun des gestes cités plus haut, l'amont et l'aval du séjour hospitalier ainsi que la qualité des soins prodigués. Pour cette première phase, les 51 équipes retenues sont rétribuées de manière rétrospective sur la base d'un forfait correspondant à la séquence de soins suivie par le patient.⁵² D'ici un an, l'expérimentation entrera dans une deuxième phase. Le mode de rétribution des participants sera complexifié avec l'introduction d'un bonus lié aux économies réalisées par la réduction des complications postopératoires. Cette seconde phase n'étant pas pénalisante, les établissements auront un intérêt certain à se porter candidats. Pour être sélectionné parmi les équipes retenues, la mise en œuvre d'un programme RAC sera alors un atout pouvant attester de la maturité de l'équipe et de sa volonté de développer des parcours innovants et coordonnés. Mettre en œuvre la RAC, c'est ouvrir une porte à la réflexion sur la structuration des parcours patients et anticiper les potentiels changements qui vont modifier le système de santé dans les prochaines années.

⁵² Ministère des solidarités et de la santé, *Rapport au Conseil stratégique : premier bilan de la mise en œuvre du dispositif d'expérimentations innovantes en santé*, octobre 2018, p.20

Conclusion

A la croisée de considérations médicales et organisationnelles, la RAC est un sujet qui s'impose avec autant de force au futur médecin qu'au futur directeur d'hôpital. Depuis les premières publications de l'équipe du Professeur Henrik Kehlet, les contours de ce nouveau type de prises en charge n'ont cessé d'évoluer à mesure que s'affinent et se précisent les connaissances scientifiques. En alliant amélioration des soins, transformation de l'expérience du patient et efficacité médico-économique, la RAC est en passe de réussir là où d'autres modèles organisationnels connaissent plus de difficultés à s'imposer : les équipes soignantes adoptent et mettent en œuvre, de manière spontanée, des programmes qui vont parfois à l'encontre de dogmes et de pratiques établis de longue date. La satisfaction des patients inclus dans ces nouveaux parcours et la sensible amélioration de leurs facultés de récupération sont si significatives qu'elles permettent généralement de dépasser les craintes et la résistance au changement propres à toute organisation humaine. Mettre en œuvre et accompagner des programmes RAC, c'est aussi apporter son soutien à une initiative qui émane le plus souvent du terrain et qui contribue, de manière palpable, à la dynamique d'établissement et à la cohésion des équipes engagées dans la démarche.

Les projets RAC qui se développent, toujours plus nombreux, au sein des établissements de santé publics et privés démontrent qu'une innovation peut être aussi bien technique qu'organisationnelle. Comme toute innovation, la RAC est appelée à suivre un cycle qui la conduit de son émergence à son adoption par le plus grand nombre. Combien de temps faut-il encore pour que la RAC devienne un standard de prise en charge à parts entières ? Combien de temps faut-il pour que les principes de la RAC infusent si longuement les usages du quotidien qu'on arrête de distinguer des prises en charge RAC et des prises en charge qui ne le seraient pas ? Les avis recueillis dans le cadre de la rédaction de ce rapport divergent. Si l'on se réfère au développement de la chirurgie ambulatoire, il faut des années, si ce n'est des décennies, pour qu'un concept, dont l'utilité médicale et économique est étayée par de nombreux articles, soit adopté et mis en œuvre par le plus grand nombre. Les preuves scientifiques ne suffisent pas à l'adoption de nouvelles pratiques. Si les programmes RAC ne soulèvent pas le même scepticisme que la chirurgie ambulatoire, ils impliquent la déconstruction d'un modèle historique de prises en charge. Pour convaincre, il faut donc trouver d'autres voies : le compagnonnage, l'échange de pairs à pairs, faire la preuve par les résultats et comparer les pratiques pour favoriser l'émulation. Suivant ce constat, la démarche menée par les pionniers de la RAC en chirurgie pourra être adaptée aux spécialités de médecine où certains projets émergent et partagent la même ambition : améliorer le service rendu par l'hôpital au patient en veillant à limiter les conséquences d'un séjour hospitalier sur le fonctionnement de son organisme.

Bibliographie

Ouvrages

Slim, K., *Réhabilitation Améliorée après Chirurgie, RAC : la comprendre et la mettre en œuvre*, Elsevier Masson, 2018

Ogien, R., *Mes Mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie*, Éditions Albin Michel, 2017

Articles

Dahmani, S. et Jouve, M., « Récupération rapide après chirurgie (RAAC). L'expérience de l'hôpital Robert-Debré », *Gestions hospitalières*, 577 : 358-361, 2018

Faujour, V., Slim, K., Corond, P., « L'avenir en France de la réhabilitation améliorée après chirurgie, vu sous l'angle médico-économique », *Presse Med*, 44 : e23-e31, 2015

Gillissen, F., Ament, S.M., Maessen, J.M., Dejong, C.H., Dirksen, C.D., Van der Weijden, T., von Meyenfeldt, M.F., "Sustainability of an enhanced recovery after surgery program (ERAS) in colonic surgery", *World Journal of Surgery*, 39: 526-533, 2015

Jacobson, D.H., Sonne, E., Kehlet, H., "Nursing workload and fast track colonic surgery", *Journal of Advanced Perioperative Care*, 2:177-181, 2006

Jenny, J.Y., « "La RAAC bouscule les habitudes des chirurgiens" », *Techniques hospitalières*, 774 : 27-28, 2019

Joris, J., Léonard, D. et Slim, K. « How to implement an enhanced recovery programme after colorectal surgery », *Acta Chirurgica Belgica*, 118: 73-77, 2018

Larsen, K., Hansen, T.B., Soballe, K., Kehlet, H., "Patient-reported outcome after fast-track hip arthroplasty: a prospective cohort study", *Health and Quality of Life Outcomes*, 8: 144, 2010

Larsen, K., Hansen, T.B., Soballe, K., Kehlet, H., "Patient-reported outcome after fast-track knee arthroplasty", *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 20: 1128-1135, 2012

Emilien SAUGRIN - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2019 |

Polle, S.W., Wind, J., Fuhring, J.W., Hofland, J., Gouma, D.J., Bemelman, W.A., "Implementation of a Fast-Track Perioperative Care Program: What are the Difficulties?", *Digestive Surgery*, 24: 441-449, 2007

Powers, J.H., "The Abuse of Rest as a Therapeutic Measure in Surgery. Early Postoperative Activity and Rehabilitation", *Journal of the American Medical Association*, 125: 1079-1783, 1944

Roulin, D., Donadini, A., Gander, S., Griesser, A.C., Blanc, C., Hübner, M., et al. "Cost-effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery", *Journal of British Surgery Society*, 100:1108-1114, 2013

Schmutz, J., Manser, T., "Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review", *British Journal of Anaesthesia*, 110: 529-544, 2013

Slim, K., « Enjeux de la réhabilitation améliorée en chirurgie », *Journal de Chirurgie Viscérale*, 153 : 541-544, 2016

Slim, K., « Fast-tracking en postopératoire: chasse aux sondes, marche et alimentation précoce », *Anesthésie et Réanimation*, 1 : 429-434, 2015

Slim, K., « Les programmes de réhabilitation améliorée s'imposent, en 2019, à toute équipe chirurgicale », *Techniques Hospitalières*, 774 : 23-26, 2019

Slim, K., Theissen, A., Raucoules-Aimé, M., Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD) et GRACE, « Gestion des risques en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation courte », *Journal de Chirurgie Viscérale*, 153 : 53-58, 2016

Simpson, J.C., Moonesinghe, S.R., Grocott, M.P., Kuper, M., McMeeking, A., Oliver, C.M., et al., "Enhanced recovery from surgery in the UK: an audit of the enhanced recovery partnership programme 2009-2012", *British Journal of Anaesthesia*, 115: 560-568, 2015

Thorn, C.C., White, I., Burch, J., Malietzis, G., Kennedy, R., Jenkins, J.T., "Active and passive compliance in an enhanced recovery programme", *International Journal of Colorectal Disease*, 31:1329-1339, 2016

Zhuang, C.L., Ye, X.Z., Zhang, X.D., Chen, B.C., Yu, Z., "Enhanced recovery after surgery programs versus traditional care for colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials", *Diseases of the Colon and Rectum*, 56: 667-678, 2013

Études, rapports et guides

Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA), « Taux de chirurgie ambulatoire de 2017 : un ralentissement de sa croissance qui interroge sur l'objectif de 70% en 2022 », Juillet 2018

Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône Alpes, *La réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC) : Guide de retour d'expériences suite à l'accompagnement d'établissements de santé mettant en place la RAC en région Auvergne-Rhône-Alpes*, Avril 2019, à consulter : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2019-05/2019_Guide_REX%20RAC.pdf

Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône Alpes, *Lettres du Comité Régional RAC*, de Novembre 2015 à Juin 2019, à consulter : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-rac>

Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France, *Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) : Dispositif d'accompagnement francilien, Retours d'expériences*, Janvier 2019, à consulter : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/RAAC-accompagnement-francilien-rex-janv-2019.pdf>

Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie, Newsletter RAC n°1, Avril 2019, à consulter : https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-04/%23RAC_NEWS%231.pdf

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), *Note technique n°CIM-MF-205-3-2019, Campagne tarifaire et budgétaire 2019 « Nouveautés financement »*, Avril 2019

Haute autorité de santé (HAS), Rapport d'orientation – Programmes de récupération améliorée après chirurgie, Juin 2016, à consulter : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac

Ministère des solidarités et de la santé, Expérimentations innovantes en santé : mise en œuvre du dispositif article 51 en 2018, Rapport au Conseil stratégique, octobre 2018, à consulter à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_conseil_strategique_article51_081018.pdf

Mémoires

Jaulent, M., « Enjeux et réflexions autour de la mise en place d'un hôtel hospitalier à l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades (AP-HP) », Mémoire professionnel d'élève directeur d'hôpital, 2015

Robineau, P., « La chirurgie à récupération rapide – Étude sur les opportunités de développement d'un modèle prometteur de prise en charge », Mémoire professionnel d'élève directeur d'hôpital, 2014

Supports de formation et colloques

Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie et Adopale, Sessions collectives d'accompagnement à la mise en œuvre de la RAC en chirurgie orthopédique, chirurgie digestive et chirurgie gynécologique, séances de Février et Juin 2019

Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE), 5^{ème} *Symposium de GRACE*, Paris, 5 avril 2019

Haute Autorité de Santé (HAS), *Vers une certification fondée sur la culture du résultat pour les patients*, présentation à la Commission Qualité de la FHF, juin 2019

MOOC « Réhabilitation améliorée après chirurgie », Université Aix-Marseille, France Université Numérique (FUN), Mai-Juin 2019

Textes juridiques

Code de la santé publique, *article D6124-301-1*

Décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre et à l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients, Journal officiel, n°0290, 14 décembre 2016

Sites internet, ressources en ligne

Première chirurgie robot assistée par Mako pour une prothèse totale de hanche (en ligne).
CHU de Nîmes [consulté le 12 avril 2019], à consulter : <http://www.chu-nimes.fr/actualite/premiere-chirurgie-robot-assistee-par-mako--pour-une-prothese-totale-de-hanche.html>

Diverses vidéos de présentation des programmes RAC, à consulter sur les chaînes *Youtube* des établissements concernés : CHU de Montpellier, CHU de Nantes, Hospices Civils de Lyon, CH de Saint Briec, Institut Montsouris, Clinique St Michel et Ste Anne de Quimper.

Autres documents

Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie, *Appel à candidature 2019 – Amplification du partenariat soignant-soigné : patient/usager acteur*, juillet 2019.

Saugrin, E., CHU de Nîmes, « L'accueil du patient à J0 au CHU de Nîmes », Rapport interne au CHU de Nîmes, juillet 2019.

Liste des annexes

- I. Liste des personnes rencontrées
- II. Tableau comparatif des accompagnements à la mise en œuvre de la RAC proposés par les ARS Auvergne-Rhône Alpes, Ile-de-France et Occitanie
- III. Axes principaux tirés du plan d'actions RAC en chirurgie colorectale au CHU de Nîmes
- IV. Exemple de chemin clinique RAC : le programme RAC en chirurgie orthopédique au CHU de Nîmes
- V. Fiche de poste IDE RAC en chirurgie colorectale
- VI. Exemple de document remis au patient au CHU de Nîmes : le carnet de liaison en chirurgie colorectale

I. Liste des personnes rencontrées

CHU de Nîmes

Marie Chardeau, Directrice de la Performance et du Parcours Patient

Maud Le Caz, Directrice de la coordination générale des soins adjointe

Juliette Fauvel, Ingénieure en organisation en charge de la mise en œuvre de la RAC

Christel Allezard, Ingénieure en organisation

Christine Forestier, Cadre de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire

Sandrine Sancier, Bed manager de chirurgie

Catherine Cauwet, Cadre de la plateforme opérationnelle du parcours patient (POPP) et
Bed manager de médecine

Équipes-projet RAC

Pr. Renaud de Tayrac, Chef de service de gynécologie obstétrique

Lydie Lorin, Cadre du service de gynécologie obstétrique

Valérie Chabert, Infirmière référente RAC en gynécologie obstétrique

Dr. Jérémie Ripoché, Chirurgien digestif

Sonia Le Bihan, Cadre du service de chirurgie digestive

Dr. Rémy Coulomb, Chirurgien orthopédique

Francine Bueb, Cadre du pôle Chirurgies et du service de chirurgie orthopédique

Autres services du CHU

Pr. Benjamin Lallemand, Chef du service ORL

Pr. Michel Prudhomme, Chef du service de chirurgie digestive

Pr. Stéphane Droupy, Chef du service d'urologie/andrologie

Dr. Luc Jeanjean, Chef du service d'ophtalmologie

Dr. Eric Picard, Chef du service de chirurgie vasculaire

Françoise Cazalet, Cadre du service de chirurgie vasculaire

Pierre-Marc Linglin, Cadre du service d'ORL et d'ophtalmologie

Sylvie de Tapia, Cadre du service d'urologie/andrologie

Sylvie Rizzo, Cadre du service de chirurgie digestive

GRACE

Pr. Karem Slim, chirurgien dans le service de chirurgie générale et digestive et responsable de l'unité ambulatoire du CHU de Clermont-Ferrand. Président du groupe GRACE.

Accompagnement ARS Occitanie/Adopale

Dr. Sylvie Meisel, cheffe de projet RAC pour l'ARS Occitanie

Luc Landman, associé fondateur du cabinet Adopale

Autres établissements

Pr. Eddy Cotte, chirurgien viscéral et digestif, HCL CHU Lyon-Sud

Pr. Jean-Pierre Béthoux, Professeur Émérite en Chirurgie Générale à l'Université Paris Descartes, Chargé de mission « hôtel hospitalier » à la FHF

Emmanuelle Michaud, Directrice de la stratégie, des affaires médicales, de la coopération et de la communication au CH d'Albi

Yannick Le Bere, Directeur des opérations et de la qualité de la Fondation A. de Rothschild

II. Tableau comparatif des accompagnements à la mise en œuvre de la RAC proposés par les ARS Auvergne-Rhône Alpes, Ile-de-France et Occitanie

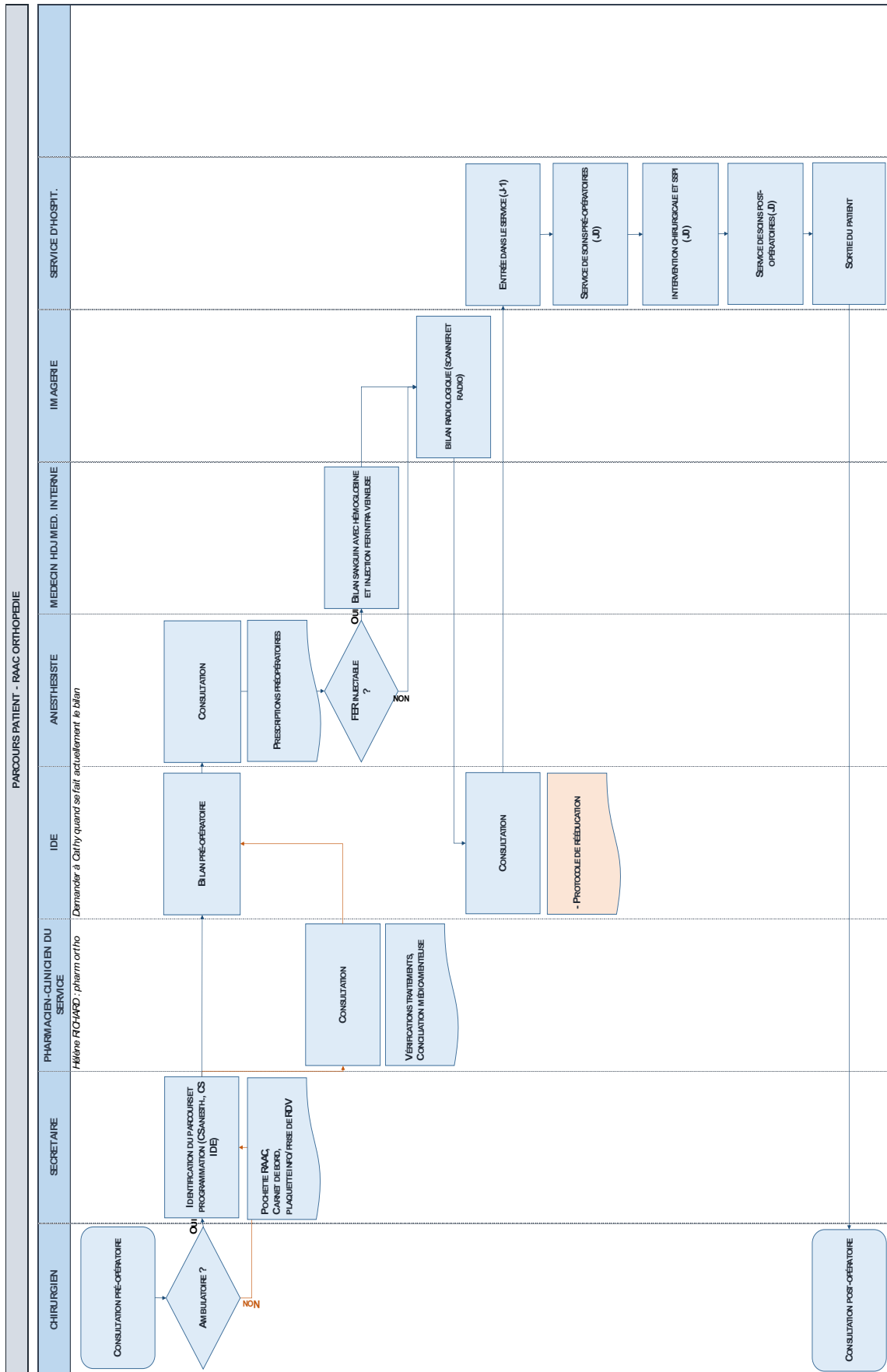
	ARS Auvergne Rhône-Alpes	ARS Ile-de-France	ARS Occitanie
Consultant	Apsis Santé	Cercl H	Adopale
Type d'accompagnement proposé	Accompagnement méthodologique et animation de groupes de travail + Financement	Accompagnement méthodologique et animation de groupes de travail (2 réunions plénières, 10 sessions individuelles, 4 sessions collectives)	Accompagnement méthodologique et animation de groupes de travail + Indemnité forfaitaire sous condition de participation aux sessions collectives.
Programme de l'accompagnement	1-Autodiagnostic par chaque site postulant 2-Préparation d'un plan d'actions 3-Accompagnement à la mise en œuvre du plan d'actions		
Nombre d'établissements concernés	1^{ère} vague (2015-2017) : 38 services (12 référents et 26 apprenants) : 12 groupes de travail 2^{ème} vague (2018-) : 21 services (6 référents et 15 apprenants) : 6 groupes de travail	1^{ère} vague (2017-2018) : 30 services (10 référents et 20 apprenants) : 10 groupes de travail	1^{ère} vague (2018-2019) : 40 services (8 référents et 32 apprenants) : 8 groupes de travail 2^{ème} vague (à venir)
Spécialités concernées	1^{ère} vague (2015-2017) :	1^{ère} vague (2017-2018) : Chirurgie orthopédique (PTH/PTG)	1^{ère} vague (2018-2019) :

	<p>Chirurgie colorectale (24 ES) Chirurgie orthopédique (12 ES) Chirurgie bariatrique (2 ES)</p> <p>2^{ème} vague (2018-) : Chirurgie orthopédique (8 ES) Chirurgie colorectale (6 ES) Chirurgie thoracique (4 ES) Gynécologie (3 ES)</p>	<p>Chirurgie colorectale Chirurgie thoracique (lobectomie) Gynécologie (hystérectomie)</p>	<p>Chirurgie orthopédique (PTH/PTG) Chirurgie colorectale Gynécologie (hystérectomie)</p> <p>2^{ème} vague (à venir) : Chirurgie orthopédique (PTH/PTG/PTE) Chirurgie colorectale Gynécologie (hystérectomie) Urologie (cystectomie) En fonction du nombre de candidats : Obstétrique (césarienne programmée) Chirurgie du rachis</p>
--	--	--	--

III. Axes principaux tirés du plan d'actions RAC en chirurgie colorectale au CHU de Nîmes

Axes principaux du plan d'actions RAC en chirurgie colorectale		
AXES	LIVRABLES	JALONS
1. Mettre à jour les protocoles de soins en intégrant les bonnes pratiques	Document d'information sur la prise en charge nutritionnelle intégrée au protocole RAC Document de référence RAC regroupant les différents protocoles Plan de suivi et d'amélioration continue des protocoles	Protocole RAC rédigé et accessible par les professionnels Protocole RAC reconnu et respecté
2. Optimiser le parcours patient et rendre le patient acteur de celui-ci	Grille de définition du besoin : rôle des IDE dans la prise en charge RAC Carnet de bord du patient avec fiches d'information (« passeport patient ») Procédure de programmation du parcours patient entrant dans le processus RAC (préadmission etc) Test pour l'accueil à J0	Document « IDE dans le parcours RAC » rédigé et validé Supports de communication aux patients validés Procédure en place sur la mission des intervenants dans la programmation du parcours RAC Conditions réunies pour mettre en place le J0
3. Développer l'information et la formation des professionnels de santé	Plan de formation des professionnels de santé	Formations et sensibilisation à la démarche et ses évolutions
4. Piloter la démarche et communiquer	Présentation en réunions de cadres et de pôles Conférence sur la RAC Vidéo d'information Création d'un comité de pilotage RAC	Plan de communication validé COFIL constitué

IV. Exemple de chemin clinique RAC : le programme RAC en chirurgie orthopédique au CHU de Nîmes



Temporalité : l'objectif est de profiter de la présence du patient dans l'enceinte du CHU pour lui faire réaliser plusieurs examens et consultations dans la même journée, dans la mesure du possible.

V. Fiche de poste IDE RAC en chirurgie colorectale

C.H.U. Nîmes	FICHE DE POSTE	N° : Complété par DRH
POLE POLITIQUES SOCIALES ET DU SOIN GESTION DES EMPLOIS ET DE LA PAIE	IDE RAAC Chirurgie Colorectale CHIRURGIE ICG	27/02/2019 Page 1 sur 3

DEFINITION DU POSTE

- En chirurgie digestive, il n'est pas défini d'IDE spécifique RAAC mais plus un parcours personnalisé avec l'intervention de l'ensemble des IDE :
1. La consultation RAAC infirmière a lieu systématiquement en consultation de Chirurgie Digestive par l'IDE des consultations après l'inclusion du patient dans le protocole RAAC. Elle réalise ses consultations en l'incluant dans ses tâches quotidiennes aux consultations de chirurgie digestive. Elle reprend avec le patient et son entourage les grands principes RAAC, écoute, informe, soutient et anticipe le parcours de soins du patient (accès aux soins de support, coordination des informations recueillies, anticipation de la sortie du patient). L'entretien est fixé à 30 mins.
 2. En hospitalisation, un IDE référent accueille le patient et organise son arrivée en lien avec les informations recueillies par l'IDE des consultations. Il reprend les grands principes de la RAAC avec le patient et son entourage. Il fait le lien entre l'IDE des consultations, le patient, son entourage et l'équipe IDE.
 3. L'équipe IDE du service assure la continuité du service et veille à la bonne coordination des différents intervenants ainsi qu'à la mise en œuvre des prescriptions figurant sur le carnet de liaison (1^{er} lever, coordination kiné, diététique...).

MISSIONS

- Participer à la mise en œuvre du projet pluridisciplinaire de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) en chirurgie colorectale
- Informer le patient et s'assurer de sa bonne compréhension sur les grands principes de la RAAC
- Organiser et coordonner son parcours de soins Assurer la traçabilité des informations recueillies lors de l'entretien en consultation de chirurgie
- Transmission et Mise en connaissance des informations recueillies en service
- Veiller à la bonne utilisation du carnet de suivi RAAC

ACTIVITES PRINCIPALES

En consultation

- Conduire un entretien avec le patient et son entourage à l'aide de la fiche d'entretien IDE :
 - ✓ Identifier les besoins du patient
 - ✓ Reformuler les principes de la RAAC et insister sur l'importance de la participation du patient dans sa convalescence
 - ✓ Expliquer les éléments du plan personnalisé de soins (déroulement de l'intervention, information sur l'hospitalisation, présentation des soins postopératoires, des soins kinés, du rôle des diététiciennes...)
 - ✓ Evaluer l'autonomie, la douleur et le soutien familial
 - ✓ Planifier et organiser les rendez-vous des consultations de suivi

- ✓ Anticiper le projet de sortie (RAD, SSR, PRADO...)
- ✓ Proposition de soutien, d'aide, d'accompagnement au patient et à ses proches en développant un travail de collaboration avec d'autres professionnels de santé intra et extra hospitalier (diététicienne, psychologue, équipe de la douleur, stomathérapeute, soins palliatifs...) dans le cadre des soins de support. (Conseils et éducation)
- ✓ Réalisation de transmissions écrites sur la fiche d'entretien IDE et participation au remplissage et à la tenue du dossier patient. (Transmissions ciblées)

En unité de soins

- ✓ Prendre connaissance de la fiche liaison de l'IDE des consultations afin d'organiser l'hospitalisation du patient
- ✓ Coordonner les différents intervenants dans la prise en charge (kinésithérapeutes, MAP, diététiciennes, POS, PRADO...)
- ✓ Rappeler les informations données en consultation (principes RAAC, décrire le déroulé de l'hospitalisation, insister sur le 1^{er} lever, les activités physiques et l'alimentation...)
- ✓ Réaliser le 1^{er} lever
- ✓ Respecter les protocoles douleur RAAC
- ✓ Faire le relai des informations (kinés, MAP,...)
- ✓ Vérifier la bonne utilisation du carnet de liaison

RELATIONS HIERARCHIQUES ET FONCTIONNELLES

Hiérarchiques :

- Directeur Coordonnateur Général des Soins
- Cadre de santé de pôle
- Cadre de Santé des consultations de Chirurgie Digestive
- Cadre de Santé de Chirurgie ICG

Fonctionnelles :

- Médecins
- Assistante sociale
- Diététicien, psychologue, équipe de soins palliatifs, stomathérapeute, équipe de la douleur...
- IDE des soins de support
- Prestataires de service pour l'installation au lieu de vie, HAD, POS
- Professionnels libéraux : IDE, Médecin traitant
- Associations, Association bénévole des soins palliatifs

COMPETENCES REQUISES (SAVOIR-FAIRE ET CONNAISSANCES)

- Evaluer l'état de santé, le degré d'autonomie et les besoins du patient vis-à-vis de sa situation
- Etablir une relation de confiance avec le patient et son entourage
- Conduire des entretiens d'aide, favoriser l'écoute et la relation d'aide
- Travailler en interdisciplinarité et assurer des transmissions précises à l'ensemble des professionnels concernés

CONDITIONS PARTICULIERES D' EXERCICE

- Concerne les IDE des consultations avec un horaire de travail dédié à la consultation RAAC
- L'IDE est autonome et prend des initiatives dans l'organisation de ses missions auprès des patients et de ses proches
- Le Suivi est intégré à l'activité quotidienne de l'IDE du service

PREREQUIS INDISPENSABLES

- Diplôme d'état d'infirmier
- Compétence relationnelle développée permettant de se rendre disponible envers le patient

PREREQUIS CONSEILLES

- Expérience professionnelle
- Compétences et connaissances approfondies des pathologies de la spécialité de chirurgie digestive
- Maîtrise de la gestion émotionnelle face aux situations rencontrées
- Connaissance sur la mise en place et l'organisation institutionnelle du dispositif RAAC
- Formation sur la douleur, l'écoute, la relation d'aide.

CORRESPONDANCES STATUTAIRES EVENTUELLES

CODE METIER : infirmier en soins généraux 1A604

	Emetteur	Vérificateur	Validation
Nom	(cadre tout secteur)	(direction fonctionnelle)	(DRH)
Date			
Emargement			

VI. Exemple de document remis au patient au CHU de Nîmes : le carnet de liaison en chirurgie colorectale

CARNET DE LIAISON CHIRURGIE DIGESTIVE

La Réhabilitation Améliorée En Chirurgie (RAC)



Ensemble, pour une meilleure récupération



Etiquette Patient

Mes contacts au CHU de Nîmes :

Chirurgien : Tél. :

Anesthésiste : Tél. :

Infirmière de consultation : Tél. :

Service d'hospitalisation : Tél. :

Stomathérapeute : Tél. :

Assistante Sociale : Tél. :

Kinésithérapeute : Tél. :

Diététicienne : Tél. :


Psychologue : Tél. :

Autres : Tél. :


LES GRANDS PRINCIPES DE LA R.A.C.

(Réhabilitation Améliorée en Chirurgie)

1. Avant l'intervention
Ne pas fumer 6h avant l'intervention

 Arrêt des boissons 2 heures avant l'intervention 	Arrêt des aliments 6 heures avant l'intervention 
--	--

2. Au retour du bloc

Assis au Fauteuil 2h 	Repas servi : Manger ce que vous voulez sur le plateau 	Plus de perfusions ni drainages 
---	--	---

SOMMAIRE

1

Votre parcours de soins P. 2

2

Votre Séjour en Chirurgie Digestive P. 4

La durée d'hospitalisation

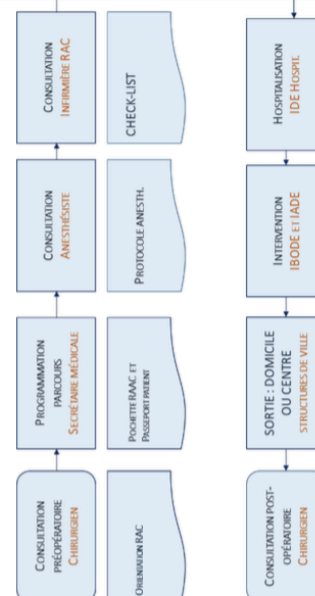
La douleur

L'exercice physique

Les Repas

Votre parcours de soins

1



1

La Durée d'hospitalisation et Sortie

Suivi au quotidien

Retour du bloc opératoire			
✚ Noter au quotidien votre activité et les aliments mangés			
Heure	Evaluation de la Douleur	Lever (Combien de temps ?)	Alimentation

1

Le Lendemain			
✚ Noter au quotidien votre activité et les aliments mangés			
Heure	Evaluation de la Douleur	Lever (Combien de temps ?)	Alimentation

2

Le Deuxième Jour			
✚ Noter au quotidien votre activité et les aliments mangés			
Heure	Evaluation de la Douleur	Lever (Combien de temps ?)	Alimentation

3

Le Troisième Jour			
✚ Noter au quotidien votre activité et les aliments mangés			
Heure	Evaluation de la Douleur	Activité	Alimentation

4

SAUGRIN

Emilien

Octobre 2019

Directeur d'hôpital

Promotion 2018-2019

**Mettre en œuvre et accompagner un changement organisationnel et culturel à l'hôpital :
La réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC) au
CHU de Nîmes**

Résumé :

Développé dans les années 1990, le concept de chirurgie à récupération rapide a évolué pour devenir la « réhabilitation améliorée en chirurgie » (RAC). La RAC est un mode de prise en charge global qui vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins apportés aux patients en chirurgie, en réduisant de manière significative le niveau de morbidité postopératoire et en favorisant le rétablissement de leurs capacités physiques et psychiques. C'est un ensemble cohérent de mesures chirurgicales, anesthésiques et infirmières, fondées sur un haut niveau de preuves, qui remettent en cause des pratiques et des dogmes vieux de plusieurs décennies. Ces mesures pré, per et postopératoires jalonnent un chemin clinique qui implique un travail d'équipe de l'ensemble des professionnels hospitaliers et suppose un rôle actif du patient dans sa prise en charge. L'accent est donc mis sur l'amélioration de la prise en charge plutôt que sur sa durée.

Alors que les expériences pilotes se multiplient au sein des établissements de santé et que les autorités sanitaires s'emparent du sujet, la littérature scientifique ne cesse de confirmer l'intérêt, en termes de santé et de coûts, des prises en charge RAC. En 2019, l'enjeu n'est plus tant de démontrer leur efficacité que de les mettre en œuvre concrètement au sein des hôpitaux et d'accompagner les équipes qui souhaitent se lancer. Ce mémoire se propose donc d'analyser la mise en œuvre et l'accompagnement d'un changement organisationnel et culturel tel que la RAC à l'hôpital, à travers l'exemple du CHU de Nîmes. Sont étudiées et rassemblées un ensemble de recommandations et de bonnes pratiques visant à favoriser la mise en œuvre de programmes RAC dans différents contextes hospitaliers.

Enfin, le développement à grande échelle de la RAC, appelée à devenir un nouveau standard de prises en charge, invite à repenser l'ensemble des parcours patients et le rôle qu'y tient l'hôpital, à l'heure où se développent les dispositifs incitant à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins.

Mots clés :

Réhabilitation améliorée en chirurgie, RAC, RAAC, chirurgie, innovation, accompagnement, conduite du changement, qualité, pertinence, protocole

L'École des Hautes Études 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.