

Définition / Grands Principes

RAC – Réhabilitation Améliorée en Chirurgie

Arthur FOULON¹, Raffaele Fauvet²

¹ CHU Amiens Picardie

² CHU Caen Normandie

Définition / Grands Principes

RAC – Réhabilitation Améliorée en Chirurgie

Arthur FOULON¹, Raffaele Fauvet²

¹ CHU Amiens Picardie

² CHU Caen Normandie

HISTORIQUE

Henrik Kehlet en 1995 (médecin danois, > 800 publi, nombreux prix)



Processus post chirurgical

Chirurgie colorectale pionnière

2014¹ : RRAC : Réhabilitation Rapide Après Chirurgie



RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie



DEFINITION

Approche pluridisciplinaire
(chir, anesth, ID, IBODE, médecin traitant ...)

Période pré, per et post-opératoire

HAS¹ : « approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie »

Pré-habilitation : correction/amélioration état pré-chirurgie



1. HAS 2016, Programme de récupération améliorée après chirurgie.

DEFINITION

RAC : Réhabilitation Améliorée en Chirurgie

- ensemble de principes
- optimisation des soins pré, per et post opératoires
- but d'améliorer les suites opératoires et le vécu
- diminuant les complications per et post-opératoires
- accélérant le retour à l'état physique et psychologique

PRINCIPES

Aucune CONTRE-INDICATION

Patient **ACTEUR** : information / éducation pour compréhension / adhésion à la stratégie chirurgicale

Evaluation dans sa globalité

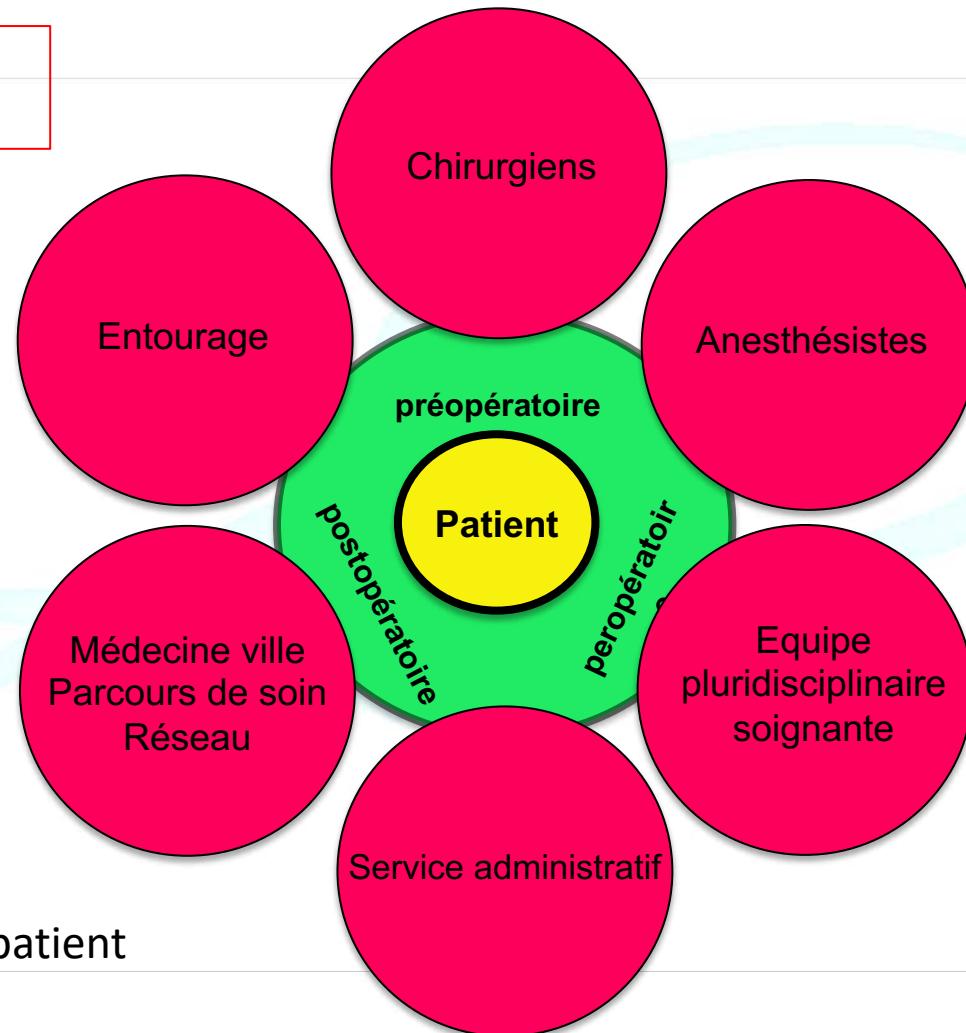
Diminuer agressivité geste chirurgical

- voie d'abord mini-invasive
- limiter drains...

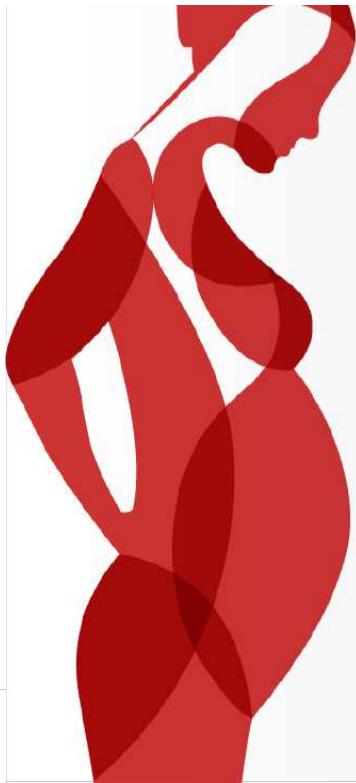
Protocole anesthésique adapté :

- analgésie multimodale
- épargne morphinique
- NVPO

PRINCIPES



Acteurs de la RAC autour du patient



Etat des lieux en France et à l'étranger en Gynécologie-Obstétrique

RAC – Réhabilitation Améliorée en Chirurgie

Arthur FOULON¹, Pascal ALFONSI²,

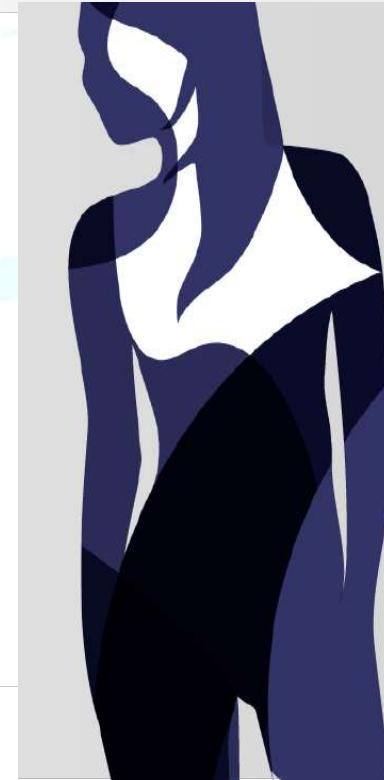
Karem SLIM³, Henri-Jean PHILIPPE⁴

¹ CHU Amiens Picardie

² Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph

³ CHU Estaing

⁴ Hôpital Cochin



France

IMPLEMENTATION PROTOCOLE RAC en France :

25% (28/112) aucun protocole de RAC

Protocoles RAC établis

césariennes : 84,5% (71/84)

hystérectomies : 45,2% (38/84)

cancer col utérin : 25% (21/84)

cancer ovaire : 21,4% (18/84)

chirurgie prolapsus : 17,9% (15/84)

France

IMPLEMENTATION PROTOCOLE RAC en France :

protocole RAC pour césarienne

82,8% (24/29) des CHU
53,7% (22/41) des CH
62,5% (20/32) des Ets privés

protocole RAC pour Hystérectomies

41,4% (12/29) des CHU
17% (7/41) des CH
46,9% (15/32) des Ets privés

France

	CHU (29)	CH (41)	Ets Privé (32)	Audit GRACE
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Protocole RAC pour césarienne	82,8 (24)	53,7 (22)	62,5 (20)	100
Pré-opératoire				
<i>information/ éducation patiente</i>	70,8 (17)	63,6 (14)	100 (20)	85,8 (903)
<i>pas de prémédication</i>	87,5 (21)	90,9 (20)	95 (19)	99,9 (1043)
<i>jeun limitée : boisson sucrée jusqu'à H2</i>	79,2 (19)	90,9 (20)	85 (17)	84,4 (890)
Per-opératoire				
<i>antibioprophylaxie</i>	91,7 (22)	95,5 (21)	100 (20)	95,2 (999)
<i>analgésie multimodale peropératoire</i>	79,2 (19)	90,9 (20)	90 (18)	98,6 (1038)
<i>prévention hypothermie</i>	45,8 (11)	18,2 (4)	30 (6)	77 (811)
<i>apports liquidiens et transfusionnels limités</i>	83,3 (20)	81,8 (18)	95 (19)	97,6 (1028)
<i>prévention des NVPO</i>	87,5 (21)	81,8 (18)	90 (18)	82,9 (873)
<i>pas de drain</i>	83,3 (20)	90,9 (20)	90 (18)	99,6 (1049)
Post-opératoire				
<i>analgésie multimodale post-opératoire</i>	75 (18)	100 (22)	85 (17)	99,5 (1027)
<i>alimentation précoce J0</i>	100 (24)	100 (22)	100 (20)	99,5 (1029)
<i>retrait précoce des sondages en SSPI</i>	83,3 (20)	86,4 (19)	80 (16)	60,4 (636)
<i>mobilisation/lever précoce</i>	100 (24)	95,5 (21)	95 (19)	98,2 (1015)

France

Recommandations GRACE hysterectomie	taux d'application (%)
préopératoire	
<i>info et éducation patiente</i>	83,4 (1027)
<i>préparation colique</i>	89,2 (1099)
<i>prémédication anxiolitique</i>	71,8 (884)
<i>pas de jeûne >6h solides et >2h liquides claires</i>	71,6 (882)
<i>carbohydrate</i>	37,2 (423)
peropératoire	
<i>antibioprophylaxie</i>	98,7 (1206)
<i>prévention hypothermie</i>	96 (1172)
<i>laparoscopie</i>	52,4 (640)
<i>analgésie multimodale</i>	84,4 (1031)
<i>réalisation d'un TAP-Block</i>	10,8 (132)
<i>remplissage adapté</i>	56,7 (692)
<i>ablation sonde vésicale en fin de geste</i>	31,3 (382)
<i>prévention des NVPO</i>	90,8 (1109)
post-opératoire	
<i>analgésie multimodale</i>	87,3 (1076)
<i>thromboprophylaxie</i>	92,5 (1140)
<i>mobilisation avec H24</i>	85,2 (1050)
<i>réalimentation orale avant H24</i>	94,7 (1167)

Conclusion

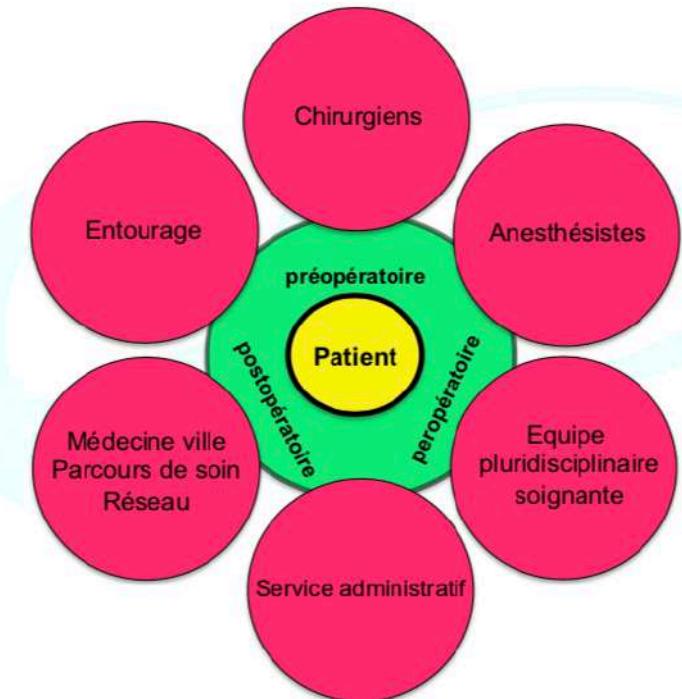
Corrélation compliance / bénéfices

Disparité dans l'application :

- au sein d'une même spécialité
- au sein d'une même équipe
- malgré accompagnement

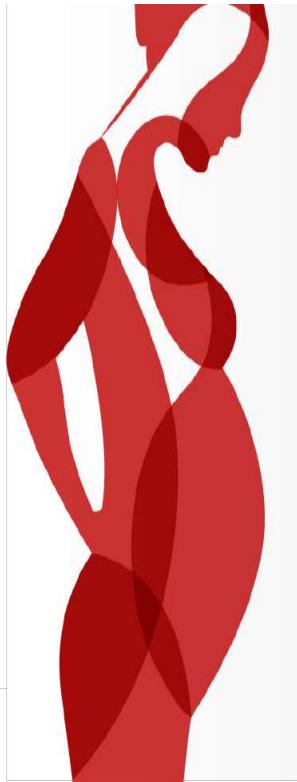
Nécessité d'une aide à l'implémentation

- protocole
- logistique
- suivi





PARI(S) SANTÉ FEMMES



Exemple de la RAC: la pré-habilitation

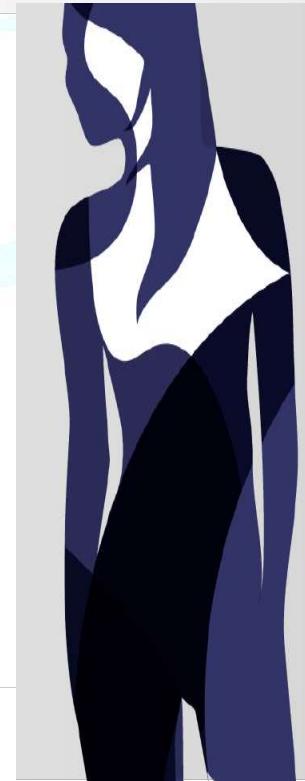
Recommandations CNGOF

Pascal Alfonsi¹, Claire Falandy², Eric Lambaudie³

¹ Anesthésie. GH Paris Saint Joseph, Paris

² Oncogériatrie. CHU Lyon Sud, Université de Lyon, Pierre-Bénite

³ Chirurgie Oncologique. Institut Paoli Calmettes, Marseille



La chirurgie est une épreuve

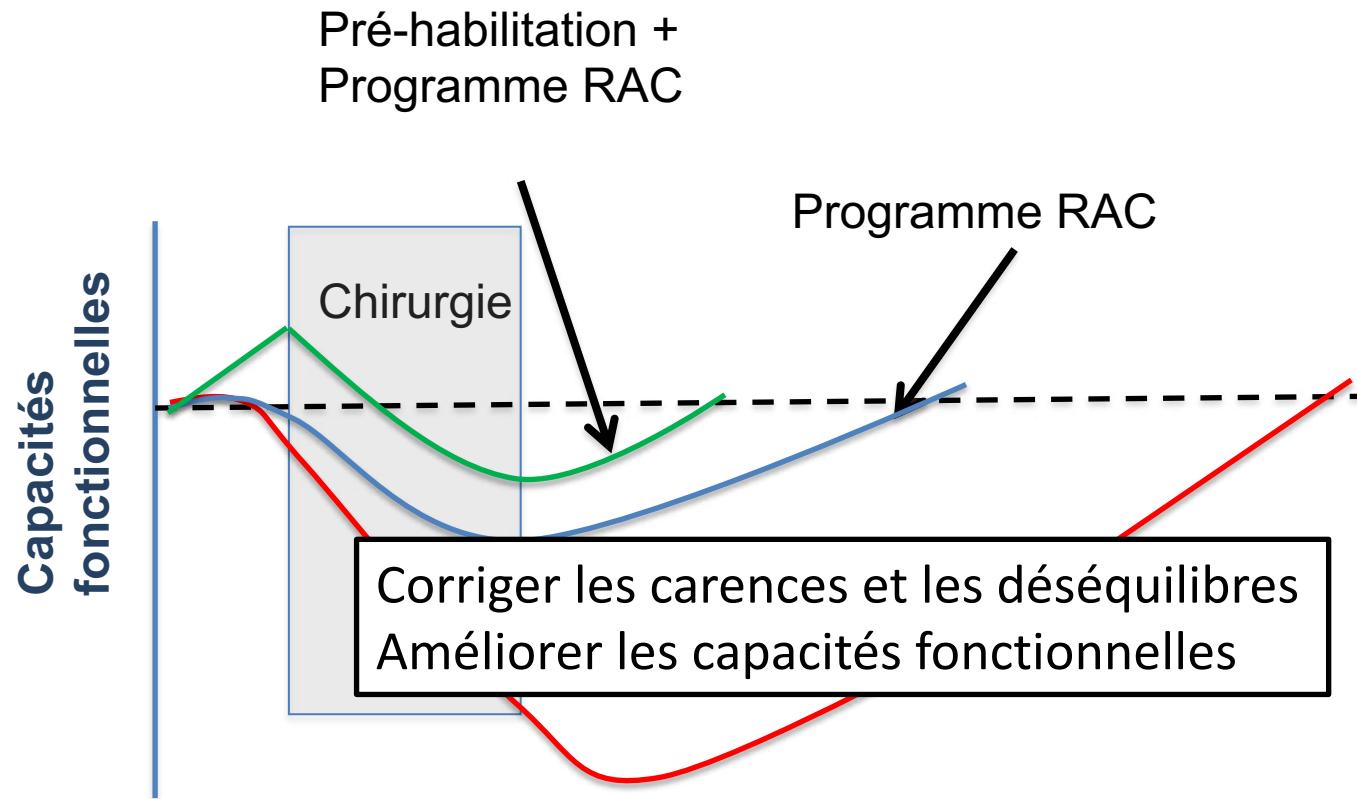


Qu'est-ce que la Pré-habilitation ?

- **Hypothèse:** Toute amélioration préopératoire des capacités fonctionnelles doit s'accompagner d'une récupération plus rapide et d'une réduction du nombre de complications postopératoires.

- **Programmes de pré-habilitation :**
 - Augmentation des capacités fonctionnelles (exercices physiques),
 - Apport nutritionnel riche en protides
 - Prise en charge psychologique
 - Dépistage et correction de carences nutritionnelles.
 - Parallèlement: renforcement musculaire spécifique (p. ex., renforcement du périnée pour la chirurgie gynécologique).

Evolution péri-opératoire des capacités fonctionnelles



Preoperative Evaluation of Cardiac Failure and Ischemia in Elderly Patients by Cardiopulmonary Exercise Testing*

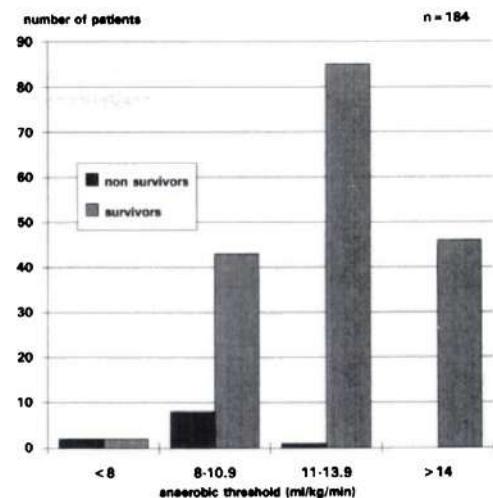
Raul Older, M.B., B.S.; Robert Smith, M.B., B.S.;
Peter Courtney, M.B., B.S.; and Rodney Home, B.Appl.Sc.

Chest 1993; 104:701-04

Table 1—Mortality Data: AT Above and Below 11 ml/min/kg*

AT, ml/min/kg	No.	CVS Deaths	Percentage Mortality
<11	55	10	18
≥11	132	1	0.8
Totals	187	11	(p<0.001)

*AT = anaerobic threshold; CVS = cardiovascular.



Impaired cardiopulmonary reserve in an elderly population is related to postoperative morbidity and length of hospital stay after radical cystectomy

2013 BJU International | 112: E13-E19

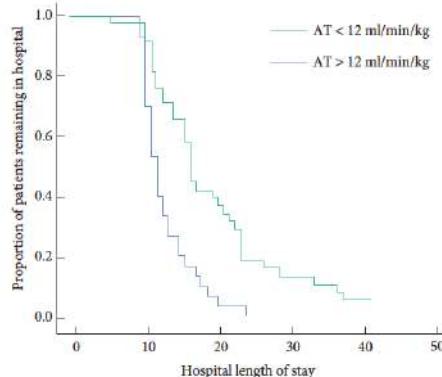
James M. Prentis*,†, Michael I. Trenell†‡, Nikhil Vasdev†, Rachel French†, Georgina Dines†, Andrew Thorpe† and Christopher P. Snowden*†

Table 2 Demographics of patients with Clavien score <3 vs Clavien score ≥3.

Variable	Clavien <3	Clavien ≥3	P
Baseline			
N	56	13	
Age, years	69.4 (6.8)	70.6 (5.3)	0.55
Sex (M/F), n	37/19	11/2	0.19
BMI, kg/m ²	26.5 (5.0)	28.6 (6.2)	0.19
Weight, kg	76.2 (17.6)	83.0 (23.9)	0.24
CPET			
AT, ml/min/kg	13.2 (3.6)	10.8 (1.8)	0.03
VO ₂ /HR	10.1 (3.6)	10.3 (2.8)	0.81
VE/VC _O ₂	36.1 (5.7)	36.0 (6.2)	0.90
OUES, mL/min/logVE	1561 (459)	1573 (454)	0.93
Peak VO ₂ , mL/min/kg	16.5 (4.7)	15.0 (3.0)	0.26

BMI, body mass index; HR, heart rate; OUES, oxygen uptake efficiency slope.

Fig. 2 Kaplan-Meier survival curves for LOS by fitness groups (AT < 12 ml/min/kg and >12 ml/min/kg). The median LOS: 'unif' 22 days vs 'ifif' 16 days (HR 0.47, 95% CI 0.28–0.80; P = 0.006).





Modalités de mise en œuvre de la réhabilitation améliorée en chirurgie gynécologique (Hors sénologie)

Henri Azaïs ¹, Thérèse Simonet ²,
Jean-Philippe Salaün ³, Christine Louis Sylvestre ⁴,
Vincent Villefranque ⁵, Geoffroy Canlorbe ¹

1) Service de chirurgie et oncologie gynécologique et mammaire, AP-HP, Pitié-Salpêtrière, Paris, France.

2) Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, CHU de Caen, France.

3) Service d'anesthésie-réanimation, CHU de Caen, France.

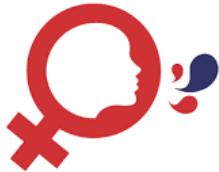
4) Département d'obstétrique et Gynécologie, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France.

5) Service de gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier Simone-Veil, Eaubonne, France.

Vendredi 31 janvier 2020



PARI(S) SANTÉ FEMMES



PARI(S) SANTÉ FEMMES

Introduction

- La mise en œuvre d'une stratégie de RAC repose sur l'association de nombreuses mesures synergiques visant au rétablissement des capacités du malade avant la chirurgie.
- Cette approche est multidisciplinaire.
- Les items concernent:
 - Préparation du patient (préhabilitation).
 - Prise en charge chirurgicale adaptée.
 - Prise en charge anesthésique adaptée.



PARI(S) SANTÉ FEMMES

Information

- Décrire le parcours de soin
 - Adhérer aux mesures proposées
 - Devenir actrice de ses soins
 - Principes de « démarche centrée sur le patient »
- Support écrit : « Passeport RAC »



Il est primordial d'informer la patiente sur les modalités de la chirurgie et de l'anesthésie, ainsi que sur les bénéfices attendus et les principes de mise en œuvre d'une stratégie de RAC.



PARI(S) SANTÉ FEMMES

Anémie préopératoire

- Série rétrospective. 98 813 patientes. Hystérectomie coelio bénigne.
 - Anémie préopératoire : FdR indépendant
 - Augmentation de la durée d'hospitalisation
 - Augmentation du taux de réadmission
 - Augmentation de la morbidité chirurgicale
- Cancer de l'ovaire CNGOF / INCa 2018 : Dépister l'anémie préopératoire (Grade C)

Tyan et al. 2020

Il est conseillé de dépister l'anémie préopératoire en fonction du contexte clinique et de la chirurgie envisagée, et d'entreprendre les mesures nécessaires à sa correction. Les données de la littérature ne permettent pas de statuer sur la stratégie de correction de l'anémie préopératoire.



PARI(S) SANTÉ FEMMES

Préparation digestive

- Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés (n = 943)

Pathologie bénigne par cœlioscopie. Pas de différence pour :

- Qualité de la visualisation (p=0,05)
- Facilité de préhension (p=0,11)
- Taux de complication (p=0,62)

Zhang et al. 2015

- **Mais : Majoration de l'inconfort pour les patientes**
- Cancer de l'ovaire CNGOF / INCa 2018 : Pas de recommandation
- Endométriose CNGOF / HAS 2018 : Pas de recommandation

La littérature n'est pas en faveur d'une préparation digestive en chirurgie gynécologique.

Pas de données spécifiques à la chirurgie gynécologique.

On note la diminution des indications en chirurgie digestive en dehors de la situation particulière d'une résection rectale sous péritonéale.



PARI(S) SANTÉ FEMMES

Voie d'abord

- La démarche de RAC s'envisage quelle que soit la voie d'abord.
- Néanmoins, dans un programme RAC
 - En faveur de la voie mini-invasive
 - Moins de douleurs
 - Moins de gêne à la marche
 - Moins de fatigue
 - Facteur indépendant de réduction de la durée d'hospitalisation

Meyer et al. 2018

Lambaudie et al. 2019

Lorsqu'elle est adaptée à la prise en charge chirurgicale de la patiente, la voie d'abord mini-invasive doit être privilégiée dans un programme de RAC.



Réduction des drains et sondes

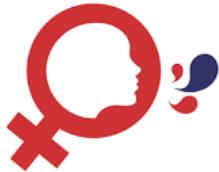
- Etude randomisée / drainage lombo-aortique après curage pour cancer gynécologique :
 - Augmentation du nombre de complications imputables au drainage (36% vs 13%, $p < 0,02$)
 - Augmentation de la durée médiane d'hospitalisation (11 jours vs 9 jours, $p < 0,03$)

Morice et al. 2001

- Retrait tardif de la sonde vésicale ($> 24h$)
 - taux plus élevé d'infection urinaire
 - retard à la déambulation
 - hospitalisation prolongée

Ahmed et al. 2014

**La littérature n'est pas en faveur du drainage systématique lombo-aortique en cas de curage ganglionnaire.
Il n'y a pas de bénéfice à maintenir le sondage vésical plus de 24 heures de manière systématique.**



PARI(S) SANTÉ FEMMES

Antisepsie cutanée

- Etudes prospective contrôlée randomisée:

Chlorhexidine alcoolique (n=409) versus povidone iodée (n=440)

- Taux d'infection du site opératoire (paroi) < groupe Chlorhexidine
- 9,5% vs. 16,1% ; p=0.004 ; RR 0.59; IC95%, 0,41 – 0,85

Darouiche et al. 2010

- Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) 2016 :

« l'antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte »

SF2H : Réaliser une désinfection large du site opératoire utilisant en peau saine une solution alcoolique de chlorhexidine ou de povidone iodée et au niveau vaginal une solution à faible concentration alcoolique.



PARI(S) SANTÉ FEMMES

Risque thrombo-embolique

- Pas de données spécifiques à la RAC
- Recommandation de la SFAR 2015
- **Importance de la mobilisation précoce < 24h**
 - HAS 2016 « malgré l'absence d'étude avec des niveaux de preuves élevés, la balance bénéfice/risque est en faveur d'une mobilisation hors du lit dès le premier jour postopératoire »
 - Diminution des complications thrombo-emboliques
 - Diminution des complications respiratoires, de l'atrophie musculaire
 - Diminution de la durée d'hospitalisation

**La prévention du risque thromboembolique est celle recommandée par la SFAR.
Il faut favoriser la mobilisation précoce avec un lever dans les 24 heures suivant l'intervention.**



PARI(S) SANTÉ FEMMES

Pré-opératoire : ANTICIPER

- Catabolisme

- Glucides
- Graisses
- Musculaire

- Jeune limité
- Carbohydrates

- Rétention hydro sodée

jeûne pré-opératoire

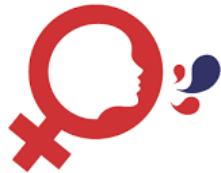
VOUS AVEZ LE DROIT DE :

Manger
jusqu'à 6h
avant une chirurgie programmée

Boire des liquides clairs
(eau, jus de fruit sans pulpe, thé ou café sans lait)
jusqu'à 2h
avant une chirurgie programmée

Mâcher du chewing-gum ou sucer un bonbon
juste avant
une intervention

SFAR
Société Française d'Anesthésiologie et de Réanimation



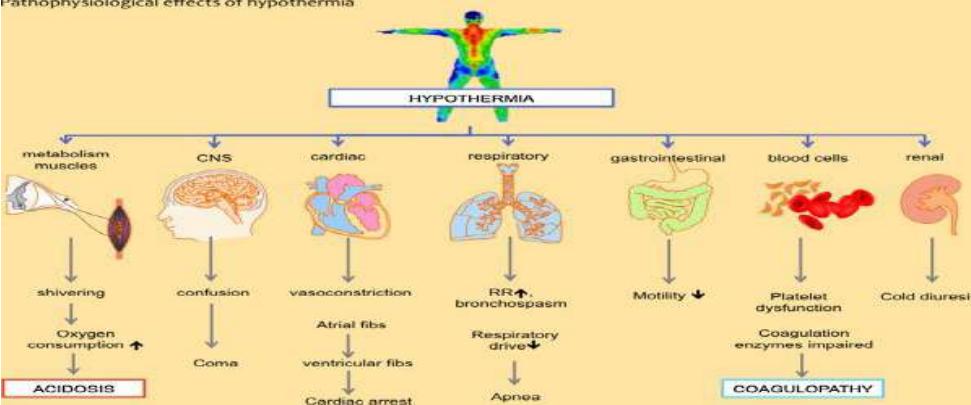
Antibioprophylaxie



Bactéries cibles : *Staphylococcus aureus* et flore digestive en cas d'incision cutanée, et/ou flore vaginale (flore polymicrobienne aérobies et anaérobies) en cas d'incision de l'utérus ou du vagin.

Acte chirurgical	Produit	Dose initiale	Ré-injection et durée
Hystérectomie (Voie haute ou basse) Cœliochirurgie	Céfazoline	2 g IV lente	Dose unique (si durée >4h, réinjecter 1 g)
	Céfamandole	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée >2h, réinjecter 0,75 g)
	Céfuroxime	1,5 g IV lente	Dose unique (si durée >2h, réinjecter 0,75 g)
	Allergie : Clindamycine + Gentamicine	900 mg IV lente 5 mg/kg /j	Dose unique
Cœlioscopie diagnostique ou exploratrice sans incision vaginale ou digestive	Pas d'ANTIBIOPROPHYLAXIE		
Hystéroskopie	Pas d'ANTIBIOPROPHYLAXIE		
Prolapsus (toute voie d'abord ; uniquement en cas de mise en place de matériel prothétique : promontofixation, mise en place d'implant ou de bandelette...)	Peni A + IB *	2 g IV lente	Dose unique. 1g si durée > 2h
	Allergie : Gentamicine + Métronidazole	5 mg/kg/j	Dose unique
		1 g en perfusion	Dose unique

*Aminopénicilline + inhibiteur de bêta-lactamases



Prévention de l'hypothermie peropératoire accidentelle au bloc opératoire chez l'adulte

P Alfonsi 2018

Table 1. Major Consequences of Mild Perioperative Hypothermia in Humans

Consequence	Author	N	ΔT_{core} (°C)	Normothermic	Hypothermic	P
Surgical wound infection	Kurz et al. ⁵²	200	1.9	6%	19%	< 0.01
Duration of hospitalization	Kurz et al. ⁵²	200	1.9	12.1 ± 4.4 days	14.7 ± 6.5 days	< 0.01
Intraoperative blood loss	Schmid et al. ²¹	60	1.6	1.7 ± 0.3 l	2.2 ± 0.5 l	< 0.001
Allogeneic transfusion requirement	Schmid et al. ²¹	60	1.6	1 unit	8 units	< 0.05
Morbid cardiac events	Frank et al. ¹⁸	300	1.3	1%	6%	< 0.05
Postoperative ventricular tachycardia	Frank et al. ¹⁸	300	1.3	2%	8%	< 0.05
Urinary excretion of nitrogen	Carli et al. ⁵⁵	12	1.5	982 mmol/day	1,798 mmol/day	< 0.05
Duration of vecuronium	Heier et al. ⁵⁹	20	2.0	28 ± 4 min	62 ± 8 min	< 0.001
Duration of atracurium	Leslie et al. ⁶³	6	3.0	44 ± 4 min	68 ± 7 min	< 0.05
Postoperative shivering	Just et al. ⁸	14	2.3	141 ± 9 ml · min ⁻¹ · m ⁻²	269 ± 60 ml · min ⁻¹ · m ⁻²	< 0.001
Duration of postanesthetic recovery	Lenhardt et al. ¹⁴⁴	150	1.9	53 ± 36 min	94 ± 65 min	< 0.001
Plasma [norepinephrine]	Frank et al. ²⁰	74	1.5	330 ± 30 pg/ml	480 ± 70 pg/ml	< 0.05
Thermal discomfort	Kurz et al. ⁷³	74	2.6	50 ± 10 mm VAS	18 ± 9 mm VAS	< 0.001

> 36°C

Only prospective, randomized human trials are included; subjective responses were evaluated by observers blinded to treatment group and core temperature.



PARI(S) SANTÉ FEMMES

Prévention des NVPO

Conférence d'experts – Texte court. Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires



	Oui	Non	Score d'Apfel	Risques de NVPO
Sexe féminin	1	0	0	<10 %
Tabagisme	0	1	1	21 %
Antécédents de NVPO et/ou de mal des transports	1	0	2	39 %
Morphine post-opératoire	1	0	3	61 %
Score d'Apfel	0 à 4		4	79 %

- Score Apfel
- Prévention
- Multimodal

Prophylaxie

Dexamethasone
Droperidol, Setrons, Metoclopramide
+ Jeûne réduit
+ Hydratation péri op
+ ALR, anesth IV Si Apfel>3



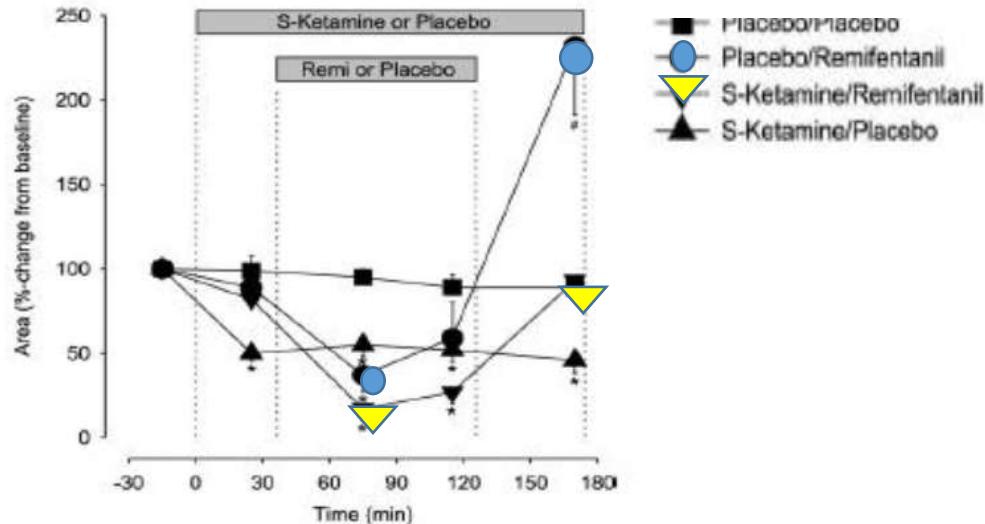
PARI(S) SANTÉ FEMMES

Analgesie péri-opératoire



- Analgesie multimodale
- Epargne morphinique

- Prémédication?
 - Analgésique
 - +/- Morphinique(long cours)
- Per op:
 - +/- Lidocaïne IV ?
 - +/- Anti NMDA
- ALR:
 - Rachi anest/ analg :Morphine
 - Péridurale,
 - TAP bloc



Hyperalgesie mécanique induite par le Rémifentanil
Gardell LR *The Journal of Neuroscience*
2002



PARI(S) SANTÉ FEMMES

Post-opératoire

Early versus delayed oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynaecologic surgery (Review)

Charoenkwan K, Matovinovic E

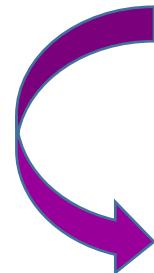
2014 The Cochrane Collaboration. I

- **Voie orale précoce < 24 h00**

- Hydratation
- Antalgie
- Réalimentation
 - +/- Chewing gum

+ autonomie

+ mobilisation



Reprise Gaz +
Durée hospit -
Complications infectieuses -
Niveau de satisfaction +
Iléus, NVPO =

Exemples de Protocoles RAC en Chirurgie Gynécologique

RAC – Réhabilitation Améliorée en Chirurgie

Raffaèle FAUVET¹,
Thérèse SIMONET¹, Arthur FOULON²,

¹ CHU Caen Normandie ² CHU Amiens Picardie

Exemples de Protocoles RAC en Chirurgie Gynécologique

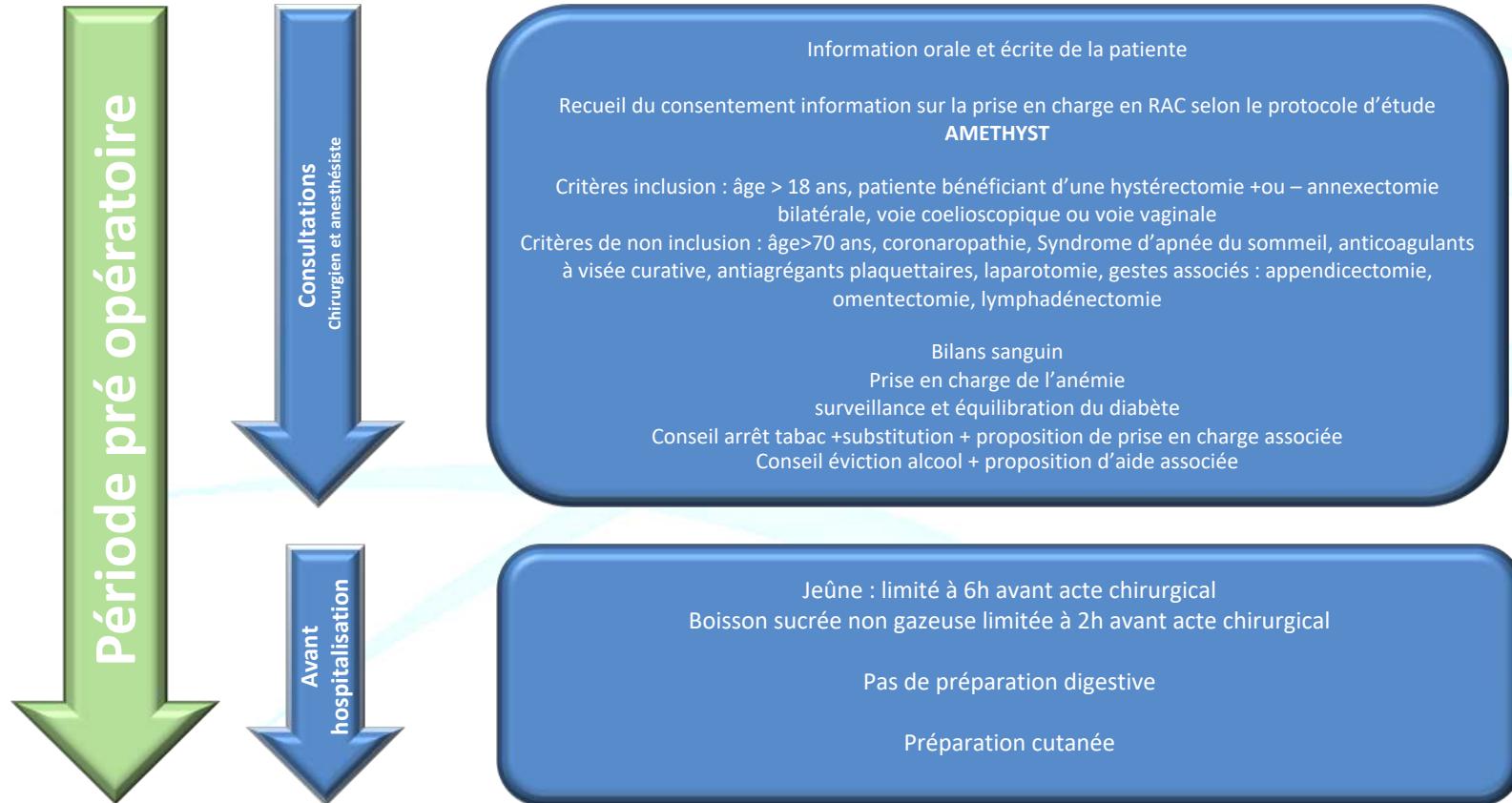
AMETHYST

Etude de faisabilité de l'hystérectomie en chirurgie ambulatoire
Etude Bicentrique CHU CAEN- CHU AMIENS

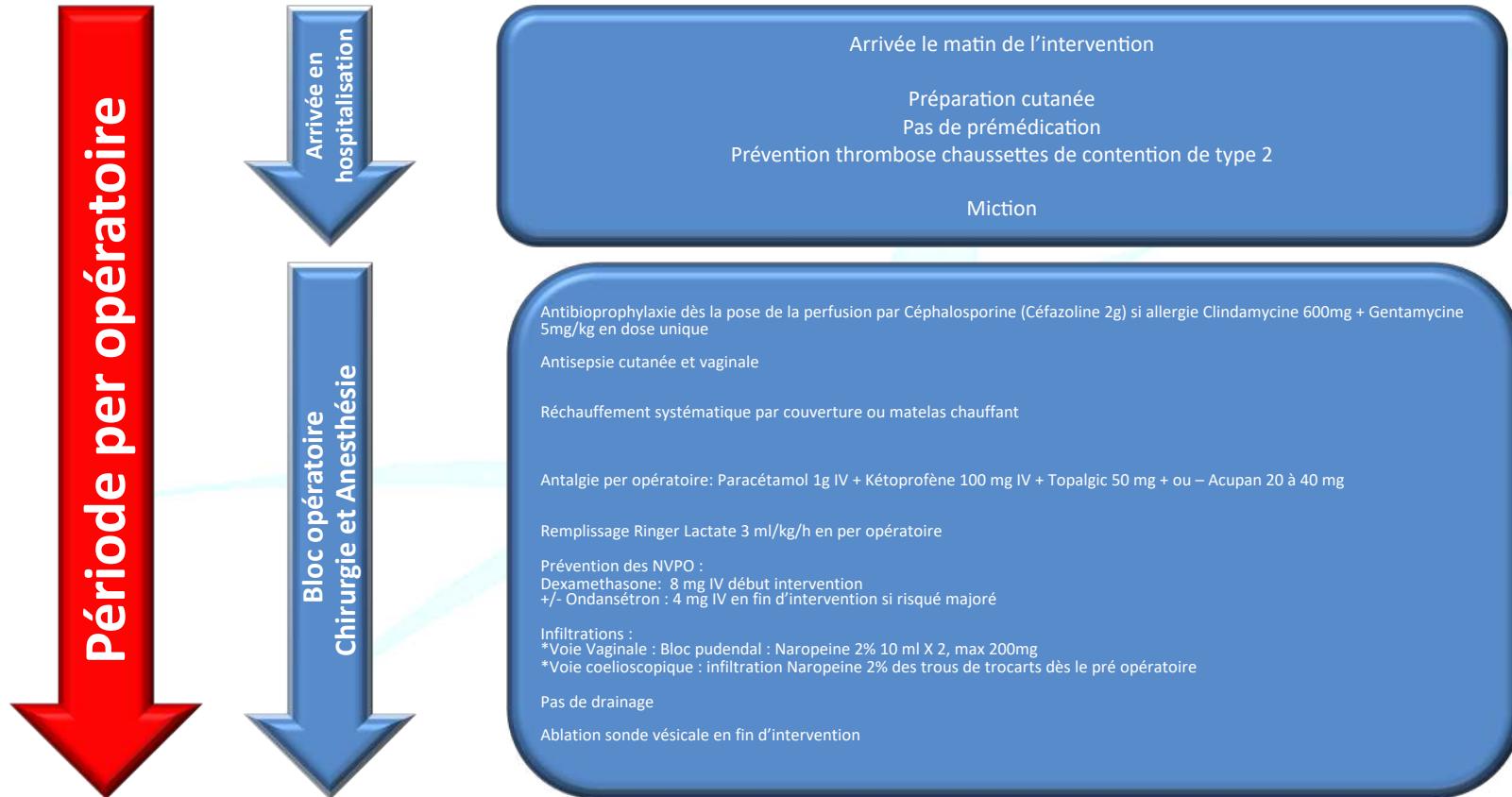
Investigateurs :

Enora Dolivet, Mélusine Turck, Anne Cécile Pizzoferrato, Thérèse Simonet,
Raffaèle Fauvet (Caen)
Arthur Foulon, Sophie Sanguin (Amiens)

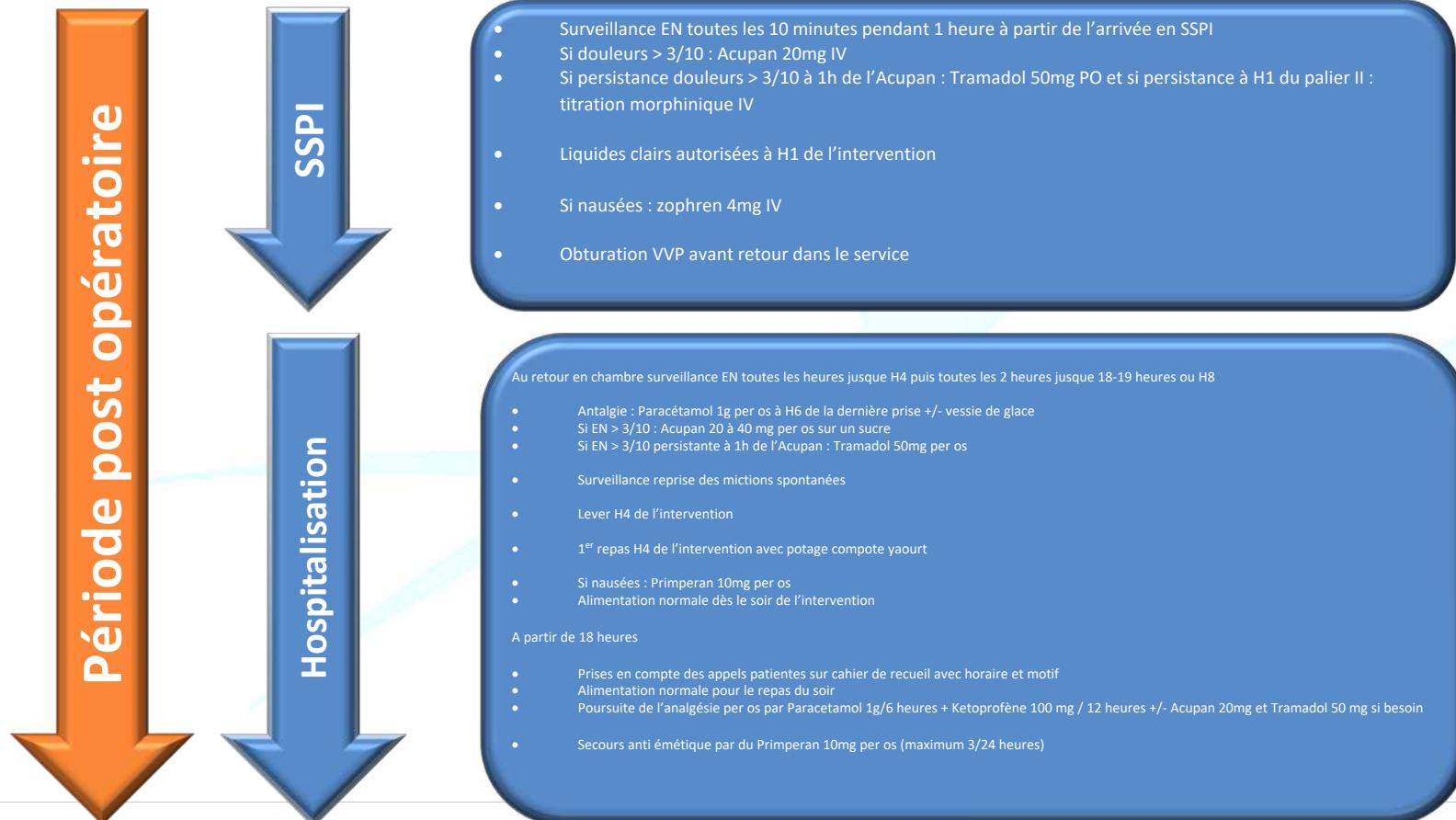
Exemples de Protocoles RAC en Chirurgie Gynécologique



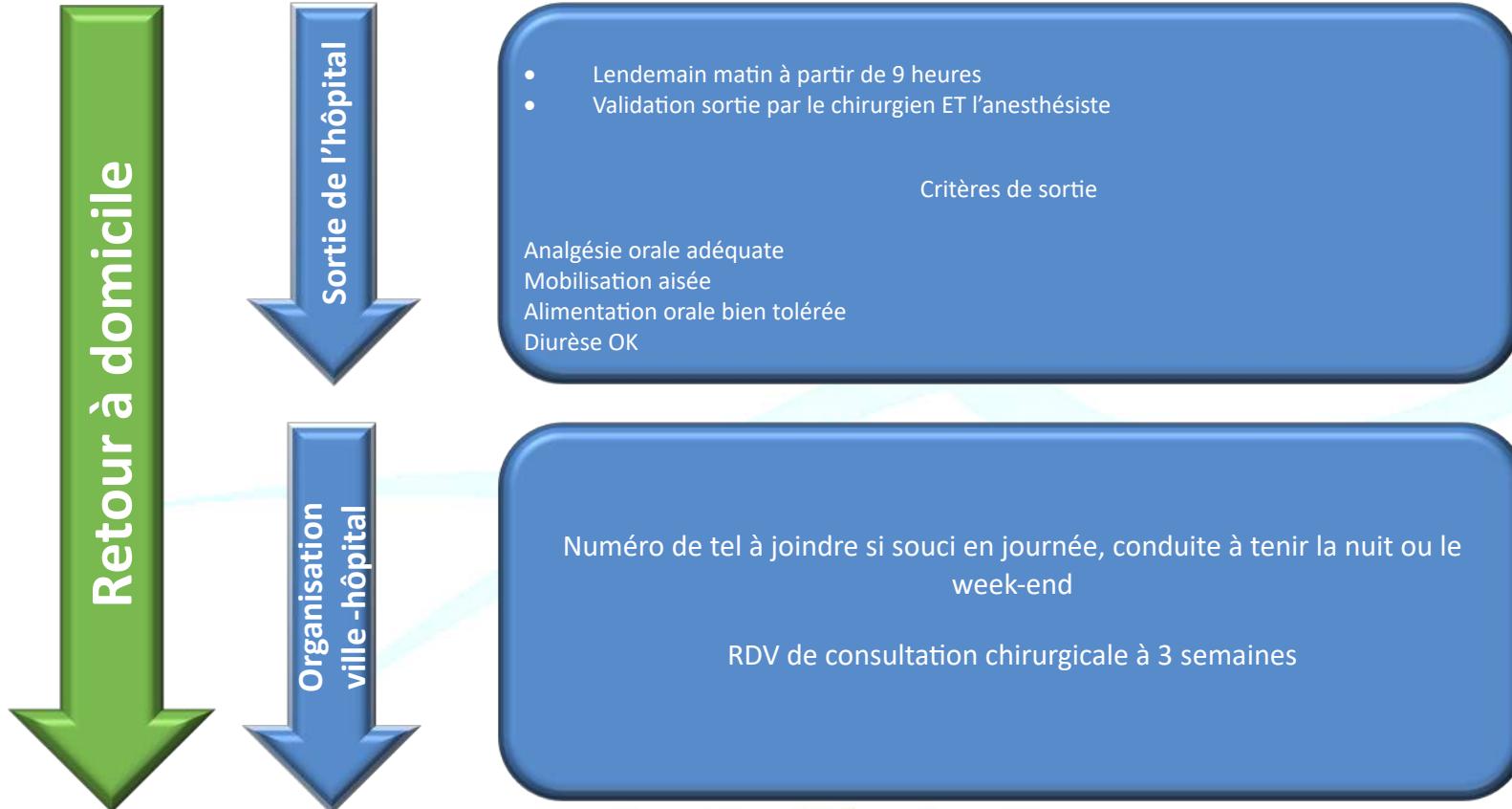
Exemples de Protocoles RAC en Chirurgie Gynécologique



Exemples de Protocoles RAC en Chirurgie Gynécologique



Exemples de Protocoles RAC en Chirurgie Gynécologique



Exemples de Protocoles RAC en Chirurgie Gynécologique

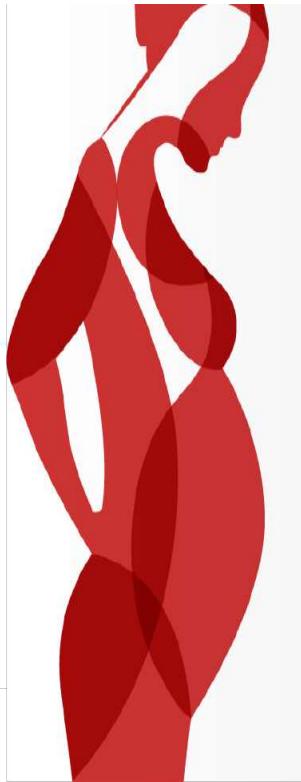
Pour rédiger un protocole de RAC,
nécessité d'un environnement médical,
paramédical et administratif favorables

et une collaboration forte chirurgien-
anesthésiste !





PARI(S) SANTÉ FEMMES



Question 6 : Principes et Avantages de la RAC pour les patientes accouchant par césarienne ?

RAC – Réhabilitation Améliorée en Chirurgie

Florent FUCHS¹, Dan BENHAMOU²,
Anne LARONCHE³, Claire BOITHIAS⁴

¹ CHU Montpellier (GO)

² CHU Bicêtre (MAR)

³ CHIC Creteil (SF)

⁴ CHU Bicêtre (Rea Ped)



C N G O F

Concept de RAC et Césarienne

- Césarienne:
 - Chirurgie la plus fréquente au monde
 - 20% des naissances en France
- Contexte favorable
 - ALR>>AG
 - Technique opératoire minimaliste
 - Césarienne programmée ou en urgence
- RRAC/RAAC/ERAS/RAC
 - Parcours de soins
 - 4 Objectifs:
 - réduire délai de reprise d'autonomie
 - accélérer récupération physiologique
 - favoriser le lien mère enfant
 - Prise en compte du NNé



Parcours de soins

1) ANTENATAL

2) PRE-OPERATOIRE

3) OPERATOIRE

4) POST-OPERATOIRE

5) SUITE DE COUCHE/LIEN VILLE HOPITAL

Césarienne Programmée (1-5)
Césarienne en Urgence (2-5)



PARI(S) SANTÉ FEMMES

ANTENATAL

- **Information des patientes**
 - Césarienne programmée
 - Fiches CNGOF
 - Sites internet (Maternys...)
 - RAC Césarienne/ GRACE
- **Optimisation des comorbidités (Préhabilitation)**
 - Gestion IMC (prise de poids)
 - Traitement HTAc
 - Traitement DT1, DT2, DG
 - Correction anémie
 - Arrêt OH/tabac

Réduction Morbidité MF, NN, ISO...



PARI(S) SANTÉ FEMMES

PRE-OPERATOIRE

- Restriction alimentaire/boissons (6h/2h)
- Douche pré-opératoire
- Antiacide PO
- Pas de
 - préparation digestive
 - charge en hydrate de carbone
 - Prémédication
 - Analgésie pré-opératoire



OPERATOIRE

- Désinfection cutanée alcoolique
 - Désinfection vaginale (Travail ou RPM)
 - Antibioprophylaxie
 - Prévention NVPO
 - Prévention hypothermie
 - Technique opératoire éprouvée
 - Utérotoniques
-
- Pas de Remplissage vasculaire systématique



OPERATOIRE (2)

- Clampage du cordon
- Favoriser le peau à peau en salle de césarienne
- Prise en charge du Nné adaptée



PARI(S) SANTÉ FEMMES

POST-OPERATOIRE

- Prophylaxie NVPO multimodale
- Réalimentation précoce (H2, H4-8)
- Mobilisation précoce (lever H6-8 avec aide)
- Maintien VVP 24h – cathlon obturé (HPP)
- Ablation SAD (H0-H2 ou H6)
- Analgésie multimodale PO
- Pas de :
 - Chewing-gum



SUITE DE COUCHE/LIEN VILLE HOPITAL

- Accompagnement de l'allaitement maternel
- Identification clinique de la dépression maternelle
- Conditions de sortie du NNé



PARI(S) SANTÉ FEMMES



PARI(S) SANTÉ FEMMES



Télémédecine, appli smartphones, SMS, rappel téléphonique: comment choisir le suivi des patientes dans un programme de RAC ?

Nicolas Bourdel¹, Olivier Raspado²

¹ CHU Clermont Ferrand; ² Infirmerie Protestante, Lyon



Rationnel

- Très court séjour après chirurgie ou accouchement
- **Surveillance - Gestion des Risques** à domicile
 - => ex: en cas de complication hémorragique ou infectieuse à domicile
!!! Attention : « Failure to rescue » !!!
- Préparer, rassurer et motiver la patiente pour qu'elle reste **ACTRICE** de sa prise en charge

Suivi « classique » en RAC : IDE RAC

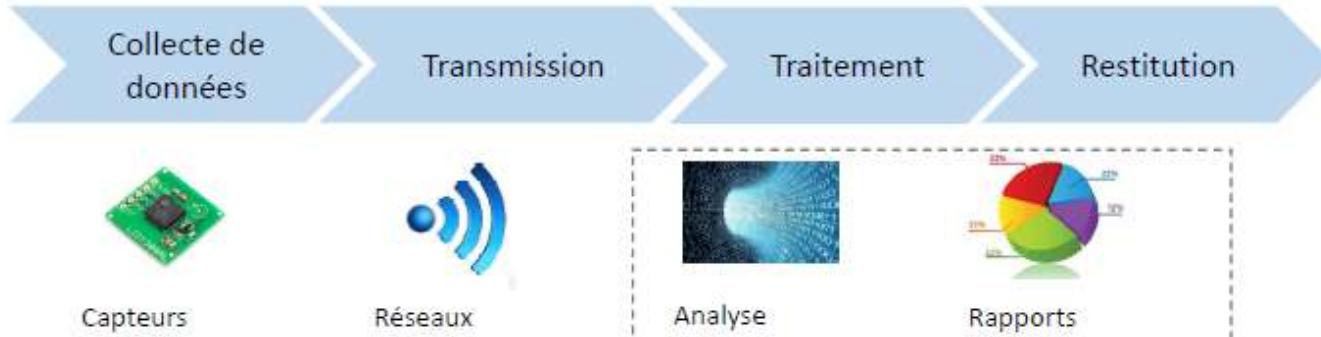
- L'infirmière coordinatrice de l'établissement +++
 - Rôle motivationnel en pré et post-op
 - Anticipe la sortie et appelle les soignants choisis par le patient
 - Distribue les numéros d'urgence
 - Crée un **lien** avec le patient (Appel, SMS, mail...)

Suivi « classique » PRADO



- Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation, fluidifie le parcours hôpital-ville
- A été mis en place pour le post-partum puis s'est développé en chirurgie Orthopédie, chirurgie digestive...
- Passage d'un conseiller de l'assurance maladie auprès du patient avant sa sortie pour contacter les soignants choisis (IDE, kiné)
- Aide à la mise en place d'une «Aide à la vie»

Les objets connectés



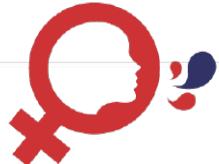
Chez le patient



Les objets connectés

Le hub sécurisé

La plateforme sécurisée



PARI(S) SANTÉ FEMMES



Comment suivre l'implémentation du programme de RAC (Audit, Indicateurs, Labellisation), GRACE, ERAS® ?

Karem Slim¹

¹ Service de Chirurgie Digestive CHU Clermont-Ferrand & GRACE

Sustainability of professionals' adherence to clinical practice guidelines in medical care: a systematic review

Stephanie M C Ament,^{1,2} Jeanny J A de Groot,^{1,3} José M C Maessen,^{1,4}
Carmen D Dirksen,⁵ Trudy van der Weijden,¹ Jos Kleijnen^{1,6}

Conclusions: (2) Professionals' adherence to a clinical practice guideline in medical care decreased after more than 1 year after implementation in about half of the cases.

**50% des recommandations
ne sont plus suivies
après 1 an**



Taux d'application du programme dans la durée

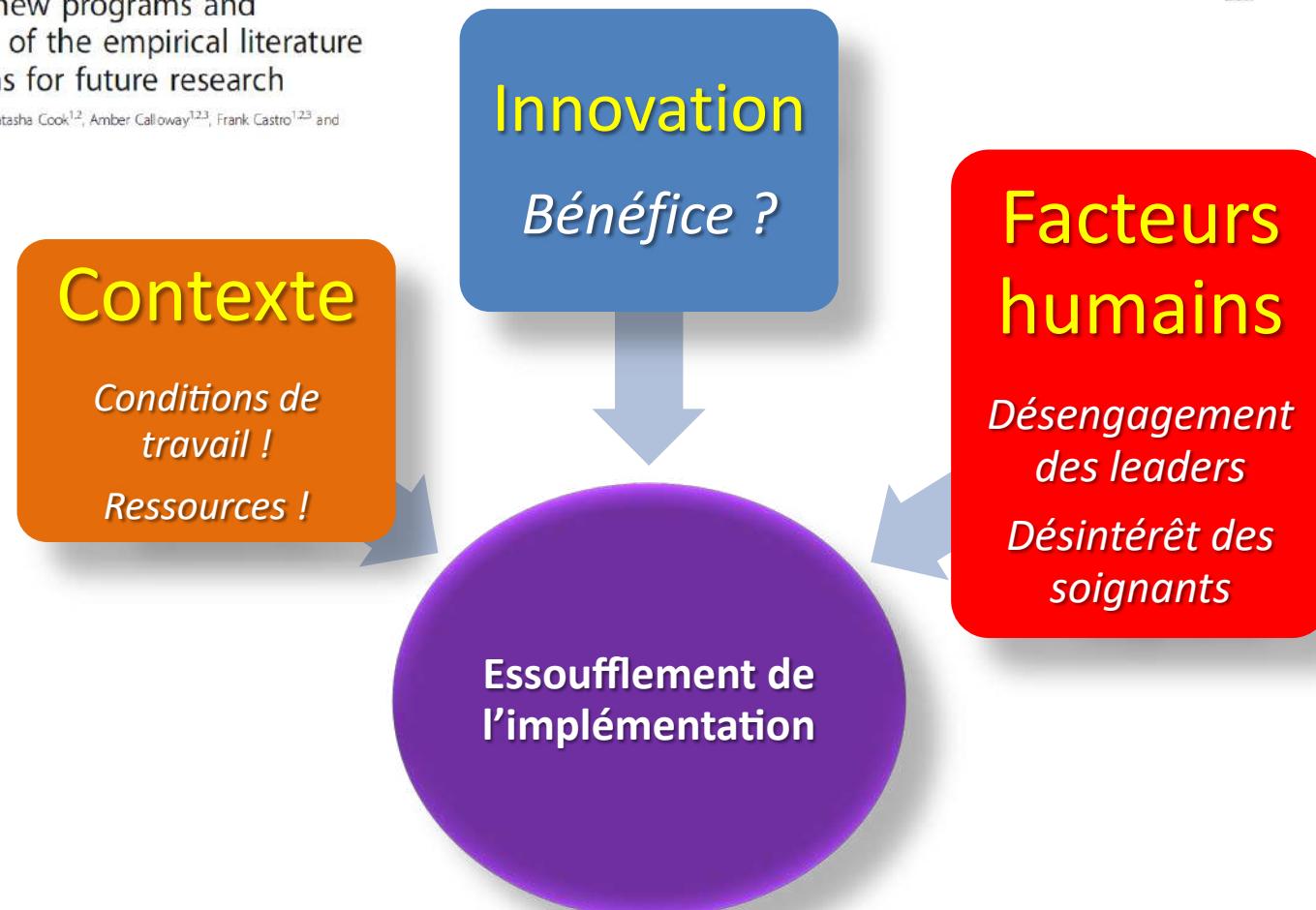
	Implémentation	1 an	2 ans	3 ans
Gillissen	75%			67% [¤]
Martin	73%	73%	77%	73% [¤]
Beloeil (anesth)*	80,6%		77,1% [¤]	
Veziant (chir)*	87,2%		76,9% [¤]	

* GRACE

[¤] p<0,05

The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research

Shannon Wiltsey Stirman^{1,2,3*}, John Kimberly⁴, Natasha Cook^{1,2}, Amber Calloway^{1,2,3}, Frank Castro^{1,2,3} and Martin Champs^{2,5,6}



Comment éviter l'essoufflement ?





Motivation des Leaders

Evaluation des Pratiques

