



réhabilitation améliorée après chirurgie

FAIRE VALIDER ET PARTAGER LE PROTOCOLE

Document de base de la démarche, le protocole doit être formalisé et partagé.

Le protocole regroupe les bonnes pratiques que l'établissement décide de suivre dans le cadre de la mise en place de la RAC dans une spécialité donnée. Il constitue le document de base permettant de formaliser tous les items faisant consensus auprès des acteurs.

Il existe plusieurs modèles de protocole dont il est possible de s'inspirer. Il est possible notamment de citer les protocoles diffusés par l'association GRACE (www.grace-asso.fr), moyennant l'adhésion à l'association.

Ces protocoles peuvent servir de base, mais il est important de chaque établissement puisse se l'approprier et puisse l'adapter en fonction de son diagnostic et en fonction des items qu'il a envie de conserver et de sa propre organisation interne.

Le protocole regroupe en général les parties suivantes :

1. Patients éligibles
2. Les items concernant la période préopératoire
3. Les items concernant la période per opératoire
4. Les items concernant la période post opératoire

Nous regroupons dans les documents mis à disposition des exemples de protocoles produits

par les établissements de la première vague de l'accompagnement proposé par l'ARS Occitanie. Nous insistons à nouveau sur le caractère illustratif de ces protocoles, qui doivent être adaptés à la situation de l'établissement.

La solution la plus simple consiste à partir soit d'un protocole existant, soit du diagnostic réalisé via GRACE AUDIT pour définir les items à conserver ou non. Bien évidemment, ce travail doit être réalisé à nouveau de manière pluridisciplinaire en associant chirurgiens, anesthésistes et soignants.

Certains items peuvent être écartés de prime abord car leur niveau de mise en place dans l'établissement est faible, et l'équipe peut considérer qu'il serait trop difficile de les mettre en place rapidement, et qu'il vaut mieux les mettre de côté dans un premier temps. D'autres peuvent être écartés car l'établissement a défini une bonne pratique allant au-delà de celles communément acceptées. Enfin, des items peuvent être rajoutés, les protocoles évoluant de toute manière en fonction des avancées des pratiques.

En règle générale, tous les chirurgiens, tous les anesthésistes et tous les soignants de l'établissement ne peuvent pas participer aux réunions portant sur la définition du protocole. La RAC ne devant pas être restreinte à un seul chirurgien ou ne devant pas disposer d'un protocole différent par chirurgien (ou anesthésiste), il convient de faire valider ce protocole par l'ensemble des acteurs. Pour ce faire, il est indispensable de réunir les

chirurgiens et les anesthésistes concernés par la spécialité sur laquelle l'établissement travaille pour partager la proposition de protocole, et la faire valider ou évaluer à travers les discussions de ces communautés.

L'étape de validation est essentielle. La prise en charge chirurgicale est potentiellement différente d'un médecin à l'autre. Il ne suffit pas d'écrire un protocole pour que tout le monde l'applique ! Il faut éviter que cette étape de rédaction ne soit qu'un exercice scolaire. Le protocole doit être formellement validé, par les médecins et par la direction. Il devient la pratique « standard » de l'établissement, et les éventuels écarts au protocole doivent être des exceptions justifiées (état du patient) ou parfois moins justifiées (un médecin totalement opposé). Dans la pratique, les établissements ont souvent remonté le fait que le protocole était également un outil utile vis-à-vis des intérimaires.

Une fiche spécifique comprendra les actions à mener afin de partager notamment ce protocole avec l'ensemble des autres acteurs, notamment les soignants.