



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Rôle de l'infirmier(e) dans l'application de la récupération améliorée après chirurgie



Role of the nurse in the implementation of enhanced recovery after surgery

G. Pignot

Service de chirurgie oncologique 2, institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard de Sainte-Marguerite, 13008 Marseille, France

Disponible sur Internet le 28 août 2019

Résumé

Introduction. – La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) nécessite une réorganisation des soins et une coordination optimale des différentes étapes. L'infirmier coordinateur a un rôle crucial dans la mise en place d'un tel protocole.

Matériel et méthodes. – Nous avons identifié les missions de l'infirmier coordinateur dans le parcours du patient.

Résultats. – Le rôle du coordinateur est majeur aux différentes étapes de la prise en charge pour : informer le patient, réduire les conséquences du stress chirurgical, solliciter en fonction des besoins du patient les autres intervenants, anticiper l'organisation des soins et la sortie du patient en restant en relation avec un réseau d'infirmières libérales, détecter les alertes justifiant une ré-hospitalisation éventuelle, favoriser et stimuler la reprise d'autonomie du patient.

Conclusion. – L'infirmier coordinateur est un des piliers de la RAAC, permettant une harmonisation du parcours de soins pluridisciplinaire du patient afin d'établir une organisation optimale entre le patient et les différents intervenants.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresse e-mail : pignotg@ipc.unicancer.fr

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.269>

1166-7087/© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. – Enhanced recovery after surgery (ERAS) requires a reorganization of care and optimal coordination of the different perioperative steps. The coordinating nurse has a crucial role in setting up such a protocol.

Material and methods. – We have identified the tasks of the coordinating nurse in the patient's management.

Results. – The role of the coordinator is major in the different steps to: inform the patient, reduce the consequences of surgical stress, solicit other actors according to the needs of the patient, anticipate the organization of care and discharge of the patient by staying in touch with a network of liberal nurses, detect alerts justifying readmission, promote and stimulate recovery of autonomy of the patient.

Conclusion. – The coordinating nurse is one of the pillars of ERAS protocol, allowing a harmonization of the multidisciplinary management in order to establish an optimal organization between the patient and the different actors of the care course.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) consiste en une optimisation de la prise en charge pré-, per-, et postopératoire basée sur les mesures anesthésiques et chirurgicales et sur la coordination de l'ensemble des intervenants dans le but d'améliorer les suites de la chirurgie, de diminuer le taux de complications et la durée de séjour.

Cette démarche nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluri-professionnelle. Si les chirurgiens et les anesthésistes ont un rôle important, l'infirmier coordinateur (IDEC) est l'un des piliers de cette prise en charge dans le but d'harmoniser et d'établir une organisation optimale entre le patient et les différents intervenants impliqués.

Cet article a pour but de détailler le rôle de l'infirmier coordinateur, notamment dans l'application de la RAAC au sein d'une structure ou d'une équipe.

Matériel et méthodes

À partir de la littérature récente sur la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) et des expériences sur le terrain des équipes impliquées, nous avons identifié les missions de l'infirmier coordinateur dans le parcours du patient.

Résultats**Principes de la RAAC**

L'acte chirurgical induit un stress pour l'organisme avec une sécrétion accrue de catécholamines et une insulino-résistance potentiellement responsable de la survenue de complications postopératoires.

La mise en place d'un programme RAAC permet de réduire la morbi-mortalité et la durée d'hospitalisation, notamment sur des interventions lourdes comme la cystectomie [1].

La mise en place d'un tel programme se base sur un chemin clinique protocolisé pour l'ensemble des 3 phases ; avant, pendant et après la chirurgie. Des recommandations françaises de la RAAC ont été publiées et chaque équipe peut ensuite adapter son protocole en fonction des particularités locales [2].

Les principales mesures avant la chirurgie sont :

- une bonne information du patient ;
- une évaluation détaillée des comorbidités ;
- une optimisation nutritionnelle (dépistage des patients dénutris, mesure de la sarcopénie) ;
- un dépistage et un traitement des anémies préopératoires ;
- une évaluation oncogériatrique si le score G8 est inférieur ou égal à 14 ;
- une immunonutrition orale ;
- une préparation physique respiratoire par inspirométrie incitative chez les patients BPCO ;
- un arrêt du tabac, avec éventuellement consultation d'addictologie.

La tendance actuelle est même de proposer une préhabilitation afin d'amener le patient en meilleure forme pour l'intervention en associant un suivi nutritionnel, un *coaching* sportif et un soutien psychologique [3].

Les points importants pendant la chirurgie sont :

- privilégier une voie d'abord mini-invasive (coelioscopique ou robot-assistée) ;
- limiter la pression d'insufflation abdominale ;
- assurer une meilleure gestion des fluides ;
- privilégier l'utilisation de molécules anesthésiques à courte durée d'action ;
- réaliser une épargne morphinique peropératoire.

Après l'intervention, les mesures mises en place sont :

- le retrait précoce de la sonde naso-gastrique (idéalement en fin d'intervention, avant le passage en salle de réveil) ;
- une gestion optimale de la douleur avec épargne morphinique ;
- la prévention des nausées et vomissements ;
- la ré-alimentation précoce ;
- la limitation de l'apport IV postopératoire ;
- l'utilisation du chewing-gum pour stimuler la reprise de transit ;
- la mobilisation précoce.

La définition préalable de critères de sortie permet d'assurer un retour sécurisé à domicile relayé par un réseau infirmier libéral.

Rôle de l'infirmier coordinateur

Le dispositif d'annonce a été la mesure phare du plan cancer 2003–2007. Ce dispositif a été mis en place dans le but d'informer, d'écouter et de soutenir le patient lors de l'annonce de sa maladie.

Outre le PPS, projet personnalisé de soins, le patient doit également être accompagné aux différentes étapes de ce parcours. Cette démarche nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluri-professionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipe hospitalière et de ville.

De cette mesure découle la création de postes d'infirmiers coordinateurs dans le but d'harmoniser la prise en charge du patient afin d'établir une organisation optimale entre le patient et les différents intervenants impliqués dans la prise en charge de sa maladie. L'infirmier coordinateur devient le pilier de cette prise en charge pluridisciplinaire afin d'établir un parcours de soins le plus efficace et le plus adapté possible.

L'infirmier coordinateur peut trouver sa place sur différents projets, où le médecin aura besoin d'aide pour optimiser l'organisation et le suivi du patient. Le programme doit s'inscrire dans le projet d'établissement et nécessitera dans tous les cas plusieurs réunions afin de préciser au mieux les attentes de chacun, mettre en place les documents nécessaires pour l'information et l'accompagnement du patient.

Dans la mise en place d'un protocole RAAC, le rôle du coordinateur est majeur aux différentes étapes de la prise en charge :

- informer le patient et le former à cette démarche : généralement après la consultation chirurgicale, et dès lors que l'intervention est programmée, l'infirmier coordinateur va reprendre l'ensemble des informations transmises par le chirurgien, répondre aux questions « à froid » du patient en s'appuyant sur une documentation explicative adaptée ;
- réduire les conséquences du stress chirurgical : avec explications du jeun préopératoire tardif et de la reprise précoce alimentaire. Les ordonnances préopératoires seront également vérifiées et ré-explicquées au besoin (immunonutrition, ECBU préopératoire...). En fonction de l'intervention envisagée, l'infirmier coordinateur est également en contact avec la stomathérapeute,

l'onco-gériatre ou la diététicienne pour les solliciter au cas par cas ;

- anticiper l'organisation des soins et la sortie du patient : en fonction de l'intervention chirurgicale et si le retour à domicile est jugé difficile, l'infirmier coordinateur sera en contact étroit avec l'entourage de patient, d'une part, et avec le service social, d'autre part, pour optimiser la prise en charge à la sortie. Si un retour à domicile est envisagé, l'infirmier coordinateur est en relation avec un réseau d'infirmières libérales, pour mettre en place de manière anticipée les soins nécessaires en postopératoires. Il restera en contact avec ce réseau de ville pendant les premiers jours (ou premières semaines) après l'intervention afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'évènement indésirable à domicile, répondre aux éventuelles questions du patient ou de l'infirmière libérale, contrôler la douleur dans toutes les situations, gérer les situations complexes (en faisant le relais avec le médecin) et détecter les alertes justifiant une ré-hospitalisation éventuelle. Cela nécessite bien sûr d'optimiser le réseau ville/hôpital et d'offrir la possibilité d'appels d'urgence 24h/24h avec une organisation bien définie (infirmier coordinateur de 8 h à 18 h par exemple, puis appel basculé sur le médecin de garde ou d'astreinte la nuit) ;
- suivi du patient avec des appels téléphoniques sortants systématisés à des temps précis de la période postopératoire, variables en fonction du type d'intervention (par exemple, à j1, j10 et j30 pour les prostatectomies ; j10, j15, j30 pour les cystectomies). Ce suivi peut se faire à l'aide d'un journal de bord que le patient remplit chaque jour, avec un onglet également prévu pour l'infirmière libérale (qui remplit les items définis : pouls, tension, température, aspect des cicatrices, couleur des urines...). À l'avenir, ce journal de bord sera numérisé via une application dédiée à laquelle les patients (et les infirmières libérales) pourront se connecter à domicile ;
- favoriser et stimuler la reprise d'autonomie du patient (kiné, reprise d'activité physique et/ou professionnelle).

Cette mission permet essentiellement de raccourcir la durée d'hospitalisation des patients et d'accélérer leur reprise d'autonomie en réduisant les complications liées à la chirurgie. Elle optimise la prise en charge périopératoire en standardisant des parcours de soins coordonnés, de la consultation chirurgicale jusqu'au retour à domicile.

Perspectives

Le rôle de l'infirmier coordinateur peut aussi s'envisager de manière transversale, avec une mission de coordination des parcours de soins, quel que soit le traitement envisagé, non pas seulement autour d'un acte chirurgical mais aussi en accompagnement d'un traitement de radiothérapie, de chimiothérapie ou d'hormonothérapie. Avec les nouvelles hormonothérapies et les immunothérapies, ce rôle de coordination du parcours de soins sera encore plus important. La consultation pré-thérapeutique permettra l'établissement du parcours de soins en fonction de l'approche thérapeutique définie. La consultation d'IDEC permettra également d'évaluer les besoins d'accompagnement et d'information du patient afin de mettre en place des mesures préventives ou correctives adaptées à chaque situation. Le parcours de

soins pourra également intégrer une consultation oncogénétique, une consultation diététique, une consultation de sexologie, et un suivi oncopsychologique, afin de personnaliser la prise en charge et de mettre en œuvre toutes les mesures appropriées pour répondre aux besoins des patients. Enfin l'évaluation des effets secondaires des traitements à court, moyen et long terme pourra se faire via l'utilisation des données issues des patients (*patient-reported outcomes measures* [PROMs]) permettant une meilleure évaluation de la qualité de la prise en charge et un ajustement de la pertinence des soins [4]. L'infirmier coordinateur peut aider au remplissage des auto-questionnaires et assurer un suivi régulier réalisé par le biais d'appels téléphoniques sortants.

L'évolution des pratiques et l'arrivée du numérique dans le milieu de la santé vont révolutionner la prise en charge de nos patients et faire évoluer le rôle d'infirmier coordinateur. Le développement de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NITC) nous permet désormais d'envisager la mise en place de parcours de soins numérisés. Les applications numériques centrées sur le suivi du patient, actuellement en cours de développement, seront un soutien logistique mais ne viendront pas remplacer l'infirmier coordinateur, pierre angulaire de la prise en charge, qui devra analyser ces informations transmises par le logiciel, en faire la synthèse et détecter les alertes justifiant une modification ou une adaptation de la prise en charge. Il reste donc l'interface précieuse entre le système numérique et le médecin, d'une part, entre le système numérique et le patient, d'autre part.

Conclusion

La prise en charge du patient ne peut plus se limiter à l'intervention chirurgicale, mais doit désormais

intégrer les mesures d'optimisation périopératoire. La RAAC est un excellent exemple de collaboration interdisciplinaire nécessitant une bonne coordination entre les différents intervenants. C'est là que l'infirmier coordinateur joue un rôle crucial, tant dans l'information que dans l'accompagnement du patient à chaque étape de son parcours. À l'avenir, les outils numériques vont pouvoir enrichir les parcours de soins et améliorer encore la prise en charge des patients.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Tyson MD, Chang SS. Enhanced recovery pathways versus standard care after cystectomy: a meta-analysis of the effect on perioperative outcomes. *Eur Urol* 2016;70(6): 995–1003.
- [2] Poinas G, Blache JL, Kassab-Chahmi D, et al. Short version of recommendations for enhanced recovery program (ERP) for cystectomy: technical measures. *Prog Urol* 2019;29(2): 63–75.
- [3] Carli F, Minnella EM. Preoperative functional assessment and optimization in surgical patient: changing the paradigm. *Minerva Anesthesiol* 2017;83(2):214–8.
- [4] Ávila M, Patel L, López S, Cortés-Sanabria L, Garin O, Pont À, et al. Patient-reported outcomes after treatment for clinically localized prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev* 2018;66:23–44.