

UNIVERSITE DE POITIERS
FACULTE DE MEDECINE DE POITIERS

ANNEE 2021

THESE

Pour l'obtention du
Diplôme d'État de Docteur en Médecine
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue
Le 15 septembre 2021

par
Jimmy ARDOUIN
Né le 24 mars 1992 à La Rochelle

Réhabilitation améliorée après chirurgie urologique lourde de type Néphrectomie totale et
prostatectomie radicale : Évaluation des pratiques professionnelles au CH de La Rochelle

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur Denis FRASCA

Membres : Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE
Madame le Docteur Karin DHOSTE
Monsieur le Docteur Romain GATEAU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romain GATEAU

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Table des matières

I. REMERCIEMENTS	4
II. ABREVIATIONS ET ACRONYMES	5
III. RESUME.....	6
IV. INTRODUCTION	7
4.1 RATIONNEL	7
4.2. PROBLEMATIQUE	9
V. MATERIELS ET METHODES	10
5.1. CONCEPTION DE L'ETUDE.....	10
5.2. CRITERES D'ELIGIBILITE A L'ETUDE.....	10
5.3. METHODE D'EVALUATION.....	10
5.4. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRES	11
5.5. INFORMATION ET CONSIDERATIONS ETHIQUES	11
5.6. ANALYSE STATISTIQUE	12
5.7. ANALYSE SUPPLEMENTAIRE HORS ETUDE PRINCIPALE SUR LA SATISFACTION DES PATIENTS	12
VI. RESULTATS	14
6.1. POPULATION	14
6.2. DONNEES PRE-, PER- ET POST-OPERATOIRES.....	15
6.3. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL.....	16
6.4. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	18
6.4.1. DOULEUR POST-OPERATOIRE ET NVPO EN SSPI.....	18
6.4.2. REHOSPITALISATION A 1 ET 3 MOIS	18
6.4.3. SATISFACTION DES PATIENTS	19
VII. DISCUSSION.....	20
7.1. RESULTAT PRINCIPAL.....	20
7.2. RESULTATS SECONDAIRES.....	21
7.2.1. DOULEURS EN POST-OPERATOIRE IMMEDIAT	21
7.2.2. REHOSPITALISATION A 1 ET 3 MOIS	22
7.2.3. SATISFACTION DES PATIENTS	22
7.3. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	22
7.3.1. FORCES DE L'ETUDE.....	22
7.3.2. LIMITES DE L'ETUDE.....	23
7.4. PERSPECTIVES.....	23
VIII. CONCLUSION	25
IX. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	26
X. ANNEXE 1 : FEUILLE DE RECUEIL.....	28
XI. ANNEXE 2 : NOTE D'INFORMATION	31
XII. ANNEXE 3 : APPROBATION DU CERAR.....	34
XIII. ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION	35
XIV. SERMENT D'HIPPOCRATE	37

I. Remerciements

A Monsieur le Professeur Denis FRASCA,

Merci pour l'honneur que vous me faites en présidant le jury de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE,

Pour avoir accepté de consacrer de votre temps pour juger mon travail par votre expertise.

A Madame le Docteur Karin DHOSTE,

Merci de me faire l'honneur de participer au jury de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Romain GATEAU,

Merci de m'avoir proposé ce sujet passionnant, d'avoir dirigé ce travail, de m'avoir accordé de ton temps, de m'avoir soutenue tout au long de la réalisation de cette thèse et d'avoir guidé ma réflexion par tes conseils judicieux.

A Madame Caroline ALLIX-BEGUEC,

Merci de m'avoir guidé dans la partie statistique de cette thèse.

A mes parents, merci de tous les sacrifices que vous avez fait pour nous, merci d'avoir fait la personne que je suis devenu aujourd'hui. Merci d'avoir toujours cru en moi. Si j'en suis arrivé là, c'est surtout grâce à vous. Je n'aurai pas pu rêver meilleurs parents.

A ma sœur Tracy et mon frère Brandon, on a grandi et on s'est construit ensemble. Vous serez toujours les personnes les plus importantes à mes yeux.

A la petite dernière Lou-Anne, de venir compléter cette fraterie. J'espère être un modèle pour toi et te donner l'envie d'une carrière médicale.

A mon petit Neveu Eden, qui fait ma plus grande fierté.

A mes grands-parents, d'avoir toujours été présent pour moi. J'espère vous rendre fiers.

A ma marraine, d'avoir été présente à chaque étape de ma vie depuis ma naissance.

A mes amis, Guigui, Gomart, Juju, Marine, Gaga, Cooper, Soso, Chalama, Poka et à tous les autres périgourains.

Notre petit groupe d'amis est un véritable moteur et une réelle bouffée d'oxygène. J'espère que nous vieillirons ensemble à l'image des « petits mouchoirs ».

A la meilleure des Co-internes Marie et à tous les autres pour m'avoir accompagné dans cette folle aventure qu'est l'internat.

Énorme merci à Guillaume, Margot, Charlène et Agnès de m'avoir aidé à corriger et à mettre en page cette thèse.

Merci à tous ceux que j'ai croisé au cours de mes études et de mon internat. Votre enseignement me permet chaque jour d'être un meilleur anesthésiste-réanimateur en devenir.

II. Abréviations et acronymes

RAC ou RAAC : réhabilitation améliorée après chirurgie

IDE : infirmier diplômé d'état

IVSE : Intraveineuse seringue électrique

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

ASA : Score de l'American Society of Anesthesiologists

AIVOC : Anesthésie intra veineuse à objectif de concentration

CERAR : Comité d'éthique de recherche en Anesthésie-réanimation

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CH : Centre hospitalier

UF : Unité fonctionnelle

IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état

MAR : Médecin anesthésiste réanimateur

HAS : Haute autorité de Santé

ERAS : Enhanced Recovery After Surgery

NUT : Néphro-ureterectomie totale

NVPO : Nausées et vomissements post-opératoires

PT : Prostatectomie totale

III. Résumé

INTRODUCTION

La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) est un concept récent bouleversant les pratiques professionnelles périopératoires ayant pour objectif une restitution plus rapide de l'organisme à l'état antérieur à la chirurgie. Ce concept s'appuie sur une médecine factuelle. A ce jour, en urologie, seules les cystectomies ont pu faire l'objet de recommandations. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'intérêt d'un programme de RAC chez des patients bénéficiant de néphrectomie totale ou de prostatectomie par voie laparoscopique.

PATIENTS ET MÉTHODES

Cette étude de type avant/après compare un groupe bénéficiant d'un parcours RAC au décours d'une prostatectomie ou d'une néphrectomie totale par voie laparoscopique entre février 2020 à fin janvier 2021 au CH de La Rochelle à un groupe comparable l'année précédente bénéficiant du même type de chirurgie. Les patients majeurs, ASA 1 à 3, aptes à comprendre la mesure étaient inclus. Une complication majeure per-opératoire, un échec de chirurgie ou une sortie de l'hôpital retardée par une attente de place constituaient une exclusion de l'étude. Les groupes ont été comparés par le biais d'une feuille de recueil remplie à posteriori ou à priori sur différents points pré-, per- et post-opératoires issus des recommandations HAS de 2016 portant sur la RAC. Le critère de jugement principal est le nombre de jour d'hospitalisation. Les critères de jugement secondaires comprennent la douleur, les nausées/vomissements en post-opératoire immédiat et les réhospitalisations à 1 et 3 mois. Une étude descriptive sur la satisfaction des patients a été réalisée en marge de l'étude principale.

RÉSULTATS

Sur les 86 patients éligibles, 28 patients ont été analysés dans le groupe « Avec RAC » et 53 patients ont été analysés dans le groupe « Avant RAC ». Les groupes étaient comparables en termes d'âge, de sexe, de comorbidités et en termes de type de chirurgie. Seule la phase pré-opératoire présente des items « RAC » significativement différents entre les deux groupes.

La durée moyenne d'hospitalisation est significativement diminuée de 1,6 jours dans le groupe « Avec RAC ». Il n'y a pas de différence significative en termes de douleur et de Nausées/vomissements en post-opératoire immédiat. Il n'y a pas de différence significative en termes de réhospitalisations à 1 et 3 mois de la chirurgie. L'analyse de la satisfaction montre une proportion plus importante de patients « très satisfaits » en faveur de l'année 2020.

DISCUSSION

A elle seule, la différence des items pré-opératoires semble avoir un impact significatif sur la durée de séjour hospitalier probablement dû à un changement conséquent : Une plus grande implication du patient dans son parcours de soin. Si les items per- et post-opératoires ne sont pas différents entre les deux groupes, cela s'explique par l'application de mesures RAC par les soignants avant même qu'elles ne soient réellement formalisées au CH de La Rochelle. Le gain en termes de durée d'hospitalisation est donc probablement sous-estimé. La mise en place d'un tel programme n'entraîne pas plus de réhospitalisations ni de douleurs et Nausées/vomissements en post-opératoire immédiat. De plus notre analyse descriptive supplémentaire semble montrer une tendance à une meilleure satisfaction des patients sur la période « après » de notre étude malgré un contexte sanitaire compliqué.

IV. Introduction

4.1 Rationnel

La RAC (réhabilitation améliorée après chirurgie) est un concept regroupant différentes mesures périopératoires visant à limiter l'agression ou « stress » chirurgical. [1]

Mesures pré-opératoires	Mesures per-opératoires	Mesures post-opératoires
Information / Consultation spécialisée (Activité physique, arrêt du tabac ...)	Épargne morphinique	Lever et alimentation précoce
Jeun limité	Prévention hypothermie	Limites les drains / sondes / perfusions
Optimisation Hémoglobine	Anticipation de la douleur (corticoïdes, infiltration chirurgicale)	
Patient debout / entrée JO	Prévention systématique des NVPO	
Administration de carbohydraté à H-2	Modification des voies d'abord chirurgicales (laparoscopie, Robot)	

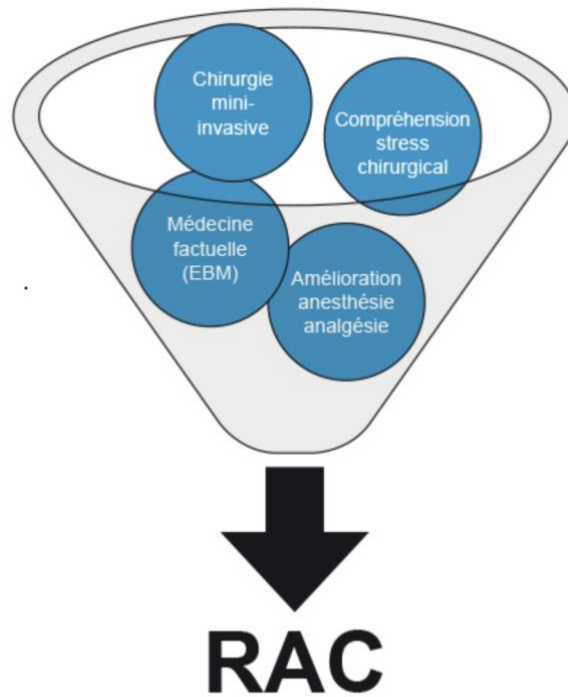
Liste non exhaustive des mesures périopératoires issues des recommandations HAS de 2016.

Le concept de RAC a été développé par Henri Kelhet, professeur de chirurgie, dans les années 1990 à Copenhague, en chirurgie colorectale. [2] Exclusivement axé sur la phase post-opératoire et l'amélioration du contrôle de la douleur, le concept s'est par la suite, largement modifié.

L'amélioration des connaissances physiopathologiques, notamment au cours de ces 10 dernières années, a véritablement contribué à la transformation de ce concept.

Le « stress » chirurgical engendre tout un tas de désordres neuro-hormonaux, métaboliques et hématologiques afin de restituer l'organisme à son état antérieur à la chirurgie. Mais surtout, certains soins et événements périopératoires peuvent aggraver cette réaction au stress chirurgical comme par exemple, le jeûne prolongé, l'anxiété, les traumatismes engendrés par la chirurgie, l'hypothermie, l'iléus ainsi que l'alitement. [3]

Parallèlement, la communauté médicale a connu le développement de la médecine fondée sur les preuves (evidence based medicine).



Ouvrage : K. Slim La réhabilitation améliorée après chirurgie, éd. Elsevier 2018

La RAC est donc la mise en pratique de mesures simples, péris opératoires et non plus seulement post-opératoires (même si le terme n'a pas changé depuis) afin de réduire notre impact sur le stress chirurgical, dont au moins 2/3 sont fondées sur un bon niveau de preuves scientifiques. [4]

Une autre innovation de la RAC, c'est également de considérer le patient comme un véritable acteur de sa prise en charge : Information exhaustive et compréhensible du patient et de son entourage pour une meilleure adhésion au programme, participation aux décisions de son parcours de soin, mobilisation précoce et active en post-opératoire ...

D'un patient passif et subissant l'intervention, on évolue vers un patient actif et acteur de l'intervention pour maximiser la qualité de sa récupération et de son bien-être.

Initialement développés en chirurgie digestive, ces protocoles (déployés par la société savante ERAS à l'international et les recommandations HAS en France) ont déjà montré, dans de nombreuses études randomisées, une efficacité significative en termes de diminution des durées de séjour hospitalier, en termes de complications post-opératoires [5] [6], en termes de satisfaction du patient et même, in fine, en termes de coût sociétal. [7] [8]

Sa généralisation est cependant insuffisante et loin de couvrir la totalité du panel des spécialités chirurgicales.

En urologie, seules les cystectomies ont fait l'objet de consensus en termes de RAC. [9] [10] Les études sont encore trop peu nombreuses en ce qui concerne la chirurgie rénale et prostatique.

Or le cancer de la prostate est le premier cancer en termes d'incidence chez l'homme tout cancer confondu [11] et le cancer à cellules rénales est le troisième cancer urologique derrière ceux de la prostate et de la vessie et le 13^e cancer le plus fréquent dans le monde. [12]

Leur traitement de référence restant la chirurgie d'exérèse : À savoir la prostatectomie radicale et la néphrectomie totale. Le bénéfice de l'application de telles mesures dans ce type de chirurgie reste encore à démontrer.

4.2. Problématique

L'application de mesures de RAC pour les prostatectomies radicales et les néphrectomies totales par voie laparoscopie permet-elle une diminution des durées de séjour, un meilleur vécu péri-opératoire, dans des conditions de sécurité équivalentes à l'hospitalisation classique ?

V. Matériels et méthodes

5.1. Conception de l'étude

Le 1^{er} février 2020, un programme de RAC a été mis en place au centre hospitalier de La Rochelle pour les chirurgies urologiques carcinologiques « lourdes » (Néphrectomies totales ou partielles, cysto-prostatectomies avec Bricker ou enterocystoplastie de remplacement et prostatectomies radicales).

Ce nouveau programme n'est proposé pour le moment qu'aux patients de cancérologie. L'intérêt de la mise en place d'un tel programme étant de perfectionner ce qui était déjà appliqué en le formalisant.

Tous les patients bénéficiant de ce type de chirurgie y sont éligibles du moment où le contexte social le permet et où un retour à domicile précoce est envisageable.

Nous avons décidé d'observer la mise en place de cette mesure sur une durée d'un an (du 1^{er} février 2020 au 31 janvier 2021). Afin d'évaluer ces nouvelles pratiques professionnelles nous avons opté pour la réalisation d'une étude de type avant /après.

Pour des soucis de simplification et de comparabilité il a été décidé de s'intéresser dans ce travail aux néphrectomies totales et aux prostatectomies radicales par voie laparoscopique.

Le groupe conventionnel fut constitué de patients ayant bénéficié d'une néphrectomie totale ou d'une prostatectomie radicale par coelioscopie au cours de l'année précédente soit du 1^{er} février 2019 au 31 janvier 2020 et qui auraient potentiellement été éligibles à ce programme. Ces données ont pu être récupérées dans les dossiers médicaux archivés des patients.

5.2. Critères d'éligibilité à l'étude

Afin d'obtenir des résultats fiables et reproductibles, des critères d'éligibilité à notre étude ont dû être définis.

Toute personne majeure, ASA 1 à 3 bénéficiant d'un parcours RAC au décours d'une néphrectomie totale ou d'une prostatectomie radicale par coelioscopie était inclus dans l'étude, à condition qu'il n'y ait pas de barrière de langue, de démence, de comorbidités trop importante ($ASA \geq 4$) ou qu'elle soit hospitalisée au préalable de la chirurgie pour un autre motif.

A noter qu'une complication majeure per-opératoire, un échec de chirurgie (défini par la non-réalisation de l'exérèse de la pièce opératoire) ou une sortie retardée par une attente de place en centre de convalescence (prolongation de l'hospitalisation malgré les critères de sortie) constituaient un élément d'exclusion à l'étude.

5.3. Méthode d'évaluation

La RAC étant un ensemble de mesures, une feuille de recueil (ANNEXE 1) avec différents items pré-, per- et post-opératoire a été remplie pour chacun des patients du groupe « Avec RAC » au moment de la chirurgie puis complétée après la chirurgie dans le service.

Pour les patients du groupe « avant RAC », cette même feuille a été remplie en se basant sur les données de leur dossier médical.

Les durées d'hospitalisation, les éventuelles complications per- ou post-opératoires et les réhospitalisations à 1 et 3 mois y ont également été colligées.

Cette feuille de recueil constitue la ligne directrice de notre travail. Les items n'ont pas été choisis au hasard puisqu'ils sont issus des recommandations de la société ERAS et du guide des bonnes pratiques de la HAS de juin 2016

Pour la chirurgie urologique, seules les cystectomies ont fait l'objet de recommandations particulières. [9] [10]

Nous nous en sommes donc fortement inspirés.

Parmi les principaux items pré-opératoires, on retrouve la consultation spécialisée RAC : Au CH de La Rochelle, une infirmière est formée spécifiquement aux parcours RAC. Elle reçoit les patients en consultation après la visite chirurgicale mais avant la consultation d'anesthésie. Elle y aborde en détail l'ensemble du parcours de soins et met l'accent sur de nombreuses recommandations pré-opératoire (arrêt du tabac 6 à 8 semaines avant l'intervention, réalisation d'une activité physique les semaines précédentes la chirurgie ...).

Afin de sensibiliser les IADE et les MAR aux items per-opératoires, une fiche résumant les principaux éléments nécessaires à l'optimisation de la prise en charge du patient a été incluse au classeur de protocole anesthésique dans les salles de chirurgie urologique du bloc opératoire.

5.4. Critères de jugement principal et secondaires

Le critère de jugement principal était le nombre de jour d'hospitalisation.

Les critères de jugement secondaires comprenaient la douleur et les NVPO en post-opératoire immédiat, les réhospitalisations à 1 et 3 mois et la satisfaction des patients vis-à-vis de leur prise en charge globale.

5.5. Information et considérations éthiques

L'instauration du parcours RAC en chirurgie urologique au CH de La Rochelle était prévu pour le début du mois de février 2020.

Nous avons décidé d'observer et d'évaluer ces nouvelles pratiques professionnelles.

Comme nous n'avons pas été à l'origine de la modification de ces pratiques et notre étude n'impliquant pas directement la personne humaine au titre de la loi Jardé, il n'y a donc pas eu de nécessité d'avis de Comité de Protection des Personnes.

Toutefois, une demande d'avis de comité d'éthique de la recherche en anesthésie réanimation (CERAR) a été faite et a été approuvée. (ANNEXE 3).

Afin d'être conforme à la méthodologie MR004 de la CNIL, tous les patients ont reçu une lettre d'information concernant la réalisation de cette étude (ANNEXE 2) et l'enregistrement de cette dernière a été effectué sur le site national des données de santé (Health Data Hub, N°F20210224111920).

5.6. Analyse statistique

Les paramètres recueillis sont présentés dans des tableaux comportant les statistiques descriptives selon les modalités suivantes :

- Pour les variables quantitatives : la moyenne et l'écart type.
- Pour les variables qualitatives : le nombre, les pourcentages et intervalle de confiance à 95% pour chacune des modalités de la variable (en excluant les données manquantes du dénominateur).

Les analyses testent l'hypothèse nulle d'égalité des moyennes pour les variables quantitatives et d'homogénéité des populations pour les variables qualitatives.

Pour les variables quantitatives, après vérification de l'égalité des variances et de la distribution normale des valeurs, le test de Student est utilisé. En cas d'inégalité des variances ou de distribution non gaussienne, un test non paramétrique de Mann-Whitney/Wilcoxon est utilisé.

Pour les variables qualitatives, un test de Khi2 est réalisé ou un test de Fisher en cas de faible effectif. Une différence significative est considérée au risque alpha bilatéral de 5%.

5.7. Analyse supplémentaire hors étude principale sur la satisfaction des patients

Cette analyse s'est faite en marge de l'étude principale.

L'idée d'intégrer le paramètre de satisfaction dans notre travail est venue comme une évidence.

Comment aurait-on pu observer la mise en place de la RAC sans étudier le ressenti des patients face à l'application de cette nouvelle mesure ? Quid de l'intérêt de la sortie d'hospitalisation précoce si l'expérience vécue du patient est mauvaise ?

Très peu d'études à notre connaissance ont cherché à estimer la satisfaction des patients sur ce type de prise en charge [13]

Dans un premier temps nous avons eu l'idée de créer un questionnaire de satisfaction indépendamment de l'étude. Ce questionnaire a été remis et rempli par les patients du groupe RAC en post-opératoire immédiat, dans les services. Mais comment le comparer à l'année précédente ? Envoyer ce même questionnaire au groupe « avant RAC » ? Certains des patients ayant été hospitalisé jusqu'à un an auparavant, il y aurait eu un énorme biais de mémorisation.

Depuis plusieurs années au CH de La Rochelle, Les patients reçoivent un questionnaire de satisfaction au cours de leur hospitalisation et sont incités à le remplir avant leur sortie. Le questionnaire est joint en annexe. (ANNEXE 4)

Différents items y sont abordés tels que la satisfaction générale du séjour, la qualité de la prise en charge, la prise en charge de la douleur, l'organisation de la sortie et l'information délivrée pour la sortie.

Nous avons décidé de contacter le service ingénierie qualité et gestion des risques du CH de La Rochelle afin de récupérer les résultats de ces questionnaires et d'en étudier les données.

A noter que la chirurgie urologique et la chirurgie orthopédique sont regroupées sous le même UF :

- Du 1^{er} février 2019 au 31 décembre 2019 : 331 patients sortant d'urologie et 503 patients sortant d'orthopédie ont répondu au questionnaire ;
- Du 1^{er} février 2020 au 31 décembre 2020 : 507 patients sortant d'urologie et 634 patients sortant d'orthopédie.

La mesure étant peu précise, nous avons décidé de réaliser une étude descriptive.

VI. Résultats

6.1. Population

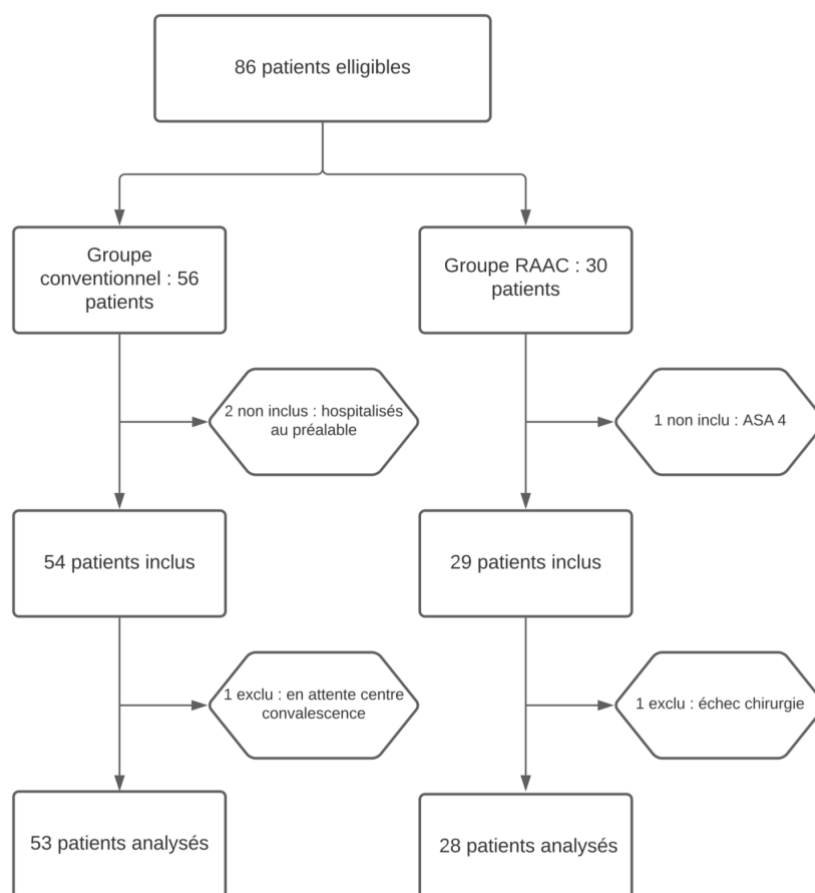


Figure 1 : Flow Chart

Durant la période du 01/02/2020 au 31/01/2021, 30 patients, hospitalisés dans le cadre d'une chirurgie de type néphrectomie totale ou prostatectomie radicale, ont bénéficié d'un parcours RAC.

1 de ces patients était ASA 4 et n'a donc pas pu être inclus dans notre étude.

1 des patients inclus pour qui, il avait été décidé initialement d'une prostatectomie sous coelioscopie, retrouvait de multiples adhérences intra abdominales rendant très difficile le geste chirurgical, c'est pourquoi le chirurgien a décidé d'interrompre l'intervention et de programmer une énucléation laser à distance, ce qui constitue un critère d'exclusion de notre étude.

Au final 28 patients ont été analysés dans le groupe « Avec RAC ».

L'année précédente, 56 patients auraient été potentiellement éligibles à un parcours RAC dans le cadre de leur chirurgie, 2 n'auraient pas été inclus dans l'étude pour cause d'hospitalisation au préalable et 1 aurait été exclu pour prolongation d'hospitalisation dans l'attente d'une place en centre de convalescence.

Les caractéristiques principales des 2 groupes sont résumées dans le **tableau 1**.

	Avant RAC (n=53)	Avec RAC (n=28)	P
Age moyen (SD)	64,5 (±10,6)	66,1 (±7,0)	0,811
IMC moyen (SD)	27,4 (±4,6)	28,8 (±4,2)	0,218
Homme	43 (81%)	25 (89%)	0,526
ASA			
1	10 (19%)	2 (7%)	NA
2	35 (66%)	22 (79%)	
3	8 (15%)	4 (14%)	
Diabète	8 (15%)	6 (21%)	0,542
Coronaropathie	4 (8%)	1 (4%)	0,654
Type de chirurgie			
NUT	21 (40%)	11 (39%)	1,000
PT	32 (60%)	17 (61%)	

Tableau 1 : caractéristiques des populations étudiées. (NUT : Néphro-ureterectomie totale, PT : Prostatectomie totale)

6.2. Données pré-, per- et post-opératoires

	Avant RAC (n=53)	Avec RAC (n=28)	P
Items pré-opératoires			
Information Consultation IDE RAC	0	28 (100%)	< 0,001
Prémédication	0	0	1,000
Hospitalisation à J0	5 (9%)	22 (79%)	< 0,001
Jeûne limité*	7 (13%)	24 (86%)	< 0,001
Items per-opératoires			
Dose cumulée de sufentanil	32,0 (±15,7)	30,1 (±13,6)	0,834
Dose cumulée de kétamine	30,2 (±15,6)	33,3 (±17,5)	0,221
Protocole Xylocaïne IVSE	48 (91%)	26 (93%)	1,000
Infiltration chirurgicale	12 (23%)	11 (39%)	0,128
AINS	13 (25%)	5 (18%)	0,582
Dexamethasone	49 (92%)	24 (86%)	0,438
Droleptan	29 (55%)	16 (57%)	1,000
Bair Hugger	53 (100%)	28 (100%)	1,000
Réchauffeur fluides	18 (34%)	14 (50%)	0,163
Double AIVOC	1 (2%)	0 (0%)	1,000
Antibioprophylaxie	13 (25%)	7 (25%)	1,000
Conversion en laparotomie	3 (6%)	0 (0%)	0,548
Items post-opératoires			
Boissons / alimentation J0	27 (51%)	21 (75%)	0,056
Mobilisation précoce < H24	41 (77%)	25 (89%)	0,036
J+ retrait drain (n=65)	2,8 (±1,9)	2,5 (±1,2)	0,856
J+ retrait sonde urinaire (n=72)	6,6 (±4,2)	5,8 (±3,2)	0,822

Tableau 2 : Items pré-, per- et post-opératoires.

**Délivrance de l'information notifiée lors de la consultation d'anesthésie.*

Une partie des items proposée par la SFAR dans chacune des trois phases encadrant la chirurgie a été colligée dans chacun des 2 groupes puis comparée.

Nous observons que seule la phase pré-opératoire présentait des résultats significatifs. En effet la consultation RAC faite par une IDE formée fut un élément nouveau qui n'apparaissait que pour les patients avec parcours RAC.

De même, l'accent a été mis sur le jeûne limité lors des consultations d'anesthésie, ce qui n'était pas le cas avant puisque 86% ont eu l'information dans le groupe « après » contre seulement 13% dans le groupe « avant ». L'information a normalement également été délivrée lors d'une consultation IDE spécialisée en RAC mais en l'absence de notification écrite, nous ne pouvons pas affirmer que la totalité des patients en ont bénéficié.

Autre élément, significativement différent, l'hospitalisation à J0 : 22 patients du groupe « Avec RAC » soit 79% des patients ont pu en bénéficier contre 7 patients soit 13% du groupe « avant RAC ».

Pour ce qui était du per-opératoire, on observe une similarité des protocoles d'anesthésie.

Tous les patients ont bénéficié d'une induction par Sufentanil-propofol-atracrium sauf un patient du groupe « avant RAC » qui a bénéficié d'un protocole double AIVOC propofol-Rémifentanyl.

La stratégie d'analgésie multimodale entre les deux groupes n'a pas été significativement différente : que ce soit pour les doses cumulées de sufentanil et de kétamine, l'utilisation de Xylocaïne en IVSE (93% dans le groupe « RAC » contre 91% dans le groupe « avant RAC ») mais également pour la faible utilisation des AINS (18% dans le groupe « RAC » VS 25% dans le groupe « avant RAC ») et le faible taux d'infiltration chirurgicale (39% dans le groupe « RAC » VS 23% dans le groupe « avant RAC »)

Pour ce qui est du post-opératoire, là encore, pas de différence significative que ce soit pour la reprise de l'alimentation à J0 (75% dans le groupe « RAC » VS 51% dans le groupe « avant RAC ») ainsi que pour la mobilisation dans les premières 24h (89% pour le groupe « RAC » VS 77% pour le groupe « avant RAC »)

Pour ce qui est du jour de retrait des drains et de la sonde urinaire, bien que certaines données soient manquantes, les résultats ne sont pas significativement différents entre les deux groupes.

6.3. Critère de jugement principal

	Avant RAC (n=53)	Avec RAC (n=28)	P
Durée d'hospitalisation (en jour)	6,2 (±2,1)	4,6 (±1,2)	< 0,001
Néphrectomie totale (n=32)	6,8 (±2,2)	4,7 (±1,0)	0,005
Prostatectomie radicale (n=49)	5,8 (±1,9)	4,5 (±1,3)	0,001

Tableau 3 : Tableau comparatif de la durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation est significativement diminuée de 1,6 jours dans le groupe « Avec RAC »

Ce résultat semble se confirmer pour l'analyse en sous groupe par type de chirurgie. En effet, on observe une diminution de 2,1 jours pour les néphrectomies totales dans le groupe « avec RAC » et de 1,3 jours pour les prostatectomies radicales « Avec RAC ».

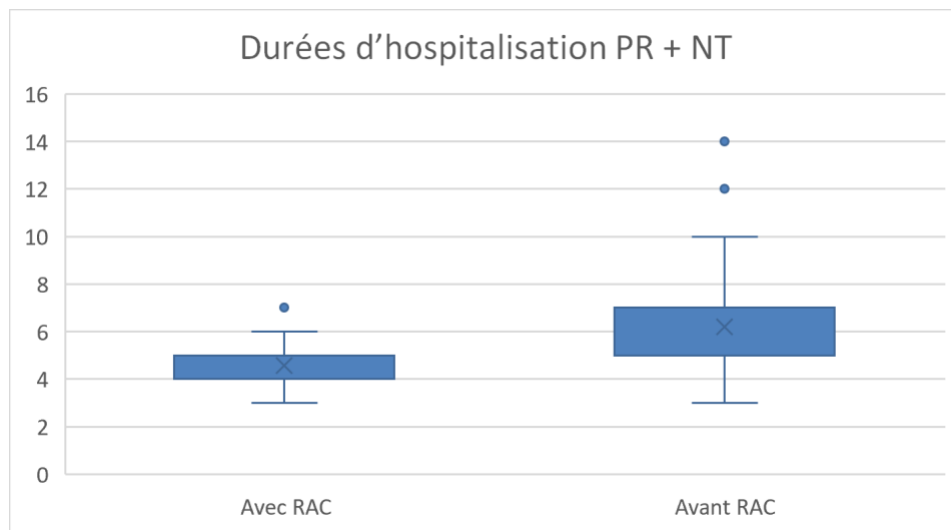


Figure 2 : Durées d'hospitalisation, moyennes, interquartiles et bornes

Cette boîte à moustaches montre que dans le cas de la RAC, la distribution relative à l'indice est faible et symétrique. L'indice varie entre 3 et 6 jours. 50% des valeurs sont comprises entre 4 et 5 jours, la médiane qui n'est pas dessinée sur ce schéma semble correspondre approximativement à la moyenne, représentée par la croix (Respectivement 4,5 jours VS 4,6 jours).

Pour ce qui est du groupe « avant RAC », la distribution relative à l'indice est plus élevée et moins symétrique. L'indice varie entre 3 et 10 jours. 50% des valeurs sont comprises entre 5 et 7 jours avec une médiane à 6 jours et une moyenne à 6,2 jours. 25% des valeurs les plus basses sont comprises entre 3 et 5 jours et 25% des valeurs les plus hautes entre 7 et 10 jours.

L'asymétrie tend donc vers le haut.

A noter 2 valeurs « aberrantes » avec des durées d'hospitalisation de 12 et 14 jours, ceci correspondant à des complications survenant au cours du post-opératoire immédiat :

- Un des patients avait bénéficié d'une néphrectomie totale par coelioscopie convertie en laparotomie. Les suites post-opératoire sont marquées par une analgésie semblant inefficace et une majoration des troubles cognitifs déjà préexistants.
- Le second patient avait bénéficié d'une prostatectomie sous coelioscopie et a présenté une complication de fistule au niveau de l'anastomose uréthro-vesicale obligeant à la surveillance clinique, scanographie et biologique, au maintien de la sonde vésicale et du drain pendant plusieurs jours.

6.4. Critères de jugement secondaires

6.4.1. Douleur post-opératoire et NVPO en SSPI

	Avant RAC (n=53)		Avec RAC (n=28)		
Morphine SSPI	28	(53%)	14	(50%)	0,678
Dose morphine SSPI	3,9	(±4,7)	2,5	(±3,1)	0,284
EN à l'entrée SSPI	2,0	(±2,9)	0,4	(±0,8)	0,022
EN max SSPI	3,4	(±2,7)	2,8	(±2,3)	0,238
NVPO SSPI	0		0		1,000
Anti émétiques SSPI	0		0		1,000

Tableau 4 : Douleur post-opératoire et NVPO en SSPI

Ces analyses démontrent l'absence de différence en termes de douleur en SSPI pour les 2 bras : En effet, on peut voir que 53% des patients du groupe avant RAC ont eu recours à la morphine contre 50% pour le groupe RAC. La douleur n'était pas significativement plus intense, comme en témoigne la moyenne des EN maximale qui était alors de 3,4 pour le groupe « avant RAC » contre 2,8 pour le groupe « Avec RAC ».

Il en est de même en ce qui concerne les nausées / vomissements post-opératoire immédiat : aucune différence significative entre les 2 groupes puisqu'il n'a été rapporté pour aucun des patients l'apparition de NVPO ni même le recours à des anti émétiques.

6.4.2. Réhospitalisation à 1 et 3 mois

	Avant RAC (n=53)		Avec RAC (n=28)		P
Réhospitalisation à 1 mois	3	(6%)	1	(4%)	1,000
Réhospitalisation à 3 mois	3	(6%)	1	(4%)	1,000

Tableau 5 : Taux de Réhospitalisation à 1 et 3 mois.

Notre étude ne montre pas de différence significative entre les 2 groupes en ce qui concerne le taux de Réhospitalisation à 1 et à 3 mois.

Les ré-hospitalisations sont toutes survenues au cours du premier mois uniquement.

L'unique patient ayant été ré-hospitalisé dans le groupe RAC, l'a été à J8 post-opératoire pour un motif infectieux (abcès de paroi de la cicatrice médiane)

Les complications survenues dans le groupe « avant RAC » étaient de l'ordre :

- Infectieuse : Pyélonéphrite aigue du rein controlatéral survenu à J12 post-opératoire avec nécessité d'une 2^{ème} réhospitalisation à J28 pour récurrence pour ce même patient.
- Neuro-psychiatrique : Symptomatologie confuso-délirante chez un patient de 56 ans déjà suivi en psychiatrie pour des troubles anxieux, à J6 post-opératoire, immédiatement après sa sortie d'hospitalisation.

6.4.3. Satisfaction des patients

Les principaux résultats issus des questionnaires de satisfaction des patients sont exposés ci-dessous.

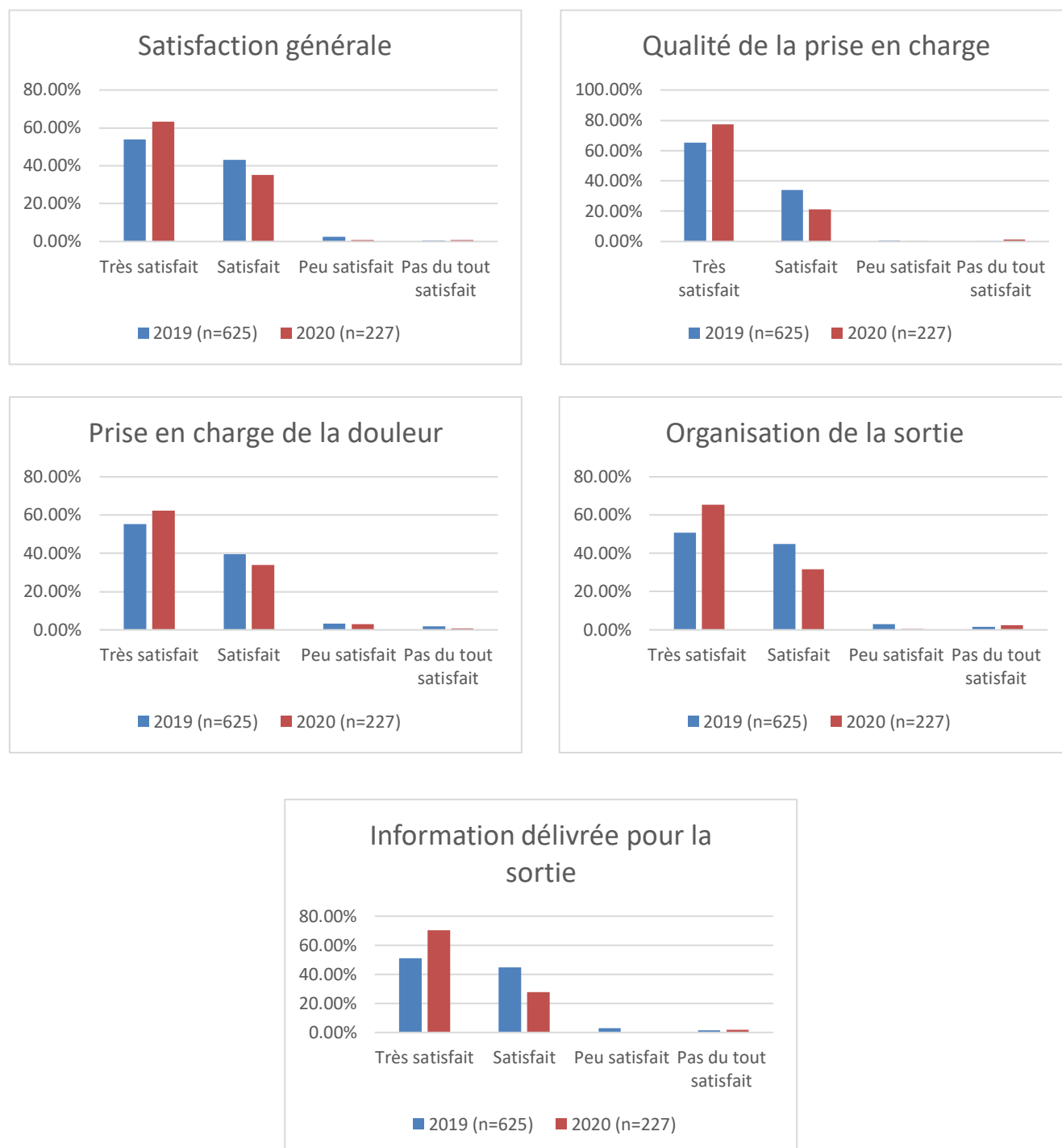


Figure 3 : Histogrammes de satisfaction des patients

Il y a 625 questionnaires qui ont été analysés en 2019 contre 227 questionnaires analysés en 2020. On constate donc une diminution des questionnaires traités en 2020 (20%) en comparatif avec 2019 (75%). On observe d'une manière générale et ce, pour les 5 items analysés une proportion plus importante de patients « très satisfaits » en faveur de l'année 2020.

VII. Discussion

Notre étude observe la mise en place d'un protocole RAC chez des patients bénéficiant d'une prostatectomie radicale ou d'une néphrectomie totale.

Elle s'inscrit dans un véritable bouleversement des pratiques professionnelles qui s'opère depuis une dizaine d'années. De nombreuses études notamment en chirurgie colo rectale ont déjà démontré les bénéfices d'une démarche de RAC en termes de confort et de récupération fonctionnelle rapide mais également in fine, en termes de diminution de durée moyenne de séjour. Malheureusement elles sont encore trop peu nombreuses en urologie dans le cadre des néphrectomies et des prostatectomies pour que son application soit recommandée, d'où l'intérêt de notre étude.

7.1. Résultat principal

Nous observons une diminution significative de la durée moyenne de séjour (DMS) de 1,6 jours chez les patients bénéficiant d'un parcours RAC pour les néphrectomies totales et les prostatectomies radicales.

L'analyse en sous groupe semble montrer que cette réduction de la DMS est plus importante encore pour les néphrectomies totales puisque le gain est de 2,1 jours versus 1,3 jours pour les prostatectomies radicales.

Même s'il est vrai que l'hospitalisation à J0 (item RAC) beaucoup plus fréquente dans le groupe « RAC » (79%) que dans le groupe « avant RAC » (9%) semble peser dans la balance, elle n'explique pas à elle seule ces résultats.

L'analyse de la boîte à moustache apporte un élément supplémentaire intéressant puisqu'elle montre une plus grande homogénéité du groupe « RAC » avec un indice de dispersion moindre : de 3 à 6 jours versus 3 à 10 jours pour le groupe « avant RAC » avec 25% des patients ayant une DMS comprise entre 7 et 10 jours.

Cette homogénéisation du groupe RAC pourrait s'expliquer par le fait qu'il y ait moins de complications post-opératoire immédiate et notamment des complications dites « médicales », moins de douleurs post-opératoire, moins de fatigue, moins d'iléus entravant une éventuelle sortie.

Ces résultats semblent cohérents avec la littérature sur le sujet : La revue systématique de Nicholson et al de 2014 (14) a évalué les résultats d'études contrôlées randomisées comparant des programmes de récupération pour tous type de chirurgie incluant un minimum de 4 items versus une chirurgie conventionnelle : 38 études, 5099 patients : Il a été rapporté une réduction de la DMS de 1,14 jours {95% CI -1,45 -0,85}

7.2. Résultats secondaires

7.2.1. Douleurs en post-opératoire immédiat

Notre étude montre un recours aux morphiniques similaire dans les 2 groupes (53% des patients du groupe « avant RAC » y ont eu recours contre 50% des patients du groupe « RAC »), la quantité de morphine consommée ainsi que les échelles de douleur à un temps donné et les NVPO en SSPI sont également similaires entre les 2 groupes.

Malheureusement seules les données de douleur et de nausées/vomissements post-opératoire en SSPI ont pu être colligées dans les 2 bras. Il y a eu beaucoup trop de données manquantes concernant ces paramètres dans les services dans le groupe « avant RAC » pour pouvoir faire un comparatif intéressant.

Pour aborder au mieux ces résultats, il faut s'intéresser à la prise en charge per-opératoire de la douleur.

Le contrôle de l'analgésie est l'un des principaux piliers de la RAC : Il participe à la facilitation de la récupération fonctionnelle : mobilisation plus précoce, réduction des NVPO donc reprise plus rapide de l'alimentation orale et in fine sortie plus précoce de l'hôpital.

Le gold standard en matière d'analgésie en RAC est le multimodal. L'objectif est d'avoir recours à des antalgiques divers et variés afin d'obtenir une épargne morphinique importante (>40%). Cette épargne permet à son tour de diminuer les NVPO (15) et de favoriser la reprise du transit intestinal (16).

Dans notre étude, même si la mise en place de la RAC date de février 2020, l'analgésie multimodale et l'épargne morphinique étaient déjà ancrées bien avant au CH de La Rochelle.

De ce fait, concernant les doses cumulées de sufentanil en per-opératoire, il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes (32,0ug pour le groupe « avant RAC » VS 30,1ug pour le groupe « RAC »)

Pour ce qui est de l'analgésie multimodale : l'utilisation de la kétamine, la Xylocaïne IVSE, les infiltrations chirurgicales ainsi que des AINS étaient similaires entre les 2 groupes.

Ceci expliquant en partie l'absence de différence en termes de douleur mais également en termes de nausées/ vomissements post-opératoire.

Un axe d'amélioration serait probablement l'utilisation plus importante des AINS : Lorsque l'on s'intéresse au tableau des données per-opératoire, seul 18% des patients du groupe « RAC » en bénéficiaient. Or, les AINS offrent l'épargne morphinique la plus importante. [17] Au-delà des contre-indications qui sont de plus en plus limitées.

7.2.2. Réhospitalisation à 1 et 3 mois

Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les taux de réhospitalisation à 1 et 3 mois dans notre étude (4% de réhospitalisation dans le groupe « RAC » et 6% dans le groupe « avant RAC »).

Bien que ce résultat soit critiquable au vu du faible effectif de notre étude, nos résultats vont dans le sens des plus grandes revues systématiques en matière de RAC toutes chirurgies confondues [14] [18] : A savoir une réduction de la durée de séjour hospitalier sans augmenter les taux de réadmission.

7.2.3. Satisfaction des patients

Cette analyse sur la satisfaction des patients, bien que peu précise nous montre une tendance à l'amélioration de la satisfaction des patients.

Les services d'Urologie et d'orthopédie étant regroupés sous le même UF, une analyse dissociée des résultats n'a pu être possible.

L'hypothèse est la suivante : la mise en place de la RAC en orthopédie est antérieure à l'année 2019.

Aucun élément nouveau n'est apparu depuis si ce n'est la pandémie mondiale de la Covid début 2020 et l'implémentation de la RAC en urologie en février 2020 également.

On peut difficilement penser au vu des mesures dû à la crise sanitaire (Absence de visite dans les services ...) que ce soit cette dernière qui soit responsable de la proportion plus importante de patients « très satisfaits ».

La mesure RAC en urologie, par contre pourrait bien en être la cause principale.

Ces résultats sont d'autant plus forts que la proportion de patients « très satisfaits » l'est pour tous les items auxquels nous nous sommes intéressés.

Une étude Lyonnaise en 2019 [13] s'était intéressée à la satisfaction des patients bénéficiant d'un protocole RAC pour néphrectomie partielle robot assistée : les 42 premiers patients inclus dans l'étude recevaient un questionnaire de satisfaction post-opératoire. L'évaluation globale moyenne du protocole par les patients sur une échelle de satisfaction de 1 à 10 était de 8,9/10.

L'étude semble montrer que les patients sont plutôt satisfaits du parcours RAC mais il n'y a pas de comparatif à un groupe contrôle.

D'ailleurs aucune étude à ma connaissance ne l'a étudié.

7.3. Forces et limites de l'étude

7.3.1. Forces de l'étude

L'une des plus grandes forces de notre étude est qu'elle est l'une des premières à étudier la mise en place de la RAC pour les néphrectomies totales et les prostatectomies.

La pertinence de la RAC réside dans le fait qu'elle est basée sur une médecine factuelle. Plus il y aura de publications sur le sujet, plus les recommandations seront fortes. [4]

Nous nous sommes également intéressés à la satisfaction des patients et même si cette analyse s'est faite en marge de l'étude, aucune étude à notre connaissance ne semble avoir comparé la satisfaction des patients avant puis après la mesure RAC.

Le critère de jugement que nous avons utilisé est robuste et permet une comparabilité aux études existantes.

7.3.2. Limites de l'étude

Cette étude présente également certaines limites et sa conception même en est une.

En effet c'est une étude avant/après avec un groupe contrôle historique comportant donc des recueils de données rétrospectives, il a fallu composer avec les données manquantes (pas de possibilité de comparer la douleur ou les nausées / vomissements en post-opératoire dans les services, données approximatives sur la mobilisation et la reprise de l'alimentation).

Une solution pour palier à cela, aurait été de mener une étude avec un groupe contrôle sans RAC mais au vu de la littérature qui semble montrer une amélioration de ces protocoles dans un grand nombre de chirurgie et de l'hypothèse que nous faisons, il semblait peu éthique de procéder ainsi.

Le choix de notre critère principal est une force mais il est également critiquable : l'objectif de la RAC c'est avant tout : une amélioration de la convalescence et une réduction de la morbidité globale.

Notre critère de jugement principal n'est finalement que la conséquence des résultats de la RAC.

Une autre limite de notre étude, c'est son faible effectif et notamment dans le groupe « RAC ». Malheureusement notre étude a commencé en février 2020, date à laquelle également la pandémie mondiale de COVID 19 a débuté. Il y a donc eu moins de patients dans le groupe RAC de 2020 en comparatif au groupe « avant RAC » de 2019.

Dernière limite que nous mentionnerons est l'absence de différence pour bien des items per-opératoire et post-opératoire entre nos deux groupes.

Comme je l'expliquais plus haut, la RAC a débuté officiellement en 2020 mais beaucoup des items étaient déjà appliqués en 2019. Au final, il semble que la principale différence dans notre étude soit le phase pré-opératoire. Ce n'est d'ailleurs pas si étonnant qu'à eux seuls, ces items pré-opératoires expliquent ces résultats. Une étude anglaise a récemment montré que la participation active du patient était à elle seule un facteur significatif de réduction de la durée d'hospitalisation [19]

7.4. Perspectives

Les résultats de notre étude sont très encourageants mais la mise en place de notre protocole reste encore perfectible et la marge de progression est conséquente.

Plusieurs axes d'amélioration peuvent y être apportés :

- Renforcer l'information auprès du personnel médical et paramédical : La RAC impose le développement d'un véritable esprit d'équipe entre médecins (anesthésistes, chirurgiens) et paramédicaux du bloc opératoire mais aussi du service. Comme pour toute équipe il doit y avoir un leader.

- Il pourrait être proposé la désignation d'un médical leader qui aurait du temps spécifiquement dégagé pour la gestion de ce programme. Il pourrait également être intéressant de mettre en place des cours / réunions destinées aux soignants afin de présenter les recommandations et la littérature sur le sujet. [20]
Plus l'équipe sera sensibilisée et informée, plus il y aura un maximum d'éléments dans la prise en charge qui seront appliqués.
- Améliorer l'analgésie per opératoire : la réécriture de protocole spécifique concernant l'analgésie multimodale et notamment l'utilisation des AINS et les infiltrations chirurgicales pourrait être un plus. Nous avons vu dans notre étude que leur utilisation est largement sous estimée.

Une équipe suédoise a lancé un deuxième programme RAC en raison d'une compliance insuffisante au premier programme mis en place 3 ans plus tôt avec la désignation notamment de référents (1 chirurgien, 1 anesthésiste, 1 infirmière par unité impliquée). 464 patients inclus lors de la première étude et 489 patients lors de la seconde étude. Les protocoles RAC concernaient des chirurgies colorectales. Ils ont montré qu'une meilleure adhésion au programme de l'équipe (+27%) permettait une diminution significative des complications post-opératoires (-27% du risque relatif de morbidité post-opératoire à 30j). La DMS est passé de 7j à 6j mais cette diminution était non statistiquement significative. [21]

VIII. Conclusion

Cette étude monocentrique, de type avant/après observe une réduction de la durée moyenne de séjour de 1,6 jours suite à la mise en place d'un parcours RAC chez des patients bénéficiant de prostatectomie ou de néphrectomie totale.

Cette réduction de séjour semble être le reflet d'une amélioration de la convalescence et de la réduction d'une morbidité post-opératoire.

C'est une étude pionnière dans ce domaine puisqu'elle fait partie des premières études portant sur la RAC pour ce type de chirurgie.

Ce travail constitue une première base de données qui pourra servir à appuyer de futures études.

La RAC est un concept « professionnel » avec de réelles modifications des pratiques professionnelles, à la différence de l'ambulatoire qui est un concept « organisationnel » basé sur l'optimisation des flux. Sa mise en place est donc un travail titanesque qui demande et demandera à l'avenir des efforts considérables et du temps afin de modifier le système hospitalier actuel.

IX. Références bibliographiques

- [1] Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie. La RAC c'est quoi ? (2018)
Disponible sur : <https://www.grace-asso.fr/grace-et-vous/rac>
- [2] Kehlet H et al. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth 1997 ; 78: 606-17
- [3] Scott MJ et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations. Acta Anaesthesiol Scand 2015 ; 59 : 1212-31
- [4] Slim K. Réhabilitation améliorée après chirurgie. RAC : la comprendre et la mettre en œuvre. Elsevier Masson. 2018.
- [5] Bond-Smith G et al. Enhanced recovery protocols for major upper gastrointestinal, liver and pancreatic surgery. Cochrane Database Syst Rev 2016 ; 2: CD011382
- [6] Spanjersberg WR et al. Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery. Cochrane Database Syst Rev 2011
- [7] Jones E et al. A systematic review of patient reported outcomes and patient experience in enhanced recovery after orthopaedic surgery. Ann R Coll Surg Engl 2014 ; 96 (2) : 89-94
- [8] Schmidt HM et al. Accelerated recovery within standardized recovery pathways after esophagectomy: a prospective cohort study assessing the effects of early discharge on outcomes, readmissions, patient satisfaction and cost. Ann Thorac Surg 2016 ; 102 (3) : 931-9
- [9] Cerantola Y et al. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced recovery after surgery. ERAS Society recommendations 2013 ; 32(6) : 879-87
- [10] Alfonsi P et al. Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives. Recommandations HAS; 2016
- [11] Greenlee RT et Al. Cancer statistics, 2001. CA Cancer J Clin. 2001 ; 51:15-36
- [12] Ferlay J et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer 2010 ; 127(12): 2893-917.
- [13] Dominique I. Et al. Enhanced Recovery after Robot-Assisted Partial Nephrectomy for Cancer: Is It Better for Patients to Have a Quick Discharge? Urologia internationalis 2019 ; 105(5-6): 499-506
- [14] Nicholson A et Al. Systematic review and meta- analysis of enhanced recovery programs in surgical patients. British Journal of Surgery 2014 ; 101(3): 172-88

- [15] Marret E. et Al. Effects of Nonsteroidal Antiinflammatory drugs on patient-controlled analgesia morphine side effects: Meta analysis of randomized Controlled Trials. *Anesthesiology* 2005 ; 102 : 1249-60
- [16] Cali RL et Al. Effect of Morphine and incision length on bowel function after colectomy. *Dis Colon Rectum*. 2000 ; 43(2) : 163-8
- [17] SFAR. Mise au point du comité douleur-ALR : Les AINS en périopératoire. 2015
- [18] Paton F et Al. Effectiveness and implementation of enhanced recovery after surgery programs: a rapid evidence synthesis. *BMJ Open* 2014 ; 4(7): 005-015
- [19] Thorn E. Et Al. CC Active and passive compliance in an enhanced recovery programme. *Int J colorectal Dis* 2016 ; 31 : 1329-39
- [20] Desaint P. Analyse des différentes barrières à la mise en place d'un programme de réhabilitation amélioré après chirurgie d'exérèse pulmonaire à l'hôpital Cochin. Université de Paris ; 2017
- [21] Gustafsson ULf O et Al. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery 2011 ; 146 (5): 571-7

X. Annexe 1 : Feuille de recueil

Feuille de recueil : parcours RAC -Urologie CH La Rochelle

Renseignements administratifs et médicaux	
Type d'intervention + préciser abord chirurgical	
Date d'intervention	
Nom du chirurgien	
Nom de l'anesthésiste	
ATCD médicaux notables	

Phase pré-opératoire	
Information délivrée au patient / Consultation IDE coordinatrice : Arrêt tabac et alcool, activités physiques	Oui ou non
Optimisation des traitements	Oui ou non
Absence de prémédication	Oui ou non
Hospitalisation à J0	Oui ou non
Jeun limité (boisson sucrée à H-2)	Oui ou non
Patient anémié	Oui ou non
Supplémentation en fer	Oui ou non
Questionnaire de satisfaction post-opératoire remis au patient	Oui ou non
Commentaire :	

Phase per-opératoire	
Drogues utilisées pour l'induction	Type :
Prévention hypothermie	Oui ou non
Antibioprophylaxie	Oui ou non Type :
Optimisation de la volémie	Oui ou non
Prévention des nausées / vomissements	Oui ou non Et type :
Infiltration par le chirurgien	Oui ou non
Protocole Lidocaïne IVSE (à retirer avant infiltration par chirurgien)	Oui ou nonmg/kg
Analgésie : autre : (Noter également la dose totale de sufentanyl qui a été administrée au patient durant l'intervention)	Type : - - - - - - Sufentanyl :
Durée d'intervention :	
Complications per-opératoires	Oui ou non Type :
Commentaire :	

Phase post-opératoire	
Administration de chewing-gum (prévention iléus)	Oui ou non
Retrait des drains le + précocément possible (préciser le J post-op)	Date : Heure :
Retrait sonde vésicale	Date : Heure :
Reprise boissons précoce	Date : Heure :
Reprise alimentation précoce	Date : Heure :
Thromboprophylaxie	Type :
Mobilisation précoce : Fauteuil	Date : Heure :
Mobilisation précoce : Marche	Date : Heure :
EVA à J0 J1 À la sortie :	
Nausées ou vomissements post-opératoire	Oui ou non
Questionnaire satisfaction rempli	Oui ou non
Date de retour du patient à domicile	/...../.....
Ré hospitalisation avant J30 post-op'	Oui ou non Motif :
Commentaire :	

XI. Annexe 2 : Note d'information

NOTE D'INFORMATION

Évaluation d'un parcours de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) urologique « lourde »

Promoteur de la recherche : Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis

Investigateur coordonnateur principal : Jimmy Ardouin, Interne en anesthésie-réanimation

Madame, Monsieur,

Une étude évaluant le bénéfice d'un parcours de réhabilitation améliorée après chirurgie urologique « lourde » est en cours au centre hospitalier de La Rochelle et est coordonnée par les anesthésistes, urologues, infirmiers et kinésithérapeutes. Ce document vous apportera les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre anesthésiste ou votre urologue.

Votre anesthésiste ou votre urologue doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Si vous ne désirez pas prendre part à cette étude, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge possible, conformément aux connaissances actuelles.

Pourquoi cette recherche ?

L'hôpital de La Rochelle travaille actuellement à la redéfinition de la prise en charge des patients ayant eu une chirurgie urologique « lourde » selon les principes de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAC).

Cette démarche innovante vise à améliorer la récupération post-opératoire des patients à travers une meilleure préparation à la chirurgie et une implication forte du patient dans sa prise en charge.

La RAC a particulièrement été étudiée en chirurgie colorectale et en chirurgie orthopédique avec des résultats plus qu'encourageants cependant très peu de données sont disponibles en ce qui concerne la chirurgie urologique.

Comment va se dérouler cette recherche ?

Cette étude observationnelle monocentrique va se dérouler sur une période de 1 an au CH de La Rochelle.

Un parcours RAC va être mis en place chez des patients bénéficiant d'une chirurgie urologique lourde de type néphrectomie ou prostatectomie au CH de La Rochelle du 01 février 2020 au 31 janvier 2021.

Pour pouvoir démontrer l'intérêt de la mise en place de cette mesure, il nous faut récolter les données de patients ayant bénéficié de ces mêmes types de chirurgie avant la mise en place de cette mesure de la période du 01 février 2019 au 31 janvier 2020.

Les données récoltées seront bien évidemment anonymes et concerneront entre autre votre âge, vos comorbidités, le type de chirurgie réalisée, le protocole anesthésique dont vous avez bénéficié ainsi que des données post-opératoires comme le moment de la reprise d'une alimentation, le nombre de jours hospitalisés ou encore la survenue ou non de complications dans le mois suivant la chirurgie.

Que vous demandera-t-on ?

Votre participation à cette étude ne nécessitera aucune intervention de votre part et ne modifiera en rien votre prise en charge médicale. Nous vous demandons uniquement de prendre connaissance de ce courrier.

Quel est l'objectif du recueil de données ?

Vos données, relevées au cours de la recherche, sont utilisées pour les besoins de la recherche. A son terme, nous souhaiterions les conserver, sauf opposition de votre part, afin d'être réutilisées pour d'autres études rétrospectives jusqu'à 15 ans après la fin de cette étude.

Quels sont vos droits ?

Un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche. A cette fin, les données médicales vous concernant *et les données relatives à vos habitudes de vie, ainsi que, dans la mesure où ces données sont nécessaires à la recherche, vos origines ethniques ou des données relatives à votre vie sexuelle*, seront transmises au responsable de traitement. Ces données seront identifiées par un code et/ou vos initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères et à d'autres entités du Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis.

Le responsable du traitement des données est le Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis, rue du Dr Schweizer, 17019 La Rochelle Cedex – tel : 05 46 45 50 50.

Lorsqu'elles seront transférées dans des pays étrangers en dehors de l'Union Européenne n'assurant pas un niveau de protection suffisant, le Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis (promoteur), veille à ce que la sécurité des données en particulier leur confidentialité, intégrité et disponibilité, soit préservée. Les destinataires internationaux de vos données ont ainsi signé des contrats visant à fournir une protection juridique aux données vous appartenant qui leur ont été transmises (appelées « *Clauses Contractuelles types* » et approuvées par la Commission Européenne). Seules des données confidentielles ou « codées » pourront être transférées.

La législation de l'Union Européenne (UE) en matière de protection des données a été mise à jour le 25 mai 2018 avec l'introduction d'un nouveau Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). En conséquence, une loi relative à la protection des données personnelles révisant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a été adaptée afin de respecter les dispositions du RGPD.

Vous avez le droit d'accéder (art.15 du RGPD), via le médecin de l'étude à toutes les données recueillies à votre sujet et, le cas échéant, de demander des rectifications (art.16 du RGPD), si vos données s'avéraient inexactes ou de les compléter si elles étaient incomplètes.

Vous avez également le droit de vous opposer (art. 21 du RGPD) à la transmission ou de demander la suppression (art.17 du RGPD) des données couvertes par le secret professionnel qui sont susceptibles d'être utilisées et traitées dans cette étude à tout moment et sans justification.

Si vous devez vous retirer de l'étude, les données recueillies avant votre retrait pourront encore être traitées avec les autres données recueillies dans le cadre de l'étude, si leur effacement compromet la réalisation des objectifs de l'étude (art.17 du RGPD). Aucune nouvelle donnée ne sera recueillie pour la base de données de l'étude.

Vous pouvez également exercer votre droit de limitation du traitement de vos données dans les situations prévues par la loi (art.18 du RGPD).

Vous avez également le droit de déposer une réclamation concernant les modalités du traitement de vos données auprès de l'autorité de surveillance chargée d'appliquer la loi relative à la protection des données, en France la CNIL.

Si vous avez des questions ou des réclamations au sujet du traitement de vos données au cours de cette étude ou si vous souhaitez obtenir une copie des *Clauses Contractuelles Types*, vous devez tout d'abord prendre contact avec le médecin de l'étude qui pourra orienter votre demande, ou si nécessaire, vers le Délégué à la Protection des Données du Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis, M. Jean-Marc PONS (dpo@ch-larochelle.fr) *ou au Responsable de la protection des données de votre centre investigateur, dont les coordonnées pourront vous être fournies par le médecin de l'étude.*

Cette étude respecte la méthodologie de référence MR004 de la CNIL, et est enregistrée sur le répertoire public de l'Institut des Données de Santé (www.indsan.fr).

Vos données seront conservées 15 ans après la fin de l'étude.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012, lorsque cette recherche sera terminée, vous serez tenus informés personnellement des résultats globaux par votre médecin dès que ceux-ci seront disponibles, si vous le souhaitez.

Lettre d'information envoyée le 19/03/20 à La Rochelle par Jimmy Ardouin,

Si vous vous opposez au recueil de vos données, nous vous demandons de bien vouloir nous en faire part, soit par mail, soit par courrier. Sans retour de votre part, nous considérerons que vous ne vous opposez pas au recueil de vos données pour cette étude.

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez,

Jimmy Ardouin
Interne en anesthésie-réanimation
Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis
1 rue du Dr Schweizer, 17019 La Rochelle
05 46 45 50 50

XII. Annexe 3 : Approbation du CERAR



COMITE ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN ANESTHESIE REANIMATION

Paris, le 9 juin 2021

Nos Réf. : IRB 00010254 - 2021-120

Monsieur le Dr Jimmy ARDOUIN

Monsieur

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) urologique lourde de type nephrectomie totale et prostatectomie radicale au CH de La Rochelle : Évaluation des pratiques professionnelles.

Cette étude, de l'avis des 3 rapporteurs qui l'ont analysée, ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1 et des Articles R.1121-1 et R.1121-2.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Cordialement

Le Responsable du Comité d'Éthique pour
la Recherche en Anesthésie-Réanimation

Dr Paul J. ZETLAOUI

XIII. Annexe 4 : Questionnaire de satisfaction



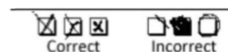
QUESTIONNAIRE DE SORTIE - MCO et PSY

DURQ-001 1104395
mai 2020

Vous avez été hospitalisé(e) au sein d'un de nos services. Dans un souci constant d'améliorer nos prestations, nous vous serions reconnaissants de remplir ce questionnaire lors de votre sortie. Vos réponses nous seront précieuses. D'avance, nous vous remercions

Votre mois de sortie :

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Janvier | ☐ Février | ☐ Mars | ☐ Avril |
| ☐ Mai | ☐ Juin | ☐ Juillet | ☐ Août |
| ☐ Septembre | ☐ Octobre | ☐ Novembre | ☐ Décembre |



Votre service d'hospitalisation :

- Votre âge :** ☐ Moins de 15 ans ☐ de 15 à 25 ans ☐ de 26 à 35 ans ☐ de 36 à 45 ans
☐ de 46 à 55 ans ☐ de 56 à 65 ans ☐ de 66 à 75 ans ☐ Plus de 75 ans

- Vous êtes :** ☐ Une femme ☐ Un homme

VOTRE SATISFACTION GENERALE

Pour commencer, pouvez-vous nous donner votre opinion générale sur votre séjour à l'hôpital :

- ☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante ☐ Peu satisfaisante ☐ Pas du tout satisfaisante

VOTRE ACCUEIL

Avez-vous pu accéder facilement au Centre Hospitalier ? ☐ Oui ☐ Non

Lors de votre arrivée, comment vous a paru la signalisation au sein de l'Hôpital :

- ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Mauvaise ☐ Très mauvaise

Quel est votre niveau de satisfaction concernant :



- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - le déroulement des formalités administratives | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - l'accueil aux urgences (si vous y êtes passé) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - l'accueil dans le service où vous êtes hospitalisé(e) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Que pensez-vous des informations contenues dans le livret d'accueil ?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Très satisfaisantes | ☐ Peu satisfaisantes | ☐ Je n'ai pas eu le livret d'accueil |
| ☐ Satisfaisantes | ☐ Pas du tout satisfaisantes | ☐ Je n'ai pas lu le livret d'accueil |

VOS CONDITIONS DE SEJOUR

Quel est votre niveau de satisfaction concernant votre CHAMBRE sur les critères suivants :



- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - le confort | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - la propreté | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - la température ambiante | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - le calme | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - l'aménagement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

L'heure des REPAS vous a-t-elle convenu ?

Correcte Trop tôt Trop tard

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - pour le petit déjeuner | ☐ | ☐ | ☐ |
| - pour le déjeuner | ☐ | ☐ | ☐ |
| - pour le dîner | ☐ | ☐ | ☐ |



Concernant les REPAS, que pensez-vous de :

	Très satisfait 	Satisfait 	Peu satisfait 	Pas du tout satisfait 
- la variété des plats proposés	☐	☐	☐	☐
- la température des plats	☐	☐	☐	☐
- la quantité	☐	☐	☐	☐
- la qualité gustative	☐	☐	☐	☐

VOTRE PRISE EN CHARGE MEDICO-SOIGNANTE

Quel est votre niveau de satisfaction concernant :

				
- l'identification du personnel (fonction, présentation)	☐	☐	☐	☐
- l'écoute des médecins à votre égard	☐	☐	☐	☐
- l'écoute des infirmiers et autres professionnels	☐	☐	☐	☐
- les informations délivrées sur votre état de santé	☐	☐	☐	☐
- les informations sur la nature des soins et examens réalisés	☐	☐	☐	☐
- la compréhension des informations délivrées	☐	☐	☐	☐
- le respect de la confidentialité lors de votre prise en charge	☐	☐	☐	☐
- le respect de votre intimité durant les soins et les toilettes	☐	☐	☐	☐
- la qualité de la prise en charge	☐	☐	☐	☐

Estimez-vous avoir participé aux décisions concernant votre prise en charge : ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez ressenti des DOULEURS au cours de votre hospitalisation, le soulagement de cette douleur a été :

☐ Très satisfaisant ☐ Satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas du tout satisfaisant
☐ Non concerné

VOTRE SORTIE

Quel est votre niveau de satisfaction sur :

				
- l'organisation de votre sortie (annonce de la date de votre sortie, formalités administratives, transport...)	☐	☐	☐	☐
- les informations délivrées pour votre sortie (conseils, médicaments à prendre, activités possibles ou non...)	☐	☐	☐	☐

Avez-vous des commentaires ou des suggestions à nous adresser ?

Nous vous remercions pour le temps consacré au remplissage de ce questionnaire. Il est à remettre au personnel du service, ou à déposer dans la boîte prévue à cet effet située dans le hall d'entrée. Vous pouvez également le retourner par courrier à : Monsieur le Directeur du Groupe Hospitalier Rue du Docteur Schweitzer 17019 La Rochelle Cedex.



XIV. Serment d'Hippocrate



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

