

**LA RÉCUPÉRATION  
AMÉLIORÉE  
APRÈS CHIRURGIE,  
UN NOUVEAU  
MODÈLE DE  
PRISE EN CHARGE  
DES PATIENTS.**



**BYPROXICARE**  
contribution sur l'innovation en santé

# “ IL FAUT CHANGER DE MODÈLE ! ”

Dans le domaine de la santé, cette affirmation s'impose chaque jour un peu plus, en particulier si l'on évoque la question de la prise en charge des patients, tant dans le secteur hospitalier que dans le domaine ambulatoire.

Depuis quelques années, la chirurgie a su s'appuyer sur les progrès scientifiques et techniques pour s'adapter à l'évolution des attentes en matière de prise en charge et aux contraintes tarifaires imposées par l'hôpital. Elle a imaginé d'autres approches dans la conduite de ses interventions. Elle a su anticiper le "virage ambulatoire" voulu par la Stratégie nationale de santé et la récente loi de modernisation de notre système de santé.

Parallèlement au développement de pratiques chirurgicales innovantes, il a fallu **inscrire la séquence chirurgicale dans le parcours de soins du patient pour éviter que son hospitalisation soit un moment de rupture**. Pour éviter également qu'il ne revienne à l'hôpital. Et c'est sans doute sur cette question essentielle pour la réussite du "virage ambulatoire" souhaitée par les autorités de santé, que la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) peut s'imposer comme l'un des nouveaux modèles possibles et pertinents dans le contexte français.

**La Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) est une nouvelle approche pluriprofessionnelle de la prise en charge du patient.** Sa finalité est de lui permettre de recouvrer rapidement son autonomie après une chirurgie. Le concept s'applique à toutes les phases d'une intervention chirurgicale (avant, pendant et après l'opération) et implique une véritable transformation des protocoles médicaux et de l'organisation du parcours de soins adaptée à chaque type d'intervention.

**Les quelques pages qui suivent proposent à nos lecteurs de les éclairer sur cette nouvelle approche qui vise à combiner efficience dans l'organisation des soins, meilleure prise en charge des patients et maîtrise des dépenses.** Mis en œuvre dans quelques pays européens, ce modèle entend transformer profondément les pratiques médicales et paramédicales, les relations interprofessionnelles ainsi que la place du patient.

La présente note de synthèse s'attache à présenter ce qu'est la Récupération Améliorée Après Chirurgie, les bénéfices pour les patients puis les perspectives de développement.

## PARTIE 1

# UNE DÉMARCHE D'INTÉRÊT MÉDICAL ET ÉCONOMIQUE

## Origines et inspirations internationales.



La première application du concept de RAAC s'est traduite par la création du mouvement européen ERAS Society en 2010, fruit de 10 années de rencontres entre professionnels de santé. Il regroupe des centres experts agréés qui labellisent les hôpitaux selon des normes établies pour la mise en place de protocoles RAAC. Des programmes ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) se sont développés dans plusieurs pays, en réponse à des enjeux d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et en faveur d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

**Ces programmes proposent une transformation profonde des pratiques médicales et paramédicales, des relations interprofessionnelles et des relations avec le patient. Ils reposent généralement sur des modalités de financement dédiées.**

**EN ANGLETERRE**, le Department of Health (NHS) a conduit un programme de développement de la RAAC autour d'un objectif simple : placer le patient comme partenaire de son parcours, grâce au partage et à l'information sur la décision médicale. Le programme vise également à minimiser le stress physique pendant la chirurgie afin de favoriser une sortie d'hôpital plus rapide. Les résultats sont positifs : le NHS déclare une satisfaction des patients améliorée, une motivation des équipes de soin renforcée et une amélioration de l'efficacité par la réduction des durées de séjour (pour la pose de prothèses au Hillington Hospital Trust par exemple, 25% des patients rentrent sous 3 jours après l'opération) (1). Désormais considérée comme un standard par le système de santé publique anglais, la RAAC « bénéficie d'une tarification spéciale, destinée à la promouvoir » (2).

**EN SUISSE**, le programme des établissements des cantons du Valais et de Vaud réaffirme l'implication et la responsabilisation du patient dans son parcours par le suivi de sa progression quotidienne. Le programme s'appuie sur une réorganisation du parcours de soins, intégrant notamment de nombreux entretiens entre le patient et différents spécialistes, pour limiter les complications et réduire la durée de séjour. A ce jour, une dizaine d'établissements sont certifiés (3).

**LA SUÈDE** reste un exemple dans son développement de la RAAC, fondé sur un modèle économique dédié consistant en la mise en place d'un forfait par épisode de soins<sup>1</sup> destiné à inciter une meilleure coordination du parcours des patients et la pertinence des soins. Ainsi le programme « Orthochoice », propose un paiement forfaitaire pour la pose de prothèses de genou et de hanche comprenant les soins péri-hospitaliers, le séjour chirurgical, la prothèse, la rééducation, les soins liés aux complications survenant dans les 2 ans, et une rémunération à la performance basée sur des indicateurs de qualité des soins.

**Ces exemples internationaux témoignent de la mise en place d'un modèle d'organisation des soins spécifique, résolulement centré sur le parcours du patient et caractérisé par des résultats prometteurs en termes d'efficacité et de qualité des soins.**

### ORTHOCHOICE : SON ÉVALUATION À 5 ANS, CONDUITE SUR 12 500 PATIENTS, PRÉSENTE DES RÉSULTATS SPECTACULAIRES :

- Des gains de productivité de 16% par la réduction de la durée des hospitalisations,
- Une réduction de 18% des cas de complications,
- Une réduction de 23% du taux de réintervention (4).

<sup>1</sup> Le forfait à l'épisode de soins consiste à payer sous la forme d'un forfait global unique l'ensemble des interventions nécessaires à la réalisation d'un épisode de soins préalablement défini au lieu de payer individuellement les intervenants concernés.

# Un modèle pertinent dans le contexte Français.

La RAAC se développe progressivement en France, de plus en plus investie par les établissements de santé et les institutions à la faveur de ses atouts à la fois médicaux et économiques. En France comme à l'étranger, le modèle est d'abord lié à une évolution des techniques chirurgicales, permettant des opérations plus rapides et moins invasives puis à la transformation des protocoles et de l'organisation des parcours.

Le modèle de la RAAC s'inscrit en cohérence avec le contexte plus large de transformation du système de santé en apportant des réponses à certains enjeux médico-économiques, d'évolution des modes de prise en charge et aux attentes des usagers.

## - enjeux - MÉDICO-ÉCONOMIQUES

Maitrise des dépenses de santé  
Développement de l'ambulatoire  
Amélioration de la pertinence des soins

## - enjeux - USAGERS

Positionnement du patient au cœur du processus de soins  
Mise en place d'un suivi personnalisé

## LA RAAC EN FRANCE

## - enjeux - D'ÉVOLUTION DES MODES DE PRISE EN CHARGE

Coordination des étapes du parcours de soins  
Logique de prise en charge intégrée, impliquant les acteurs de l'hôpital de la ville et du domicile

### LA RAAC AU CŒUR DES RÉFLEXIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT D'UN FINANCEMENT « À L'ÉPISODE DE SOINS »

L'évaluation de la RAAC conduite par la CNAMTS en collaboration avec l'association GRACE sur 30 services met en évidence des impacts économiques significatifs :

12%

de réduction de la durée des séjours, toutes spécialités confondues

Jusque 2%

de réduction du taux de recours aux soins de suite

13%

de réduction de la consommation de médicaments

La RAAC induit une économie potentielle évaluée à 600€ par séjour d'hospitalisation (liée à la réduction de la durée de séjour). Cette économie peut être en partie transformée en réduction des dépenses pour l'assurance maladie, et en partie réallouée à la structuration de la RAAC dans les services et au financement des nouveaux besoins d'accompagnement générés avant et après l'intervention. L'Assurance Maladie souligne l'intérêt d'envoyer un signal incitatif clair aux établissements en faveur du développement de la RAAC en France.

# Une innovation soutenue par les institutions françaises.

Dès juillet 2014, la Haute Autorité de Santé souligne un intérêt croissant des acteurs de la santé pour la démarche RAAC (5). La HAS analyse les perspectives de son développement en France, tant sur le plan **médico-économique** (potentielle diminution des complications postopératoires et des durées de séjour) qu'en termes d'**amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour le patient**.

Les **sociétés savantes**, notamment la **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)** et le **Groupe Francophone Interdisciplinaire de Réhabilitation Améliorée en Chirurgie (GRACE\*)**, créé en 2014, ont dès lors contribué à la promotion de ces programmes et à leur déploiement via l'information, la production d'études et de recommandations, le retour d'expérience et la mise à disposition d'outils destinés aux services hospitaliers.

En 2016, l'Assurance Maladie renforce cette dynamique et propose d'expérimenter le versement d'un forfait à l'épisode de soin pour la récupération rapide en chirurgie orthopédique (inspiré du modèle suédois « Orthochoice »). Cette initiative souligne **une volonté d'engager les professionnels à transformer les parcours de soins et la recherche d'un modèle économique incitatif**, essentielle pour conduire le changement au sein des organisations de santé et envisager une généralisation de ces pratiques innovantes.

## \* L'ASSOCIATION GRACE

*GRACE regroupe des professionnels de santé de plusieurs disciplines, engagés pour les programmes de réhabilitation après chirurgie. L'association met à la disposition des établissements de santé une veille scientifique, des protocoles validés, des outils d'audit pour évaluer et soutenir la mise en place de la RAAC, et délivre un label. GRACE a labellisé à ce jour une centaine de centres de référence en France.*

Ces constats et l'étude de modèles pertinents observés à l'étranger tels que Orthochoice (Suède) ont amené des propositions d'évolution des modalités de financement dans une logique de partage de gains entre le financeur et l'offreur de soins. La CNAMTS propose dès 2017 l'expérimentation d'une rémunération des établissements pratiquant la RAAC par un forfait au parcours pour les chirurgies du genou et de la hanche.

Dans ses propositions pour 2018, la CNAMTS modélise et précise le périmètre de ce forfait qui pourrait se substituer aux modalités de paiement habituelles :

- **Dépenses hospitalières** (séjour, consultations externes, honoraires médicaux),
- **Modulation à la performance des services** en termes de qualité des soins, notamment liée aux taux de complications et aux taux de reprise, ajustée sur le risque,
- **Dépenses de ville pré et post-hospitalisation** (examens et consultations préopératoires, soins consécutifs à l'hospitalisation).

**La volonté d'inciter les établissements à développer des démarches de type RAAC alimente la recherche d'un nouveau modèle de financement intégré, caractérisé par une incitation forte et novatrice à la qualité et à la coordination des soins.**

# LES BÉNÉFICES DE LA RAAC POUR LE PATIENT

## Un programme de soins global, fondé sur des preuves scientifiques et sur la participation du patient.

La Récupération Améliorée Après Chirurgie repose sur 4 principes clefs :

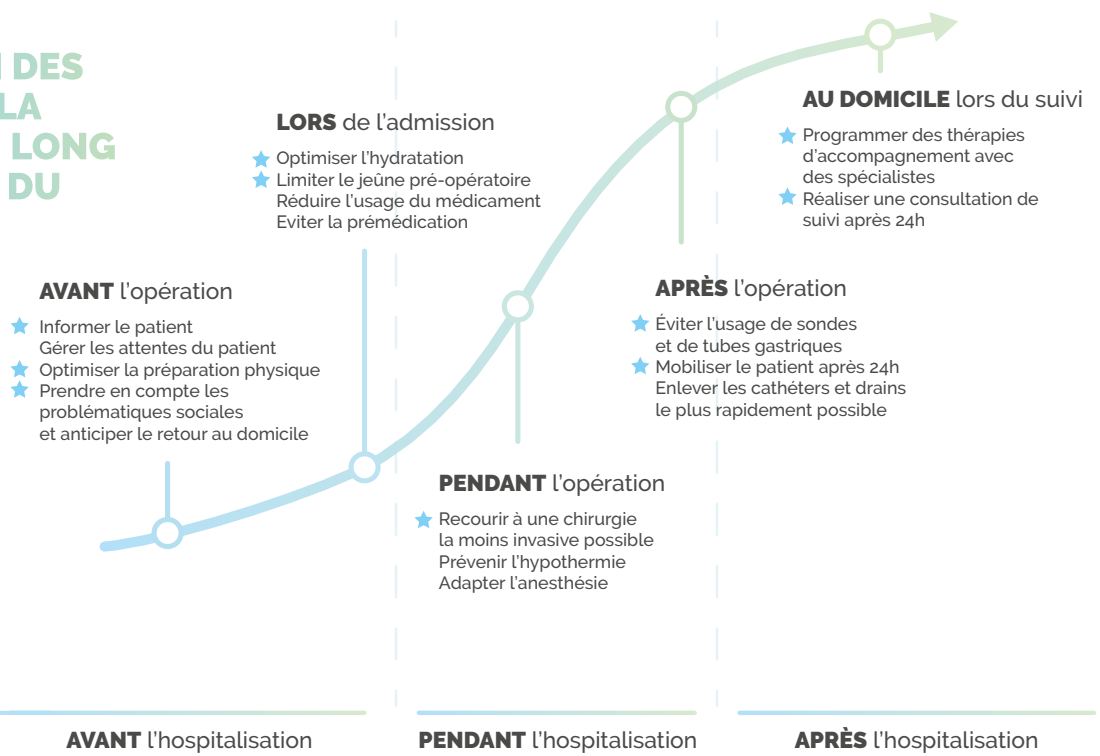
- La préparation et l'engagement du patient dans sa réhabilitation, dès la programmation de l'intervention,
- La réduction au maximum des impacts du traumatisme chirurgical (douleur, stress physique et psychologique liés à l'intervention),
- L'autonomisation du patient dès le jour de son intervention,
- L'anticipation de l'organisation des soins et du retour au domicile.

Sa mise en œuvre implique une refonte du processus de prise en charge et une organisation spécifique des soins centrée sur le patient, tout au long de son parcours.

L'évolution des protocoles est fondée sur des preuves scientifiques et des remontées d'expérience (6). Un programme de RAAC peut intégrer jusqu'à 20 paramètres adaptés en fonction de la pathologie, des pratiques de l'équipe soignante et des caractéristiques du patient.

Les travaux de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) sur la chirurgie colorectale (7) et ceux du NHS (1) nous permettent d'illustrer quelques exemples de méthodes ou techniques employées ayant un effet démontré sur la qualité de récupération après une intervention (liste non exhaustive).

### ILLUSTRATION DES PRINCIPES DE LA RAAC TOUT AU LONG DU PARCOURS DU PATIENT



## AVANT l'hospitalisation

La **préparation du patient à sa chirurgie** constitue l'un des principes essentiels de la RAAC : des patients mieux informés contribuent à la réussite du programme. Les informations et les conseils délivrés au patient interviennent dès la programmation de l'intervention.

De nombreuses modalités peuvent être proposées au patient pour approfondir sa préparation préopératoire, telles que des outils d'information et de recommandations dédiés (Consignes préopératoires, questionnaires et check-lists), des entretiens individuels ou en groupe, etc.

*« Lors de la première consultation, le chirurgien présente au patient les bénéfices du programme, son déroulement, il l'informe de toutes les étapes en insistant sur son rôle, et sur le fait que la démarche lui permettra de récupérer de manière efficace. Il y a un vrai travail d'information,*

*par le chirurgien et par l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux »*  
Dr Christophe Rabuel, Anesthésiste.

La **préparation physique de l'opéré permet d'améliorer sa résistance et la qualité de sa récupération**. Il s'agit d'évaluer et réguler avec le patient son taux d'anémie, son diabète ou son hypertension. En effet, il est montré qu'une anémie, même faible, peut entraîner le besoin d'une transfusion après l'intervention, réduisant alors les chances pour le patient de récupérer rapidement. Pour certains types d'intervention, la préparation physique peut consister en un exercice physique adapté préalable qui favorise la récupération des fonctions motrices, grâce à un renforcement musculaire.

L'**évaluation des besoins d'accompagnement et de l'environnement du patient** au moment de la préparation de l'intervention

permet d'anticiper les conditions de sa sortie et d'éviter d'allonger l'hospitalisation. Par exemple, l'organisation du logement, de l'aide d'un proche ou de professionnels de santé sont essentielles pour faciliter un retour à domicile.

Au moment de l'admission, la **limitation du jeûne préopératoire et l'hydratation du patient** ont un rôle important au sein des protocoles RAAC. Ainsi, la littérature scientifique sur la chirurgie colorectale montre que le patient peut consommer des liquides jusqu'à 2h avant l'intervention : une meilleure hydratation influe sur l'amélioration du confort après l'opération. Les études montrent également qu'un jeûne prolongé n'est pas nécessaire et recommandent d'autoriser le patient à manger jusqu'à 4 à 6h avant l'opération.

## PENDANT l'hospitalisation

Au moment de l'opération, les techniques utilisées sont adaptées pour limiter la douleur, réduire le risque de complications et favoriser une autonomie rapide :

La « voie d'abord<sup>2</sup> » choisie par le chirurgien a un impact sur la récupération du patient. Les protocoles RAAC favorisent l'usage des techniques chirurgicales micro-invasives qui permettent d'opérer sans réaliser de larges incisions sur la peau et réduisent le temps de cicatrisation ainsi que les risques d'infection et la douleur associés.

La SFAR recommande par exemple une laparoscopie pour la chirurgie colorectale, consistant à visualiser l'intérieur

de l'abdomen à l'aide d'un mini-télescope. Cette technique permet d'éviter l'arrêt ou le ralentissement du transit intestinal et favorise une durée d'hospitalisation plus réduite.

Une **prise en charge optimisée de la douleur permet au patient de reprendre plus rapidement des activités normales et de gagner en autonomie**. Cependant certains traitements antidouleur entraînent des difficultés de récupération. En fonction de la nature de l'intervention, la RAAC favorise les alternatives à la morphine, la combinaison de plusieurs molécules ou encore les techniques d'analgésie locorégionales afin de réduire les doses

administrées, de réduire les effets secondaires et de contrôler la douleur tout en favorisant un meilleur rétablissement.

Dans les suites de l'intervention, des actions d'autonomisation du patient appliquées dans les 24h après l'intervention contribuent à diminuer les complications et la durée d'hospitalisation. La SFAR recommande par exemple, pour une chirurgie colorectale :

**Le retrait rapide des sondes nasogastriques,**

**Le lever précoce du patient,** qui contribue à réduire les complications en préservant une certaine forme musculaire,

**La reprise rapide d'une alimentation orale.**

## APRÈS l'hospitalisation

Un suivi est proposé au patient après la sortie. Celui-ci peut prendre différentes formes :

La **programmation de thérapies d'accompagnement à domicile ou de séances d'éducation thérapeutique avec des spécialistes** (tels que des diététiciens, kinésithérapeutes...etc) permet au patient d'avoir un accompagnement personnalisé après l'hospitalisation ce qui favorise la qualité du rétablissement.

La **consultation par téléphone 24h après la sortie et la mise à disposition d'une permanence téléphonique** permettent au professionnel de santé et au patient de faire le bilan de la récupération après l'opération, d'anticiper et de gérer les complications éventuelles. L'information et l'implication du patient contribuent à la qualité de ce suivi.

*« Le patient a toujours une personne vers qui se tourner au moindre symptôme anormal. Il est au courant de la démarche à suivre dès qu'il y a une anomalie. Cela lui est expliqué dès la consultation. Il est alors capable de réagir en s'adressant aux bons interlocuteurs ».* Dr Christophe Rabuel, Anesthésiste.

<sup>2</sup> La « voie d'abord » est la voie utilisée par le praticien pour accéder à un organe ou à une région anatomique donnée. Elle dépend du type d'intervention, de la nature de l'organe, de l'importance de la lésion traitée et du choix du chirurgien.



# Des effets positifs sur la santé et la qualité de vie

Dans une revue de littérature publiée en 2016 (8), la HAS souligne un approfondissement des recherches réalisées sur les impacts de la RAAC sur la santé des patients. La mise en œuvre de ce programme de soins global a-t-il un réel effet pour le patient par rapport à un parcours « traditionnel » ? Des bénéfices significatifs sont mis en évidence :

**La réduction de la durée du séjour hospitalier** sans augmentation de la fréquence de ré-hospitalisation, ni des taux de complications et de mortalité, donc sans perte de chance pour le patient.

**La réduction des complications** chez les patients bénéficiaires, pour tout type de chirurgie.

**Plusieurs facteurs favoriseraient cet effet :**

- L'application de techniques limitant les complications, scientifiquement prouvées,
- Une moindre exposition aux risques d'infections nosocomiales (par une réduction du temps passé à l'hôpital),
- Un suivi pré et post-opératoire renforcé favorable à une détection et une prise en charge plus précoces et plus efficaces des complications.

- Une baisse de la mortalité<sup>9</sup>,
- Une récupération plus rapide des fonctions motrices « sortie du lit » et des fonctions gastro-intestinales.

Les résultats publiés sont variables en fonction de la spécialité et des paramètres appliqués.

En plus des effets sur la santé du patient, les pratiques de la RAAC permettent d'importantes améliorations de la qualité de vie lors d'un épisode d'hospitalisation. En effet, une meilleure récupération et moins de complications permettent avant tout un retour plus rapide et plus sécurisé à domicile, et facilitent la reprise des activités sociales et professionnelles.

## Une transformation de l'expérience du patient

Les protocoles RAAC répondent à une problématique majeure pour les patients hospitalisés en visant **une réduction du stress (tant physique que psychologique) avant, pendant et après l'intervention.**

Cette démarche amène les professionnels à transformer le vécu global du patient lors d'une hospitalisation et s'inscrit dans des tendances fortes de personnalisation des soins, de coordination ville-hôpital et de prise en compte de l'expérience patient dans les organisations de soins.

L'organisation du parcours dès la phase préopératoire concourt à mieux traiter l'angoisse ressentie par le patient, qui représente un enjeu important de satisfaction. Une étude conduite par BVA & Itelis auprès de 1 400 français hospitalisés souligne ainsi le lien entre le niveau d'angoisse ressentie avant, pendant et après l'intervention et le niveau de satisfaction exprimé. Seuls 19% des patients angoissés avant une intervention ont déclaré une très bonne prise en charge du stress par l'établissement (8).

L'accompagnement péri-hospitalier induit par la RAAC permet une amélioration de l'organisation de la sortie et des soins post-opératoires. Or, la campagne e-satis 2016 (HAS) rapporte que 23% des patients sont insatisfaits de l'organisation de leur sortie et de la coordination avec le suivi en ville (9).

**Au cœur du dispositif, la participation active du patient à sa prise en charge contribue à lui donner un rôle nouveau. Elle instaure une véritable relation de partenariat avec les professionnels de santé** marquée par un engagement réciproque, conceptualisée par le NHS sous la forme d'un « contrat de soins ». Bien que les impacts de l'association et de la responsabilisation du patient tout au long du parcours soient peu évalués dans la littérature, les professionnels reconnaissent une contribution importante de ces approches aux effets positifs obtenus sur la santé et sur la récupération du patient.

La RAAC suppose une volonté d'association forte du patient, comme un partenaire. Le patient arrive à l'hôpital dans un milieu connu : il a été informé du parcours, il connaît les locaux, les modalités de sa prise en charge et aussi son rôle dans cette prise en charge. Il a une compréhension de tout ce qui se passe et il est actif, ce qui le place finalement dans **une position beaucoup plus « combative » et participative.** La RAAC, c'est aussi parler au patient d'autre chose : sa nutrition, sa préparation physique... Ces éléments ont des effets psychologiques et cognitifs importants. Ce sont très certainement des facteurs de succès pour sa santé, et son niveau de satisfaction grâce à la possibilité de **participer aux décisions et d'en être informé.**

Pr Dominique FLETCHER, anesthésiste.

Ainsi d'après une enquête conduite par l'Institut de l'Expérience Patient auprès de professionnels hospitaliers, la coordination des interventions autour du patient et la communication avec le personnel soignant ont le plus fort impact sur la qualité de l'expérience du patient, avec une incidence positive sur son état de santé (10).



## PATIENT



**Diminution des complications** liées au stress du geste chirurgical



**Augmentation de la capacité de récupération**, retour rapide à ses capacités fonctionnelles



**Information renforcée**  
meilleure implication et compréhension par le patient de son parcours



**Amélioration du confort**  
douleurs et nausées mieux maîtrisées, meilleure organisation de la sortie



**Diminution de la durée d'hospitalisation**, retour à domicile rapide, moindre exposition aux infections nosocomiales



Bénéfices pour la santé du patient



Bénéfices pour la qualité de vie du patient

## L'expérience patient

L'expérience patient est définie comme « **l'ensemble des interactions d'une organisation de santé avec un patient et ses proches susceptibles d'influencer leur perception tout au long du parcours de santé** ».

Ce concept, proche de celui « d'expérience client », fait référence à un ensemble de référentiels publiés à l'international (en particulier les travaux du Beryl Institute, de Michael E. Porter et de l'International Consortium for Health Outcomes Measurement - ICHOM) visant à qualifier et à mesurer de manière objective la valeur du service rendu par les organisations de santé, et à l'améliorer. Les techniques associées intègrent et vont au-delà des sondages de satisfaction habituels ; elles visent à réutiliser la description de situations de vie des patients à chaque étape de leur parcours de soins pour améliorer les conditions et la qualité de prise en charge.

# LES PERSPECTIVES DU DÉVELOPPEMENT DE LA RAAC EN FRANCE

## Un important potentiel

La RAAC s'est développée dans les années 90 autour de la chirurgie digestive et colorectale. Son périmètre s'est depuis considérablement étendu avec le développement de protocoles et de recommandations adaptés à différentes spécialités (6) : **la chirurgie digestive, l'urologie, la chirurgie cardiovasculaire et thoracique, la chirurgie du rachis, la chirurgie orthopédique et la chirurgie gynécologique**. A la différence de l'ambulatoire, la démarche de la RAAC peut s'appliquer à des chirurgies majeures<sup>4</sup>.

Mais au-delà de son application à de nombreuses pathologies et interventions, le potentiel de la RAAC résiderait également en l'absence de contre-indication (11) : les pratiques de la RAAC pourraient être appliquées à **tous les profils de patients**.

*« Toutes les personnes peuvent être concernées par la RAAC, et même les patients complexes : si le patient a des comorbidités<sup>5</sup>, il bénéficie d'autant plus des effets de ces programmes. En gériatrie par exemple, la mobilisation des patients (principe clef de la RAAC) est essentielle pour l'amélioration de leurs fonctions et de leur autonomie »* Pr Dominique FLETCHER, anesthésiste.

Cette particularité en fait un fort atout, notamment pour les personnes âgées qui concentrent une part importante de l'activité hospitalière et sont particulièrement exposées aux risques de ré-hospitalisation et de perte d'autonomie.

*La RAAC bénéficie d'une conjoncture favorable qui contribue à son développement. D'une part, il y a un réel intérêt médical pour ces pratiques, et les résultats obtenus sont très positifs, d'autre part il s'agit d'une nouveauté qui s'inscrit dans la dynamique actuelle de structuration de parcours de soins. Enfin il y a un intérêt économique en termes de réduction des durées de séjour.*

Pr Dominique FLETCHER, anesthésiste.

## Un déploiement en voie de progression

Malgré son potentiel important **le développement de la RAAC est encore discret en France**. La HAS évaluait en 2016 à une centaine le nombre d'équipes et de services impliqués, au sein des secteurs public et privé. L'intérêt des acteurs et la progression de ces pratiques se manifestent cependant par une communication croissante sur la démarche par l'association GRACE et au sein de plusieurs groupes hospitaliers, à titre d'exemple :

- **Le groupe CAPIO**, acteur du secteur privé, a orienté une part importante de sa stratégie médicale et de son offre de soin en chirurgie autour de la RAAC. CAPIO recensait, en 2015, 133 643 patients bénéficiaires ainsi que 22 de ses établissements et 1200 médecins libéraux impliqués dans le développement de la RAAC.
- **L'AP-HP**, groupe hospitalier public, a nommé des référents et a procédé à la création d'un MOOC dédié à la RAAC en collaboration avec l'université Paris-Descartes et avec le soutien d'acteurs institutionnels tels que l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (ANAP) et l'Assurance Maladie<sup>6</sup>.

Le déploiement de la RAAC constitue **un changement organisationnel et culturel important au sein des services hospitaliers** : il nécessite en effet de transformer des pratiques fortement ancrées de la prise en charge chirurgicale conventionnelle, d'impliquer le patient via des temps et outils dédiés, et de transformer l'ensemble du parcours. L'implication et la coordination d'une équipe pluridisciplinaire intégrant des intervenants de la ville et de l'hôpital sont indispensables pour conduire ce changement.

<sup>4</sup> Chirurgies majeures : chirurgie colorectale, gastrique, hépatique, prothèse hanche et genou, thoracique, rénale, gynécologique carcinologique, etc. Pr Slim, Président de GRACE. Portail Prévention Sham

<sup>5</sup> « Une comorbidité correspond à la présence d'une ou plusieurs maladies en plus d'une première maladie chronique » (Bousquet et al., 2014).

<sup>6</sup> <http://www.upns.fr/mooc2/mooc-raac.php>

**Pour généraliser la RAAC, les structures de soins et les institutions devront donc relever de nombreux défis** : la formation des professionnels, la conduite du changement au sein des services, et enfin la mise en place d'une réelle coordination des soins intégrant la ville et l'hôpital, alors que ce point demeure l'un des principaux freins au développement de la RAAC relevé par les professionnels.

Pour les y aider, la diffusion des pratiques associées à la RAAC et leur généralisation est relayée par les **Agences Régionales de Santé (ARS) et par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de santé et médico-sociaux (ANAP)**, engagées dans l'accompagnement des établissements de santé et le partage des pratiques. On note en particulier deux projets portés par des ARS et fondés sur un « compagnonnage » entre des centres de référence et des services candidats au développement de protocoles RAAC : en région Rhône-Alpes (lancement en 2014, 38 établissements impliqués) (12) et en Ile-de-France (lancement en 2017, 43 établissements impliqués) (13). L'ANAP conduit actuellement une analyse des innovations organisationnelles apportées par la démarche qui doit permettre d'appuyer une généralisation.

## Des atouts à mieux valoriser ?

Au regard des bénéfices obtenus, la RAAC apparaît comme **un modèle inspirant pour la mise en place de parcours patient coordonnés, orientés sur la qualité des soins et sur la qualité de l'expérience patient**. Le concept présente de forts atouts pour améliorer à la fois l'efficacité et la qualité du service rendu aux usagers du système de soins.

Cependant, on constate que ces pratiques restent encore peu connues du public et qu'elles mériteraient certainement d'être vulgarisées pour être bien comprises et valorisées par les patients.

Les bénéfices de la RAAC sont essentiellement abordés d'un point de vue médical par la communauté scientifique, économique ou organisationnel. Qu'en est-il du point de vue du patient pris en charge et de son entourage ? La mesure des impacts de la RAAC sur la qualité de vie et le vécu du patient est généralement limitée à la mesure de taux de satisfaction auprès des bénéficiaires. Les professionnels interrogés s'accordent d'ailleurs sur un défaut d'évaluation des effets psychologiques et cognitifs dans les démarches d'audit et de recherche actuelles. La mesure et la valorisation de ces aspects pourraient contribuer à faire connaître la démarche auprès des usagers et à renforcer la prise en compte de l'expérience patient dans les organisations de soins, encore peu abordée en France.

## Conclusion

Comme toute innovation, la RAAC ne pourra s'imposer et se développer durablement que dans la mesure où elle correspond aux **besoins réels des patients**, répond aux **attentes des professionnels de santé** et constitue une réelle avancée dans la prise en charge des malades. Elle a déjà fait ses preuves en France, dans un certain nombre de spécialités de chirurgie. Elle a également démontré qu'elle peut utilement s'appliquer à tous les profils de patients, en particulier les personnes âgées exposées à la perte d'autonomie et à des risques de ré-hospitalisation. « *À terme, elle devrait être applicable à tous les patients et à toutes les spécialités* », explique la Haute Autorité de Santé (HAS), pour qui « *le patient a un rôle actif dans cette approche* ».

La condition de son déploiement passe également par un soutien fort des institutions sanitaires comme des autorités en charge de la santé. La HAS s'est clairement exprimée à son sujet et y voit une avancée médicale certaine qui traduit clairement une démarche d'amélioration de la qualité : « *La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes* », note encore la Haute Autorité (5). « *Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluriprofessionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipes hospitalières et de ville* ».

La RAAC, qui est une démarche projet, doit aussi pouvoir s'appuyer en aval sur une coordination efficace des professionnels de santé, en particulier à la sortie des patients de l'établissement hospitalier. Son articulation avec le Programme d'Accompagnement de Retour à Domicile (PRADO),

déployé par la CNAMTS depuis 2011 pour l'orthopédie et désormais élargi à la majorité des disciplines chirurgicales paraît à ce titre particulièrement pertinente. C'est tout l'enjeu de la coopération entre la ville et l'hôpital, qui impose aux acteurs de ces deux secteurs de reconsidérer leurs relations de travail en vue d'un parcours de soins coordonné où la qualité des soins doit constituer une préoccupation majeure.

Le « virage ambulatoire » amorcé à l'hôpital doit donc également être accompagné d'un autre virage dans le secteur des soins ambulatoires. « *Il existe un consensus sur le constat et les orientations* », a récemment expliqué le directeur de la CNAMTS, Nicolas Revel<sup>7</sup>. « *Nous devons aller vers une organisation plus collective, c'est à dire moins cloisonnée et moins atomisée. Le virage ambulatoire s'est surtout fait à l'hôpital avec un développement nécessaire de la chirurgie ambulatoire. Il faut désormais opérer le virage de la prise en charge à domicile des patients. Ce dernier suppose les mêmes efforts d'organisation des soins de ville* ». L'hôpital et la ville, les professionnels de santé des deux secteurs clés de notre système de santé, sont désormais invités à **engager de nouvelles coopérations** et à briser certains cloisonnements. Car le parcours de soins du patient ne saurait s'arrêter à la porte de l'un ou l'autre de ces secteurs. La RAAC illustre à cet égard la nécessité de mettre en place de nouvelles passerelles. **Elle pourrait à ce titre constituer l'un des leviers des évolutions dans la prise en charge des patients de demain.**

# À propos de Proxicare

Basé à Paris, Proxicare est une société de conseil dédiée à l'innovation en santé et au numérique. Proxicare vous offre une combinaison rare de compétences alliant conseil en stratégie, expertise dans le domaine de la santé et de la transformation du système de santé, accompagnement à la mise en œuvre opérationnelle et au déploiement de projets d'innovation et de développement. La richesse des profils parmi nos consultants nous permet d'intervenir dans plusieurs secteurs d'activité dynamiques et porteurs : Assurance santé, Services de santé, Offres de soins, Industriels de la santé et fabricants de Dispositifs Médicaux, Acteurs publics, Gestionnaires de flux et données de santé. L'expertise et la flexibilité de ses équipes font de Proxicare un partenaire idéal, expérimenté et digne de confiance.

## Proxicare

3 avenue Bugeaud - 75016 Paris  
01 56 68 11 25  
contact@proxicare.fr



Véronique Lacam-Denöel

veronique.lacam@proxicare.fr

Marion Pinilo

marionpinilo@proxicare.fr



## Remerciements

Les contenus de la présente note sont issus d'une étude bibliographique réalisée par l'équipe Proxicare et complétée par deux interviews de professionnels de santé hospitaliers, impliqués dans la recherche et le développement de la Récupération Améliorée Après Chirurgie.

Nous remercions chaleureusement le **Pr. Dominique Fletcher**, chef de service d'anesthésie-réanimation à l'Hôpital Universitaire Paris IDF site Raymond Poincaré (AP-HP) et le **Dr. Christophe Rabuel**, anesthésiste, réanimateur, Hôpital Universitaire Saint-Louis, site Lariboisière (AP-HP) pour leur retour d'expérience et leur point de vue de praticiens sur les bénéfices apportés par la Récupération Améliorée Après Chirurgie au patient et les perspectives de développement de ces pratiques.

## Bibliographie

- 1 NHS. Delivering enhanced recovery helping patients to get better sooner after surgery. 2010.
- 2 Le Temps. Plus rapide, moins chère : voici la chirurgie "fast track". 2014.
- 3 Hôpital du Valais. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) - Présentation du programme de l'Hôpital du Valais. 2015.
- 4 Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - propositions de l'assurance maladie. Rapports de 2016 et 2017.
- 5 Haute Autorité de Santé. Programme de réhabilitation rapide en chirurgie : état des lieux et perspectives. Note de cadrage. Juillet 2014.
- 6 Haute Autorité de Santé. Programme de la Récupération Améliorée Après Chirurgie : état des lieux et perspectives. Rapport d'orientation et annexe. Juin 2016.
- 7 P. Alfonsi, K. Slim, M. Chauvin, P. Mariani, J-L Faucheron, D. Fletcher, SFAR, SFCD. Réhabilitation rapide après une chirurgie colorectale programmée - Guidelines for enhance recovery after elective colorectal surgery. 2014.
- 8 BVA/Itelis. Enquête Hospitalisation programmée : l'expérience des patients. Juin 2016.
- 9 Haute Autorité de Santé. Dispositif National E-Satis - mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en médecine, chirurgie, obstétrique. Décembre 2016.
- 10 Institut de l'Expérience Patient. www.experiencepatient.fr - En ligne.
- 11 Karen Slim, GRACE. La Réhabilitation améliorée après chirurgie.
- 12 ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Développement de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie : bilan qualitatif et quantitatif d'une démarche ARS de compagnonnage en région Auvergne-Rhône-Alpes. Mars 2017.
- 13 ARS Ile-de-France. L'ARS s'engage pour le développement de la RAAC. Mars 2017.

