

Les programmes de réhabilitation améliorée s'imposent, en 2019, à toute équipe chirurgicale



Pr. Karem Slim

Service de chirurgie digestive du CHU de Clermont-Ferrand
Président du Groupe francophone de réhabilitation
améliorée après chirurgie (Grace)
drkaslim@gmail.com

Introduction

Le concept de réhabilitation « rapide » est né (dans les années 90) dans les pays scandinaves à partir d'un constat simple: tout acte chirurgical est une agression physiologique et toutes les mesures tendant à réduire cette agression sont bénéfiques pour les patients [1]. De manière contemporaine, les praticiens ont disposé de données scientifiques solides (avec un haut niveau de preuves), remettant en question des dogmes vieux de plusieurs dizaines d'années, et aboutissant à l'amélioration des techniques moins invasives en anesthésie et en chirurgie. Le paradigme a aussi évolué de « réhabilitation rapide » (*fast track*) à « réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) »: l'amélioration du confort du patient et la réduction de la morbidité postopératoire se sont imposées comme les premiers critères de réussite des programmes de RAAC. La réduction de la durée de séjour n'étant qu'un marqueur de l'efficacité de la RAAC et une résultante d'une meilleure récupération postopératoire.

En 2018, les preuves de l'utilité et de l'efficacité de la RAAC dans différents domaines de la chirurgie (digestive, orthopédique, gynécologique, urologique, cardiaque) se sont accumulées [2]. Il serait fastidieux de les énumérer. Actuellement, la problématique est plutôt d'encourager l'implémentation (mise en place) au quotidien de ces programmes.

Au même titre que la chirurgie ambulatoire, les programmes de RAAC comportent un volet technique sous la forme d'un véritable chemin clinique (les protocoles de soins pré, per, et postopératoires) et un volet organisationnel (moyens d'implémentation, esprit d'équipe, rôle actif du patient, gestion des risques liés à la sortie précoce, et audit des pratiques) [3].

La RAAC est bénéfique pour les patients, les équipes, et la société

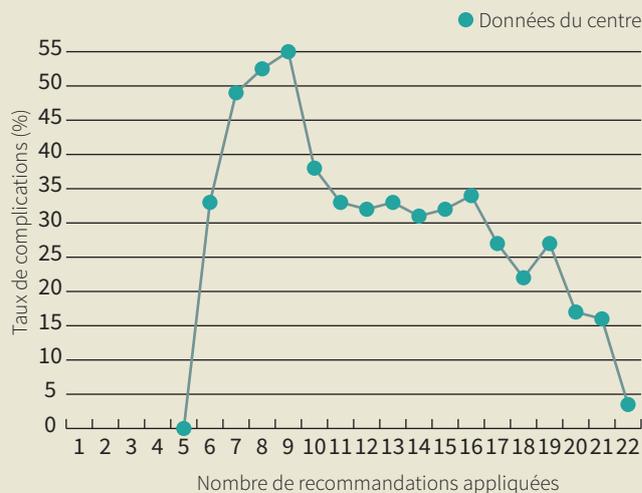
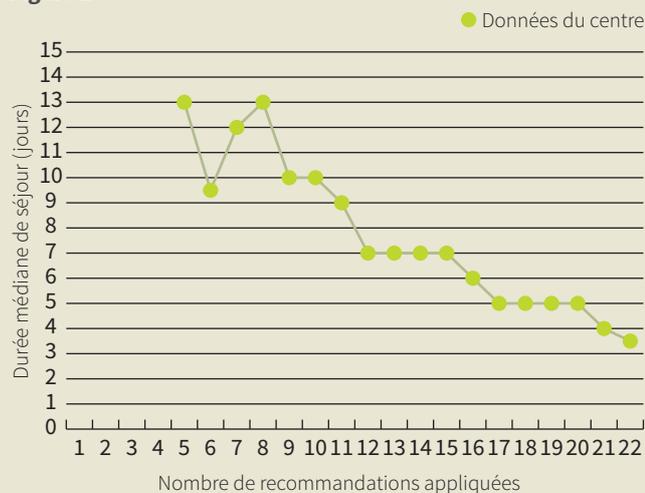
Généralement, les innovations en santé (médicamenteuses ou technologiques) coûtent plus cher que les soins traditionnels. Il est rare d'avoir une innovation qui soit efficiente en termes de santé et de coûts. C'est, en l'occurrence, le cas de la RAAC.

■ **Pour les patients.** La morbidité postopératoire globale diminue, la convalescence s'améliore, le patient participe de manière active en tant qu'acteur de sa prise en charge. L'admission à J0 et l'arrivée au bloc opératoire debout (patient 3D: Debout, Digne et Détendu) font partie de cette approche. Le rôle du patient ne se limite pas à la période hospitalière, mais il est aussi essentiel en amont et en aval de l'hospitalisation (comme nous le verrons plus loin). Les patients âgés (dont le nombre est destiné à augmenter dans les années à venir) ne doivent pas être exclus des programmes de RAAC. Ils en profitent autant que les patients plus jeunes [4]. Récemment ont même été évoqués des avantages carcinologiques en chirurgie colorectale, grâce à une moindre immunodépression postopératoire [5].

■ **Pour les équipes.** Les médecins et les infirmiers participent ensemble à l'élaboration du protocole de soins, appliquent un chemin clinique commun, communiquent de manière permanente, et font évoluer le protocole. Il ne s'agit plus, pour les membres de chaque équipe, de travailler isolément ou en parallèle (« *tu fais ton boulot, je fais le mien* »), mais de travailler ensemble. Le chirurgien n'est plus le seul capitaine sur le bateau. Toutes les études démontrent qu'un travail d'équipe dans un bon esprit améliore les résultats de la chirurgie.

■ **Pour la société.** Les dépenses de santé sont réduites grâce à une moindre morbidité et un séjour hospitalier plus court. Mais l'avènement de la RAAC a abouti ces dernières années de manière pragmatique à une modification progressive de tout notre système de soins (nous verrons cet aspect dans le paragraphe: perspectives) [6].

Figure 1



Le défi actuel : implémenter à grande échelle

■ **Une implémentation optimale** est la clé de la réussite de tout programme de RAAC [7]. Favoriser et faciliter l'implémentation des programmes de RAAC dans diverses spécialités constitue le principal rôle du Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (Grace) [www.grace-asso.fr]. Différentes agences régionales de santé ont aussi lancé depuis deux ans des programmes de diffusion de la RAAC dans diverses spécialités avec l'aide de Grace.

La pratique et la recherche clinique démontrent que plus on applique de mesures, plus on est efficace sur la réduction de la durée de séjour et sur la morbidité globale (Figure 1 sur 4 463 patients opérés pour une affection colorectale, source Grace-Audit www.grace-audit.fr consultée le 30 octobre 2018). Le logiciel d'audit fourni gratuitement par Grace permet aux soignants de suivre l'évolution de l'implémentation du programme de RAAC dans différentes spécialités [8].

■ **Les acteurs de la RAAC** : Ils sont multiples, car ils ne se limitent pas au binôme chirurgie-anesthésiste. Sont aussi impliqués les patients, les personnels non-médicaux (infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, diététiciens), l'administration, les pharmaciens, selon le cas : les gériatres, les nutritionnistes, etc. Le médecin traitant est tenu informé de la procédure, mais ne participe pas à la prise en charge périopératoire qui incombe à l'équipe de soins.

Néanmoins, l'implémentation de la RAAC se heurte parfois à de multiples freins.

■ **Les freins** : Le principal frein à la diffusion de la RAAC est la résistance au changement qui peut concerner le patient et surtout l'équipe de soins. Il peut s'agir aussi de la méconnaissance du programme, de la crainte d'une complication pouvant survenir après la sortie précoce (alors qu'aucune étude n'a montré plus de réadmission après RAAC par rapport aux soins traditionnels).

Enfin, même si beaucoup d'équipes sont volontaires pour lancer des programmes de RAAC, elles se heurtent à l'absence de mesures incitatives. Pour ne citer que deux exemples : les bornes basses maintenues pour les niveaux de gravité 2 et 3 empêchent de faire sortir des patients avant le jour de la borne basse et les maintenir dans l'établissement sans raison médicale ; ensuite l'absence de valorisation des soins infirmiers souvent nécessaires à domicile après la sortie des patients peut amener à les garder dans l'établissement.

Le **Tableau 1** résume les différents freins et les moyens de les lever.

Perspectives

Il est indéniable que la RAAC est destinée à devenir un standard de soins dans la plupart des spécialités chirurgicales. C'est le meilleur exemple d'amélioration des soins et la principale évolution de nos soins chirurgicaux depuis la révolution laparoscopique [9]. Mais le concept de RAAC évolue : le chemin clinique initial limité aux phases périopératoires immédiates, est remplacé par un parcours de soins plus large, intégrant la préparation à la chirurgie sous le terme de « préhabilitation » et la gestion des risques après la sortie de la structure de soins chirurgicaux. Ce parcours de soins élargi correspond à la RAAC 2.0, ou le « *perioperative surgical home* » selon le concept américain [10].

■ **La préhabilitation** : C'est un ensemble de mesures (prise en charge physique, cardio-respiratoire et musculaire, nutritionnelle, psychologique, et gestion de l'anémie ou des comorbidités) destinées à améliorer l'état physiologique des patients à opérer. La préhabilitation demande une organisation complexe avec l'intervention de plusieurs spécialistes ou corps de métiers (physiothérapeute, nutritionniste, psychologue, gériatre, cardiologue, pneumologue, etc.) et la participation active du patient. Cette organisation nécessite du temps (4-6

semaines) et de l'énergie (coordonner l'intervention de différents acteurs). Les principales études ont démontré un effet bénéfique sur l'état physiologique pré et postopératoire mais l'effet sur la morbidité et la durée de séjour est encore à démontrer de manière factuelle. En cancérologie, on peut mettre à profit la durée d'un traitement néo-adjuvant pour faire de la préhabilitation [11].

Deux questions restent posées : pour quels patients ? Probablement pas pour tous les patients et certainement pas pour les plus fragiles (patients âgés ou ayant des comorbidités sévères). Pour quels effets sur la morbidité postopératoire et la durée de séjour (au même titre que la réhabilitation à laquelle elle est associée) ?

■ **La gestion des risques après la sortie :** La sortie précoce impose de continuer à surveiller les patients à domicile (ou en soins de suites et de réadaptation, ou une autre structure non-médicalisée). Pour cela, on a recours soit aux infirmiers

libéraux, soit au programme de retour à domicile (Prado développé par l'Assurance Maladie), soit à un système électronique comme les SMS ou les applis santé. Le choix des moyens de surveillance incombe à chaque équipe, en accord avec le patient. L'essentiel est d'adapter le type de surveillance aux conditions de la prise en charge [12].

Cette nouvelle organisation du parcours de soins intégrant la préhabilitation et le suivi post-hospitalisation, avec entre les deux une durée d'hospitalisation de plus en plus courte, impose une nouvelle approche de notre métier. Les relations médecine de ville et médecine hospitalière s'en trouvent améliorées et plus fluides.

Enfin, dans ce projet à grande échelle, le rôle de la tutelle nous semble majeur. Au même titre que la chirurgie ambulatoire, des mesures incitatives nous paraissent essentielles et nécessaires pour favoriser le déploiement de la RAAC au niveau national. ■

Tableau 1 - Les freins au développement de la RAAC et les moyens de les lever

(Source - *Réhabilitation améliorée après chirurgie. RAAC : la comprendre et la mettre en œuvre. Karem Slim. Ed Elsevier 2018 pp : 128*)

Freins	Solutions
Freins liés au patient	
Résistance au changement (qui fait un peu partie de la nature humaine)	Information préopératoire
Craintes concernant toute innovation	Information préopératoire
Croyance que le jeûne depuis la veille est important	Information préopératoire
Peur de remanger avant la reprise du transit	Information préopératoire
Peur de déambuler trop rapidement	Information préopératoire
Peur de quitter l'établissement de soins trop tôt	Information préopératoire
Crainte d'une approche purement économique	Information préopératoire
Freins liés à l'équipe	
Crainte d'une approche purement comptable	Information-discussion
Résistance au changement et habitudes ancrées dans la pratique	Conviction-Patience
Défaut de connaissances des dernières évolutions scientifiques	Information
Absence de motivation	Conviction-Patience
Turnover rapide du personnel soignant	Formation
Conviction que la RAAC ne peut s'appliquer qu'à certains patients	Information-discussion
Croyance que la RAAC est inapplicable chez les patients âgés	Formation-Discussion
Freins liés aux ressources	
Absence de documentation facilement accessible aux acteurs	Améliorer l'accessibilité
Manque de temps pour former et informer les équipes	Organisation
Temps nécessaire pour l'éducation thérapeutique du patient	Infirmière dédiée
Temps nécessaire pour remplir la base de données audit	Infirmière dédiée
Bornes basses maintenues	Tutelle
Réseaux de soins de ville	Tutelle



Un guide pour comprendre et mettre en œuvre la RAAC

Tout geste chirurgical génère un stress qui peut être responsable de profondes modifications hormonales métaboliques et physiologiques. La convalescence postopératoire est donc un processus complexe propre à chaque patient. L'implémentation de programmes de récupération ou réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), l'émergence croissante de données de la littérature et l'intérêt des différents acteurs de santé sont au cœur des questions abordées dans cet ouvrage de synthèse.

Cet ouvrage aborde à la fois les aspects techniques, mais aussi organisationnels de la RAAC avec en question de fond une chirurgie moins agressive grâce à un environnement péri-opératoire adapté et une gestion optimale de la sortie du patient. Afin d'avoir une vision d'ensemble de la RAAC, les fondements scientifiques, les indications du programme, les aspects médico-économiques et les perspectives avec le développement de la e-santé sont très largement développés et viennent éclairer les chapitres dédiés à la mise en place du programme dans un service ou dans un établissement. La mise en place de la RAAC implique une cohésion et un travail multidisciplinaire. L'ouvrage s'adresse à tous les praticiens : chirurgiens anesthésistes infirmiers et kinésithérapeutes, mais aussi aux cadres de santé et aux administratifs.

Réhabilitation améliorée après chirurgie. RAAC : la comprendre et la mettre en œuvre

Karem Slim - 144 pages - Elsevier - Masson - 2018 - 19,90 €

- 1- Scott MJ, Baldini G, Fearon KC, Feldheiser A, Feldman LS, Gan TJ, Ljungqvist O, Lobo DN, Rockall TA, Schrickler T, Carli F. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations. *Acta Anaesthesiol Scand* 2015;59:1212-31.
- 2- Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surg* 2017;152:292-8.
- 3- Slim K. The benefits of enhanced recovery after surgery. *J Visc Surg* 2016;153(6S):S41-S44.
- 4- Launay-Savary MV, Mathonnet M, Theissen A, Ostermann S, Raynaud-Simon A, Slim K; GRACE (Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie). Are enhanced recovery programs in colorectal surgery feasible and useful in the elderly? A systematic review of the literature. *J Visc Surg* 2017;154:29-35.
- 5- Slim K, Regimbeau JM; Francophone Group for Enhanced Recovery After Surgery (Grace). Increased survival might be an unexpected additional advantage of enhanced recovery after surgery programs. *J Visc Surg* 2018;155:169-71.
- 6- https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18_assurance-maladie.pdf
- 7- Slim K, Delaunay L, Joris J, Léonard D, Raspado O, Chambrier C, Os-

- termann S; Le Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (Grace). How to implement an enhanced recovery program? Proposals from the Francophone Group for enhanced recovery after surgery (Grace). *J Visc Surg* 2016 Dec;153(6S):S45-S49.
- 8- Veizant J, Raspado O, Entremont A, Joris J, Pereira B, Slim K; GRACE group. Large-scale implementation of enhanced recovery programs after surgery. A francophone experience. *J Visc Surg* 2017;154:159-66.
- 9- Slim K. Fast-track surgery: the next revolution in surgical care following laparoscopy. *Colorectal Dis* 2011;13:478-80.
- 10- Vetter TR, Jones KA. Perioperative Surgical Home: Perspective II. *Anesthesiol Clin* 2015;33:771-84.
- 11- Curtis NJ, West MA, Salib E, Ockrim J, Allison AS, Dalton R, Francis NK. Time from colorectal cancer diagnosis to laparoscopic curative surgery-is there a safe window for prehabilitation? *Int J Colorectal Dis* 2018;33:979-83.
- 12- Slim K, Theissen A, Raucoules-Aimé M; Fédération de chirurgie viscérale et digestive (FCVD); French-speaking Group for Improved Rehabilitation after Surgery (GRACE). Risk management in ambulatory and short-stay gastrointestinal surgery. *J Visc Surg* 2016;153:55-60.