



Groupe francophone de Réhabilitation
Améliorée après Chirurgie

La priorité est à l'essentiel

Un programme et un parcours de soins optimaux.

La réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC) est un ensemble de mesures périopératoires destinées à réduire les retentissements physiologiques de tout acte opératoire. Les principaux avantages de la RAC sont une réduction du taux de complications générales, une amélioration de la convalescence et un raccourcissement de la durée d'hospitalisation. Ces avantages sont d'autant plus significatifs que l'implémentation des différentes mesures est optimale. Toutes les études montrent une relation directe entre degré d'implémentation et taux de complications ou durée de séjour. La RAC est de plus en plus appliquée en France grâce à l'effort des Agences Régionales de Santé, du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE) et des professionnels de santé. Par ailleurs plusieurs sociétés savantes ont analysé la littérature et fait des recommandations (fondées sur un bon niveau de preuves scientifiques) dans différentes spécialités (Chirurgie colique, orthopédiques, thoraco-pulmonaire, urologique).

Récemment et parallèlement au développement de la RAC, plusieurs mesures innovantes ont vu le jour : il s'agit de la préhabilitation (préparation multimodale des patients à la chirurgie), la musicothérapie, la réalité virtuelle, l'hypnose, l'admission à JO, l'arrivée au bloc opératoire debout, l'acupuncture, la stimulation percutanée du nerf tibial, et la chirurgie robotique). Certaines de ces mesures remportent un succès certain auprès des soignants, parfois sous la pression des fabricants ou sous l'effet de mode. Néanmoins, l'efficacité de ces mesures dans le cadre de la RAC est en cours d'évaluation. Nous disposons de peu de preuves formelles dans la littérature.

Mais qu'en est-il dans la vraie vie ? Une récente enquête a été menée au sein des membres de GRACE. La question était : sélectionner 3 mesures qui vous semblent essentielle pour la réussite de la RAC. Elle a montré que si la majorité des professionnels (anesthésistes, chirurgiens, infirmiers) accorde une importance à la chirurgie mini-invasive, seule la moitié a répondu que le rôle du patient acteur de ses soins, l'analgésie multimodale, ou l'implémentation de plus de 70% sont des éléments majeurs de la RAC. D'autres considéraient que les mesures innovantes étaient essentielles pour la réussite de la RAC.

On voit bien qu'il y a encore des progrès à faire et que tous les messages ne sont pas complètement intégrés. Dans la pratique courante, il n'est pas rare de voir des patients arriver à JO et debout au bloc, alors qu'ils sont à jeun depuis la veille, ou des patients portant des casques de réalité virtuelle traités par des doses importantes de morphine, etc.

Il ne s'agit pas de bloquer des mesures innovatrices et originales mais leur application ne doit pas se faire au dépend des éléments majeurs du programme de RAC, dont l'utilité a été scientifiquement prouvée. Elles doivent être considérées comme des adjuvants qui semblent pertinents mais avec un faible niveau de preuve. Cet article se veut comme une alerte destinée à nos collègues : privilégions d'abord une implémentation optimale des éléments prouvés de la RAC, les mesures innovantes (citées plus haut) viendront en parallèle ou ensuite. L'utilité de ces mesures parfois coûteuse devra être confirmée (ou non) dans le cadre d'une RAC bien menée. D'autant que la RAC qui lutte contre les anciens dogmes, se veut non-dogmatique avec des protocoles qui ne sont pas gravés dans le marbre. Car il en va en médecine comme en amour : ni jamais ni toujours !

Signé : le Conseil d'Administration du Groupe francophone
de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE)