

SUJET : CHIRURGIE ANESTHESIE HOPITAL ARS CLINIQUE

Réhabilitation améliorée après chirurgie: vers un maillage de centres de référence sur tout le territoire

PARIS, 2 juin 2015 (APM) - Le Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie (Grace) a commencé à labelliser des centres de référence pour cette pratique, avec l'objectif d'avoir des centres de référence pour chaque type de chirurgie dans chaque région, en vue de favoriser le développement de cette pratique.

Ce groupe francophone multidisciplinaire, créé début 2014, a organisé vendredi son premier symposium, où ont échangé des chirurgiens, anesthésistes, infirmières, impliqués dans cette pratique.

L'objectif de la réhabilitation améliorée (ou récupération rapide) est de diminuer les effets négatifs après la chirurgie (douleur, nausées-vomissements, iléus, perte musculaire) et de diminuer la durée d'hospitalisation, par des actions pré, per et post-opératoires.

Cela passe par une modification des pratiques sur un certain nombre de points, notamment une limitation du jeûne avant l'opération, l'absence de préparation colique dans le cas de la chirurgie du côlon, l'utilisation de médicaments de courte durée d'action pour l'anesthésie, l'usage de la coelioscopie quand c'est possible, la suppression du drainage, une mobilisation précoce du patient ainsi qu'une ré-alimentation précoce...

Cela implique une organisation particulière du processus de prise en charge, avec notamment une importance croissante de la période pré-opératoire pour préparer le patient, a souligné Francis Bonnet de l'hôpital Tenon (Paris, AP-HP), vice-président de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Et cela nécessite la mise en place de protocoles spécifiques dans les services de chirurgie et une pluridisciplinarité.

Il a rappelé une enquête de la Société française de chirurgie digestive en 2011 dans laquelle 83% des chirurgiens disaient faire de la réhabilitation améliorée... mais dans la pratique, seuls 22% appliquaient au moins sept items. "Il reste du travail à faire", a souligné Francis Bonnet.

D'autant que, comme l'a rappelé Benoit Gignoux de la clinique de la Sauvegarde à Lyon, bien qu'on ne sache pas précisément si toutes les mesures préconisées en réhabilitation améliorée sont efficaces, différentes études montrent que les résultats sont meilleurs si on applique toutes les mesures.

Dans son service à Lyon, la durée de séjour était de 4,7 jours si 80% des mesures étaient appliquées, comparé à 10,5 jours en cas de mauvaise "compliance". Donc, "ça n'est pas à la carte, il faut prendre tout le menu"!

Des études ont montré que l'application de la réhabilitation améliorée permettait de faire des économies, a indiqué Karem Slim du CHU de Clermont-Ferrand, président de Grace. Selon une étude à Lausanne, "en chirurgie colorectale, pour chaque malade [bénéficiant de cette pratique], on gagne 1.600 euros". Et dans une étude à Lyon, "une étude sur cinq services avait prévu que cela ferait gagner 200.000 euros par an, et finalement, en 2014, après implémentation, ce sont 288.000 euros économisés".

L'objectif de l'association Grace est d'arriver à une implémentation "à grande échelle" de cette pratique, a souligné son président. L'association met à disposition sur son site internet des protocoles génériques de réhabilitation améliorée pour plusieurs types de chirurgie, qui peuvent servir de base pour les équipes soignantes en les adaptant à la situation locale.

De plus, "nous avons imaginé la labellisation de centres de référence qui serviraient de relais pour les autres centres", pour les aider à mettre en place des protocoles de réhabilitation améliorée et "organiser au moins une fois par an des réunions régionales".

Le cahier des charges est notamment d'avoir une équipe locale dédiée à la réhabilitation améliorée (avec au moins un chirurgien, un anesthésiste, une infirmière), avoir des protocoles rédigés, participer aux bases de données.

La labellisation est donnée pour un an et renouvelable.

A l'heure actuelle, 20 centres de référence ont été labellisés, peut-on lire sur le [site de Grace](#).

Cela ne fait pas 20 établissements impliqués: il peut y avoir plusieurs centres de référence pour un même établissement, pour différents types de chirurgie. Ce sont pour le moment 14 établissements (publics, privés d'intérêt collectif -Espic- et privés à but lucratif), qui disposent de centres de référence, dont quatre établissements lyonnais.

"Nous avons un projet avec l'ARS [agence régionale de santé] Rhône-Alpes qui a lancé un appel à candidatures. Nous sommes en discussion avec d'autres ARS telles que celles de Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca), Auvergne, Languedoc-Roussillon", a indiqué Karem Slim. Il espère que l'implication des ARS permettra d'obtenir des aides financières.

Interrogé par l'APM, Karem Slim estime qu'il devrait y avoir, pour chaque type de chirurgie, "deux ou trois centres de référence par région, chaque centre de référence devant gérer trois-quatre autres centres".

"Il faudrait par exemple une centaine de centres de référence en chirurgie digestive" sur tout le territoire, estime-t-il.

Et "idéalement", l'existence de ces centres de référence devrait être transitoire, puisqu'à terme tous les services de chirurgie devraient s'être mis à la réhabilitation améliorée.

fb/ab/APM polsan
redaction@apmnews.com

FB4NP49U4 02/06/2015 15:25 ACTU

©1989-2015 APM International.