

La récupération améliorée après chirurgie : comment s’y mettre ?

Une approche novatrice indispensable pour les patients, les praticiens et l’hôpital

Le 29 mai prochain, le CNEH organise sa seconde journée focus sur la mise en œuvre de la récupération améliorée après chirurgie. La publication par la HAS d'un premier rapport d'orientation sur la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) en 2016, témoigne de l'engouement croissant des équipes françaises pour la RAAC. La littérature scientifique sur cette approche, développée par le Pr Kehlet au Danemark dans les années 90, est de plus en plus riche qu'il s'agisse d'études sur des prises en charge spécifiques ou de revues de littérature permettant de dresser des recommandations par spécialité.

Les témoignages des équipes rencontrées par le CNEH sont unanimes sur l'importance des retours d'expérience pour se lancer dans la RAAC. Voici un petit résumé des échanges de la première édition du 19 juin dernier, qui a été l'occasion d'entendre les témoignages de trois équipes expertes sur leur mise en œuvre de la récupération améliorée après chirurgie.

Les témoignages

- **Pr Marc Beaussier** (anesthésiste - réanimateur, Institut Mutualiste Montsouris Paris)

Au sein de l'hôpital Saint-Antoine puis de l'institut Montsouris, le Pr Marc Beaussier a travaillé à développer la chirurgie ambulatoire et la récupération améliorée après chirurgie. Ces deux approches reposent selon lui sur des éléments communs (techniques anesthésiques et chirurgicales mini-invasives, coordination des parcours patient en intra et extra hospitalier, travail d'équipe, ...). Elles se révèlent complémentaires puisqu'elles permettent progressivement une transition vers des prises en charge d'une qualité optimale tout en limitant la durée de séjour du patient à l'hôpital.

- **Pr Nicolas Demartines** (chirurgie viscérale - CHUV, Lausanne - ERAS Suisse)

Le Pr Demartines, membre du comité scientifique de l'ERAS® Society, a présenté les résultats obtenus par cette société savante qui a publié des recommandations sur la mise en œuvre de la RAAC pour certaines spécialités chirurgicales. Ces recommandations sont basées sur les preuves scientifiques, récoltées notamment grâce à sa base de données internationale (130 services dans plus de 23 pays) qui permet d'analyser les impacts de certaines pratiques anesthésiques et chirurgicales sur les complications et le temps de récupération des patients.

Les résultats montrent des bénéfices sur le court et le long terme pour les patients pour lesquels les principes de la RAAC ont largement été respectés. L'équipe du CHUV de Lausanne a également étudié les impacts financiers et organisationnels de la mise en œuvre de la RAAC et a pu témoigner qu'elle était vertueuse sur le plan médicoéconomique et conduisait à réduire la charge de travail soignante à moyen terme.

- **Dr Marc-Pierre Henry, chirurgien orthopédiste, Caroline Coat, cadre du service, Laure-Chrystelle Treguer, IDE RAAC et Cathy Beyou, kinésithérapeute (service de chirurgie orthopédique CHU de Brest)**

L'équipe du CHU de Brest a débuté la mise en œuvre de la RAAC en 2016 dans un cadre de réduction du nombre de lits du service, après avoir rencontré d'autres équipes qui la mettaient en œuvre avec succès. L'équipe a pu témoigner de l'impact positif de la démarche RAAC sur les prises en charge, le

travail d'équipe et la durée de séjour des patients inclus dans le protocole. Ils ont présenté les éléments clés de réussite comme la création d'un poste d'infirmière RAAC.

Nos convictions

Cette journée a été l'occasion d'échanger avec des équipes à des niveaux d'avancement variés et nous a permis d'étoffer notre connaissance des clés du succès de la mise en œuvre de la récupération améliorée après chirurgie. Trois éléments nous paraissent essentiels :

- Un travail d'équipe...

Il était important pour nous de faire témoigner une équipe qui met en œuvre la RAAC car seul un travail pluridisciplinaire impliquant chirurgiens, anesthésistes, cadres et soignants peut permettre d'élaborer les protocoles supports d'une transformation profonde des pratiques médicales et soignantes.

- ... qui favorise une évolution majeure des pratiques...

Au bloc opératoire, en SSPI et dans les services, cette transformation des pratiques doit être monitorée à l'aide d'un système d'analyse des pratiques afin de s'assurer qu'elle perdure dans le temps et de faire évoluer si nécessaire les protocoles dans le cadre d'une amélioration continue des pratiques.

- ... centrée sur le patient

Le patient doit être informé et responsabilisé afin de le rendre acteur de sa prise en charge en lien avec les professionnels de santé en ville et à l'hôpital.

Des pratiques qui continuent à évoluer

Les travaux scientifiques réalisés permettent de faire progresser les pratiques RAAC et celles-ci évoluent afin d'améliorer encore les prises en charge proposées. Certains points font encore débat parmi les équipes qui se sont lancées dans la RAAC , par exemple :

- Faut-il opter pour un déploiement progressif de la RAAC en se concentrant d'abord sur un nombre restreint d'interventions ? Ou décider de déployer la prise en charge RAAC pour l'ensemble des patients admis dans la spécialité ?

- Tous les patients doivent-ils être inclus dans un programme RAAC ?

Si ces sujets vous intéressent, nous vous invitons à venir débattre avec nous le 29 mai prochain!