

Avertissement :

Le présent article a été réalisé à titre gracieux et ne fait l'objet d'aucun commerce pécuniaire sous quelque forme que ce soit. Il est librement mis à disposition, téléchargeable gratuitement sur notre internet, sans contrepartie sauf celle relative au droit d'auteur. Toute utilisation et communication doit faire mention de « Auteur: @Copyright Pilar (www.pilar-institute.com) ». Sa méthodologie et les données utilisées sont conformes aux dispositions réglementaires relatives à la garantie de l'anonymat, à la conservation et aux droits de modifications et de rectifications, et aux chartes des bases utilisées. Pour toute question, vous pouvez nous écrire à contact@pilar-institute.com. Pour une meilleure lecture, un récapitulatif des abréviations utilisées dans ce document se trouve en dernière page. Elle est complétée des références utilisées pour réaliser le présent document et de liens complémentaires.

Cela fait maintenant quelques années que le concept dit de Récupération Rapide (ou Améliorée), Après Chirurgie a fait son apparition, d'abord en Europe du Nord, puis dans les pays anglo-saxons et francophones. Approche multidisciplinaire, volontairement calibrée sur une prise en charge globale du patient, la RRAC (ou RAAC) correspond à une organisation spécifique des soins en chirurgie, en mettant notamment en place des chemins cliniques et véritablement centrée sur le patient.

Plusieurs établissements hospitaliers construisent désormais leur organisation chirurgicale selon les canons de la RRAC, certains étant particulièrement pionniers, volontaristes et communicants comme le groupe Capio (<https://www.capio.fr/>).

Bien entendu – et c'est un peu dans l'expression – la notion du temps et de la durée est constitutive des réflexions autour de la RRAC, Mais la réduction (ou plus exactement l'optimisation) des durées des séjours n'est qu'un aval et une conséquence, car la RRAC vise avant tout – voire surtout – à réduire significativement la mortalité et la morbidité et trace son sillon premier dans les inspirations du monde de la qualité.

Nos récentes missions dans ces domaines nous ont permis d'intervenir, par exemple, sur des thématiques comme l'amélioration des soins et de la prise en charge de patients pour néphrectomie, amputation chirurgicale, endarteriectomie carotidienne...

Parce que nous sommes convaincus par les intérêts de ce type d'organisations, mais qu'elles ne sont pas toujours évidentes à appréhender, nous avons choisi d'éclairer les principaux concepts et caractéristiques de la Récupération Rapide et Améliorée Après Chirurgie à partir de dix mots ou expressions-clés, illustratives autant de l'histoire que des ressources dans ce domaine prometteur.

#1 Henrik Kehlet

Le professeur **Henrik Kehlet**, ancien professeur de chirurgie à l'université de Copenhague, est l'un des premiers chercheurs et le principal instigateur des concepts relatifs à la récupération rapide.

Dès les années 1980, il porte ses travaux de recherche sur la physiopathologie chirurgicale, le traitement de la douleur, la fatigue ou les dysfonctionnements post-opératoires des organes. C'est en **1995** qu'il publie avec ses équipes un article fondateur : « *Convalescence and hospital stay after colonic surgery with balanced analgesia, early oral feeding, and enforced mobilisation* ».

Il a publié avec ses équipes hospitalières et universitaires danoises **plus de 900 articles à ce jour**, plusieurs d'entre eux ayant sensiblement contribué à la compréhension des mécanismes physiologiques péri et post chirurgicaux, et testé plusieurs hypothèses et techniques de récupération chirurgicale.

Il intervient encore à l'heure actuelle tant en recherche qu'en expertise sur ce sujet ou sur des thèmes connexes. A titre individuel ou pour ses nombreux travaux, de nombreux prix et distinctions lui ont été décernés.

Pour aller plus loin : https://fr.wikipedia.org/wiki/Henrik_Kehlet

#2 Stress

Des **mécanismes physiologiques** sont en jeu en chirurgie. Ainsi, le **geste chirurgical** est **source d'un « stress »** responsable de modifications hormonales, métaboliques et physiologiques.

À la suite de ce stress, la **convalescence** postopératoire est un **processus complexe** intégrant de nombreuses variables qui la conditionnent.

Certains facteurs retardent, ou accélèrent, la convalescence. Selon H. Kehlet, et repris par la Haute Autorité de Santé (HAS), il s'agit notamment :

Facteurs favorables/accélérant la convalescence	Facteurs défavorables ralentissant la convalescence
<ul style="list-style-type: none">▶ Préparation psychologique▶ Information▶ Optimisation des fonctions vitales▶ Réduction du stress métabolique▶ Normo-thermie▶ Réduction de la cascade inflammatoire▶ Renutrition postopératoire rapide▶ Analgésie optimale▶ Epargne des morphiniques▶ Blocs péri-médullaires▶ Prévention nausées et vomissements *	<ul style="list-style-type: none">▶ Douleurs, nausées, vomissements▶ Stress (métabolique, physique, psychique)▶ Score ASA* >2▶ Retard de transit, immobilisation▶ Hypoxie, hypothermie, perturbation du sommeil, fatigue▶ Sondes (nasogastriques, urinaires) et drains, cathéters▶ Dénutrition, jeûne prolongé

Source : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/rapport_orientation_raac.pdf

#3 Récupération

La récupération rapide, ou améliorée, après chirurgie (RRAC) vise au **rétablissement rapide des capacités** physiques et psychiques antérieures du patient.

Pour cela, elle repose sur une approche **multidisciplinaire et globale** de sa prise en charge, à tous les stades temporels de la période **périopératoire** (pré / peri / post).

En cela, elle correspond à une **organisation spécifique** des soins, selon la notion de « chemin clinique » (cf #6 *Chemin clinique*), **centrée sur le patient** dans toute sa singularité.

D'un point de vue séquentiel, les jours ou les semaines précédant l'intervention auront pour but d'amener le patient à la meilleure condition possible à son intervention, notamment par son information (en particulier au travers d'une ou plusieurs consultations dédiées) et de l'optimisation de sa **condition physique** (adaptation des traitements, anémie, nutrition, sevrage, kinésithérapie pré-opératoire etc...).

#4 « Le moins ... »

Afin de limiter les impacts du geste chirurgical et des conditions de sa réalisation pour le patient, des réflexions constantes et des techniques les plus « neutres » possibles sont recherchées.

Par exemple, le **jeûne** pré-opératoire ne sera **pas prolongé** (sa durée est le plus souvent raccourcie). Pour un réveil facilité et un lever le plus tôt possible, il n'y aura **pas de prémédication anxiolytique systématique**. La **prévention** des infections et des complications thromboemboliques sera activement menée. Les techniques d'abord chirurgical **mini-invasives** et la **réduction** de l'usage des **drains** et des **sondes** nasogastriques le cas échéant seront systématiquement recherchées. Réalimentation, lever et mobilisation du patient seront envisagées précocement, et la sortie sera particulièrement **préparée** en amont.

#5 Analgésie multimodale

Le concept d'analgésie multimodale a été créé dans les années 1990 par les équipes de Dahl, Kehlet, Joshi.

Elle consiste à **associer** médicaments analgésiques et techniques ayant des sites d'action différents et complémentaires. Cette pratique permet des **interactions** additives, voire synergiques.

La stratégie de prise en charge est multimodale et globale, dans laquelle la **douleur** n'est qu'un des nombreux éléments à gérer. Elle implique l'association d'antalgiques « conventionnels » avec des antihyperalgésiques et des techniques d'analgésie locales ou locorégionales. Les antalgiques **non morphiniques** sont **incontournables** et la stratégie porte sur une **épargne morphinique**.

La récupération est facilitée par l'analgésie locorégionale (notamment péridurale), associant anesthésiques locaux et morphiniques.

La démarche implique une **analgésie « à la carte »**.

Pour aller plus loin : http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Approche_multimodale_de_l_analgésie.pdf

#6 Chemin clinique

Les structures suivant les principes de la récupération rapide ou améliorée ont recours aux chemins cliniques comme outil d'organisation des prises en charge des patients.

La définition donnée par la Haute Autorité de Santé (HAS) précise qu'il s'agit d'une **méthode** d'amélioration de la **qualité** des prises en charge, visant la performance de la prise en charge **pluridisciplinaire** des patients présentant la **même pathologie** ou le **même problème de santé**, par la description de la prise en charge **optimale** et efficiente, à partir des recommandations de **bonnes pratiques**.

Ainsi, suivant le parcours du patient, le chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge. Cette pratique a pour corollaire de recourir à l'analyse des processus et à la planification des soins de façon personnalisée, avec d'éventuels outils protocolisés et des supports d'explication et d'information à destination du patient et des acteurs intra et/ou extra-hospitaliers intervenant dans sa prise en charge. Il est recommandé de l'inclure comme un élément à part entière du dossier du patient.

Outre la coordination et l'anticipation des actes de toute nature pour le patient, il permet l'identification et le suivi d'indicateurs de la qualité et des résultats de la prise en charge.

Pour aller plus loin : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf

#7 Patient

Outre la connaissance fine de son profil, de ses problématiques, de ses conditions de vie, voire de ses habitudes, qui sont pris en compte pour adapter et organiser la meilleure prise en charge possible pour lui, le patient est un acteur-clé et participatif dans les procédures de type RRAC.

L'information qui lui est donnée joue un rôle essentiel, et c'est pour cela qu'un **réfèrent** et des moments d'échanges, possiblement au cours de **consultations spécifiques et dédiées**, sont organisés. Ainsi, celles-ci sont le plus souvent réalisées en amont de l'intervention par un-e infirmier-e ou un « case manager ». Elles peuvent durer entre 20 à 30 minutes et leur contenu porte sur l'information du patient, la réponse à ses questions, l'apport de précisions sur le déroulement de la prise en charge, l'anticipation et la préparation de la sortie et des suites. Des documents sont remis et commentés, qu'ils soient de type institutionnel (plaquette sur la RRAC, procédure chirurgicale, brochures d'associations ...) ou spécifique à la problématique de soins du patient (tableau du chemin clinique suivi, liens vers des vidéos sur internet etc...).

#8 Evidence Based Medicine

La Récupération Améliorée Après Chirurgie élabore sa pratique et son cheminement sur les principes de la « médecine fondée sur les faits (ou sur les **preuves**) », exprimée en anglais sous le terme d' « Evidence Based Medicine (EBM) ».

Il s'agit d'une **approche** particulière de la clinique, tout autant qu'un ensemble de **techniques**. Elle consiste dans l'**utilisation** « consciencieuse, explicite et judicieuse » des **meilleures données cliniques** issues de **recherches** systématiques.

Les preuves proviennent d'études cliniques (essais randomisés en double aveugle, méta-analyses, études transversales).

Elle est utilisée par des gestionnaires ou des cliniciens, pour l'**aide au jugement clinique**, la justification de **programmes de rationalisation** financière et matérielle, l'**organisation des soins**, les **cours** et programmes de pédagogie médicale.

Trois piliers sont systématiquement et alternativement envisagés :

- L'**expertise du clinicien**, c'est-à-dire la compétence et le jugement que chaque clinicien acquiert par l'expérience et sa pratique clinique.
- Le **patient**, en prenant en compte ses droits, ses préférences et son vécu dans les décisions qui concernent son traitement
- Les **meilleures données cliniques externes**, c'est-à-dire les résultats des recherches pertinentes sur un plan clinique, surtout celles centrées sur le patient, sur les marqueurs pronostiques, sur l'efficacité et l'innocuité de schémas thérapeutiques, de réadaptation et de prévention.

Pour aller plus loin : https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine_fond%C3%A9e_sur_les_faits

#9 GRACE

Le « Groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie » (GRACE) a été créé en janvier 2014 par 3 pays : la France, la Belgique et la Suisse.

Il dispose d'un **site** internet très complet <http://www.grace-asso.fr>, qui met des **ressources** (vidéos, recommandations, audits, protocoles et outils) à disposition librement.

Association regroupant des professionnels de santé de tous profils, engagés dans des programmes RRAC, elle a pour objectif de :

- **Labelliser des centres de référence** régionaux, sur la base d'un cahier des charges
- **Promouvoir** la mise en place de la RRAC
- Développer la **recherche** transversale dans ce domaine

#10 ERAS®

ERAS est l'abréviation de l'expression « Enhanced Recovery After Surgery », synonyme de Récupération Rapide Après Chirurgie.

Dans cette idée, la société ERAS® a été créée en 2010 par le groupe académique ERAS Study Group (lui-même constitué en 2001) par les initiateurs européens de la RRAC (Prs Kehlet, Revhaug, von MeyenFeldt, Dejon ...).

Elle dispose aujourd'hui de chapitres régionaux mondiaux.

Elle dispose d'un **site** internet en anglais <http://www.erassociety.org>, avec en particulier un outil EIAS pour réaliser un audit interactif de son organisation

<https://www.encare.net/healthcare-professionals/products-and-services/eras-interactive-audit-system-eias>.

ERAS® a pour mission de :

- Développer l'élaboration de **recommandations** de bonnes pratiques
- Développer des **protocoles** et des **programmes** d'implémentation
- Par des programmes de **recherche**, d'audit et de pratiques
- Utiliser les techniques relatives aux **chemins cliniques**
- De **labelliser** des **centres de référence** ERAS® (dont des **centres d'excellence**)

Abréviations

EBM	Evidence Based-Médecine
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
FT(S)	Fast Track (Surgery)
HAS	Haute Autorité de Santé
RAAC	Récupération Améliorée Après Chirurgie
RRAC	Récupération Rapide Après Chirurgie

Documentation

Haute Autorité de Santé (HAS), juin 2016

« **Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives** »
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/rapport_orientation_raac.pdf

Pr Frédéric Aubrun, Hospices Civils de Lyon, 2013,

« **Approche multimodale de l'analgésie** »
http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Approche_multimodale_de_l_analgesie.pdf

Pr Vincent Minville, CHU de Toulouse, 2015,

« **Fast-tracking en ambulatoire, réhabilitation précoce après chirurgie: ce que l'on fait dans mon hôpital. Va-t-on vers de nouveaux risques ?** »
<http://www.assproscientifique.fr/medias/uploads/Fast-tracking-en-ambulatoire-Pr-Vincent-Minville-Toulouse.compressed.pdf>

Dr Rosay, Centre Léon Bérard, Lyon, 2016,

« **Le patient debout au bloc opératoire** »
https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr_rosay_-_le_patient_debout_au_bloc_operatoire.pdf

Centre Oscar Lambret,

« **Arrivée du patient debout au bloc opératoire** »
http://www.sfco.fr/files/94/COMM/sessions_annexes/Anesthesistes/01-9h00-lefevbrekuntz-bordeaux-sfco-2015-arrivee-patient-debout-au-bloc-operatoire.pdf

AP-HM Marseille : RRAC, exemple en orthopédie Mars 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=UJrsuspVkeQ>

Récupération Rapide Après Chirurgie à la Clinique du Sport Bordeaux Mérignac Avril 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=HJPKHb-rqos>

Hôpital Robert Debré :

Chirurgie pédiatrique des séjours plus courts « GRACE » aux protocoles de récupération rapide Août 2017
<http://www.reseau-chu.org/article/chirurgie-pediatrique-des-sejours-plus-courts-grace-aux-protocoles-de-recuperation-rapide/>

LEGO Surgery - Enhanced Recovery After Surgery (ERAS is Awesome) Juillet 2015

<https://www.youtube.com/watch?v=zHEincgSm1k>

Posté le 26 janvier 2018 par Nathalie L'Hostis

Pilar est spécialisée dans la formation, le conseil et le recrutement en contrôle de gestion et aide au pilotage hospitalier. Nos programmes sont spécialement conçus pour vous accompagner sur ces sujets. Nous vous recommandons particulièrement dans cette optique nos programmes suivants, spécialement conçus pour les organisations innovantes et au bénéfice tant des patients que des établissements :

"Découvrir la Récupération Rapide Après Chirurgie":

<https://www.pilar-institute.com/formation/d%C3%A9couvrir-la-r%C3%A9cup%C3%A9ration-rapide-apr%C3%A8s-chirurgie-rrac>

"Comment élaborer un chemin clinique":

<https://www.pilar-institute.com/formation/comment-%C3%A9laborer-un-chemin-clinique>

"Case manager : un nouveau métier pour gérer efficacement les parcours des patients"

<https://www.pilar-institute.com/formation/le-case-manager-un-nouveau-m%C3%A9tier-pour-g%C3%A9rer-efficacement-les-parcours-des-patients>

"Mettre en œuvre un projet Récupération Améliorée Après Chir. et les chemins cliniques associés"

<https://www.pilar-institute.com/formation/mettre-en-oeuvre-un-projet-%C2%AB-r%C3%A9cup%C3%A9ration-am%C3%A9lior%C3%A9e-apr%C3%A8s-chirurgie-%C2%BB-et-les-chemins#overlay-context=listing-formationen%3Ftid%3D58>



Accompagner les défis du monde hospitalier

Formation - Conseil - Recrutement

www.pilar-institute.com



Pilar est sur Twitter http://www.twitter.com/Pilar_Institute

Pilar est sur Facebook facebook.com/pages/Pilar-Institute/43016771703441

