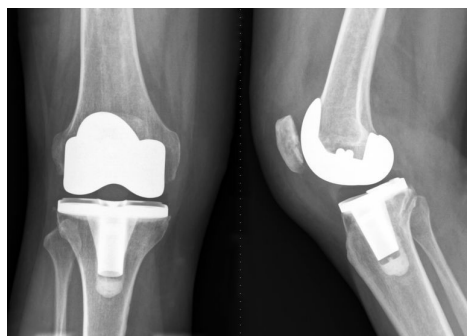


Publié le 20/08/2019

La récupération rapide après chirurgie : l'art de faire mieux et plus vite en orthopédie



Chirurgien orthopédiste au centre Clinical de Soyaux, près d'Angoulême, en Charente, un établissement ELSAN, le Dr Patrick Lambert nous détaille le parcours qu'il a effectué avec ses équipes pour mettre en place un programme de récupération rapide après chirurgie (RRAC). Pionniers en ce domaine en orthopédie, le Dr Lambert et ses collaborateurs ont dû modifier profondément leurs habitudes et leurs protocoles, mais, aujourd'hui, le bilan est pour tous très positif, bénéficiant en premier lieu aux patients. Depuis 2015, cette structure est un centre de référence en RRAC pour la chirurgie du genou et de la hanche.

JIM : Pourriez-vous expliquer brièvement l'histoire générale de la récupération rapide en chirurgie (RRAC) et la genèse de cette nouvelle pratique dans votre établissement ?

Dr Patrick Lambert : L'idée a été lancée au Danemark par le Pr Kehlet, chirurgien viscéral, il y a environ une trentaine d'années. Pour que cette nouvelle approche chirurgicale se mette en place, il a fallu beaucoup de temps. Ainsi, en France, la RRAC a fait son apparition en orthopédie en 2010, mêmes si certains praticiens avaient déjà réduit les temps d'hospitalisation, mais sans pour autant évoquer le terme de récupération rapide. Convaincu que ce nouveau concept de prise en charge constituait une avancée importante, dès 2011, j'ai constitué une première équipe pionnière comportant une infirmière coordinatrice, un anesthésiste, et moi-même. A partir de là, nous avons dû inventer, changer, refaire, construire, mettre en place... et surtout motiver les différents intervenants. Entre la prise de décision d'engager le processus RRAC et la mise en pratique dans le service d'orthopédie, il s'est ainsi passé de 4 à 5 ans. La DMS (durée moyenne de séjour) est passée de 7,58 jours en 2011 à 1,39 jours en 2018.

JIM : Dans la pratique, qu'est-ce qui a été modifié ?

Dr Patrick Lambert : Et bien absolument tout a été transformé ! Déjà, nous nous sommes rapidement aperçus que beaucoup d'acteurs devaient être impliqués dans l'approche RRAC pour que celle-ci fonctionne : brancardiers, aides-soignantes, kinésithérapeutes, et au besoin d'autres professionnels de santé... Il a également fallu obtenir l'appui de l'administration et de la direction de la clinique qui a dû mettre des moyens humains et financiers pour accompagner le projet. Heureusement, la diminution de la durée moyenne de séjour a permis de libérer du temps médical et paramédical nécessaire au financement de notre projet. Il a fallu obtenir l'adhésion et la collaboration des patients afin qu'ils deviennent les véritables acteurs de leur prise en charge, et surtout leur faire comprendre que l'on allait faire non seulement plus vite, mais mieux. Il a fallu changer les mentalités, modifier les organisations, revoir tous les protocoles, vérifier que les nouvelles procédures étaient correctes et bien suivies... Tout cela ne s'est bien sûr pas fait en une fois et la nécessité d'y consacrer du temps, des moyens humains et financiers, et beaucoup de réunions !

24 ou 48 heures pour faire tout ce que l'on faisait en 8 jours avant la RRAC

Ainsi, le simple fait d'hospitaliser les patients le matin et non pas la veille de l'intervention et qu'ils se rendent en marchant au bloc, demande une organisation très précise. Il faut que les équipes arrivent plus tôt, que les admissions soient préparées à l'avance, que le brancardier accompagnateur soit formé, qu'il emprunte des

circuits parfois différents, que le patient ait une tenue adaptée, etc. Lorsqu'il revient du bloc le matin, il faut prévoir de lui servir un repas à midi, le kiné doit être sollicité précocement pour le premier lever, etc. Mais, en contrepartie, la mobilisation rapide des malades a permis de soulager les équipes soignantes : moins de perfusions, moins de douleurs, moins de malades à porter, plus de soins préventifs d'escarres, etc.

Autre exemple, celui du bilan pré-opératoire qui se fait désormais lors d'une hospitalisation d'une demi-journée. Il faut que, dans un temps très court, le patient rencontre l'infirmière coordinatrice, l'anesthésiste, le chirurgien, le cardiologue, le radiologue, le kinésithérapeute et parfois d'autres spécialistes comme un pneumologue ou un gériatre. Faire coïncider les agendas de tous ces praticiens relève d'un vrai casse-tête chinois !

JIM : Pour quelle chirurgie (prothèse de hanche ou genou seulement ?) et la RRAC a-t-elle modifié votre pratique chirurgicale en elle-même (voie d'abord, etc.)?

Dr Patrick Lambert : Il a également été nécessaire d'adapter les techniques chirurgicales et anesthésiques. J'ai privilégié la voie antérieure mini-invasive dans la chirurgie prothétique de hanche et la voie d'abord sub-vastus et les guides de coupes sur mesure dans la chirurgie prothétique du genou. Il a également fallu modifier les protocoles d'anesthésie en privilégiant les rachianesthésies de courte durée et l'analgésie multimodale. Initialement réservée aux seules prothèses de hanche et de genoux, la technique s'est ensuite étendue aux ligamentoplasties, à la chirurgie de l'épaule, etc. Le concept a même été transposé en chirurgie gynécologique puis en chirurgie urologique et enfin en chirurgie viscérale.

JIM : Qu'est que le RAAC a changé pour les patients, vous et votre équipe ?

Dr Patrick Lambert : Tout d'abord, pas moins de 97 % des patients se déclarent satisfaits de ces nouvelles pratiques. On peut le comprendre : il n'y a plus de prémédication, ils ont moins de cathéters, ils se lèvent le plus tôt possible et d'eux-mêmes, ne jeûnent plus pendant des heures, sont hospitalisés moins longtemps et rarement le weekend. D'ailleurs, aucun ne souhaite aujourd'hui rester un jour de plus à la clinique, alors que, auparavant, il fallait compter au moins 8 jours d'hospitalisation. Le retour au domicile est ensuite grandement privilégié. Et tout cela sans induire davantage de complications, bien au contraire. Une application disponible sur tablette et sur smartphone a été mise au point. Celle-ci permet une autosurveillance de la part des patients et peut aussi nous alerter en cas de problème. L'infirmière coordinatrice appelle également les patients à trois reprises en post-opératoire...

Comme vous pouvez le constater il y a eu de gros efforts de la part de tous les acteurs pour obtenir ces résultats. Pour ma part, la RRAC m'a demandé beaucoup d'investissement en temps, en formation et en travail depuis le départ.

Concernant l'équipe, s'il y a eu des réticences au début pour certains, les résultats obtenus ont fait qu'aujourd'hui, tout le monde a pris conscience de l'intérêt de cette démarche qui a non seulement transformé les pratiques, mais aussi toute l'équipe, en la dynamisant, en créant du lien, en rendant chacun fier de ces résultats...

Sans compter que, étant pionniers dans ce domaine, d'autres structures viennent maintenant régulièrement nous voir pour prendre modèle sur notre organisation !

Propos recueillis par le Dr Patricia Thelliez

Copyright © <http://www.jim.fr>

