

Virage ambulatoire et récupération rapide après chirurgie : la meilleure solution pour le patient opéré

Notre établissement, société privée dont toutes les interventions sont uniquement prises en charge par l'Assurance obligatoire des soins (AOS) offre des prestations du 1er virage ambulatoire (transfert stationnaire vers ambulatoire de plus de 95%) comme l'ophtalmologie, la chirurgie de la main et depuis le 1er janvier 2019, les six groupes d'interventions chirurgicales qui sont prises en charge uniquement en ambulatoire, suite à la décision du Département fédéral de l'intérieur (DFI). De plus, pour 50% de notre activité, nous offrons des prestations dont le curseur du transfert stationnaire vers ambulatoire se situe vers 30% (en France ce curseur pour les mêmes interventions se rapproche de 55%). Ce sont les interventions de courte durée (moins de 3 jours d'hospitalisation) qui glissent vers l'ambulatoire avec un potentiel certain ; ce n'est pas parce que l'équipe soignante pousse le patient dehors précocement mais parce qu'elle a su maîtriser les conséquences de la chirurgie.

Pourquoi la chirurgie avec durée de séjour court et la chirurgie ambulatoire sont le meilleur choix pour le patient

Un soir, lors de sa visite, un chirurgien danois, le Professeur Henrik Kellet, s'étonnait que son patient, opéré le matin, se trouvait toujours alité dans son service. Pourquoi ?

- Le confort du patient qui se « repose » ?
- Un manque d'organisation ?
- Pas de soins prévus à domicile ?
- La nécessité pour l'analgésie parentérale ?
- La nécessité pour les liquides intraveineux secondaires ?
- Le repos au lit causés par le manque de mobilité ?

La notion de Récupération Rapide après Chirurgie (RRAC) est née suite au travail de ce Professeur de l'université de Copenhague¹. L'auteur se base sur des complications de chirurgie abdominale majeure, notamment de séquelles indésirables comme :

- La douleur
- Les complications cardio-pulmonaires et thrombotiques
- Les infections
- Le dysfonctionnement cérébral
- Les nausées et les vomissements
- La paralysie intestinale (iléus)
- La fatigue

Il attribue tous ces effets secondaires à des troubles endocriniens liés au stress chirurgical et à un orage hormonal. La meilleure compréhension des modifications physiopathologiques périopératoires et l'amélioration de la connaissance de la douleur post-opératoire sont à la base du concept de RRAC.

La douleur est prise en charge par une **METHODE MULTIMODALE** : elle consiste à associer des médicaments analgésiques et/ou des techniques ayant des sites d'action différents et complémentaires, à l'origine d'interactions additives, **voire synergiques**.

1.1 La recherche et l'éducation

La pratique de la chirurgie et de l'anesthésie est en constante évolution et il est nécessaire d'offrir la base de connaissances pour la formation continue des personnes impliquées dans le traitement des patients chirurgicaux.

Un certain nombre de nouvelles technologies chirurgicales minimalement invasives ont émergé au cours de la dernière décade.

1.2 Les recommandations pour la RRAC :

1.2.1 Le traitement de la douleur et l'analgésie multimodale (MMA)

La douleur est l'un des principaux effets indésirables postopératoires. « L'oligoanalgésie » de la période post-opératoire des années 1980 préconisait une très large utilisation de la morphine en administration auto-contrôlée par voie intraveineuse : Patient Controlled Analgesia (PCA).

Très rapidement, il est apparu que cette technique utilisée seule ne diminuait pas suffisamment la douleur post-opératoire (DPO) et en particulier la DPO à la mobilisation et exposait le patient aux effets indésirables des morphiniques : nausées et vomissements, retard à l'apparition du transit intestinal, sédation excessive avec somnolence et retentissement respiratoire avec désaturation artérielle en oxygène chez les patients à risque d'incidents respiratoires (insuffisants respiratoires, antécédents d'apnée du sommeil, obésité > 40 IMC).

La majorité des études enquêtant sur l'utilisation des anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) et analgésiques opioïdes avec ou sans infiltration d'anesthésique local a montré que les patients ont des scores de douleur plus bas, besoin de moins d'analgésiques, et un temps prolongé à exiger des analgésiques après la chirurgie.

L'analgésie multimodale est basée sur l'utilisation systématique d'AINS, d'inhibiteurs COX-1 ou 2 et d'acétaminophène (paracétamol) (per os ou intraveineuse lorsque disponible) pour réduire la consommation de morphine. L'analgésie multimodale est devenue très à la mode. C'est l'association de plusieurs techniques d'anesthésie ou de plusieurs molécules analgésiques non seulement pour produire une addition d'effets analgésique, mais une **potentialisation (synergie)** de sorte que 1 + 1 ne font plus seulement 2, mais 3 ou 4, voire 5.

On peut ainsi diminuer les doses d'opioïdes qui jouent souvent un rôle dans les nausées et vomissement post-opératoires. Il faut obtenir une diminution de la DPO statique et dynamique ainsi que le développement d'une hyperalgie chronique, souvent présente lors de la chirurgie thoracique.

Ce concept d'analgésie multimodale est maintenant un prérequis indispensable pour l'optimisation des soins postopératoires et fait partie intégrante de la stratégie d'amélioration des soins postopératoires.

L'analgésie multimodale s'étend maintenant à l'association de plusieurs molécules contre deux ou trois au départ. L'introduction de substances anti-hyperalgésiques comme la kétamine, la lidocaïne, la gabapentine ou l'adénosine permet d'envisager une analgésie multimodale de quatre à six molécules.

Il a été également démontré efficace d'associer ALR et analgésie systémique.

1.2.2 [Le manque de mobilisation](#)

La mobilisation précoce doit être encouragée. Elle exige néanmoins l'absence de douleurs et de NVPO. Le manque de mobilisation contribue fortement aux thromboses veineuses et aux embolies pulmonaires

1.2.3 [Les complications cardiopulmonaires](#)

Chez des patients à risque plus élevé (ASA III), il faut être particulièrement attentif à la décompensation cardiaque par surcharge liquidienne.

1.2.4 [Risque de thrombose et anticoagulation²](#)

Les recommandations internationales proposent une anticoagulation prophylactique de 35 jours après prothèse totale de la hanche (PTH) et de prothèse totale du genou (PTG). Une étude danoise récente de plus de 5'000 patients démontre qu'une anticoagulation avec une héparine à bas poids moléculaire pendant quelques jours était suffisante pour ce type de chirurgie ambulatoire.

1.2.5 [L'infection nosocomiale^{3,4}](#)

C'est une infection contractée dans un établissement de santé. Elle est dite nosocomiale ou hospitalière, si elle est absente lors de l'admission du patient et qu'elle se développe 48 heures au moins après l'admission. Ce délai de 48 heures s'allonge jusqu'à 30 jours dans le cas d'infections de site opératoire, et jusqu'à un an s'il y a mise en place de matériel prothétique.

Environ 5% (750'000 infections par an, en France) dont 40'000 décès de patients qui séjournent à l'hôpital contractent une infection. Les germes responsables proviennent le plus souvent du patient lui-même, mais ils sont transportés sur le site infectieux par l'intermédiaire du personnel ou de dispositifs médicaux.

Une sortie précoce du patient réduit donc la probabilité d'être exposé. De plus, l'utilisation de techniques mini-invasives, favorisée par la prise en charge en ambulatoire, diminue le risque d'infections du site opératoire.

Trois bactéries principalement sont à l'origine de plus de la moitié des cas d'infections nosocomiales :

[Escherichia coli](#) (26%), qui vit naturellement dans les intestins de chacun. 17,6% sont résistantes aux céphalosporines de 3ème génération et 1,4% aux carbapénèmes.

[Staphylococcus aureus](#) (16%), présent dans la muqueuse du nez, de la gorge et sur le périnée d'environ 15 à 30 % des individus. 38% des souches sont résistantes à la méticilline et 1,5% présentent en plus une sensibilité diminuée aux glycopeptides.

[Pseudomonas aeruginosa](#) (8,4%), qui se développe dans les sols et en milieu humide (robinets, tuyauteries...). 20% sont résistantes à la ceftazidime ou aux carbapénèmes.

1.2.5.1 Facteurs de risque pour l'infection nosocomiale

Séjour pré-opératoire prolongé

En rapport avec une colonisation par une flore bactérienne hospitalière ou par une prolifération accrue de la flore endogène.

Durée de l'opération

Une prolongation du temps opératoire représente un facteur de risque indépendant.

Les drains et les cathéters

Intraveineux, péri nerveux ou intra thécaux ou les sondes urinaires sont autant de portes d'entrée pour les agents infectieux. Il faut donc apprendre à s'en passer ou les retirer le plus vite possible

Rasage le jour précédant l'opération

Il provoque des microlésions qui sont autant de portes d'entrée pour la flore résidente aussi bien que pour des bactéries exogènes. Quand un rasage est nécessaire, il est important de le pratiquer juste avant l'intervention et à l'aide d'une tondeuse électrique. Certains auteurs recommandent des douches pré-opératoires en utilisant un savon désinfectant à base de Chlorhexidine.

Éléments techniques

La ventilation de la salle d'opération, processus de stérilisation, gants, masques, techniques chirurgicales non traumatisantes avec hémostase optimale, bonne hydratation et oxygénation du patient.

Concentration bactérienne

La qualité des mécanismes de défense du patient.

Virulence des micro-organismes

Diminution des défenses immunitaires liées à l'âge

Etat nutritionnel (malnutrition, obésité extrême)

Médicaments (prednisone ou autres agents immunosuppresseurs)

Maladies sous-jacentes (diabète, carcinome métastatique), ou radiothérapie au niveau du site chirurgical.

Contamination du site opératoire

Même au cours des opérations « propres » et pratiquées dans des conditions d'asepsie stricte, on en observe régulièrement. En effet, il peut persister des bactéries au niveau des follicules pileux, des glandes séborrhéiques et sudoripares (ce qui représentent jusqu'à 20% de la totalité de la flore cutanée). Ceci peut constituer une source de contamination lors d'interventions propres. Lors de l'ouverture d'organes creux dans le cadre d'opérations « propres-contaminées » ou « contaminées », il s'y ajoute une contamination par les microorganismes saprophytes ou pathogènes qui sont présents.

1.2.5.2 La prévention de l'infection nosocomiale

La prévention de l'infection mérite une organisation bien structurée et pointilleuse : le personnel soignant, les patients et les visiteurs doivent respecter les mesures d'hygiène et d'asepsie dictées par l'établissement.

Des indicateurs de surveillance doivent être installés et les infections nosocomiales traitées.

1.2.5.3 Recommandations pour la prophylaxie antibiotique péri-opératoire⁵

Les céphalosporines de première et de deuxième génération sont les substances les plus utilisées en raison de leur spectre antibactérien et de l'incidence faible d'effets secondaires et de réactions allergiques. Les antibiotiques doivent être efficaces contre les bactéries qui sont le plus fréquemment en cause dans les infections post-opératoires du site chirurgical. Depuis de nombreuses années, la céphazoline (Kefzol®) est l'un des antibiotiques les plus fréquemment recommandé en raison de sa demi-vie relativement longue (1.9 heures) et de son coût bas.

Lors d'interventions prolongées, il peut s'avérer que l'administration d'une seule dose pré-opératoire ne soit pas suffisante pour qu'il y ait des taux sériques et tissulaires adéquats pendant toute l'opération. C'est pour cette raison que beaucoup d'auteurs recommandent l'administration de doses supplémentaires chaque fois que la durée opératoire dépasse 2 demi-vies de l'antibiotique utilisé.

1.2.6 Dysfonctionnement cérébral

Le dysfonctionnement cérébral est fortement lié, en tout cas chez les personnes âgées, au changement d'environnement et d'habitudes. Ce dysfonctionnement peut encore être exacerbé par des médicaments comme les benzodiazépines ou neuroleptiques.

1.2.7 Les nausées et les vomissements

Un certain nombre de patients souffrent NVPO (nausées et de vomissement post-opératoires) retardant une alimentation correcte et la reprise d'une activité normale.

1.2.8 La paralysie intestinale (iléus)

Les interventions abdominales intra-péritonéales engendrent habituellement et de façon normale un arrêt du transit digestif.

1.2.9 Une dynamique d'équipe pour sécuriser le parcours de soins

Tous les intervenants du parcours de soins sont impliqués dans la démarche. La mise en commun des connaissances permet d'améliorer la prise en charge et de réduire les risques éventuels par une évaluation systématique de chaque étape du parcours.

Être mieux informé permet au patient d'arriver dans les meilleures conditions possibles pour son intervention. Le patient a également toutes les informations nécessaires pour préparer son retour à domicile.

Une prise en charge de la douleur avant, pendant et après l'intervention. La combinaison de plusieurs molécules agissant sur les centres douloureux permet tout d'abord de réduire la dose administrée au patient et surtout de diminuer les effets secondaires tels que nausées, vomissements.

Sans douleur, le patient peut rapidement se lever et s'alimenter. La mobilisation précoce permet de réduire le risque de complications lié notamment à un alitement prolongé.

1.2.10 Un retour à domicile rapide et sécurisé.

L'équipe médicale et soignante fixe au patient un certain nombre d'objectifs qu'il lui faudra atteindre avant de pouvoir rentrer chez lui, en fonction de la pathologie pour laquelle il a été admis, parmi lesquels :

- Pas de fièvre
- Pas de douleur
- Reprise de l'alimentation
- L'état de la plaie

Les patients regagnent leur domicile précocement car ils ont obtenu leurs critères cliniques de sortie plus rapidement. De quels critères s'agit-il :

- l'autonomie,
- la mobilisation active,
- la reprise d'une alimentation,
- l'absence de douleurs ou un EVA⁶ < 3.

Ils ne nécessitent pas de suivi plus intense que pour des processus plus longs, bien au contraire l'éducation préopératoire, les simplifications des soins, la standardisation et la systématisation du processus ont sécurisé le parcours clinique, et ont diminué en quelque sorte les effets secondaires de la chirurgie.

1.2.11 Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires⁷.

Il n'y a pas de stratégie spécifique de prévention de NVPO. Elle est la même qu'en chirurgie classique.

Toutes les institutions s'engagent aujourd'hui dans des programmes d'amélioration continue de la qualité avec des projets innovants. De façon à accompagner les équipes à partager leurs expériences, Baxter a créé la « Baxter Junior anesthesia academy⁸ » sous forme d'un concours d'expériences cliniques récompensant des stratégies anesthésiques, organisationnelles et médico-économiques permettant d'optimiser le parcours patient. La première édition s'est déroulée en juin 2012.

2 Risques et bénéfices de la RRAC

2.1 Les risques de la RRAC

Les principes de la RRAC reposent sur une démarche transversale suivant le parcours clinique du patient, depuis sa consultation préopératoire jusqu'à sa récupération fonctionnelle à domicile. Elle vise à réduire le stress métabolique opératoire et le temps de convalescence, permettant ainsi un retour précoce à domicile suivant les mêmes critères cliniques de sortie qu'une prise en charge classique. A terme elle peut aboutir, pour un acte et un profil de patient donnés, à une prise en charge ambulatoire (cholécystectomie, colectomie segmentaire, hernie discale, arthroplasties de hanche ou de genou, ligaments croisés du genou).

Il n'y a pas de risques spécifiques à la RRAC. Il s'agit d'une médecine plus sûre, chaque geste et chaque soin étant basés sur des faits scientifiquement établis.

En s'appuyant sur des essais cliniques contrôlés, les programmes RRAC ont fait la preuve d'une réduction remarquable de la durée de la convalescence et de la durée d'hospitalisation, d'une réduction significative des complications post opératoires et de la mortalité en chirurgie orthopédique. Elle a prouvé son efficacité pour améliorer la satisfaction du patient. Elle a aussi permis de réduire drastiquement la durée moyenne de séjour.

En pratique ces étapes clés s'organisent autour de 7 grands thèmes :

- L'éducation des patients à leur parcours de soins (chemin ambulatoire)
- L'approche pluridisciplinaire
- L'analgésie multimodale avec épargne morphinique
- La démedicalisation précoce du soin (retrait ou absence de perfusion, drains, sonde urinaire)
- La mobilisation et la nutrition précoces
- L'organisation du suivi à domicile
- Le suivi de l'application du protocole, des complications et réadmissions

Les enquêtes rapportent des taux très élevés de satisfaction des patients lors de la prise en charge d'une intervention en ambulatoire, et révèlent qu'une place très importante doit être accordée à l'information, à la communication et aux relations avec le personnel soignant. La mission de l'hôpital de court séjour est de produire un service à **haute valeur ajoutée** pour le patient, garant de la qualité, de la sécurité des soins, et in fine de l'équilibre médico-économique de notre système de soins.

Ce paradigme se construit par la combinaison efficiente, du soin et de l'organisation, rendant incontournable la coopération étroite entre les praticiens de ville et hospitaliers, les équipes soignantes et les équipes administratives animées par les directeurs d'établissements. Les programmes de récupération rapide parce qu'ils engagent les équipes à élaborer une prise en charge efficiente centrée sur les patients, apportent une réponse concrète et collective à ce paradigme.

2.2 Bénéfices de la RRAC

2.2.1 Pour le patient

- Jeûne raccourci
- Reprise rapide de l'alimentation
- Gestion anticipée de la douleur
- Retour au domicile précoce, qui permet d'éviter le déracinement lié à l'hospitalisation notamment pour les personnes âgées et les enfants
- Diminution du risque d'infections nosocomiales notamment pour les seniors affaiblis
- Moins de perte d'autonomie, essentielle pour les seniors
- Diminution du risque thromboembolique
- Diminution des coûts, liés à l'hospitalisation
- Diminution du risque confusionnel

Le score de satisfaction global moyen des patients était de 91.3/100. Les principales réserves portaient sur l'attente et le circuit administratif. Les facteurs associés à un niveau élevé de satisfaction chez les patients étaient l'âge avancé, un bon état de santé perçu et l'évolution favorable de la maladie.

En choisissant une prise en charge selon les principes de la RRAC, le patient devient acteur de sa guérison. Il connaît chacune des étapes de son parcours ainsi que les critères qu'il devra atteindre avant de pouvoir rentrer chez lui, en toute sécurité. Il sait également parfaitement ce qu'il peut ou ne pas faire une fois rentré chez lui.

Le patient retrouve plus rapidement son environnement familial, en toute sécurité, il aura ainsi moins de risque de contracter une infection nosocomiale (infection contractée à l'hôpital mais qui n'a aucun lien avec l'affection pour laquelle il a été admis).

2.2.2 Equipe soignante

- Gagne en organisation, en efficacité. Elle partage et s'enrichit des expériences conduites en France et en Europe
- Taux de satisfaction élevé chez le personnel grâce à de meilleures organisations de travail
- Le score moyen de satisfaction des professionnels relatif à l'organisation de la structure était de 74.4/100 (écart-type : 23,1), notamment pour les horaires de travail⁹
- C'est bien mieux que les réponses à un questionnaire que les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) adressaient à leurs patients hospitalisés¹⁰.
- Mais chez les syndicats, on craint surtout que "le virage ambulatoire" ne se traduise par des fermetures de lits, donc des suppressions d'emploi. L'AP-HP, qui souhaite revoir l'organisation du travail des personnels, vise 45% d'ambulatoire d'ici à 2019, contre 26% aujourd'hui.
- Une enquête de satisfaction¹¹ a été réalisée auprès de 682 professionnels et 503 patients par un auto-questionnaire.
- Le chirurgien gagne en temps et perfectionne sa technique

2.2.3 Entreprise

Optimisation des ressources humaines et matérielles. La mutualisation des achats et l'obtention de meilleurs tarifs auprès des fournisseurs.

2.2.4 Les payeurs : l'Etat et les assureurs

En France, le développement de la chirurgie dite "ambulatoire", sans nuit à l'hôpital, doit générer 400 millions et la réduction des durées d'hospitalisation 600 millions¹². Le ministère affiche un objectif ambitieux de 57% d'opérations effectuées en ambulatoire en 2017, contre 43 % aujourd'hui, et estime à 15.000 le nombre de "ré hospitalisations" qui pourraient être évitées.

"Le sujet est explosif, confie un connaisseur du dossier, puisque ces gains reposent majoritairement sur la réduction des dépenses de personnel". Le ministère de la Santé table sur une "maîtrise de la masse salariale" de l'ordre de 860 millions soit l'équivalent de 22.000 postes et 2% des effectifs de la fonction publique hospitalière.

¹ Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. H. Kehlet : British Journal of anaesthesia 1997 ; 78 : 606-617

² Jørgensen CC, Jacobsen MK, Soeballe K, et al. Thromboprophylaxis only during hospitalisation in fast-track hip and knee arthroplasty, a prospective cohort study. BMJ Open 2013;3:e003965. doi:10.1136/bmjopen-2013-003965

³ Surgical Site Infections Following Ambulatory Surgery Procedure Pamela L. Owens, PhD1; Marguerite L. Barrett, MS2; Susan Raetzman, MSPH3; Melinda Maggard-Gibbons, MD, MSHS4,5; Claudia A. Steiner, MD, MPH1
JAMA. 2014;311(7):709-716. doi:10.1001/jama.2014.4.

⁴ Surgical Site Infections Following Ambulatory Surgery Procedure Pamela L. Owens, PhD1; Marguerite L. Barrett, MS2; Susan Raetzman, MSPH3; Melinda Maggard-Gibbons, MD, MSHS4,5; Claudia A. Steiner, MD, MPH1
[+] Author Affiliations
JAMA. 2014;311(7):709-716. doi:10.1001/jama.2014.4.

⁵ http://www.swissnoso.ch/wp-content/uploads/pdf/v7_2_fr.pdf Consulté le 28.9.2016

⁶ <http://www.antalvite.fr/pdf/echelles.pdf> Consulté le 24.2.2017

⁷ Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2010-01-01, Volume 29, Numéro 1, Pages 67-72,

⁸ http://www.baxter.fr/02_engagement/engagement-Baxter-Junior-Anesthesia-Academy-BJAA.html

⁹ <http://www.leparisien.fr/laparisiennne/sante/a-l-hopital-saint-louis-de-paris-la-chirurgie-ambulatoire-prisee-par-les-personnels-17-09-2015-5100881.php#xtref=https%3A%2F%2Fwww.google.ch%2F> Consulté le 1.2.2017

¹⁰ http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/qualite_des_soins/documents/resume_rapport_2014.pdf Consulté le 1.2.2017

¹¹ <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/POS/2008/4/323.pdf> Consulté le 1.2.2017

¹² <http://www.challenges.fr/economie/20150227.CHA3479/budget-pourquoi-ca-va-saigner-dans-les-hopitaux.html> Consulté le 26.9.2016