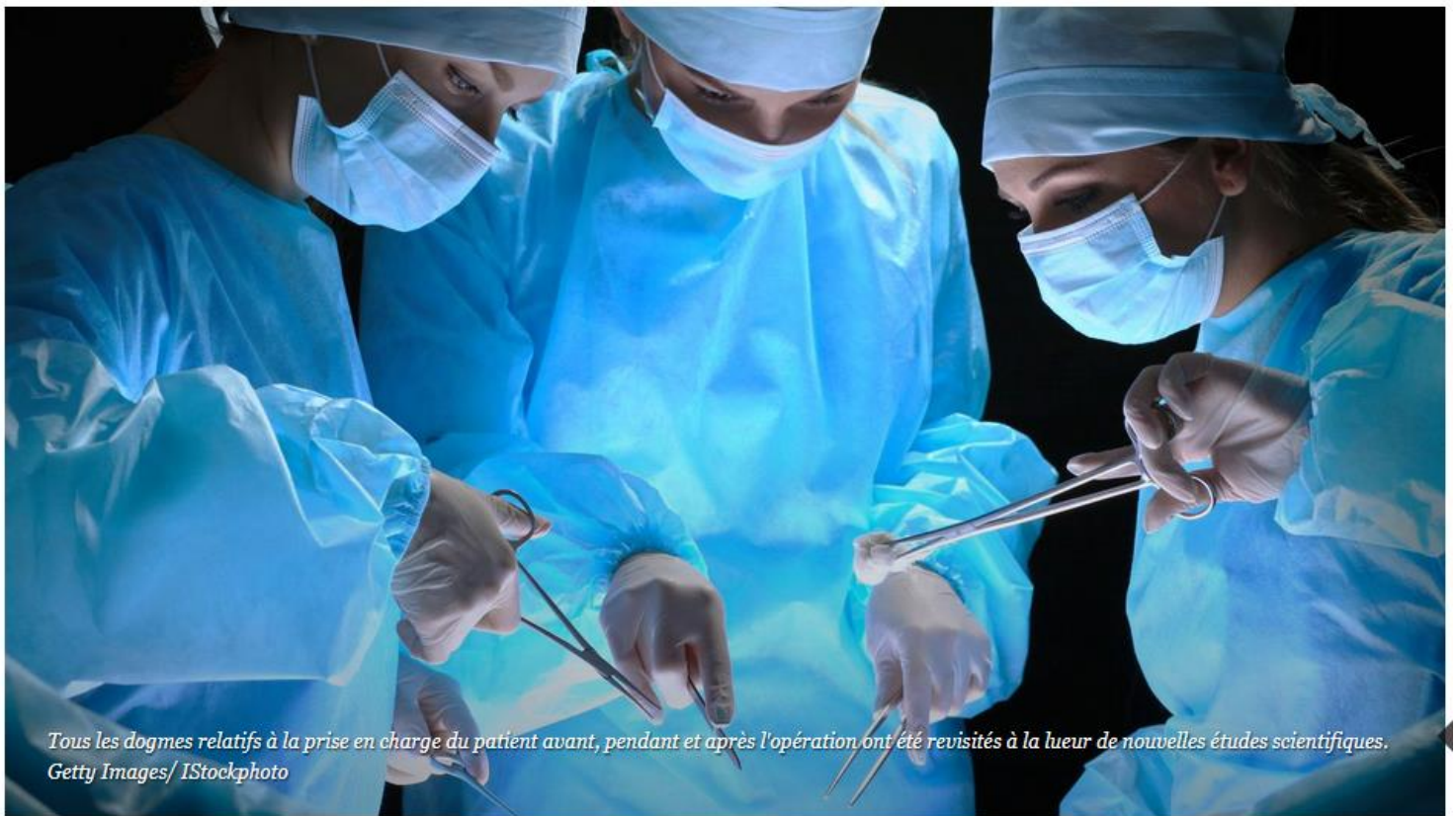


CHIRURGIE

Opérations, nouveau mode d'emploi

Par **Stéphanie Benz,**

publié le 17/09/2018 à 17:30



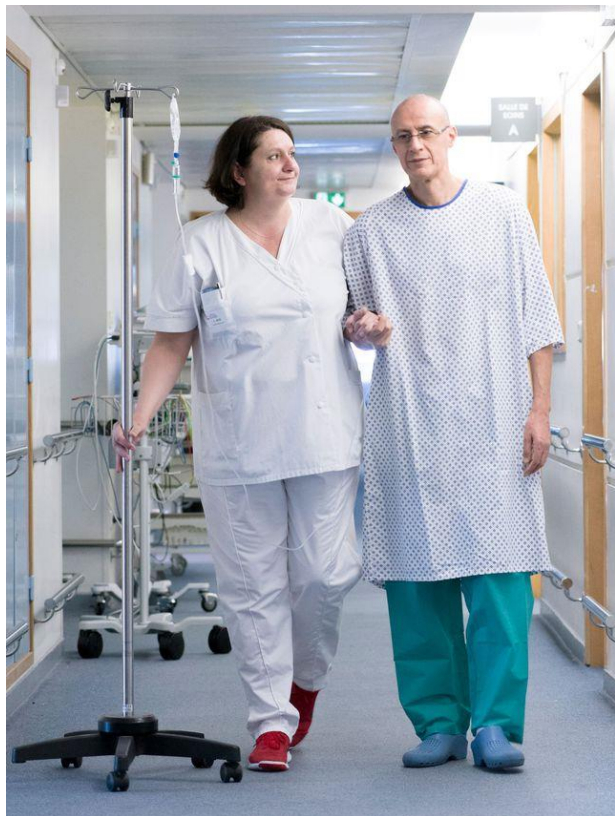
Tous les dogmes relatifs à la prise en charge du patient avant, pendant et après l'opération ont été revisités à la lueur de nouvelles études scientifiques.
Getty Images/ IStockphoto

Changer les vieilles habitudes, s'évaluer : de nouvelles pratiques permettent d'améliorer la qualité des soins.

Charlotte sur la tête, surchaussures, pyjama bleu, blouse verte. Entrée le matin même à l'hôpital, Claudine est prête pour son opération de la hanche. Cela tombe bien, le brancardier arrive. Sans lit ni fauteuil roulants : nous sommes à [l'Institut mutualiste Montsouris](#) (IMM), à Paris, et ici, les patients valides se rendent au bloc à pied. Le rôle du brancardier consiste désormais simplement à leur montrer le chemin. Et, en réalité, à un peu plus que cela : discuter pendant les quelques minutes du trajet, parler de la pluie et du beau temps. Bref, détendre l'atmosphère. "Ainsi, les malades arrivent moins stressés, explique le Pr Christian Mazel, chef du service de chirurgie orthopédique. Sauf cas exceptionnels, nous ne leur donnons plus d'anxiolytiques, les anesthésies peuvent être plus légères, et les réveils deviennent plus rapides."

Cela n'a l'air de rien, et pourtant, cette nouvelle habitude illustre une véritable révolution en cours dans les blocs opératoires, qui traverse toutes les disciplines. Son nom ? La "réhabilitation améliorée après chirurgie" - RAC, dans le jargon médical. "Il s'agit de réexaminer, à la lumière des dernières connaissances scientifiques, les dogmes en vigueur depuis des décennies avant, pendant et après les interventions", résume le Dr Karem Slim, chirurgien à Clermont-Ferrand et [l'un des premiers en France à avoir adopté ces pratiques innovantes](#). L'acte chirurgical en lui-même reste le même, mais toute l'organisation autour se trouve bouleversée. Avec pour objectif de remettre les malades plus rapidement sur pied, y compris après des interventions lourdes, comme en chirurgie cardiaque ou cancérologique.

Une nette diminution des complications



Le sujet peut sembler un brin technique, mais pour les patients, cela change tout. Les complications postopératoires (infections, phlébites, embolies...) diminuent nettement, de l'ordre de 40 % à 50 % en moyenne selon les spécialités. Les désagréments liés à l'intervention (nausées, douleur...) deviennent moins fréquents et la récupération est plus rapide, comme le prouve la baisse des durées de séjour. Mieux encore, différentes études ont montré que les taux de survie à cinq ans des malades opérés d'une tumeur s'avèrent plus élevés. "La RAC est certainement la plus grande avancée en chirurgie ces dernières années, loin devant les robots chirurgicaux, souvent présentés comme une innovation majeure, alors que leur supériorité par rapport aux techniques opératoires classiques n'a jamais été démontrée de manière indiscutable", s'enthousiasme Karem Slim.

Imaginé à la fin des années 1990 par un chirurgien danois, ce protocole est [déjà largement diffusé dans les pays nordiques, au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis](#), mais il reste encore assez confidentiel en France. A ce jour, il est pratiqué par une soixantaine d'équipes chirurgicales, mais il pourrait toutefois devenir la norme dans les années à venir : "Le gouvernement répète qu'il veut améliorer la qualité des soins : en chirurgie, la

RAC est un bon moyen d'y parvenir", souligne le Pr Patrick Pessaux, secrétaire général de [l'Association française de chirurgie \(AFC\)](#), qui va y consacrer une large place lors de son congrès annuel, du 19 au 21 septembre à Paris.

Se préparer à l'opération comme un sportif à une compétition

En réalité, le programme peut commencer quelques jours, voire quelques semaines avant l'intervention. "Le malade va se préparer à l'opération, un peu comme un sportif de haut niveau aborde une compétition", note Pascale Mariani, chef de service de chirurgie digestive à l'Institut Curie, à Paris. Les principes sont d'ailleurs assez similaires. Soigner l'alimentation avec, au besoin, des compléments alimentaires hypercaloriques afin de stimuler le système immunitaire. Pratiquer une activité physique, éventuellement avec un kiné, pour diminuer l'anxiété avant l'intervention et limiter la perte des capacités musculaires et respiratoires après. Ne pas négliger la préparation mentale, avec des exercices de relaxation, qui auront un effet bénéfique sur les douleurs postopératoires, tout en facilitant l'arrêt du tabac.



La kinésithérapie avant l'opération (ici, de la kiné respiratoire en vue d'une opération de chirurgie cardiaque) permet de récupérer plus facilement après. VIRGINIE ROL

Ensuite, le jeûne strict, parfois jusqu'à douze heures avant l'intervention, a été abandonné : "Des études ont montré qu'il entraînait une hausse du cortisol, l'hormone du stress, qui s'ajoutait au stress de l'opération", explique Anne-Elisabeth Bossard, anesthésiste à l'IMM. Désormais, on peut donc manger jusqu'à six heures avant le passage au bloc. Et il faut avaler deux heures avant une boisson sucrée, spécialement conçue pour éviter hypoglycémie et résistance à l'insuline, facteurs de risque d'infection. Cela permet aussi de moins perfuser le malade, puisqu'il sera mieux hydraté. "Avec les perfusions, il peut y avoir une surcharge en eau et des oedèmes, qui obligent à laisser les sondes urinaires plus longtemps", explique le Pr Pessaux, par ailleurs chirurgien à Strasbourg.

Après l'opération, manger et bouger rapidement

Au contraire, ici, tout est fait pour limiter les "tuyaux" (drains, sondes...), à la fois pour réduire les risques d'infections, et pour que le malade se lève le plus vite possible - dans l'idéal de quatre à cinq heures maximum après l'intervention. "C'est essentiel pour préserver la masse musculaire, améliorer le sommeil et accélérer la reprise du transit intestinal", souligne Anne-Elisabeth Bossard. Ce qui va stimuler l'appétit et la soif, et éviter nausées et vomissements... Boire et manger rapidement après l'opération sont d'ailleurs recommandés, alors qu'auparavant le jeûne était aussi de mise.

A l'Institut Montsouris, même les patients opérés d'une chirurgie cardiaque n'échappent pas à ce traitement : "A minima, nous leur demandons de s'asseoir", insiste Fehmi Kattou, anesthésiste. Une profession qui joue un rôle important dans la réussite du programme. Car, pour bouger et manger rapidement, le patient ne doit pas se trouver assommé par l'anesthésie. Ni souffrir le martyre, alors même que la morphine est déconseillée, car elle est administrée via des perfusions, et retarde la reprise du transit.

Une source d'économies potentielles

"Au final, c'est un ensemble de mesures qui, mises bout à bout, permettent d'enclencher un cercle vertueux, y compris pour les patients les plus fragiles", résume Pascale Mariani. Hospitalisé dans son service de l'Institut Curie, José, 82 ans, a noté la différence. Opéré d'une grosse tumeur au foie un mercredi, il se promenait déjà dans les couloirs le samedi matin : "J'ai subi une intervention du côlon il y a dix ans, et il m'avait fallu une bonne semaine pour sortir du lit, alors qu'il s'agissait d'un acte moins lourd", s'étonne-t-il. Bien sûr, tous les chirurgiens ne sont pas encore convaincus : "Certains me disent qu'il n'y a rien de nouveau, qu'ils font cela depuis toujours. Mais, en réalité, la plupart n'appliquent pas le programme complet, et cela fait toute la différence", constate Patrick Pessaux. Notamment, ils ne s'évaluent pas, alors que c'est une partie intégrante du protocole (*lire ci-dessous*).

L'intérêt de la RAC n'a, en revanche, pas échappé à [l'Assurance maladie](#), ni au ministère de la Santé. Car, en réduisant les complications et la durée des hospitalisations, elle engendre aussi des économies. Cette organisation innovante se trouve donc dans l'air du temps - et des réformes en cours du système de santé. Elle ne peut pas s'appliquer sans

développer les liens entre la ville et l'hôpital, pour le suivi des patients qui rentrent plus vite chez eux. Elle s'inscrit aussi dans la volonté de faire évoluer le mode de financement des hôpitaux. Entre autres pistes, une rémunération "à l'épisode de soins" est à l'étude : ce forfait inclurait l'opération, mais aussi l'accompagnement du patient avant et après (actuellement non pris en charge), ainsi que le traitement des éventuelles complications, qui ne donneraient plus lieu à un paiement supplémentaire comme aujourd'hui. "Les équipes appliquant la RAC seraient gagnantes", souligne Karem Slim. Mais le projet ne fait pas l'unanimité : des syndicats de chirurgiens s'y opposent déjà. Le débat ne fait que commencer.

ZOOM : S'évaluer pour s'améliorer

Jusqu'ici, l'évaluation était le parent pauvre des politiques de santé. La Haute Autorité de santé vérifie le respect d'un certain nombre de procédures, mais l'analyse des résultats (taux de mortalité, réinterventions, satisfaction des patients...) s'avère quasi inexistante. "Avec le protocole de réhabilitation amélioré, les chirurgiens doivent participer à un registre, où ils inscrivent toutes les opérations, le respect ou non des différents items du programme, les complications", souligne le Pr Patrick Pessaux. Les données sont ensuite anonymisées, et les centres peuvent se comparer. Une pratique qui se diffuse à l'étranger, et qui dépasse largement ce seul protocole : "L'évaluation améliore la qualité des soins. Aux Pays-Bas, le registre national du cancer colorectal a permis de réduire de 40 % la mortalité intra-hospitalière en seulement quatre ans", souligne le Pr Grégory Katz, économiste à l'Université de médecine Paris-Descartes. Les centres avec les moins bons résultats sont en effet poussés à s'améliorer... ou à fermer.