

Réhabilitation améliorée

La réhabilitation améliorée est plus présente qu'on ne le croit dans les centres hospitaliers en France, c'est le premier grand constat qui ressort du rapport de l'AFC 2018, réalisé à 4 mains par **Pascale Mariani**, chirurgien d'oncologie viscérale de l'Institut Marie Curie et **Karem Slim**, professeur dans le service de chirurgie générale et digestive, responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire du CHU de Clermont-Ferrand, et surtout président de Grace, association fondée en 2010 qui milite pour l'utilisation de la RAC. Nous avons voulu en savoir plus sur le rapport et vous donner un avant-goût de la présentation qu'ils réaliseront au prochain congrès de l'AFC, le mercredi 19 septembre en plénière.

Bonjour Pascale, Bonjour Karem, pourquoi ce rapport aujourd'hui ?

Karem Slim : la RAC est arrivée en France à la fin des années 2000. J'ai fondé Grace en 2014 pour encourager cette nouvelle pratique et pour constituer une base de données sur les différents résultats. En 2016, l'HAS publie une première enquête. Cette même année L'AFC nous a commandé un rapport sur le sujet, désireux d'avoir un état de l'art sur les pratiques de la RAC dans le viscéral.

Pascale Mariani : Cela fait donc deux ans que nous travaillons sur le rapport, pour la chirurgie viscérale. Ce sont 2115 patients que nous avons suivis pendant 1 an (mai 2016 à mai 2017) et qui forment trois cohortes en fonction des données transmises par les 39 centres participant à l'étude :

- une cohorte pour la chirurgie colorectale – la plus importante avec 1639 patients
- une cohorte pour la chirurgie bariatrique avec 365 patients et
- une cohorte en chirurgie hépatique avec 111 patients.

Notre objectif : donner des éléments concrets et livrer les résultats des différents protocoles et des items utilisés pour inspirer les chirurgiens dans leur pratique de tous les jours.

Avez-vous rencontré de la résistance au cours de vos recherches, de la part des chirurgiens ou encore des patients ?

K.S : La RAC remet à plat nos schémas préétablis, aussi bien côté chirurgiens que côté patients. La première résistance à la pratique c'est celle des dogmes, alimentée par le mimétisme ou la peur de remettre en question des pratiques actives depuis 100 ans.

P.M : rendre le patient acteur de son opération chirurgicale c'est révolutionnaire. Mais l'étude montre que la pratique est plus développée que l'on croit, preuve qu'on est entré dans une nouvelle phase.

Comment alors accélérer la RAC dans le milieu hospitalier ?

P.M : pour le savoir, il faut venir assister à notre présentation mercredi 19/09... (rires)

Mais ce qu'on peut vous dire tout de suite c'est que pas mal d'idées reçues volent en éclats, et que repenser la relation et le parcours patient, invite à revoir tous les schémas de prise en charge.

K.S : Une observation fondamentale vient du fait qu'en remettant les protocoles à plat, chaque acte est revisité, re-questionné par rapport aux fondements scientifiques et à l'état des connaissances. On a donc besoin de consigner toutes les innovations et leurs résultats. Cela fait naître des collaborations inédites entre les chirurgiens, curieux des nouvelles façons de procéder. Ces collaborations sont encore plus horizontales, car elles invitent les autres professionnels de santé à travailler ensemble, infirmières, anesthésistes, nutritionnistes...et cela c'est aussi une belle (r)évolution.