

Alexis SCHIKORSKI

Master Healthcare Business

**Analyse de la filière de prise en charge post-opératoire en obstétrique-
gynécologie : Enjeux du développement de la réhabilitation améliorée après
chirurgie (RAAC)**

*Quels moyens organisationnels et/ou technologiques mettre en place pour favoriser
une prise en charge post-opératoire plus efficace ?*

Mémoire de fin d'étude de la 2^{ème} année de Master
Sous la direction de Monsieur LAVISSE Etienne

Date de la soutenance : Mercredi 3 Juillet 2024

Heure de la soutenance : 14 H 30

Composition du jury :

- **GARCIA-FERNANDEZ Maria-José** : Président de jury
- **LAVISSE Etienne** : Directeur de mémoire
- **MORANT Laurence** : 3^{ème} membre du jury

- REMERCIEMENTS -

Ce mémoire de fin d'études représente l'apogée et l'aboutissement de mon parcours universitaire et plus spécifiquement de mon Master Ingénierie de la Santé – Parcours Healthcare Business, qui n'aurait pas été possible sans l'accompagnement de plusieurs personnes que je tiens à remercier ci-après.

En premier lieu, je suis sincèrement reconnaissant auprès de **Monsieur Etienne LAVISSE**, consultant et formateur en management professionnel certifié, Maître de conférences associé à l'I.L.I.S. et directeur de ce mémoire, de m'avoir accompagné dans ce projet, en dépit de nos différentes filières de prédilection. Sa vision, ses conseils et son expertise reconnue du domaine hospitalier ont stimulé et ouvert ma réflexion sur le sujet.

J'adresse ensuite mes remerciements à **Madame Maria-José GARCIA-FERNANDEZ**, Maître de conférences à l'ILIS et présidente du jury de soutenance de ce mémoire et qui avait présidé, avec bienveillance, ma soutenance de stage de Master 1.

Je tiens également à exprimer ma gratitude à **Madame Laurence MORANT**, Infirmière coordinatrice RAAC et parcours de soins en cancérologie à la Clinique de la Victoire (Tourcoing), d'avoir accepté de participer à ma soutenance de mémoire en tant que membre professionnel mais également pour le temps précieux accordé dans le cadre de notre échange sur le sujet de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC).

Par ailleurs, je remercie **chaque professionnel de santé et industriel de santé, expert de la RAAC ou non**, avec qui j'ai pu échanger dans le cadre de mon enquête. Leur disponibilité et nos échanges m'ont apporté une réelle compréhension du concept, de ses enjeux et suscité la motivation de pouvoir contribuer au lien entre ces acteurs.

Il est enfin primordial de témoigner, du plus profond de mon cœur, de ma gratitude pour **ma petite-amie, Julie VERLET**. Son soutien inconditionnel m'a permis de maintenir le cap vers l'aboutissement de mes études et je ne l'en remercierais jamais assez pour cela.

De plus, je remercie sincèrement **ma famille** pour nos différents échanges informels sur le sujet du mémoire. Mais surtout, je suis infiniment reconnaissant pour leur soutien inconditionnel qui a été une force de tous les instants au cours de cette année universitaire en alternance challengeant chacun de mes acquis.

Je salue enfin la bienveillance de mes **collègues de promotion** que je remercie chaleureusement pour la cohésion remarquable qui a été nouée pour atteindre les objectifs.

- SOMMAIRE -

REMERCIEMENTS.....	1
TABLE DES FIGURES.....	3
TABLE DES TABLEAUX.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
GLOSSAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	6
PARTIE I : REVUE DE LITTÉRATURE.....	8
I - Le concept de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC).....	8
II - Le secteur de la chirurgie gynécologique.....	22
PARTIE II : MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE.....	27
I - Objectifs de l'enquête.....	27
II - Méthode et outils de l'enquête.....	27
III - Mise en relation avec les cibles de l'enquête.....	31
PARTIE III : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE.....	33
I - La réalité de la RAAC dans les établissements.....	33
II - Limites, obstacles et contraintes à son implémentation.....	38
III - Pistes de solutions aux défis.....	43
IV - La relation entre l'Hôpital et les cabinets libéraux.....	49
PARTIE IV : DISCUSSION & RECOMMANDATIONS.....	53
I - Formation continue des professionnels.....	53
II - Volet technologique et apport de l'industrie de santé.....	54
III - Développement de la relation entre Hôpital et Ville.....	55
IV - Soutien et financement institutionnel cohérent.....	55
CONCLUSION.....	56
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58
TABLE DES ANNEXES.....	67
ANNEXES.....	I

- TABLE DES FIGURES -

Figure 1 : Caractéristiques de la prise en charge peropératoire en RAC.....	9
Figure 2 : Principes de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie [9]	10

- TABLE DES TABLEAUX -

Tableau 1 : Matrice de calcul du score d'Apfel [47]	17
Tableau 2 : Résultats sur la DMS avec des protocoles de réhabilitation améliorée	19
Tableau 3 : Interlocuteurs de l'enquête de terrain.....	32
Tableau 4 : Idées générales des profils sur le thème n°1, issus des verbatims	33
Tableau 5 : Idées générales des profils sur le thème n°2, issus des verbatims	38
Tableau 6 : Idées générales des profils sur le thème n°3, issus des verbatims	43
Tableau 7 : Idées générales des profils sur le thème n°4, issus des verbatims	49

- LISTE DES ABBREVIATIONS -

AINS : Anti-Inflammatoires Non
Stéroïdiens

ALR : Anesthésie Loco-Régionale

APD : Analgésie Péridurale

APA : Activités Physiques Adaptées

ASA : *American Society of
Anesthesiologists*

ASH : Aide-Soignant Hospitalier

CA : Conseil d'Administration

CHRU : Centre Hospitalier Régional
Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DM : Dispositif(s) Médical(aux)

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EBM : *Evidence Based Medicine*
(Médecine Basée sur les Preuves)

ECR : Essai Clinique Randomisé

ERAS : *Enhanced Recovery After
Surgery*

FTS : *Fast Track Surgery*

GRACE : Groupe francophone de
Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

HAS : Haute Autorité de Santé

HCL : Hospices Civils de Lyon

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IRM : Imagerie par Résonance
Magnétique

NHS : *National Health Service*

NVPO : Nausées et Vomissements Post-
Opératoires

PDG : Président-Directeur Général

RAAC : Réhabilitation Améliorée Après
Chirurgie

RAC : Réhabilitation Améliorée en
Chirurgie

ROI : Return Of Investment

SFAR : Société Française d'Anesthésie
et de Réanimation

SMAAR : Société Marocaine
d'Anesthésie, d'Analgésie et de
Réanimation

TENS : *Transcutaneous Electrical Nerve
Stimulation (Neurostimulation électrique
transcutanée)*

VR : *Virtual Reality (Réalité Virtuelle)*

- GLOSSAIRE -

Anesthésie locorégionale : Cette méthode consiste à injecter des anesthésiques locaux aux alentours d'un nerf ou de la moelle épinière dans le but d'insensibiliser une région définie. [1]

Analgesie péridurale : Technique d'anesthésie visant à soulager les sensations douloureuses de l'accouchement, par administration de produits anesthésiants dans la moelle épinière, ce qui permet d'avoir une action locale et précise. Cette approche permet « de conserver la sensation des contractions, le réflexe de pousser et, dans certains cas, votre mobilité. » [2]

- INTRODUCTION -

Le système de santé français est considéré comme l'un des plus performants au monde, grâce à la qualité des soins proposés, basés sur l'excellence médicale de ses professionnels, la formation rigoureuse de ceux-ci et sur une innovation constante soutenue par les institutions. Néanmoins, son socle reposant sur les valeurs fortes de solidarité et d'égalité à l'accès aux soins entraîne des faiblesses significatives quant aux ressources humaines, matérielles et financières des établissements pour perpétuer une offre de soins qualitative. Cette même problématique budgétaire, dont souffre notre système de remboursement de soins, engendre une pression permanente sur les équipes et les structures hospitalières qui sont invitées à redoubler d'inventivité pour respecter les contraintes sans impacter la qualité de la prise en charge des patients, qui sollicitent à leur tour leurs professionnels de santé, en ayant une exigence justifiée envers notre système sanitaire.

Pour illustrer ceci, on peut se focaliser sur le domaine chirurgical de l'obstétrique-gynécologie qui est directement confronté à ces défis. En effet, les pratiques chirurgicales, notamment les césariennes, les hystérectomies mais aussi, dans une moindre mesure, les interventions gynécologiques, engendrent généralement une période de récupération relativement importante en phase post-opératoire. De plus, cela s'accompagne de douleurs significatives et d'un risque de complications non négligeable. Ces répercussions impactent à fortiori, directement la qualité de vie des patientes mais provoque aussi l'augmentation des dépenses de santé publique.

Ce bref survol des conséquences que l'on peut constater sur ce segment de la chirurgie, qu'il conviendra de développer ultérieurement nous permet pourtant de mettre en exergue la problématique directrice de ce mémoire, qui est la suivante :

Quels moyens organisationnels et/ou technologiques mettre en place pour favoriser une prise en charge post-opératoire plus efficace ?

Tout, ou partie, de la réponse se situe peut-être dans le concept de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (**RAAC**) qui est une innovation majeure et récente dans la prise en charge chirurgicale. Car, effectivement, l'utilisation de protocoles RAAC pourrait répondre aux enjeux de réduction du temps de récupération et des complications tout en proposant des soins encore plus qualitatifs afin d'optimiser les parcours de soins.

Ainsi, ce mémoire a pour objectif d'analyser la filière de prise en charge post-opératoire en obstétrique-gynécologie à travers le prisme de la réhabilitation améliorée après chirurgie. Cela se caractérisera par l'identification de ses bénéfices potentiels mais aussi et surtout des défis de sa mise en œuvre dans un contexte spécifique et les solutions nécessaires pour surmonter ces obstacles. Il conviendra de porter une attention toute particulière aux différentes phases chirurgicales qui doivent être clés dans la réussite des procédures RAAC.

La réponse à la problématique précédemment présentée s'appuiera donc sur une revue de la littérature, qui permettra de définir précisément le concept de RAAC et de réaliser une analyse comparative avec les procédures actuelles en secteur obstétrique-gynécologie. Par la suite, nous détaillerons la méthodologie d'enquête de terrain réalisée en collaboration avec les personnels initiés ou non à la philosophie de la RAAC, ainsi que l'analyse des résultats qui en découlent. Cela nous amènera à la dernière partie consacrée à la discussion et à l'objectif final qu'est la proposition de préconisations organisationnelles, techniques et/ou financières pour les établissements et leurs professionnels de santé, afin de faciliter l'adoption de ces protocoles et d'améliorer la prise en charge des patientes en obstétrique-gynécologie.

La contribution concrète, à la modeste échelle du rédacteur, à l'amélioration continue des soins et à l'optimisation des ressources de santé serait perçue comme une valorisation certaine de l'investissement.

PARTIE I : REVUE DE LITTÉRATURE

I - Le concept de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

A. Définition et origines

La Réhabilitation (ou Récupération) Améliorée Après Chirurgie (**RAAC** ou **RAC**), aussi appelé *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)* dans la nomenclature internationale, est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie, d'après le site de la Haute Autorité de Santé (**HAS**) [3]. En effet, ces programmes se composent d'un ensemble de mesures pré, per et postopératoires qui tendent à réduire l'agression chirurgicale [4] et donc le délai nécessaire pour récupérer pleinement de son intervention. D'après le site du Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (**GRACE**), la RAAC « repose sur trois principes capitaux :

- 1- le fondement scientifique de toutes les mesures appliquées,
- 2- le développement de l'esprit d'équipe parmi les soignants (*chacun dans son domaine*),
- 3- la participation du patient qui devient un acteur privilégié de ses soins. »

Ce concept a été initialement imaginé et développé, dans les années 1990, par l'équipe danoise menée par le Professeur Henrik Kehlet [3], dans le cadre des interventions colorectales de son service. D'après son créateur, ce programme multimodal de réhabilitation accélérée est destiné à réduire le taux de complications, les conséquences à moyen et à long terme de la chirurgie et de l'anesthésie, et la durée d'hospitalisation [5]. Une notion également fondatrice de ces protocoles est l'utilisation de mesures factuelles, reconnues dans la littérature « avec un niveau de preuves indéniable basé sur les méta-analyses et des essais randomisés », comme nous l'explique le Docteur Olivier Raspado dans sa thèse de 2008 [6].

En effet, le principe est de n'utiliser exclusivement que des mesures chirurgicales, anesthésiques et organisationnelles éprouvées ou présentant, à minima, une balance bénéfices/risques la plus positive et les moins invasives possibles, toujours dans un esprit d'améliorer la prise en charge chirurgicale du patient (**Figure 1**).

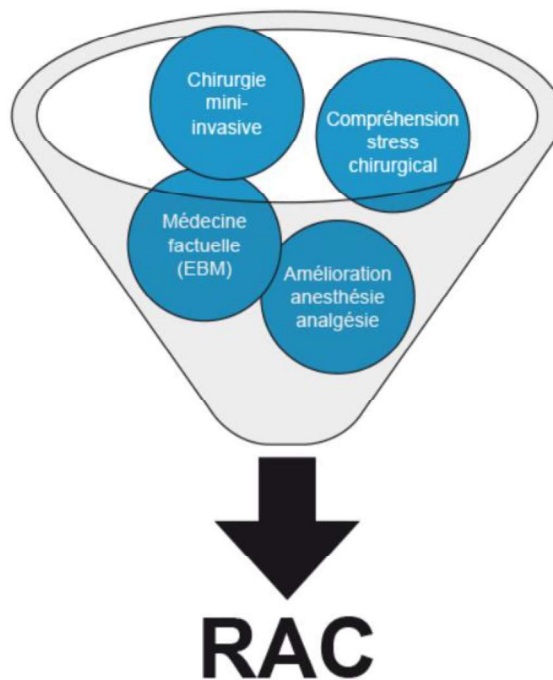


Figure 1 : Caractéristiques de la prise en charge peropératoire en RAC¹

Les exemples d'études cliniques sur le sujet sont pléthore et confirment que la RAAC a un effet positif sur la morbidité postopératoire, fluidifie la récupération et réduit significativement les durées de séjours hospitaliers mais sans entraîner d'augmentation du taux de réadmission des patients [7,8].

Également, une notion fondamentale à la réussite des protocoles RAAC est une implication de l'ensemble de l'équipe de soins car de nombreux professionnels sont concernés. Au travail des anesthésistes et des chirurgiens, viennent s'ajouter les compétences synergiques des « infirmier-ères, nutritionnistes, aides-soignants, kinésithérapeutes, personnels administratifs », pour ne citer qu'eux, tous coordonnés dans un but commun : « Soigner dans les meilleures conditions possibles. » [4]

Par ailleurs, ce postulat est particulièrement renforcé par la participation active du patient à ses besoins, qui est une caractéristique forte et essentielle des programmes de réhabilitation améliorée, dans le but d'atteindre les objectifs d'amélioration de la qualité de prise en charge et la réduction de l'agression chirurgicale. En effet, comme l'explique la

¹ K. Slim La réhabilitation améliorée après chirurgie, éd. Elsevier 2018

HAS, « le patient et son entourage [...] sont impliqués dès la phase préopératoire dans le programme » [4].

Cette adhésion du patient est assurée tout au long du processus pour lui permettre de comprendre les tenants et aboutissants de sa prise en charge et cela commence dans la majorité des services avec une consultation préopératoire dédiée, qui se positionne dans la continuité des consultations habituelles avec le chirurgien et l'anesthésiste. Ce temps spécifique et primordial pour la suite des opérations est habituellement encadré par l'infirmière coordinatrice RAAC qui devient une réelle interface entre le patient et les différents professionnels de santé. L'objectif est d'informer, d'évaluer et d'éduquer le patient le plus précisément possible pour permettre l'anticipation de tous les paramètres susceptibles d'influencer la prise en charge et de préparer et accompagner la sortie du patient de manière optimale. Cette étape symbolise l'organisation de la RAAC centrée sur le patient pour leur permettre de dédramatiser l'opération, réduire les prémédications et jeûns non-indispensables et d'assurer leur pleine compréhension et adhésion.

De cette étape indispensable, découlent l'adaptation logique des mesures per et postopératoires, basées, pour la première, sur la chirurgie mini-invasive, l'analgésie optimisée à la dose minimum et la limitation des drains inutiles et, pour la seconde, sur une mobilisation et une réalimentation précoce des patients pour favoriser le retour à leur pleine capacité fonctionnelle (**Figure 2**).

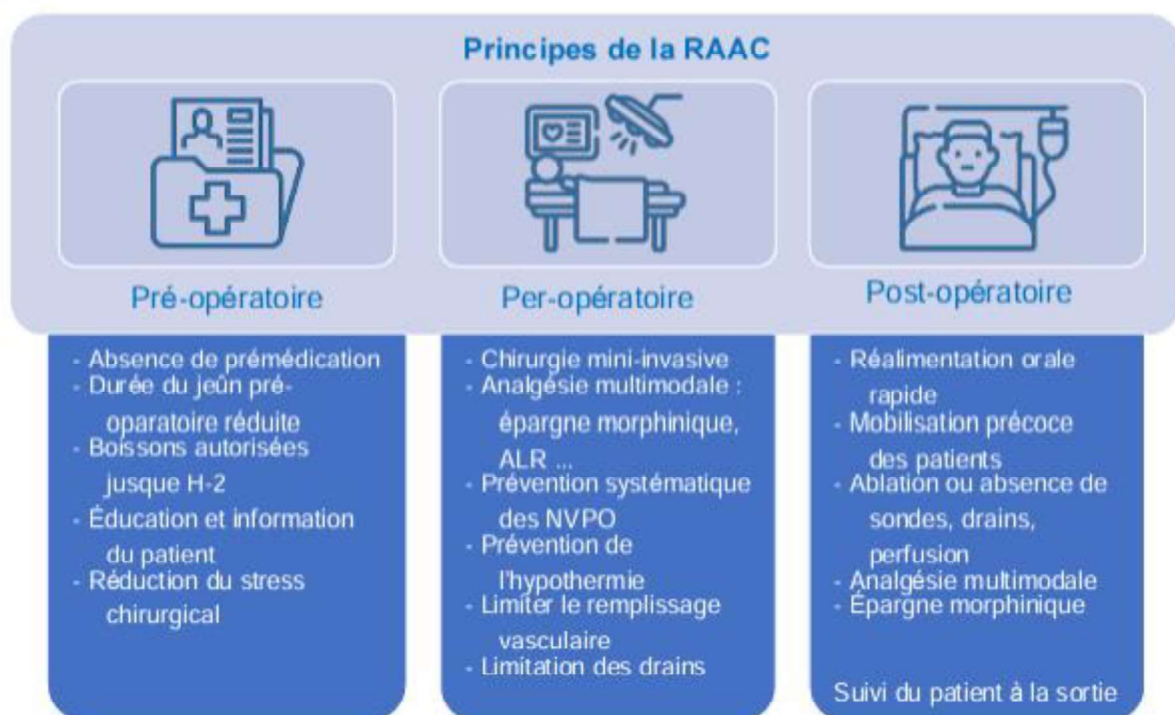


Figure 2 : Principes de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie [9]

A la lumière de cette présentation, on peut facilement faire la confusion entre les protocoles RAAC et la chirurgie ambulatoire, qui tendent tous deux à réduire les durées de séjours par l'optimisation de la réhabilitation des patients. Par ailleurs, « l'anticipation et la connaissance de toutes les étapes du parcours de soin » sont un enjeu fondamental pour la prise en charge en ambulatoire. La différence majeure entre ces moyens de prise en charge réside dans le champ d'action de la RAAC qui, de par son intégration plus poussée du patient, un suivi plus approfondi et une intégration de plusieurs corps médicaux permet de s'adapter à des interventions chirurgicales majeures, ce qui n'est pas le cas pour l'ambulatoire, plutôt pensé pour les interventions « rapides » permettant de sortir sous 12 heures [10].

Néanmoins, il apparaît intéressant de faire le rapprochement avec cette méthode puisque celle-ci s'inscrit dans un vaste objectif de santé publique français traduit dans la stratégie de Transformation du Système de Santé de Février 2018, qui avait pour objectif d'atteindre les 70% de prise en charge en chirurgie ambulatoire pour 2022. D'après les données recueillies en 2022, les résultats étaient proches mais stagnent à 66,1% [11], encore bien loin des 90% relevés dans les pays scandinaves, tels que le Danemark et la Suède [10]. Il est ainsi étrange de remarquer que les pays en avance sur ce domaine soient à l'origine du développement de la RAAC, processus qui, en théorie, pourrait permettre à la France de remplir cet objectif ambitieux et de faire de la réhabilitation améliorée après chirurgie, l'outil conventionnel en chirurgie, quelle qu'elle soit, ce qui permettrait de redresser les finances.

La RAAC, comme expliqué plus tôt, a été initialement développée en chirurgie colorectale et digestive, notamment pour les interventions lourdes [3] puis s'est très vite répandue sur d'autres segments chirurgicaux, puisqu'aujourd'hui, elle est aussi mise en place dans les spécialités suivantes :

- L'urologie (cystectomie, néphrectomie, prostatectomie)
- La chirurgie cardiovasculaire et thoracique
- L'orthopédie (prothèses totales de hanche et de genou)
- La chirurgie du rachis
- La gynécologie (césarienne, hystérectomie, ovariectomie)

A bien y réfléchir, et d'après l'article d'Alphonse Doutriaux, toutes les spécialités médicales pratiquant la chirurgie sont à priori éligibles à l'utilisation de programmes RAAC [12] leur permettant d'améliorer la prise en charge et ainsi réduire toutes les complications éventuelles.

B. Résultats et Avantages des protocoles RAAC

Dans le but d'encourager le développement et l'expansion des processus de prise en charge RAAC, il est nécessaire de faire l'étude des résultats démontrés par ceux-ci dans la littérature et par voie de conséquence des avantages qu'ils peuvent représenter pour la patientèle, en priorité, puis pour l'organisation interne des établissements hospitaliers, au travers de leurs équipes soignantes et personnels administratifs.

Si l'on reprend les données de l'association GRACE, celle-ci indique que la prise en charge RAAC entraîne, dans la plupart des cas, « **une amélioration de la convalescence, une réduction de la morbidité globale et par conséquent une réduction de la durée de séjour postopératoire** » [4]. Ce postulat global, également décrit plus tôt, se base néanmoins sur des faits prouvés par les différentes études cliniques menées jusque-là, ce qui concorde par ailleurs avec l'un des principes de base de la RAAC, à savoir la véracité scientifique de ses recommandations. Dans cette sous-partie, nous allons nous attarder sur les facteurs qui permettent d'avancer cela.

1 - Sélection et éducation des patients à leur parcours de soin

En premier lieu, il est fondamental de rappeler l'importance de l'adhésion du patient à son protocole de soins dans l'objectif de maximiser le taux de réussite de celui-ci. En effet, Arrick & al ont démontré qu'un protocole réalisé sur un patient compliant (observance $\geq 75\%$) avec celui-ci permettait une réduction des complications à hauteur de 15% de même qu'une réduction de la durée moyenne de séjour (**DMS**) d'en moyenne 3 jours [13]. Cette première étude souligne donc l'importance d'accompagner le patient tout au long du parcours mais surtout de bien l'informer comme le démontre l'étude menée par Egbert & al qui conclue sur le lien positif entre la diminution de la consommation de produits analgésiques et l'information détaillée du patient en amont sur le déroulé de sa chirurgie, les modalités anesthésiques utilisées et les complications éventuelles [14]. Cette éducation la plus complète possible permet donc de diminuer l'anxiété des patients mais aussi de réduire significativement d'autres risques et complications postopératoires, comme l'expliquent Gustafsson & al en 2011 [15].

2 - Fin des pratiques du jeûne préopératoire

En effet, dans les mœurs, il est coutume de penser que l'intervention chirurgicale vient de pair avec la mise en place d'un jeûne plus ou moins drastique en amont, souvent 12 à 24 heures avant l'intervention dans l'objectif d'éviter tout risque d'aspiration pulmonaire, c'est-à-dire que le contenu de l'estomac soit régurgité et ne finisse dans les

poumons, ce qui entraînerait potentiellement des infections comme une pneumonie chimique, une pneumonie bactérienne voire même une détresse respiratoire aiguë [16]. Néanmoins, cette recommandation crée plus d'effets délétères qu'elle n'en prévient puisque cette pratique est notamment génératrice d'angoisse et de stress, ce qui entraîne la résistance des cellules à l'insuline ou insulino-résistance, phénomène qui se caractérise par « *la diminution de la réponse cellulaire et tissulaire à l'insuline.* » [17], d'après la HAS. Cela va induire une augmentation de la glycémie car l'insuline permet au glucose de rentrer dans les cellules en tant que source d'énergie [18] ce qui provoque une activité cellulaire amoindrie et donc une récupération plus longue. A la lumière de ce constat, se sont positionnées plusieurs études qui appuient toutes le fait que le jeûne préopératoire est source de stress et que l'ingestion de produits riches en glucides jusqu'à 2 heures avant la chirurgie calmait l'angoisse de même que la satiété, la soif des patients et également la résistance à l'insuline [19,20]. Hausel & al ont démontré, en plus de ces effets, que cette prise de liquide n'augmente pas non plus le volume ou l'acidité gastrique étant donné que les liquides clairs sont rapidement consommés par l'organisme [21]. Pour revenir au premier objectif du jeûne, c'est-à-dire d'éviter l'aspiration pulmonaire, Brady & al avaient constitué une revue de littérature de plus de 25 essais, réalisés avec randomisation, regroupant plus de 2500 patients. Cette étude n'a pas mis en évidence de lien entre l'ingestion de liquide glucidique jusqu'à deux heures avant l'intervention et un risque majoré d'aspiration pulmonaire ou de régurgitation. Bien au contraire, cette analyse atteste même d'une diminution du volume gastrique par rapport à un jeûne préopératoire conventionnel [22].

C'est en ce sens que les recommandations sur le jeûne ont pu évoluer, grâce notamment au travail des membres de l'American Society of Anesthesiologists (**ASA**) ou Société Américaine d'Anesthésiologie, en français, car elles autorisent la consommation d'aliments solides jusqu'à 6 heures avant la chirurgie, en fonction du volume de l'alimentation, ainsi que la consommation de liquides clairs, comme le café, le jus de pomme ou de l'eau, jusqu'à 2 heures avant l'intervention, réduisant ainsi l'inconfort du patient sans entraver le bon déroulé de la prise en charge, bien au contraire, puisque la nutrition optimale a un impact bénéfique certain. Hill justifie cela en expliquant que la carence de certains nutriments est un synonyme important de risque pour l'intervention [23]. Dans ce cadre, l'approche de la RAAC tend à mettre en place une supplémentation nutritionnelle, si nécessaire, à nouveau dans le but de préparer le patient, minimiser le risque de complications et par conséquent réduire la DMS [24, 25].

3 - Optimisation de l'utilisation des produits anesthésiants

Il apparaît évident que le patient puisse bénéficier d'une anesthésie idéalement adaptée à son profil pour faciliter sa réhabilitation et lui permettre de réaliser celle-ci dans les plus brefs délais. Les protocoles RAAC mettent également en avant ce point dans leurs procédés et ce, dans chacune des phases opératoires. En effet, en amont de l'intervention, on va chercher à réduire l'utilisation d'anesthésiants au strict minimum pour éviter en postopératoire l'excès de sédation, la consommation d'antalgiques et l'anxiété postopératoire qui est provoqué par la prémédication [26]. Ensuite, sur la partie peropératoire, il y a la mise en place d'un critère fondamental sur les protocoles RAAC, à savoir la stratégie d'analgésie multimodale qui consiste, d'après la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), à utiliser une association de produits analgésiques, non morphiniques, à moindre dose ainsi que les techniques d'anesthésie locorégionales dans le but d'obtenir un effet synergique bénéfique pour diminuer la douleur. D'après Harkouk et Fletcher, « *l'analgésie multimodale représente une démarche capitale pour le développement de la récupération améliorée après chirurgie [...].* » [27] puisque les résultats des études, comme celle de 2021, par Byrne & al, évaluant la douleur postopératoire entre un groupe bénéficiant d'une stratégie multimodale et un groupe sans cette stratégie, montrent une diminution de l'intensité de la douleur (Echelle Numérique à 4 contre 7) sans augmenter le délai de récupération du patient [28].

Dans un premier temps, cette stratégie d'analgésie multimodale offre donc un confort non négligeable pour le patient et lui permet d'être rapidement en capacité de déambuler, un des objectifs principaux de la RAAC. Dans un second temps, elle permet aussi de limiter la survenue de complications postopératoires, notamment sur les douleurs chroniques éventuelles. Dans la mise en place de son protocole RAAC, le Docteur Raspado privilégiait une analgésie péridurale (APD) [6] qui est plus efficace que l'administration générale, en intraveineuse ou par voie inhalatoire, qui vient, elle, sédaté de manière équivalente mais provoque, par contre, une perte de conscience prolongée du patient. Cette méthode, faisant partie d'une stratégie multimodale puisque couplée à des anesthésiques locaux, est efficace pour prévenir les douleurs de la convalescence. Également, d'après les littératures sur lesquelles il s'appuie, cette méthode réduit la libération d'hormones du stress et la résistance à l'insuline que nous évoquions précédemment [29,30]. De plus, dans une étude américaine de 2022, la mise en place de l'analgésie multimodale dans le cadre d'une prise en charge RAAC a démontré une diminution de la consommation en produits morphiniques [31], également constaté dans la thèse de Badguerahanian [4]. En effet, la notion d'épargne morphinique est également primordiale dans cette stratégie d'analgésie multimodale,

puisque l'utilisation de produits morphiniques provoque des effets secondaires qui entrent en contradiction avec les objectifs de la RAAC, comme la somnolence, la sédation prolongée ou encore les nausées et vomissements post-opératoires (**NVPO**) parmi d'autres et la réduction voire la suppression de son utilisation améliore significativement la récupération du patient [32]. A titre d'exemple, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (**AINS**) permettent une épargne morphinique de 30% de même qu'une réduction au même taux des NVPO d'après l'étude menée Marret et al [33].

Finalement, l'un des piliers de la RAAC que représente l'approche analgésique multimodale augmente significativement la qualité de vie du patient, pendant et après l'intervention, de même que ses capacités à s'exercer à la suite de l'intervention, ce qui tend à l'objectif initial de ce processus.

4 - Des techniques chirurgicales moins invasives

En complément de l'optimisation des techniques d'anesthésie, il convient, pour respecter un autre objectif de la RAAC, de disposer de techniques chirurgicales limitant au maximum l'agression corporelle. En effet, une chirurgie est dite invasive quand elle nécessite une incision d'envergure sur la partie du corps traitée. Même réalisée dans les meilleures conditions et avec une parfaite exécution, cela impacte grandement l'intégrité du patient et laisse une cicatrice importante qui réduit drastiquement ses capacités de mouvement et annihile l'effort de l'analgésie multimodale décrit ci-dessus. La RAAC s'est appuyée sur ceci pour développer la chirurgie mini-invasive, qui consiste à pratiquer l'intervention visée à travers des incisions les plus fines possibles, en utilisant des « instruments longs et fins, couplés à un système d'imagerie vidéo » [34]. Cette technique a permis de diminuer significativement la taille des incisions traditionnellement réalisées et donc la morbidité. Par exemple, la coelioscopie, ou laparoscopie, est reconnue pour diminuer l'inflammation et la douleur due à l'intervention [35] grâce à une taille d'incision réduite à l'ordre du centimètre. En effet, deux études menées par Lacy et al puis par un groupe d'étude ont démontré que cette voie d'abord qu'est la coelioscopie, en comparaison à une chirurgie ouverte du même type de chirurgie, au prix d'une durée d'intervention non-significativement plus longue, réduisait la morbidité, le délai pour la réalimentation orale et la reprise du transit du patient. De plus, ce mode de fonctionnement permettait aussi d'accélérer la réhabilitation et donc d'anticiper la sortie du patient, ce, sans majorer la mortalité ou le taux de réintervention derrière [36,37]. Le protocole mené avec l'endoscopie par le Professeur Henrik Kehlet lui-même en 1999 vient corroborer ce constat en concluant que cela permet de réduire grandement le stress chirurgical [38].

Un autre pan chirurgical qui a grandement été remis en question par le développement de la RAAC est l'utilisation parfois injustifiée de drains et de sondes. En effet, citons l'exemple de la sonde nasogastrique utilisée systématiquement en chirurgie viscérale par le passé, qui a prouvé son inefficacité, comme en témoigne la méta-analyse menée par Cheatham et al regroupant 26 essais et près de 4000 patients. Les conclusions de celle-ci sont que l'utilisation des sondes ne diminue pas clairement le risque de complications (abcès de paroi, éviscération, ...) et engendre même des retards pour la réalimentation orale, de la fièvre ou encore des pneumonies [39]. Dans une lignée similaire, le drainage est considéré dans plusieurs études comme empêchant la mobilisation précoce du patient et favorisant la survenue d'infections, notamment urinaires dans le cas précis de l'étude menée par la Société Française de Chirurgie Digestive [25]. Finalement, une revue de littérature menée par les Professeur Bretagnol et Slim arrive même à la conclusion que le drainage pourrait être inutile dans certains cas de chirurgie colorectale [40].

Ce développement symbolise l'avancée majeure que représente la RAAC, dans les domaines chirurgicaux, historiquement très et trop invasifs et impactant grandement le retour « à la normale » du patient. En effet, les techniques ont pu évoluer vers l'utilisation de l'endoscopie et moindre de drains pour limiter l'agressivité chirurgicale tout en valorisant l'expertise des praticiens dans leurs pratiques plus complexes.

5 - Remobilisation précoce et diminution de la fatigue

Un des objectifs majeurs de la RAAC est de permettre aux patients de retrouver le plus rapidement possible leur condition initiale. Dans cet optique, un des axes communs à chaque protocole consiste à inciter à se à mobiliser précocement et se « remettre en marche ». Cet aspect est notamment permis par l'optimisation chirurgicale et anesthésique décrite plus tôt, ce qui offre au patient une reprise accélérée de son autonomie [41]. La mobilisation précoce du patient n'est pas synonyme d'une volonté de se débarrasser du patient. Au contraire, cela s'inscrit dans la réduction des complications postopératoires, notamment pour éviter les escarres et/ou phlébites provoquées par une convalescence alitée prolongée [42], améliorer la capacité respiratoire des patients et ainsi favoriser l'oxygénation des tissus, stimuler la régénération cellulaire et limiter la fonte musculaire [43].

Ces mêmes caractéristiques de stimulation des fonctions de l'organisme vont induire une diminution de la fatigue ressentie lors de la convalescence. Finalement, la récupération et la réactivation précoce des fonctions motrices va réduire l'anxiété et le stress liés à l'attente et l'immobilisation, redonner de la confiance et améliorer le bien-être global du patient. Au final, la somme de ces avantages concourt à la réduction des temps de séjour.

6 - Réalimentation orale précoce

La remobilisation précoce des patients, évoquée juste avant, fait appel à une certaine énergie, et nécessite d'implémenter une nutrition adaptée le plus tôt possible toujours dans cet optique de permettre une récupération plus rapide des fonctions initiales du patient. En effet, à l'image de la phase préopératoire où le jeûne trop restrictif a été démontré nocif pour le patient, il n'est pas judicieux non plus de restreindre ou même laisser à jeun les patients après l'intervention. Dans la mesure du possible, l'alimentation précoce ou, à défaut, l'ingestion de boissons sucrées présente de nombreux bénéfices puisque cela réduit le risque infectieux de façon remarquable ainsi que la durée d'hospitalisation [44], en comparaison d'un jeûne post-opératoire basé sur l'appréhension de complications. Cette même appréhension du personnel soignant pourrait se transposer chez le patient, entraînant de l'anxiété et les conséquences physiologiques vues précédemment comme la résistance à l'insuline. A contrario, la reprise du transit permet de diminuer l'anxiété et l'insulinorésistance et ce, sans engendrer d'hyperglycémie [45]. Il y a cependant une condition non négligeable à la reprise de l'alimentation pour un patient et cela concerne le risque accru de nausées et vomissements postopératoires (NVPO) [46]. Effectivement, la proposition d'une alimentation riche plus tôt peut générer un risque plus ou moins important de NVPO influencés par la présence de certains facteurs de risques, définis par le score d'Apfel, présenté dans le **Tableau 1**.

Facteurs de risques	Taux de risque de NVPO en fonction du nombre de facteurs identifiés	
	0	<10%
Sexe féminin	1	21%
Tabagisme	2	39%
Antécédents de NVPO et/ou mal des transports	3	61%
Analgesie morphinique postopératoire	4	79%

Tableau 1 : Matrice de calcul du score d'Apfel [47]

Il est donc intéressant d'observer que la reprise de l'alimentation le plus précocement n'induit principalement que des bénéfices pour la convalescence du patient et le succès de sa réhabilitation accélérée, car la reprise du transit n'augmente pas le pourcentage de complications postopératoires, contrairement à ce que les anciennes pratiques pouvaient laisser penser [48].

7 - Réduction des durées de séjour et Amélioration de la qualité de vie

L'un des indicateurs le plus probant des bénéfices de l'implémentation des protocoles RAAC dans les chirurgies est de constater une réduction de la durée moyenne de séjour sur ces types de prise en charge, comme le précisait le site Internet de l'association GRACE. C'est effectivement l'un des critères de la plupart des études menées sur le sujet puisque cette DMS diminuée est un facteur de réussite du parcours dans la gestion de la douleur, les chirurgies mini-invasives et l'éducation du patient pour le mener à la mobilisation et la réalimentation précoces en vue de la récupération de ses fonctions initiales. L'étude menée par Campsen & al en 2019 comparait une prise en charge conventionnelle en néphrectomie et la même prise en charge en protocole RAAC, comprenant les critères anesthésiques similaires à ceux évoqués dans les parties précédentes. Le groupe de travail constatait, en plus d'une épargne morphinique, une diminution de la DMS à hauteur de 10% [49].

Plus récemment, le protocole de réhabilitation améliorée après néphrectomie du Centre Hospitalier Universitaire (**CHU**) de Lille mené, dans le cadre de sa thèse, par Badguerahanian en 2022, a aussi remarqué la réduction de la durée d'hospitalisation d'une journée et ce, sans augmenter d'aucune manière les complications [4]. Sur le même principe, un autre essai clinique contrôlé randomisé (**ECR**) retrouvait également une réduction significative des durées de séjour de 18 heures après l'implémentation d'une approche multimodale dans le cadre d'un protocole RAAC (41 heures d'hospitalisation pour le groupe RAAC contre 59 heures pour la prise en charge conventionnelle) [50].

Un autre paramètre constaté au cours de cette étude était l'augmentation de la satisfaction des patients à la suite de leur intervention, probablement due à la gestion optimisée de la douleur et cette réduction de la DMS. Cette augmentation de la satisfaction des patients n'est pas un cas isolé puisqu'Andersen & al remarquaient déjà ceci en 2007 dans leur étude comparative prospective démontrant une satisfaction plus élevée des patients, résultat plus significatif encore chez les patients à J3 plutôt qu'à J2 [51].

Cela prouve le fait que la RAAC n'est pas uniquement pensée pour une réduction du séjour mais que les éléments de son protocole visent à proposer une prise en charge optimale et personnalisée du patient, ce qui effectivement induit une réduction de la DMS. On peut par exemple présenter une liste non exhaustive d'études soulignant cette réduction des durées de séjour via l'utilisation de la « *Fast-Track Surgery* » (**FTS**), qui est le nom originel anglo-saxon de la RAAC, sur le **Tableau 2** :

Auteurs	Type d'essai	Groupes comparés	Nombre de patients	DMS (en jours)
Anderson & al [52]	ECR	FTS / Conventionnel	25	3 / 7
Basse & al [53]	Etude comparative	FTS / Conventionnel	260	2 / 8
Delaney & al [54]	ECR	FTS / Conventionnel	64	5,4 / 7,1
Gatt & al [55]	ECR	FTS / Conventionnel	39	5 / 7,5
Jakobsen & al [56]	Etude comparative	FTS / Conventionnel	160	2 / 7
Junghans & al [57]	ECR	Coelio / Laparo	147	4 / 6
King & al [58]	Etude prospective multicentrique	FTS / Conventionnel	146	5,8 / 10,7
Khoo & al [59]	ECR	FTS / Conventionnel	70	5 / 7
Nygren & al [60]	Etude comparative	FTS / Conventionnel	451	2 / 8
Raue & al [61]	Etude prospective	FTS / Conventionnel	52	4 / 7
Stephen & al [62]	Etude comparative	FTS / Conventionnel	138	4,2 / 6,9

Tableau 2 : Résultats sur la DMS avec des protocoles de réhabilitation améliorée

Pour finir sur cette réduction globale des durées de séjour, l'étude multicentrique menée en 2016, par Azawi et al, quantifiait un taux de la diminution des durées de séjour supérieur à 40% des patients ayant bénéficié de la RAAC comparativement à une intervention du même type en processus conventionnel [63]. Ce travail, couplé à celui d'un groupe d'étude chinois, présentaient des résultats similaires quant à la réduction des complications et à l'amélioration de la qualité de vie en post-opératoire notamment sur le niveau d'anxiété, le temps de récupération mais également sur la diminution des coûts de l'hospitalisation via l'implémentation de protocoles RAAC dans la clinique d'étude [64]. Cette perspective fait de la RAAC un protocole complet dans ses apports au monde hospitalier.

8 - Un bénéfice économique certain

Certes, les bénéfices cliniques évoqués sont certains et innovants pour le personnel soignant et s'accompagnent d'avantages économiques non-négligeables pour la gestion administrative et financière d'un établissement, ce qui devrait renforcer l'intérêt de cette pratique pour les institutions concernées. De prime abord, il est logique de penser que l'utilisation d'une analgésie multimodale de même que des techniques chirurgicales mini-invasives plus complexes doivent majorer le coût de l'hospitalisation.

Néanmoins, ces exemples précis ne peuvent occulter le caractère peu onéreux des mesures organisationnelles qui représentent la plus grande partie des processus de réhabilitation RAAC et qui sont issues de la volonté des équipes à repenser leur fonctionnement. Ces mesures n'engendrent pas plus de dépenses, comme le soulignent Stephen & al puis King & al, mais viennent même au contraire réduire le coût global de la prise en charge en prenant en compte toutes ses étapes, depuis les consultations préopératoires jusqu'aux soins à domicile, en passant par l'intervention pourtant réalisée par voie coelioscopique [62, 58].

De son côté, une équipe américaine emmenée par Heathcote a constaté, sur les services d'un établissement incluant la gynécologie, une économie annuelle atteignant les 5 millions de dollars et de 1847 jours d'hospitalisations à la suite de l'implémentation de la RAAC sur ces différents services, sans majoration des taux de ré-hospitalisation [25]. Tout récemment en France, une étude de l'impact médico-économique a été menée pour comparer les coûts réels des interventions assistées par robot sur des néphrectomies partielles, avec ou sans coordination par un infirmier. Dans le cadre d'un protocole RAAC complet, c'est-à-dire avec coordination, Bernhard et al déterminent une économie supérieure à 2 000€ par patient (passant de 6 594 € contre 8 763€ pour un parcours avec sans coordination infirmière) [65].

Finalement, on peut citer le rapport de l'économiste Frédéric Bizard sur l'impact médico-économique de l'exercice coordonné en chirurgie pratiquée par le centre hospitalier de Sévigné, depuis 2005. Les bénéfices qui en ressortent sont probants et témoignent de la pérennité de ce type de protocole, s'apparentant en tous points à la RAAC, mis en place depuis 15 ans au moment de l'étude. Ainsi, à partir d'une analyse coût-bénéfice et de l'estimation du gain potentiel de 17% de séjours (1387 séjours) dû au développement des prises en charge ambulatoires, il arrive à la conclusion que « *chaque euro investi [...] rapporte 7 euros à l'investisseur* » soit un retour sur investissement (**ROI**) de 600%. Ce résultat est appuyé par le taux de recommandation du service à un proche supérieur à 80% (atteignant 96% à l'extrême pour les amygdalectomies), qui pourrait être encore augmenté par le développement de la RAAC, selon lui.

Ce ROI direct pour l'établissement entraînerait une diminution de ses coûts de production, donc de ses tarifs et, in fine, des dépenses de l'Assurance maladie [66]. Ce constat est d'autant plus important qu'il est en lien avec la conséquence positive des protocoles RAAC, à savoir la diminution des DMS. L'expérimentation réalisée sur cette clinique de Lorient n'était que le point de départ d'une étude plus importante présentée en 2023 qui estime une valorisation de 8,7 millions d'euros par point de développement de la

RAAC en France. Dans cette perspective, le potentiel de gain économique global que représente une généralisation de la RAAC serait proche du milliard d'euros en raison d'une baisse des coûts de production liés aux sorties précoces et à la réduction des ré-hospitalisations [67].

Ces rapports attestent de tout l'intérêt économique qui pourrait résulter de l'implémentation de la RAAC, rendant ainsi dérisoire les coûts de mise en place de ce processus, notamment en termes de recrutement de personnels, condition sine qua none à son développement et de sa réussite

9 - Un processus en constante évaluation

Comme constaté et en reprenant les termes de l'association GRACE, « *la RAC est bénéfique pour les patients, pour les équipes et pour la société* » [4] car elle engendre indirectement un moindre coût pour le système de santé. Pour assurer un développement cohérent de ses pratiques et faire perdurer son efficacité basée sur les preuves scientifiques, il est essentiel de souligner la rigueur d'évaluation que les protocoles RAAC s'imposent. En effet, le Docteur Raspado précise dans sa thèse que ce type de programme souhaite s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue et que, particulièrement en début de protocole, il convient de mettre en place des audits de performance notamment sur les critères évoqués plus haut quant aux complications per et postopératoires, la gestion de la douleur ou encore la qualité de vie du patient [6]

Dans cette optique méliorative, l'association GRACE met à disposition un logiciel d'audit baptisé « GRACE-Audit² », gratuit pour un ensemble représentatif de fonctionnalités. Cette initiative offre la possibilité aux personnels, utilisateurs de la RAAC ou non, d'analyser leurs pratiques, de s'interroger sur leur efficacité et d'identifier les axes de travail pour tendre vers un objectif d'amélioration continue et d'accompagnement des établissements.

Comme je l'indiquais plus haut, la RAAC s'est étendue à plusieurs autres segments chirurgicaux, en raison de son caractère transposable ses résultats prouvés. Néanmoins, le secteur de l'obstétrique-gynécologie est encore faiblement représenté dans les études, alors que l'intégration de la RAAC pourrait visiblement bénéficier à la prise en charge des patientes.

² <https://www.grace-audit.fr/accueil/index.php>

II - Le secteur de la chirurgie gynécologique

A. Définition et composantes de l'obstétrique-gynécologie

En premier lieu, il convient de rappeler que le domaine de la gynécologie obstétricale, ou obstétrique-gynécologie s'intéresse à la santé de la femme [68], celle de l'appareil génital féminin, de sa grossesse et de son accouchement. Par extension, cela concerne aussi les affections liées à la dégradation de ces composantes et qui nécessite une adaptation particulière en fonction des cas. C'est pourquoi ce domaine comprend plusieurs disciplines spécifiques :

- La **médecine de la reproduction**, qui concerne la prise en charge du traitement de l'infertilité ou de la stérilité.
- L'**obstétrique**, qui s'intéresse à la surveillance de la grossesse, à l'accouchement et aux suites de celui-ci.
- La **chirurgie obstétrique**, qui comprend les procédures chirurgicales liées à l'accouchement, comme les césariennes ou les réparations de déchirures éventuellement survenues à l'accouchement.
- La **gynécologie médicale** qui concerne la partie diagnostique et du traitement non-chirurgical des troubles fonctionnels du cycle de la contraception, de la ménopause et du dépistage des cancers génitaux, à l'aide des techniques de radiologie. Elle inclue aussi la sénologie qui concerne les affections mammaires.
- La **chirurgie gynécologique**, finalement, qui concerne donc la prise en charge chirurgicale des maladies en dehors de l'accouchement qui ne pourraient pas être traitées par simple médication. [68, 69]

Concernant la chirurgie gynécologique, celle-ci peut également être segmentée en 5 domaines spécifiques :

- La **chirurgie pelvi-péri-néologique** traite de la statique pelvienne donc de l'incontinence urinaire et du prolapsus pelvien (ou descente d'organes).
- La **chirurgie ovarienne** incluant la gestion des pathologies bénignes (fibromes, kystes,) l'ovariectomie (ablation des ovaires), la plastie tubaire, la ligature tubaire
- La **chirurgie de la vulve et du périnée** incluant la plastie vulvaire avec nymphoplastie de réduction et la chirurgie des glandes de Bartholin.
- La **chirurgie utérine** comprend l'hystérectomie (intervention la plus fréquente), la conisation, la myomectomie et le laser.
- La **chirurgie sénologique**, comprenant les tumorectomies (retrait de la tumeur et préservation du sein) ou les mastectomies (ablation du sein) [70, 71, 72]

B. Etat de l'art du segment chirurgical

Il est entendu, qu'au même titre que les autres domaines chirurgicaux, la chirurgie gynécologique a su profiter des avancées du domaine pour parfaire ses interventions et proposer une prise en charge de qualité aux patientes au travers des avancées technologiques médicales mais aussi par une meilleure considération de la patientèle.

1 - Utilisation de méthodes diagnostiques d'imagerie avancées

En premier lieu, la chirurgie gynécologique a su progresser grâce au progrès des technologies de l'imagerie médicale dont la résolution a augmenté au cours des années, ce qui permet aujourd'hui une très grande précision des examens et donc des diagnostics. Dans la pratique, la réalisation d'une échographie pelvienne, qu'elle soit endovaginale, endopelvienne ou encore transvaginale, est l'examen de première intention avec un diagnostic pouvant atteindre 90% de sensibilité et 80% de spécificité dans certains cas [73], notamment dans le cadre du dépistage de l'endométriose où des chercheurs réussissent, en 2021, à atteindre une spécificité comprise entre 93 et 98% [74]. En parallèle, le développement de l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), positionné le plus souvent en seconde intention, renforce la fiabilité de ces diagnostics grâce, par exemple, à une résolution spatiale plus fine et des séquences isotropiques 3D ce qui permet tout simplement de fournir aux chirurgiens des images fidèles des structures internes [75]. Ces progrès permettent aujourd'hui de bien mieux diagnostiquer les pathologies gynécologiques fonctionnelles ou oncologiques et d'induire, en aval, l'optimisation de l'intervention chirurgicale.

2 - Un segment pionnier en chirurgie mini-invasive

Il est à noter que la chirurgie gynécologique a eu une place centrale dans le développement des approches mini-invasives, puisque l'inventeur de la coelioscopie, le Docteur Raoul Palmer, un gynécologue français, souhaitait mettre fin aux laparotomies (ouvertures de l'abdomen) réalisées dans un simple but de diagnostic, à l'époque [76]. Depuis, la laparoscopie, l'hystéroscopie ou plus généralement l'endoscopie n'ont cessé de s'améliorer et sont devenues des méthodes diagnostiques et mêmes chirurgicales utilisées à présent dans la majeure partie des interventions, réduisant les risques et améliorant la récupération des patientes.

Plus récemment, on assiste au développement de la chirurgie robotique qui vient suppléer les faiblesses de la coelioscopie en ce qui concerne la vision en trois dimensions.

En effet, ces systèmes ont une composante observatoire, permettant de retranscrire l'image mini-invasive de telle sorte à ce qu'elle paraisse provenir d'une chirurgie à ciel ouvert, ce qui améliore drastiquement le confort du praticien mais aussi sa précision, grâce à la seconde composante plus interventionnelle. En effet, le chirurgien vient manipuler via le robot qui retransmet ensuite le geste exécuté aux micro-pinces qui agissent sur le site opératoire, conservant ainsi le caractère mini-invasif de l'intervention [77].

3 - Accompagnement psychologique et préservation de la fertilité

Un autre axe important de progrès est la prise en compte de l'impact émotionnel et psychologique des interventions gynécologiques. En touchant à la sphère intime des patientes, il est apparu nécessaire d'accompagner les patientes pour mieux appréhender ces chirurgies afin d'optimiser leur préparation et leur rétablissement. Le premier outil préconisé fut la mise en place de consultations psychologiques pouvant permettre aux patientes, lors d'entretiens individuels, d'exprimer leurs préoccupations à l'égard de l'intervention. Une autre technique qui a montré des résultats positifs réside dans la mise en place de groupes de soutien au cours d'activités, stimulant le partage d'expériences similaires et parfois traumatisantes à l'image de la cancérologie gynécologique, ce qui leur permet de se soutenir mutuellement et créant une restauration somatopsychique [78]. Il est également possible de proposer des exercices pratiques de relaxation, tels que la médiation de pleine conscience pour réduire stress et anxiété. Ces trois exemples symbolisent une tendance pour les prises en charge à se réaliser pluridisciplinaires, intégrant psychologues, conseillers, éducateurs aux équipes médicales que sont les chirurgiens, infirmières et/ou aides-soignants.

Finalement, un constat qui regroupe les trois éléments évoqués et révélateur indéniable des progrès continus de cette chirurgie sont les techniques de préservation de la fertilité. Dans le cadre de cancers gynécologiques, pouvant être extrêmement agressifs pour la fertilité féminine, des interventions ont vu le jour pour pallier à cet enjeu comme la cryopréservation des gamètes, qui permet de congeler les ovocytes, pour permettre la procréation future, dans le cas où la femme serait victime d'une pathologie délétère [79], ou encore la trachélectomie élargie, qui consiste en l'ablation chirurgicale du col de l'utérus qui permet de conserver ce dernier et donc la possibilité de procréer ce, même à la suite d'un cancer gynécologique invasif.

Déjà en 2001, une équipe emmenée par le Professeur Dargent démontrait que cette intervention avait permis à 29 patientes (sur une population de 38) désireuses de devenir enceintes d'y parvenir [80]. Plus récemment, le CHU Lyon Sud, obtenait un taux de 70%

d'enfants nés à la suite de grossesses de patientes ayant subi une trachélectomie élargie par voie vaginale [81] .

Ces avancées reflètent une évolution vers des soins plus sûrs, plus efficaces et plus centrés sur les patientes, intégrant des technologies de pointe et une meilleure compréhension des besoins biologiques et émotionnels des patientes. Etant donné la place majeure de la chirurgie dans ce secteur et les caractéristiques de l'état de l'art évoqués, l'obstétrique gynécologie apparaît fortement compatible avec la mise en place de procédures de la RAAC. Mais qu'en est-il dans la pratique et la littérature ?

C. La RAAC et la chirurgie obstétrique-gynécologie

Comme exposé, l'évolution constante et le positionnement précurseur de la chirurgie obstétrique & gynécologique pour de nombreux concepts chirurgicaux, constatés ci-avant, laissent à penser que la RAAC devrait y être profondément implémentée et documentée.

Force est de constater que ce n'est pas le cas, comme le précise le CHU d'Angers en prenant l'exemple de l'hystérectomie qui représente, avec 70 000 cas par an en France, l'intervention la plus fréquente, celle-ci n'est pratiquée en ambulatoire (procédure significativement ressemblante à la RAAC) que dans 1,9% des cas, bien loin derrière les 57% américains [82]. Ce gouffre est encore plus étonnant car, toujours d'après eux, une patiente prise en charge pour hystérectomie pourrait sortir le soir même dans 80% des cas. Plus globalement, une estimation indique que 2 000 000 d'interventions chirurgicales seraient réalisables en ambulatoire sur la demande des patientes, en témoigne leur taux de satisfaction proche des 90% pour ce type de prise en charge. Elles les recommanderaient à leurs proches dans 90% des cas, notamment pour le gain en confort et en rapidité de réhabilitation, sans oublier les économies pour le système de santé.

En ce qui concerne la littérature sur la RAAC appliquée à la gynécologie, comme le suggèrent les références utilisées pour décrire le concept, est moindre, plus récente et faiblement puissante. En effet, la revue de littérature menée par De Groot & al, en 2015 ne regroupait que 7 études exploitables, mais à haut risque de biais, sur son identification préalable de plus de 2 000 études, qui suggéraient néanmoins que les protocoles RAAC réduisaient la durée de séjour hospitalière, sans augmenter les complications, la mortalité ou le taux de réadmissions [83]. Une version réalisée en 2018 regroupait 501 documents sur le sujet pour conclure sur l'impact positif des protocoles RAAC sur la réduction des réponses de stress endocrine, neurologique, hormonales et immunologiques [84].

Un autre fait marquant est la démarche « solitaire » du service de gynécologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire (**CHRU**) de Tours en faveur de l'implémentation de la RAAC depuis 2019 au sein de toutes ses chirurgies gynécologiques mais qui reste pourtant « le seul service de gynécologie en France à être labellisé ERAS ». Leur démarche a permis de prendre en charge 2 339 patientes en 5 ans et a eu des résultats positifs avec une diminution des complications de 15% (« 40% pré-ERAS/24,3% ERAS) mais aussi des durées de séjour (-1 jour pour les hystérectomies / -5,5 jours pour les cancers de l'ovaire), preuves inéluctables de l'utilité des procédures RAAC pour les services de gynécologie-obstétrique et le système hospitalier français [85]. D'autres études se sont intéressées à l'utilité de la réhabilitation améliorée dans le cadre de cancers gynécologiques où l'on arrivait à une diminution de la DMS de 2 jours, sans différenciation sur les taux de complications postopératoires et de réadmissions, mais également des réductions du délai de reprise du traitement oncologique prévu [86, 87]. Un dernier protocole mis en place par l'équipe des Docteur Wafo et Ben Abdelaziz vient corroborer ces constats avec une réduction de la DMS de 4-5 jours vers 2-3 jours en moyenne des patientes de même qu'une reprise du transit et de la miction optimisée tout en améliorant la prise en charge de la douleur, tout cela, après la mise en place d'un protocole RAAC [88].

A la lumière de cette revue, il est légitime de se demander pourquoi est-il encore nécessaire de justifier l'utilisation de protocoles RAAC en chirurgie gynécologie-obstétrique alors que des preuves irréfutables de son efficacité sont disponibles ? En effet, comme nous venons de le constater, les données de la littérature certes moins nombreuses en ce qui concerne la chirurgie gynécologique attestent cependant de bénéfices similaires à la littérature globale sur la RAAC vus plus haut.

Pour en comprendre les raisons, il apparaît nécessaire de mener une enquête de terrain axée sur la compréhension du concept dans son environnement afin d'identifier « **quels moyens organisationnels et/ou technologiques mettre en place pour favoriser une prise en charge post-opératoire plus efficace ?** »

PARTIE II : MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE

I - Objectifs de l'enquête

Ce mémoire se base sur la revue de littérature rédigée précédemment, présentant les avantages de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie pour étudier et comprendre les raisons de sa non-implémentation à l'échelle nationale. En effet, il apparaît déconcertant de déceler autant d'avantages au concept, créé dans les années 1990, que cela concerne la sphère médicale, la sphère administrative, ou la sphère publique et de constater que son développement en est toujours à ses prémices en France.

Pour comprendre pourquoi cela n'est pas la norme en gynécologie ni même dans les autres segments chirurgicaux, il est intéressant de mener une enquête ciblée sur le concept de RAAC dans son ensemble et la réalité de celui-ci sur le terrain car peu importe le type de chirurgie, les limites devraient être significativement les mêmes que l'on soit en chirurgie gynécologique-obstétrique ou en chirurgie orthopédique, par exemple. Une vision élargie à l'ensemble des champs apparaît même pertinente pour s'assurer d'une compréhension globale de la RAAC, de ses bienfaits pour la chirurgie et des raisons de sa non implémentation en tant que mode de prise en charge conventionnel, à l'image des pays comme les États-Unis ou le Danemark qui bénéficie d'un taux de plus de 90% d'interventions en ambulatoire et/ou RAAC [10].

En résumé, l'objectif de cette enquête de terrain sera d'étudier la réalité de la RAAC, vécue par les professionnels impliqués, pour identifier les défis réels de sa mise en place, qui peuvent freiner les établissements réticents. À partir de cela, il sera intéressant de recenser les pistes d'amélioration à exploiter pour répondre à la problématique et permettre un plan de préconisations visant à aider, établissements et personnels, à lever les réticences.

II - Méthode et outils de l'enquête

1 - Ciblage et segmentation des profils

Pour mener cette enquête, la méthode la plus cohérente repose sur les entretiens semi-directifs. En effet, ce mode de collecte de données de nature qualitative est parfaitement adapté aux objectifs que sont la compréhension du sujet et la réalité de son contexte. Grâce aux divers échanges possibles par ce biais, il est possible de recueillir des informations basées sur l'expérience récente des personnes interrogées et les problématiques éventuelles auxquelles ces personnes sont confrontées.

Pour ce faire, il est nécessaire de réaliser un ciblage pertinent des profils de personnes à interroger. Au regard du sujet, il est nécessaire de pouvoir échanger avec des professionnels de santé bien précis, intervenant sur le domaine de la RAAC et/ou de la chirurgie gynécologique.

Ainsi, voici les interlocuteurs qu'il serait pertinent d'atteindre :

- **Chirurgiens gynécologiques RAAC** : Le profil qui représente le plus grand potentiel de données, en raison de sa position centrale dans l'organisation des services, de sa connaissance fine des besoins et de la compatibilité de la RAAC, dont il connaît les avantages, à ceux-ci.
- **Chirurgiens gynécologiques non-RAAC** : La compréhension des pratiques actuelles sans la RAAC permettrait de questionner sur les raisons de son absence dans la plupart des services.
- **Chirurgiens RAAC** : Le caractère facilement transposable de la RAAC permet d'ouvrir la discussion à des praticiens en dehors de la gynécologie pour comprendre les bénéfices réels de la RAAC ainsi que ses défis.
- **Anesthésistes RAAC** : Un choix logique dans la mesure où ils forment, avec le chirurgien, le binôme central et moteur de l'implémentation des processus RAAC.
- **Infirmier-ères coordinateurs-rices RAAC** : Véritables interfaces entre les praticiens, les soignants et les patients qui connaissent les tenants et les aboutissants à la mise en place de la RAAC.
- **Infirmier-ères diplômé(e)s d'état (IDE) RAAC** : Ils vont réaliser les soins périopératoires et peuvent amener un témoignage pertinent à l'enquête.
- **Kinésithérapeutes RAAC** : La profession est primordiale aux processus de préparations et de réhabilitation à la chirurgie et leur regard peut amener des réponses précises sur le post-opératoire et le retour à domicile.
- **Tout autre professionnel de santé RAAC** : Comme exposé plus tôt, la RAAC implique de nombreux professionnels en fonction des objectifs du protocole chirurgical.

Il a été décidé que ces catégories de professionnels de santé seraient réparties en 2 profils précis, à commencer par le **profil « Praticiens »**, regroupant chirurgiens et anesthésistes RAAC ou non, et ensuite le **profil « Paramédicaux »**, regroupant les intervenants infirmiers, kinésithérapeutes et autre professionnel de soins hors chirurgien et anesthésiste.

À cela, s'ajoutent des acteurs externes aux structures hospitalières privées et publiques, qui peuvent néanmoins apporter un regard neuf et objectif, des savoir-faire ou encore des avancées technologiques utiles au développement de la RAAC, ce qui amène à inclure un troisième profil, le **profil « partenaires »** qui regroupe :

- **Consultants et experts indépendants** : leur positionnement neutre et leurs expériences variées dans le cadre d'accompagnements de services dans la mise en place RAAC peuvent permettre de recenser plusieurs modes de fonctionnement.
- **Industriels de santé RAAC** : Ils vont faciliter le développement de la RAAC, pour ceux proposant des solutions (dispositifs médicaux ou logiciels) compatibles aux exigences du concept.

2 - Méthode qualitative de collecte de données

Dans la réalisation de ces entretiens, il est nécessaire de préparer un guide au préalable permettant de favoriser un déroulé logique des échanges néanmoins assez ouvert pour faire émaner les idées concrètes qui aideront à répondre à la problématique.

Au vu des profils ciblés ci-dessus, il est nécessaire d'adapter les discours et les questions aux situations de chacun, ce qui motive la réalisation de 3 guides d'entretien, traitant du sujet de la RAAC, mais sous des approches différentes pour adresser précisément le sujet :

- En premier lieu, la réalisation d'un **guide à destination des professionnels de santé qui pratiquent, ou ont pratiqué, la RAAC** au sein de leur service ou établissement, pour comprendre, dans un premier temps, leur perception du concept et la mise en place de celui-ci puis d'échanger sur les défis que l'implémentation de la RAAC peut représenter pour conclure sur une étude du lien entre Hôpital et Ville, primordial dans l'étude du postopératoire (**Annexe I**).
- Ensuite, il était nécessaire d'adapter le **guide pour l'adresser aux praticiens de chirurgie gynécologique n'utilisant pas la RAAC**, ce, afin d'analyser leur mode de prise en charge actuel, notamment sur la partie postopératoire. Par la suite, étudier leur appétence pour la RAAC et enfin, discuter des potentielles contraintes et limites de son implémentation dans leur activité (**Annexe II**).
- Enfin, un dernier guide ciblé sur les **industriels de santé liés proposant une offre de produits et/ou services compatible à la RAAC** a été élaboré pour étudier la faisabilité de leur offre à la RAAC, leur regard sur les contraintes de son développement et les réponses qu'ils peuvent y apporter ainsi que les opportunités pour eux (**Annexe III**).

3 - Canaux de contact et de communication employés

À partir de cette préparation, il convient de prévoir une stratégie de contact efficace pour atteindre les profils identifiés et ce, dans un volume assez important afin d'assurer une exhaustivité cohérente des données et proposer des éléments de réponses représentatifs.

Dans cette optique et à l'ère des outils numériques très développés, il a été décidé d'utiliser le réseau social LinkedIn qui est particulièrement intéressant du fait des nombreux professionnels qui y renseignent leurs professions et leurs expériences, notamment s'ils sont liés à la RAAC et/ou à la chirurgie gynécologique. Néanmoins, une contrainte à considérer est celle de la demande de contact qui limite à 200 caractères le message associé, ce qui s'avère assez court pour, à la fois, présenter brièvement le sujet, la démarche et moi-même tout cela en sollicitant un entretien. Une fonctionnalité permettant de repousser ces contraintes est l'outil « Sales Navigator », disponible via la souscription à la version Premium de LinkedIn, qui permet de joindre directement les interlocuteurs ciblés à l'aide de « InMails » même si ceux-ci n'appartiennent pas au réseau et sans limite de caractères. Cette fonctionnalité s'avère très pratique pour tendre à réaliser un premier contact personnalisé, majorant la possibilité d'avoir un entretien, comme suit :

« Objet : Entretien sur la mise en place de la RAAC - Sujet de Mémoire Master 2

Bonjour *[Professeur/Docteur/Madame/Monsieur]* *[Nom interlocuteur]*,

Je me permets de vous contacter au sujet de votre expertise et vos connaissances sur la RAAC, en tant que *[infirmière coordinatrice RAAC, chirurgien, membre de GRACE, ...]*

En effet, je mène actuellement un Mémoire de Master sur le sujet de la RAAC, de ses enjeux pour les établissements de santé mais également des contraintes et limites dans sa mise en place, dans le but de présenter des préconisations et opportunités pour les établissements, les cabinets de ville voire même les entreprises pour développer cette RAAC en France. A ce sujet donc, j'aurais souhaité échanger avec vous pour avoir un retour sur votre propre expérience au sein de *[nom établissement]*, si vous êtes d'accord.

Je vous propose de fixer un rendez-vous en visio de 30-45 minutes, qu'en dites-vous ?

Cela me serait d'une grande aide pour avoir un mémoire concret et adapté aux réalités de vos services.

Je vous remercie par avance et suis à votre disposition pour toute question, cordialement,
Alexis SCHIKORSKI »

De plus, pour bénéficier des entretiens qui seraient réalisées, il a été prévu une question pour demander des coordonnées de personnes intéressées pour échanger.

Ensuite, concernant la modalité de réalisation des entretiens, comme précisé dans le mail, il était initialement prévu d'utiliser le logiciel Zoom de visio-conférence, fournie par le biais de l'Université de Lille. Cette modalité par sa facilité d'exécution permet d'accéder à un public national, voire international et de ne pas nécessiter de contraintes de déplacement. Dans l'éventualité d'une proximité géographique, il était proposé de convenir du rendez-vous en présentiel pour optimiser le recueil et l'enregistrement des données. Les modalités les moins adaptées à l'entretien semi-directif étaient le téléphone et le mail, ne permettant pas, dans le premier cas, d'observer les comportements de l'interlocuteur et, dans le second cas, d'assurer une parfaite compréhension des questions, pour la personne interrogée et des réponses, pour l'interrogateur. Néanmoins, il était nécessaire de prendre en considération l'échange par mails dans le cas d'une impossibilité de l'interlocuteur à réserver un créneau dédié à l'entretien.

III - Mise en relation avec les cibles de l'enquête

Aucune hiérarchisation n'était particulièrement envisagée puisque chaque profil possède une vision et une expertise spécifique qui favorise une compréhension globale des enjeux du développement ou non des protocoles de réhabilitation améliorée.

L'utilisation de la technique de contact via le réseau LinkedIn, a permis de prospecter un total d'une centaine de profils répondant aux critères précédemment évoqués et d'obtenir un taux de réponse d'un peu plus de 25% qui a entraîné la fixation de 14 rendez-vous d'échange sur le sujet, soit un résultat total aux alentours de 10 à 15%. Cela représente pour le rédacteur un succès rapide et témoigne également d'un vif intérêt de la part des professionnels pour ce genre de sujet répondant aux enjeux de l'actualité.

Au niveau de la répartition des profils indiquée en **Tableau 3**, on constate qu'elle est relativement homogène avec une prédominance pour le profil « **Paramédicaux** » présent à 50% (7 entretiens), ce qui s'explique par l'intérêt tout particulier que représente le métier d'infirmière coordinatrice de la RAAC. En effet, ce métier introduit en parallèle de la RAAC, occupe un rôle central au sein de la démarche, par sa connaissance accrue de l'ensemble des procédures de chaque phase opératoire et sa position d'interface entre équipe soignante et patients. Aux infirmières coordinatrices RAAC, s'ajoutent également un professionnel kinésithérapeute et un chargé de projet pour la mise en place de la RAAC.

Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS)

Concernant les 7 autres entretiens, on retrouve 4 profils « **Praticiens** », permettant d'obtenir des données techniques provenant d'une position décisionnaire, et 3 profils « **Partenaires** », apportant un regard et une expérience extérieurs aux protocoles RAAC, de même que des opportunités pour les industries de santé.

Interlocuteur	Fonction	Etablissement ou Société	Profil	Modalité de contact	Date, Mode et durée de l'entretien
Laurence MORANT	IDE Coordinatrice RAAC IDEC Cancérologie	Clinique La Victoire (Tourcoing)	Paramédical	LinkedIn	22/03 – 0h47 Sur site
Pr. Afak NSIRI	Médecin Anesthésiste Vice-Présidente - SMAAR Membre du CA de GRACE	Préfecture de Casablanca (Maroc)	Praticien	InMail (LinkedIn)	04/04 – 0h27 Zoom
Marie SAMSOEN	IDE Coordinatrice RAAC Chirurgie thoracique	Institut Mutualiste Montsouris (Paris)	Paramédical	InMail (LinkedIn)	04/04 – 0h35 Zoom
Loïc LE MENN	Consultant en organisation hospitalière et RAAC	Cabinet IRIS Conseil Santé	Partenaire	InMail (LinkedIn)	04/04 – 1h22 Zoom
Lionel CERVERA	Expert-Consultant RAAC Groupe de travail HAS	Croix-Rouge Française	Partenaire	InMail (LinkedIn)	05/04 – 0h47 Zoom
Isabelle LAFORTUNE	IDE Coordinatrice Préhabilitation et RAC Membre G.R.A.C.E.	Hospices Civils de Lyon (HCL) (Lyon)	Paramédical	InMail (LinkedIn)	05/04 – 1h18 Zoom
Chloé BOSSARD	Masseur-Kinésithérapeute (ex-responsable RAAC)	Cabinet privé (ex-KORIAN)	Paramédical	InMail (LinkedIn)	05/04 – 1h05 Zoom
Aliénor DERCY	IDE de soins (ex-coordinatrice RAAC en gynécologie-urologie)	Pôle Santé Tours (ex-Hôpital Paris Saint-Joseph)	Paramédical	InMail (LinkedIn)	12/04 – 0h42 Zoom
Dr Benoît FANARA	Médecin Anesthésiologiste (ex-consultant NHS)	C.H.U. de Genève (Suisse)	Praticien	InMail (LinkedIn)	15/04 – 0h40 Téléphone
Dr Pierre-Yves HARDY	Chef de service Anesthésie et département RAAC	C.H.U. de Liège (Belgique)	Praticien	Mail (redirection)	16/04 – 0h44 Téléphone
Nicolas SCHAEITTEL	Président-Directeur Général & Co-fondateur	HypnoVR	Partenaire	InMail (LinkedIn)	16/04 – 0h32 Teams
Dr Olivier RASPADO	Chirurgien viscéral-digestif <i>Adhérent G.R.A.C.E.</i>	Infirmier Protestante (Lyon)	Praticien	InMail (LinkedIn)	16/04 – 0h55 Téléphone
Guillaume MASSON	Chargé de projet RAAC IDE anesthésiste	Hôpital Saint- Joseph (Marseille)	Paramédical	InMail (LinkedIn)	19/04 – 1h04 Teams
Mélanie SAHUC	IDE coordinatrice RAC Obstétrique-Gynécologie	Hospices Civils de Lyon (Lyon)	Paramédical	Mail (redirection)	31/05 – 0h40 Zoom

Tableau 3 : Interlocuteurs de l'enquête de terrain

Cette variété de profils est idéale pour identifier précisément les tendances communes ainsi que les spécificités propres à chaque profil et à chaque établissement, permettant de dégager les axes de développement à privilégier pour implémenter efficacement les protocoles RAAC.

PARTIE III : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Au regard de la revue de littérature effectuée, les enjeux du développement de la RAAC au plus grand nombre de prises en charge, notamment dans la chirurgie obstétrique-gynécologique, apparaissent comme la réponse à de nombreuses problématiques. Pourtant, le constat quant à son implémentation réelle en France démontre un concept encore trop méconnu d'un grand nombre de professionnels de santé et des établissements. Il est alors nécessaire de comprendre comment la RAAC est réellement vécue par ceux qui l'ont mise en place et la pratiquent et bénéficier de leur expérience pour identifier les limites et les idées permettant de favoriser sa mise en place, de façon cohérente.

I - La réalité de la RAAC dans les établissements

En premier lieu, il était nécessaire de recueillir les impressions de chaque participant sur le concept de RAAC dans sa globalité. Une analyse horizontale, visible sur le **Tableau 4**, basée sur l'analyse complète des verbatims (**Annexe IIV**) a permis d'identifier les idées communes ou non des membres de chaque profil sur des sous-thèmes précis.

Sous-thèmes	Paramédicaux	Praticiens	Partenaires
Définition de la RAAC	- Prise en charge globale et coordonnée - Modification de la « RAAC » en « RAC » - Accompagnement du patient pour permettre un retour précoce sans complications	- Prise en charge globale - Concept basé sur les preuves et des protocoles standardisés - Objectif de réduction des complications et de remobilisation précoce	- Parcours global optimisé pour permettre le retour précoce à l'autonomie - Remettre en cause les pratiques non-prouvées - Réduction des substances médicamenteuses
Approche multidisciplinaire centrée sur le patient	- Une approche qui implique une grande diversité de professionnels de santé et administratifs, autour du binôme Chirurgien-Anesthésiste - Rôle central de l'infirmière coordinatrice - Un patient acteur de sa prise en charge	- Une association chirurgien-anesthésiste au cœur du projet - Apport des professionnels de santé et administratifs - Une implication fondamentale du patient pour la réussite du parcours	- Un travail conjoint des équipes médicales, paramédicales et administratives - Une implication fondamentale du patient pour la réussite du parcours
Avantages pour les patients	- Meilleure qualité de vie - Un accompagnement privilégié avec l'infirmière coordinatrice - Retour à l'autonomie et au domicile précoces	- Un bénéfice majeur sur la réduction de la douleur - Réduction des complications postopératoires - Une réduction du stress et de l'anxiété	- Remobilisation plus rapide et mieux préparée - Patient informé et formé à sa prise en charge - Protocoles standardisés mais adaptés
Avantages multiples pour les équipes	- Simplification des soins - Relationnel amélioré avec les patients - Meilleure coordination et esprit d'équipe	- Meilleur esprit d'équipe - Diminution de la charge de travail - Réduction du stress des professionnels	« Projet fédérateur » - Clarification des rôles et meilleur confort - Réduction du stress des professionnels
Bénéfices globaux de la mise en place de la RAAC	- Fluidification des parcours - Diminution des DMS - Décloisonnement des équipes de soin	- Un ROI organisationnel et financier majoré - Auto-évaluation et amélioration continue des pratiques	- Travail d'équipe aux résultats positifs - Processus d'amélioration continue

Tableau 4 : Idées générales des profils sur le thème n°1, issus des verbatims

1 - Une approche multidisciplinaire centrée sur le patient

Concernant la définition du concept de RAAC, les profils de l'enquête sont unanimement d'accord sur le caractère global de la prise en charge RAAC, c'est-à-dire que c'est un processus qui s'applique à l'ensemble des phases pré-, per- et post-opératoires. C'est d'ailleurs un critère majeur de réussite de ces prises en charge qui va induire une réhabilitation améliorée « après chirurgie ». Ce constat met en exergue un point revenu régulièrement qui est la remise en cause de l'acronyme initial de RAAC pour « Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie ». En effet, le Professeur Nsiri souhaite préciser : *« on parle de RAC maintenant. On a enlevé un "A" parce que c'est une récupération améliorée EN chirurgie »*, traduction également reprise par Madame Lafortune. On pourrait tempérer ce point en soulignant leur affiliation commune à l'association GRACE néanmoins Marie Samsoen explique, de son point de vue, que *« que c'est la réhabilitation améliorée autour de la chirurgie, et pas après chirurgie [...], parce que la prise en charge, elle ne commence pas après la chirurgie mais bien avant »*. Cette remise en cause se traduit aussi dans les pratiques, car un critère important de la désormais RAC est que celles-ci soient médicalement fondées, comme l'énonce Loïc Le Menn en disant que la RAC c'est *« remettre en cause un petit peu tout ce qu'on fait depuis des années »*. Cette notion des termes « preuves/prouvé » est récurrente dans les 7 témoignages des profils Praticiens et Partenaires, où on la retrouve 22 fois, notamment chez le Docteur Raspado qui présente la RAC comme un *« protocole de soins évolue en permanence selon les données fournies par l'EBM, donc la médecine basée sur les preuves »*.

En complément de cela, la RAC est également décrite comme une approche pluridisciplinaire autour du chirurgien et de l'anesthésiste, acteurs que l'on retrouve dans chacun des 14 entretiens. En effet, la qualité de leurs actions représente un critère primordial pour la réussite des objectifs RAC tel que le décrit le Docteur Fanara *« sans un bon chirurgien, on ne fait pas une bonne RAAC. Si vous prenez deux chirurgiens qui n'ont pas les mêmes compétences, ça va impacter d'au moins 50% sur la récupération, je pense »*. Ce binôme ne peut prétendre seul à améliorer les prises en charges chirurgicales et la RAC qui vient permettre la collaboration de celui-ci avec de nombreux corps de métier comme les kinésithérapeutes, infirmiers, brancardiers, aides-soignants hospitaliers (ASH), éducateurs d'Activité Physique Adaptée (APA) qui se résume à *« tout le monde »* pour Isabelle Lafortune. Lionel Cervera précise les choses en disant qu'il *« y a tout le volet médical [...] mais aussi tout le volet paramédical. Il y a aussi une dimension administrative sans laquelle vous ne pouvez pas fonctionner et vous ne pourrez pas mettre en place de la RAC »*.

Le dernier acteur à cette prise en charge en protocole RAC est le patient lui-même qui « *rejoint l'équipe* » comme l'indique le Professeur Nsiri, dans le but d'agir positivement sur sa récupération et ce fait est partagé par l'ensemble des acteurs puisque les termes en lien avec un patient « *acteur/actif* » se retrouvent 25 fois à travers plus de 75% des entretiens. Pour continuer sur les pourcentages, ce sont le Dr Fanara et Loïc Le Menn qui estiment qu'un patient acteur impacte de moitié la réussite du processus en indiquant, respectivement, que « *un patient qui est préparé au process, c'est 50% du travail* » et « *un patient qui a une maladie, une chirurgie etc, la réussite c'est 50-50 [...], 50% c'est le sérieux du patient dans ce qu'il doit faire* ». Comme je l'expliquais, cet avis est évidemment partagé par les profils paramédicaux avec, par exemple, Guillaume Masson qui précise que « *ça leur apporte aussi un meilleur investissement dans leur parcours de soins* ». Cette dernière notion est particulièrement favorisée par l'apparition d'un nouveau métier, en parallèle de celle de la RAC, et qui est l'infirmière coordinatrice RAC.

2 - Le rôle central de l'infirmière coordinatrice

« *Un élément extrêmement qualitatif qui est né de ça, c'est l'infirmière de coordination donc c'est les nouveaux métiers, ça c'est vraiment génial, c'est ma grande découverte* » indiquait le Docteur Raspado et, effectivement, l'infirmière coordinatrice représente cette innovation des prises en charge recentrées sur le patient et son accompagnement, puisque plus d'1/3 des entretiens ont été menés avec ce profil spécifique. L'infirmière de coordination a un rôle névralgique dans la conduite des processus RAC, puisqu'elle est la véritable interface entre le patient et les différents professionnels de santé impliqués, à l'image de Marie Samsoen qui se décrit comme « *l'huile de la mayonnaise pour que tout se passe bien, le liant de l'ensemble* ».

Leur rôle est donc majeur, surtout dans ce qui était expliqué précédemment avec l'activation du patient et son implication dans le processus de soin, comme l'explique Madame Morant : « *S'il n'est pas acteur, c'est à moi de le booster pour qu'il soit acteur* ». Toutefois, cela ne serait pas possible si l'infirmière coordinatrice ne remettait pas en avant un aspect, de plus en plus négligé dans la société actuelle, qu'est le lien relationnel, particulièrement vrai dans un contexte d'intervention chirurgicale, qui est un environnement anxiogène. Ainsi, la coordinatrice accompagne le patient et crée une relation privilégiée avec lui pour l'accompagner et le rassurer, puisqu'« *il y a tout de suite une sorte de complicité qui s'installe et ils vont me dire des choses beaucoup plus facilement à moi qu'à d'autres* », indique Madame Samsoen, ce qui fait partie des avantages non-négligeables pour les patients.

3 - Avantages multiples pour les équipes et pour les patients

La RAC procure donc nombre d'avantages pour les patients, rien que dans son fonctionnement et le lien privilégié évoqué ci-dessus se retrouve dans chacun des 5 entretiens menés avec les infirmières coordinatrices, c'est quelque chose qui « *désamorce certaines inquiétudes* », d'après Aliénor Dercy avec Chloé Bossard qui corrobore sur « *l'accompagnement spécifique [...], un peu 'cocooning' de ce moment anxiogène qu'est l'opération* ». De plus, à travers les témoignages recueillis, on retrouve la remobilisation, et le retour à domicile induit, précoces qui sont eux-mêmes provoqués par une meilleure gestion des paramètres en amont.

A titre d'exemple, il y a le bénéfice majeur sur la corrélation entre anxiété, douleur et complications évoqué par chacun des praticiens, notamment le Docteur Fanara qui explique que « *Les patients sont beaucoup moins stressés, plus détendus au bloc opératoire. Les patients ont beaucoup moins mal* » que vient compléter le Docteur Pierre-Yves Hardy en disant que « *le patient va avoir droit aux soins les plus performants [...], pour lesquels il aura le moins de complications, le moins de douleur et qui retrouvera une autonomie le plus rapidement possible* ». Un autre avantage également identifié dans la littérature et réexprimé ici est la reprise rapide du transit « *ce qui est important parce que souvent c'est très anxiogène* », pour le Docteur Raspado. Pour rappel, l'objectif est de « *faire déambuler les patients rapidement* » et d'avoir « *moins d'embolies pulmonaires, moins de thromboses* » pour reprendre les termes du Professeur Nsiri. Cela permet également d'obtenir une qualité de vie nettement meilleure où l'on parle, comme Madame Lafortune, de patient « *debout, digne, détendu* ». Cette reprise du transit est la conséquence des patients acteurs qui sont « *mieux formés, mieux informés, (ont) moins de complications, un retour à l'autonomie qui est favorisé* », d'après Lionel Cervera et c'est cette redynamisation qui vient proposer de nombreux avantages pour les équipes de soin. Pour cause, nous évoquons que la réhabilitation précoce dégageait plus de temps pour retrouver le relationnel entre personnel soignant et patient mais cela permet, par la même occasion de venir simplifier les soins, notamment pour les paramédicaux, d'après Madame Morant, avec « *des prises en charge qui sont plus faciles avec des patients qui sont rapidement plus autonomes donc moins de soins lourds, moins d'appareillages* » ou, a minima « *des appareillages moindres* » selon Mélanie Sahuc. Ces constats ont même permis au Docteur Hardy d'observer la motivation des équipes à faire plus de la RAC « *parce qu'elles ont vu avec le temps que, effectivement, ça demande moins d'efforts* ». Un autre aspect fondateur des protocoles qui induit des avantages est la standardisation de ceux-ci, c'est-à-dire, qu'on cherche à en finir avec les divers processus de diverses interventions de divers segments chirurgicaux.

En effet, l'un des aspects de la RAC est la mise à l'écrit claire et précises des étapes de prise en charge à l'intérieur du processus RAC « *ce qui vient sécuriser le parcours de soins parce qu'on le standardise et chaque acteur sait qu'il y a 10 ou 15 protocoles pour un type de chirurgie mais il va peut-être y en avoir qu'un et à l'intérieur de ce protocole, les étapes, on verra comment on les personnalise et on les individualise pour le patient* », pour reprendre l'explication de Lionel Cervera. Cette clarification des étapes et des rôles de chacun vient drastiquement réduire la peur de l'erreur et le stress global des équipes et amène, par conséquent, une meilleure qualité de vie au travail pour les soignants que cela soit en termes d'amélioration de la coordination, de l'esprit d'équipe, et de la motivation personnelle. D'ailleurs, c'est une notion que l'on retrouve dans les 3 profils :

- « *"Ça résout un peu les liens des équipes parce qu'on est vraiment sur une définition de chaque étape."* » - Pr. Afak NSIRI
- « *C'est un projet fédérateur, c'est à dire que ça résout un peu les liens des équipes* » - Loïc LE MENN
- « *On a travaillé sur l'émulation collective. On a travaillé sur la revalorisation personnelle de son travail* » - Guillaume MASSON

C'est effectivement un projet fédérateur qui remet la communication au centre du projet, ressoude les liens des équipes et entre elles et qui entraîne, en quelque sorte, un décroisement des professions, « *Finalemment c'est mettre fin un petit peu aux murs entre les différentes spécialités* » (Chloé Bossard). Tous ces avantages, qu'ils soient du point de vue des patients ou de celui des équipes a permis une fluidification des prises en charge qui utilisent la RAC et des durées de séjour significativement plus courtes, comme l'explique Madame Dercy et Madame Lafortune, et qui engendrent moins de complications, « *moins de frais de santé, moins d'argent dépensé* » pour le Docteur Hardy.

Un dernier avantage de la RAC, issu de sa philosophie primaire, est que cela s'inscrit dans une logique d'amélioration continue, propre au pilier de la médecine factuelle sur lequel elle repose. Effectivement, comme dit Lionel Cervera : « *La RAAC est un processus, donc il faut l'évaluer* » dans le but de « *dépasser le concept et réduire l'agressivité chirurgicale* » par exemple, comme l'explique le docteur Raspado.

Finalemment, le Professeur Nsiri met également en avant la RAC en indiquant que « *c'est l'invention qui fait gagner de l'argent sans vraiment en demander* » au regard des technologies médicales qui peuvent être rapidement coûteuses, alors que la RAC est « *concept qui demande juste une réorganisation* », ce qui est vrai à la lumière de la littérature économiste et des avis des participants, mais cette réorganisation ne serait-elle justement pas la source de défis à l'implémentation plus générale de la RAC en France ?

II - Limites, obstacles et contraintes à son implémentation

En effet, il existe des obstacles identifiés à la mise en place de la RAAC, qui justifient le fait que ça ne soit pas encore la prise en charge conventionnelle en France. Le résultat des entretiens avec les différents acteurs, visible sur le **Tableau 5**, a permis de lister ces différents défis, qu'ils soient organisationnels, logistiques ou encore financiers inhérents au déploiement de la RAC et sur lesquels il convient de s'attarder pour proposer des solutions.

Sous-thèmes	Paramédicaux	Praticiens	Partenaires
Persistance des habitudes	• Peur du changement • Changement difficile des habitudes • Peur de la culpabilisation	• Peur du changement • Changement difficile des habitudes • « Choc générationnel »	• Changement difficile des habitudes • Remettre en question les dogmes
Autres défis organisationnels	• Coordination des professionnels de santé • Rotation du personnel et maintien de la culture RAC • Réactivité nécessaire	• Coordination des professionnels de santé • Nécessité d'un objectif commun	• Coordination des professionnels de santé • Infrastructures hospitalières
Défis logistiques	• Organisation des locaux • Limites technologiques de certains drains	• Organisation des locaux • Suivi des patients • Manque de personnel	• Organisation des locaux
Défis financiers	• Manque de personnel • Financement de santé incohérent avec la RAC	• Financement de santé incohérent avec la RAC • Manque de soutien de l'institution	• Coordination RAC non rémunérée • Manque de données chiffrées sur l'impact

Tableau 5 : Idées générales des profils sur le thème n°2, issus des verbatims

1 - Persistance des habitudes et comportements

Premièrement, le défi organisationnel qui représente le frein le plus important à la RAC concerne le facteur humain, qui est souvent attaché à des habitudes de pratiques qu'il est complexe de modifier pour se conformer aux recommandations de réhabilitation améliorée. Cette notion d'« *habitude(s)* » ou de « *dogme(s)* » est présente dans la totalité des réponses sur le sujet des principales contraintes, puisque ces termes reviennent plus de 60 fois, soit plus de 4 fois par entretien en moyenne. La raison est tout à fait logique puisque les protocoles de RAC, même en apportant de la standardisation, de la sécurité et un allègement de la charge de travail, incitent à modifier les anciennes pratiques souvent reliées à un alitement prolongé, une réalimentation tardive et une appréhension de la remobilisation. Lionel Cervera revient sur le fait qu'il ne « *faut pas avoir peur de remettre en question* » même si « *ça peut aussi bousculer dans ses pratiques ou en termes de réflexion* ». Effectivement, un changement quasi radical sur ces notions entraîne automatiquement une peur du personnel soignant et une réticence à appliquer les nouvelles directives. C'est à partir de là que se cache le principal point de blocage entre les acteurs moteurs de la RAC et ceux qui vont freiner. Il est effectivement complexe de changer les habitudes du fait de la peur du changement, comme le soulignent 4 coordinatrices sur 5 :

- « *Demander aux gens de changer, c'est pas forcément évident.* » – I. Lafortune
- « *Quand on change les habitudes de quelqu'un, c'est difficile.* » – L. Morant
- « *Faire évoluer certaines infirmières c'est un peu compliqué* » – M. Samsoen
- « *C'est difficile avec le personnel qui est déjà là depuis des années qui ne connaissent pas ça et qui pour eux n'en voient pas l'intérêt.* » - M. Sahuc

Le même constat ressort chez les praticiens qui l'accentuent en parlant du choc générationnel entre les différents chirurgiens et/ou anesthésistes au regard des avancées permises par la RAC que certains, d'après le Docteur Fanara « *n'ont toujours pas compris mais ça c'est une vieille génération* ». Le problème proviendrait donc de cette absence de remise en question, encore plus avec les chirurgiens réfractaires qui sont au cœur du déploiement du projet, comme expliqué précédemment, et il est dommageable de constater certains « *rebelles* » pour citer le Docteur Raspado, « *qui ne voulaient pas appliquer finalement ce que la science avait réussi à démontrer* ». Car, en effet, tout le principe de la philosophie danoise cherche à lutter contre les dogmes infondés, comme l'exemple soulevé par Loïc Le Menn avec la douche à la bétadine : « *Ça fait 30 ans ou 40 ans qu'on dit ça. Est-ce que c'est vraiment utile ? Qu'est-ce qui est prouvé scientifiquement pour l'instant ?* ». Enfin, même avec la preuve scientifique de l'inefficacité d'un paramètre, tout changement est vécu par les agents comme une contrainte et peut engendrer une culpabilité de la personne qui se sent dépossédée d'une partie de sa mission alors que « *c'est pas mal de ne pas prendre la tension ou la température la veille de la sortie du patient* », comme l'explique Monsieur Masson.

En définitive, la résistance au changement est une, si ce n'est la, contrainte significative de l'implémentation de la RAC et qui nécessite d'être bien cadrée pour optimiser les parcours, en parallèle d'autres limites organisationnelles qui pourraient s'additionner ou alimenter cette appréhension.

2 - Autres défis organisationnels

À la suite de cette peur du changement, d'autres paramètres organisationnels peuvent perturber les protocoles RAC, à commencer par tout ce qui va impacter la coordination des professionnels de santé entre eux, critère fondamental des prises en charge innovantes, qu'il faut pourtant assurer. Entre autres, Madame Dercy expliquait « *qu'il y avait parfois un peu de loupés entre la consultation d'anesthésie* » et celle de coordination, ce qui provoque du retard dans la prise en charge, de l'incompréhension entre les équipes et un résultat éloigné du potentiel initialement présenté.

L'avantage de la fluidification du parcours, évoqué plus tôt, grâce à une coordination des équipes représente donc un défi majeur car comme le précise le Docteur Fanara, il faut *« que tout le monde soit coordonné et aille dans le même sens [...] Une équipe anesthésique et chirurgicale qui ne va pas dans le même sens, ça ne marche pas. »*, ce que vient accentuer le Professeur Nsiri car *« quand une partie de la chaîne est défaillante, ça ne marche pas »*. Du côté des partenaires, l'organisation peut aussi être impactée négativement par l'incompatibilité des infrastructures hospitalières, qui représentent un défi logistique, certes, mais aussi organisationnel car les modifications demandent du temps mais aussi des adaptations des habitudes de fonctionnement, ce qui est pourtant nécessaire pour se conformer aux exigences de l'optimisation des interventions.

La dernière limite organisationnelle concerne à nouveau le personnel, car la RAC sollicite un certain nombre d'entre eux, agissant en synergie, cependant le manque de personnel, d'une part, et la rotation de celui-ci, d'autre part, ralentissent drastiquement le développement des protocoles. Madame Morant appuie sur le premier point en disant : *« je pourrais développer la RAAC pour plus de pathologies mais moi toute seule je ne peux pas tout faire »*, avis que partage Marie Samsoen. C'est en effet une charge de travail importante que de devoir coordonner l'ensemble des soignants qui changent régulièrement et *« Si le personnel soignant ne connaît pas il faut savoir réactualiser, expliquer puisque les gens, des fois, ont peur »*, nous explique Mélanie Sahuc et il est nécessaire de perpétuer une formation continue pour conserver ces nouveaux modes de prise en charge, qui *« demande une plus grande réactivité de la part du personnel soignant »*, souligne Madame Lafortune, et de conserver la philosophie RAC, sur le long terme. Ces défis organisationnels représentent un vrai facteur à ne pas négliger pour permettre à la RAC de se développer mais s'accompagnent également de défis logistiques, comme il a commencé à être évoqué.

3 - Défis logistiques

On parle de contraintes logistiques pour la prise en charge RAC, notamment au regard de son protocole fluidifiant le parcours patient, depuis son admission jusqu'à sa sortie, il est cohérent de pouvoir bénéficier de locaux adaptés. Ce critère est indéniablement lié à la réussite de la prise en charge, comme l'exemple des HCL où l'unité d'accueil est au même étage que les blocs opératoires, explique Madame Lafortune, *« ça améliore le circuit du patient »*. À l'opposé, Pr Afak Nsiri interpelle sur *« Des infrastructures qui ne sont pas forcément adaptées ou qui ne le sont plus »* et qui freinent l'avancée des projets et la rende difficile, selon Lionel Cervera.

Également, concernant le jumelage des rendez-vous sur la journée, il est plus pratique que les consultations de chirurgien, d'anesthésiste et d'infirmière coordinatrice soient regroupées au même niveau, pour limiter l'anxiété des patients et favoriser le travail administratif, ce dernier considéré comme un vrai frein par Monsieur Le Menn qui suggère des « outils de programmation ». Les praticiens Dr Hardy et Dr Fanara pensent plutôt à un manque de personnel pour assurer cette fluidité logistique. Dernièrement, il est essentiel d'assurer un suivi postopératoire du patient le plus précis possible, étant donné son retour au domicile accéléré et le risque de complications toujours présent qu'il faut « organiser » d'après le Dr Raspado et qui nécessite donc des outils adaptés, tels que le téléphone, mail ou des solutions plus innovantes avec la télésurveillance, mais qui représentent un coût non négligeable pour un concept de prise en charge encore trop peu soutenu financièrement.

4 - Défis financiers

Une dernière contrainte, et non des moindres, se traduit dans l'aspect financier puisque l'on parlait de besoin de personnel pour aller au bout des choses, concernant la RAC et qui représente donc un coût financier initial, malgré les résultats proposés dans la littérature. Le manque de moyens humains donc financiers est une notion présente chez l'ensemble des coordinatrices interrogées, des praticiens interrogés de même que le chargé de projet et pour cause, les étapes de la RAC ne sont pas encore rémunérées à leur juste valeur et sont même réalisées à titre bénévole. En effet, les deux experts du sujet indiquent *« qu'il peut manquer parfois la consultation infirmière [...] et pour cause, elle n'est pas rémunérée »* puis *« Les consultations d'infirmière coordinatrice ça n'existe pas dans les tarifs, c'est gratuit et la consultation diététicienne ça n'existe pas non plus, c'est gratuit. »*, au contraire du système anglo-saxon de la NHS, comme l'explique Dr Hardy, qui fait bénéficier de subventions aux hôpitaux implémentant la RAC.

Ainsi, on remarque une incohérence entre les incitations du système de santé français, qui cherche à développer ces prises en charges améliorées, pour ne pas dire accélérées, qui bénéficient aux dépenses de santé, et le soutien financier qui en découle. C'est d'autant plus subtil que le HDJ est quant à lui fortement valorisé, dans le cas où un minimum de 3 consultations spécialistes sont regroupées sur une demi-journée, comme l'explique Loïc Le Menn, cela octroierait *« 352 euros au lieu de 50. »* en tant que forfait HDJ, ce qui devrait pourtant s'appliquer aux protocoles RAAC qui ont un fonctionnement sensiblement similaire. Premièrement, cela n'est pas le cas. Ensuite, le système de remboursement n'est actuellement pas prêt à faciliter la sortie précoce des patients qui sortent parfois trop tôt et *« au niveau de la sécu, ils sont dévalués »*, nous explique Monsieur

Masson dans la même lignée que le Professeur Nsiri qui rencontre des situations où « *comme l'assurance a donné 3 jours pour que l'établissement soit remboursé, on doit les garder* ». Néanmoins, cette limite peut elle-même engendrer une autre problématique avec les institutions hospitalières qui pourraient n'y voir que de l'avantage économique, occultant les objectifs primaires d'amélioration du confort de vie des patients. C'est ce qu'explique le Docteur Raspado qui regrette de n'être « *évalué sur la DMS, alors qu'en fait la DMS n'est pas l'objectif principal de cette philosophie* », certes, la RAC a une rentabilité significativement positive mais celle-ci, ainsi que l'institution, doit soutenir le développement de la pratique et non l'inverse, au risque de provoquer une asphyxie des services hospitaliers.

C'est pour cette raison que le soutien institutionnel est un élément crucial du développement de la RAAC et de la résolution des défis en tous genres, car, comme il a pu être constaté, la réhabilitation améliorée n'est pas qu'une question d'investissement financier, c'est également un aspect support au regard des multiples contraintes organisationnelles, logistiques et surtout culturelles qu'il faut prendre en compte. Cette analyse des difficultés rencontrées dans les établissements respectifs a permis d'amener autant d'obstacles que de potentielles réponses à ces problématiques qu'il convient d'étudier.

III - Pistes de solutions aux défis

Face aux problématiques et limites que peut engendrer le développement de la RAC, il est intéressant d'étudier les solutions qui pourraient ou ont déjà pu être mises en place pour y pallier et l'apport des différentes expertises et expériences des participants, consultable sur le **Tableau 6**, a su nourrir et éclairer le raisonnement.

Sous-thèmes	Paramédicaux	Praticiens	Partenaires
Sensibilisation, accompagnement et formation	• Accompagnement permanent du changement • Education des nouveaux • Formation globale, continue et le plus tôt	• Formation globale, continue et le plus tôt • Implémentation progressive • Preuves scientifiques	• Formation globale, continue et le plus tôt
Soutien institutionnel / Appui des établissements et gouvernement	• Soutien par l'établissement et la hiérarchie • Subventions régionales et nationales (ARS) • Accompagnement des groupes d'influence • Renforcement des liens entre professionnels	• Investissement préalable • Développement des mesures incitatives • Accompagnement des groupes d'influence	• Appui de l'Assurance Maladie • Partenariats entre structures et industriels
Utilisation de technologies - Apport de l'industrie de santé	• Logiciels d'audit et de télésurveillance • Méthodes chirurgicales moins agressives • Solutions portatives • Réalité Virtuelle	• Méthodes chirurgicales moins agressives • Techniques analgésiques moins délétères • Logiciels et applications de suivi postopératoire	• Méthodes chirurgicales moins agressives • Logiciels de suivi postopératoire et de programmation • Réalité Virtuelle

Tableau 6 : Idées générales des profils sur le thème n°3, issus des verbatims

1 - L'accompagnement au changement

Le premier critère d'importance se réfère à la peur du changement qui émane des équipes de soin lors de l'implémentation des protocoles RAC, qui entraîne une réfraction au changement des habitudes et qui devient une menace significative pour le bon déroulement des protocoles. Il est alors fondamental de comprendre les fondements du mal-être chez les soignants et de les accompagner progressivement à faire évoluer leurs pratiques et à constater les fruits de leur travail.

C'est ce que le Docteur Hardy exprime quand il explique qu'au CHU de Liège, la mise en place s'est faite progressivement, item par item, en ayant commencé par « *réalimenter le patient le soir même. Une fois que les infirmières, les chirurgiens ont vu que ça marchait, ils sont passés à un item, puis après l'autre* ». C'est également en y allant « *point par point* » et en montrant « *qu'elles (les équipes) allaient y gagner dans leur activité, dans leur charge de travail pour que petit à petit l'adhésion se fasse* » que la RAC a su se déployer dans l'établissement de Guillaume Masson, toujours dans cette notion d'accompagner progressivement le changement car quel est le besoin réel des personnels réticents au changement ? Pour Isabelle Lafortune, « *c'est le besoin d'accompagnement au changement tout simplement* » qui naît de l'incompréhension des nouvelles méthodes.

Cela démontre à quel point l'avantage de la RAC concernant le meilleur esprit d'équipe des soignants n'est pas automatique et que c'est quelque chose qui se construit, que l'on évalue, que l'on discute donc que l'on accompagne durablement. La seule condition qui permet d'aboutir à ces résultats est d'avoir des agents volontaires et « moteurs », comme l'explique Madame Morant : *« Moi j'ai gardé les moteurs, c'est-à-dire [...] on a ouvert à tout le monde et ne sont venus que ceux qui étaient, au départ, intéressés et finalement, ceux qui ne l'étaient pas, se sont rendus compte qu'il y avait des améliorations et ça aidait beaucoup le patient »*. La finalité de cette démarche progressive d'accompagnement au changement permet d'apporter un résultat et surtout une motivation de l'équipe pour améliorer ceux-ci, mais pour conserver ces bonnes pratiques, l'accompagnement se doit d'être continu.

2 - Accentuer la formation et la sensibilisation

Effectivement, la notion de conduite du changement s'apparente parfaitement à celle de la RAC, étant donné qu'il faut que ce soit un processus continu, notamment en raison de la problématique des rotations de personnel puisque ces derniers pas forcément formés ni informés aux pratiques de la RAC, du fait d'une formation encore trop basée sur les préceptes médicaux antérieurs à ceux de la RAC. Il est donc nécessaire, comme le décrit Mélanie Sahuc *« d'être présent, parce qu'il y a beaucoup de nouveaux professionnels, à tout niveau, pour qu'ils tiennent à peu près le même discours avec la patiente »* et ce, en permanence, pour *« stimuler cet esprit d'équipe et faire en sorte que les choses ne s'essouffent pas parce qu'on peut se réinstaller dans nos habitudes »* d'après Madame Lafortune.

En complément de cette sensibilisation continue des équipes intra-hospitalières, il apparaît judicieux pour la plupart des participants de présenter la RAC, ses enjeux et ses avantages le plus tôt possible, et que cela *« soit enseigné comme le soin courant [...], comme ça c'est acquis »* selon le Dr Raspado, rejoint par le Professeur Nsiri, que le Dr Fanara corrobore en affirmant que *« Les générations d'aujourd'hui savent que ça va leur rendre service »*. Cela montre l'importance capitale que revêt la formation en école de médecine, qui est d'autant plus importante qu'elle influencera la mise en œuvre de ce genre de projets qui est, dans la majorité des cas, porté par le chirurgien et/ou l'anesthésiste, comme le montre Marie Samsoen en disant *« La partie médicale, elle est nécessaire [...] sans eux ce n'est pas possible »*. De plus, un témoignage qui porte à croire que cela va dans le bon sens est celui du Dr Hardy qui encense la RAC : *« c'est de plus en plus populaire, parce qu'en fait, c'est de plus en plus prouvé par la science »*. Cependant, pour

assurer que la formation soit cohérente et complète, il est idéal de respecter deux conditions qui sont, d'une part, que les étudiants, médecins ou autres personnels hospitaliers, soient tutorés par une personne pratiquant la RAC dans son ensemble, d'après Madame Morant, dans le but d'avoir une formation complète, à savoir « *à la fois médicale, paramédicale et administrative, [...] pour que la personne formée puisse avoir la connaissance de l'ensemble du parcours RAC* », ce que suggère Monsieur Cervera. Ainsi, on constate que la sensibilisation et la formation tendent à vouloir développer les aspects de la RAC, en tous cas dans le milieu médical avec les résultats et les études qui se répandent dans la communauté scientifique, mais il ne faut pas oublier que la RAC comprend un volet administratif et donc un besoin du soutien des institutions, qu'il faut obtenir en parallèle pour favoriser une adaptation des prises en charge optimisées.

3 - Soutien institutionnel

Comme on le disait, cet investissement de la part des instances décisionnaires n'est pas une chimère pour le système balbutiant de santé en France, puisqu'outre-manche « *ça fait quelques années que les hôpitaux ont des subventions pour implémenter la RAAC* » d'après le Docteur Hardy et, à juste titre, car il rappelle que les preuves de l'efficacité sont là : « *il (le patient) complique moins et y a moins de frais de santé, moins d'argent dépensé et donc c'est un investissement rentable d'implémenter la RAAC* ». La solution se trouve peut-être donc dans l'Hôpital de Jour et l'extension de ses subventions, évoquées dans la partie précédente, aux protocoles RAC, car son financement est nettement plus avantageux à l'heure actuelle que celui de la RAC, ce qui reste malgré tout cohérent au vu des objectifs gouvernementaux fixés pour l'ambulatoire. À l'image des 32 récurrences du terme HDJ retrouvées dans les entretiens, Laurence Morant estime que « *si on arrive à faire financer, on pourrait plus facilement argumenter pour pouvoir avoir un deuxième poste par exemple* », ce qui accentuerait positivement le développement de la RAC avec les potentiels « *500 euros par patient en plus* » que décrit Madame Samsoen, au sein du HDJ de son établissement. Cette possibilité est envisageable d'après Monsieur Le Menn qui évoque « *un petit plus financier pour les établissements qui font de la RAAC* » grâce à une modification récente des tarifs de l'Assurance Maladie, qui semble toutefois encore trop méconnue pour repousser les limites existantes.

Lorsqu'un établissement s'engage, au niveau décisionnaire, dans le déploiement de prises en charge RAC avec une budgétisation et un soutien clair, à l'image des établissements de Monsieur Masson et Madame Lafortune, les résultats sont rapides et significatifs et amènent, en plus, des subventions pour résoudre les problèmes de la

géographie des locaux, dans l'exemple des HCL, « *via une subvention qu'on a obtenu par l'Agence Régionale de Santé (ARS)* ». Cet investissement n'est visiblement pas fait au hasard puisque Mélanie Sahuc, également aux Hospices de Lyon, annonce que « *de toute façon, ils ont un gain quelque part. On (les infirmières coordinatrices) va bientôt être 5* ».

Une piste qui permettrait d'encourager à la mise en place de ces mesures incitatives réside sûrement dans l'accentuation de l'accompagnement des praticiens et des établissements par les associations de professionnels, tel que le groupe GRACE « *qui a fait beaucoup pour le développement du concept* » et qui peut labelliser les services et établissements en tant que « services RAAC », comme celui de Madame Morant, ce qui induit une qualité de service d'exception et une renommée non négligeable pour l'activité globale de l'établissement. Ce soutien peut aussi être caractérisé par le partenariat avec les industries de santé, qui peuvent permettre de repousser les limites afin d'atteindre ces exigences, comme celles du groupe Vivalto qui avait tissé un « *partenariat assez poussé* » et « *qui, il y a 3-4 ans, a fait de la RAC une priorité* » avec l'entreprise de Nicolas Schaettel qui pouvait lui apporter en termes de technologies médicales, de même que l'industrie de santé en générale, dans l'optimisation des différents processus.

4 - Apport de l'industrie de santé

En effet, l'industrie de santé, par son caractère innovant, se présente aussi comme un acteur pouvant alimenter le développement de la RAC, à travers plusieurs domaines. En effet, au cours de ces échanges, trois pistes ont pu être identifiées pour permettre d'améliorer les prises en charge :

- 1- Développement des techniques chirurgicales mini-invasives**
- 2- Stratégies analgésiques innovantes et moins invasives**
- 3- Apport du logiciel dans le suivi des patients et l'évaluation des pratiques**

Premièrement, les interventions chirurgicales ne doivent cesser de s'améliorer pour se conformer aux objectifs de la RAAC et de permettre le rétablissement plus précoce par le caractère mini-invasif. Dans cette optique, la piste apparaissant comme la plus prometteuse est celle de la chirurgie robotique, énoncée par Madame Lafortune et Monsieur Le Menn « *qui devient de plus en plus développée* » notamment aux HCL et dans le service de Madame Sahuc, avec laquelle « *c'est bien plus simple de sortir plus tôt que si on ouvre* ».

Ensuite, les techniques d'anesthésie doivent aussi se développer, dans la continuité de ce qui a été indiqué sur l'analgésie multimodale qui permet également de mieux récupérer et se remobiliser et qui cherche à diminuer toujours plus l'utilisation de

médicaments. Sur ce point, plusieurs indications sont proposées, à commencer par le « *Patient Blood Management, c'est-à-dire qu'on donne du fer aux patientes avant* », d'après le professeur Nsiri, réduisant ainsi la fatigue et les séquelles mais aussi l'anesthésie locorégionale pratiquée par le Docteur Fanara qui présente aujourd'hui « *la meilleure gestion de la douleur* » mais qui appelle à de nombreuses innovations encore moins invasives telles que la Transcutaneous Electrical NeuroStimulation (**TENS**) ou neurostimulation électrique transcutanée qui permet de couper le signal nerveux de la douleur par un courant électrique de faible tension destiné aux nerfs périphériques.

Ainsi, d'après les résultats du Docteur Fanara, « *si vous coupez le message douloureux, le cerveau estime qu'il n'y a plus de douleur et on retrouve la liberté de mouvement* » qu'il complète par le concept de **photobiomodulation** qui est « *un rayonnement infrarouge qui va activer la régénération cellulaire, qui va diminuer l'inflammation et augmenter la cicatrisation* ». Ces techniques non-invasives présentent un potentiel important pour la réduction médicamenteuse et la remobilisation précoce, de même que la solution HypnoVR, développée par les équipes de Nicolas Schaettel, qui utilise la Réalité Virtuelle (VR pour *Virtual Reality*) et agit du préopératoire au postopératoire, en passant par l'intervention afin de réduire l'anxiété et la consommation de médicaments avant, d'injecter moins de doses pendant et permettre de se remobiliser plus vite après que PDG résume par « *Moins de stress, moins de substances et de médicaments et puis une réhabilitation plus rapide* ». Cette solution, par ailleurs, s'adresse également aux équipes de soin dans le but de leur apporter du bien-être, ce qui est efficace au sein des HCL qui sont utilisateurs et en témoignent positivement, ce qui a probablement pu être aidé par la stratégie d'accompagnement par la force commerciale mise en avant par la société pour guider le changement et l'utilisation de ces dispositifs médicaux certifiés.

La dernière piste pour l'amélioration technologique des processus RAC se situe dans l'apport des logiciels pour ceux-ci, à commencer par les logiciels de suivi de patients après la sortie de l'hôpital, qui représente une période d'appréhension pour le personnel soignant quant au risque de survenue de complications qu'il convient de pouvoir anticiper au mieux. Sur ce sujet, le logiciel MAELA se distingue, en étant présent dans 5 entretiens sur 14, et pour lequel le Docteur Raspado a eu « *un gros coup de cœur avec un outil [...] qui était là pour surveiller mon malade, comme une sorte d'ange gardien qui mettait en communication le malade rentré à domicile et mon infirmière de coordination* » et qui lui permettait de « mieux dormir », étant donné le système d'alerte du patient en cas de problème. Cette solution propose aussi les rappels pour guider le patient sur l'ensemble du parcours, comme le précise Aliénor Dercy, néanmoins, elle apparaît coûteuse pour les établissements comme

celui de Monsieur Masson, mais a su ouvrir la voie vers le développement de logiciels et d'applications pour faciliter le suivi du patient ainsi que le volet administratif préopératoire, ce qui accélère les prises en charge et évite l'agglutination de la patientèle dans l'établissement. Ces logiciels de télésurveillance représentent donc une piste très intéressante pour les professionnels de santé dans la résolution de leurs problématiques de suivi de leurs patients, puisque les Docteur Hardy et Fanara, non utilisateurs, attestent de leur intérêt.

Enfin, un dernier type d'outil logiciel permettant de tendre à l'objectif d'amélioration continue de la RAC sont les logiciels d'audit des pratiques comme la base GRACE-Audit, entre autres, utilisée par Madame Lafortune, qui est *« un logiciel gratuit auquel on peut s'inscrire qui peut permettre d'aider à avoir cette démarche qualité »*, en évaluant leur fonctionnement, proposant les axes d'amélioration, si possible, et qui a, d'après le retour de Monsieur Le Menn, *« pour vocation d'aider et de promouvoir la RAAC »*.

La complémentarité de ces solutions aux pratiques actuelles et à leurs manquements apparaît comme des pistes prometteuses, aussi bien pour les professionnels de santé en demande, que pour les entreprises du domaine qui ont les ressources pour proposer ces solutions qui émergent, dans la majorité des cas, des idées des professionnels de santé, soucieux de toujours remettre en question leurs méthodes pour s'améliorer continuellement et respecter le proverbe *« mieux vaut prévenir que guérir »*.

5 - La piste de la Préhabilitation

C'est depuis cette remise en question constante, encouragée par la RAC, qu'est né le concept de Préhabilitation *« ce qu'on appelle l'optimisation clinique des patients avant l'opération »* d'après Isabelle Lafortune, coordinatrice des parcours patients Préhabilitation et RAC, qui sont donc deux faces d'une même pièce puisque le principe est de *« mettre tout en œuvre pour que le patient soit préparé [...] pour son opération afin de l'aider à récupérer plus facilement et donc rendre cette réhabilitation après chirurgie plus efficace »*. Cela rejoint les éléments préopératoires étudiés dans la littérature mais poussés au maximum, à l'image de la préparation de l'athlète avant une compétition, métaphore que reprennent le Docteur Fanara et Loïc Le Menn en insistant sur la préparation physique, la préparation mentale et la préparation nutritionnelle, trois volets qui vont amener chirurgiens, anesthésistes et infirmières à préparer le patient pour limiter l'agression chirurgicale et assurer un retour à l'autonomie précoce. La préhabilitation se positionne comme un critère influant positivement sur tous les autres paramètres de la prise en charge, notamment l'impact sur les cabinets de ville, et est donc à prendre en compte dans les nouvelles pratiques.

IV - La relation entre l'Hôpital et les cabinets libéraux

Le sujet de ce mémoire s'intéressait en effet à la partie post-opératoire de la prise en charge, avant de comprendre que la RAC était finalement un concept péri-opératoire au sens large. Cependant le segment post-opératoire reste un moment décisif du parcours patient, avec un retour au domicile précoce favorisé par une meilleure récupération. Toutefois, cela n'est pas sans risques et peut nécessiter la sollicitation des professionnels de ville, que cela soit le médecin traitant, le kinésithérapeute ou les infirmiers à domicile, dans l'optique d'approfondir le suivi du patient. Il apparaît donc primordial que les professionnels libéraux puissent bénéficier d'un lien privilégié avec la structure hospitalière et ses équipes ayant mené l'intervention, pour assurer la continuité des soins, ce qui n'est, dans la pratique, pas aussi simple, comme le suggèrent les témoignages recueillis ci-dessous (**Tableau 7**) qu'il convient d'analyser pour en déduire les solutions les plus propices.

Sous-thèmes	Paramédicaux	Praticiens	Partenaires
Méthodologie de suivi	- Appels de sécurité systématiques - Disponibilité continue - Mise en place de questionnaires/emails	- Appels de sécurité et RDV de contrôle systématiques - Mise en contact indirecte avec la Ville - Télésurveillance	Appels de sécurité systématiques
Problématiques reliées	- Lien avec la Ville restreint voire inexistant - Méconnaissance des procédés RAC par la Ville - Manque de ressources et de temps	- Faible audience sur événements Hôpital-Ville - Nécessité d'une personne ressource	- Lien avec la Ville restreint voire inexistant - Frustration des praticiens de Ville
Pistes de résolution	- Evènements Hôpital-Ville - Guidelines - Développement de la télésurveillance - Accès au matériel	- Investissement financier - Recrutement de profils coordinateurs-rices - Evènements Hôpital-Ville - Promotion/Enseignement de la RAC	- Rôle de l'infirmière coordinatrice - Soutien des Ordres et des institutions - Formations spécifiques et utilisation du numérique - Evènements Hôpital-Ville

Tableau 7 : Idées générales des profils sur le thème n°4, issus des verbatims

1 - Méthodologie de suivi

Actuellement, le suivi post-opératoire du patient lors de son retour à domicile est majoritairement construit autour de ce que Loïc Le Menn nomme « *des appels de sécurité après la sortie* » qui sont la norme chez les participants, avec une récurrence dans 6 entretiens sur 9 ayant répondu à la question. Ces appels sont faits par l'infirmière coordinatrice entre J+1 et J+3 après la sortie et ces initiatives sont parfois réitérées à J+10 et J+30, en fonction de la disponibilité en ressources humaines du service. Pour illustrer, prenons le cas de Mélanie Sahuc qui indique : « *j'appelle toutes les patientes que j'ai pris en charge* » en comparaison de la structure d'Aliénor Dercy où « *on ne les appelait pas systématiquement* », ce qui n'est pas forcément problématique pour le maintien de la

relation entre le patient et l'équipe de soins. En effet, dans ce cadre, le plus important est que le patient puisse avoir accès aux coordonnées de l'IDE, en cas de problème pour prioriser les potentielles réadmissions et ce critère est respecté chez tous les acteurs paramédicaux.

En parallèle de ces appels, il existe les outils de télésurveillance, évoqués par 3 personnes, à travers des questionnaires envoyés par mail, via une application ou notamment avec la plateforme MAELA, qui agit en tant que passerelle entre les soignants et le patient en fournissant les données souhaitées sur ces derniers et alertant si besoin. Ce procédé allège la mission chronophage que peut représenter les appels de toute la patientèle, permet une priorisation efficace des patients subissant des complications et accélère la prise en charge de celles-ci, le cas échéant.

Le suivi ne s'arrête pas là puisque, dans la majorité des cas, les patients « *sont revus à 1 mois* » par le Docteur Raspado ou « *Entre 10 jours et un mois* » au CHU de Liège, dans le cadre de consultations post-opératoires avec le chirurgien, même si ce n'est, à nouveau, pas systématique pour Madame Dercy. C'est à ce moment-là qu'on remarque les prémices d'un lien entre l'Hôpital et la Ville initié par le chirurgien qui va juger du besoin ou non de soins complémentaires. Si cela s'avère nécessaire, des structures comme celle du Docteur Hardy fournissent « *une lettre au médecin traitant* » pour assurer la transmission des informations de même que l'inverse où le kinésithérapeute libéral, missionné par le chirurgien, renvoie vers ce dernier, en cas de dépistage d'une complication.

Cependant, à part les appels de sécurité entre IDE coordinatrices et patients, qui sont la norme, force est de constater que le lien entre l'institution et les cabinets de Ville est moindre, au regard de l'enjeu que représentent la réduction des réadmissions postopératoires à l'hôpital et que ceci provient de problématiques qu'il convient de déceler.

2 - Problématiques reliées

Malgré les efforts consentis par l'Hôpital pour éduquer et accompagner le plus précisément et longtemps possible ses patients, la distance qui se crée avec le retour au domicile est source d'inconnues et de probables ratés, que pourraient détecter les professionnels libéraux, sous réserve d'une compréhension des tenants et aboutissants de la prise en charge par ceux-ci. En effet, pour les interrogés, le lien entre les deux entités est faible voire inexistant, pour diverses raisons, comme dans le cas de Marie Samsoen qui ne « *pourrait pas avoir de lien avec une équipe en ville* » en raison de la localisation des patients sur des régions comme l'Île-de-France. Ce lien fragile peut aussi générer de l'incompréhension voire de la frustration chez les praticiens de Ville qui ont l'impression,

pour Lionel Cervera, « *qu'on se décharge sur eux et qu'on fait une sorte d'hospitalisation à domicile* ». La source du problème réside sûrement dans le manque de temps et de ressources dans le milieu libéral, comme le cite Chloé Bossard : « *parce que les gens, ils ont des consultations qui sont courtes. Ils n'ont pas le temps, ils ont l'administratif à gérer derrière, la vie de famille, ...* ». Ce manque de temps est délétère pour la relation qui se cloisonne d'autant plus et notamment, dans les événements de sensibilisation à la RAC ouverts au public où les médecins n'ont pas le temps et/ou la possibilité de se déplacer. Cela alimente donc la frustration et dessert le développement de la culture RAC auprès d'eux, qui pourrait pourtant leur apporter les avantages perçus par la structure, si un effort conjoint était possible qui pourrait, entre autres, être initié par le profil innovant de l'infirmière coordinatrice et même soutenu par les institutions. Aujourd'hui, d'après le retour de Madame Bossard, professionnel en milieu libéral « *il n'y a rien qui est porteur. Ça manque d'accompagnement au projet. Finalement on se retranche un peu derrière ce qu'on fait [...] et puis il n'y a pas de progression* ».

En définitive, de ces problématiques multiples sur la relation balbutiante entre Hôpital et Ville, naissent de nombreux axes de travail qu'il est possible de répertorier.

3 - Pistes de résolution

Tout d'abord, il faut pouvoir engager du personnel dans cet objectif de pallier le manque de communication entre les acteurs et le profil qui s'apparente être le plus indiqué est celui de l'infirmière coordinatrice. Effectivement, son expertise et sa vision globale du parcours patient ainsi que son profil accessible pour l'ensemble des acteurs en font l'individu privilégié et le « *maillon complémentaire dans la chaîne* » que décrit Loïc Le Menn. Son implication dès le préopératoire et sa collaboration avec tous les acteurs va permettre « *d'organiser l'échec de prise en charge, la complication [...], pour éviter que le médecin traitant ou l'infirmière de ville ne se retrouve dans la panade* » d'après le Docteur Raspado. C'est aussi ce profil qui va assurer le recueil des données de la télésurveillance et orienter la prise en charge vers les bons interlocuteurs. Donc le recrutement accentué de ces profils apparaît nécessaire pour le Docteur Hardy aussi estimant « *que ce serait bénéficiaire [...], que ce serait rentable* ».

Cette première piste de développement doit aussi être facilitée par la formation afin « *que la RAC soit enseignée comme un soin courant* » dès les écoles d'infirmiers et de médecine pour former les libéraux aux nouvelles pratiques qui permettront de les rassurer et les assurer, par exemple sur les drains à retirer au domicile, qu'il ne faut plus appréhender pour conserver la dignité du patient qui souhaite se remobiliser. Il conviendra

d'accompagner cette formation initiale, tout au long du parcours professionnel à l'image des initiatives de Guillaume Masson qui ont mis en place des formations pour que les IDE libérales « *soient habilitées à s'en occuper donc c'est vraiment dans la continuité hôpital-ville* ». Cela ne peut qu'être bénéfique dans un esprit de valorisation de leurs compétences et de leurs pratiques. De plus, cela encouragerait la compréhension des besoins de chaque partie comme le souligne Mélanie Sahuc : « *Il faudrait qu'on soit aussi sensibilisés à comment ça se passe pour une infirmière à domicile, de quoi elle a besoin* », ce qui serait positif pour la collaboration et qui réduirait l'incompréhension et la frustration.

Cette formation continue pourrait aussi se représenter au travers de l'organisation d'évènements entre l'hôpital et la ville, malgré le faible succès actuel des initiatives. C'est pourtant par cet effort continu que la relation entre les entités fructifierait car cela développerait le réseau de chacun, comme l'encourage Chloé Bossard. Ces évènements pourraient être organisés et menés par différents acteurs privés ou publics, tels que les initiatives de Monsieur Cervera qui conviait les « *tous les professionnels paramédicaux et médicaux [...] pour les former et les informer à la RAAC, au protocole de soins...* » ou encore les séminaires que Monsieur Masson souhaite organiser « *où on pourrait faire venir les praticiens de proximité, [...] où on leur présente la démarche RAAC* », ce qui fonctionne déjà dans certaines zones, comme celle de Madame Lafortune.

Ces pistes sont prometteuses mais se conditionnent toutefois au soutien des institutions qui doivent faciliter ces rencontres entre professionnels déjà fortement sollicités, qu'il faut relier par une communication accrue et des informations « *véhiculées par les Ordres [...] et par GRACE* » par exemple pour Lionel Cervera ou encore « *l'ordre des kinés, la sécurité sociale, l'ARS...* » pour Chloé Bossard, qui est convaincue du potentiel innovant des praticiens de ville « *parce qu'on est vraiment sur le terrain, qu'on peut faire des bons feedbacks, on a une bonne analyse, on a un regard ergonomique aussi et qu'en fait, on n'est pas crédibilisé dans nos projets* ». Tout cela nécessite donc un investissement de temps et d'argent de la part des instances de support mais qui, comme il a été maintes fois démontré au cours de ce mémoire, propose un retour sur investissement justifié et qui permet d'établir un cercle vertueux, à l'image du recrutement continu des Hospices Civils de Lyon, pour les postes d'infirmières coordinatrices en RAC, malgré le contexte économique du secteur sanitaire français.

Ces différents échanges sur la réalité de la RAC pour ceux qui l'ont mise en place et la font évoluer a rendu compte du chemin qu'il reste à parcourir, des défis à relever et des solutions qui sont à la disposition des acteurs. Ces dernières sont la base des réponses à la problématique qu'il convient à présent d'étayer.

PARTIE IV : DISCUSSION & RECOMMANDATIONS

Il était évident que les éléments des protocoles RAC présentent un potentiel majeur pour atteindre les objectifs de santé publique et améliorer le confort des patients lors des interventions chirurgicales. Par ailleurs, il était pertinent de comparer ces résultats avec la réalité du terrain pour comprendre les principales barrières qui justifient la méconnaissance du concept à l'échelle nationale, à l'image d'un système peu enclin à modifier ses pratiques, investir dans des alternatives ou soutenir réellement les acteurs de santé qui apportent pourtant les preuves du bien-fondé de la Réhabilitation Améliorée en Chirurgie. Ces preuves argumentées ont contribué à la proposition de recommandations regroupées en 4 volets :

- **La formation continue des professionnels de santé**
- **Volet technologique et apport de l'industrie de santé**
- **Développement de la relation entre Hôpital et Ville**
- **Soutien et financement institutionnel cohérent**

I - Formation continue des professionnels

1 - Enseignement généralisé de la RAAC

La RAC est en effet un concept encore récent, spécialement en France, où les professionnels ne sont pas encore unanimement initiés et volontaires, à l'image du choc générationnel qui entraîne une reproduction des dogmes scientifiquement non-prouvés. Le développement de ces pratiques passe donc par une refonte de l'enseignement général en école de médecine et en école d'infirmiers pour fournir la base de cette culture RAC et de cet esprit critique nécessaires pour améliorer les prises en charge et le confort de tous.

2 - Conduite du changement

Cette formation initiale ne doit pas occulter le besoin des équipes de soins actuelles qui doivent être prises en compte pour comprendre les réticences et l'appréhension pour le changement. Cet accompagnement doit leur montrer, ainsi qu'aux nouveaux personnels que la RAC promeut une meilleure autonomie des patients, une réhabilitation plus rapide et participe à diminuer la charge de travail du personnel. A partir de cela, il est envisageable que la RAC puisse donc aider à résoudre la crise du personnel et à replacer au premier plan l'aspect relationnel avec le patient pour redonner du sens au travail des soignants. Les protocoles RAC stimuleraient l'attrait et la motivation pour les métiers paramédicaux, ce qui créerait un cercle vertueux avec le développement de la RAC entraînant plus de motivation de personnel, donc plus de recrutements, donc plus de RAC et ainsi de suite.

3 - Le volet de la préhabilitation

À la suite des premières recommandations, il est intéressant d'évoquer le concept de Préhabilitation qui vient accroître l'efficacité de la RAAC dans son objectif initial, qu'est l'optimisation de la partie postopératoire, et qui a d'ailleurs permis de la faire évoluer en RAC. La préhabilitation matérialise l'adage « mieux vaut prévenir que guérir » par l'anticipation de tous les paramètres possibles pouvant engendrer des contraintes pour le patient et permet également de réduire les dépenses les plus coûteuses, que sont les mesures « correctives ».

II - Volet technologique et apport de l'industrie de santé

1 - Innovations dans la prise en charge chirurgicale

L'un des piliers des prises en charge RAC repose sur l'utilisation d'interventions chirurgicales mini-invasives, réduisant l'agression corporelle et facilitant le retour à l'autonomie. Comme étudié, ce pan a été amené par l'invention de la chirurgie coelioscopique qui a permis de répondre à ce besoin mais il est aujourd'hui possible d'aller plus loin et d'être plus précis, grâce à la chirurgie par assistance robotique offrant des gains en précision de plus en plus remarquables et qui représentent pour l'industrie de santé une opportunité d'accompagner la RAC, dans le volet interventionnel.

2 - Innovations dans la stratégie analgésique

De plus, l'innovation doit aussi s'intéresser à la prise en charge de la douleur, dont la réduction est le critère indispensable à la remobilisation du patient, pour parfaire l'analgésie multimodale et utiliser moins d'anesthésiants et moins délétères, grâce à des alternatives :

- **L'anesthésie loco-régionale** ciblant la zone opérée sans impacter les autres fonctions.
- Les **innovations non-invasives de traitement de la douleur** comme le TENS et la photobiomodulation, encore trop méconnue en France.
- Les **innovations non-invasives de diminution de l'anxiété et des médicaments** comme les outils de réalité virtuelle, proposées notamment par la société HypnoVR.

3 - Apport des logiciels de télésurveillance et d'audit

Enfin, la perspective de pouvoir être plus efficace sur la dimension post-opératoire, en particulier, sur le suivi des patients est aussi une opportunité à privilégier avec des logiciels de télésurveillance industriels, comme MAELA, ou bien internes comme l'établissement de Monsieur Masson, qui sont une demande constante des équipes.

L'apparition de solutions concurrentes avec des politiques commerciales diversifiées pouvant s'adapter aux plus petits budgets représente un intérêt majeur.

En parallèle, pour se conformer à la notion d'amélioration continue et au pilier de l'EBM, il est recommandé, pour tous les établissements souhaitant implémenter la RAC, de se doter d'un logiciel d'audit des pratiques, comme celui de la société française GRACE, permettant de s'évaluer de manière permanente et de ne pas revenir à un fonctionnement « stéréotypé » qui serait dévalorisant sur le long terme pour les équipes.

III - Développement de la relation entre Hôpital et Ville

Par la suite, si on recentre la réflexion sur le postopératoire des patients, il est essentiel de recréer du lien aussi bien à l'intérieur des établissements qu'avec les cabinets libéraux, dans le but d'éviter l'incompréhension et la frustration entre les acteurs.

Ainsi, en complément des formations initiales présentées précédemment, les organismes comme GRACE ou même les établissements eux-mêmes doivent proposer des formations, des événements et des temps d'échanges, à intervalles réguliers à destination des médecins de ville pour contribuer à la collaboration entre les acteurs. La mise à disposition de ressources matérielles par les structures, trop coûteuses pour un cabinet libéral serait un excellent moyen de désengorger les hôpitaux et redonner une légitimité et une responsabilité aux professionnels de ville.

IV - Soutien et financement institutionnel cohérent

Le dernier point de recommandation est destiné aux institutions régionales (ARS) et nationales (HAS et État) qui doivent à présent soutenir cet effort d'amélioration des prises en charge pour répondre aux objectifs de santé publique. La réussite des projets RAC est dépendante de cet investissement initial qui doit être consenti et d'un système de santé comprenant des mesures incitatives pour la RAC qui permettra d'engendrer un ROI certain.

En définitive, ces recommandations ambitieuses apparaissent cependant possibles pour un système de santé aussi développé que celui de la France, qui cherche à maintenir voire améliorer la qualité de ses prises en charge tout en limitant les dépenses de santé.

- CONCLUSION –

Il est essentiel de rappeler que le mémoire avait pour but d'analyser la filière de prise en charge post-opératoire dans le segment chirurgical de l'obstétrique-gynécologie et les enjeux du développement des procédures de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie, plus communément appelée RAAC. À partir de ces informations, l'étude de la littérature et une enquête qualitative de terrain nous permettraient de déterminer **quels moyens organisationnels et/ou technologiques à mettre en place pour favoriser une prise en charge post-opératoire plus efficace ?**

En premier lieu, il est apparu que le concept de RAAC est une approche innovante qui ne s'intéresse justement pas qu'au postopératoire et qui nécessite d'être étudiée dans la globalité d'un chemin clinique pour en comprendre les multiples enjeux qui peuvent permettre au système de soins français, reconnu dans le monde, d'être significativement plus performant, à travers ses nombreux avantages :

- Amélioration de la qualité des soins et de la dignité des patients
- Réductions des complications postopératoires et des durées de séjour
- Stimulation de la collaboration entre professionnels de santé et administratifs
- Conformité avec les objectifs de santé et de publique et des coûts globaux
- Contribution à l'innovation médicale, notamment via les entreprises

Il est intéressant de justifier la liberté prise du rédacteur à s'émanciper du seul domaine chirurgical gynécologique puisque les nombreux avantages, dépeints par le concept, ne se limitent pas qu'à ce secteur mais représentent une véritable philosophie commune à tous les secteurs. Pour accentuer ce fait, les obstacles qui ont été identifiés au cours de l'enquête en **PARTIE III : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE**, notamment organisationnels, logistiques et financiers, ont été recensés dans les divers segments des personnels interrogés.

Le manque de formation initiale et continue pour les professionnels, la nécessité d'une coordination accrue entre les différents acteurs et l'absence de financements adéquats constituent des freins importants. Pour surmonter ces obstacles, ont été proposées plusieurs axes, dans la **PARTIE IV : DISCUSSION & RECOMMANDATIONS** :

- Accompagnement continu des professionnels
- Apport de l'industrie de santé, notamment sur les technologies médicales
- Un soutien institutionnel renforcé à travers des subventions incitatives

Le développement de la relation entre l'hôpital et les praticiens de ville est également crucial à redynamiser par l'instauration de formations, d'événements et de temps d'échanges réguliers. La finalité est de favoriser une collaboration efficace qui aiderait à désengorger les établissements de soin. Par ailleurs, l'apparition de nouvelles professions comme l'infirmière coordinatrice RAC, a démontré tout son intérêt dans la résolution des problématiques.

En conclusion, il en ressort que l'adoption généralisée de la RAAC en France nécessite, certes, un investissement initial en temps et en ressources. Toutefois, les bénéfices à moyen et long terme pour les patients, les professionnels de santé et les institutions justifient cette contribution. Par ailleurs, il est impératif que les politiques de santé publique intègrent pleinement ce modèle afin d'améliorer le post-opératoire, qui est la conséquence logique d'un parcours patient optimisé dans sa globalité et accroître la performance globale du système de santé, grâce à la RAC.

- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -

[1] CHUV, 2023, « Les différents types d'anesthésies », consulté le : 12/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.chuv.ch/fr/anesthesiologie/alg-home/patients-et-familles/types-danesthesie#:~:text=L'anesth%C3%A9sie%20loco-r%C3%A9gionale%20consiste,conscience%20du%20patient%20est%20conserv%C3%A9>

[2] Hôpitaux Universitaires Genève, 2023, « ANESTHÉSIE PÉRIDURALE », consulté le : 12/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.hug.ch/obstetrique/anesthesie-peridurale>

[3] Haute Autorité de Santé, 2016, « Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) », consulté le : 10/01/2024, [en ligne]

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac

[4] Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie, 2018, « La RAC, c'est quoi ? », consulté le : 24/03/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.grace-asso.fr/grace-et-vous/rac>

[5] Henrik KEHLET, Jørgen B DAHL, 2003, « Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery », consulté le : 25/04/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.sciencedirect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S0140673603149665>

[6] Olivier RASPADO, 2008, « Réhabilitation accélérée après chirurgie colorectale : Etude de faisabilité dans un service hospitalo-universitaire », consulté le : 10/04/2024, [en ligne]

Disponible sur : <http://www.fasttracksurgery.fr/introduction.html>

[7] Wolfgang SCHWENK, 2021, « [Enhanced recovery after surgery-Does the ERAS concept keep its promises] », consulté le : 18/04/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33481060/>

[8] Sebastiano NAZZANI, Felix PREISSER, Elio MAZZONE, Zhe TIAN, Francesco A. MISTRETTA, Shahrokh F. SHARIAT, Fred SAAD, Markus GRAEFEN, Derya TILKI, Emanuele MONTANARI, Stefano LUZZAGO, Alberto BRIGANTI, Luca CARMIGNANI, Pierre I. KARAKIEWICZ, 2018, « In-hospital length of stay after major surgical oncological procedures », consulté le : 18/04/2024, [en ligne]

Disponible sur : [https://www.ejso.com/article/S0748-7983\(18\)31051-5/abstract](https://www.ejso.com/article/S0748-7983(18)31051-5/abstract)

[9] Margaux BADGUERAHANIAN, 2022, « Intérêt d'un protocole de réhabilitation améliorée après néphrectomie par voie mini-invasive au CHU de Lille : étude avant-après mise en place du protocole RRRein », consulté le : 10/11/2023, [en ligne]

Disponible sur : <https://pepите.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-37015>

[10] MAELA, 2018, « Tout savoir sur l'ambulatoire », consulté le : 15/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.maela.fr/2018/09/12/tout-savoir-sur-lambulatoire/>

[11] Clara ROBERT-MOTTA, 2022, « Santé : un virage ambulatoire en dessous des attentes », consulté le : 15/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.publicsenat.fr/actualites/non-classe/sante-un-virage-ambulatoire-en-dessous-des-attentes-218003>

[12] Alphonse DOUTRIAUX, 2024, « Étapes du protocole RAAC en chirurgie », consulté le : 02/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://walter-learning.com/blog/sante/infirmier/raac/protocole-raac-chirurgie>

[13] Lindsey ARRICK, Kelly MAYSON, Tracey HONG, Garth WARNOCK, 2018, « Enhanced recovery after surgery in colorectal surgery: Impact of protocol adherence on patient outcomes », consulté le: 13/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30583114/>

[14] L D EGBERT, G E BATTIT, C E WELCH, M K BARTLETT, 1964, « Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. A study of doctor-patient rapport », consulté le: 13/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14108087/>

[15] Ulf O GUSTAFSSON, Jonatan HAUSEL, Anders THORELL, Olle LJUNGQVIST, Mattias SOOP, Jonas NYGREN, 2011, « Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery », consulté le: 20/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21242424/>

[16] NYSORA, 2022, « Définition Aspiration pulmonaire », consulté le: 20/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.nysora.com/fr/anesth%C3%A9sie/aspiration-pulmonaire-sous-anesth%C3%A9sie/>

[17] Haute Autorité de Santé, 2006, « Mesure de l'insulinorésistance et de l'insulinosécrétion », consulté le: 22/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1498730/fr/mesure-de-l-insulinoreistance-et-de-l-insulinosecretion

[18] Haute Autorité de Santé, 2023, « Définition : qu'est-ce que l'insuline ? », consulté le: 22/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-endocriniennes/insuline-causes-traitements>

[19] O LJUNGQVIST, E SØREIDE, 2003, « Preoperative fasting », consulté le: 22/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12673740/>

[20] Jonas NYGREN, 2006, « The metabolic effects of fasting and surgery », consulté le: 22/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17080694/>

[21] J HAUSEL et al., 2001, « A carbohydrate-rich drink reduces preoperative discomfort in elective surgery patients », consulté le: 22/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11682427/>

[22] Marian BRADY, Sue KINN, Valerie NESS, Keith O'ROURKE, Navdeep RANDHAWA, Pauline STUART, 2009, « *Preoperative fasting for preventing perioperative complications in children* », consulté le: 22/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19821343/>

[23] G L HILL, 1994, « *Impact of nutritional support on the clinical outcome of the surgical patient.* », consulté le: 22/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16843410/>

[24] C MARIETTE, A ALVES, S BENOIST, F BRETAGNOL, J Y MABRUT, K SLIM, 2005, « *Perioperative care in digestive surgery. Guidelines for the French society of digestive surgery (SFCD)* », consulté le: 29/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15737324/>

[25] Sam HEATHCOTE, Kim DUGGAN, Jared ROSBRUGH, Brandon HILL, Robert SHAKER, William W HOPE, Michelle M FILLION, 2019, « *Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Protocols Expanded over Multiple Service Lines Improves Patient Care and Hospital Cost* », consulté le: 22/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31638522/>

[26] W CAUMO, M P L HIDALGO, A P SCHMIDT, C W IWAMOTO, L C ADAMATTI, J BERGMANN, M B C FERREIRA, 2002, « *Effect of pre-operative anxiolysis on postoperative pain response in patients undergoing total abdominal hysterectomy* », consulté le: 24/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12133084/>

[27] Hakim HARKOUK, Dominique FLETCHER, 2019, « *Analgesie multimodale, que dit la medecine factuelle ?* », consulté le: 24/05/2024, [en ligne]

Disponible sur :

https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/analgesie_multimodale_que_dit_la_medecine_factuelle_dominique_fletcher_paris_.pdf

[28] Matthew H V BYRNE, Ahmed MEHMOOD, Dominic M SUMMERS, Sarah A HOSGOOD, Michael L NICHOLSON, 2021, « *A systematic review of living kidney donor enhanced recovery after surgery* », consulté le: 24/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34101263/>

[29] R J FOTIADIS, S BADVIE, M D WESTON, T G ALLEN-MERSH, 2004, « *Epidural analgesia in gastrointestinal surgery* », consulté le: 24/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15227688/>

[30] I UCHIDA, T ASOH, C SHIRASAKA, H TSUJI, 1988, « *Effect of epidural analgesia on postoperative insulin resistance as evaluated by insulin clamp technique* », consulté le: 24/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3293693/>

[31] Xuezhi DONG, Brittany N BURTON, Christopher LITTLE, Logan WOODHOUSE , Tristan GROGAN, Jeremy M BLUMBERG, Hans A GRITSCH, Siamak RAHMAN, 2022, « *Intraoperative opioid and analgesic adjuvant administration practice patterns following implementation of an enhanced recovery after surgery protocol for laparoscopic donor nephrectomy* », consulté le: 24/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35334291/>

[32] H KEHLET, K HOLTE, 2001, « *Effect of postoperative analgesia on surgical outcome* », consulté le: 24/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11460814/>

[33] Emmanuel MARRET, Okba KURDI, Paul ZUFFEREY, Francis BONNET, 2005, « *Effects of nonsteroidal antiinflammatory drugs on patient-controlled analgesia morphine side effects: meta-analysis of randomized controlled trials* », consulté le: 24/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15915040/>

[34] Philippine PICAULT, 2020, « *La chirurgie mini-invasive* », consulté le: 24/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34101263/>

[35] Henrik KEHLET, Douglas W WILMORE, 2008, « *Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery* », consulté le: 24/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18650627/>

[36] Antonio M LACY, Juan C GARCÍA-VALDECASAS, Salvadora DELGADO, Antoni CASTELLS, Pilar TAURÁ, Josep M PIQUÉ, Josep VISA, 2002, « *Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial* », consulté le: 28/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12103285/>

[37] Heidi NELSON, Daniel J SARGENT, H Sam WIEAND, James FLESHMAN, Mehran ANVARI, Steven J STRYKER, Robert W BEART Jr, Michael HELLINGER, Richard FLANAGAN Jr, Walter PETERS, David OTA, 2004, « *A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer* », consulté le: 29/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15141043/>

[38] Henrik KEHLET, 2004, « *Surgical stress response: does endoscopic surgery confer an advantage?* », consulté le: 29/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15141043/>

[39] M L CHEATHAM 1, W C CHAPMAN, S P KEY, J L SAWYERS, 1995, « *A meta-analysis of selective versus routine nasogastric decompression after elective laparotomy* », consulté le: 29/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7748028/>

[40] F BRETAGNOL, K SLIM, J-L FAUCHERON, 2005, « *Anterior resection with low colorectal anastomosis. To drain or not?* », consulté le: 29/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15935791/>

[41] F CARLI, Nancy MAYO, Kristine KLUBIEN, Thomas SCHRICKER, Judith TRUDEL, Paul BELLIVEAU, 2002, « *Epidural analgesia enhances functional exercise capacity and health-related quality of life after colonic surgery: results of a randomized trial* », consulté le: 29/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12218518/>

[42] Brian M BLOCK, Spencer S LIU, Andrew J ROWLINGSON, Anne R COWAN, John A COWAN Jr, Christopher L WU, 2003, « *Efficacy of postoperative epidural analgesia: a meta-analysis* », consulté le: 29/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14612482/>

[43] T MYNSTER, L M JENSEN, F G JENSEN, H KEHLET, J ROSENBERG, 1996, « *The effect of posture on late postoperative oxygenation* », consulté le: 29/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8712320/>

[44] H K ANDERSEN, S J LEWIS, S THOMAS, 2006, « *Early enteral nutrition within 24h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complications* », consulté le: 29/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17054196/>

[45] M SOOP, G L CARLSON, J HOPKINSON, S CLARKE, A THORELL, J NYGREN, O LJUNGQVIST, 2004, « *Randomized clinical trial of the effects of immediate enteral nutrition on metabolic responses to major colorectal surgery in an enhanced recovery protocol* », consulté le: 30/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15449264/>

[46] S J LEWIS, M EGGER, P A SYLVESTER, S THOMAS, 2001, « *Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials* », consulté le: 30/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11588077/>

[47] Medecine Key, 2017, « *25: Prévention des nausées et vomissements postopératoires* », consulté le: 30/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://clemedicine.com/25-prevention-des-nausees-et-vomissements-postoperatoires/>

[48] I J M HAN-GEURTS, W C J HOP, N F M KOK, A LIM, K J BROUWER, J JEEKEL, 2007, « *Randomized clinical trial of the impact of early enteral feeding on postoperative ileus and recovery* », consulté le: 30/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17443854/>

[49] Jeffrey CAMPSEN, Tyler CALL, Chelsea MCCARTY ALLEN, Angela P PRESSON, Eryberto MARTINEZ, George ROFAIEL, Robin D KIM, 2019, « *Prospective, double-blind, randomized clinical trial comparing an ERAS pathway with ketorolac and pregabalin versus standard of care plus placebo during live donor nephrectomy for kidney transplant* », consulté le: 30/05/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30589514/>

[50] Alejandro RECARTE, David DUCHENE, Paul F WHITE, Tojo THOMAS, D Brooke JOHNSON, Jeffrey A CADEDDU, 2005, « *Efficacy and safety of fast-track recovery strategy for patients undergoing laparoscopic nephrectomy* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16359206/>

[51] J ANDERSEN, D HJORT-JAKOBSEN, P S CHRISTIANSEN, H KEHLET, 2007, « *Readmission rates after a planned hospital stay of 2 versus 3 days in fast-track colonic surgery* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17330930/>

[52] A D G ANDERSON, C E MCNAUGHT, J MACFIE, I TRING, P BARKER, C J MITCHELL, 2003, « *Randomized clinical trial of multimodal optimization and standard perioperative surgical care* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14648727/>

[53] Linda BASSE, Jens Erik THORBØL, Kristine LØSSL, Henrik KEHLET, 2004, « *Colonic surgery with accelerated rehabilitation or conventional care* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14991487/>

[54] Conor P DELANEY, Massarat ZUTSHI, Anthony J SENAGORE, Feza H REMZI, Jeffrey HAMMEL, Victor W FAZIO, 2003, « *Prospective, randomized, controlled trial between a pathway of controlled rehabilitation with early ambulation and diet and traditional postoperative care after laparotomy and intestinal resection* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12847356/>

[55] M GATT, A D G ANDERSON, B S REDDY, P HAYWARD-SAMPSON, I C TRING, J MACFIE, 2005, « *Randomized clinical trial of multimodal optimization of surgical care in patients undergoing major colonic resection* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16237744/>

[56] D H JAKOBSEN, E SONNE, J ANDREASEN, H KEHLET, 2006, « *Convalescence after colonic surgery with fast-track vs conventional care* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16970579/>

[57] T JUNGHANS, W RAUE, O HAASE, J NEUDECKER, W SCHWENK, 2006, « *Value of laparoscopic surgery in elective colorectal surgery with "fast-track"-rehabilitation* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17004188/>

[58] P M KING, J M BLAZEBY, P EWINGS, R J LONGMAN, R M KIPLING, P J FRANKS, J P SHEFFIELD, L B EVANS, M SOULSBY, S H BULLEY, R H KENNEDY, 2006, « *The influence of an enhanced recovery programme on clinical outcomes, costs and quality of life after surgery for colorectal cancer* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16784472/>

[59] Chun Kheng KHOO, Christopher J VICKERY, Nicola FORSYTH, Nina S VINALL, Ian A EYRE-BROOK, 2007, « *A prospective randomized controlled trial of multimodal perioperative management protocol in patients undergoing elective colorectal resection for cancer* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17522511/>

[60] Jonas NYGREN, Jonatan HAUSEL, Henrik KEHLET, Arthur REVHAUG, Kristoffer LASSEN, Cornelius DEJONG, Jens ANDERSEN, Maarten VON MEYENFELDT, Olle LJUNGQVIST, Kenneth Christopher FEARON, 2005, « *A comparison in five European Centres of case mix, clinical management and outcomes following either conventional or fast-track perioperative care in colorectal surgery* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15896433/>

[61] W RAUE, O HAASE, T JUNGHANS, M SCHARFENBERG, J M MÜLLER, W SCHWENK, 2004, « *'Fast-track' multimodal rehabilitation program improves outcome after laparoscopic sigmoidectomy: a controlled prospective evaluation* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15791370/>

[62] Antonia E STEPHEN, David L BERGER, 2003, « *Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection* », consulté le: 01/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12660639/>

[63] Nesses H AZAWI, Tom CHRISTENSEN, Claus DAHL, Lars LUND, 2016, « *Laparoscopic Nephrectomy as Outpatient Surgery* », consulté le: 05/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26772729/>

[64] Chenkui MIAO, Aimei YU, Han YUAN, Min GU, Zengjun WANG, 2020, « *Effect of Enhanced Recovery After Surgery on Postoperative Recovery and Quality of Life in Patients Undergoing Laparoscopic Partial Nephrectomy* », consulté le: 05/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33178573/>

[65] Jean-Christophe BERNHARD, Grégoire ROBERT, Solène RICARD, Julien ROGIER, Cécile DEGRYSE, Clément MICHIELS, Gaëlle MARGUE, Peggy BLANC, Eric ALEZRA, Vincent ESTRADE, Grégoire CAPON, Franck BLADOU, Jean-Marie FERRIERE, 2023, « *Nurse-led coordinated surgical care pathways for cost optimization of robotic-assisted partial nephrectomy: medico-economic analysis of the UroCCR-25 AMBU-REIN study* », consulté le: 05/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35727334/>

[66] Frédéric BIZARD, 2020, « *Etude d'impact économique de l'exercice coordonné en chirurgie en Bretagne* », consulté le: 05/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : [https://www.urpsmlb.org/wp-](https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2021/02/URPSMLB_EtudeImpactEcoExerciceCoordonneChirAmbuBretagne_202010.pdf)

[content/uploads/2021/02/URPSMLB_EtudeImpactEcoExerciceCoordonneChirAmbuBretagne_202010.pdf](https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2021/02/URPSMLB_EtudeImpactEcoExerciceCoordonneChirAmbuBretagne_202010.pdf)

[67] Frédéric BIZARD, Laurent DELAUNAY, 2023, « *Valorisation de la RAC* », consulté le: 05/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/wp-content/uploads/2024/01/4-Valorisation-de-la-RAC-Delaunay-et-Bizard.pdf>

[68] Le Figaro, 2016, « *Gynécologie / Obstétrique* », consulté le: 05/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://sante.lefigaro.fr/sante/specialite/gynecologieobstetrique/quest-ce-que-cest>

[69] Larousse, 2016, « *Gynécologie - Obstétrique* », consulté le: 05/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/gyn%C3%A9cologie-obst%C3%A9trique/13438>

[70] CONCILIO, 2018, « *Interventions chirurgicales en gynécologie obstétrique* », consulté le: 10/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.concilio.com/gyn-symptomes-examens-et-chirurgies-en-gynecologie-obstetrique>

[71] Hôpital Saint Joseph Saint Luc, 2016, « *Chirurgie gynécologique* », consulté le: 10/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.saintjosephsaintluc.fr/service/3.Chirurgie/>

[72] ELSAN, sans date, « *Sénologie* », consulté le: 10/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : [https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-gynecologiques/senologie-definition-traitements#:~:text=La%20s%C3%A9nologie%20\(ou%20mastologie\)%20est,de%20prescrire%20le%20traitement%20adapt%C3%A9](https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-gynecologiques/senologie-definition-traitements#:~:text=La%20s%C3%A9nologie%20(ou%20mastologie)%20est,de%20prescrire%20le%20traitement%20adapt%C3%A9)

[73] I. THOMASSIN-NAGGARA, E. DARAÏ, F. LECURU, L. FOURNIER, 2018, « *Valeur diagnostique de l'imagerie (échographie, doppler, scanner, IRM et TEP-TDM) pour le diagnostic d'une masse ovarienne suspecte et le bilan d'extension d'un cancer de l'ovaire, des trompes ou péritonéal primitif.* », consulté le: 10/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468718918303805>

[74] I. THOMASSIN-NAGGARA, L. MAITROT-MANTELET, C. BORDONNE, A.E MILLISCHER-BELLAICHE, 2021, « *Sénologie* », consulté le: 10/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : [https://www.aphp.fr/patient-public/endometriose/recommandations-endometriose/limagerie-dans-le-diagnostic-de#:~:text=Les%20performances%20de%20l'%C3%A9chographie,et%2098%20%25%20\(NP2\)](https://www.aphp.fr/patient-public/endometriose/recommandations-endometriose/limagerie-dans-le-diagnostic-de#:~:text=Les%20performances%20de%20l'%C3%A9chographie,et%2098%20%25%20(NP2))

[75] Revue Genesis, 2023, « *Progrès marquants de l'imagerie par IRM en gynécologie* », consulté le: 10/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.revuegenesis.fr/progres-marquants-de-limagerie-par-irm-en-gynecologie/>

[76] Denis QUERLEU, 2023, « *Mai-Juin 2023 – Chirurgie gynécologique* », consulté le: 10/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.ircad.fr/fr/mai-2023/>

[77] C. ZACHAROPOULOU, N. SANANES, E. BAULON, O. GARBIN, A. WATTIEZ, 2010, « *Chirurgie robotique en gynécologie : état des connaissances. Revue de la littérature Robotic gynecologic surgery: State of the art. Review of the literature* », consulté le: 10/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231510001857>

[78] Mariane LECOINTE, Nathalie DUMET, 2016, « *« Des soins... à soi ». Dispositif psychologique et clinique à médiation groupale utilisant les soins esthétiques en cancérologie gynécologique* », consulté le: 11/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-cancers-et-psys-2016-1-page-105.htm?ref=doi&contenu=resume>

[79] Clelia ANDOLINA, 2023, « *Cryoconservation des ovocytes : quand et comment elle se déroule* », consulté le: 11/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : [https://www.gsdinternational.com/fr/news/oocyte-cryopreservation-when-it-is-done-and-how-it-works#:~:text=La%20cong%C3%A9lation%20d'ovocytes%20\(l,des%20raisons%20m%C3%A9dicales%20ou%20personnelles](https://www.gsdinternational.com/fr/news/oocyte-cryopreservation-when-it-is-done-and-how-it-works#:~:text=La%20cong%C3%A9lation%20d'ovocytes%20(l,des%20raisons%20m%C3%A9dicales%20ou%20personnelles)

[80] D.DARGENT, 2001, « *La trachélectomie élargie : une opération permettant de préserver la fertilité des femmes jeunes atteintes de cancer invasif du col utérin* », consulté le: 11/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/la-trachelectomie-elargie-une-operation-permettant-de-preserver-la-fertilite-des-femmes-jeunes-atteintes-de-cancer-invasif-du-col-uterin/>

[81] J.-S. KRAUTH, J. DUBUISSON, F. GOLFIER, D. RAUDRANT, 2015, « *Trachélectomie élargie : pourquoi, pour qui et comment ?* », consulté le: 11/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/0012405-trachelectomie-elargie-pourquoi-pour-qui-et-comment>

[82] CHU ANGERS, 2023, « *Après une chirurgie : se rétablir mieux et plus rapidement* », consulté le: 12/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/prevention-et-sante-publique/bien-vivre-au-quotidien/promotion-et-education-a-la-sante/apres-une-chirurgie-se-retablir-mieux-et-plus-rapidement-141722.kjsp>

[83] Jeanny J A DE GROOT, 2016, « *Enhanced recovery pathways in abdominal gynecologic surgery: a systematic review and meta-analysis* », consulté le: 11/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26613531/>

[84] Stacey A SCHEIB, May THOMASSEE, Jamaan L KENNER, 2019, « *Enhanced Recovery after Surgery in Gynecology: A Review of the Literature* », consulté le: 12/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30580100/>

[85] CHRU Hôpitaux de Tours, 2024, « *En gynécologie, les patientes sont accompagnées avant, pendant et après leur chirurgie avec la RAAC* », consulté le: 12/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.chu-tours.fr/en-gynecologie-les-patientes-sont-accompagnees-avant-pendant-et-apres-leur-chirurgie-avec-la-raac/>

[86] Céline MIGUET, 2022, « *L'apport de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) dans la prise en charge des cancers de l'endomètre, en particulier chez les patientes âgées* », consulté le: 11/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://hal.science/inserm-04546143v1>

[87] Marianne ROY, 2023, « *Ovraac : évaluation de la réhabilitation améliorée après chirurgie dans la chirurgie de cytoréduction pour néoplasie ovarienne, quel impact thérapeutique ?* », consulté le: 11/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04265168v1>

[88] Estelle WAFO, Anis BEN ABDELAZIZ, 2023, « *Mise en œuvre de la RAC en chirurgie Gynécologique* », consulté le: 12/06/2024, [en ligne]

Disponible sur : <https://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/wp-content/uploads/2024/01/2-Chirurgie-gynecologique-E-Wafo.pdf>

- TABLE DES ANNEXES -

Annexe I : Guide d'entretien pour les professionnels de santé RAAC	I
Annexe II : Guide d'entretien pour les praticiens de gynécologie non-RAAC	II
Annexe III : Guide d'entretiens pour les Industriels de santé RAAC	III
Annexe IV : Extraits des verbatims recensés - Profil Paramédicaux	IV

- ANNEXES -

Annexe I : Guide d'entretien pour les professionnels de santé RAAC

GUIDE D'ENTRETIEN – PROFESSIONNELS DE SANTÉ RAAC

Introduction :

Bonjour et tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien. L'idée de celui-ci est d'échanger avec vous sur le sujet de la RAAC, de son apport pour votre service/établissement, des bénéfices cliniques et organisationnels que cela a représenté mais aussi des contraintes que vous avez pu rencontrer dans la mise en place.

Demander accord pour enregistrement, dans le cadre de la collecte de données.

Thème 1 - Mise en place de la RAAC en structure hospitalière :

Pouvez-vous définir ce qu'est pour vous la notion de "Récupération Après Chirurgie" (RAAC) ?

Quels sont pour vous les avantages de la RAAC du point de vue des patients ?

⇒ *Pistes : Réduction du traumatisme chirurgical / Meilleure gestion de la douleur / meilleure organisation globale du parcours de soin et par conséquent un temps de séjour plus court et une récupération plus rapide*

Du côté des équipes, quels sont les différents professionnels de santé impliqués dans vos procédures de RAAC ?

Comment s'est passée la mise en place de la RAAC et de ses protocoles dans votre activité ?

Finalement, en quoi la RAAC a-t-elle amélioré l'efficacité de votre/vos service(s) ?

Thème 2 – Contraintes & Limites

A partir de cette première analyse de la RAAC, je suppose que lors de la mise en place de cette démarche, vous ou la personne coordinatrice avez dû faire face à certaines problématiques et contraintes. Dans le cadre de mon étude, il m'apparaît donc intéressant d'échanger avec vous sur ces sujets pour mieux appréhender la notion de RAAC.

- 1) Quels sont les principaux défis que vous avez rencontrés lors de la mise en œuvre de la RAAC dans votre service ?

- 2) Y-a-t-il (eu) des obstacles ou contraintes, qu'ils soient organisationnels, techniques, financières ou encore culturels, à l'adoption de la RAAC dans votre établissement ?
- 3) Comment gérez-vous et/ou avez-vous géré ces défis ?
- 4) Comment mesurez-vous l'efficacité des protocoles de RAAC dans votre service ?
- 5) Pensez-vous qu'il y ait un besoin accru de sensibilisation et de formation sur la RAAC dans le domaine hospitalier ?
- 6) Selon vous, y aurait-il des outils ou appareils développés par des entreprises qui pourraient vous aider à améliorer vos procédures RAAC ?

Thème 3 - Lien Hôpital/Ville

L'un des gains les plus intéressants de la RAAC est la sortie anticipée des patients qui peuvent ainsi continuer leur rééducation chez eux ou, si besoin, chez leurs kinés, ostéopathes ou autres professionnels médicaux en Ville. L'objectif est donc d'avoir une coordination accrue avec la médecine de ville.

- 1) Avez-vous un suivi particulier avec les patients ayant bénéficié de la RAAC après sortie de l'hôpital ?
- 2) Rencontrez-vous des problématiques particulières dans vos relations avec les praticiens en cabinet ?
- 3) Comment ces problématiques pourraient-elles être résolues d'après vous ?
- 4) Pensez-vous que l'industrie de la santé puisse aider à résoudre ces problématiques ? De quelle façon selon vous ?

Nous arrivons à la fin de cet entretien. Je vous remercie beaucoup pour votre temps et vos réponses qui vont contribuer à mes recherches
De votre côté, avez-vous d'autres remarques, commentaires ou idées à ajouter ?

Avant de vous laisser, auriez-vous des personnes vers lesquelles me rediriger ? qui seraient intéressés par notre échange ?

Annexe II : Guide d'entretien pour les praticiens de gynécologie non-RAAC

GUIDE D'ENTRETIEN – PRATICIENS CHIR. GYNÉCOLOGIE NON-RAAC

Introduction :

Bonjour et tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien. L'idée de celui-ci est d'échanger avec vous sur votre fonctionnement actuel quant à la prise en charge postopératoire de vos patients pour ensuite vous présenter l'outil de la RAAC et discuter de son possible apport pour votre service/établissement, des bénéfices cliniques et organisationnels que cela peut représenter mais aussi des contraintes que vous pourriez identifier dans sa mise en place.

Demandez accord pour enregistrement, dans le cadre de la collecte de données.

Thème 1 - Analyse de la prise en charge postopératoire actuelle

- 1) Pouvez-vous décrire le déroulé de prise en charge post-opératoire dans votre service ?
- 2) Quels sont les principales limites et contraintes auxquelles vous êtes confrontés dans la gestion de post-opératoire ?
- 3) Comment est organisé le suivi postopératoire, en termes de visite, de nutrition et de rééducation ?
- 4) Faites-vous face à un nombre significatif de complications post-opératoires dans votre activité actuelle ?
- 5) Identifiez-vous des pistes d'amélioration quant à votre fonctionnement actuel ?

Thème 2 - Mise en place de la RAAC

- 1) Pouvez-vous définir ce qu'est pour vous la notion de "Récupération Améliorée Après Chirurgie" (RAAC) ?
D'après la HAS, la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. Un programme RAAC s'appuie sur l'optimisation de l'ensemble des 3 phases pré-, per- et post-opératoire, en sollicitant plusieurs professionnels de santé sur chaque phase, anesthésiste, IDE, chirurgien, kiné, diététicien ou encore pharmacien. Le but est de réduire les contraintes et le traumatisme chirurgical pour le patient et lui permettre d'accélérer sa récupération.

- 2) A la lumière de cette brève présentation, avez-vous déjà entendu parler de la RAAC ou même expérimenté celle-ci ?

- 3) Quels sont pour vous les avantages de la RAAC du point de vue des patients ?

Pistes : Réduction du traumatisme chirurgical / Meilleure gestion de la douleur / meilleure organisation globale du parcours de soin et par conséquent un temps de séjour plus court et une récupération plus rapide

- 4) Pensez-vous que la RAAC pourrait être pertinente dans le cadre de la chirurgie gynécologique et sénologique ?

- 5) Si oui, quels aspects en particulier ?

Thème 3 - Contraintes et Limites :

A partir de ce premier échange, vous avez bien compris que cette procédure peut apporter des bénéfices majeurs que cela soit pour les patients et pour l'établissement. Néanmoins, il serait intéressant de discuter des potentiels obstacles

- 1) Anticipez-vous des obstacles, organisationnels, techniques, financiers ou autre, à la mise en place de la RAAC dans votre service ?

- 2) Le cas échéant, comment pourriez-vous surmonter ces contraintes ?

- 3) Pensez-vous qu'il y ait un besoin accru de sensibilisation et de formation sur la RAAC dans le domaine hospitalier ?

- 4) D'après vous, est-ce que l'industrie devrait participer au développement de la RAAC au sein des hôpitaux ?

- 5) Quels indicateurs utiliseriez-vous pour mesurer l'efficacité des protocoles de RAAC dans votre service ?

Nous arrivons à la fin de cet entretien. Je vous remercie beaucoup pour votre temps et vos réponses qui vont contribuer à mes recherches

De votre côté, avez-vous d'autres remarques, commentaires ou idées à ajouter ?

Avant de vous laisser, auriez-vous des personnes vers lesquelles me rediriger ? qui seraient intéressées par notre échange ?

Annexe III : Guide d'entretiens pour les Industriels de santé RAAC

GUIDE D'ENTRETIEN - INDUSTRIELS DE SANTÉ LIÉS À LA RAAC

Introduction :

Bonjour et merci d'avoir accepté cet entretien.

L'idée de celui-ci est d'échanger avec vous sur le sujet de la RAAC et du développement de votre entreprise autour de celle-ci, à travers vos solutions qui apportent la réponse aux besoins des professionnels de santé. Mon objectif est d'étudier l'apport de votre offre pour les établissements de santé, les bénéfices cliniques et organisationnels que cela représente mais aussi les contraintes que vous avez pu rencontrer au cours de votre expérience sur le terrain, au contact des professionnels.

Demander accord pour enregistrement pour collecte de données.

Thème 1 - Activité de l'entreprise et expertise de la RAAC

- 1) Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ? Ainsi que votre société et son domaine d'activité et votre rôle au sein de celle-ci ?
- 2) Quelle est votre offre de produits/services ?
- 3) Pouvez-vous définir ce qu'est la notion de "Récupération Après Chirurgie" (RAAC) pour vous ?
- 4) Pouvez-vous m'expliquer comment vos solutions répondent aux enjeux et au développement de la RAAC ?

Thème 2 - Freins et Leviers au développement de la RAAC

Les procédés RAAC demandent un certain investissement de la part des équipes dans la mise en place et donc, je suppose que lors de vos échanges avec les établissements, vous avez dû faire face à certaines problématiques et contraintes. Dans le cadre de mon étude, il m'apparaît donc intéressant d'échanger avec vous sur ces sujets pour mieux appréhender les freins et les leviers en faveur de la RAAC.

- 1) Quels sont votre/vos interlocuteur(s) dans le cadre de vos échanges commerciaux ?
- 2) Comment s'est passée la mise en place de vos outils RAAC au sein des établissements ?
- 3) Y-a-t-il (eu) des obstacles ou contraintes, qu'ils soient organisationnels, techniques, financiers ou encore culturels, à l'adoption de vos outils par les professionnels de santé ou même l'établissement ?

- 4) A l'inverse, quels leviers vous ont permis de favoriser la mise en place et l'adoption de vos solutions auprès d'eux ?

- 5) Avez-vous une collaboration particulière avec les professionnels de santé clients sur des points ou sujets de vigilance ?

Thème 3 - Résultats et Opportunités industrielles relatives à la RAAC
L'un des gains les plus intéressants de la RAAC est la sortie anticipée des patients qui peuvent ainsi continuer leur rééducation chez eux ou, si besoin, chez leurs kinés, ostéopathes ou autres professionnels médicaux en Ville. L'objectif est donc d'avoir une coordination accrue avec la médecine de ville.

- 1) Comment contribuez-vous à la relation Hôpital-Ville fondamentale dans la mise en place des procédures RAAC ?
- 2) Avez-vous des retours d'expérience particuliers de la part des professionnels de santé dans le but d'améliorer vos outils ou les pratiques de manière générale ?
- 3) D'après vous, comment l'activité de l'entreprise va-t-elle évoluer, plus précisément dans ce domaine de la RAAC ?
- 4) Y-a-t-il des innovations et/ou opportunités que vous identifiez/avez identifié pour le développement de nouvelles solutions ?

Nous arrivons à la fin de cet entretien. Je vous remercie beaucoup pour votre temps et vos réponses qui vont contribuer à mes recherches
De votre côté, avez-vous d'autres remarques, commentaires ou idées à ajouter ?

Avant de vous laisser, auriez-vous des personnes vers lesquelles me rediriger qui seraient intéressées par ce sujet et avec qui je pourrais échanger ?

Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS)

Annexe IV : Extraits des verbatims recensé – Profil Paramédicaux

Thème	Sous-thèmes	Aliénor DERCY	Isabelle LAFORTUNE	Laurence MORANT	Marie SAMSOEN	Mélanie SAHUC	Chloé BOSSARD	Guillaume MASSON
Réalité de la RAAC dans les établissements	Définition de la RAAC	"faciliter le post-opératoire en donnant aux patients les clés pour avoir un post-opératoire le plus optimal possible et récupérer correctement."	l'acronyme RAC pour dire Réhabilitation Améliorée en Chirurgie.	« Le but en fait c'est de préparer en amont son intervention, avec les besoins ou les difficultés spécifiques qui pourraient y avoir, de faire que ça se passe bien au niveau de l'intervention avec l'amélioration de la qualité de plein de choses, pour un retour à domicile précocé. »	« Ici on résume plutôt ça en disant que c'est la réhabilitation améliorée autour de la chirurgie, et pas après chirurgie. On aime bien dire ça comme ça parce que la prise en charge, elle commence pas après la chirurgie mais bien avant. »	« Le but c'est d'accompagner le patient pour déjà limiter les complications post-opératoires en lui expliquant tous les grands principes »	« "Alors pour moi l'intérêt de la RAAC, c'est la prise en charge coordonnée humainement, matériellement et temporellement autour d'une intervention chirurgicale d'un patient." »	"La RAAC c'est vraiment une prise en compte d'un patient en chirurgie, c'est vraiment travailler depuis avant la chirurgie jusqu'au retour à domicile du patient"
Réalité de la RAAC dans les établissements	Approche multidisciplinaire centrée sur le patient	« chirurgien, l'infirmière, l'anesthésiste, avec des consultations avec un kiné. Et puis là en urologie par exemple il y avait la stomatothérapeute aussi il y a secrétariat, stomatothérapeute, chirurgien, anesthésiste, infirmière et kiné	« On sert de personne ressource pour justement faire en sorte de renvoyer auprès des bonnes personnes s'il y a besoin. » il faut rendre le patient acteur de sa guérison Tout le monde ! L'infirmière, le brancardier, l'aide-soignant, l'éducateur APA, le kiné, le chirurgien évidemment, la coordination, cadre de santé et tout le monde, même diététicien enfin vous pouvez tout mettre. »	« Moi je suis la coordinatrice RAAC, je travaille avec les anesthésistes et les chirurgiens, Après, les infirmières et les aides-soignantes. »	"Y a les chirurgiens qui sont impliqués, les anesthésistes, la kiné et moi et après quelques examens parce qu'ils vont au labo, faire un électro etc." "Le meilleur kiné pour la kiné thoracique c'est le patient lui-même."	"Il y a les chirurgiens et les anesthésistes et après il y a tout le service donc le personnel soignant, les infirmières, les soignantes, les kinés.... tout le monde accompagne les patients là dedans." « "Le but c'est que le patient soit vraiment acteur de sa prise en charge, qu'il prenne conscience de son rôle dans sa récupération. »	« ça va de l'assistante sociale, l'agent administratif qui gère les admissions, les pré-admissions et les facturations post-op. Ça passe par l'assistante du chirurgien, par le rééduc, après au sein de la structure de rééducation, il y avait l'ergothérapeute si besoin. Il y avait la psychomotricienne, il y avait l'enseignant APA, il y avait l'aide-soignante." »	"On a inclus l'intégralité de l'équipe, c'est-à-dire qu'on faisait des réunions avec l'intégralité du personnel. »

Analyse complète de l'ensemble des profils disponible via le lien suivant :

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1X44hFw8XMx-IUbTPfmvgPFEJEkr4WQBgaak20xnmZo/edit?usp=sharing>

**Analyse de la filière de prise en charge post-opératoire en obstétrique-gynécologie :
Enjeux du développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)**

Le système de **santé** français est en recherche constante d'**innovations** pour améliorer la qualité de ses prises en charge tout en limitant les dépenses de santé. La Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (**RAAC**) propose une perspective intéressante pour répondre à ces enjeux, grâce à des avantages, comme la réduction des traumatismes chirurgicaux, des complications postopératoires ou encore la **remobilisation précoce**. Ceux-ci induisent notamment une réduction de la **durée des séjours**, donc des coûts liés à l'hospitalisation. Pour autant, ce procédé reste encore très peu développé, à l'échelle du pays, et il est crucial d'en identifier les obstacles, tels que la **résistance au changement** ou l'investissement demandé pour en tirer des solutions. Ainsi, les pistes sont le soutien institutionnel, le renforcement de la relation entre praticiens hospitaliers et libéraux ou encore l'apport de l'**industrie de santé** pour contribuer à l'**optimisation** de la prise en charge des patients.

Mots-clés: **Santé, innovations, RAAC, remobilisation précoce, durées des séjours, résistance au changement, industrie de santé, optimisation**

**Analysis of post-operative care pathway in obstetrics and gynecology:
the challenges of developing Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)**

The French **healthcare** system is constantly on the lookout for **innovations** to improve the quality of its care while limiting healthcare costs. Enhanced Recovery After Surgery (**ERAS**) offers an interesting way of meeting these challenges, thanks to advantages such as a reduction in surgical trauma, postoperative complications and **early remobilisation**. In particular, these advantages reduce the **length of stays**, and therefore the costs associated with hospitalisation. However, this process is still underdeveloped throughout the country, and it is crucial to identify the obstacles, such as **resistance to change** or the investment required, in order to find solutions. Possible avenues include institutional support, strengthening the relationship between hospital and private practitioners, and involving the **healthcare industry** in contributing to the **optimization** of patient care.

Key-words: **Healthcare, innovations, ERAS, early remobilization, length of stays, resistance to change, healthcare industry, optimization**