



HAL
open science

Étude des conditions d'implantation de la récupération améliorée après chirurgie: une étude qualitative dans quatre établissements de soin

Audrey Petit, Frédéric Dugué, Dominique Fletcher, Valéria Martinez

► To cite this version:

Audrey Petit, Frédéric Dugué, Dominique Fletcher, Valéria Martinez. Étude des conditions d'implantation de la récupération améliorée après chirurgie: une étude qualitative dans quatre établissements de soin. *Praticien en Anesthésie Réanimation*, 2021, 25 (3), pp.145-155. 10.1016/j.pratan.2021.04.004 . hal-03287347

HAL Id: hal-03287347

<https://hal.science/hal-03287347>

Submitted on 2 Aug 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

VIE PROFESSIONNELLE

ETUDE DES CONDITIONS D'IMPLANTATION DE LA RECUPERATION AMELIOREE APRES CHIRURGIE : UNE ETUDE QUALITATIVE DANS QUATRE ETABLISSEMENTS DE SOIN AN AUDIT OF ENHANCED RECOVERY PROGRAMME AFTER SURGERY IN FOUR HOSPITALS

Audrey Petit ^{1,2}, Frédéric Dugué¹, Dominique Fletcher ^{3,4}, Valeria Martinez ^{3,4}

¹ Cabinet Acsantis, Paris.

² Centre de Sociologie des Organisations, CNRS, UMR 7116, Sciences Po Paris, France.

³ Service d'anesthésie Ambroise Paré - Raymond Poincaré, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Université Paris Saclay France.

⁴ INSERM, U-987, Hôpital Ambroise Paré, Université Versailles Saint-Quentin, F-78035 France.

RESUME

Objectif : La Récupération Accélérée Après Chirurgie (RAAC) a pour objectif de réduire la durée d'hospitalisation tout en garantissant la qualité des soins. Cette étude a évalué l'implantation et le déploiement de ce dispositif organisationnel à travers deux dimensions : 1-la description des modalités de déploiement ; 2-l'identification de facteurs structurants.

Méthodes : Nous avons procédé par étude de cas auprès de 4 établissements et avons eu recours à une méthodologie qualitative (entretiens, observations, analyse documentaire). L'ensemble des données collectées a été analysé par analyse de contenu.

Résultats : L'implantation de la RAAC dépend du contexte et a des modalités de déploiement (institutionnelles, organisationnelles et professionnelles) variables d'un établissement à un autre. Pour autant, des facteurs structurants conditionnent la réussite de l'implantation de ces programmes.

Conclusion : L'implantation de la RAAC repose sur plusieurs dimensions structurantes, qui ne peuvent être standardisées et qu'il importe d'activer de manière concomitante.

Mots-clés : audit ; Organisation des soins ; Récupération améliorée après chirurgie.

Key words : Patient's care management ; enhanced recovery after surgery ; audit

ABSTRACT : Enhanced recovery after surgery (ERAS) aims to reduce the duration of hospital stay while improving the quality of care. We have evaluated the setting and development of an ERAS programme through the description of the details of implementation and the identification of structural factors. The study was conducted in four institutions. We use a qualitative methodology (interviews, observations, analysis of documents). We have performed a content analysis of all the data collected. The conclusions of this analysis was that implementation of ERAS programme varies according the institution. However

structural factors determine the success of the procedure. There is a need to identify such factors in a given institution to facilitate the setting of ERAS programme.

INTRODUCTION

L'organisation des soins chirurgicaux a connu ces dernières années d'importantes évolutions visant à réduire les durées d'hospitalisation tout en garantissant une meilleure qualité des soins.

La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) est une approche de prise en charge des patients chirurgicaux, multidisciplinaire et multimodale, visant au rétablissement rapide des capacités physiques et psychiques après chirurgie et permettant de réduire la morbidité péri-opératoire. Le développement d'un programme de RAAC implique une organisation spécifique des soins, centrée sur le patient tout au long de son parcours de soins sur les 3 périodes pré-, per- et postopératoires. La réalisation d'un protocole de RAAC revient à analyser tous les facteurs susceptibles de prolonger la durée d'hospitalisation et à mettre en place des mesures pour les contrecarrer ou limiter leurs effets. Sa pratique est multidisciplinaire et nécessite donc des efforts combinés des équipes médicales et soignantes (1).

Les données de la littérature récente (2) confirment l'impact des programmes RAAC sur la durée de séjour et les risques de complications. Cependant, les auteurs des articles concernant ce sujet, signalent l'impossibilité d'identifier quels aspects de la stratégie globale (3) seraient responsables de l'amélioration des résultats et plusieurs articles pointent les difficultés ou échecs de la méthode.

Plusieurs études qualitatives mettent en évidence le rôle clé d'une information claire et pertinente donnée au patient dès la pré admission, gage d'une adhésion au programme (4–6), et du soutien de ce même patient après sa sortie de l'hôpital (7) tandis que d'autres soulignent la faiblesse fréquente du volet nutritionnel (8). Les caractéristiques sociales du patient qui peuvent entraver sa récupération et sa sortie devraient être explorées au début de ce processus (9,10), tant les conditions de vie peuvent moduler la prise en charge (6). Par ailleurs, la littérature concernant la RAAC est pauvre en données exprimant le point de vue des patients (patient-related outcome measures, PROM) (7,11–13). Enfin, plusieurs études médico-économiques confirment que les retours sur investissement sont généralement positifs pour l'établissement, bien que très variables selon les pathologies, les interventions ou les établissements eux mêmes (14–18). D'autres aspects organisationnels sont aussi à explorer. Un programme RAAC requiert de renforcer le travail en équipe autour d'un socle commun et de définir de façon concertée un chemin clinique pour la prise en charge des patients. Ainsi, les bénéfices de cette organisation plus resserrée, observés, notamment sur la charge en soins, permettraient d'entretenir le mouvement.

La mise en œuvre des programmes RAAC touche ainsi de nombreux enjeux dans le parcours du patient (qualité et durée de prise en charge), pour les professionnels, les organisations et les institutions (conditions de travail, évolution des pratiques, coordination, acquisition de connaissances, qualité de vie au travail) et pour les décideurs (effets systémiques, modalités de diffusion, efficience des prises en charge) qui vont conditionner leur déploiement.

L'objectif de cette étude a donc été de s'intéresser aux professionnels, organisations et institutions qui appliquent les programmes RAAC de façon à:

1. Décrire les conditions d'implantation et de déploiement des programmes RAAC dans 4 établissements d'Ile de France ayant participé à une démarche d'accompagnement proposé par l'ARS en Île-de-France (ARS IDF)
2. Identifier les conditions d'implantation et de déploiement structurants des programmes RAAC

METHODES

Une étude observationnelle rétrospective comparative

Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, comparative dans quatre établissements ayant mis en œuvre un programme RAAC. Elle s'inscrit dans le cadre des évaluations de l'implantation particulièrement adaptées lorsque l'intervention analysée est complexe et composée d'éléments séquentiels sur lesquels le contexte peut interagir de différentes façons (19). La méthode d'étude de cas est une stratégie de recherche adaptée car elle explore précisément et en profondeur un phénomène dans son contexte et analyse les interactions de ce phénomène avec plusieurs éléments pertinents pour la recherche (20).

Une évaluation selon le guide du Medical Research Council (MRC)

Les programmes de RAAC peuvent être considérés comme des interventions complexes, dans la mesure où ils reposent sur un ensemble d'actions articulées entre elles, qui impliquent une multiplicité d'acteurs et produisent des effets selon des mécanismes qui ne sont ni contrôlables ni complètement déterminés (21). En outre, les programmes ont été mis en œuvre en situation réelle, sous l'influence de nombreux paramètres contextuels liés au territoire d'implantation, qui ont pu jouer sur leur déploiement et sur la manière dont les effets ont été produits.

Pour explorer les mécanismes et l'influence du contexte sur le programme et ses résultats, l'étude s'inscrit dans le cadre du modèle d'évaluation des interventions complexes proposé par le *Medical Research Council* (22,23) qui permet de guider la démarche d'évaluation des processus en caractérisant les facteurs contribuant à l'effet d'une intervention complexe au travers de plusieurs objets d'évaluation : le modèle logique, la mise en œuvre, les mécanismes reliant l'action à ces résultats et le contexte dans lequel elle s'insère (24). Nous mobilisons également des méthodes qualitatives (observation et entretiens) dans l'objectif d'explorer les caractéristiques de ces programmes.

Dans notre étude, le programme RAAC représente l'intervention. Chaque établissement correspond à un cas et à un contexte différent. L'intervention associée à un contexte s'accompagne d'appropriations différenciées, génère des mécanismes différents, produit des résultats différents et ainsi produit des configurations contextes – mécanismes - résultats différentes.

Cas d'études et population étudiée

L'étude portait sur quatre centres où des interventions de mise en place de prothèse totale de genou (PTG) et de hanche (PTH) étaient réalisées dans le cadre du programme d'accompagnement ARS IDF¹: un centre était considéré comme référent et trois centres comme apprenants. L'étude a été présentée au référent du programme RAAC de chaque centre. Ce choix permettait de garantir une diversité des types d'établissement investigués et des degrés différents d'avancement dans le dispositif RAAC. Cette diversité permettait de rendre compte à la fois des enjeux transversaux aux quatre établissements et des enjeux spécifiques à chaque établissement.

La population concernée était constituée des professionnels de santé impliqués dans le programme RAAC de la PTG et PTH, les acteurs institutionnels des établissements et les patients. Dans les établissements ont donc été enquêtés 5 groupes d'acteurs :

- Les professionnels de santé du bloc opératoire et de la salle de réveil en chirurgie orthopédique ;
- Les professionnels de santé des services d'hospitalisation pré et post intervention ;
- Les professionnels de ville ;
- Les directions des établissements ;
- Les patients bénéficiant d'une PTG ou PTH RAAC.

Les professionnels participant à la démarche RAAC au sein du centre ont été identifiés par le référent du programme RAAC. Nous les avons ensuite contactés par courriel et/ou téléphone afin de leur présenter l'étude et de recueillir leur accord pour y participer dans le cadre d'un entretien téléphonique ou de visu.

Les patients ont été identifiés par les équipes soignantes et ont reçu une lettre d'information remise par les professionnels de santé, présentant l'étude et rappelant les règles de confidentialités. Ils étaient invités à s'inscrire en ligne, *via* un lien sécurisé, s'ils acceptaient d'être interrogés ainsi qu'à transmettre les coordonnées de leurs professionnels de santé référent en ville (médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute).

Collecte des données

Le recueil des données a été effectué selon :

1/ Une analyse documentaire du programme RAAC mis en œuvre dans les quatre établissements : documents institutionnels (ex. : recommandations HAS) ; documentation interne aux établissements (ex. : livret d'information, protocoles) ; résultats de l'audit GRACE².

2/ La conduite d'entretiens semi-directifs réalisés à partir d'une grille dont l'objectif était de recueillir à la fois des données factuelles (ex. : durée de certains soins) et les perceptions des

¹ Dans les suites d'une expérience préalable de l'ARS Rhône-Alpes, l'ARS IDF a mis en place un accompagnement au déploiement de la RAAC, en partenariat avec le Groupe de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE), dans trois types de chirurgie (dont la chirurgie orthopédique) entre un centre référent et des centres « apprenants ».

² Le Groupe de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE) a développé un audit national autour des pratiques de RAAC.

acteurs (ex. : expérience passée et présente, représentations). Ces entretiens ont fait l'objet d'une prise de notes exhaustive, suivi de la formalisation d'un compte-rendu restituant le parcours, les opinions et le vécu des acteurs.

3/ Des séquences d'observation ponctuelles du travail des différents professionnels en suivant le parcours de deux patients au moyen d'une grille d'observation au sein du centre référent.

Analyse des données

L'ensemble des données a été traité suivant les principes de l'analyse de contenu, qui doit permettre de faire émerger des régularités, des tendances ou des singularités. Nous avons procédé à une analyse thématique des entretiens et à une analyse des comptes rendus d'observation (25).

L'analyse qualitative des cas, par triangulation des données (26), a permis :

- Par cas, de documenter, le déploiement du programme RAAC dans 4 contextes différents en identifiant les mécanismes entrant en jeu et les paramètres contextuels.
- Par analyse transversale de cas, de repérer les configurations contexte – mécanismes - résultats les plus récurrentes, source possible de recommandations.

Notre analyse s'est ainsi inspirée du cadre théorique de l'évaluation réaliste en explorant plusieurs contextes, mécanismes et effets sans toutefois s'y inscrire totalement dans la mesure où nous avons réalisé une étude rétrospective de programmes RAAC déployés sur le terrain en dehors d'un dispositif de recherche expérimentale.

RESULTATS

Données collectées

Nous avons réalisé 42 entretiens semi-directifs auprès :

- Des professionnels de santé du bloc opératoire et de la salle de réveil en chirurgie orthopédique (infirmières de Salle de Surveillance Post-interventionnelle (SSPI), infirmières de salle de régulation, orthopédistes, anesthésiste) (n = 17) ;
- Des professionnels de santé des services d'hospitalisation pré- et post-opératoire (cadre de service, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes) (n = 11) ;
- De la gouvernance des établissements (direction, cadre de pôle, chef de pôle) (n = 5);
- D'une chargée de mission de la Haute Autorité de Santé (HAS) (n=1);
- De patients (n = 5);
- De professionnels de ville (n = 3) (un médecin généraliste, deux diététiciennes).

17 entretiens ont été réalisés de visu et 25 entretiens ont été réalisés par téléphone.

Nous avons suivi deux patients dans leur parcours RAAC au sein du centre référent depuis le départ de la chambre jusqu'à leur retour dans celle-ci, ce qui a permis d'assister à l'ensemble de la chaîne de soin.

Conditions d'implantation et modalités de déploiement variées

Nous présentons les résultats des quatre cas d'étude en nous intéressant aux pratiques institutionnelles, organisationnelles et professionnelles des quatre services. Nous documentons ainsi le déploiement du programme RAAC dans quatre contextes différents en identifiant les mécanismes entrant en jeu et les paramètres contextuels.

Pratiques institutionnelles

L'analyse des pratiques institutionnelles a permis de montrer que les modalités d'intégration du programme RAAC dans la politique de l'établissement et du service sont variables d'un centre à un autre.

- La genèse du programme varie selon l'ancienneté des pratiques RAAC dans l'établissement et selon les professionnels qui l'ont porté.
« J'ai été pionnier à faire ça dans [cet établissement] en 2015, j'ai fait la 1^{ère} PTH en ambulatoire [...]. On me prenait pour un mutant, à l'époque. Ça a été un travail de longue haleine. » (Chirurgien orthopédiste, E3)
- L'implication des directions d'établissement est variable, de même que l'objectif potentiel de réduction de la DMS constitue plus ou moins un enjeu affirmé, qu'il s'agisse d'établissements à but lucratif ou non lucratif.
« En plus on n'est pas réellement poussés au cul par l'administration pour pouvoir imposer des séjours courts. » (Médecin Anesthésiste-Réanimateur (MAR), E3)
« [...] C'est compliqué [de mettre tous les médecins autour de la table] et je pense que si ça avait été porté par la direction, ça aurait été plus facile. » (Cadre en orthopédie, E4)

Pratiques organisationnelles

L'analyse des pratiques organisationnelles a permis de décrire des organisations et outils variés pour mettre en œuvre la RAAC au sein des services :

- L'équipe qui porte la RAAC au sein du service diffère d'un établissement à un autre, selon l'implication ou non des chirurgiens, le nombre de référents parmi ceux-ci, le temps dédié au poste d'infirmière (IDE) coordinatrice (IDEC) RAAC, ou encore la formation des membres de l'équipe :
« Moi, c'est des recherches perso[nnelles] car je [ne] connaissais pas spécialement ce type de prise en charge. J'ai regardé sur Internet. » (IDE, E2)
« L'organisation, on se débrouille, je rajoute tous les vendredis une IDE pour faire la RAAC. » (Cadre en orthopédie, E4)
- Chaque équipe a défini ses outils, protocoles et chemins cliniques, témoignant ainsi d'une hétérogénéité des pratiques et modalités de mise en œuvre de la RAAC.
- Selon les cas, l'évaluation des pratiques est inexistante ou fait l'objet d'audits internes réguliers et/ou d'une participation à l'audit de l'association GRACE.

« On a le sentiment que les patients vont bien [...]. C'est un réel progrès sur la prise en charge, j'ai pas de données scientifiques, chiffrées, c'est empirique. » (Cadre en orthopédie, E2)

- La coordination avec les équipes de ville est à ce stade relativement peu développée dans les 4 centres étudiés.

Pratiques professionnelles

L'analyse des pratiques professionnelles a également montré l'impact variable d'un centre à l'autre de la RAAC sur l'activité des professionnels, en matière :

- De dynamique d'équipe (absence de coordination rapportée ou meilleure coordination perçue entre les professionnels) :

« Avant que je commence la RAAC, c'était très sectorisé. Les anesthésistes d'un côté, les chirurgiens d'un autre et les équipes soignantes pareil. » (IDE RAAC, E1)

- De changements de pratiques (ex. : levé le jour de l'intervention, jeun modifié, absence de garrot et drain de Redon...) :

« Il faut mobiliser des gens pour que les gens se lèvent. C'est quelque chose qui a demandé une vraie énergie pour lever les craintes et les angoisses des collègues. Une fois que tout était cadré, il n'y a plus eu de problèmes. Tout le monde est rentré dans cette façon de penser. » (Médecin généraliste service d'hospitalisation, E2)

- D'éducation du patient (ex. : autonomie renforcée du patient, information donnée au patient...) :

« J'arrive à les convaincre et je leur fais comprendre, je leur montre (...). C'est plus un état d'esprit. Il faut les motiver, faut leur donner l'envie d'y aller (...) Si les patients sont rassurés, ils font ce qu'on leur dit, ils sont là, ils adhèrent et ça se passe très bien. S'ils hésitent, c'est pas le bon spirit. » (Chirurgien orthopédiste, E3)

Les Freins au développement des programmes RAAC

Plusieurs obstacles au déploiement de la RAAC ont été identifiés par les acteurs de soin interrogés :

- Des pratiques qui ne sont pas mises en place et qui sont pourtant identifiées comme indispensables à la réussite du programme tel que le levé dès le jour de l'intervention, l'éducation appropriée du patient en amont de l'intervention ;
- Des postes fragiles dans leur pérennité (notamment d'infirmière de coordination) ;
- Une réticence des professionnels à changer leurs pratiques :

« J'ai senti une résistance au changement, liée à la culture du service. On a fait des progrès sur certains actes et d'autres c'est plus fragile. C'est multifactoriel et c'est clairement très lié au management et à la culture du service. » (Chirurgien orthopédiste, E2) ;

- Une absence d'implication des chirurgiens dans la démarche ;

« On est quelques-uns à partir dans ce spirit-là et on est malheureusement ralenti par les autres (...). Tant que les praticiens sont pas tous à 100 % dans le même état d'esprit, ça sera difficile. » (Chirurgien orthopédiste, E3)

- Un renouvellement rapide des équipes, qui implique de former de manière continue de nouvelles personnes à l'organisation :
« Au niveau chir[urugiens], j'ai pas l'impression que ça prenne beaucoup, c'est un peu compliqué. [...] C'est un des éléments bloquants, parce que tout ce qu'on met en place en amont, se retrouve balayé en quelques heures, parce que les patients sont douloureux, on fait des blocs nerveux et on peut pas rééduquer précocement.] (MAR, E4)
- Une disparité des pratiques chirurgicales (ex. : absence de Drain de Redon et de garrot) ;
- Une absence d'incitation, pour des motifs tarifaires soulevés au sein des équipes, à la réduction de la DMS ;
- Une absence d'évaluation des pratiques susceptibles d'aider à l'identification des points de blocage et des pratiques à améliorer ;
- Des difficultés à trouver des relais en aval de l'hospitalisation et une faiblesse de coordination ville-hôpital.

L'analyse de chacune de ces dimensions, par établissement, est consultable dans le tableau I.

Facteurs influençant les conditions d'implantation des programmes RAAC

En nous appuyant sur le cadre théorique de l'évaluation réaliste, nous avons identifié des facteurs d'influence propres à avoir favorisé ou modifié, dans son ampleur et dans ses caractéristiques, l'implantation des programmes RAAC au sein des établissements enquêtés. Ces facteurs d'influence spécifient le contexte, les mécanismes et les effets du processus d'implantation de la RAAC dans chaque établissement, où il se traduit selon des modalités très diverses (voir Tableau II).

Contexte

Le contexte est un élément déterminant du déploiement de ces programmes. Les facteurs structurants portent sur les caractéristiques de l'équipe, de l'établissement et de l'organisation.

Parmi les facteurs les plus structurant **l'existence d'un poste dédié à la coordination de la RAAC au sein des centres est mentionnée par les professionnels comme une nécessité** pour que ces programmes puissent être déployés.

Les quatre fonctions relevant du travail d'IDEC RAAC identifiées dans notre étude sont : 1) l'éducation du patient en préopératoire, 2) l'évaluation des pratiques, 3) la coordination entre les acteurs, 4) le rappel des patients après l'hospitalisation.

Ces 4 fonctions ne sont que rarement déployées en totalité dans les établissements. Lorsque c'est le cas, elles sont réalisées par des personnes différentes, ce qui fragilise le dispositif. En outre, le poste d'IDEC RAAC n'est pas occupé à temps plein au sein des quatre établissements étudiés, ces fonctions sont donc assurées en parallèle d'une autre activité en service d'orthopédie.

« Je fais beaucoup l'intermédiaire. Les chirurgiens sont un peu bornés dans leurs trucs, il a fallu que j'aie les interpellés. » (IDE RAAC, E1)

D'autres facteurs contextuels apparaissent structurant :

- L'harmonisation des pratiques chirurgicales
- La pratique de la RAAC dans d'autres chirurgies

En revanche, la coordination ville-hôpital n'est que peu développé au sein des 4 établissements étudiés sans que cela n'impacte directement leur mise en œuvre.

Mécanismes

Les mécanismes correspondent notamment au raisonnement des acteurs impliqués face à une intervention en cours de déploiement. Ils sont souvent implicites, sensibles aux variations du contexte et aux activités mises en œuvre dans le cadre de l'intervention, et produisent des effets. Les facteurs structurants portent ici sur la communication / la coordination, l'éducation des patients, l'adhésion / la motivation des professionnels, la négociation entre professionnels sur les pratiques et l'appropriation des connaissances scientifiques.

Parmi les facteurs les plus structurants, la capacité à modifier sa pratique professionnelle apparaît centrale. Pour les professionnels rencontrés, la RAAC présente un parcours « moderne » de prise en charge et non plus une pratique innovante. Cela justifierait selon eux que toutes les équipes puissent la déployer, tout en impliquant un changement de paradigme de prise en charge :

« La RAAC, plus qu'une diminution du temps de récupération et d'une prise en charge différente, on s'attaque à une culture de la pratique médicale. C'est-à-dire qu'on est quasiment dans une démarche de démedicalisation des malades, et pour certains médecins c'est un peu difficile à vivre. On pensait qu'il fallait toujours mettre des mesures médicales pour les accompagner. » (Chirurgien orthopédiste, E2)

Elle implique des changements organisationnels plus que techniques, qui nécessitent pour les professionnels de s'interroger sur leurs pratiques et organisations, d'apprendre à travailler ensemble et à questionner l'intégralité de la chaîne de soins et ce de manière continue dans le temps :

« Pour moi, la RAAC c'est vraiment pas avoir honte de mettre les mains dans le cambouis des petits détails non médicaux, des questions pratiques. [...] Le programme RAAC, c'est le mythe de Sisyphe. » (MAR, E1).

L'évaluation constitue de ce fait un outil central du déploiement de ces programmes.

Enfin, le déploiement de ces programmes est perçu par les professionnels comme reposant sur l'implication de leaders intéressés par le management et la conduite de projet. De même, l'aval d'un chirurgien est jugé indispensable pour mettre en œuvre ces programmes :

« On sait tous que si on a un chirurgien très motivé, ça va marcher à fond, c'est lui la clef. » (MAR, E3)

Impact

La mise en œuvre d'un programme RAAC produit différents types d'effets. Les facteurs structurants portent sur l'adhésion des équipes, les changements de pratiques, les nouvelles modalités de travail et l'éducation du patient.

Parmi les facteurs de résultat structurants, l'éducation du patient en amont de l'intervention est déterminante puisqu'elle facilite son adhésion au programme. Dans ce cadre, les outils et modalités d'éducation mise en avant par l'équipe détermine la capacité du patient à adhérer au programme et à devenir acteur de son parcours.

COMMENTAIRES

L'étude réalisée auprès des quatre centres pratiquant la RAAC en chirurgie orthopédique visait à identifier les facteurs structurants de ces programmes dans un objectif d'analyse de leur transférabilité (27). Il s'agissait ainsi de rendre compte des conditions d'implantation de ces programmes dans différents contextes et d'en décrire les effets.

Principaux résultats

Coordination

Les freins identifiés au déploiement de ces programmes au sein des 4 établissements correspondent aux principales barrières mentionnées par la littérature (28) : les barrières liées aux soignants, à l'organisation des soins et les barrières liées au patient. Pour pallier ces difficultés les résultats de l'étude mettent en exergue la nécessité d'identifier une figure de coordination pour pérenniser ces programmes, telle que mentionnée dans le recommandation HAS (29) en mesure de répondre aux 4 fonctions identifiées dans l'étude et inspirées de certaines fonctions présentées par la littérature dans le cadre de pathologies chroniques ou populations spécifique (30–33). La coordination entre les acteurs de la prise en charge hospitalière correspond à un travail de coordination multidisciplinaire qui consiste à passer d'une organisation fonctionnelle des soins construite autour d'une spécialisation disciplinaire à une approche consistant à fournir des soins par le biais d'équipes multidisciplinaires dans un contexte où les professionnels rencontrent des difficultés à dépasser leurs frontières professionnelles (34–36). Dans ces difficultés résident des conflits de frontières disciplinaires sur les relations entre professionnels spécialistes et holistiques et mobilisant des répertoire d'action et approches cliniques différents. Aussi, si la coopération interprofessionnelle favorise l'émergence de nouveaux modes de communication et la constitution de nouveaux collectifs, elle s'accompagne également d'une perte d'une part de son autonomie par chaque type de professionnel (37). Dans ce contexte, l'IDE RAAC permet le relais de l'information entre les différents intervenants à des niveaux différents. Elle peut remplir un rôle de facilitateur entre les équipes (38) et développer ce que Valentina et Edmondson (39) qualifient de compétences intermédiaires favorisant l'interconnaissance entre les membres d'une équipes et la responsabilité collective.

Configurations de facteurs

L'étude réalisée a permis de décrire des facteurs structurants des conditions d'implantation et de déploiement de ces programmes qui n'ont pas nécessairement été retrouvés de façon homogène entre les établissements. Un niveau de déploiement effectif de ces programmes (respect de l'ensemble des recommandations) et d'appropriations différenciées liées à des contextes variables produisent donc des modalités de mise en œuvre et des effets variés. Ce point précis met en exergue un écart entre la théorie (la standardisation des conditions d'implantation) et la pratique (une adaptation au contexte et une appropriation variable). Finalement, tout facteur structurant est susceptible d'influer sur l'implantation des programmes RAAC et doit être questionné, en revanche ils ne peuvent pas être appliqués de manière mécanique. De ce fait, il importe également d'envisager que des effets variés en termes de mise en œuvre peuvent aboutir à une RAAC à géométrie variable et donc à des effets différenciés sur les prises en charge qui sont difficilement généralisables et qui expliquent des déploiements variables.

Au demeurant, il semble important de constater que le déploiement de ces programmes repose sur plusieurs dimensions mis en avant par Contandriopoulos (40) dans le cadre de l'intégration des soins : techniques, organisationnels et normatifs qui doivent être activés de manière concomitante. Les résultats de l'étude nous invitent ainsi à conclure que la RAAC représente un changement de paradigme faisant de la personne opérée un patient acteur de sa prise en charge et non plus un malade et s'appuyant sur des évolutions techniques et organisationnelles. De ce fait, les résultats confirment l'importance de l'organisation et de l'adhésion à ce paradigme comme base du changement.

Limites de l'étude

La méthode employée dans le cadre de cette étude, en donnant une large place aux entretiens semi-directifs, privilégie l'analyse détaillée des propos exprimés, pour mettre en évidence les perceptions des acteurs concernés, selon des points de vue croisés. Les résultats illustrent la façon dont les programmes RAAC peuvent être vus, dans des conditions qui sont celles des personnes interrogées, selon leur parcours et leur positionnement propre. Néanmoins, ces résultats ne sauraient prétendre à l'exhaustivité ou à la représentativité de tous les points de vue. Ils sont en outre tributaires de ce qu'ont pu ou bien voulu exprimer les personnes. En outre, les établissements étudiés ne sont peut-être pas représentatifs du déploiement de ces programmes car ils sont inscrits dans un accompagnement régional et ont donné leur accord pour participer à l'étude.

Ouverture

Cette étude a permis d'identifier quelques recommandations d'actions susceptibles de contribuer à lever les freins au déploiement de ce type de programme :

- 1) La structuration des organisations constitue un prérequis au déploiement de ces programmes. Il implique d'adapter le programme à chaque contexte, d'instaurer une gouvernance direction-équipe, de mettre en œuvre les missions de coordination ;

2) Le déploiement des programmes RAAC réside dans la capacité à mobiliser les acteurs hospitaliers. Il apparaît nécessaire d'informer régulièrement les équipes pour pallier les difficultés de déploiement en routine du programme liées au renouvellement du personnel, de convaincre et mobiliser les chirurgiens qui sont des acteurs indispensables à mobiliser pour déployer ces programmes et de faire adhérer les directions à la démarche ;

3) L'association des professionnels de ville au programme qui le sont peu à ce stade. Pour ce faire, il s'agit de créer les conditions d'un dialogue ville-hôpital en favorisant l'interconnaissance mutuelle, de développer des outils de communication, de sensibiliser les médecins traitants afin qu'ils puissent être un acteur de l'éducation en amont (préparation musculaire, surveillance du poids, arrêt du tabac) et de surveillance en sortie d'hospitalisation (plaies, addictions aux morphiniques, anticipation de la survenue de douleurs chroniques...).

CONCLUSION

Les résultats de cette évaluation montrent que l'implantation de la RAAC repose sur plusieurs dimensions qu'il importe d'activer de manière concomitante sans pour autant qu'elles prennent la même forme d'un service à un autre. Autrement dit, le contexte de déploiement de ces programmes s'accompagne de modalités d'implantation variées qui ne peuvent être standardisées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bardram L, Funch-Jensen P, Jensen P, Crawford ME, Kehlet H. Recovery after laparoscopic colonic surgery with epidural analgesia, and early oral nutrition and mobilisation. *Lancet Lond Engl*. 1995 Mar 25;345(8952):763-4.
2. Nicholson A, Lowe MC, Parker J, Lewis SR, Alderson P, Smith AF. Systematic review and meta-analysis of enhanced recovery programmes in surgical patients. *Br J Surg*. 2014 Feb;101(3):172-88.
3. Gianotti L, Beretta S, Luperto M, Bernasconi D, Valsecchi MG, Braga M. Enhanced recovery strategies in colorectal surgery: is the compliance with the whole program required to achieve the target? *Int J Colorectal Dis*. 2014 Mar;29(3):329-41.
4. Smith F, Carlsson E, Kokkinakis D, Forsberg M, Kodeda K, Sawatzky R, et al. Readability, suitability and comprehensibility in patient education materials for Swedish patients with colorectal cancer undergoing elective surgery: a mixed method design. *Patient Educ Couns*. 2014 Feb;94(2):202-9.
5. Short V, Atkinson C, Ness AR, Thomas S, Burden S, Sutton E. Patient experiences of perioperative nutrition within an Enhanced Recovery After Surgery programme for colorectal surgery: a qualitative study. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel*. 2016 Feb;18(2):O74-80.

6. Specht K, Kjaersgaard-Andersen P, Pedersen BD. Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty--a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2016 Mar;25(5-6):836–45.
7. Bernard H, Foss M. Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 2014 Feb 23;23(2):100–2, 104–6.
8. Ripollés-Melchor J, Casans-Francés R, Abad-Gurumeta A, Suárez-de-la-Rica A, Ramírez-Rodríguez JM, López-Timoneda F, et al. Spanish survey on enhanced recovery after surgery. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2016 Sep;63(7):376–83.
9. Kahokehr A, Sammour T, Zargar-Shoshtari K, Thompson L, Hill AG. Implementation of ERAS and how to overcome the barriers. *Int J Surg Lond Engl*. 2009 Feb;7(1):16–9.
10. Alawadi ZM, Leal I, Phatak UR, Flores-Gonzalez JR, Holihan JL, Karanjawala BE, et al. Facilitators and barriers of implementing enhanced recovery in colorectal surgery at a safety net hospital: A provider and patient perspective. *Surgery*. 2016 Mar;159(3):700–12.
11. Jones EL, Wainwright TW, Foster JD, Smith JRA, Middleton RG, Francis NK. A systematic review of patient reported outcomes and patient experience in enhanced recovery after orthopaedic surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 2014 Mar;96(2):89–94.
12. Neville A, Lee L, Antonescu I, Mayo NE, Vassiliou MC, Fried GM, et al. Systematic review of outcomes used to evaluate enhanced recovery after surgery. *Br J Surg*. 2014 Feb;101(3):159–70.
13. Hughes M, Coolson MME, Aahlin EK, Harrison EM, McNally SJ, Dejong CHC, et al. Attitudes of patients and care providers to enhanced recovery after surgery programs after major abdominal surgery. *J Surg Res*. 2015 Jan;193(1):102–10.
14. Roulin D, Donadini A, Gander S, Griesser A-C, Blanc C, Hübner M, et al. Cost-effectiveness of the implementation of an enhanced recovery protocol for colorectal surgery. *Br J Surg*. 2013 Jul;100(8):1108–14.
15. Lemanu DP, Singh PP, Stowers MDJ, Hill AG. A systematic review to assess cost effectiveness of enhanced recovery after surgery programmes in colorectal surgery. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel*. 2014 May;16(5):338–46.
16. Relph S, Bell A, Sivashanmugarajan V, Munro K, Chigwidden K, Lloyd S, et al. Cost effectiveness of enhanced recovery after surgery programme for vaginal hysterectomy: a comparison of pre and post-implementation expenditures. *Int J Health Plann Manage*. 2014 Dec;29(4):399–406.
17. Faujour V, Slim K, Corond P. [The future, in France, of enhanced recovery after surgery seen from the economical perspective]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2015 Jan;44(1):e23–31.
18. Nelson G, Kiyang LN, Crumley ET, Chuck A, Nguyen T, Faris P, et al. Implementation of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Across a Provincial Healthcare System: The ERAS Alberta Colorectal Surgery Experience. *World J Surg*. 2016 May;40(5):1092–103.
19. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. *L'évaluation: concepts et méthodes: Deuxième édition*. Presses de l'Université de Montréal; 2011. 361 p.
20. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods*. 5 edition. Los Angeles: SAGE Publications, Inc; 2013. 312 p.

21. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *The BMJ*. 2015 Mar 19;350:h1258.
22. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ Clin Res Ed*. 2007;334.
23. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008 Sep 29;337:a1655.
24. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 2nd Revised edition. Los Angeles: SAGE Publications Inc; 2010. 488 p.
25. Bardin L. *L'analyse de contenu*. 2e édition. Paris: PUF; 2013.
26. Yeasmin S, Khan Ferdousour R. "Triangulation" Research Method as the Tool of Social Science Research. *BUP J*. 2012 Sep;1(1).
27. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1–13.
28. Pearsall EA, Meghji Z, Pitzul KB, Aarts M-A, McKenzie M, McLeod RS, et al. A qualitative study to understand the barriers and enablers in implementing an enhanced recovery after surgery program. *Ann Surg*. 2015 Jan;261(1):92–6.
29. HAS. Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives. 2016 Juin.
30. Tremblay D, Touati N, Roberge D, Denis J-L, Turcotte A, Samson B. Conditions for production of interdisciplinary teamwork outcomes in oncology teams: protocol for a realist evaluation. *Implement Sci IS*. 2014 Jun 17;9:76.
31. Skrutkowski M, Saucier A, Ritchie JA, Tran N, Smith K. Intervention patterns of pivot nurses in oncology. *Can Oncol Nurs J Rev Can Nurs Oncol*. 2011;21(4):218–27.
32. McDonald K. Care coordination measures. 2014.
33. Walsh J, Young JM, Harrison JD, Butow PN, Solomon MJ, Masya L, et al. What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011 Mar;20(2):220–7.
34. Atwal A, Caldwell K. Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scand J Caring Sci*. 2002 Dec;16(4):360–7.
35. Liberati EG, Gorli M, Scaratti G. Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Soc Sci Med*. 2016 Feb;150:31–9.
36. Malin N, editor. *Professionalism, Boundaries and the Workplace*. 1 edition. London ; New York: Routledge; 2000. 282 p.
37. Bloch M-A, Hénaut L. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris: Dunod; 2014. 336 p.
38. Bergeron H, Castel P, Nouguez É. Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. *Rev Fr Sociol*. 2013 May 31;Vol. 54(2):263–302.

39. Valentine MA, Edmondson AC. Team Scaffolds: How Mesolevel Structures Enable Role-Based Coordination in Temporary Groups. *Organ Sci.* 2014 Dec 31;26(2):405–22.
40. Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodríguez C. Intégration des soins: Dimensions et mise en œuvre. *Ruptures Rev Transdiscipl En Santé.* 2000 Nov 30;8.

FIGURES

Tableau 1 : Description des pratiques d'implantation de la RAAC selon les établissements enquêtés

	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3	Etablissement 4
Genèse du déploiement du programme	Des pratiques RAAC ^A en anesthésie de longue date Visite de la Clinique Capio par quatre professionnels du service en 2015 Participation au projet ARS-IDF (vague 1) en tant que centre référent	Développé en chirurgie digestive et gynécologique Participation au programme ARS-IDF (vague 1) par un chirurgien du service en tant que centre apprenant car des difficultés à l'implanter en orthopédie	Un chirurgien avec des pratiques RAAC depuis 2015 Participation au programme ARS-IDF (vague 1 et vague 2) par la direction en tant que centre apprenant car des difficultés à l'implanter au sein du service	Des pratiques RAAC en anesthésie de longue date Participation au programme ARS-IDF (vague 1) par la cadre en orthopédie en tant que centre apprenant car des difficultés à l'implanter en orthopédie
Equipe	<u>Référents RAAC :</u> Plusieurs référents (MAR ^B , SSPI ^C , service d'hospitalisation) Pas de référent en chirurgie	<u>Référents RAAC :</u> Chirurgien MAR	<u>Référents RAAC :</u> Chirurgien MAR	<u>Référents RAAC :</u> MAR Pas de référent en chirurgie
Poste de coordination	<u>IDEC^D RAAC</u> 50% En parallèle de l'activité de consultation en orthopédie	Pas de poste d'IDEC RAAC Dans les futures fonctions de l'adjointe de la cadre d'orthopédie	<u>IDEC RAAC :</u> 20% En parallèle de la consultation de chirurgie ambulatoire	<u>IDEC RAAC :</u> 20% IDE du service d'orthopédie
Outils et protocoles	Protocoles Check-list RAAC en 20 points Newsletters Livrets patients Consultation IDEC	Protocoles Plateforme web pour les patients Charte du patient Appel IDE J0 ^E et entrée à J0	Protocoles Passeport RAAC Consultations IDEC RAAC (arrêtées) qui pouvaient aussi se faire par	Protocoles Passeport RAAC Entrée à J0 Document rééducation et consultation

	RAAC			téléphone ou <i>face time</i> Consultation kinésithérapeute (arrêtée)	kinésithérapeute
Coordination ville-hôpital	PRADO ^F NutriRAAC ^G	PRADO	PRADO	Rappel des patients à J1, J7 et J14 après l'intervention	Rappel des patients 1 fois/semaine pendant 3 semaines
Evaluation	Plusieurs audits internes Audit GRACE ^H	Pas d'évaluation interne Plus de participation à l'audit GRACE perçu comme chronophage	Un audit interne Audit GRACE		Pas d'audit interne Pas de participation à l'audit GRACE
Dynamique d'équipe	Coordination renforcée entre acteurs Dynamique en SSPI	Interactions soignants-chirurgiens Dynamique en SSPI	Perçue comme absente		Médecins favorables au déploiement de la RAAC mais pas moteurs
Changements de pratiques	Jeûne modifié Levé à J0 en SSPI par les kinésithérapeutes Difficultés à modifier les pratiques chirurgicales	Médecins d'étages / de salle (médecins en service d'orthopédie) : surveiller l'état cutané du patient le matin Attente des patients en chambre Moins d'actes de soins infirmiers	Limites dans l'évolution des conceptions/mentalités Jeûne modifié Opération sans garrot et sans drain de redon		Jeûne modifié Levé à J0 Travail avec les chirurgiens sur l'aval de l'hospitalisation
Education/ Information patient	Consultation RAAC vecteur d'information Autonomie renforcée du patient	IDEC comme vecteur d'information Moins de relationnel auprès des patients Modification de l'information	IDE J0 comme vecteur d'information Moins de relationnel auprès des patients Modification de l'information	Chirurgien comme pièce centrale de l'information donnée au patient	Consultation IDEC RAAC comme vecteur d'information

		transmise par les chirurgiens	
Principale frein au déploiement	Postes fragiles	Réticences des médecins du service d'orthopédie et des chirurgiens	Dynamique en perte de vitesse
			Faible appropriation du projet par les chirurgiens

A : Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

B : Médecin Anesthésiste-Réanimateur (MAR)

C : Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI)

D : Infirmière Diplôme d'Etat Coordinatrice (IDEC)

E : Jour de l'intervention (JO)

F : Programme d'Accompagnement des Retours à Domicile (PRADO)

G : Nutri-RAAC est un programme de suivi diététique

H : Groupe de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE)

Tableau II : Facteurs identifiés comme structurants dans les contextes, mécanismes et effets observés dans l'implantation de la RAAC et modalités variées d'appropriation dans les établissements enquêtés

Facteurs structurants	Modalités variées d'appropriation
CONTEXTE	
<i>Activité</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Diversité des pratiques chirurgicales • Autres spécialités RAAC • Autres projets dans l'établissement : arrivée à JO, patient debout
<i>Patientèle</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptabilité potentiellement variable • Public/ Privé et attentes associées
<i>Liens préexistants avec la ville</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun • Chirurgiens (réseau entre praticiens) • Service (connaissance historique du service)
<i>Fonction de coordination</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence ou non • Temps dédié aux missions • Définition des missions (référentiel)
<i>Valorisation financière</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Modes de financement • Lecture par l'établissement
<i>Climat professionnel/ RH</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aval/ soutien des chirurgiens • Relations chirurgiens/ MAR • Remplacement des équipes

	<ul style="list-style-type: none"> • Appui de la direction
MECANISMES	
<i>Appropriation et définition d'une organisation cible</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Littérature/ Connaissances scientifiques • Expérience / visite des autres établissements • Contexte de la structure
<i>Animation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Pilotage (CoPil) • Réunions d'équipe • Référent(s)
<i>Remise en question</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptions (idéologies professionnelles) • Pratiques • Organisations
<i>Formalisation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandations • Adaptations des recommandations • Transposition de modèle d'un établissement à un autre • Collectivement / une personne (médecin/ cadre)
<i>Auto-évaluation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Empirique • Audit interne • GRACE permettant comparaison inter établissement • Recherche
<i>Leadership (différents profils)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Administration • Médecins • Cadres • Soignants • Absent
<i>Dynamique collective</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Communication interne et externe • Approche fédératrice • Noyau de praticiens dépassant les réticences des autres • Comparaison/ émulation entre équipes • Manquante
<i>Adaptation au contexte</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptations des chemins cliniques aux chirurgiens/ patients • Négociations
EFFETS	
<i>Adhésion des équipes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe d'anesthésie • Equipes d'anesthésie et de chirurgie • Service d'hospitalisation

<i>Changements de pratiques</i>	<ul style="list-style-type: none">• Nouvelles pratiques (ex : infiltration des articulations par le chirurgien)• Aval de l'intervention
<i>Nouvelles modalités de travail</i>	<ul style="list-style-type: none">• Jeûne modifié, levé rapide• J0 ou pas• Levé par kinésithérapeutes/ soignants/ chirurgiens
<i>Education du patient</i>	<ul style="list-style-type: none">• Différents degrés de responsabilisation/ implication• Consultations dédiées ou non• Outils proposés• Changements de postures face aux patients
