La guérison sur la voie de dépassement: chirurgie fast-track à l'ère des DRG

Sabrina M. Ebinger, Michel Adamina
Kantonsspital St. Gallen, Klinik für Chirurgie

Quintessence

- La chirurgie fast-track n'a strictement rien à voir avec McDonald's & Co. Raison pour laquelle nous préférons l'appeler – pour bien la différencier de cette chaîne de restaurants fast-food – «Enhanced Recovery Pathways» (ERP).
- Le critère de rapidité n'est pas un but en soi, mais bien plus un instrument pour aider le patient à abréger sa convalescence, et ceci avec la preuve d'une incidence plus faible de complications postopératoires.
- Les ERP sont un concept à 5 piliers de la prise en charge périopératoire et comprennent l'information détaillée donnée au patient et à ses proches, le maintien de la fonction gastro-intestinale (par ex. par la reprise rapide de l'alimentation orale), un contrôle adéquat de la douleur, la prévention de dysfonctions organiques (par ex. en évitant les drains et sondes gastriques), l'autonomie du patient et sa mobilisation rapide.
- Les ERP diminuent de moitié la morbidité à 30 jours, raccourcissent la durée d'hospitalisation de 2,5 jours en moyenne et augmentent notablement la satisfaction des patients.
- Les ERP présentent un excellent rapport coût-efficacité par leur influence positive sur la morbidité et la réduction des coûts de la santé.

Sabrina M. Ebinger

Les auteurs n'ont déclaré aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêts en relation avec cet article.

La fille de Monsieur S. me regarde indignée: «N'est-ce pas un peu trop vite de laisser sortir mon père quatre jours seulement après son opération? Après son opération de l'intestin, ma mère est restée 10 jours à l'hôpital, et elle n'avait alors que 50 ans. Est-ce bien ainsi que nous devons maintenant faire des économies?» C'est mardi après-midi, 14h, visite du chef. Je viens de présenter la situation dans le couloir du service, satisfaite: «Monsieur S., patient de 75 ans, troisième jour après hémicolectomie gauche par laparoscopie pour un carcinome colique T2, reprise de l'alimentation orale, plus de drain ni cathéter, sortie prévue pour demain.» Et maintenant, je respire un grand coup et j'explique…

Définition de chirurgie fast-track

Le concept de chirurgie fast-track date des années 1990; il a donc été introduit longtemps avant que les Diagnosis-Related Groups (DRG) soient pris pour base d'un nouveau système de remboursement en Europe (introduction en Allemagne en 2003, en Suisse en 2012) [2]. Le chirurgien et scientifique danois Henrik Kehlet a développé un concept de 5 principes pour les soins périopératoires, sous le nom de «Enhanced Recovery Pathways» (ERP) [1]. Le but consistait à prévenir des complications et à soutenir une convalescence rapide par des mesures standardisées basées sur le meilleur niveau d'évidence. Kehlet et al. ont placé le thème «communication» à la première place de leur concept à 5 piliers (tab. 1). Certes non sans raison, comme le montre le dialogue présenté en introduction, très courant en clinique. Si patients, proches et personnel hospitalier ne savent pas de quoi il s'agit – par ex. mobilisation et reprise de l'alimentation le plus rapidement possible – ils ne peuvent pas participer activement à la guérison. Il est très important de préciser que le critère de rapidité n'est pas un but en soi, mais bien plus un instrument pour obtenir les résultats prouvés des ERP: une baisse de moitié de la morbidité à 30 jours et une plus grande satisfaction des patients [2, 3].

La réduction parallèle des coûts encourus par la société (réduction de la morbidité, réduction du temps d'hospitalisation, convalescence plus brève) est un effet bienvenu à l'heure actuelle.

Les dépenses pour la santé se sont montées en 2010 en Suisse à près de 62,5 milliards de CHF, soit 10,9% du produit intérieur brut ou, autrement dit, env. 6 fois le bénéfice net de la plus grande entreprise agroalimentaire mondiale Nestlé [4]. Les coûts de la santé ont régulièrement augmenté depuis 1995, de 3,8% en moyenne chaque année. Les raisons en sont multiples, la thèse dominante étant celle du vieillissement de la population et de la demande toujours plus grande de prestations médicales. Une exploitation optimale des ressources est indispensable au vu des chiffres ci-dessus. Les durées d'hospitalisations minimales, moyennes et maximales prescrites par le système des SwissDRG constituent un stimulus supplémentaire pour optimaliser l'usage des moyens à disposition [5].

En Europe, et en Suisse aussi, la chirurgie ERP a prouvé que son rapport coût-efficacité était excellent [6, 7]. Nous nous concentrerons dans cet article sur les concepts ERP dans le cadre d'interventions colorectales, qui ont un potentiel d'économie relativement élevé. Elles ne représentent il est vrai qu'env. 10% de toutes les interventions, mais sont grevées du quart de toutes les complications [8, 9]. Les concepts ERP sont cependant également appliqués en chirurgie cardiothoracique, bariatrique et hépatobiliaire, de même qu'en gynécologie et orthopédie, et ceci avec succès [10–14].

Malgré les résultats impressionnants et basés sur des preuves du concept ERP, ces innovations ne sont cependant que lentement introduites en pratique clinique. Aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, moins du tiers de toutes les opérations sont effectuées dans le cadre

Tableau 1
Concept à 5 piliers en chirurgie fast-track.

1. Information
a) Remise au(x) collègue(s) traitant(s) d'une fiche sur les ERP
b) Information écrite et orale du patient et de ses proches sur tous les aspects du traitement périopératoire
c) Critères de sortie fixés et communiqués à l'avance
d) Contrôles planifiés et critères de réhospitalisation discutés
2. Préservation de la fonction gastro-intestinale
a) Liquides clairs autorisés jusqu'à l'opération/solution d'hydrates de carbone autorisée jusqu'à 2h avant l'opération
b) Prophylaxie pharmacologique de la nausée postopératoire
c) Administration généreuse de gommes à mâcher et laxatifs
3. Minimisation des dysfonctions organiques
a) Pas de lavage intestinal préopératoire
b) Substitution liquidienne restrictive, minimiser une surcharge liquidienne
c) Eviter les drainages et sondes gastriques prophylactiques
d) Abord par laparoscopie ou laparotomie transverse
4. Contrôle actif de la douleur
a) Analgésie périopératoire préventive
b) Anesthésie et analgésie avec épargne d'opioïdes
c) Analgésie péridurale thoracique peropératoire ou analgésie par PCA, administration d'anesthésique local en intraveineux
d) Infiltration de toutes les incisions cutanées avec anesthésiques locaux
e) Utilisation d'antagonistes des opioïdes périphériques
5. Stimulation de l'autonomie des patients
a) Préservation des habitudes de sommeil par administration libérale de sédatifs
b) Mobilisation précoce à partir du jour de l'opération
c) Physiothérapie respiratoire intensive
d) Eviter ou retrait précoce de la sonde vésicale
e) Arrêt rapide de la substitution liquidienne intraveineuse en faveur de la nutrition entérale et l'hydratation orale

des ERP [15, 16] – et le destin de la laparoscopie en tant que voie d'abord chirurgicale n'est pas meilleur. D'après une étude de 2008, sur quelque 20 000 patients allemands ayant un carcinome colique, moins de 55% ont été opérés par laparoscopie [17]. Des légendes médicales, par ex. celle des avantages des sondes gastriques et drainages prophylactiques, sont toujours fermement ancrées en pratique clinique. Berwick et al. ont réfléchi en 2003 comment des innovations cliniques pouvaient mieux être introduites en pratique: «*Between the health care we have and the care we could have lies not just a gap, but a chasm*» [18].

C'est dans cet esprit que nous voulons présenter ici des nouveautés dans les soins périopératoires et les avantages de la chirurgie ERP. D'autant plus que les ERP sont un concept multidisciplinaire, dans lequel tous les intervenants – patient et proches, chirurgien et anesthésiste, physiothérapeute et personnel soignant, sans oublier bien sûr le médecin traitant – en connaissent les buts et les standards et doivent tirer à la même corde.

Que peut la chirurgie ERP?

Les *Enhanced Recovery Pathways* améliorent la qualité et l'efficience du traitement chirurgical. Une récente méta-analyse de 6 études cliniques randomisées (RCT) d'Europe, Suisse y compris, et des Etats-Unis, a pu le confirmer avec des chiffres impressionnants [2]. En suivant les 5 éléments-clés du concept ERP (information des patients, maintien de la fonction gastro-intestinale, prévention des dysfonctions organiques, contrôle de la douleur et stimulation de l'autonomie des patients), la morbidité dans les 30 jours postopératoires a pu être diminuée de moitié (risque relatif [RR] 0,52; IC 95% 0,36–0,73); une complication a ainsi pu être évitée chez un patient sur cinq. De plus, le fait de suivre les recommandations ERP a permis de réduire de 2,5 jours la durée d'hospitalisation après chirurgie colorectale. La probabilité que les ERP abrègent la durée du séjour hospitalier a globalement été de 99,4%; à titre de comparaison: les chiffres pour les patients traités de manière conventionnelle montrent une hospitalisation après résection colique élective de 7 (Etats-Unis) à 9 (Allemagne) jours [19, 20]. Cette plus brève durée d'hospitalisation n'a en aucun cas été obtenue au prix d'une augmentation des réhospitalisations (RR 0,59; IC 95% 0,14–1,43), bien au contraire: la probabilité que les patients traités dans le cadre du concept ERP soient moins souvent réhospitalisés a été de 90,9%. La sortie plus rapide de l'hôpital n'a pas non plus fait augmenter le travail dans le secteur ambulatoire: la chirurgie ERP ne donne pas plus de travail ni aux proches, ni aux médecins traitants et aux soins à domicile [21].

Les dépenses de santé ont été en Suisse en 2010 d'env. 62,3 milliards de francs (10,9% du PIB), ou de 661 fr. pour chaque personne domiciliée en Suisse; depuis 1995, les coûts augmentent d'env. 3,8% par an

Le traitement dans le cadre des ERP n'est absolument pas réservé à un collectif de patients sélectionné. Même les patients de plus de 70 ans et ceux présentant une comorbidité significative (score ASA III ou plus) en profitent [22–24]. Une étude randomisée multicentrique suisse de 2009 a en outre apporté la preuve de l'application de ce concept dans la pratique de tous les jours [25].

Tout comme les données de la littérature [21], une étude prospective à l'hôpital de Saint-Gall a pu montrer que les ERP après colectomie ouverte diminuaient de 83 minutes en moyenne le temps consacré aux soins quotidiens, par rapport au traitement conventionnel. C'est un point important, car une raison souvent évoquée pour ne pas introduire les ERP est le temps supplémentaire que les soignants seraient censés consacrer à la stimulation active de l'autonomie des patients. C'est le contraire qui est observé en réalité: le temps pris en plus par les soignants le premier jour postopératoire est plus que compensé les jours suivants par l'autonomie retrouvée par les patients (fig. 1 📷).

L'incidence plus faible de complications, de réhospitalisations et les séjours hospitaliers plus courts font aussi logiquement baisser les coûts, ce que confirment plu-

Tableau 2
Niveau de preuve I pour la chirurgie ERP.

– Diminution de moitié de la morbidité à 30 jours
– 1 complication évitée pour 5 patients traités
– 83 minutes de moins consacrées aux soins par jour
– 2,5 jours de moins de séjour hospitalier
– Aucune influence sur le nombre de réhospitalisations

sieurs études [26]. Une étude du Massachusetts General Hospital a comparé des patients opérés dans le cadre des ERP à d'autres traités de manière conventionnelle; cette étude a montré que les coûts moyens par patient (y compris réhospitalisations) ont baissé de 9310 à 7070 USD, soit d'env. 24% [6]. Une analyse coût-bénéfice au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, a montré une même tendance intéressante: chez les 50 premiers patients traités selon le concept ERP, l'incidence des graves complications a pu être abaissée de 20 à 12% – avec une économie moyenne de 1981 CHF par patient. Les coûts d'introduction et de formation aux ERP ont été inclus dans ces chiffres [7].

Même les patients >70 ans et ceux ayant d'autres maladies (≥ ASA III) profitent des ERP

Globalement, d'après la classification d'Oxford pour la médecine basée sur des preuves, le niveau d'évidence du concept ERP dans le cadre des interventions coliques est de I (tab. 2). A quoi les cliniciens doivent-ils être attentifs dans sa mise en pratique? Quels sont les exemples pratiques – et qu'est-ce que le café a à voir avec les ERP?

Les 5 piliers de la chirurgie ERP

Information des patients: retour à domicile au 4e jour après chirurgie?

Une information exhaustive des patients et de leurs proches est la clé de voûte du concept ERP: leur adhésion aux principes et aux moyens mis en œuvre pendant l'hospitalisation permet une participation active au processus de rétablissement, ce qui est un gage de succès appréciable [27]. Les patients devraient si possible être informés et instruits aussi bien au cabinet de leur médecin traitant que dans une consultation préhospitalière sur les plus importantes mesures des ERP; reprise rapide de l'alimentation orale, mobilisation rapide, contrôle de la douleur, durée prévue de l'hospitalisation et critères de sortie. Une brochure d'information écrite rédigée de manière parfaitement compréhensible pour le patient sera remise en consultation préopératoire. Celle-ci comprendra également des instructions pour les premiers jours à domicile, un rendez-vous pour le premier contrôle postopératoire et les coordonnées de contact du service de chirurgie auquel le patient peut s'adresser nuit et jour en cas de difficultés. Les critères de sortie son ceux de l'indépendance retrouvée: trois repas solides successifs bien tolérés, passage de vents et/ou selles, analgésie orale adéquate (<4 sur une échelle visuelle analogique) [2].

Maintien de la fonction gastro-intestinale: le café et ses avantages

La fonction gastro-intestinale périopératoire doit être conservée dans toute la mesure du possible. Il a été prouvé pour ce faire que des liquides (y compris café ou thé au lait) étaient autorisés jusqu'à deux heures, et des solides jusqu'à six heures avant l'opération [28]. Il y a en outre des arguments voulant qu'une solution d'hydrates de carbone administrée le soir précédant l'intervention contrecarre une insulinorésistance et un catabolisme postopératoires [29]. Des liquides peuvent être proposés sans restriction directement après l'opération. Une méta-analyse Cochrane a même montré que l'alimentation entérale dans les 24 premières heures diminuait la morbidité et accélérait la guérison [30]; au-delà des 24 heures postopératoires il ne doit plus y avoir aucune restriction alimentaire [2].

Dans le but de maintenir la fonction gastro-intestinale, il faut également abréger le plus possible la durée de l'iléus postopératoire (POI). Un POI se manifeste souvent et dans une certaine mesure physiologiquement après interventions abdominales; un facteur capital de morbidité et de prolongation de l'hospitalisation. Des estimations américaines disent que les POI occasionnent des coûts supplémentaires de 750 millions USD par an [31]. De manière à raccourcir le temps avant la première selle, il a notamment été prouvé qu'il fallait éviter les sondes gastriques, la surcharge volumique intraveineuse et administrer des laxatifs en postopératoire précoce. Une approche intéressante pour combattre le POI a été proposée par Müller et al. qui ont réalisé en 2012 une RCT testant l'effet du café en postopératoire. Sur un collectif de 80 patients après colectomie, la consommation de café en postopératoire immédiat raccourcissait le temps de passage de la première selle de 13,6 heures par rapport au groupe témoin. Boire un café en postopératoire semble donc être une mesure simple, dénuée de risques, économique et agréable [32].

Minimisation des dysfonctions organiques: la légende des sondes gastriques et drains

Depuis la publication de Halsted et al. en 1887, le dogme était de faire un lavage intestinal avant toute opération élective sur le côlon [33]. Une réduction des fuites anastomotiques et des infections de plaies y avait été postulée. Une méta-analyse Cochrane a pu le réfuter avec des chiffres remarquables [33]: le lavage intestinal (LI) préopératoire n'a eu aucune influence sur le nombre d'infections de plaies (9,6 contre 8,5% sans LI, OR 1,16, IC 0,95–1,42), ni sur celui des insuffisances anastomotiques (3,0 contre 3,5% sans LI, OR 0,85, IC 0,58–1,26). Même le nombre d'insuffisances après résections rectales antérieurs basses n'a pas été significativement augmenté (8,8 contre 10,3%

Boire du café après colectomie réduit le délai avant la première selle de plus d'une demi-journée

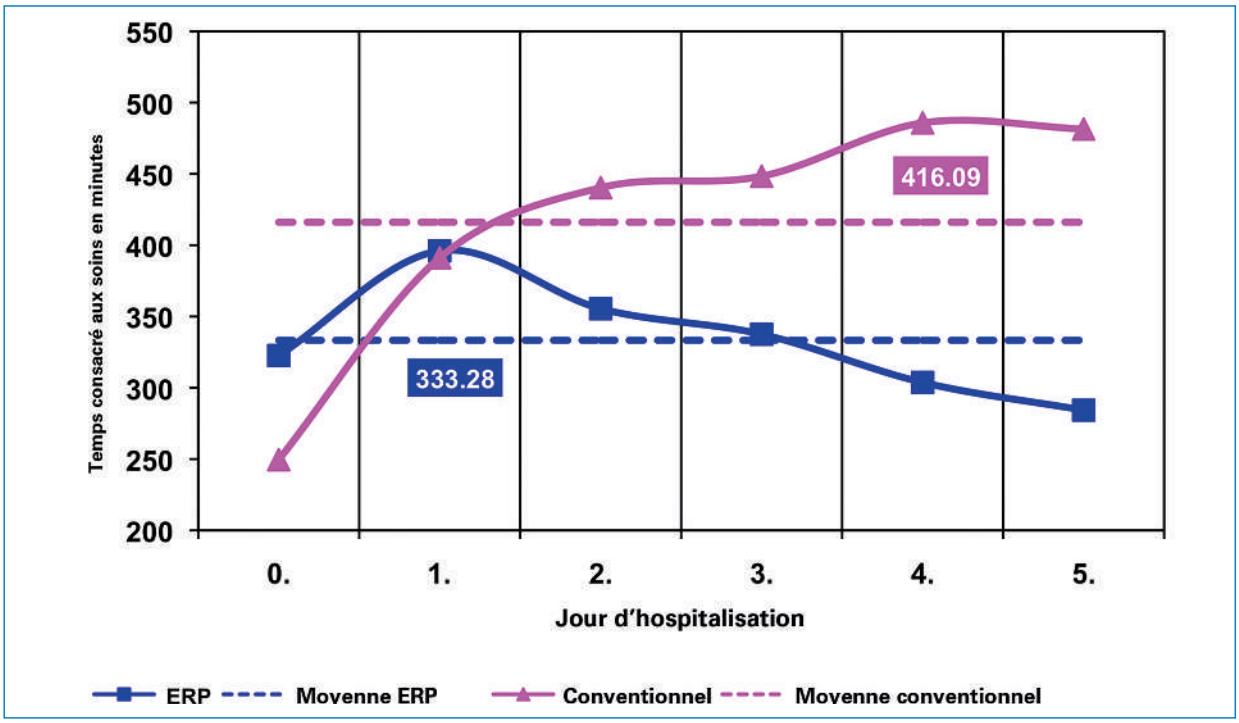

Figure 1
Temps consacré aux soins dans le contexte des ERP.

sans LI, OR 0,88, IC 0,55–1,40). Le LI préopératoire n'a non seulement aucun effet positif démontrable, il peut même péjorer le résultat car les pertes hydroélectrolytiques préopératoires doivent être substituées en peropératoire, ce qui favorise une surcharge liquidienne postopératoire, grevée d'une morbidité certaine [2].

Le contrôle des liquides en périopératoire est globalement une tâche difficile, et le choix des termes déjà, entre «traitement» et «substitution», est caractéristique de ce dilemme. Les chercheurs plaident actuellement en majorité pour un contrôle «restrictif» [3, 27], tel que le prévoit aussi le concept ERP. La définition est totalement floue: dans la méta-analyse de Bundgaard-Nielsen et al., qui a porté sur 7 RCT, la perfusion de liquides peropératoire a été de 998 à 2740 ml dans les situations dites «restrictives», et de 2750 à 5388 ml dans les «libérales» [34]. Il est impossible de formuler des recommandations claires, simples et basées sur des preuves pour des régimes volumiques fixes. Chappell et al. ajoutent même qu'il n'est qu'à moitié vrai que la substitution volumique restrictive soit supérieure à la libérale [35]. Il s'agit bien plus de remplacer les pertes individuelles réelles: d'une part les pertes liquidiennes par perspiration insensible (0,5–1 ml/kg/h pendant les grandes interventions abdominales), et de l'autre la déperdition plasmatique par transvasation liquidienne ou hémorragie aiguë.

Les deux points suivants sont aussi praticables que faciles à mémoriser: si nous voulons traiter une hypotension sous anesthésie locorégionale, nous devons de préférence administrer des sympathicomimétiques et pas de liquides [36]. Un poids périopératoire stable doit être notre second but. Lowell et al. ont montré qu'une prise pondérale de plus de 10% faisait augmenter la mortalité postopératoire jusqu'à 10–20%, alors qu'une prise pondérale supérieure à 20% du poids corporel débouchait sur une mortalité dépassant les 30% [35, 37].

La sonde gastrique prophylactique postopératoire a longtemps été un standard en chirurgie intestinale. Elle était censée prévenir les pneumonies par aspiration, stimuler le transit, décharger l'intestin et prévenir ainsi les insuffisances anastomotiques. En 1995 déjà, une méta-analyse a montré que ces hypothèses étaient erronées: les broncho-aspirations et troubles du transit sont plus nombreux chez les patients ayant une sonde gastrique [38]. Ce résultat a été confirmé en 2007 par une méta-analyse Cochrane [39]. La sonde gastrique s'est malgré tout maintenue et se maintient toujours en pratique clinique. Jottard et al. ont décidé en 2007 de réagir là-contre: ils ont lancé une campagne et nommé leur étude «Vie et mort de la sonde gastrique» [40]. Dans 26 hôpitaux néerlandais, ils sont ainsi parvenus à faire chuter de 88 à 7% les sondes gastriques prophylactiques – avec les conséquences positives qui en ont résulté.

Les drainages peropératoires prophylactiques peuvent soi-disant révéler des hémorragies ou fuites. Mais la validité de cette hypothèse est très faible [41] – et peut-être que le nombre de drainages que nous voyons en pratique clinique doit-il plutôt être interprété comme un besoin personnel de sécurité. Il a été démontré plusieurs fois, notamment dans une méta-analyse de Petrowsky et al., que ces drainages ne présentent aucun avantage dans le cadre d'interventions colorectales et hépatobiliaires sans complication [42].

La laparoscopie est la technique de choix dans le concept ERP. Vlug et al. ont publié une étude sous le

titre révélateur «La laparoscopie en association aux ERP est la meilleure stratégie périopératoire pour les patients devant subir une intervention colorectale» [43]. Cette étude montre que les patients opérés par laparoscopie (LPS) et avec ERP guérissent significativement plus rapidement que ceux chez lesquels d'autres stratégies ont été appliquées (à ciel ouvert/ERP, LPS/conventionnel, à ciel ouvert/conventionnel). La durée d'hospitalisation a de plus pu être abrégée de deux jours (LPS/ERP contre à ciel ouvert/ERP: 5 jours contre 7) et la morbidité significativement abaissée.

Contrôle actif de la douleur

Un contrôle actif de la douleur est une condition sine qua non du concept ERP. Les options à disposition sont multiples: cathéter épidural dorsal, analgésie contrôlée par le patient, anesthésie locale, anesthésie totale intraveineuse, etc. [44]. Il est en principe judicieux de combiner plusieurs modalités thérapeutiques, de manière d'une part à obtenir des effets qui se potentialisent grâce à leurs différents sites ou modes d'action, et de l'autre à minimiser les éventuels effets indésirables [45, 46]. Dans les études cliniques récentes, c'est le bloc du transverse abdominal par anesthésie locale qui progresse le mieux. Des études randomisées ont montré qu'il est supérieur à l'analgésie contrôlée par le patient après chirurgie abdominale à ciel ouvert [47].

Stimulation de l'autonomie des patients

Traduit en langage pratique, «autonomie des patients» veut dire que le jour suivant leur opération, ils doivent au moins pouvoir rester assis dans un fauteuil six heures et se promener cinq fois dans les couloirs du service. Une physiothérapie respiratoire adéquate est tout aussi importante. La sonde vésicale doit être retirée le premier jour postopératoire. Cela d'une part facilite la mobilisation – tout comme l'arrêt rapide de la substitution liquidienne intraveineuse – et de l'autre prévient de fréquentes complications. La sonde vésicale peut être retirée le premier jour postopératoire, même en présence d'une anesthésie péridurale dorsale (APD). Contrairement à ce qui est souvent redouté, cela n'augmente ni la rétention urinaire ni le resondage [48]. Un cathétérisme vésical poursuivi pendant toute la durée de l'APD augmente le pourcentage des infections urinaires de 2 à 14% [49].

Avec une prise de poids périopératoire de plus de 10%, la mortalité est de 10–20%

Le rôle du médecin de famille

Même le meilleur traitement possible n'atteindra pas son plein potentiel s'il n'y a pas une excellente communication entre médecins traitants et hospitaliers, ni de continuité dans la prise en charge des patients. Le médecin traitant devrait savoir expliquer les bases des ERP au patient et à ses proches. Le soutien du médecin de famille, et les explications uniformes et concordantes entre chirurgien, anesthésiste et médecin de famille feront que le patient se sente en confiance et en sécurité. Une fiche sur les particularités du concept ERP dans l'hôpital, adressée au médecin de famille, peut favoriser une communication concordante.

«Lesquels de mes patients qualifient-ils pour les ERP?» La réponse à cette question des médecins de famille est facile: la grande majorité. Ne font exception que les personnes incapables de participer activement à leur guérison en raison de déficits cognitifs. Les patients même très âgés et/ou polymorbides par contre en profitent même particulièrement [7]. Les ERP minimisent par ex. la perte d'autonomie souvent observée après une longue hospitalisation (dans le sens d'un déconditionnement).

La suite de la prise en charge se fait selon les mêmes principes de l'autonomie maximale des patients. Ici aussi, la communication dynamique entre médecin hospitalier et traitant est la clé du succès. Chaque patient avec son entourage est différent – le médecin de famille en sait naturellement beaucoup plus à ce propos que le chirurgien.

Globalement, que ce soit directement ou par l'intermédiaire du médecin de famille, jusqu'à 10% des patients ayant subi une intervention colorectale seront rehospitalisés. Que ces patients aient subi un traitement conventionnel ou aient été traités dans le cadre des ERP ne joue aucun rôle, de même que pour ce qui est de la gravité de la complication et du résultat du traitement [7]. L'important est qu'une éventuelle réhospitalisation puisse se faire sans barrière bureaucratique et avec mise en route immédiate du traitement efficace. Ces réhospitalisations ne doivent pas être mal interprétées comme échec des ERP. Avant l'opération, les patients doivent en être informés en détail – qu'ils aient bénéficié d'un traitement conventionnel ou selon le concept ERP.

La laparoscopie en association aux ERP est la meilleure stratégie périopératoire pour la chirurgie colorectale

Perspectives

Depuis l'introduction des SwissDRG le 1er janvier 2012, de nouvelles incitations à l'implémentation des ERP ont été données. La durée moyenne d'hospitalisation, c.-à-d. le nombre de jours qu'un patient peut passer à l'hôpital pour telle maladie/opération (y compris avec éventuelles complications), est de 10,3 jours pour une résection du sigmoïde à ciel ouvert. Dès 11 jours d'hospitalisation, les coûts encourus par l'hôpital dépassent progressivement le forfait hospitalier facturable aux caisses-maladie. Le déficit qui en résulte pénalise financièrement l'hôpital. Ce nouveau système donne des incitations à réaliser les ERP – pour le bien des patients – qui n'existaient pas encore à l'époque des forfaits journaliers. Car alors chaque journée d'hôpital permettait d'encaisser plus d'argent, et les coûts élevés de l'opération étaient compensés par une longue hospitalisation. La chirurgie ERP permet de réaliser des économies mais, bien plus important, elle épargne aux patients des complications et augmente leur satisfaction.

Comme tous les changements, l'introduction d'un concept médical novateur est cependant une entreprise de longue

haleine. Il faut un excellent sens de la communication et une haute motivation de la part du personnel médical – aussi bien vis-à-vis des patients qu'envers les collègues et soignants, tout en tenant particulièrement compte du rôle central du médecin de famille. Ce n'est qu'ainsi que la chirurgie ERP pourra s'étendre en Suisse pour le bénéfice de nos patients et de notre système de soins.

Les patients doivent se promener au moins 5 fois par jour dans les couloirs du service

Nous espérons que cet article contribuera à améliorer la compréhension et le soutien de toutes ces petites modifications en pratique clinique, qui prises ensemble peuvent faire une différence significative pour le bien des patients. Et si nous pouvons motiver nos patients à faire un tour à la cafétéria (mobilisation) pour y boire un café (raccourcissement de l'iléus postopératoire), deux éléments des ERP sont déjà réalisés.

Remerciements
Les auteurs remercient Thomas Clerici, Andreas Lüthi et Maggie Khan d'avoir mis à leur disposition les données sur les soins dans le contexte des ERP au KSSG.

Correspondance:
PD Dr Michel Adamina, MSc
Kantonsspital St. Gallen
Rorschacherstrasse 95
CH-9007 St. Gallen
michel.adamina[at]kssg.ch

Références recommandées

– Adamina M, Gie O, Demartines N, Ris F. Contemporary perioperative care strategies. Br J Surg. 2013;100(1):38–54.
– Kehlet H. Fast-track colorectal surgery. Lancet. 2008;371(9615): 791–3.
– Muller S, Zalunardo MP, Hubner M, Clavien PA, Demartines N. A fast-track program reduces complications and length of hospital stay after open colonic surgery. Gastroenterology. 2009;136(3):842–7.
– Vlug MS, Wind J, Hollmann MW, Ubbink DT, Cense HA, Engel AF, et al. Laparoscopy in combination with fast track multimodal management is the best perioperative strategy in patients undergoing colonic surgery: a randomized clinical trial (LAFA-study). Ann Surg. 2011; 254(6):868–75.

Vous trouverez la liste des références sous www.medicalforum.ch.