1er décembre 2020 – 17h00 – 18h30

ARS Auvergne-Rhône-Alpes - Lyon

Développement de la Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

Webinaires de bilan et de retours d'expériences de la Vague 2 en région Auvergne-Rhône-Alpes

Programme du webinaire : 1er décembre 2020

17h00 – Introduction - *Igor BUSSCHAERT, directeur de l'offre de soins, ARS ARA*

17h05 – Bilan de la démarche

- **Diversité des actions / Les résultats (audit des pratiques/PMSI)** – *Dr Martine GELAS-BONIFACE, Edwige OLMEDO, ARS ARA - Philippe DEVILLERS, APSIS Santé*

17h20 – La RAC, au coeur de la stratégie de soins

- **Une stratégie Globale Parcours avec le comité RAC établissement -** *Pr Nicolas BOURDEL, chirurgien gynécologique, CHU Clermont Ferrand*
- **Travail et communication multi spécialités -** *Anne MIERMONT Chargée Mission direction, Dr Nicolas CHOPIN, Chirurgien Gynécologique, Dr Mayeul TABUTIN, Chirurgien Thoracique, Centre Léon Bérard*
- **La RAC, du protocole colorectal aux autres spécialités, stratégie d'établissement -** *Dr Franck MAISONNETTE, chirurgien digestif, HP Loire*
- **Le rôle de la direction -** *Véronique FAUJOUR, directrice adjointe Coopérations et Stratégie, HCL*

18h00 – La RAC, les mesures émergentes

- **Analgésie par voie orale pour un patient plus mobile –** *Dr Nathanaël EISENMANN, anesthésiste réanimateur, responsable de service, Centre Jean PERRIN*
- **Gestion de l'anxiété, nouvelle dimension de l'infirmier** – *Isabelle LAFORTUNE, IDE coordinatrice RAC, HCL Lyon-Sud et Maud REGUDY, IADE, HCL Lyon-Est*

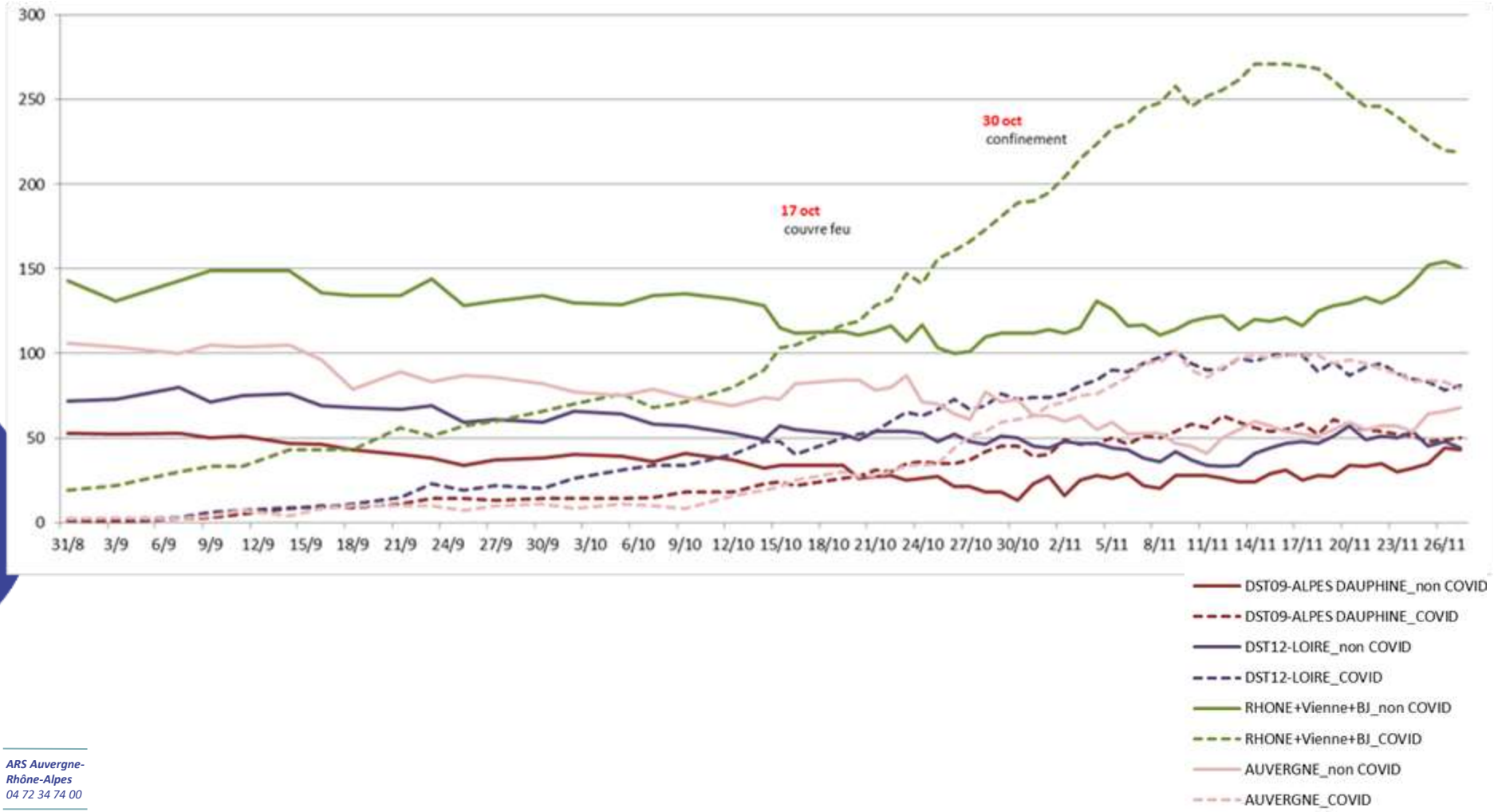
Introduction

Igor BUSSCHAERT
Directeur de l'Offre de soins
ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Introduction

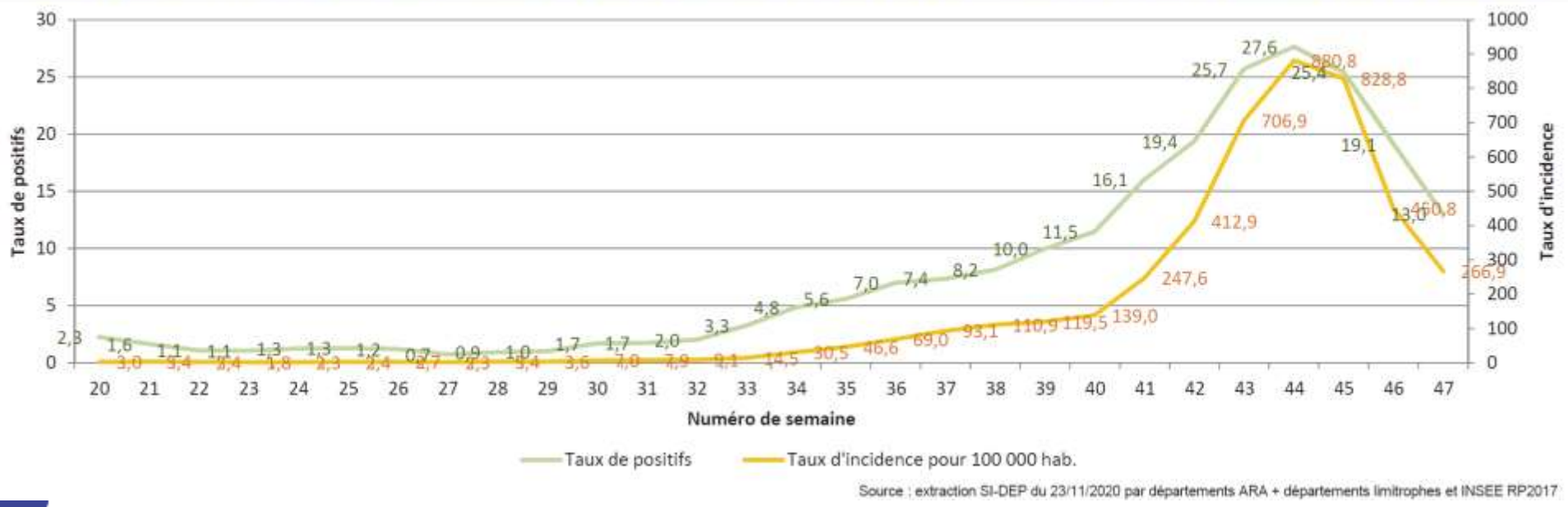
5'

Evolution du nombre de patients COVID et non COVID en réanimation depuis septembre 2020



Contexte

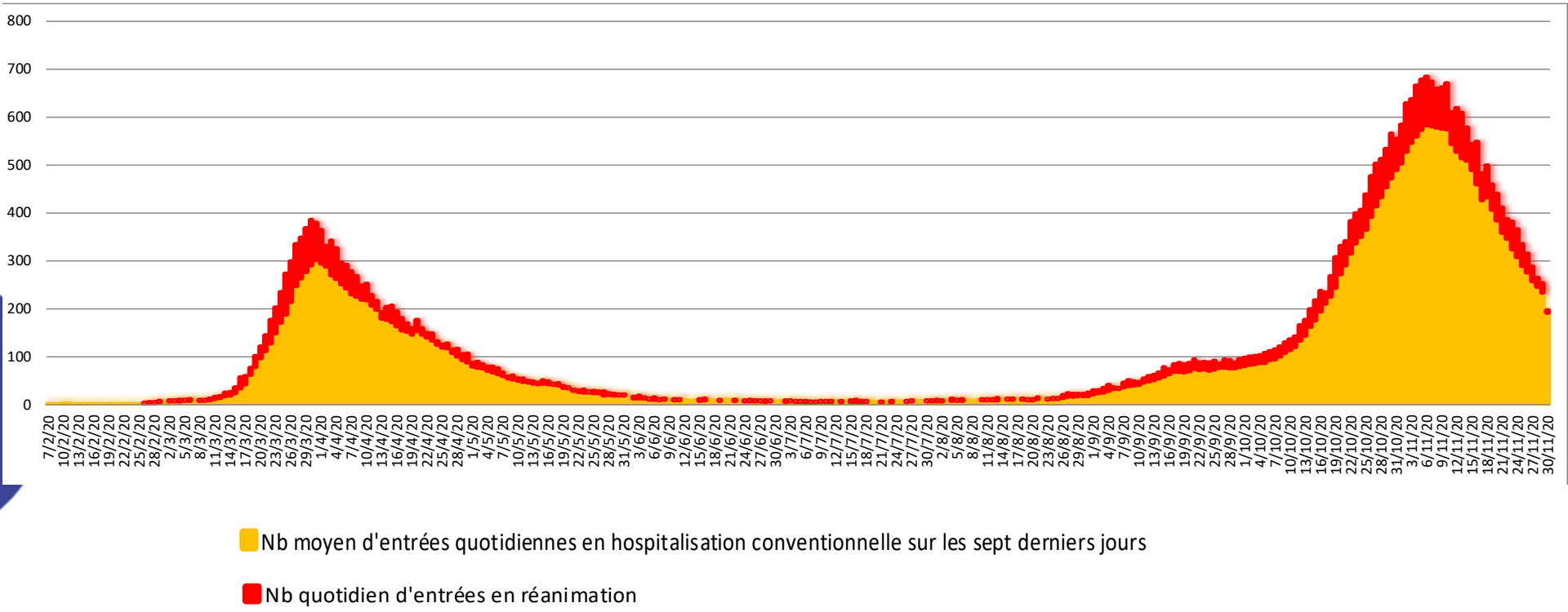
Taux de positifs RT-PCR et/ou antigéniques par semaine depuis le 11 mai (début semaine 20) et taux d'incidence pour 100 000 hab.



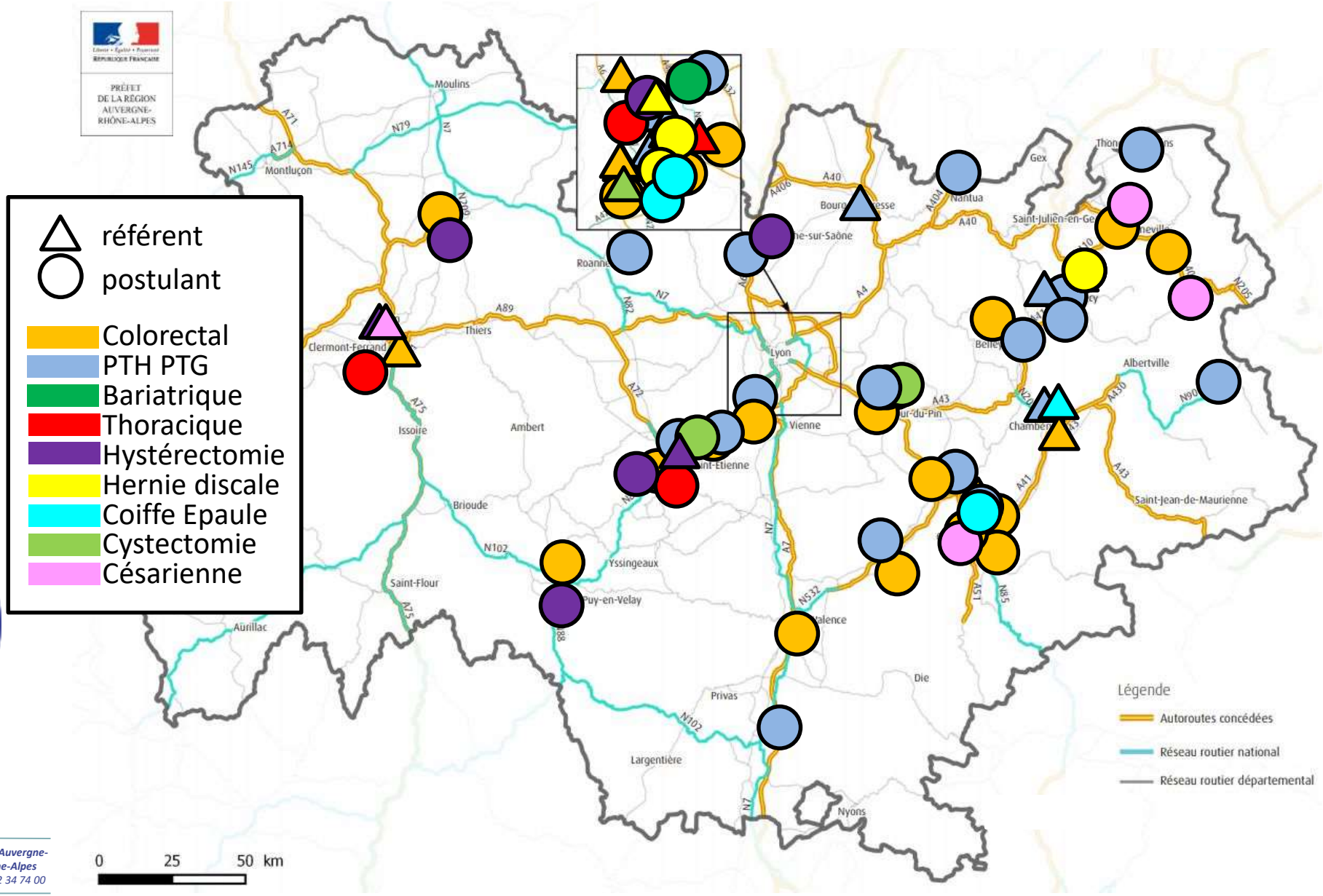
Source : extraction SI-DEP du 23/11/2020 par départements ARA + départements limitrophes et INSEE RP2017

ARS Auvergne-Rhône-Alpes
04 72 34 74 00

Evolution du nombre d'entrées quotidiennes de patients COVID graves en réanimation et du nombre moyen d'entrées quotidiennes en HC de patients COVID sur les sept derniers jours.



3 vagues d'accompagnement RAC : 74 équipes au total



ARS Auvergne-Rhône-Alpes
04 72 34 74 00

Bilan des actions

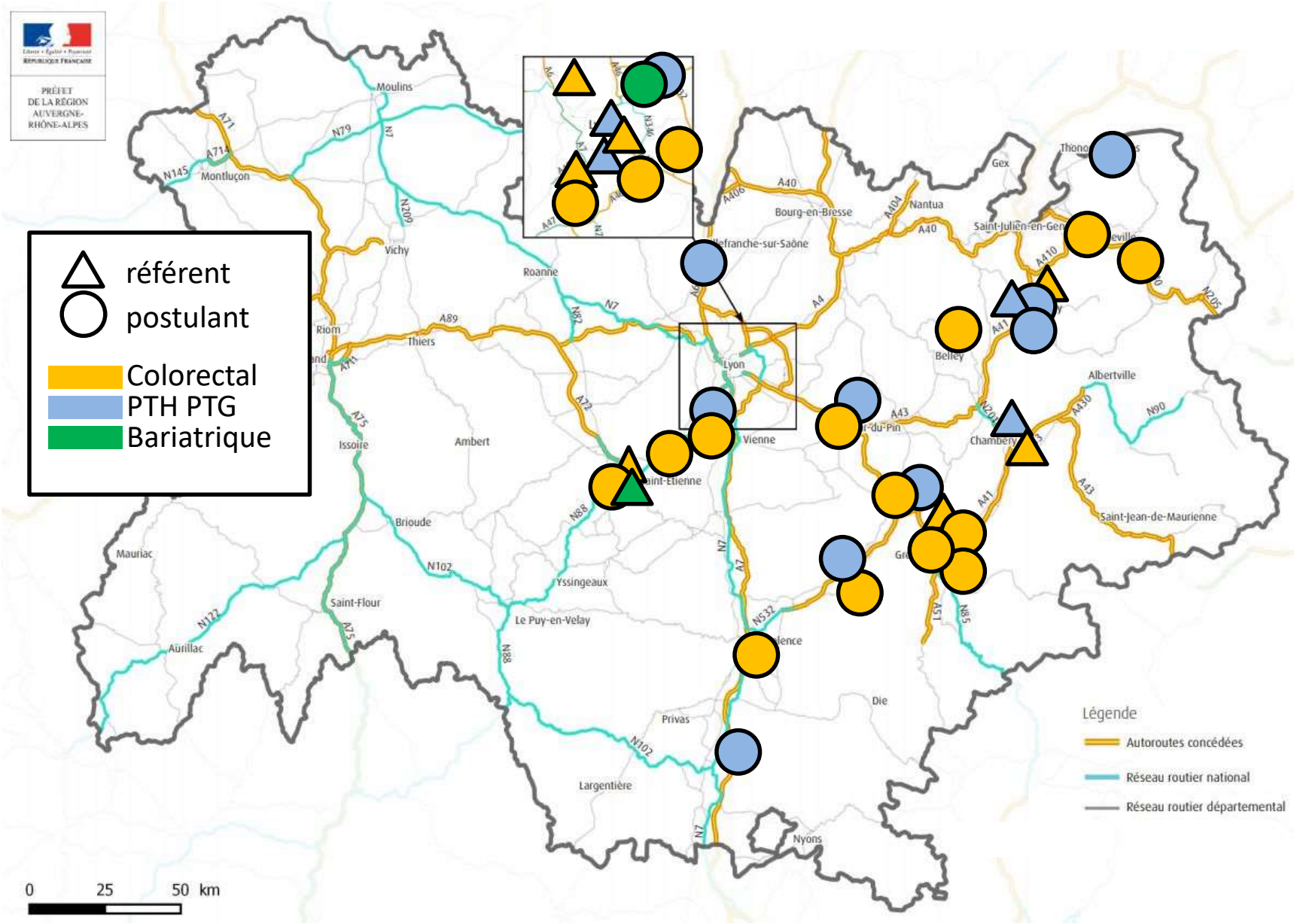
Richesse et diversité
des actions mises en place

Dr Martine GELAS-BONIFACE

Médecin Référent ARS ARA

5’

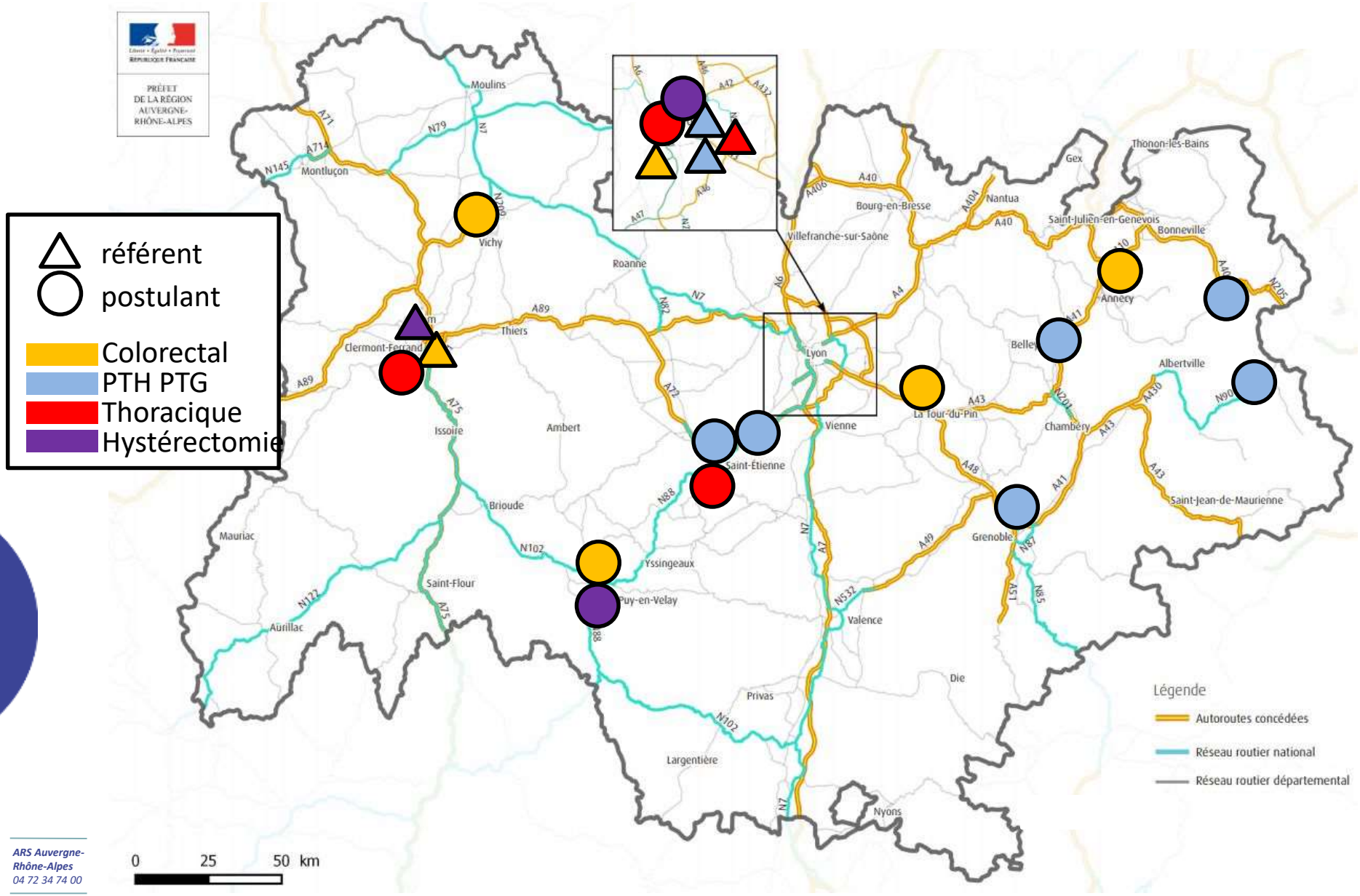
Vague 1 – 38 équipes (2015, ancienne région Rhône-Alpes)



ARS Auvergne-Rhône-Alpes
04 72 34 74 00

Vague 2 – 21 équipes (Grande Région)

PRÉFET
DE LA RÉGION
AUVERGNE-
RHÔNE-ALPES



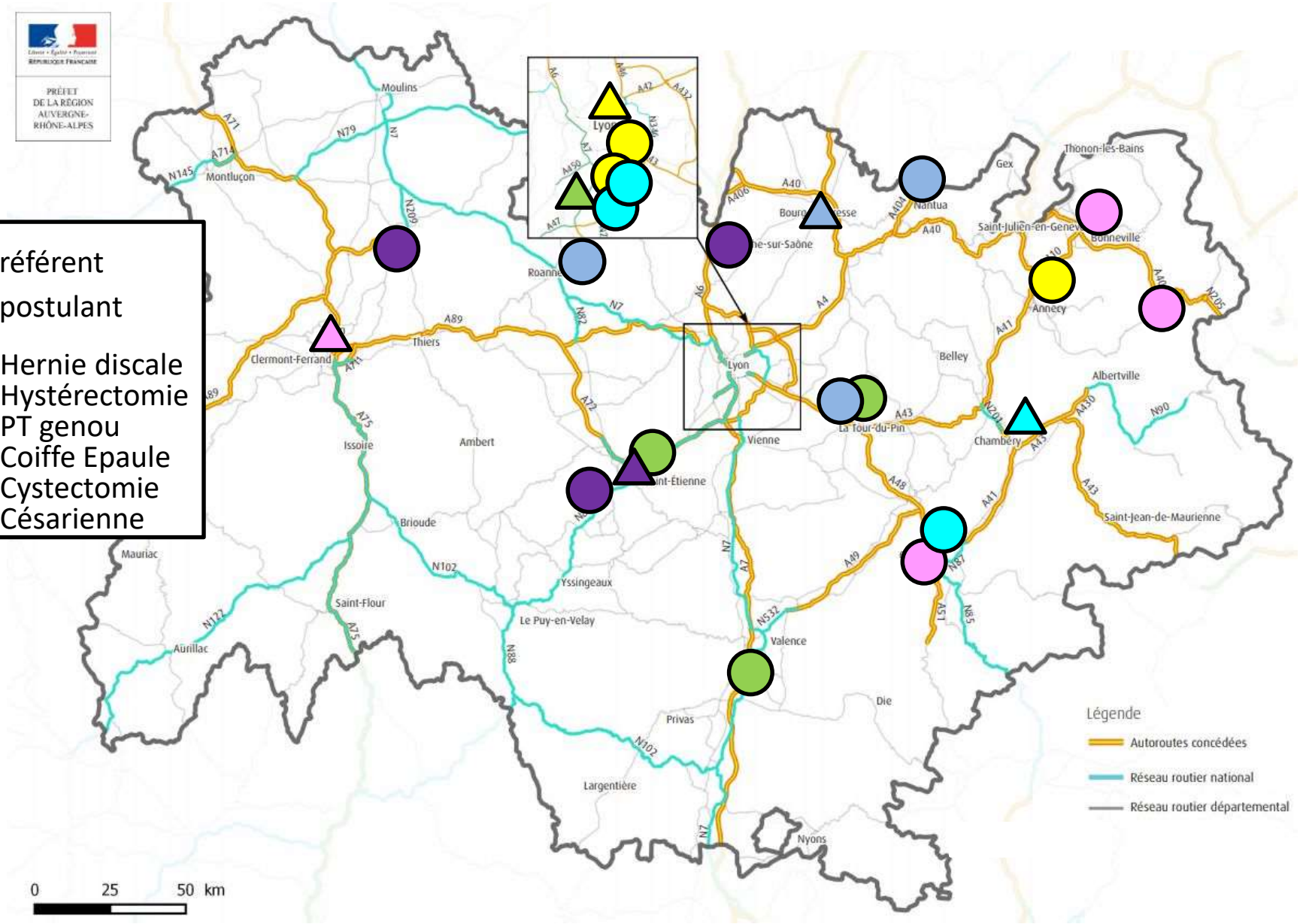
ARS Auvergne-Rhône-Alpes
04 72 34 74 00

Vague 3 – 24 équipes (Grande Région)

PRÉFET
DE LA RÉGION
AUVERGNE-
RHÔNE-ALPES

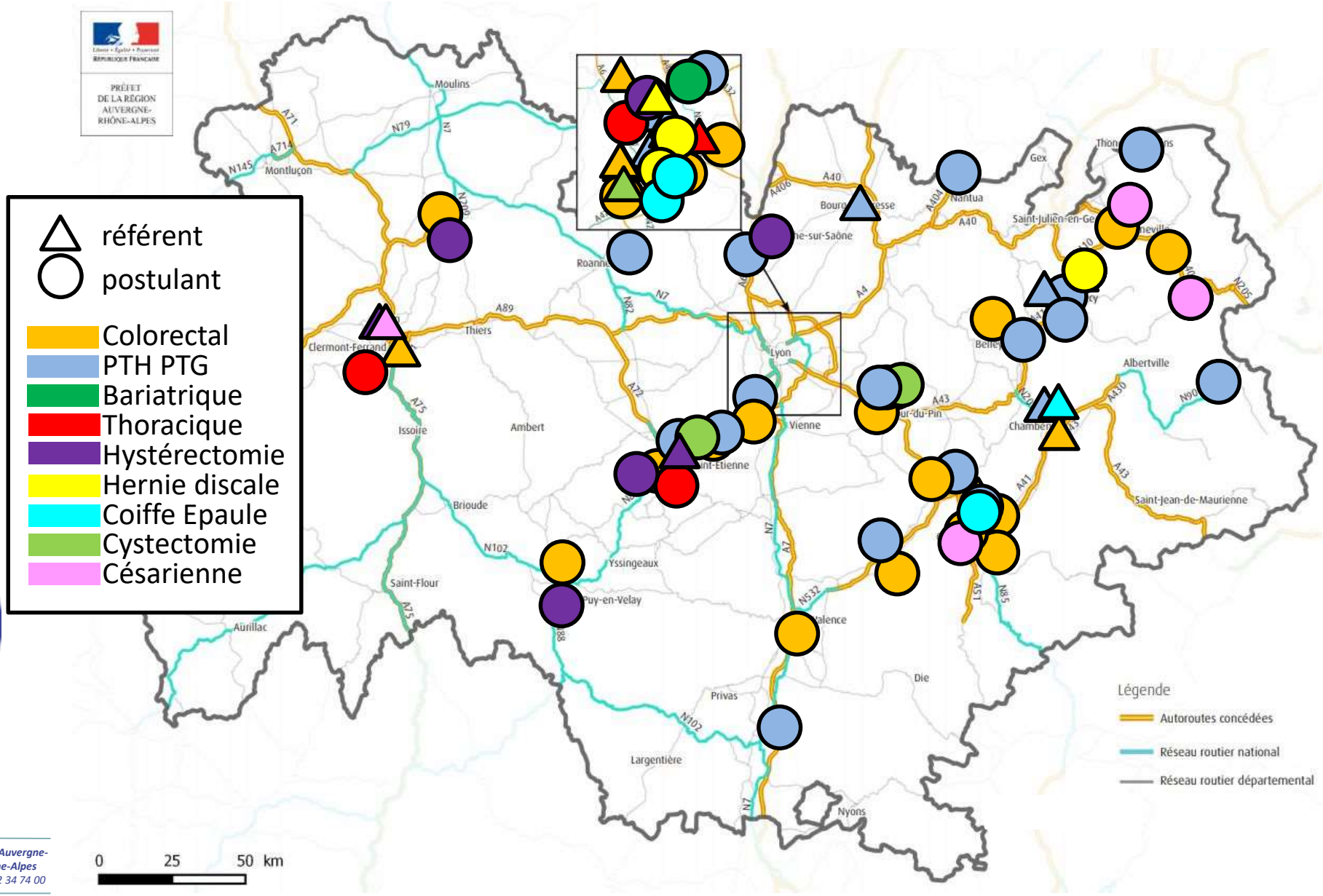
référent
postulant

Hernie discale
Hystérectomie
PT genou
Coiffe Epaule
Cystectomie
Césarienne



ARS Auvergne-Rhône-Alpes
04 72 34 74 00

Vagues 1, 2 et 3 – 74 équipes



Les points forts de la démarche (1/2)

- **La RAC pour toutes les spécialités**
  - ✓ **Gynécologie, thoracique pour la vague 2**
  - ✓ **Urologie, obstétrique, chirurgie de l'épaule, du rachis pour la vague 3**
- **La RAC pour tous les patients sans contre-indication**
  - ✓ **Personnes âgées, enfants / cancérologie, urgences**
- **Une équipe ARS et un prestataire APSIS Santé et son représentant Philippe DEVILLERS**
  - ✓ **L'expérience et les outils**
- **Pour toutes les équipes**
  - ✓ **La persévérance pour vaincre les résistances et l'imagination**

Les points forts de la démarche (2/2)

- **La RAC n'est pas un dogme c'est une pratique évolutive**
  - ✓ **Elle devient la norme**
- **La RAC est institutionnelle**
  - ✓ **Implication des directions**
  - ✓ **Création du poste d'IDE de coordination**
- **La RAC est un parcours organisé en constant perfectionnement**
  - ✓ **La sortie s'organise avant l'entrée**
  - ✓ **L'information et la participation du patient et de son entourage familial et professionnel au centre de votre prise en charge**

Différents types d'actions

Journal de bord du patient

Groupe Hospitalier
BOURGOIN
GHND

Différents types d'actions

Rencontres médicales et paramédicales

Ouverture sur la ville

Clinique de la PERGOLA

VICHY

Différents types d'actions

Ecole des patients

Clinique des Cèdres
GRENOBLE

Différents types d'actions

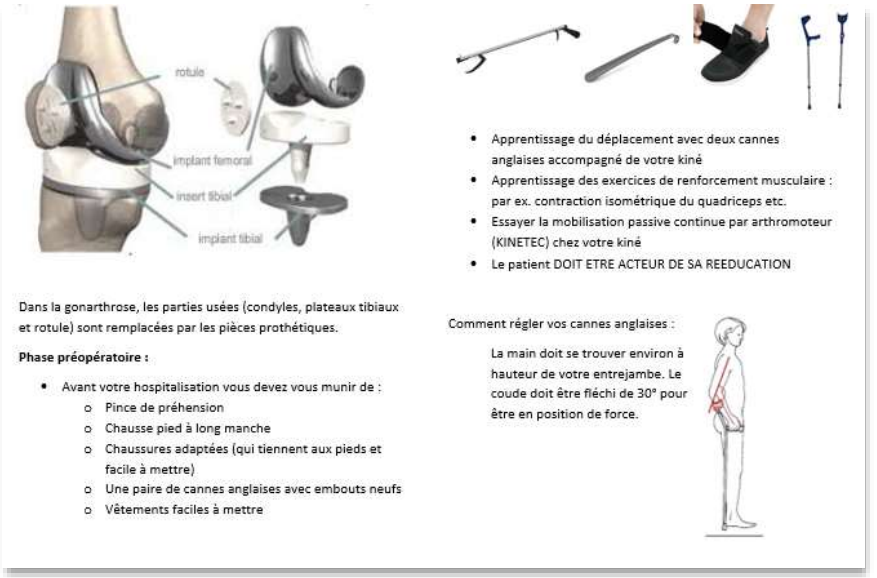
Info patients

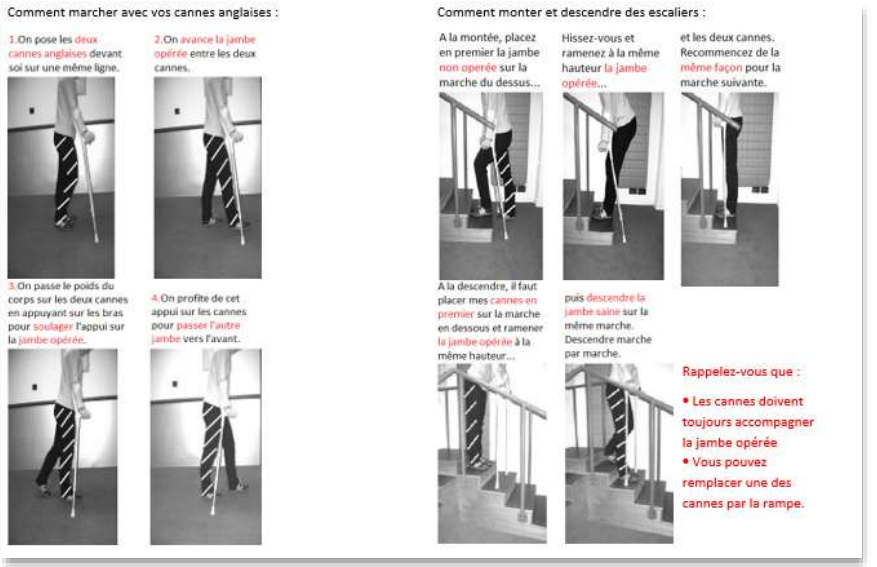
De la technique chirurgicale

à l'auto-rééducation du patient

Centre Hospitalier

BELLEY





ARS Auvergne-Rhône-Alpes
04 72 34 74 00

Investissements liés à l'implémentation de la RAC

Une enveloppe régionale dédiée d'un montant de 700 000 € via le Fonds d'intervention régional (FIR) => 30.000 € max par équipe engagée dans la démarche

Cet accompagnement visait à soutenir l'engagement de chaque équipe dans la démarche de développement de la RAC en lien avec son plan d'actions.

Ces crédits ont permis de financer 4 types d'investissements :

➔ **Achats de différents types d'équipements**

- Achat d'équipements médicaux (équipements de haute technicité ou techniques innovantes - anesthésiques, chirurgicales de réhabilitation rapide) ; autres

➔ **Communication patients**

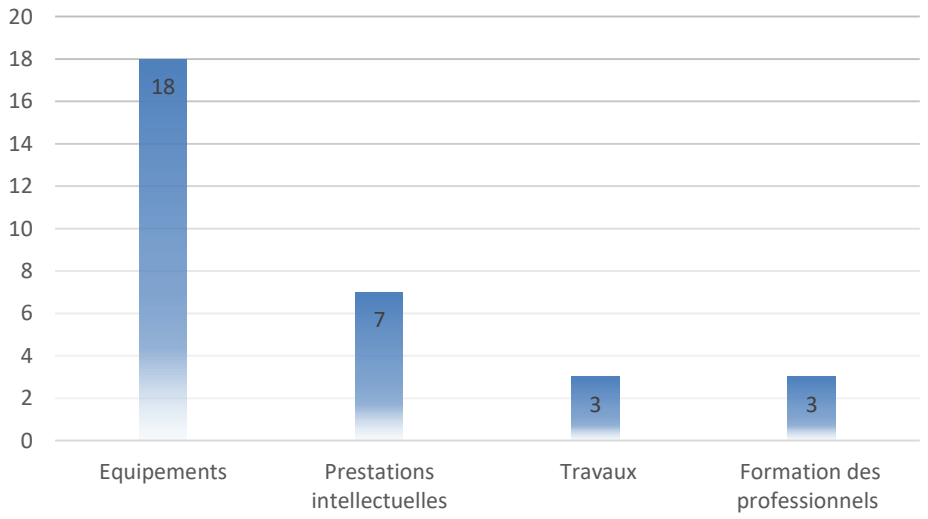
- Prestations : réalisation de vidéo et/ou de plaquettes d'information patients

➔ **Modernisation des structures et adaptation des organisations**

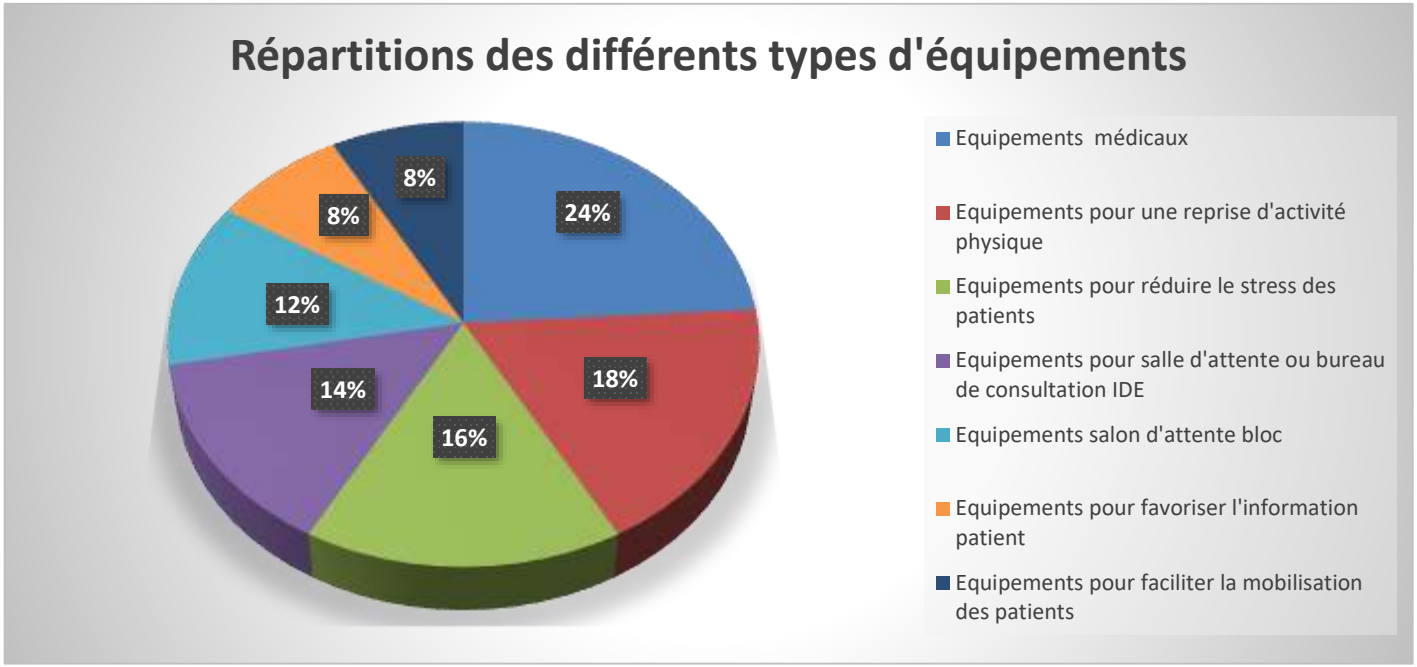
- Travaux d'aménagement salle de kiné, zone d'attente patients (snoezelen, 3D…), bureau de consultations IDE

➔ **Formation des professionnels**

- Formation Hypnose, Touch therapy, aromathérapie …



Différents type d'équipements



Principaux équipements médicaux	
Appareil de monitorage du remplissage	5
Attelles de cryothérapie	3
Bladder Scan	3
Réchauffeur de perfusion	2
Monitoring curarisation	2
Valises auto aspirantes TOPAZ	2
Doppler oesophagien	1
Oxymetre	1

Les résultats

Audits des pratiques & PMSI

Edwige OLMEDO, ARS ARA

Philippe DEVILLERS, APSIS Santé

10’

Le suivi du projet

Un suivi de la démarche à 2 niveaux :

- **MICRO → Audit des pratiques au quotidien par les équipes**

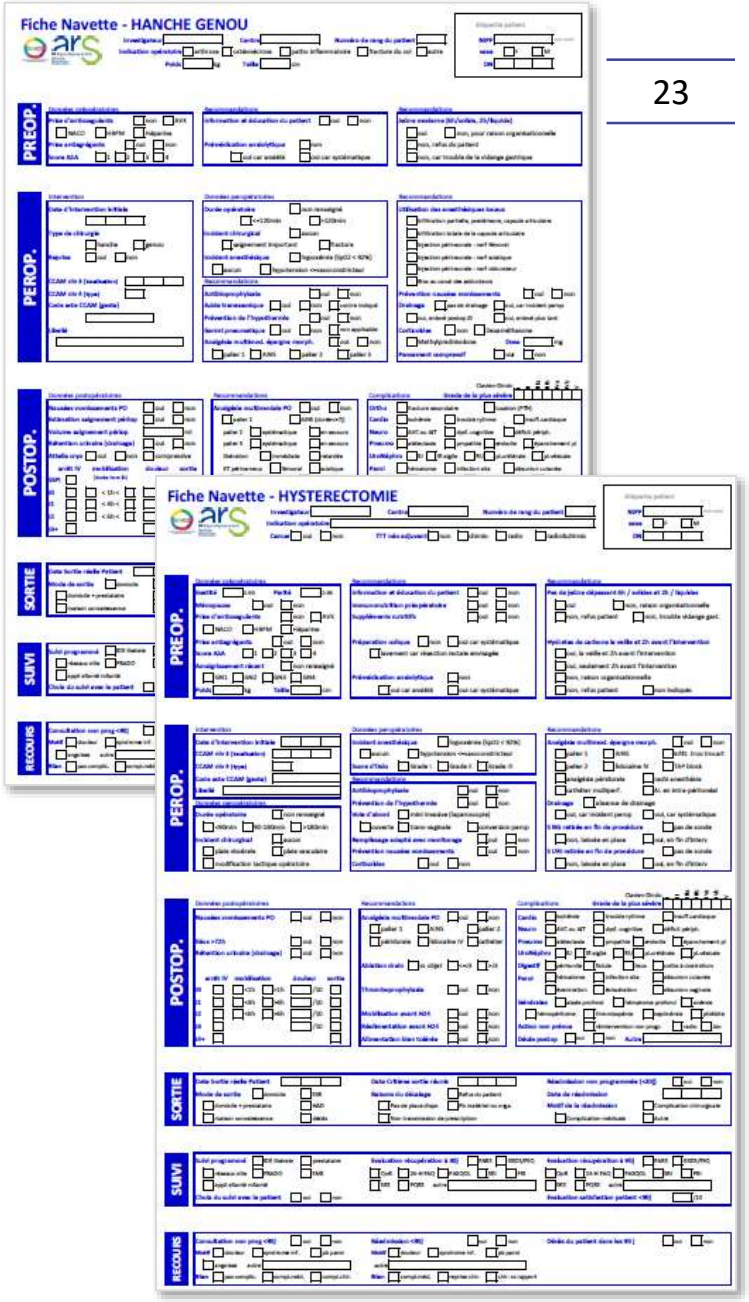
- **MACRO → Suivi au niveau régional de 4 indicateurs retenus avec des données détaillées par trimestre via le PMSI**

Suivi MICRO – Audit des pratiques

Utilisation de l'outil AUDIT de GRACE

- **Saisir des dossiers des patients intégrés dans la démarche RAC**
- **Pour aider à la collecte des données, des fiches navettes ont été conçues**
  - Colorectal, PTH/PTG, hystérectomie
- **Cas particulier de la chirurgie thoracique**
  - Non incluse dans GRACE AUDIT
  - Une fiche particulière

Malgré le temps important pour ce suivi, la plupart des équipes ont été observantes

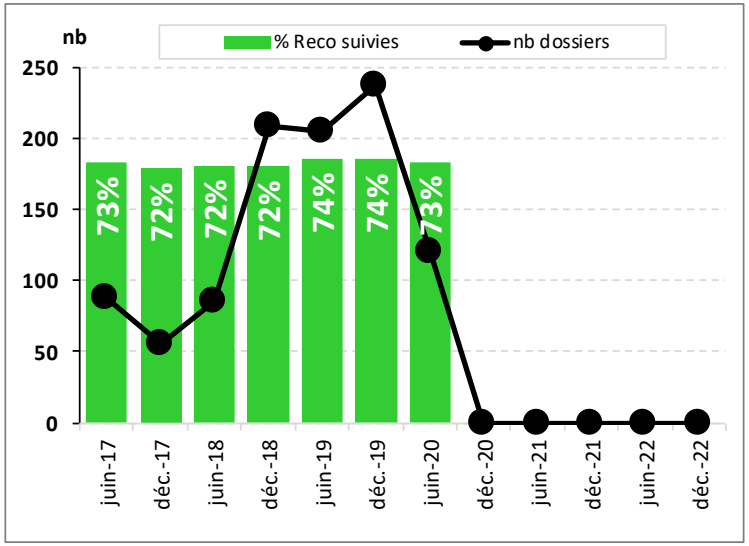


Suivi MICRO – Un outil de suivi des évolutions

TOUTES LES EQUIPES DE LA VAGUE 2

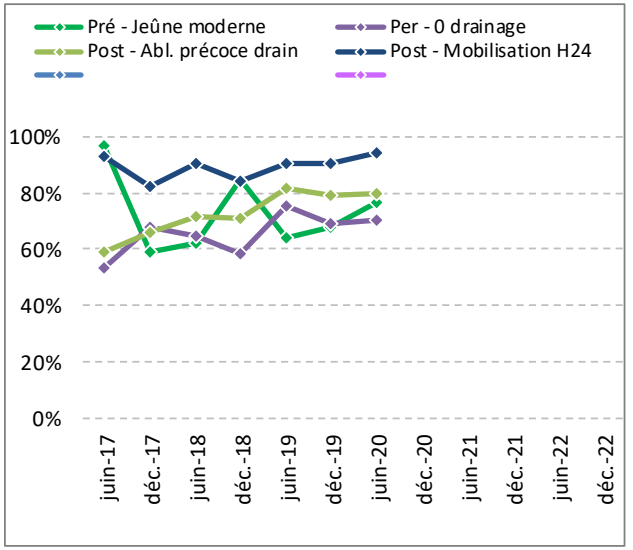
Développement de la RAC pour la Chirurgie Colorectale

Activité et application globale des recommandations

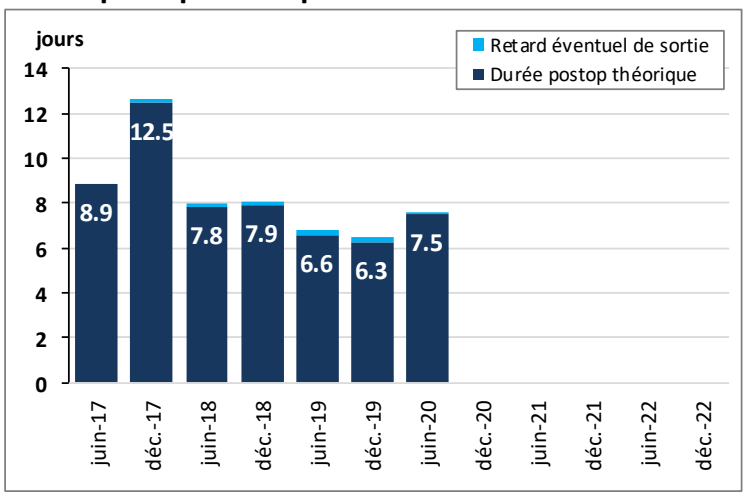


	Choisir 6 recos maximum	%
n	Pré - Information Patient	100%
n	Pré - Immunonutrition	35%
n	Pré - Suppl. nutritifs	8%
n	Pré - 0 prépa colique	100%
n	Pré - 0 prémédication	93%
o	Pré - Jeûne moderne	77%
n	Pré - Apport HC	66%
n	Per - Antiobiopplx	100%
n	Per - Prév. hypothermie	100%
n	Per - Voie d'abord	61%
n	Per - Multianalgésie	96%
n	Per - Opt. Remplissage	53%
n	Per - Prév. NVPO	95%
o	Per - 0 drainage	70%
n	Per - Corticoïdes	60%
n	Per - Retrait SNG	9%
n	Per - Retrait SU	28%
n	Post - Multianalgésie	99%
o	Post - Abl. précoce drain	80%
n	Post - Thrombopplx	100%
o	Post - Mobilisation H24	94%
n	Post - Alimentation H24	94%

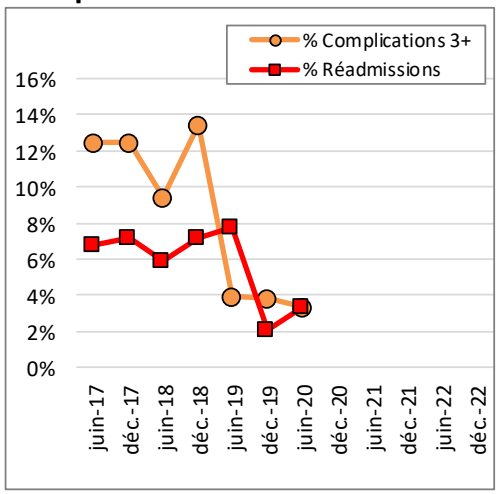
Zoom sur des recommandations ciblées



Durée postop théorique et retard éventuel de sortie



Complications 3+ et réadmissions



Motifs complications (dernière période)

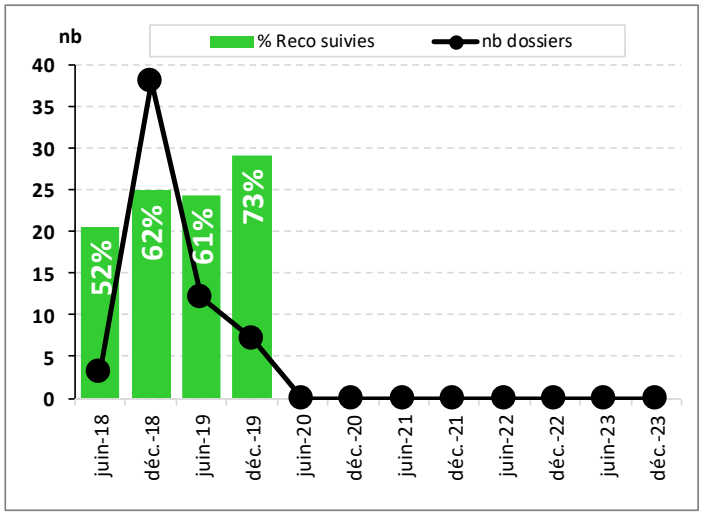
2	hémopéritoine
2	anémie
1	trouble du rythme
1	pneumopathie
1	péritonite
1	hématome anastomotique

ARS A
Rhône
04 72 34 74 00

Suivi MICRO – Suivi site par site

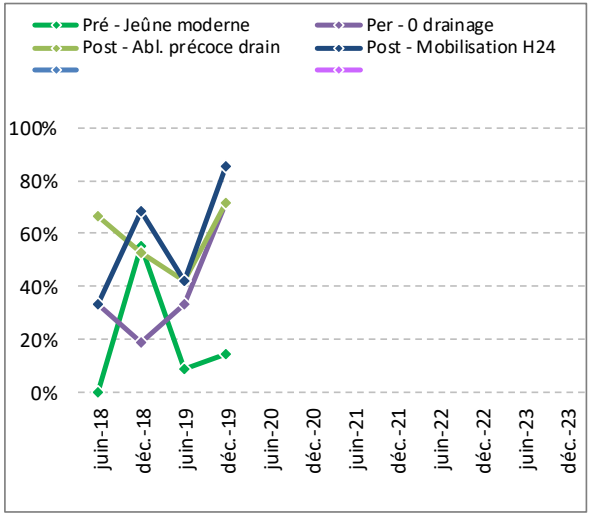
Site A

Activité et application globale des recommandations



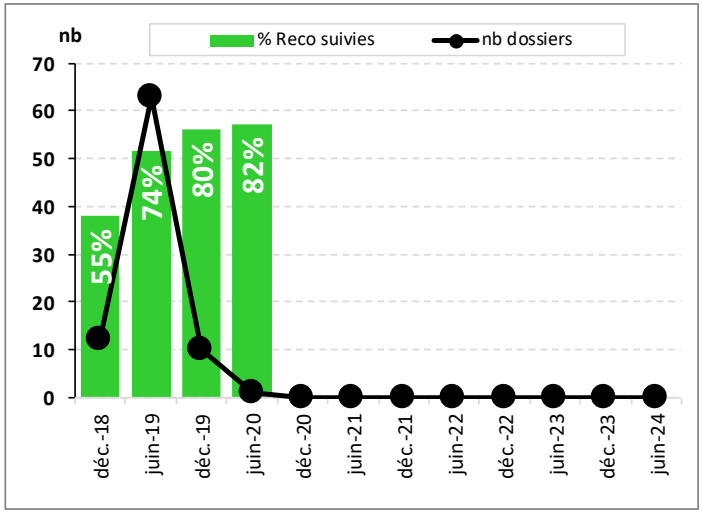
Choisir 6 recos maximum		%
n	Pré - Information Patient	100%
n	Pré - Immunonutrition	86%
n	Pré - Suppl. nutritifs	0%
n	Pré - 0 prépa colique	100%
n	Pré - 0 prémédication	100%
o	Pré - Jeûne moderne	14%
n	Pré - Apport HC	0%
n	Per - Antiobiopplx	100%
n	Per - Prév. hypothermie	100%
n	Per - Voie d'abord	100%
n	Per - Multianalgésie	100%
n	Per - Opt. Remplissage	0%
n	Per - Prév. NVPO	100%
o	Per - 0 drainage	71%
n	Per - Corticoïdes	100%
n	Per - Retrait SNG	100%
n	Per - Retrait SU	14%
n	Post - Multianalgésie	100%
o	Post - Abl. précoce drain	71%
n	Post - Thrombopplx	100%
o	Post - Mobilisation H24	86%
n	Post - Alimentation H24	57%

Zoom sur des recommandations ciblées



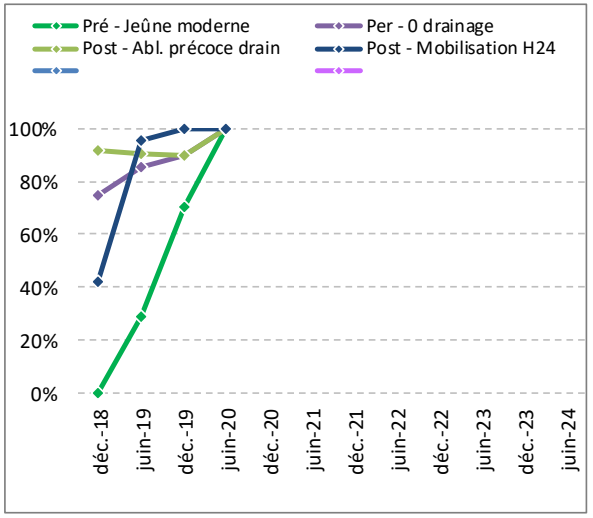
Site B

Activité et application globale des recommandations



Choisir 6 recos maximum		%
n	Pré - Information Patient	100%
n	Pré - Immunonutrition	0%
n	Pré - Suppl. nutritifs	0%
n	Pré - 0 prépa colique	100%
n	Pré - 0 prémédication	100%
o	Pré - Jeûne moderne	100%
n	Pré - Apport HC	100%
n	Per - Antiobiopplx	100%
n	Per - Prév. hypothermie	100%
n	Per - Voie d'abord	0%
n	Per - Multianalgésie	100%
n	Per - Opt. Remplissage	100%
n	Per - Prév. NVPO	100%
o	Per - 0 drainage	100%
n	Per - Corticoïdes	100%
n	Per - Retrait SNG	0%
n	Per - Retrait SU	100%
n	Post - Multianalgésie	100%
o	Post - Abl. précoce drain	100%
n	Post - Thrombopplx	100%
o	Post - Mobilisation H24	100%
n	Post - Alimentation H24	100%

Zoom sur des recommandations ciblées



ARS Auvergne-Rhône-Alpes
04 72 34 74 00

Suivi MICRO – Les pratiques à la fin du projet

Site postulant C – Chirurgie Colorectale

Des progrès importants dans de nombreuses pratiques.
Des points durs qui demeurent, en lien avec des choix de pratiques, d'organisation ou d'équipement.

Suivi MICRO – Les pratiques à la fin du projet

Site référent D – Chirurgie Colorectale

Même pour une équipe très expérimentée, rien n'est jamais acquis: si certaines pratiques continuent de progresser, d'autres s'érodent et sont à renforcer.

Suivi MICRO – Faire de l'audit un suivi interne des pratiques

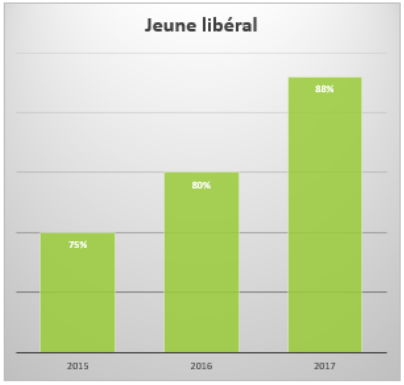
Chirurgie PTG/PTH (Clinique St Charles)

Jeûne libéral

Suite à des annulations de premiers patients au bloc, les patients prévus après 13h avaient pris un petit déjeuner léger.

Nouvelle consigne: *les patients opérés sur un programme du matin après 13h n'ont plus pour consigne de prendre un petit déjeuner léger avant 7h.*

La secrétaire lors de l'appel se réfère au document donné par l'anesthésiste au patient.



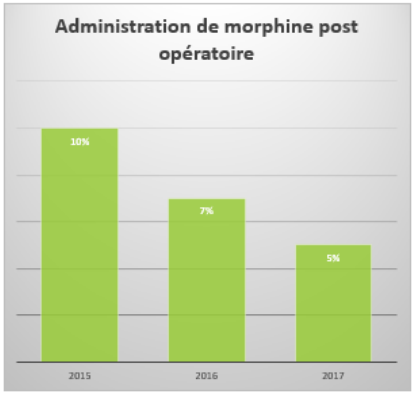
Prévention de la douleur

Per opératoire :

- Paracétamol + AINS + Néfopam
- Infiltration du site opératoire par Dr A, Dr B, Dr C, Dr D

Post opératoire:

- Antalgiques per os de palier 1 et 2 (morphine en dernier recours)
- Glace ou attelle réfrigérante
- Injection intra articulaire J1 pour les PTG Dr A et Dr B

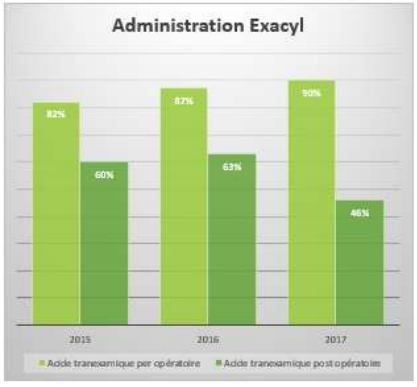


Prévention du saignement

Augmentation de l'administration d'Exacyl en per opératoire 90% des 204 patients opérés mais diminution en post opératoire 46% contre 63% en 2016.

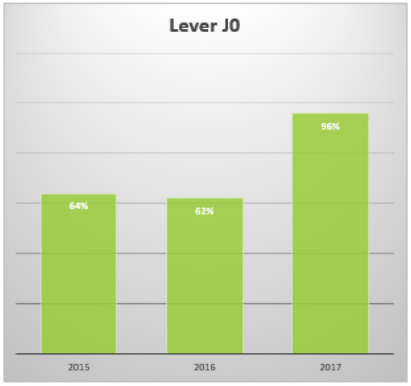
Hémostase précautionneuse en per opératoire

Chirurgie du genou sans garrot ni redon en systématique



Prévention du risque thromboembolique

- Lever: nette amélioration en 2017 par IDE ou kinésithérapeute
- Education d'exercices kiné dès J0
- Port de chaussettes de contention
- Administration d'un anticoagulant per os (rarement par injection) 100%



Suivi « MACRO » assuré régionalement

Suivi de 4 indicateurs détaillés par trimestre :

- Nombre de séjours,
- Durée Moyenne de Séjours (DMS)
- Taux de transfert en SSR,
- Taux de ré-hospitalisation MCO entre [0-30] j dans la même CMD

Sur une liste de racine de GHM* pour les procédures suivantes pour la vague 2 :

Chirurgie orthopédique

08C24 Prothèses de genou

08C48 Prothèses de hanche

Chirurgie viscérale - Colorectal

06C03 Résections rectales

06C04 Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon

Chirurgie thoracique

04C02 Interventions majeures sur le thorax

04C03 Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire

04C04 Interventions sous thoracoscopie

Chirurgie gynécologique

13C03 Hystérectomies

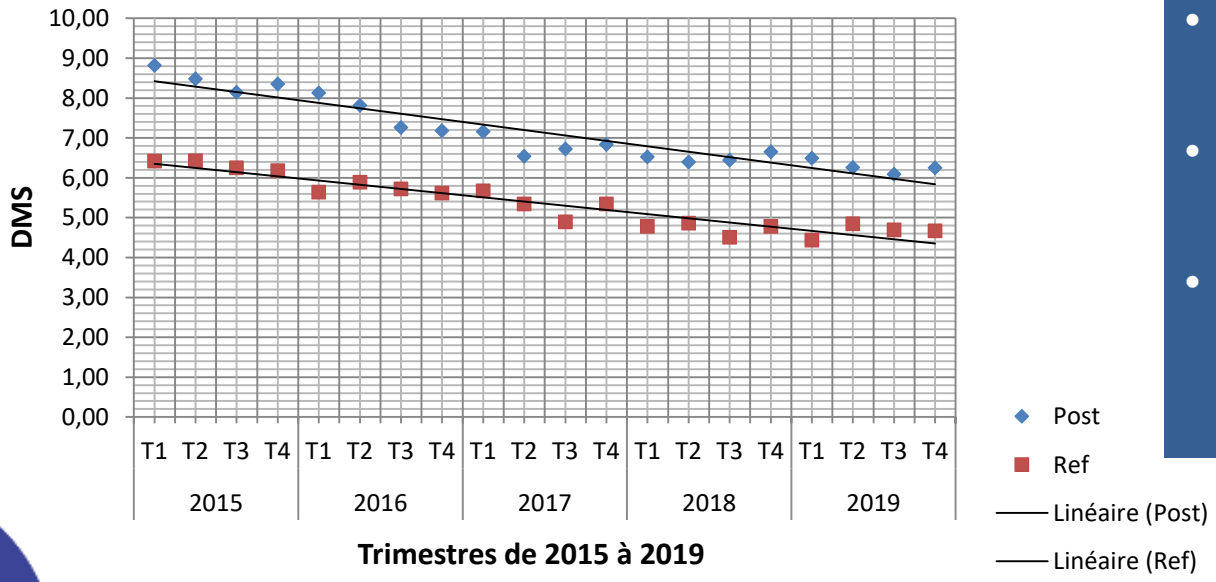
13C14 Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes

13C15 Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes

**GHM = Groupe homogène de malade*

Suivi « MACRO » : Prothèse de genou PTG *(08C24 – V 1&2)*

Evolution de la Durée Moyenne de Séjour



Résultats :

- **Impact positif** sur la **DMS** avec une diminution de 2 jours
- sans répercussion négative sur le **taux de ré-hospitalisation**
- et une diminution **des transferts en SSR** de 11%

Evolution du taux de réhospitalisation

Categorie	2015		2019	
	Taux Rehosp	Taux Rehosp même CMD	Taux Rehosp	Taux Rehosp même CMD
Post	4%	1%	4%	1%
Ref	4%	1%	3%	1%

Evolution du taux de transferts en SSR

Taux transfert 2015	Taux transfert 2019	Evolution entre 2015-2019	Référence Régionale 2019	Référence Nationale 2019
53%	42%	-11%	42%	45%

ARS Auvergne-Rhône-Alpes
04 72 34 74 00

Suivi « MACRO » : Synthèse des résultats pour les autres GHM

Chir Orthopédique - PTH

- **Impact positif** sur la **DMS:**
  - 3 jours pour les postulants
  - 2 jours pour les référents
- **sans répercussion sur le taux de ré-hospitalisation**
- **diminution de 6%** des transferts en SSR

Chir Viscérale - Colorectal

- **Impact positif** sur la **DMS:**
  - 1 jour pour tous
- **répercussion positive sur les ré-hospitalisation:** légère diminution (- 2% à - 4%)
- **diminution de 5%** des transferts en SSR

Chir Gynéco - Hystérectomie

- **Impact positif** sur la **DMS:**
  - 4 jours pour les postulants
  - 2 jours pour les référents
- sans répercussion négative sur les ré-hospitalisations pour les postulants
- **baisse 10%** des ré-hospitalisations pour les référents

Chir Thoracique – Intv. majeures thorax

- **Impact positif** sur la **DMS:**
  - 2 jours pour tous
- avec répercussion positive sur les ré-hospitalisations: -7% global et -4% dans la même CMD
- sans répercussion négative sur les transferts en SSR

Suivi « MACRO » : Séjours cochés RAAC (1/2)

Extrait de l'arrêté du 22 février 2019 :

« Art. 6 bis. – Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un GHM issu des racines 04C04, 06C03, 06C04, 06C07, 06C16, 07C09, 08C24, 08C25, 08C27, 08C48, 08C52, 10C13, 11C02, 12C11, 13C03, 13C14, 13C15:

«1o ***Dès lors que le séjour est assorti du codage de la variable réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC),*** *la prise en charge donne lieu à la facturation d'un GHS de niveau correspondant au GHM issu des règles de codage du diagnostic principal (DP), du diagnostic relié (DR) et des diagnostics associés significatifs (DAS),* ***en s'affranchissant des règles de groupage liées à la durée du séjour****;*

«2o Dans les autres cas, lorsque le séjour n'est pas assorti du codage de la variable RAAC, le GHM donne lieu à la facturation du GHS qui lui est associé dans l'arrêté tarifs.»

- Importance de la mise en œuvre de cet arrêté pour le développement de la RAC et sa prise en compte comme nouveau mode de prise en charge !

Ne pas oublier de cocher les séjours RAC

Suivi « MACRO » : Séjours cochés RAAC (2/2)

Principal constat après 10 mois d'application de mars à décembre 2019 :

- **la DMS des séjours cochés RAC est très en dessous des séjours non cochés RAC pour cette première année 2019 :**

- **25% des séjours cochés RAAC n'appartiennent pas à l'arrêté**
- **50% des séjours** ayant une racine RAAC sont cochés majoritairement dans les racines suivantes :
  - **08C48 PTH**
  - **08C24 PTG**
  - **08C27 Autres**

Racine		Séjours non cochés		Séjours cochés RAAC	
		Nombre de séjours	DMS	Nombre de séjours	DMS
04C02	Interv majeures sur le thorax	2 409	9	387	5
04C03	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire	461	7	4	4
04C04	Interventions sous thoracoscopie	1 384	8	179	5
06C03	Résections rectales	1 405	14	371	9
06C04	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon	7 284	13	847	8
08C24	Prothèse genou	12 671	6	3 326	4
08C48	Prothèse hanche	11 334	5	3 629	3
10C09	Obésité	208	0	204	0
10C10	Maladies métaboliques congénitales sévères	2 084	3	26	1
10C13	Interv digestives autres gastroplastie pour obésité	3 520	3	949	1
13C03	Hystérectomies	5 200	3	244	2
13C14	Exentérations pelviennes, hystérec élargeis ou vulvectomies pour tumeurs malignes	1 174	8	58	6
13C15	Exentérations pelviennes, hystérec élargeis ou vulvectomies pour affections non malignes	936	4	42	2

17h20

La RAC, au coeur de la stratégie de soins

Partie 1

- **Une stratégie Globale Parcours avec le comité RAC établissement –**

  Pr Nicolas BOURDEL, chirurgien gynécologique, CHU Clermont Ferrand

- **Travail et communication multi spécialités -** *Anne MIERMONT Chargée Mission direction, Dr Nicolas CHOPIN, Chirurgien Gynécologique, Dr Mayeul TABUTIN, Chirurgien Thoracique, Centre Léon Bérard*

- **La RAC, du protocole colorectal aux autres spécialités, stratégie d'établissement -** *Dr Franck MAISONNETTE, chirurgien digestif, HP Loire*

- **Le rôle de la direction -** *Véronique FAUJOUR, directrice adjointe Coopérations et Stratégie, HCL*

Sommaire

Une stratégie Globale Parcours avec le comité RAC établissement

Pr Nicolas BOURDEL,
chirurgien gynécologique

CHU Clermont-Ferrand

10’

WEBINAR RAC

01.12.2020

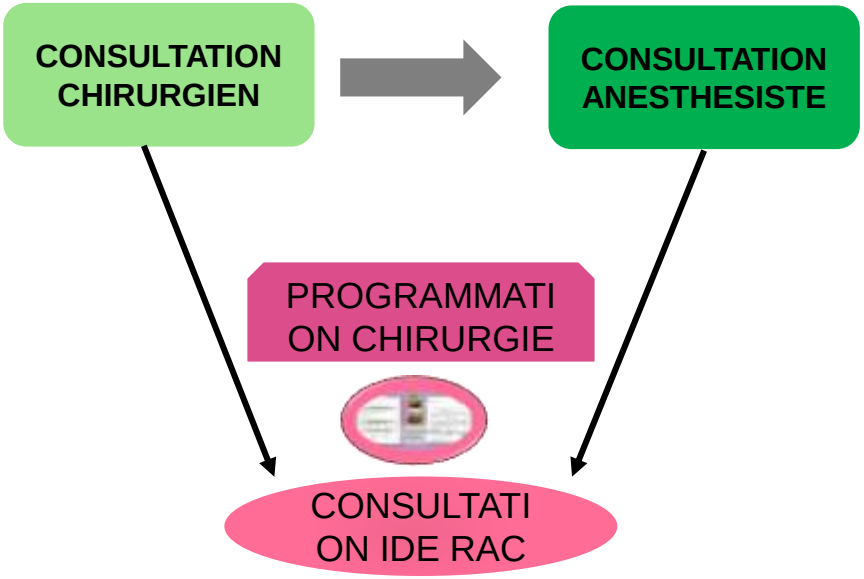
PARCOURS DE SOINS STRATEGIE GLOBALE

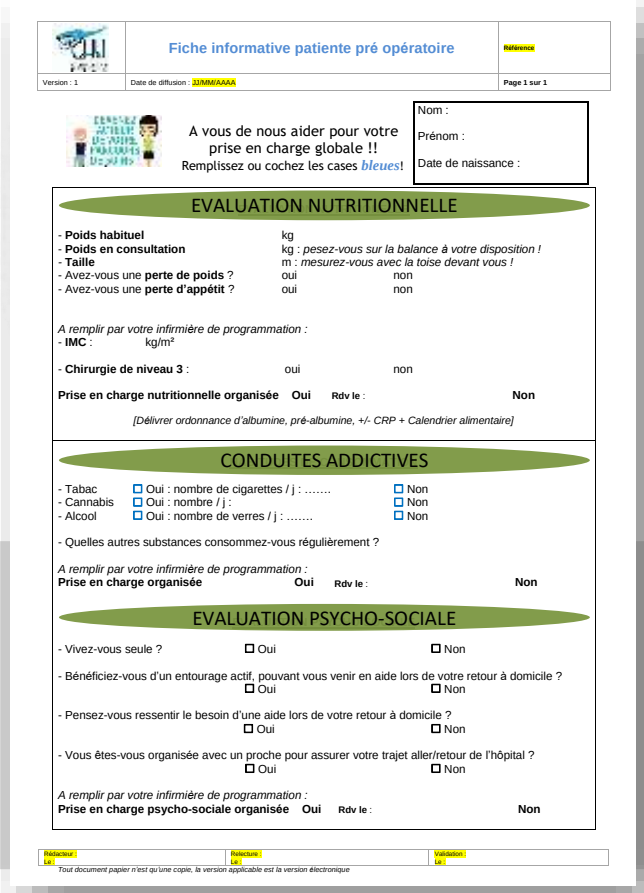
D^R TEXIER Célia
P^R BOURDEL Nicolas

CLERMONT-FERRAND

GRACE

PARCOURS PATIENTES





Fiche informative patiente pré opératoire

Référence

Version : 1 | Date de diffusion : JJ/MM/AAAA | Page 1 sur 1

A vous de nous aider pour votre prise en charge globale !!
Remplissez ou cochez les cases *bleues*!

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

EVALUATION NUTRITIONNELLE

- **Poids habituel** kg
- **Poids en consultation** kg : *pesez-vous sur la balance à votre disposition !*
- **Taille** m : *mesurez-vous avec la toise devant vous !*
- Avez-vous une **perte de poids** ? oui non
- Avez-vous une **perte d'appétit** ? oui non

A remplir par votre infirmière de programmation :
- **IMC** : kg/m²

- **Chirurgie de niveau 3** : oui non

Prise en charge nutritionnelle organisée **Oui** **Rdv le** : **Non**

[Délivrer ordonnance d'albumine, pré-albumine, +/- CRP + Calendrier alimentaire]

CONDUITES ADDICTIVES

- Tabac ☐ Oui : nombre de cigarettes / j : ……. ☐ Non
- Cannabis ☐ Oui : nombre / j : ☐ Non
- Alcool ☐ Oui : nombre de verres / j : ……. ☐ Non

- Quelles autres substances consommez-vous régulièrement ?

A remplir par votre infirmière de programmation :
Prise en charge organisée **Oui** **Rdv le** : **Non**

EVALUATION PSYCHO-SOCIALE

- Vivez-vous seule ? ☐ Oui ☐ Non

- Bénéficiez-vous d'un entourage actif, pouvant vous venir en aide lors de votre retour à domicile ? ☐ Oui ☐ Non

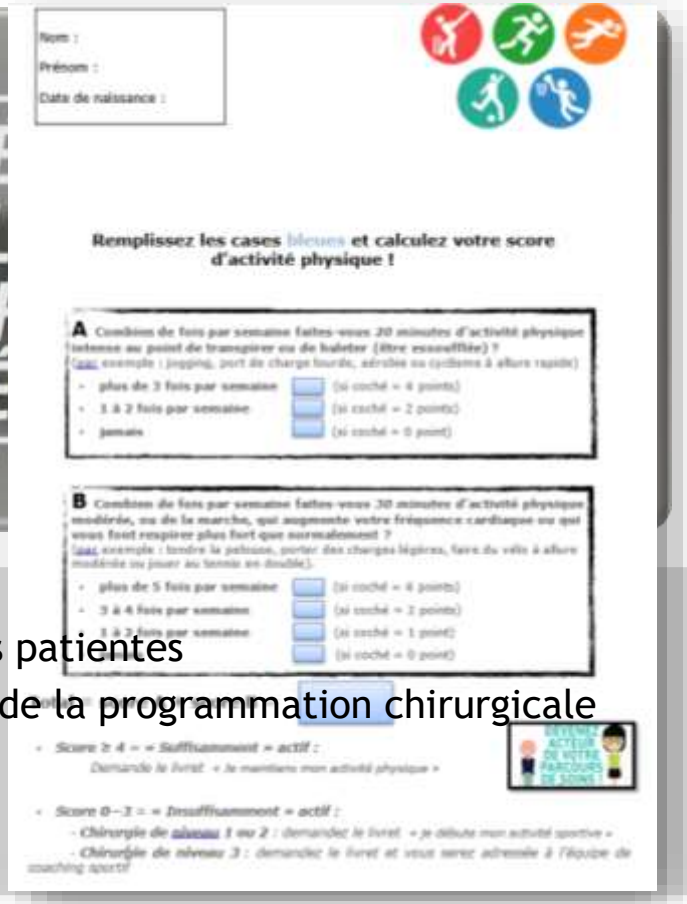
- Pensez-vous ressentir le besoin d'une aide lors de votre retour à domicile ? ☐ Oui ☐ Non

- Vous êtes-vous organisée avec un proche pour assurer votre trajet aller/retour de l'hôpital ? ☐ Oui ☐ Non

A remplir par votre infirmière de programmation :
Prise en charge psycho-sociale organisée **Oui** **Rdv le** : **Non**

Rédacteur Le : | Relecture Le : | Validation Le :

Tout document papier n'est qu'une copie, la version applicable est la version électronique



Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Remplissez les cases bleues et calculez votre score d'activité physique !

A Combien de fois par semaine faites-vous *30 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter (être essoufflée)* ?
(par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobie ou cyclisme à allure rapide)

- plus de 3 fois par semaine (si coché = 4 points)
- 1 à 2 fois par semaine (si coché = 2 points)
- jamais (si coché = 0 point)

B Combien de fois par semaine faites-vous *30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement* ?
(par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer au tennis en double).

- plus de 5 fois par semaine (si coché = 4 points)
- 3 à 4 fois par semaine (si coché = 2 points)
- 1 à 2 fois par semaine (si coché = 1 point)
- (si coché = 0 point)

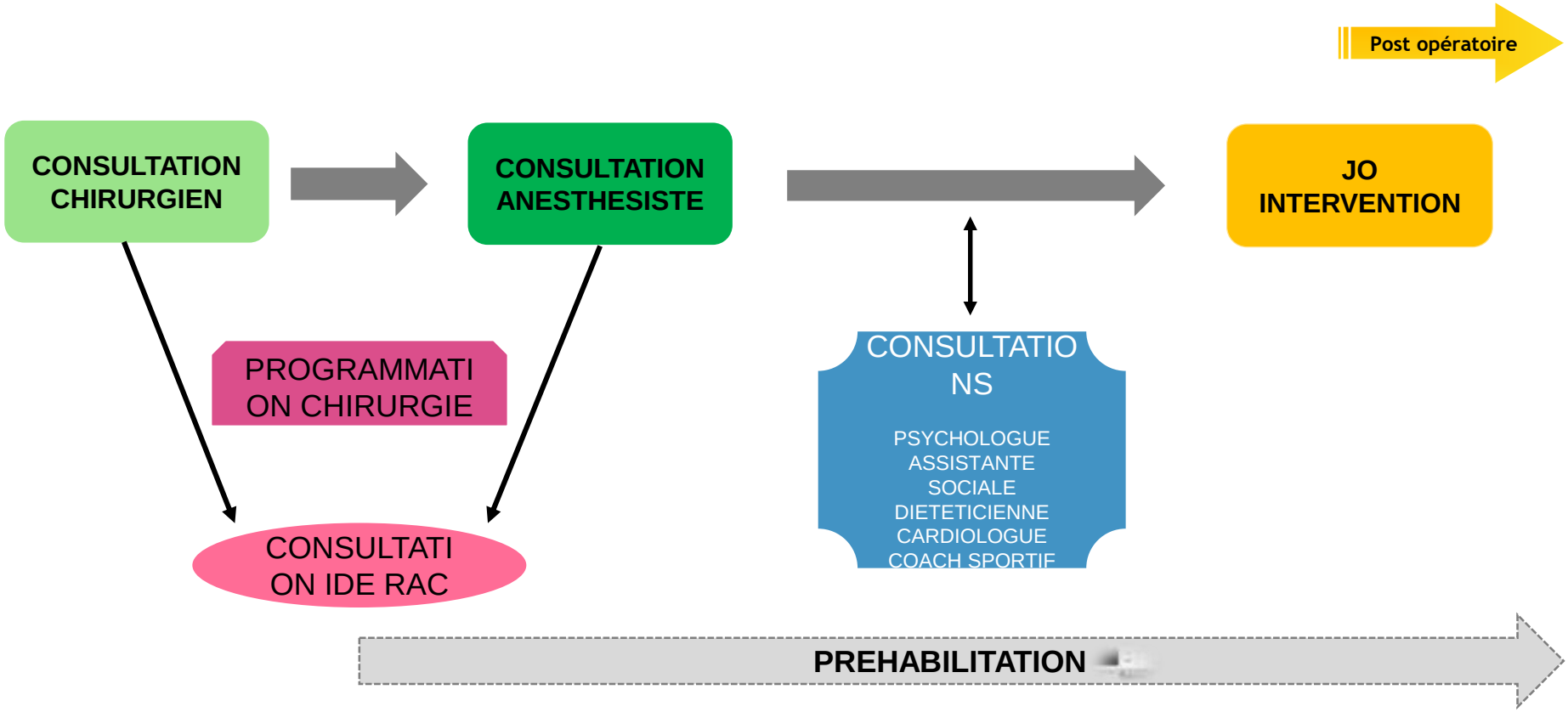
- *Score ≥ 4 = « Suffisamment » actif :*
  Demande le livret « Je maintiens mon activité physique »

- *Score 0→3 = « Insuffisamment » actif :*
  - *Chirurgie de niveau 1 ou 2 : demandez le livret « Je débute mon activité sportive »*
  - *Chirurgie de niveau 3 : demandez le livret et vous serez adressée à l'équipe de coaching sportif*

- Information des patientes
- Réorganisation de la programmation chirurgicale
- Évaluation des déficiences

Questionnaire de Marshall

PARCOURS PATIENTES



PRE HABILITATION SPORTIVE

Je démarre mon activité physique

Entre vie familiale, vie sociale, travail, stress et responsabilités, il est parfois difficile de prendre ou de trouver le temps pour une activité physique ou sportive. Il est pourtant incontestable sur le plan scientifique que la pratique régulière d'une activité physique, même modérée, représente un bénéfice important pour votre santé.

Quelques mouvements quotidiens et vous vous rendrez vite compte des bienfaits que l'exercice physique vous apporte:plus d'énergie et de vitalité, bien-être et épanouissement décuplés et santé maintenue ou améliorée.

Cette brochure vous propose différents conseils et exercices simples à réaliser, pour que le mouvement fasse partie intégrante de votre vie.

Consignes de l'exercice

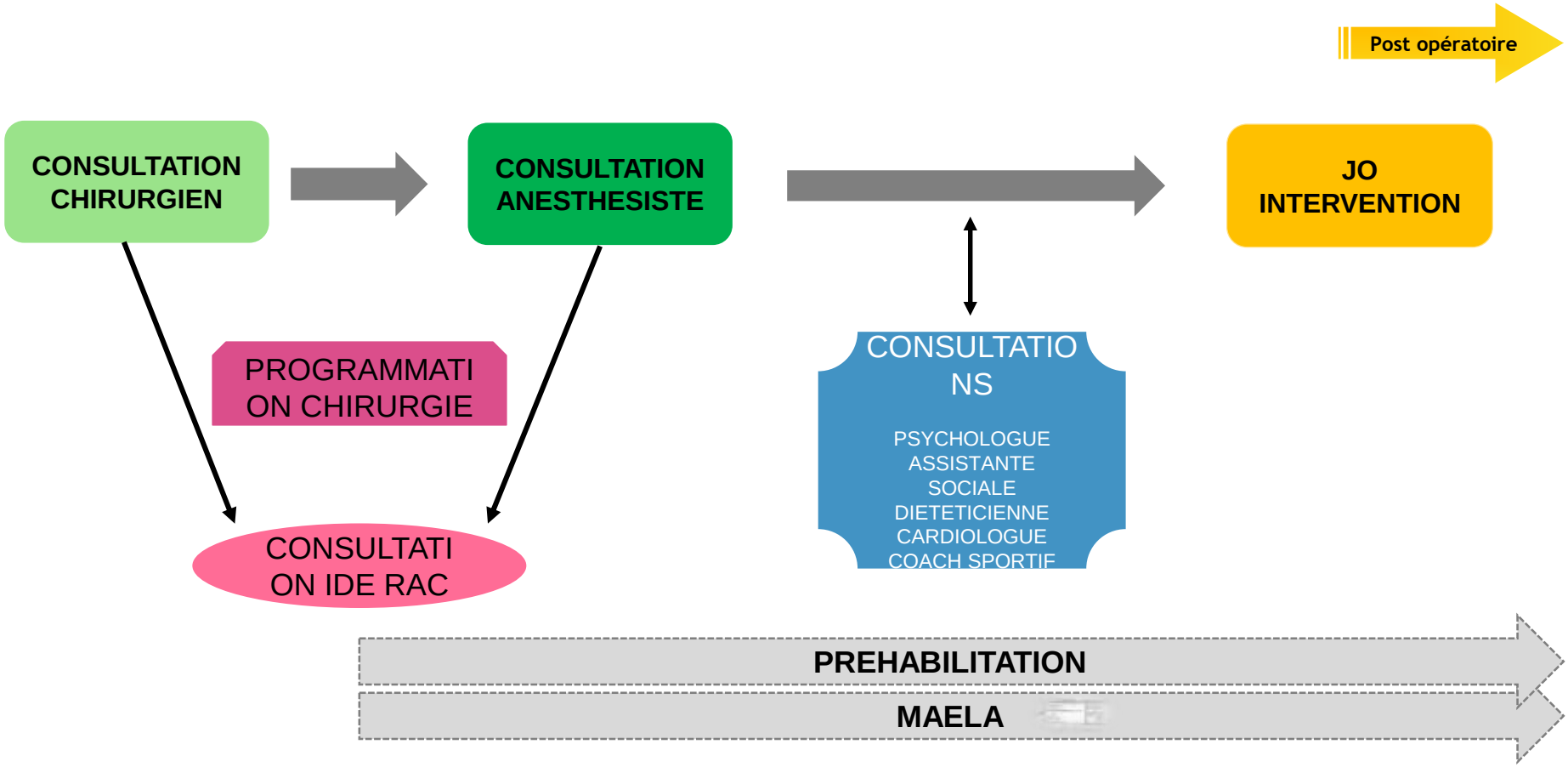
Exercice 1

- ***Niveau 1*** : assise sur une chaise dos bien droit, lever une jambe, puis l'autre, de manière alternative.Au moment où vous montez le genou : expirer, rentrer le nombril et serrez votre périnée. Relâchez ensuite dans la descente.

- ***Niveau 2*** : mains en appui sur une chaise (ou autre objet à hauteur de mains), pieds de la largeur du bassin, fléchir légèrement les genoux. Repère de posture : « mes genoux ne dépassent pas mes pointes de pieds dans la flexion ».

- ***Niveau 3*** : bras croisés au niveau de la poitrine, pieds de la largeur du bassin, fléchir les genoux jusqu'à ce que les fessiers effleurent la chaise. Repère de posture :
« mes genoux ne dépassent pas mes pointes de pieds dans la flexion »

PARCOURS PATIENTES



APPLICATION MAELA : ACCOMPAGNEMENT PERI OPERATOIRE

7) Avez-vous des nausées et/ou des vomissements ?

Oui	Non
→ Si vous prenez des antalgiques susceptibles d'être la cause de vos nausées ou vomissements (Ixprim, Topalgic, Acupan), arrêtez-les et faites le point dans 2heures. Si vos vomissements ne s'arrêtent pas, demandez à être contactée.	

8) Avez-vous des frissons ou vous sentez-vous fébrile ?

Oui	Non

a.Prenez votre température :

≥ 38,5

(*Pros de santé*) Patient fébrile : La patiente se plaint d'une température > 38,5, veuillez la contacter. Si température avérée, contactez le praticien [Avertissement]

9) Comment est votre pansement / Cicatrice ?

Rougeur	Propre	Saignement	Ecoulement purulent
(*visible des deux*) Photo : Veuillez prendre une photo du pansement et nous la faire parvenir [Avertissement]		(*visible des deux*) Photo : Veuillez prendre une photo du pansement et nous la faire parvenir [Avertissement]	(*visible des deux*) Photo : Veuillez prendre une photo du pansement et nous la faire parvenir [Avertissement]

9) Ressentez-vous une douleur anormale au niveau d'un mollet ou vous sentez-vous anormalement essoufflé(e) ?

6) Avez-vous des saignements vaginaux ?

Oui	Non
→ Des saignements après ce type de chirurgie sont fréquents. Si vous avez des inquiétudes particulières, vous pouvez demander des conseils aux infirmier(e)s ou consulter les brochures expliquant les suites opératoires dans le menu « Mes documents » ou « Mon espace »	

a.Comment sont ces saignements ?

Traces de sang	Sang abondant
Un peu de sang en continu	(*Pros de santé*) Sang abondant : La patiente présente des saignements importants au niveau vaginal. Veuillez la contactez pour vérifier qu'elle ne rencontre aucune complication [Avertissement]

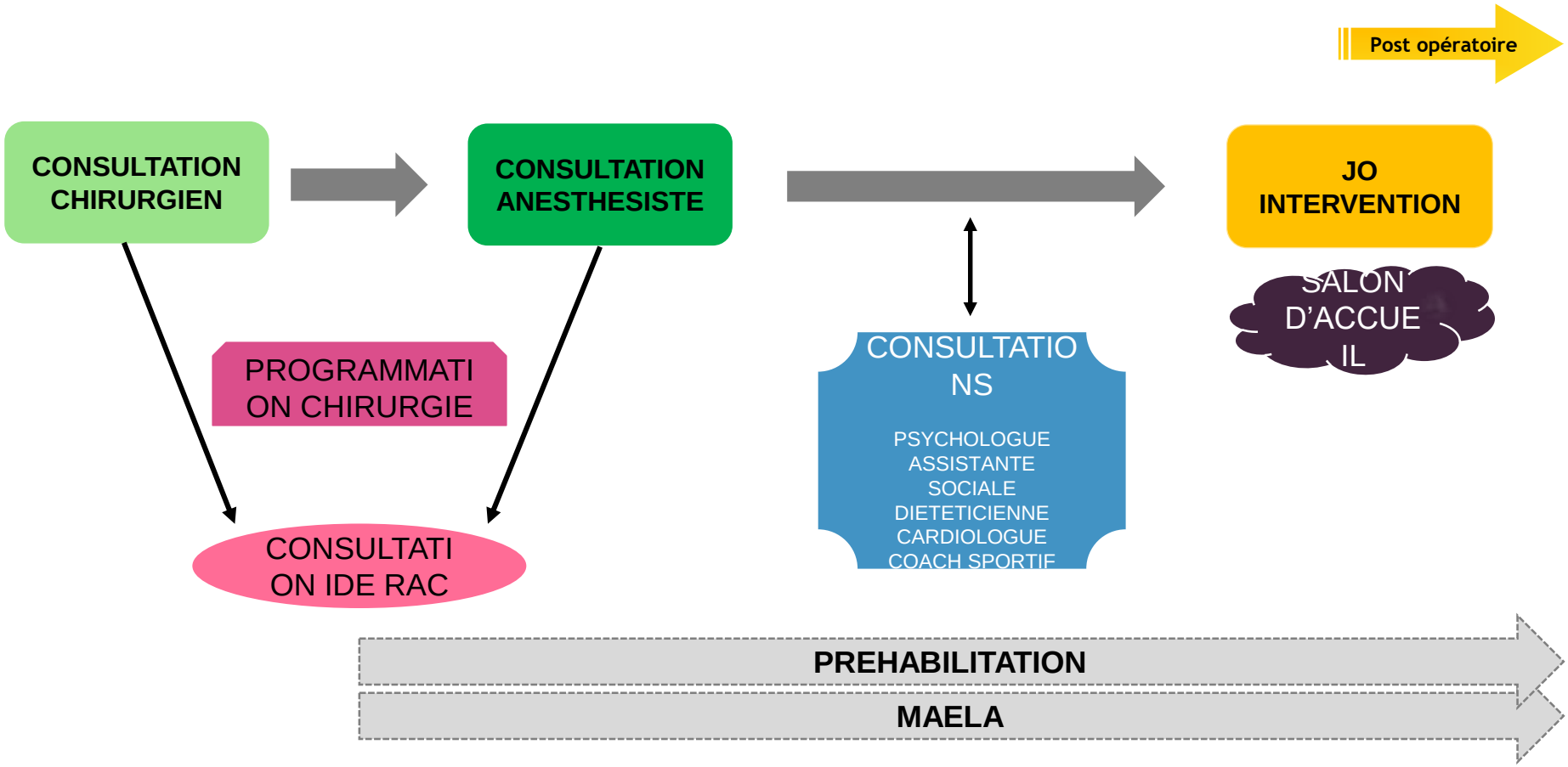
4) Avez-vous des douleurs en urinant ?

Oui	Non
(*Pros de santé*) Brûlure mictionnelle : La patiente présente des brûlures mictionnelles, veuillez la contacter pour vérifier qu'elle n'a pas d'infection urinaire. Si non, envoie d'une ordonnance pour ATB [Avertissement]	

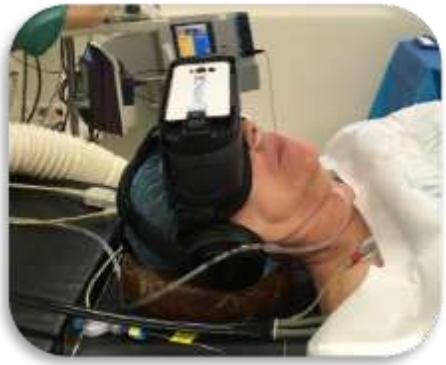
10) Portez-vous vos bas de contention ?

Oui	Non
→ C'est bien félicitations ! Portez vos bas de manière systématique permet d'éviter au maximum le risque de phlébite. Continuez comme ça !	→ Veuillez porter vos bas de manière systématique après votre sortie de l'hôpital pour éviter au maximum les risques de phlébite.

PARCOURS PATIENTES



SALON D’ACCUEIL J0



ATIENTES

NOM :
Prénom :
Date de naissance : ../../....
(ETIQUETTE PATIENTE)

Date de 1ère consultation :
Date de chirurgie :
Date de consultation post op :

CHU ESTAING — REHABILITATION AMELIOREE - CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

PRE OPERATOIRE

- Indication opératoire : .....
- Ménopause — Oui □ Non □
- Information et éducation de la patiente (Tryptique, vidéo) — Oui □ Non □
- Préhabilitation (nutritionnelle et physique) — Oui □ Non □
- Pas de prémédication — Oui □ Non □
- Prémédication de nécessité (à la demande de la patiente après évaluation MAR) — Oui □ Non □
- Alimentation solide 6h avant la chirurgie — Oui □ Non □
- Boissons claires (sirop, eau) jusque 2h avant la chirurgie — Oui □ Non □
- Apports d'eau sucrée la veille et 2h avant la chirurgie en dehors de CI — Oui □ Non □
- Absence de préparation colique (colon) — Oui □ Non □
- Absence de préparation colique (rectum) — Oui □ Non □

PER OPERATOIRE

- Antibioprophylaxie — Oui □ Non □
- Prévention de l'hypothermie — Oui □ Non □
- Analgésie multimodale per opératoire avec épargne morphinique — Oui □ Non □
- Optimisation du remplissage per opératoire — Oui □ Non □
- Prévention des nausées post opératoires — Oui □ Non □
- Corticothérapie en l'absence de CI — Oui □ Non □
- Ventilation protectrice — Oui □ Non □
- Pas de SNG — Oui □ Non □

- Voie minimale invasive privilégiée — Oui □ Non □
  - Cœlioscopie — Oui □ Non □
  - Voie vaginale — Oui □ Non □
  - Laparotomie de nécessité — Oui □ Non □
- Concernant la cœlioscopie
  - Utilisation de trocarts de **5-10mm** (optique) et **3-5mm** (instruments) — Oui □ Non □
  - Optimisation des paramètres du pneumopéritoine
    - Faibles pressions **6-10 mmHg** — Oui □ Non □
    - Gaz humidifié et réchauffé — Oui □ Non □
- Exsufflation maximale du gaz en fin d'intervention — Oui □ Non □
- Pas de drainage sauf en cas de nécessité — Oui □ Non □
- Participation à l'analgésie multimodale (infiltrations, instillations) — Oui □ Non □
- SAD retirée en fin d'intervention ou laissée en place par nécessité — Oui □ Non □
- Durée de l'intervention — □ ≤ 90min □ 90-180min □ ≥180min
- Incident chirurgical — Oui □ □ Viscérale □ Vasculaire — Non □
- Incident anesthésique — Oui □ □ HypoTA (+ vasoconstricteurs) □ hypoxémie — Non □

POST OPERATOIRE

- Analgésie multimodale post opératoire — Oui □ Non □
- Prévention/traitement NVPO — Oui □ Non □
- Voie orale privilégiée ; VVP obturée/enlevée dès que possible — Oui □ Non □
- Ablation précoce des drains si mis en place par nécessité — Oui □ Non □
- Thromboprophylaxie — Oui □ Non □
- Mobilisation dès J0 — Oui □ Non □
- Réalimentation dès J0 tolérée, acceptée — Oui □ Non □
- Ablation le cas échéant de la sonde vésicale H24 — Oui □ Non □
- Complication post opératoires — Oui □ Non □
  - Nausées ou vomissements — Oui □ Non □
  - Ileus > 72h — Oui □ Non □
  - Rétention urinaire — Oui □ Non □
  - EVA à J1 : ... EVA à J2 : ... EVA à J3 : ...

CHECK-LIST

Post opératoire

CHU ESTAING — REHABILITATION AMELIOREE - CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

PER OPERATOIRE

- Antibioprophylaxie — Oui □ Non □
- Prévention de l'hypothermie — Oui □ Non □
- Analgésie multimodale per opératoire avec épargne morphinique — Oui □ Non □
- Optimisation du remplissage per opératoire — Oui □ Non □
- Prévention des nausées post opératoires — Oui □ Non □
- Corticothérapie en l'absence de CI — Oui □ Non □
- Ventilation protectrice — Oui □ Non □
- Pas de SNG — Oui □ Non □

- Voie minimale invasive privilégiée — Oui □ Non □
  - Cœlioscopie — Oui □ Non □
  - Voie vaginale — Oui □ Non □
  - Laparotomie de nécessité — Oui □ Non □
- Concernant la cœlioscopie
  - Utilisation de trocarts de **5-10mm** (optique) et **3-5mm** (instruments) — Oui □ Non □
  - Optimisation des paramètres du pneumopéritoine
    - Faibles pressions **6-10 mmHg** — Oui □ Non □
    - Gaz humidifié et réchauffé — Oui □ Non □
- Exsufflation maximale du gaz en fin d'intervention — Oui □ Non □
- Pas de drainage sauf en cas de nécessité — Oui □ Non □
- Participation à l'analgésie multimodale (infiltrations, instillations) — Oui □ Non □
- SAD retirée en fin d'intervention ou laissée en place par nécessité — Oui □ Non □
- Durée de l'intervention — □ ≤ 90min □ 90-180min □ ≥180min
- Incident chirurgical — Oui □ □ Viscérale □ Vasculaire — Non □
- Incident anesthésique — Oui □ □ HypoTA (+ vasoconstricteurs) □ hypoxémie — Non □

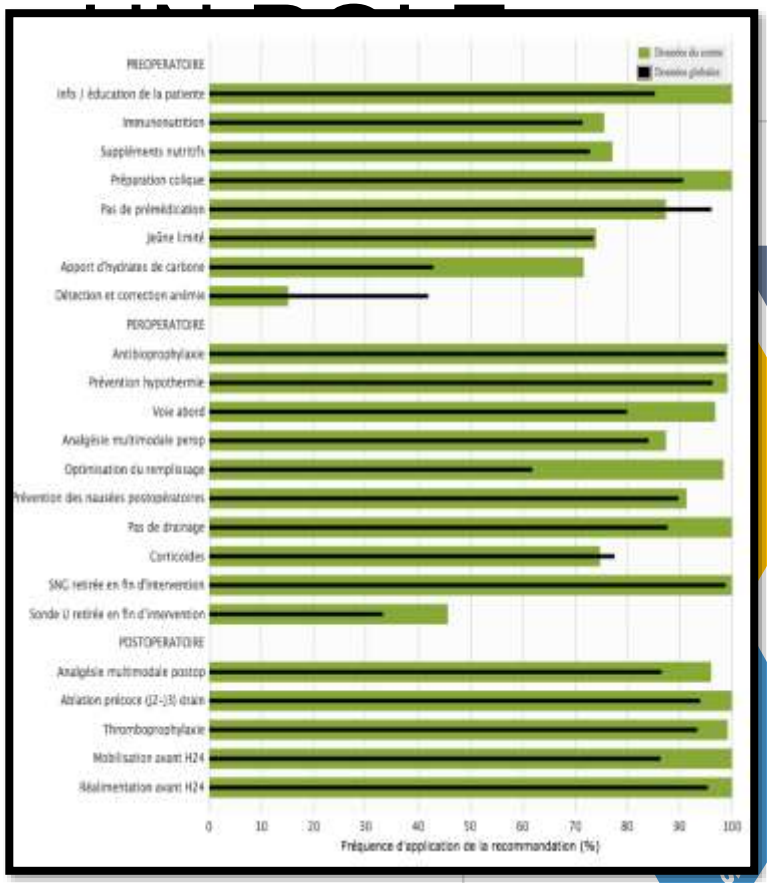
ION AMELIOREE - CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

COACH SPORTIF

CHECK LIST

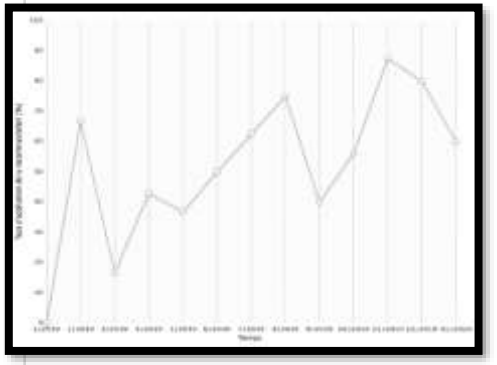
PREHABILITATION

MAELA



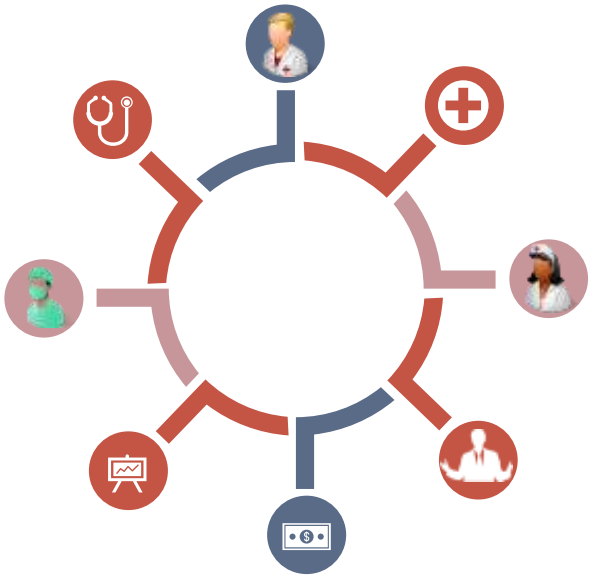
Auto diagnostic auto-évaluation (audit)

Moyens nécessaires



COORDINATION
COMITE DE PILOTAGE RAC

Binôme leader

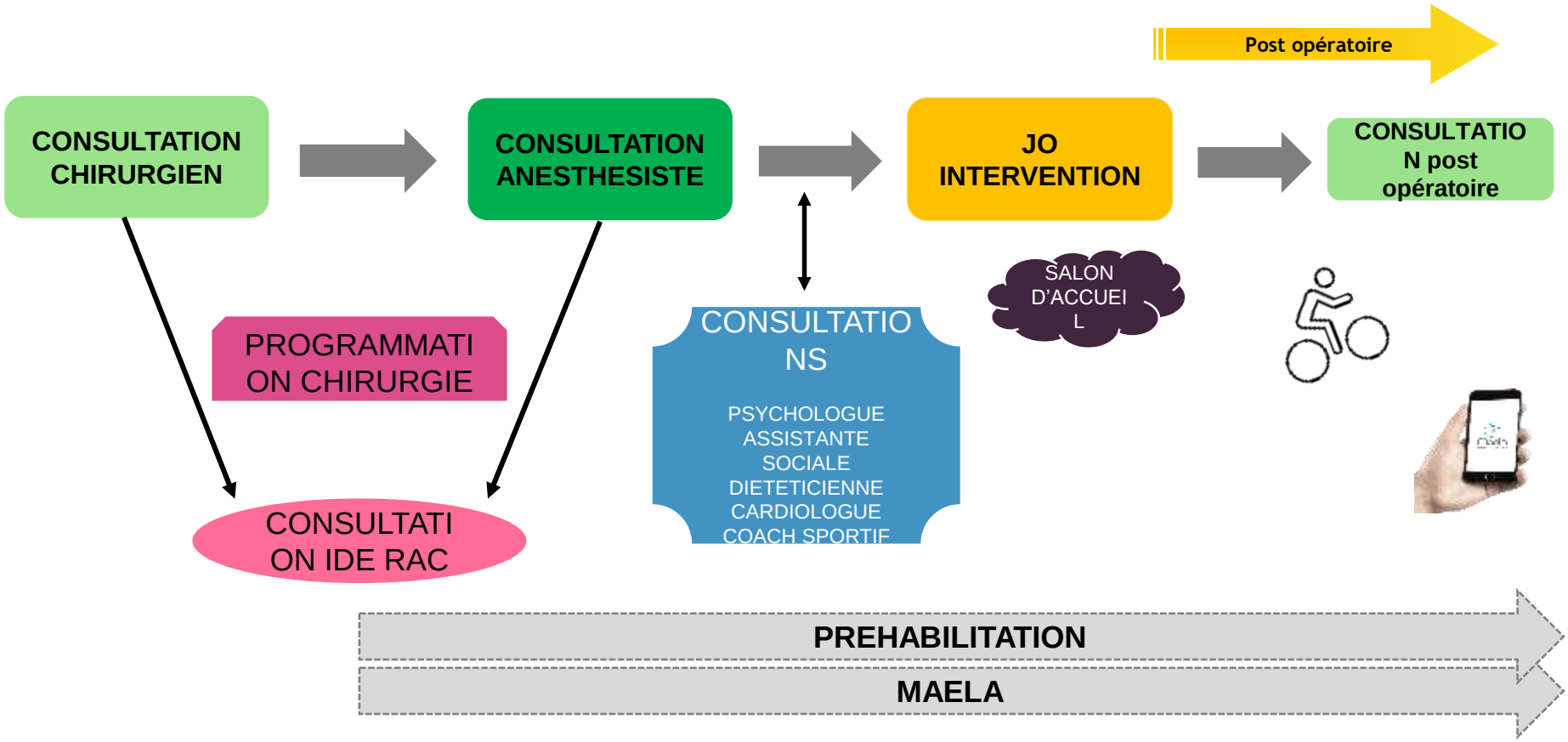


Responsable de l'équipe paramédicale

IDE RAC

Membres de l'administration

PARCOURS PATIENTES



CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER LEON BERARD

Travail et communication multi spécialités

Anne MIERMONT – C. Mission DG
Dr Mayeul TABUTIN – Chir. Thoracique
Dr Nicolas CHOPIN – Chir. Gynécologue

Centre Léon Bérard, Lyon

10’

Le contexte: Dynamique institutionnelle prédisposée

2008

2010

2015

2017

« 1ère vague » (digestif)

GRACE

Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

Le contexte

Pilotage par Les COPILs: DMS !!

DMS

SORTIE AVEC DRAINS 2012

VIRAGE AMBU 2014

JO 2016

RAC 2018

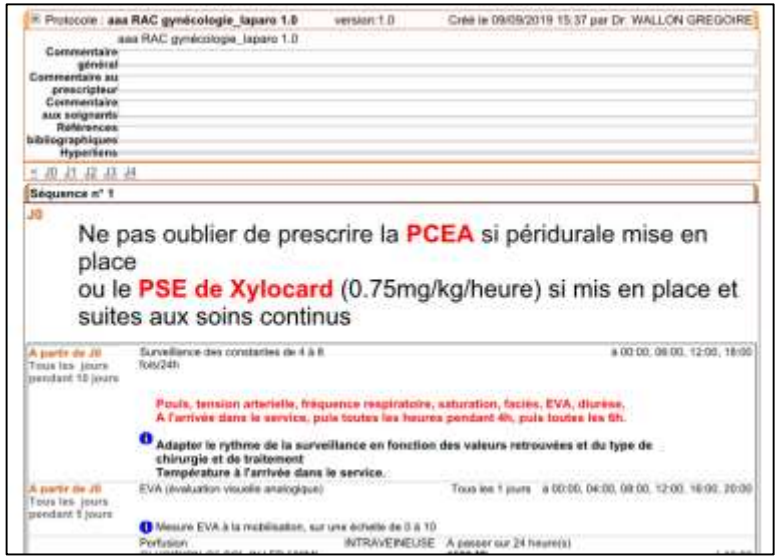
- ARCHITECTURE
- REALITE VIRTUELLE
- My CLB

- REGULATEUR
- STAFF DEDIES

- CHEMIN CLINIQUE
  - PRE OP
  - PER OP
  - POST OP
- IDE de Coordination

Les résultats (protocoles thérapeutiques)

- Protocoles post-opératoire *(Cristalnet)*



- Parcours de soins complexe (en amont) => HDJ

Les résultats (achat matériel)

- Oxymètres, pédaliers …
- Système de drainage autonome
- Fauteuil J0 + réalité virtuel
- Marquage au sol des distances

Les résultats (information)

- Passeport chirurgical – pas de flyer spécifique
- Vidéo d'information (patients)
- Séminaires de formation (équipes soignantes)

ARS Auvergne-Rhône-Alpes
04 72 34 74 00

Conclusion

POINTS POSITIFS:

- Implication membre de la direction
- Projet fédérateur (entre chirurgiens , avec les anesthésistes)

POINTS DE VIGILANCE:

- Liés à la multidisciplinarité…
- « Retard à l'allumage »
- Assurer la pérennité, formalisation des parcours

La RAC, du protocole colorectal aux autres spécialités, stratégie d'établissement

Dr Franck MAISONNETTE,

chirurgien digestif,

HP Loire

10'

Ramsay Santé
Hôpital privé de la Loire

La Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) du protocole colorectal aux autres spécialités, stratégie d'établissement

Groupe de travail RAAC Colon HPL

Hôpital privé de la Loire (HPL), Saint-Etienne
Groupe Ramsay Santé

Ramsay Santé
Hôpital privé de la Loire

Un peu d'histoire

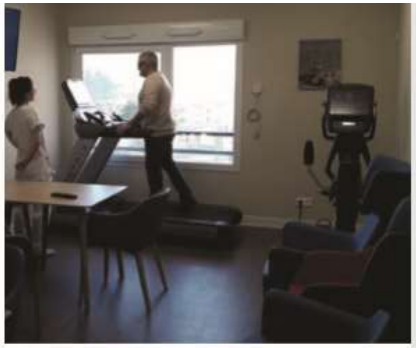
- **1995** : Nouveau paradigme : la RAAC
- **2015** : HPL, un pilote référent dans le projet RAAC ARS pour chirurgie colorectale
- **15 octobre 2015** : Participation au colloque médico chirurgical « CANCER ET AMBULATOIRE » avec une intervention du professeur Karem SLIM : Ambulatoire et Réhabilitation précoce, rapide, améliorée après chirurgie
- **2016 :** Réponse à l'appel à projet de l'ARS
- **Octobre 2016 :** Ouverture d'un salon RAAC avec financement par l'ARS

Salon RAC à HP Loire

Grace au financement de l'ARS, l'HPL a ouvert début octobre son Salon RAC. L'objectif est de permettre la sortie sécurisée à J3 des patients opérés d'une chirurgie colique, sélectionnés en amont par le chirurgien. Il permet dès J1 de favoriser la mobilité des patients en toute sécurité sous la surveillance d'un kiné. En fonction des possibilités des patients, ils peuvent reprendre une activité de marche ou de vélo. L'aide des appareils permet d'engager rapidement une posture moins « repliée sur soi-même», ce qui permet aux patients d'être plus rapidement autonomes.

C'est également un lieu convivial où il est possible d'échanger autour d'un repas. « Prendre son repas dans une salle dédiée et non pas dans son lit est déjà un pas vers la guérison » déclare un patient. A ce jour, une dizaine de patients ont bénéficié de cette prise en charge. Tous ont été ravis d'intégrer ce parcours de soins. En 2017, l'objectif sera de le proposer à d'autres spécialités.

Blandine Puzenat, Resp de Service, Hôpital Privé Loire



Ramsay Santé
Hôpital privé de la Loire

Déploiement de la RAAC au sein de l'HPL

- **Déploiement en cohérence avec l'évolution des parcours de soins** (modification des pratiques, diminution DMS, entrées à J0…)

- **Hospitalisations conventionnelles** : Activité RAAC pluridisciplinaire
  - **2015 : RAAC Colon** - dossier ARS – Financement 2016
  - **2017 : RAAC Bariatrique**
  - **2018 : RAAC Orthopédique et neurochirurgie**
  - **2019 : RAAC Urologique** – Dossier ARS – Financement 2020-2021
  - **2021 : RAAC Thoracique** et **Gynécologique**

- **Hospitalisations en Ambulatoire :** Circuit Ultra Court (2019)

- **Patient**, acteur de sa prise en charge, gain en autonomie

Ramsay Santé
Hôpital privé de la Loire

Pratiques communes

- **Anticipation des sorties** en amont de l'hospitalisation (RAD, SSR, PRADO)
- **Entrées à J0**
- **Modification des techniques d'anesthésie et opératoires**
- **Jeûn moderne**
- **Alimentation post-op immédiate** / dans les 6h pour le digestif/ Prise des repas en commun
- **Mobilisation et lever précoce** par les kinés et utilisation du salon RAAC

Ramsay Santé
Hôpital privé de la Loire

Comparatif RAAC 2019-2020

Evolution du taux de RAAC réalisées pour chaque intervention entre 2019 et 2020			
Type d'interventions	**2019**	**2020**	**Evolution du taux (en points)**
Autres interventions majeures sur le rachis	52 %	90 %	**+ 38**
Hystérectomies	40 %	78 %	**+ 38**
Interventions pour reprise de prothèses articulaires	34 %	67 %	**+ 33**
Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses	43 %	74 %	**+ 31**
Prothèses de genou	60 %	90 %	**+ 30**
Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale	43 %	73 %	**+ 30**
Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	63 %	93 %	**+ 30**
Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes	30 %	54 %	**+ 24**
Prothèses d'épaule	44 %	67 %	**+ 23**
Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques	45 %	67 %	**+ 22**
Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes	37 %	59 %	**+ 22**
Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon	5%	25 %	**+ 20**

***Extrait des données de 2019 (de mars à décembre) et 2020 (de janvier à septembre)* à l'Hôpital privé de la Loire**

Ramsay Santé
Hôpital privé de la Loire

Racines RAAC par spécialités en 2020 (Top 10)

Taux de RAAC réalisées pour chaque intervention en 2020			
Type d'interventions	Nb séjours RAAC	Nb séjours	Taux
Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	68	72	94,44%
Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	146	157	92,99%
Prothèses de genou	191	212	90,09%
Autres interventions majeures sur le rachis	154	171	90,06%
Autres interventions sur le rachis	216	253	85,38%
Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes	31	37	83,78%
Hystérectomies	56	72	77,78%
Interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scolioses	20	27	74,07%
Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale	8	11	72,73%
Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques	65	97	67,01%

***Extrait des données de 2019 (de mars à décembre) et 2020 (de janvier à septembre)* à l'Hôpital privé de la Loire**

Ramsay Santé
Hôpital privé de la Loire

Bilan

- Fonctionnement satisfaisant des pratiques RAAC étendues à toute spécialité par une interconnexion des pratiques

- Utilisation des pratiques RAAC au quotidien, sans avoir à cibler des patients

- **Projet de déploiement de l'HDJ pré opératoire sur différents spécialités (urologie, orthopédie…) :** consultations avec équipe pluridisciplinaire

- **Aujourd'hui la norme devient la RAAC**

Le rôle de la direction

Véronique FAUJOUR,

Directrice adjointe Coopérations et Stratégie

HCL

10’

RAC - Réhabilitation Améliorée en Chirurgie aux HCL

Le Rôle de la Direction

Direction des Coopérations et de la Stratégie

Novembre 2020

Pourquoi c'est un enjeu fort pour les HCL et qu'il s'agit d'un investissement fort

Plus les chirurgies sont complexes et compliquées, plus le bénéfice des pratiques RAC devient un enjeu important

Chiffres 2019 :

❶ chirurgie ambulatoire 21 000 séjours = 34 millions d'euros : 10% du revenu annuel de la chirurgie (330 M€)

❷ - 14 500 séjours d'une durée supérieure à 5 nuits, valeur moyenne 10 200 €

- séjours de 3 à 5 nuits qui peuvent encore faire gagner une à deux nuitées sans abaisser le niveau de qualité de prise en charge

❸ COVID : les recommandations sont unanimes : privilégier ces pratiques

Les HCL ne sont pas en retard / contrairement à ce qui s'est passé pour la chirurgie

Des preuves ? Quelques exemples

RAC – il y a le mot Améliorée

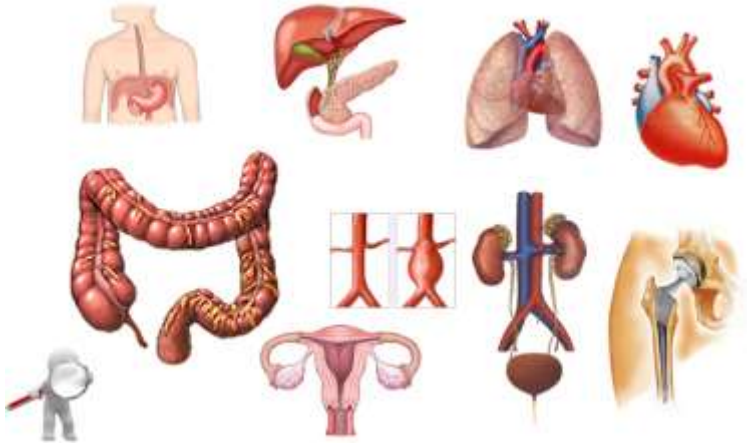
Adapté à tout type de chirurgie

Comment ?

- Préhabilitation à la chirurgie : diminuer les insuffisances du patient et le conditionner à sa chirurgie comme on prépare les sportifs
- Stratégie multimodale de techniques anesthésiques et chirurgicales (toute une série d'actions)
- Collaboration intensive et interdisciplinaire des personnes en contact avec le patient dont le patient lui-même
- Accélérer réalimentation, mise en mouvement et verticalisation du patient

Impossible de développer une politique RAC efficace si les pratiques varient
- **d'un médecin (chirurgien ou anesthésiste) à l'autre**
- **d'un jour à l'autre**
- **d'un soignant à l'autre**

= management



Chaque recommandation de pratiques est examinée par les sociétés savantes et recommandée en fonction des niveaux de preuves - à l'international et national – publications foisonnantes

Pourquoi nous réussissons

- Les équipes de direction sont aussi des sponsors, avec les équipes cliniques : Dossiers activités nouvelles
  - Dotation d'IDE de coordination, kinés et moniteurs APA **(activité physique adaptée)** , salle d'exercice physique à HLS, achats équipements pour aider à la mobilisation des patients, dispositifs médicaux et produits pharmaceutiques facilitant la RAC
  - Meilleure compréhension des enjeux (savoir collectif) avec des réunions de travail régulières (Direction soins, travaux, équipements bio médicaux…
- Approche multi métiers qui prend de l'ampleur : capital et savoir faire immatériel ayant une grande valeur dans le développement des pratiques pas seulement réservé aux médecins
  - Outils numériques, communications via internet, marketing de la RAC (site internet HCL)
  - Écoute des patients, tenir compte de leur expérience, rappel des patients à domicile pour le suivi
  - Tutoring hors HCL d'équipes d'établissements publics et privés
  - Ateliers kiné et IDE de coordination pour favoriser tout l'accompagnement dans les unités de soins
  - Atelier avec les cadres de soins des services de chirurgie et directeurs référents de PAM (nouveau en 2020)

Quelques posters du code de la route des couloirs du service de chirurgie digestive d'HEH

- Eco-système favorable à la RAC
- au sein de la structure de soins

Accompagner le changement

En gestion des ressources humaines

1. **Le plus dur : faire travailler tous les personnels de manière standardisée : amélioration du parcours de soins avec qualité de la prise en charge**

2. **S'impliquer dans la refonte de l'organisation et revoir la distribution des emplois au niveau du parcours de soins**

3. **Expliquer et communiquer sur le parcours de soins a tous les niveaux de décision : il s'agit d'une stratégie de projet médical et du projet d'établissement**

- Eco-système favorable à la RAC
- au sein de la structure de soins

Accompagner le changement

Dans l'architecture et les équipements

1. **Regroupement des unités d'hébergement : ne pas avoir peur de la mutualisation. C'est la quantité d'activité qui compte : pas la quantité de lits….**

2. **Adapter l'architecture pour faciliter le mouvement des patients**
   - **Salle d'exercice**
   - **Déambulation facilitée**
   - **Sortir du lit et de la chambre**
- **Prévoir des bureaux d'entretien pour la préparation des patients et proches**
- **Lieux et séquences type école de patients et leurs proches**

Les codes de la route d'HEH

LA RAC est une innovation qui se diffuse lentement

S'évaluer : La DMS est indicateur assez révélateur mais pas un objectif

1 – Savoir faire de la RAC : C'est une propriété immatérielle possédée par une équipe, puis 2 puis 3 puis la structure de soins :

- Un « brevet » de compétence
- un savoir faire des équipes

2 - Ceux qui prennent de l'avance peuvent en tirer un avantage :

- **image de marque** et/ou
- **avantage financier si et seulement si restructurations des organisations**

Nous avons vécu la même chose il y a 40 ans lors de l'arrivée de la chirurgie ambulatoire

La RAC concerne des séjours plus lourds avec un potentiel en journées lits bien plus élevé

Pour les structures de soins : l'efficience économique reste à prouver en France

Aux HCL, on s'y risque et on investit en intégrant la RAC y compris dans nos projets immobiliers

Merci

SOIGNER
INNOVER
TRANSMETTRE

www.chu-lyon.fr

18h00

La RAC, les mesures émergentes

Partie 3

Retour d'expériences : Les mesures emergentes

- **Analgésie par voie orale pour un patient plus mobile**

Dr Nathanaël EISENMANN, anesthésiste réanimateur, responsable de service, Centre Jean PERRIN

- **Gestion de l'anxiété, nouvelle dimension de l'infirmier**

Isabelle LAFORTUNE, IDE coordinatrice RAC, HCL Lyon-Sud et Maud REGUDY, IADE, HCL Lyon-Est

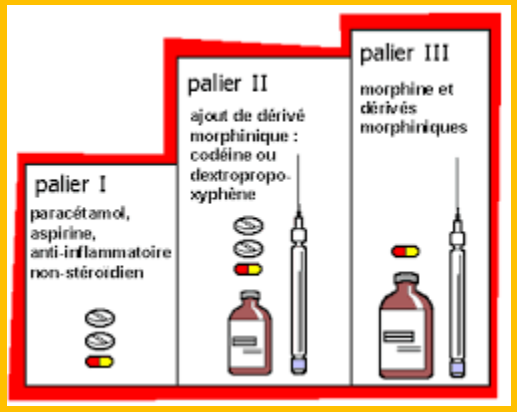
Sommaire

Analgésie par voie orale pour un patient plus mobile

Dr Nathanaël EISENMANN, anesthésiste réanimateur, responsable de service

Centre Jean PERRIN

10’



ANALGESIE par voie ORALE en post-opératoire

EISENMANN Nathanael

Centre Jean Perrin

Implémentation RAC

Plan

- Aspects pharmacologiques
  - Histoire
  - Biodisponibilité
  - Cinétique
  - Avantages et inconvénients
- Patient Wireless
  - Intérêt individuel
  - Intérêt pour les soignants

Histoire.

- Développement Paracétamol :
  - Phénacétine et Acétaniline début XX

  →Voie orale, MetHb, agranulocytose.
  - Acétaminophène = Paracétamol 1948
  - Proparacétamol (iv) 84
- Développement Aspirine/AINS
  - Très longue expérience de aspirine
  - Kétoprofène 1972
  - Voie intraveineuse également tardive.

- *kétoprofène* (anti-inflammatoire non-stéroïdien) : c'est le troisième produit de la série qui a été un succès mondial : 1969 : acide métizianique (Soripal®) ; 1972 : acide protizinique (Pirocrid®) ; 1972: kétoprofène (Profénid® - Orudis®).

Histoire et comportement

- Récente innovation vers les formes injectables
- Dogme du jeun opératoire
- Inconvénient des NVPO
- Gold standard de la PCA de morphine.

→Renforcement positif à l'utilisation de l'analgésie par voie intraveineuse toute la fin du XX.

→Commode de ne prescrire qu'un seul schéma (iv) versus deux (avec relais po)…

« Preuves » récentes

> Arthroplastie J. 2017 septembre; 32 (9S): S69-S73. doi: 10.1016 / j.arth.2017.05.002.
Publication en ligne du 11 mai 2017.

Analgésie multimodale orale pour arthroplastie articulaire totale

Gregory J Golladay [1], Karl R Balch [1], David F Dalury [2], Jibanananda Satpathy [1], William A Jiranek [1]

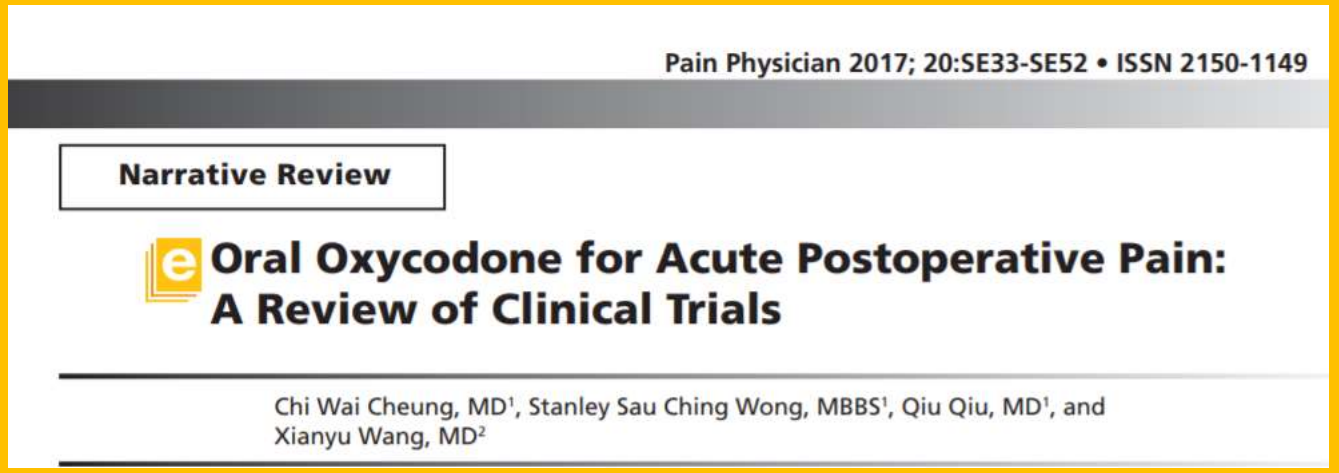
Conclusion: L'analgésie orale multimodale ….. est recommandée dans …la gestion de la douleur chez les patients subissant une arthroplastie de la hanche ou du genou. La réduction de la consommation d'opioïdes et la minimisation des effets secondaires sont les principaux résultats, et …la douleur chronique.

Conclusion: Dans toutes les autres conditions douloureuses, il n'y a pas de preuve de différence entre les voies. Dans les états douloureux autres que les coliques rénales, il existe donc un argument solide en faveur de l'administration d'AINS par voie orale lorsque les patients peuvent avaler.

ACTA ANAESTHESIOLOGICA SCANDINAVICA
ISSN 0001-5172

Comparing analgesic efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs given by different routes in acute and chronic pain: A qualitative systematic review

M. R. Tramèr, J. E. Williams, D. Carroll, P. J. Wiffen, R. A. Moore and H. J. McQuay
Pain Research, Nuffield Department of Anaesthetics, The Churchill Oxford Radcliffe Hospital, Oxford, England


Pain Physician 2017; 20:SE33-SE52 • ISSN 2150-1149

Narrative Review

Oral Oxycodone for Acute Postoperative Pain: A Review of Clinical Trials

Chi Wai Cheung, MD[1], Stanley Sau Ching Wong, MBBS[1], Qiu Qiu, MD[1], and Xianyu Wang, MD[2]

CONCLUSION: L'oxycodone orale semble offrir une analgésie postopératoire sûre et efficace, et constitue une alternative bien acceptée et raisonnable aux analgésiques opioïdes intraveineux standard.

Pharmacologie :

- Biodisponibilité (p.o.) :
  - Paracétamol, AINS, Kétamine et NEFOPAM : BONNE
  - Morphinique : moins bonne et moins reproductible (iléus – effet premier passage hépatique...)

- Délais action : p.o. généralement différé.

Néanmoins disponibilité et cinétique sublinguale et nasale tendent vers voie i.v.

Avantages et inconvénients

- Effet pic (iv, transmuqueux) :
  - agit rapidement et puissamment (intérêt dans accès paroxystiques douloureux).
  - Effets secondaires plus marqués
- Intégrité système digestif :
  - CMF, gastrique et sus-mésocolique.
  - Iléus intense, défaillance multiviscérale.

Allègement du travail soignant

- Préparation
- Distribution
- Administration
- Surveillance
- Pas de débranchement !

Morbidités respectives

- Voie orale :
  - Moindre efficacité… légendaire
  - Observance plus aléatoire
  - Fausse route
  - Inhalation
- Intraveineuse :
  - Veinite – thrombophlébite…
  - Extravasation
  - Difficultés abords, douleurs supplémentaires…

Patient 3.0 : Wireless

- Les fils : sondes, monitorage et perfusion.
- Enjeux RAAC.

  - Limiter nombre et durée drainages.
  - Limiter nombre et durée monitorage.
  - Limiter nombre et durée perfusion
    - Alimentation péri-opératoire
    - Analgésie orale.
    - Poursuite du traitement habituel (anti-diabétique…)

  Faut-il redéfinir indications cathéters d'ALR continue ?...

Quels morphiniques ?

- Si situation supporte l'approximation de biodisponibilité et de délai action : opioides usuels per-os (tramadol, codéine, morphine, oxycodone)

R3.5 – Il est recommandé de prescrire un opiacé fort (morphine ou oxycodone), préférentiellement par voie orale, en cas de douleurs postopératoires sévères ou insuffisamment calmées par les antalgiques des paliers inférieurs, et ceci quel que soit l'âge. G1+, Accord fort.

Actualisation 2016
RFE douleurs post-op
SFAR

- Si situation plus aiguë et absorption compromise : considérer voies transmuqeuses
  - Sufentanyl sublingual
  - Fentanyl intra nasal, sublingual…

- Dans le dernier cas il reste toujours la bonne vieille PCA i.v. (morphine mais pas que !)

Gestion de l'anxiété, nouvelle dimension de l'infirmier

Isabelle LAFORTUNE, IDE coord RAC, Lyon-Sud

& Maud REGUDY, IADE, Lyon-Est

HCL

10'

GESTION DE L'ANXIÉTÉ

NOUVELLE DIMENSION DE L'INFIRMIER

ISABELLE LAFORTUNE, IDE COORD° RAC, HCL LYON-SUD

MAUD REGUDY, IADE, HCL LYON EST

BILAN RAC 2 – ARS – *01/12/2020*

DIMENSIONS DE L'ANXIÉTÉ

- PRÉ-OP

Attente de l'intervention chirurgicale, espoir de guérison, cancer, peur de l'opération / l'anesthésie, crainte des complications, pronostic de vie, qualité de vie…

- PER-OP

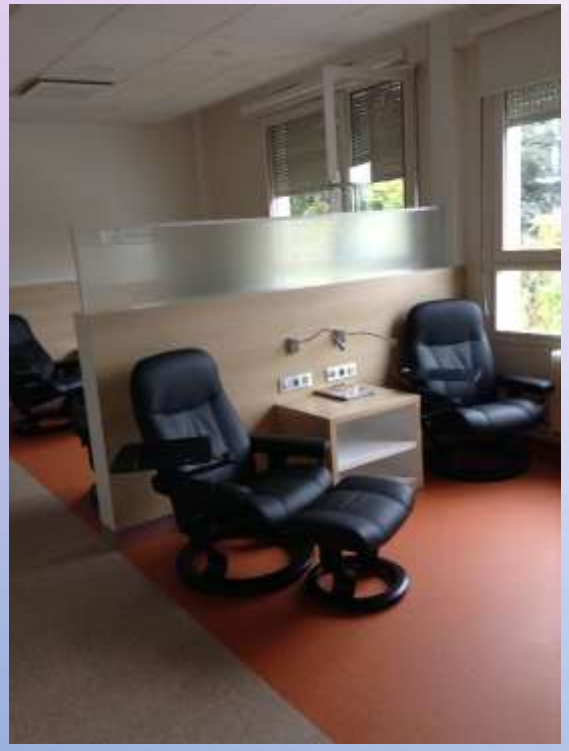
Au bloc : milieu aseptisé, température fraiche, pose de péridurale, moment de l'endormissement avec perte de contrôle du patient…

- POST-OP

Douleur, crainte des complications, perte de l'autonomie,

Indépendance → Dépendance

SALON D'ACCUEIL DE CHIRURGIE (HLS)

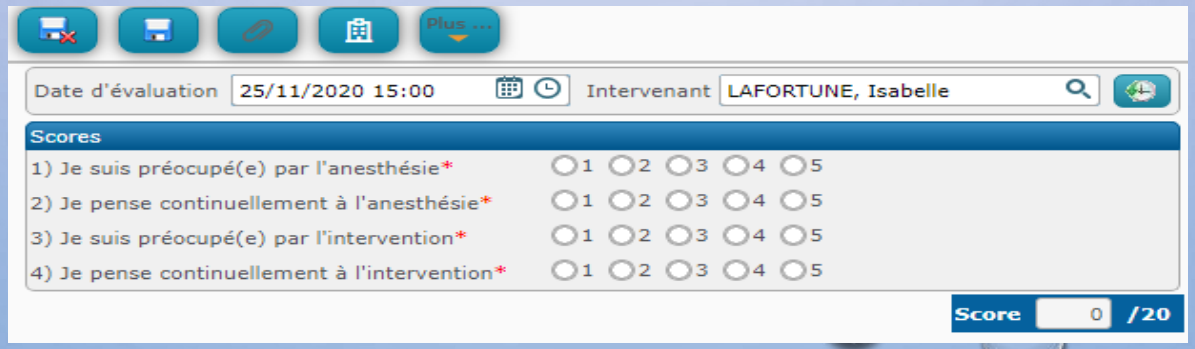


EVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

- **INTERROGATOIRE** du patient :

- En **pré-op** : Cs° IDE PH° / RAAC – Chirurgien – Anesthésiste – Secrétaire, Unité d'accueil de chirurgie…
- En **per-op** : À l'arrivée au bloc, en SSPI
- En **post-op** : Lors des soins, entretiens en H°

- **ECHELLE A.P.A.I.S.** (**A**MSTERDAM **P**REOPERATIVE **A**NXIETY AND **I**NFORMATION **S**CALE)



COMMENT GÉRER L'ANXIÉTÉ ?

LES NOUVELLES DIMENSIONS DE L'INFIRMIER

- **HYPNOSE** conversationnelle, hypno-analgésie
- **R.E.S.C.** (**R**ésonance **E**nergétique par **S**timulation **C**utanée) : 3 niveaux de formation.

Mvts océanographiques / Médecine chinoise – 1 séance : env. 15 min. en pré-op. / post-op.

- **MUSICOTHÉRAPIE** : Diffus° musique apaisante en chambre, au bloc op., Unité d'accueil chir.
- **AROMATHÉRAPIE** : Diffus° huile essentielle (Vertu déstressante) environnement d'une pièce, juste avant un soin.
- **COHÉRENCE CARDIAQUE** (OU RESPIRELAX): Exercices inspirat° / expirat° profondes sur 5

R.E.S.C.

https://youtu.be/fY0uCuXGl

COHÉRENCE CARDIAQUE / RESPIRELAX

https://www.youtube.com/watch?v=bM3mWlq4M8E

https://www.youtube.com/watch?v=Tr5NI74ifqw

18h30

Le mot de la fin

Dr Martine GELAS-BONIFACE –
Médecin référent

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Vos contacts

- ARS

  Edwige OLMEDO, chargée de mission Performance
  04 27 86 56 21 – edwige.olmedo@ars.sante.fr

  Dr Martine GELAS-BONIFACE, référent régional chirurgie-soins critiques-réanimation
  04 72 34 74 47 – martine.gelas-boniface@ars.sante.fr

- APSIS Santé

  Philippe DEVILLERS, Directeur Associé, Consultant
  06 87 75 17 14 – philippe.devillers@apsis-sante.com