

# Développement de la Réhabilitation Améliorée en Chirurgie (RAC)

*RACtime : Workshop 1 de bilan et de  
retours d'expériences de la Vague 3  
30 novembre 2021*

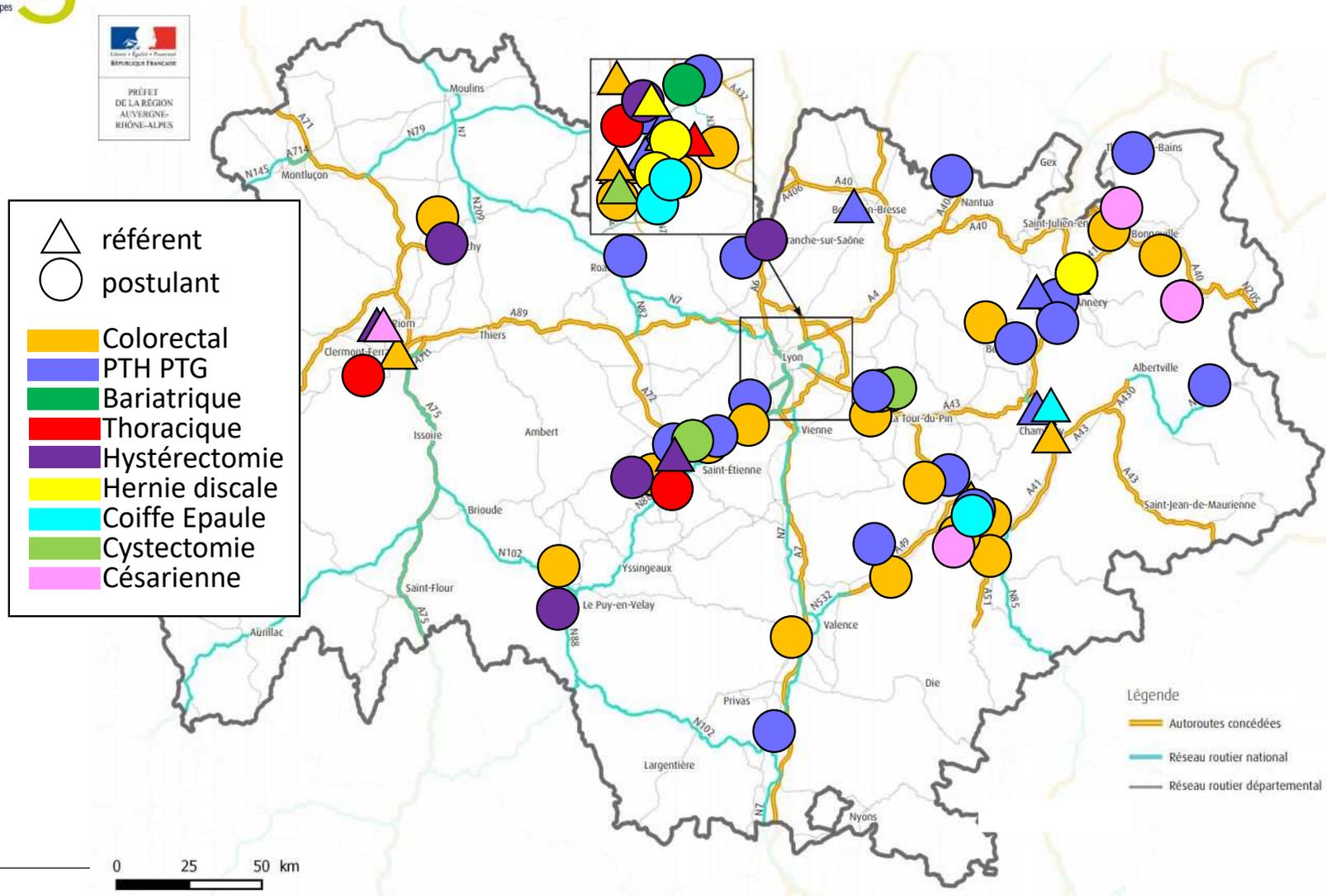
# *Introduction*

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

# ***Bilan de la démarche***

*Dr Martine GELAS-BONIFACE  
Médecin Référent Chirurgie  
ARS Auvergne-Rhône-Alpes*

# Vagues 1, 2 et 3 – 74 équipes



## *Les points forts de la démarche*

- 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 / oncologie, urgences**
- Une équipe ARS et un prestataire APSIS Santé
  - ✓ **L'expérience**
  - ✓ **Les outils**

## *Les points forts de la démarche*

- La RAC n'est pas un dogme c'est une pratique évolutive
  - ✓ **Protocole certes mais parcours de soins complet et simplification**
  - ✓ **Alternative à la prémédication/analgésie efficace/technique chirurgicale peu invasive**
- La RAC est institutionnelle
  - ✓ **Implication des directions**
  - ✓ **Création de nouveaux métiers: qualicien/ ingénieur de flux / IDE de coordination**
  - ✓ **Valorisation de l'IDE / du kiné / de l'AS / du brancardier**
- La RAC est un parcours organisé en constant perfectionnement
  - ✓ **La sortie s'organise avant l'entrée : anticipation, amélioration du lien avec la ville**
  - ✓ **L'information et la participation du patient et de son entourage familial et professionnel au centre de votre prise en charge**

## *4 Nouveaux actes infirmiers dans le cadre de soins postopératoires*

Depuis le 1er janvier 2021, l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signé en mars 2019, a introduit 4 nouveaux actes permettant à l'infirmier, sur prescription et avec l'élaboration d'un protocole écrit, la prise en charge de soins postopératoires à domicile :

1. Séances de surveillance clinique et d'accompagnement postop à domicile des patients ambu ou RAC
  - 3 séances maximum entre J0 et J+6 (AMI 3.9)
2. Séance de surveillance et/ou retrait de cathéter péri nerveux pour une analgésie post op
  - Un acte de surveillance (AMI 4.2) par jour pendant 3 jours consécutifs
3. Retrait de sonde urinaire
  - Cet acte (AMI 2) est ajouté aux soins courants infirmiers
4. Surveillance de drain de redon et/ou retrait postopératoire de drain
  - 2 séances maximum (AMI 2.8) par patient à partir du retour au domicile

Ces dispositions devraient permettre d'accélérer certaines sorties de patients RAC sans dégrader la sécurité de la prise en charge.

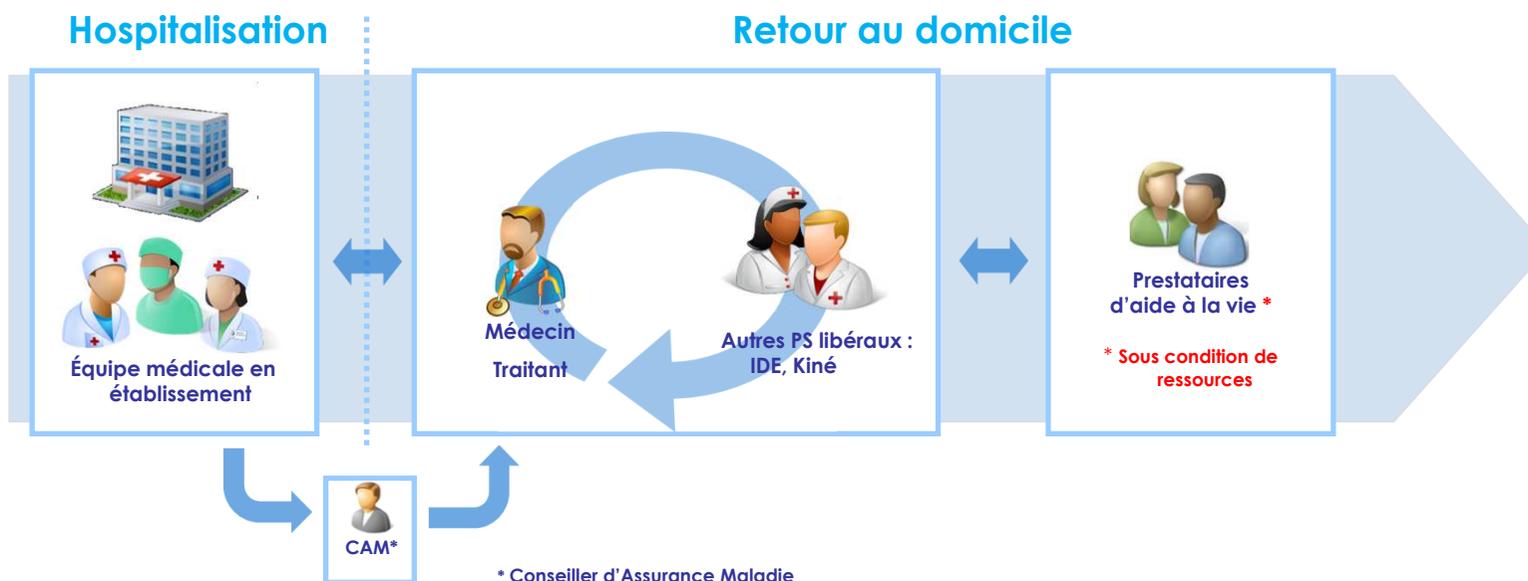
## OBJECTIFS

### Objectifs globaux du programme PRADO CHIRURGIE



## Les grandes étapes de la démarche PRADO

Objectifs du programme : anticiper les besoins du patient et fluidifier le parcours hôpital - ville



CAM = facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile  
=> il n'intervient pas dans les décisions médicales

## *Hôtels Hospitaliers*

Déclinaison de la [mesure 17 du Ségur de la santé](#)<sup>\*</sup>, la généralisation des hébergements temporaires non médicalisés (HTNM) fait suite à un dispositif expérimental :

- La prestation ne pourra excéder 3 nuits consécutives sans intervention, et 21 nuits dans sa totalité.
- Pour mettre en œuvre le dispositif, les établissements volontaires doivent tout simplement se déclarer auprès de l'ARS dans le mois qui précède l'ouverture de l'activité.
- Pour accompagner la mise en œuvre de l'activité, un remboursement est assuré par l'assurance maladie : forfait de 80 € la nuitée comprenant les frais d'hébergement des patients et de leurs accompagnants ainsi que leurs repas.

**L'HTNM a vocation à s'inscrire durablement dans les parcours de soins hospitaliers chirurgicaux notamment avant et après hospitalisation courte.**

*\*décret n° 2021-1114 du 25 août 2021 et arrêté du 21/10/2021 concernant les critères d'éligibilités des patients.*

# *Quelques résultats*

*Edwige OLMEDO, Chef de projet, ARS ARA*

*Philippe DEVILLERS, Assistant projet, APSIS Santé*

Un suivi de la démarche à 2 niveaux :

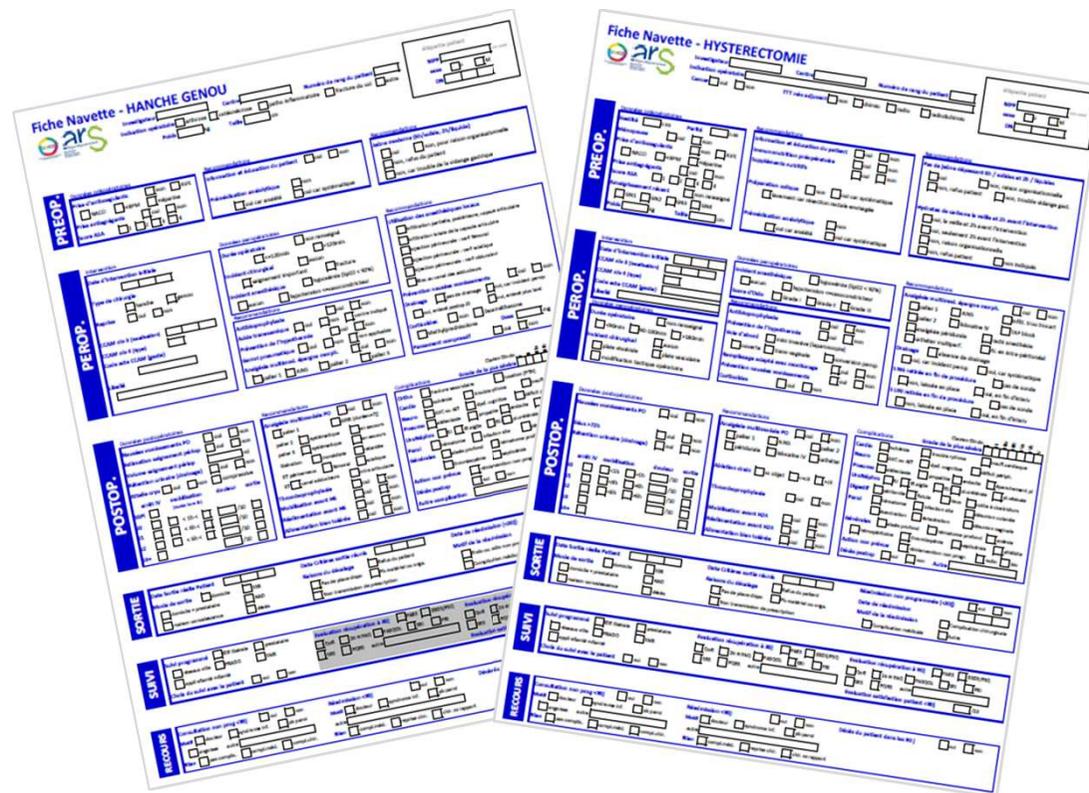
- MICRO → Audit des pratiques au quotidien par les équipes
- MACRO → Suivi au niveau régional de 4 indicateurs retenus avec des données détaillées par trimestre via le PMSI

# 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 pour tous les gestes (sauf la néphrectomie, non incluse dans GRACE AUDIT)

**Malgré le temps important nécessaire, la plupart des équipes se sont organisées pour faire ce suivi.**



# Suivi MACRO - PMSI

**Suivi d'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 GHM ou geste chirurgical pour les procédures des 3 vagues :**

## Chirurgie orthopédique

Prothèses de genou  
Prothèses de hanche  
Coiffe d'épaule

## Chirurgie du Rachis

Hernies discales

## Chirurgie Urologique

Cystectomie  
Néphrectomie

## Chirurgie gynécologique

Hystérectomies  
Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes  
Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes

## Obstétrique

Césarienne

## Chirurgie thoracique

Interventions majeures sur le thorax  
Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire  
Interventions sous thoracoscopie

## Chirurgie viscérale - Colorectal

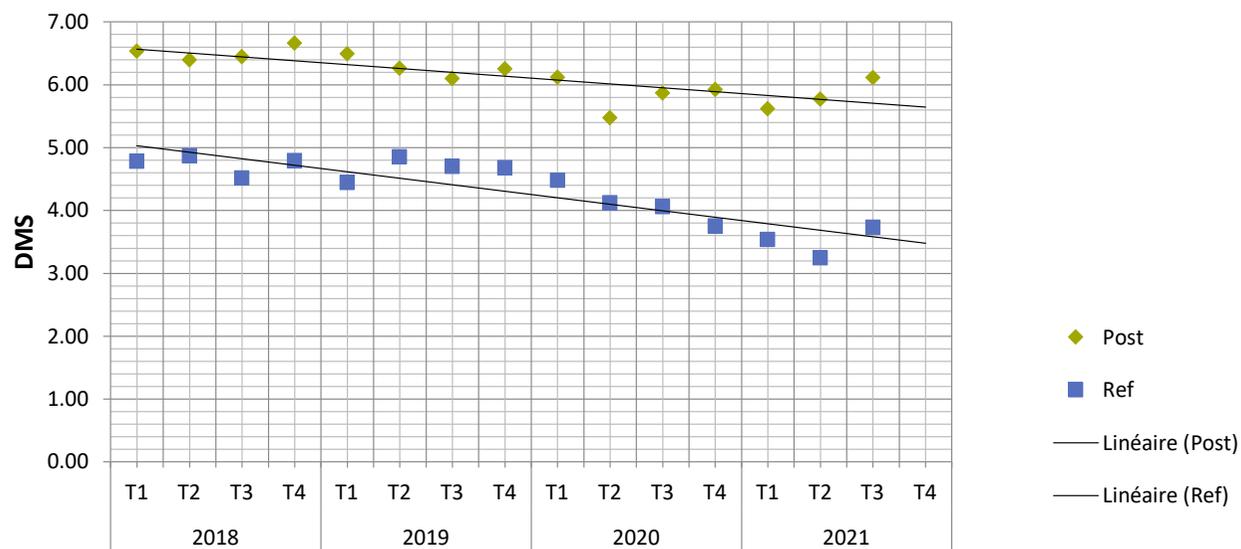
Résections rectales  
Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon

## Chirurgie bariatrique

Interventions digestives pour obésité

## Suivi « MACRO » : Chir orthopédique Prothèse de genou (PTG - 08C24)

### Evolution de la Durée Moyenne de Séjour



Trimestres de 2018 à 2021

### Résultats des établissements participants aux vagues 1, 2 et 3:

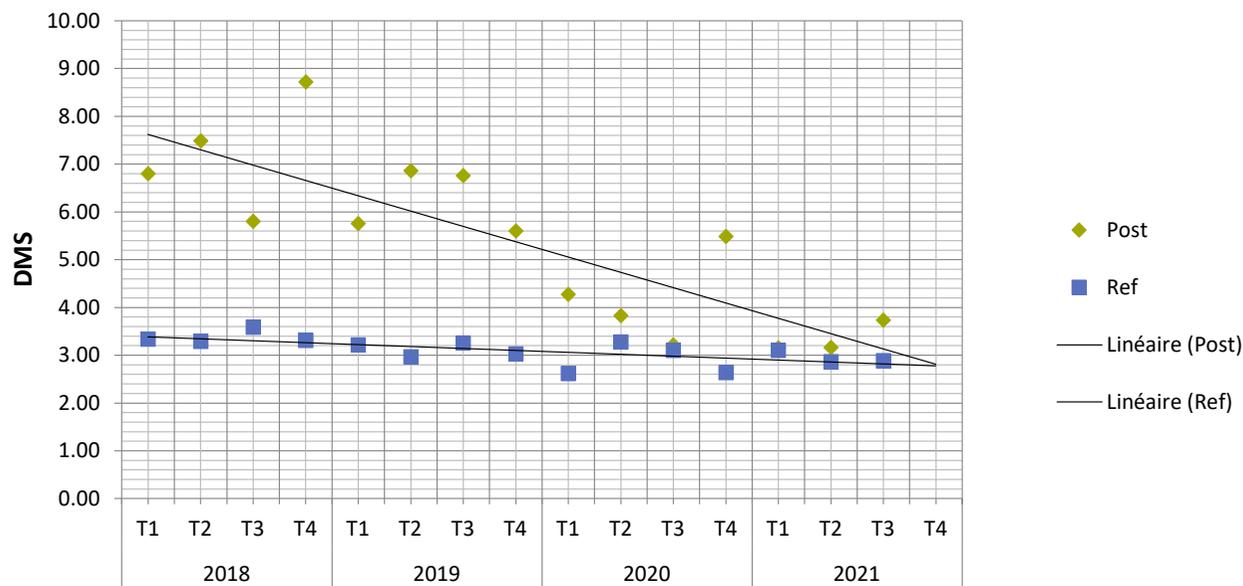
#### ➤ Impact positif sur la DMS :

- - 1 jour pour les postulants
- - 2 jours pour les référents

# Suivi « MACRO » : Chir Gynécologique

Hystérectomies et Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes – racines : 13C03, 13C14, 13C15

## Evolution de la Durée Moyenne de Séjour



Trimestres de 2018 à 2021

### Résultats des établissements participants aux vagues 2 et 3 :

#### ➤ Impact positif sur la DMS :

- - 4 jours pour les postulants
- - 1 jour pour les référents

## Suivi « MACRO » : Séjours cochés RAC

### 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 RAC

- Dans la région, la RAC augmente dans la plupart des racines GHM cibles
- Augmentation de 16% à 24% de RAC (-20% d'activité globale en 2020 [COVID])
- Différence DMS des séjours RAC / non RAC toujours aussi marquée (baisse de la DMS RAC de 4,2j à 3,8j en 2020)
- Le pourcentage d'activité RAC taguée hors GHM cible reste de l'ordre de 14%
- Ce qui pourrait montrer l'intérêt d'étendre les GHM cibles de l'arrêté

racine	2019				2020			
	séjours HC non cochés		séjours HC cochés RAAC		séjours HC non cochés		séjours HC cochés RAAC	
	nb_sej	DMS	nb_sej	DMS	nb_sej	DMS	nb_sej	DMS
06C03	1 399	14.0	355	9.5	1 192	14.8	345	8.3
06C04	7 215	13.1	828	8.3	6 367	12.8	979	7.5
08C24	12 616	5.8	3 257	4.2	7 774	5.4	3 679	4.0
08C25	2 160	5.5	159	3.0	1 529	5.3	232	3.0
08C27	5 846	4.4	900	2.0	4 475	4.5	1 471	2.0
08C48	11 217	5.2	3 496	3.4	7 101	5.0	4 349	3.3
08C52	3 655	6.2	640	3.0	2 532	6.2	716	2.8
11C02	1 972	10.5	245	5.4	1 822	10.2	276	5.6
12C11	2 214	5.5	323	3.0	1 962	5.1	390	2.6
13C03	4 997	3.0	237	1.7	3 357	2.8	606	2.1
13C14	1 167	7.5	58	5.7	1 113	6.9	141	4.3

# Notre programme

*Dr Martine GELAS-BONIFACE  
Médecin Référent Chirurgie  
ARS Auvergne-Rhône-Alpes*



## *Les travaux saillants de la vague 3*

- La RAC est maintenant bien connue des professionnels
  - ✓ Les équipes médicales mettent en place les pratiques adaptées
  - ✓ Les chemins cliniques s'organisent et impliquent tous les acteurs
- Trois thématiques sont ressorties des travaux de la vague 3
  - ✓ Intégrer et affiner les prises en charge
    - De la pré-habilitation en amont aux suivis en aval
    - Avec une personnalisation accrue de la prise en charge
  - ✓ Favoriser le patient acteur
    - Par une information adaptée et des supports de communication multimédia
    - Par un coaching et un renforcement de son rôle
    - Par la démarche du patient Digne-Debout-Détendu
  - ✓ Maintenir l'engagement de tous
    - L'information / partage des protocoles / maintien des connaissances en interne
    - Les difficultés de la conduite du changement et de l'audit des pratiques

# RACtime – Workshop #1

**30**  
**nov.**  
**2021**

## 17h20 – Affiner les prises en charge

- *Personnaliser le “parcours” RAC césarienne – CHU Grenoble*
- *Pré-habilitation et RAC: indispensable association pour la cystectomie – HCL Lyon-Sud*

## 17h40 – Favoriser un patient acteur

- *La RAC: comme à la maison – CH Bourg-en-Bresse (PT Genou)*
- *Alternatives à la prémédication: tous les moyens sont bons – HNO (hystérectomie)*
- *Zen attitude multimode – Clinique du Parc Lyon (hernie discale)*

## 18h10 – Maintenir l’engagement de tous

- *Une vidéo pour information interne – CH Vichy (hystérectomie)*
- *Du patient debout au patient ambulatoire – Médipôle de Savoie (épaule)*

**14**  
**déc.**  
**2021**

# ...suivi de RACtime – Workshop #2

# Personnaliser le “parcours” RAC césarienne

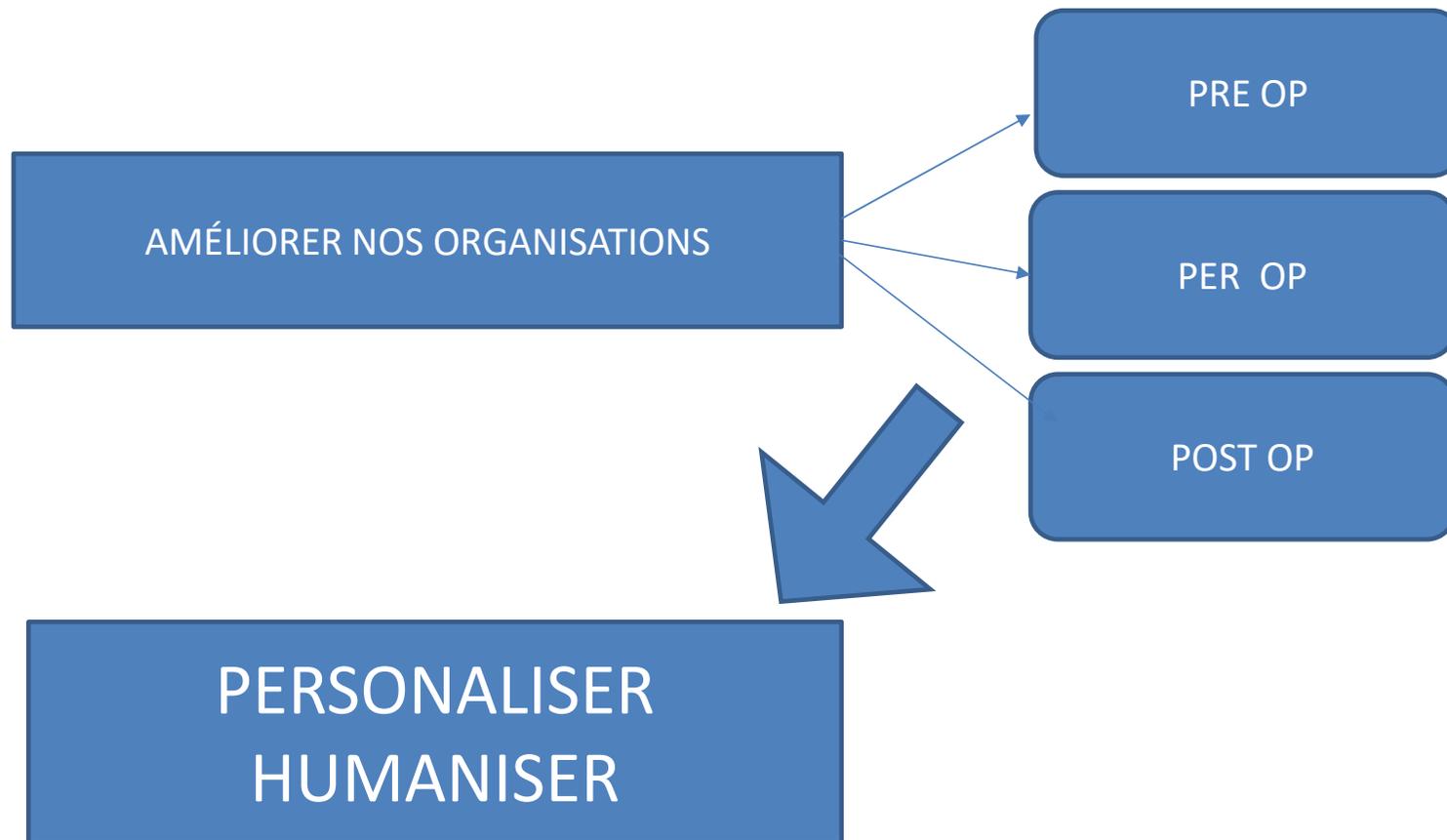
*Pr Didier RIETHMULLER, Chir Gynécologue  
Nadine VASSORT, CSS SF  
Valérie SAVOJI, CS SF*



**CHU Grenoble Alpes**

**CÉSARIENNE**  
**Site Postulant**

# Nos objectifs

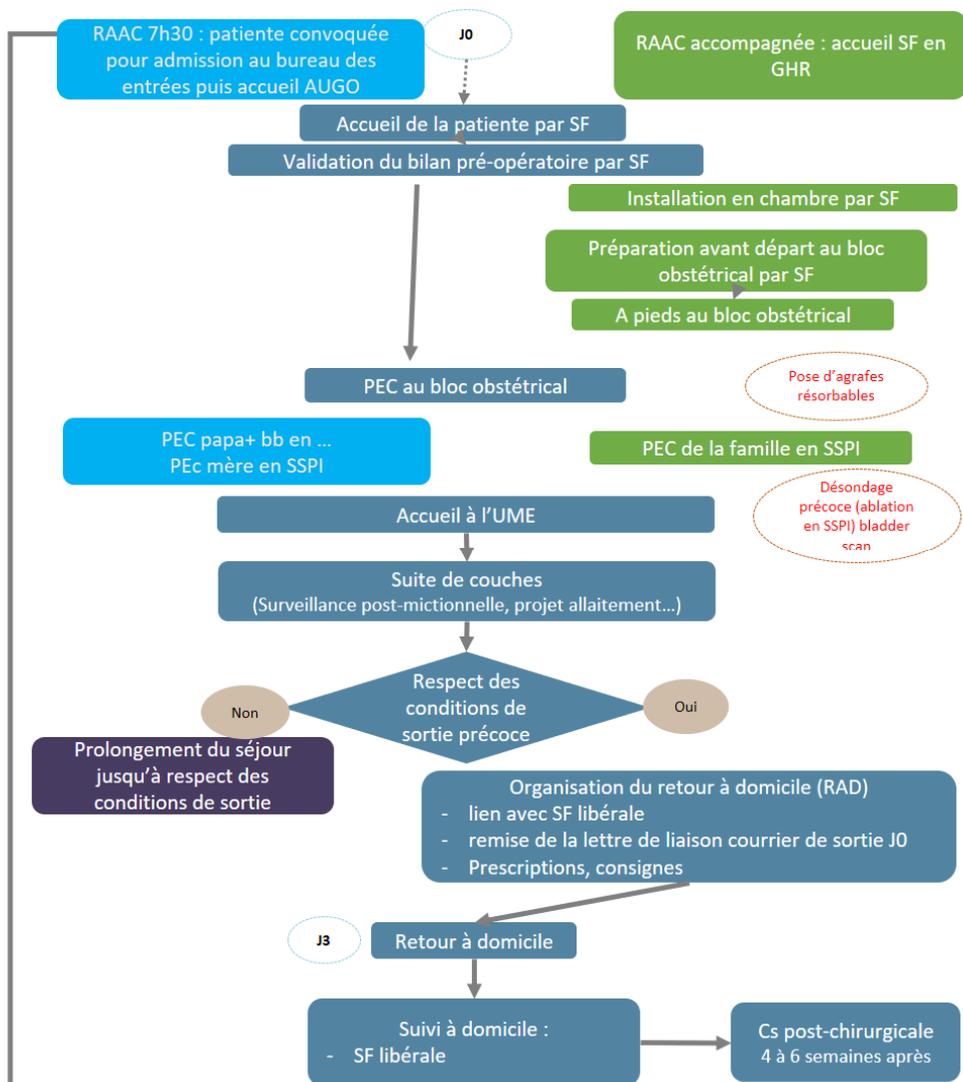
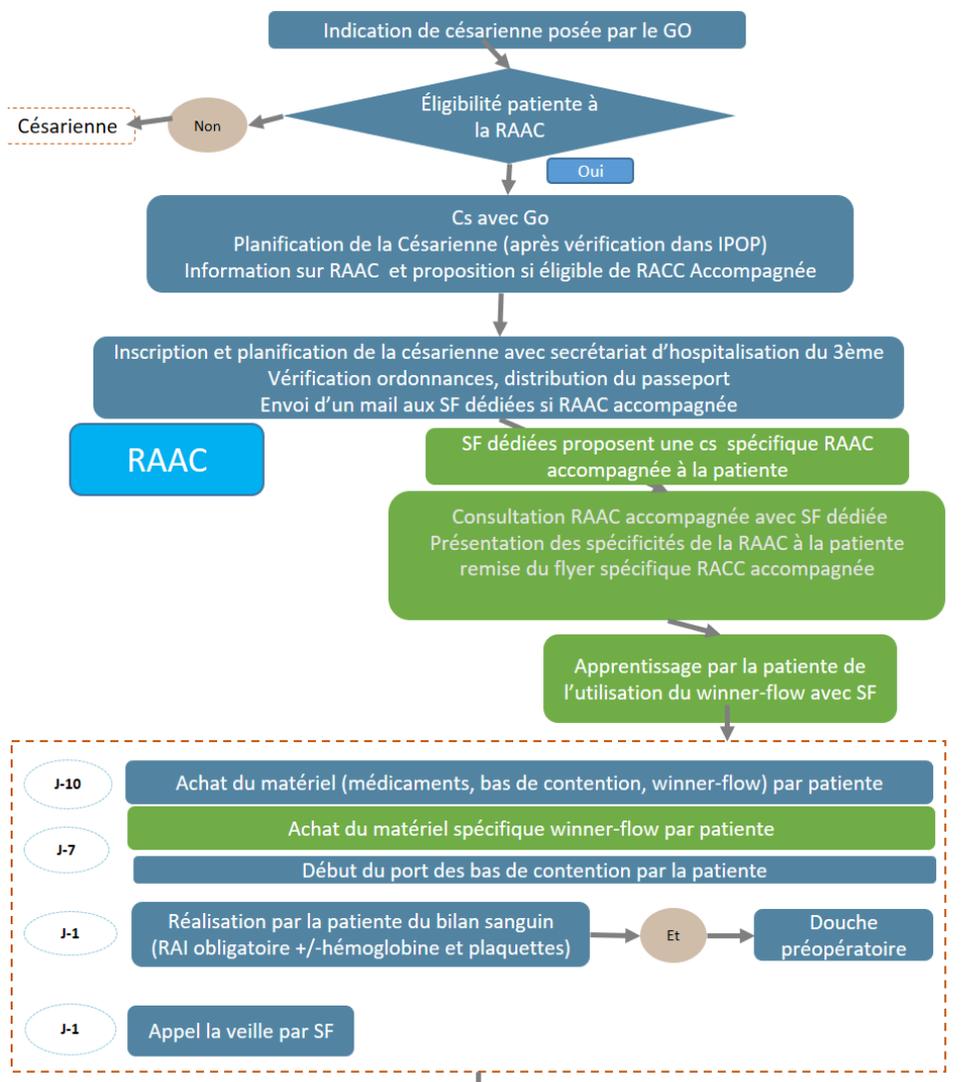


## Objectifs !

- Vécu positif de l'accouchement
- Améliorer le post-partum
- Diminuer la morbidité
- Aboutir à une meilleure relation couple-enfant
- Permettre des sorties plus précoces

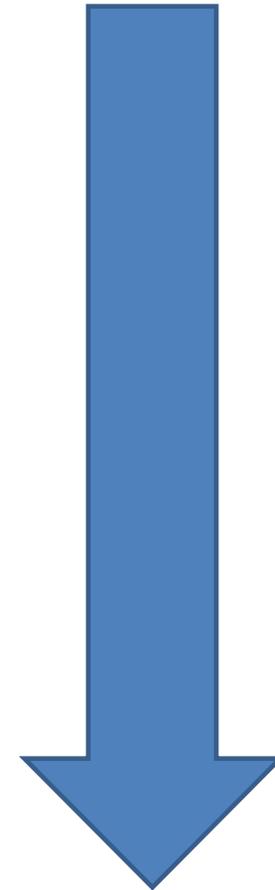


# Comment ?



## Pour faire simple...

- Dossier staffé pour éligibilité
- Cs dédiée en amont par SF dédiée
- Appel de la veille par cette SF
- Accueil J0 par cette même SF
- Accompagnement du couple par cette SF :
  - Installation en chambre
  - À pied au bloc
  - Pendant la césarienne
  - Encadrement peau à peau
  - SSPI



## Organisation Personnalisation

- Sanctuarisation autour de 2 jours fixes sur la semaine
- Hospitalisation J0
- Patient debout
- Présence du conjoint en salle d'opération
- Encadrement du couple par SF dédiée et qui l'a vu en amont en cs

## Retours des patientes

- À ce jour non évalué mais selon les professionnels de la VPN : très bon
- Projet de questionnaire de satisfaction spécifique avec étude prospective prévue en 2022

# *Pré-habilitation et RAC: indispensable association pour la cystectomie*

*Pr Philippe PAPAREL, Chir Urologue  
Béatrice FERREBOEUF, IDE coordination RAC*



**HCL / CHU Lyon-Sud**

**CYSTECTOMIE  
Site Référent**

## But de la Préhabilitation

- Augmenter les capacités fonctionnelles du patient avant la chirurgie
- Améliorer le temps de récupération
- Limiter les complications postop

## Critères d'inclusion

- **Homme/ Femme** candidat à une **chirurgie majeure de la vessie**
- Délai entre la consultation préop et la chirurgie  **$\geq 4$  semaines.**



# LES GRANDS PRINCIPES DE CETTE PRÉPARATION



# PRÉPARATION PHYSIQUE ET RESPIRATOIRE

❑ Evaluer l'activité physique du patient afin de lui proposer un programme adapté.

=> **Kiné** 3f /sem.

=> **MAPA** 1 à 2f / sem.

Lien internet

<https://www.chu-lyon.fr/fr/prehabilitation-avant-chirurgie-majeure>

❑ Spirométrie incitative :

*Voldyne*



*Triflo*



## PRÉPARATION NUTRITIONNELLE

- Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) si nécessaire
- ORAL-IMPACT (sauf contre-indication) 7j avant l'intervention.
- Suivre les recommandations de la SFAR/SFNCM avant et après la chirurgie afin d'optimiser la cicatrisation et le rétablissement général.



## PRÉPARATION PSYCHOLOGIQUE

- Appel téléphonique de l'IDE Coordinatrice / Evaluation psychologique
  - Etat général : santé, moral
  - Cohérence cardiaque
  - Ecoute
  - Séance de RESC



renforcement  
positif,  
anxiolyse



## UN PARCOURS DE SOINS ENCADRÉ PAR UNE IDE DE COORDINATION

Accompagnement et suivi  
des patients avant, pendant  
et après la chirurgie.



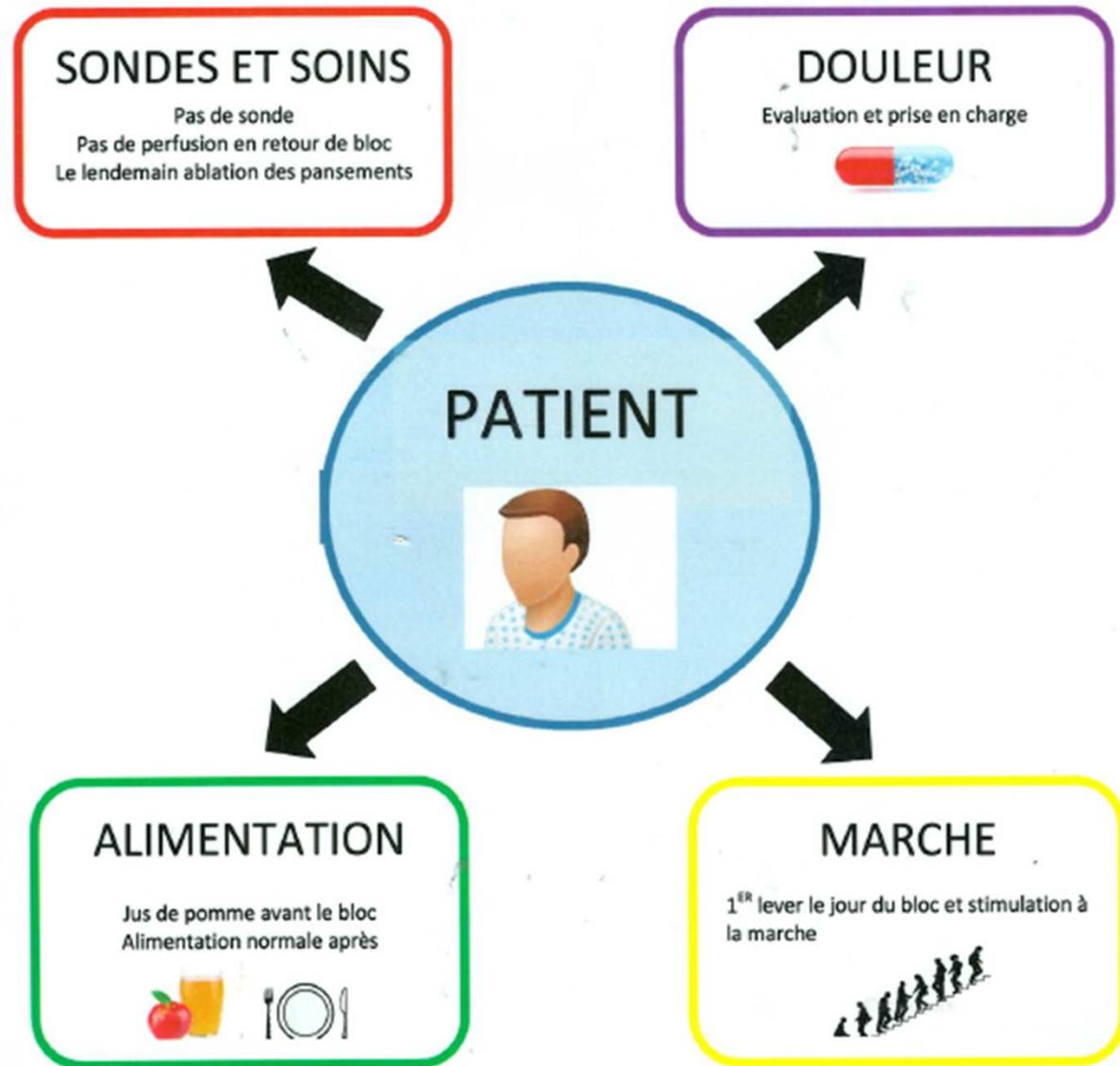
Notre rôle est d'informer, éduquer et coordonner le  
parcours de soin afin que le patient devienne acteur de  
sa prise en charge.

# LE RÔLE DE L'IDE DE COORDINATION

- **En consultation: présentation du programme Préhabilitation et RAC**
  - Adhésion au programme et instauration d'une relation de confiance
  - Point sur l'activité physique et nutritionnel du patient
  - Remise de documents (brochure, carnet de bord, spiromètre, ordo kiné, CNO)
  - Supervision de l'activité physique par kiné ou MAPA
  - Correction de l'anémie par injection de FERINJECT si nécessaire
- **Appels téléphoniques hebdomadaires**
  - encourage et mesure l'observance du patient
- **Evaluation de l'anxiété**
  - proposition de séances de RESC
- **Appel téléphonique du lendemain**
  - point sur le retour à la maison, traitements, examens...
- **Information /formation du personnel soignant et administratif**
  - réunion, création de poster, brochure
- **Communication interne pour fédérer autour du parcours de soins**

# LA PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE

- PEC de la douleur
- Lever précoce
- Réalimentation rapide
- Ablation des appareillages
- Éducation



A l'aide d'une équipe pluridisciplinaire, le patient devient acteur de sa prise en charge. Celle-ci est réajustée en fonction de l'avis médical.

# L'INTÉRÊT DE CE PARCOURS DE SOINS

## ● Pour le patient

- Implication dans sa prise en charge
- Améliore sa qualité de vie: diminution de l'anxiété, renforcement positif, meilleure appréhension de la chirurgie
- Facilite la récupération postop: hospitalisation plus confortable, plus courte, meilleur vécu
- Limite la survenue de complications et de leur gravité (infections abdominales, pulmonaires, phlébites...)

## ● Pour l'équipe et l'institution

- Cohésion d'équipe (IDE, Kiné, MAPA, médecins)
- Optimisation de la durée d'hospitalisation

## ● Au-delà...

- Proposer une offre de Préhabilitation et RAC à l'ensemble des spécialités du Pôle Chirurgie
- Montrer l'implication du patient grâce au programme physique adapté et personnalisé

# LES LIMITES DE CE PARCOURS DE SOINS

## ● Aspects organisationnels

- Efficacité de la Pré habilitation si 5 jours par semaine x 4 semaines
- Délai parfois court entre la consultation et la chirurgie
- « Manque » de kinésithérapeutes

## ● Gestion du changement

- Motivation des équipes et du patient
- Combattre les idées reçues
- Vigilance constante sur les protocoles
- Mouvements permanents des professionnels

# *La RAC: comme à la maison*

*Dr Hervé ARNOULD, Chir Orthopédiste  
Anne ROUSSEL, CS Ortho*



**CH Bourg-en-Bresse**

**PT GENOU**

**Site Référent**

## « Quand il y a une volonté, il y a un chemin »

- Une stratégie, c'est faire des choix et mettre des ressources en face de ces choix.
- Motivation du chirurgien (la RAAC n'est pas chirurgicale mais le chirurgien doit s'investir en premier)
- RAAC: secteur stratégique pour chirurgie orthopédique
- Le parcours de soins c'est le patient qui le connaît.
- Décloisonner entre les acteurs de santé.
- La COVID a eu un effet accélérateur qui a favorisé l'anticipation.
- Santé 2030

## D'où sommes-nous partis

- Réunions d'informations collectives pluri disciplinaires depuis 2012 que nous voulions encore plus développer
- Implication de l'établissement: élément essentiel qui avait été compris
- Comme à la maison? Patient autonome.
  - Lever avant J1: **tout le monde peut en bénéficier**
  - Retour à domicile
  - Séjour de moins de 5 jours

## Pour aller où?

- Préparation complète pré hospitalisation
- Organisation des soins et de la prise en charge
  - Travail pré rééducation
  - Préparation aseptie
  - Appel pour heure d'arrivée
  - Le jeûne moderne
- Comme à la maison. Patient autonome.
  - Pas de réadmission (PTH: 5,1%, PTG: 3,8%)
  - Pas de réintervention (PTH: 3,8%, PTG: 3,3%)
  - Pas de complications (PTH: 12,7%, PTG: 10,7%)
  - Pas de rappel patient (PTH: 3,4%, PTG: 3,4%)
    - Source symposium SOFCOT nov-2021

## Où en sommes nous?

- Consultations séparées chirurgie-anesthésie
- Consultation IDE RAAC le même jour que la consultation anesthésie
- Retour à domicile dans 80% des cas
- Objectif **PRIMORDIAL**: Lever avant J1
- Les moyens
  - Consultation infirmière: Film sur le « parcours du patient en RAAC »
  - Passeport RAAC
  - GRACE
  - Trajets de rééducation dans le service RAAC
  - Lunettes de réalité virtuelle
  - Salon de repos dans le service RAAC
  - Convention avec THERAPERF pour gestion antalgiques à domicile

## Nos objectifs avec le projet

- Améliorer notre mode de prise en charge pendant l'hospitalisation vers encore plus d'autonomie
- Faire adhérer au concept l'ensemble des patients et l'ensemble des praticiens. Rôle du chirurgien
- Travailler sur l'analyse de nos pratiques

## Les accélérateurs: actions mises en place

- Le projet a été un formidable accélérateur (moins visible à cause de COVID)
- Formalisation du passeport RAAC avec l'ensemble de l'équipe
- Moyens matériels: lunettes de réalité virtuelle, trajet de rééducation, salon de repos
- Moyens professionnels: la douleur
- Moyens institutionnels: faire savoir, usagers, implication administrative

## Les révélateurs: difficultés rencontrées

- La COVID: période mono-tâche, transversalité, résilience.
- Passivité des acteurs médicaux (chirurgiens)
- Difficultés organisationnelles pour la consultation infirmière
- Difficultés d'évaluation par GRACE
- Le jeu moderne

- Adhésion de 4 chirurgiens sur 5: inespéré et formidable!
- Implication administrative forte: espéré et réussi, mais personne dépendante?
- Service en « construction »: pas de lieu d'hospitalisation stable du fait des contraintes de la réhabilitation
- Analyse encore faible de toutes nos pratiques

## Evaluation: « Comme à la maison »

### ➤ Patient autonome.

- Lever avant J1: **tout le monde peut en bénéficier**
- Retour à domicile pour presque tous (les patients étaient chez eux avant!)
- Séjour de moins de 5 jours. **Vite mais pas trop vite**

# Evolutions

- Maintenir la motivation chirurgicale. La RAAC est la règle pour PTG.
- Prise en charge de la douleur (attention au rebond à J2)
  - Douleur mal contrôlée dans 20% J2, 10% J3 (symposium SOFCOT nov-2021)
- Avoir un lieu de travail stable avec une organisation conforme à nos engagements
- Envisager dans le même esprit l'évolution vers l'ambulatoire
- Plateforme de suivi / informatisation avec accompagnement (objets connectés)
- L'environnement au travail
  - Conserver le lien avec le patient
  - Qualité du travail
  - Développement durable

# *Alternatives à la prémédication: tous les moyens sont bons*

*Dr Claire CHOPARD-LALLIER, Chir Gynécologue  
Dr Caroline MARÉCHAL, MAR  
Marie-Paule SÉON, SF Coordinatrice*



**Hôpital Nord-Ouest**  
(CH Villefranche/Saône)

**HYSTÉRECTOMIE**  
**Site Postulant**



## La RAC implique des modifications de pratiques

- **En chirurgie**
  - Ablation de la sonde à demeure dès la salle de réveil
  - En cas de coelioscopie, pression d'insufflation réduite
- **En anesthésie**
  - Monitoring de la profondeur de l'anesthésie (BIS)
  - Anesthésiques locaux et analgésie loco-régionale
    - infiltration des orifices de trocart et instillation de la cavité péritonéale
    - OU TAP Bloc uni ou bilatéral en fin
    - OU péridurale thoracique pour certaines laparotomies élargies
  - Utilisation majorée de Lidocaïne IVSE (épargne morphinique)
    - bolus de 1,5 mg/kg sur 20-30 min puis 1,5 mg/kg/h
  - Prévention des NVPO
    - bithérapie antiémétique en perop + prescription systématique postop
    - si score d'Apfel > 2 ou ATCD de NVPO, le N<sub>2</sub>O est évité



## Les alternatives à la prémédication

- Prémédications de moins en moins utilisées en raison d'un bénéfice risque en défaveur: risque de chute chez la personne âgée, risque de réveil prolongé...
  - **Mais nécessité d'une alternative car l'anxiété préopératoire est estimée de 60% à 80%\* en France**
    - \* K. Shevde et G. Panagopoulos, « A Survey of 800 Patients' Knowledge, Attitudes, and Concerns Regarding Anesthesia », *Anesthesia and Analgesia* 73, no 2 (août 1991): 190-98
- Une diminution de l'anxiété préop augmente la satisfaction des patients.
- **A l'HNO, plus de prémédication depuis plusieurs années sauf cas exceptionnel**



## RAC hystérectomie

- **Une gestion collective pluridisciplinaire avec une prise en charge bienveillante et attentive centrée sur le patient**
- Mise en place de méthodes alternatives :
  - casque à réalité virtuelle (Gamida)
  - boîtier de relaxation Morphée
  - hypnose (équipe d'IADE formée )
  - acupuncture et massage Tui Na (apaiser le chen)
    - lorsque les effectifs le permettent (quelques sages femmes formées)



## Pourquoi un si large panel de solutions ?

- Il n'y a pas de moyen prédictif pour savoir à quel dispositif la patiente va être sensible.
  - Les patientes sont très demandeuses de ces techniques.
  - Chaque dispositif a des avantages et des inconvénients, pour la patiente et pour l'équipe
- **Il est primordial de laisser le choix à la patiente.**



## S'adapter à l'anxiété et aux préférences du patient

- En cas de **faible ou moyenne anxiété**, privilégier les moyens techniques qui permettent de libérer du temps humain pour d'autres soins
  - Musique relaxante OU Casque à réalité virtuelle
    - Certains patients refusent les casques à réalité virtuelle.
    - Le dispositif Morphée est moins « invasif » puisqu'il n'y a pas de dispositif à placer sur le visage.



Dispositifs peu chronophages en moyens humains



Claustrophobie, vertige (casque)  
Coût d'acquisition





## S'adapter à l'anxiété et aux préférences du patient

- En cas de **forte anxiété**, préférer une intervention humaine plus efficace
  - Acupuncture OU Hypnose
    - Les patientes jeunes semblent plus sensibles à l'hypnose.
    - L'hypnose peut en effrayer certaines (perte de contrôle, image de l'hypnose spectacle...).
    - Les aiguilles ne plaisent pas à d'autres...
  - La faisabilité de la séance d'hypnose ou d'acupuncture est en fonction des personnes disponibles le jour J



**Efficacité de l'intervention humaine**



**Coût (impossible d'utiliser ces techniques pour tous)  
Compétence et rotation des personnels**

# *Zen attitude multimode*

*Dr Christophe MOREL, Neurochirurgien  
Mme Bérengère de TILLY, Directrice  
Parcours Patients*



**Clinique du Parc Lyon**

**HERNIE DISCALE  
Site Postulant**

**PRISE EN CHARGE  
HERNIE DISCALE  
LOMBAIRE EN  
AMBULATOIRE  
RAAC**



## 66 patients ambulatoires (52%) opérés d'une Hernie Discale Lombaire d'octobre 2020 à octobre 2021

acte CCAM : LFFA002 / code diagnostic : GHS G551

Sexe : **38 hommes / 28 femmes**

Age moyen : **44 ans (20-72 ans)**

IMC : **moy 25,04 (max 33,9)**

[25-30] Surpoids : **n=24**

[30-35] Obésité modérée : **n=4**

ASA : **I n=51 (77%)      II n=15 (23%)**

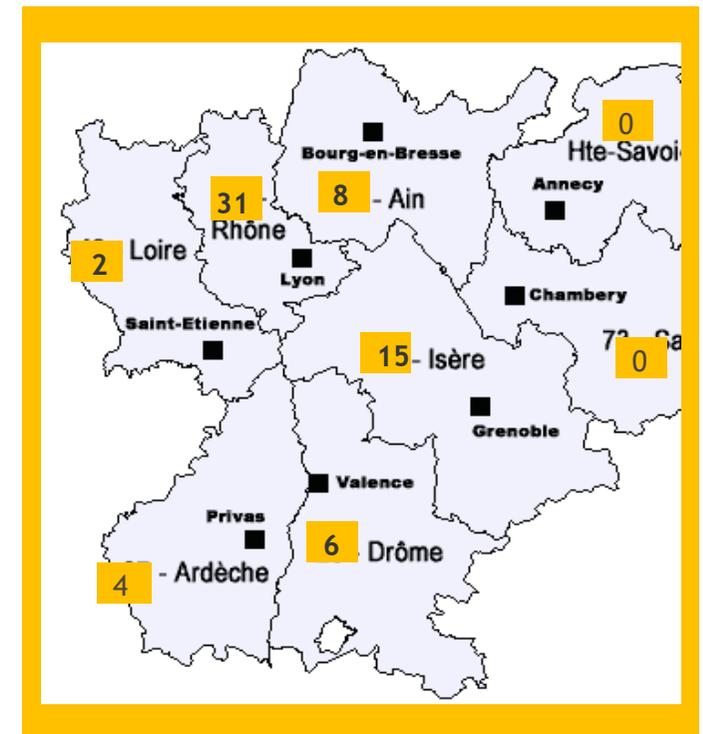
Distance domicile / Clinique du Parc Lyon :  
**43 km en moyenne (1-132 : Ardèche)**

Un étage/un côté disque cible :

**L5S1 : 40**

**L4L5 : 25**

**L3L4 : 1**



## Procédure préopératoire

- Consultation anesthésie présentielle ou téléconsultation
- Envoi électronique ordonnances postop (ttt antalgique, AINS, IPP), surveillance cicatrice, arrêt HBPM, document consignes péri opératoires, SFCR)
- Appel systématique la veille par chirurgien, SMS service

## Procédure opératoire

- Hospitalisation unité dédiée à partir de 6h30
- Intervention prioritairement en début de programme, durée totale < 1h (moy 25mn), pas de drainage

## Retour en chambre

- Premier lever, passage kiné puis chirurgien
- Départ au domicile en ambulance à partir de 18 h

**J+1 : Appel systématique par le service et le chirurgien**

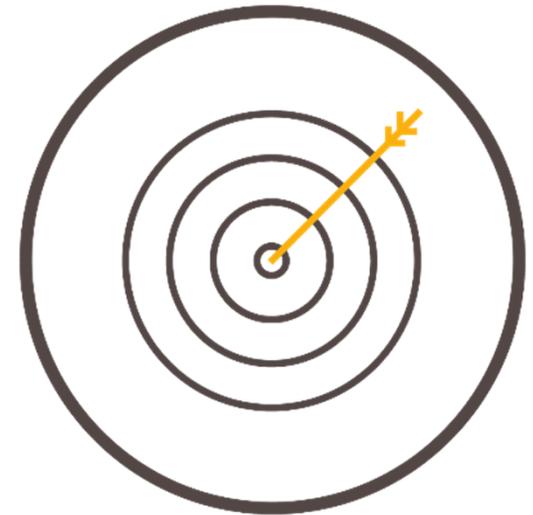


## Stratégie de communication

**Cible : patients opérés à la Clinique du Parc Lyon pour une HDL**

**Objectif : Informer, mobiliser et rendre acteur le patient dans sa prise en charge.**

**Pour ce faire, la Clinique du Parc Lyon a déployé plusieurs outils de communication à différents moments de sa prise en charge.**



## AVANT DE CONSULTER



**#1 Article Médical sur  
cliniqueduparclyon.com**

**Chirurgie de la hernie  
discale lombaire en  
ambulatoire**

**Lecteurs : 2086**

**Mise en ligne : 16/11/20**



## APRES LA CONSULTATION



**#2 Livret sur les consignes  
autour de la HDL envoyé par  
email aux patients**

**Refonte du support pour  
optimiser l'information  
délivrée et la rendre plus  
attractive**



## APRES L'INTERVENTION



**#3 Communiquer avant  
et après l'intervention :**

**1/ Vidéo envoyée par  
SMS**

**2/ Fiche consignes post  
op avec QR CODE**



# L'expérience et le bien-être des patients durant leur séjour

**#1 Envoi d'une vidéo par SMS la veille de l'intervention pour rappeler les consignes préop et rassurer le patient**

30.689 vues soit 95% de nos patients  
Mise en ligne : 01/09/21



**#2 Diffusion de contenu apaisant via des écrans dans les salons J0 et le salon du bloc**



**#3 casques de réalité virtuel Lumeen**



**#4 Promotion d'exercice sur la cohérence cardiaque**

Retrouver calme et détente en quelques minutes seulement.

TÉLÉCHARGER L'APPLICATION RESPIRELAX

TÉLÉCHARGEMENT IPHONE



TÉLÉCHARGEMENT ANDROID




Cette application gratuite est recommandée par les avis thérapeutes de la clinique du patient dans le cadre de la lutte contre le stress et l'anxiété.



**RESULTATS**

## Résultats

- **Aucun arrêt de la procédure**
- **Aucun appel nocturne**
- **Indicateurs de surveillance ARS :**
  - Aucune ré-hospitalisation dans les 7j / dans les 30jours
  - Aucune complication infectieuse ou thrombo-embolique
- **Indicateurs de satisfaction : procédure bien vécue**
  - Debono et al.(2017) 201 patients/2639 en 3 ans
  - à 6 mois: 60% bons résultats, 36% moyens, 4% incapacité
- **Données PMSI : DMS LFFA002 405 patients:**
  - 2,72 j en 2019, 2,21j en 2020, 1,24j en 2021
- **Discussion : « le virage ambulatoire » ma santé 2022**
- **Recommandation Haut Conseil Santé Publique : free standing centers**

# *Une vidéo pour information interne*

*Dr Yann LENGLET, Chir Gynécologue  
Dr Julien PASCAL, MAR  
Céline LOMBARDY, FF CSS  
Karine FAYOLLE, CS Urologie*



  
CENTRE HOSPITALIER DE VICHY

**CH Vichy**  
**HYSTÉRECTOMIE**  
**Site Postulant**

# AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE POUR HYSTÉRECTOMIE DES PATIENTES DU DÉBUT À LA FIN

---

## ❖ Avant l'hospitalisation :

- Création d'une consultation IDE RAC avec un rôle d'éducation renforcé pour l'IDE et une meilleure prise en charge des interrogations et des inquiétudes des patientes
- Développement d'outils d'informations (affiche – consignes – vidéos)

# AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE POUR HYSTÉRECTOMIE DES PATIENTES DU DÉBUT À LA FIN

---

## ❖ Le jour de l'intervention :

- prise en charge de la douleur, modalités d'anesthésie
- modalités d'alimentation, mobilisation : jeûne moderne, brancardage à pieds
- prise en charge de l'anxiété générée par l'opération : utilisation de casques 3D Deepsen, boîte Morphée
- création de petits salons dans le service d'hospitalisation et au bloc opératoire pour une meilleur prise en charge du patient autonome

*Valorisation de l'équipe paramédicale et médicale de Chirurgie Polyvalente*

# ZOOM SUR LA REALISATION D'UNE VIDEO

---

- ❖ Objectifs : expliquer aux patientes cette démarche innovante de prise en charge et leur donner une information complète
- ❖ Réalisation :
  - Conception du story-board
  - Implication des agents pour le tournage pour expliquer la prise en charge RAC
  - Détermination des propos tenus et des intervenants afin que les informations soient complémentaires et exhaustives
  - Volonté d'avoir une vidéo à l'image du projet et de ses acteurs : humaine et professionnelle

<https://www.youtube.com/watch?v=qqo9v8hdmvk>



## DIFFICULTES RENCONTREES

---

- ❖ Peu de difficultés d'une façon générale
- ❖ Organisation de la vidéo afin de ne pas entraver l'activité du bloc opératoire et des services de soins
  - Tournage réalisé en deux fois, un samedi matin pour le tournage des images
  - Tournage des interviews et des visages un deuxième jour
- ❖ Explications et accompagnement de l'actrice dans un contexte inhabituel et particulier pour elle.

## DIFFUSION DE LA VIDEO

---

- ❖ En interne à l'hôpital par une information générale.
- ❖ En externe à l'hôpital sur la page Facebook
- ❖ A plus long terme,
  - Information sera donnée aux patientes lors de leurs consultations préopératoires
  - Diffusion au niveau de la salle d'attente des consultations gynécologiques. Pour cela une vidéo sous-titrée a été réalisée.

# EVALUATION DE LA VIDEO

---

- ❖ Retours immédiats très bons en interne
- ❖ Retour des patientes lors de leur hospitalisation, lors de leur consultation à 90 jours.
- ❖ Réalisation d'un questionnaire de satisfaction ?

## CE QUI RESTE À METTRE EN PLACE

---

- ❖ L'élément majeur : Le brancardage à pieds jusqu'au bloc opératoire
  - Trouver des tenues adaptées pour les patientes
  - Travailler en collaboration avec l'équipe de brancardage intra-hospitalière pour développer cette démarche
  - Régler les problèmes matériels concernant la gestion des lits des patientes pour le retour post-opératoire
- ❖ Impossibilité de mettre en place actuellement le salon d'accueil au sein du service d'hospitalisation. Installation en cours au bloc opératoire.

# *Du patient debout au patient ambulatoire*

*Dr Michaël BENASSAYAG, Chir Ortho MS*

*Dr Luc DOUPEUX, MAR*

*Christine LESELLIER, Directrice des Soins*

*Guillaume GROS, Kinésithérapeute*

*Delphine LEVISTRE, CS Ortho*

*Nadège CINQUIN-PERRY, Assistante Qualité*



**Médipôle de Savoie**

**CHIRURGIE EPAULE**

**Site Référent**



**Consultation chirurgicale M-2**

Décision pec RAAC / AMBU

- Livret RAAC
- Ordonnance consult kiné pré op + coussin d'abduction
- Ordonnance post op (antalgiques, pansements, rééducation, bas de contention, ...)

**Consultation ARE J-15**

Validation RAAC / pec AMBU

- Jeûne moderne
- Prémédication
- Pec douleur

**Consultation kiné J-15**

Education patient

- Manutention coussin d'abduction
- Explications sur l'ity
- Exercices post op

**Pré admission J-15**

**Jour J**

Passage au bloc

- Reprise mobilité
- Reprise alimentation
- Rééducation



**Consultation post op M+2**

Chirurgien

**Consultation post op M+1**

Médecin du sport

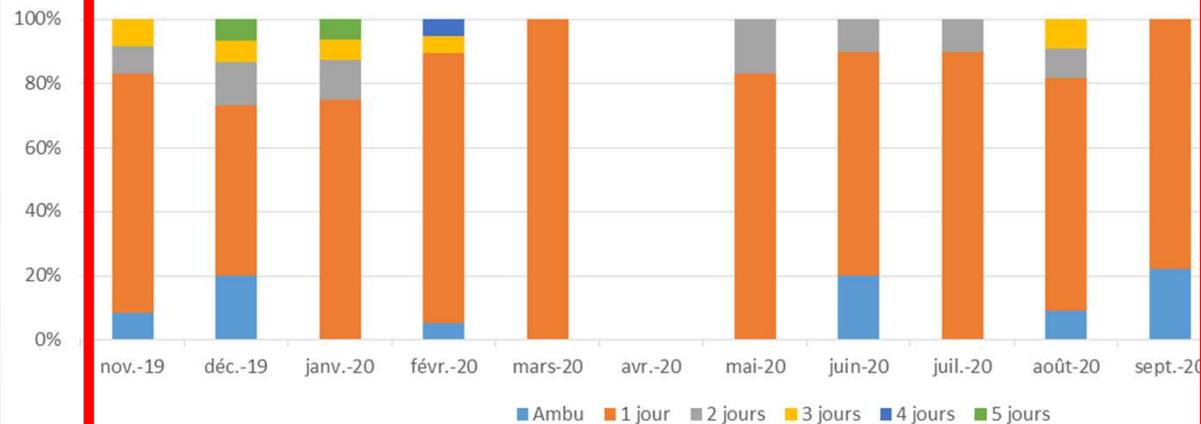
Séances de kiné post op sur 6 mois

## Parcours RAAC Chirurgie de l'épaule



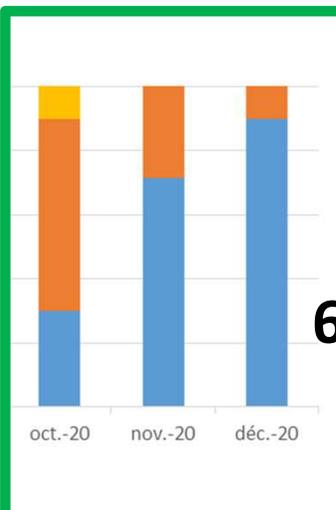
# Objectif : Développement de l'ambulatoire

Durée du séjour 2019 / 2020



**A CE JOUR**

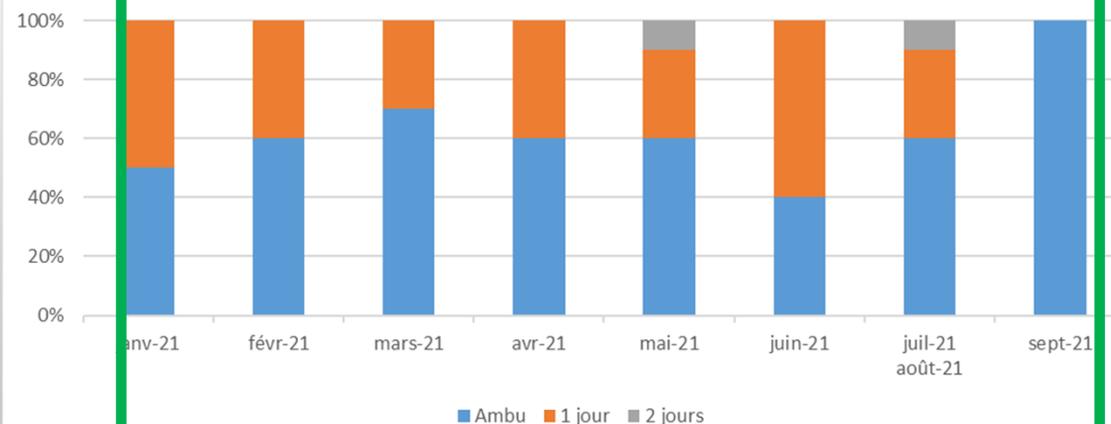
**60% des patients RAAC  
épaule en ambu**



**AVANT**

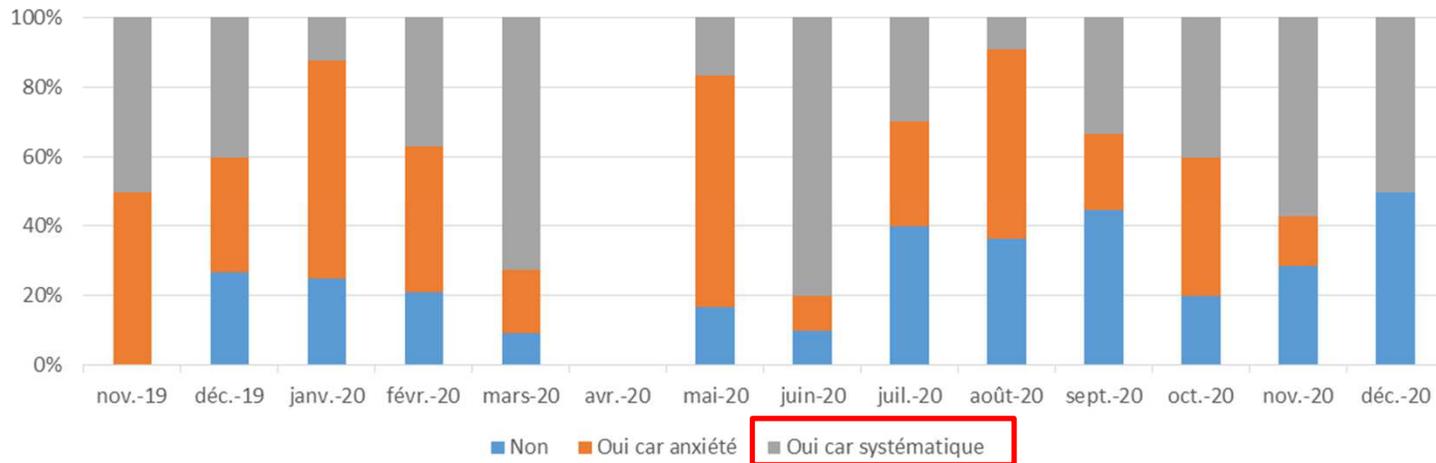
**Peu de patients pris en  
charge en ambulatoire**

Durée du séjour 2021



# Comment : Travail sur la prémédication

Prémédication 2019 / 2020



**AVANT**

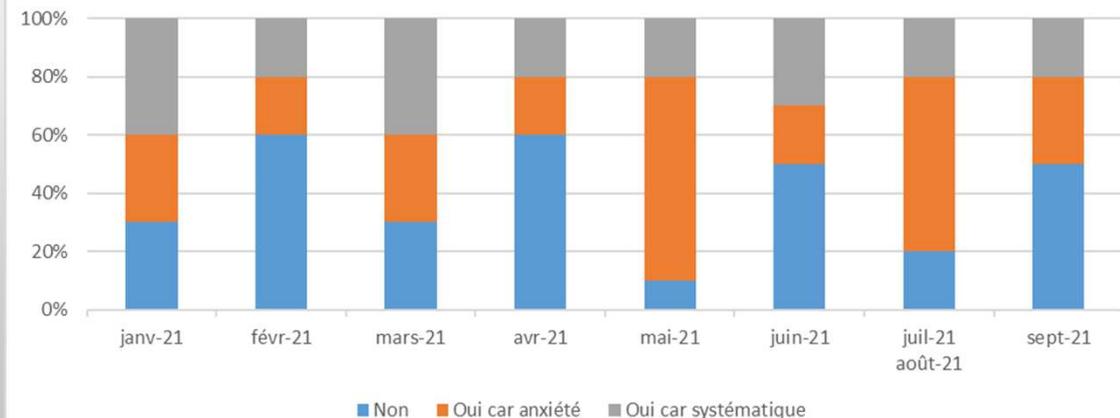
**Prescription souvent systématique**

**A CE JOUR**

**73% patients sans prémédication systématique (aucune ou anxiété)**

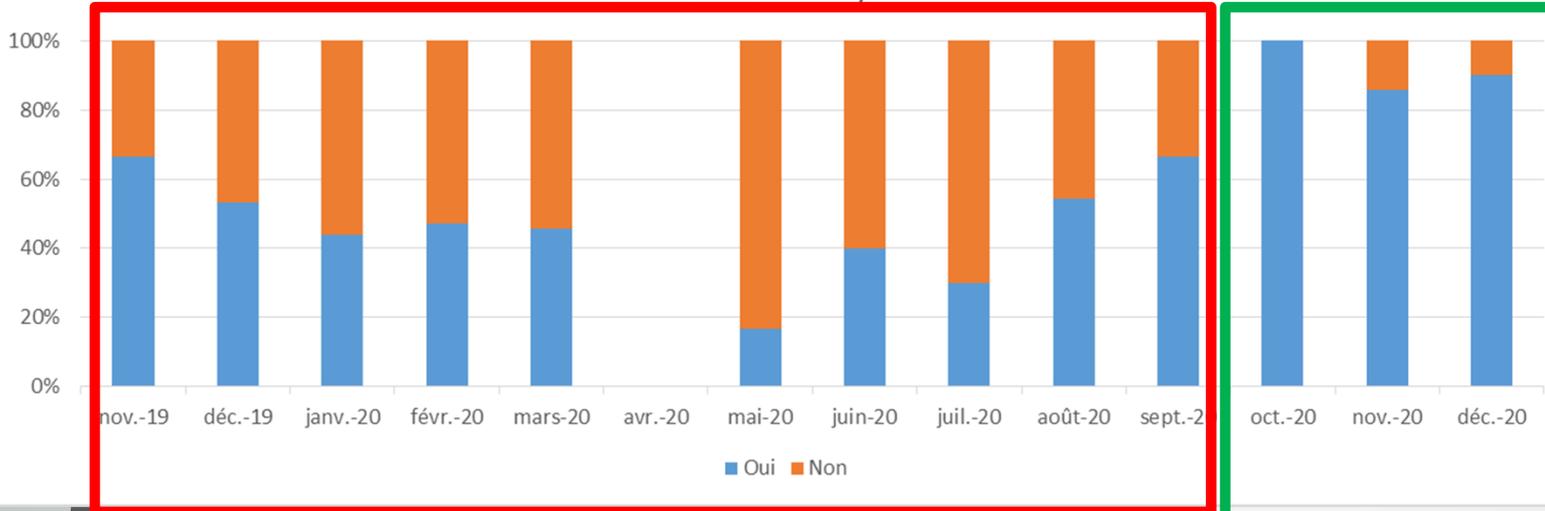
- Encore des améliorations à faire
  - Achat de masques de réalité virtuelle
  - Circuit patient debout depuis octobre
- ➔ Diminution des prémédications

Prémédication 2021



# Comment : Travail sur les corticoïdes

Corticoïdes 2019 / 2020



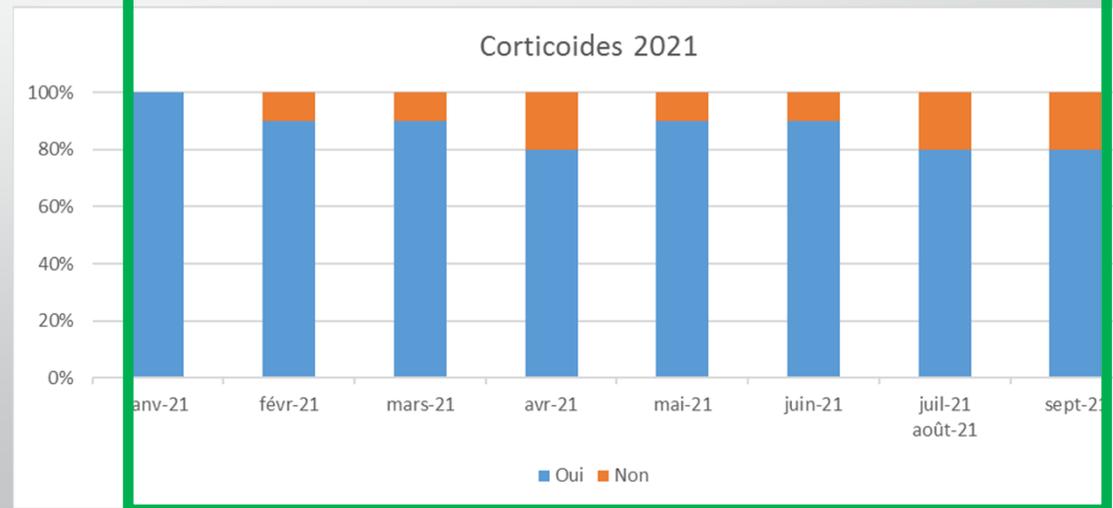
**A CE JOUR**

**90% des patients  
en moyenne**

**AVANT**

**Moins de 50% des  
patients**

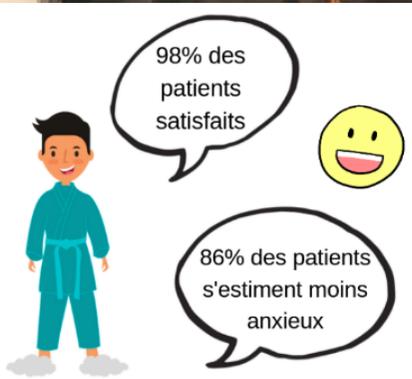
Corticoïdes 2021



# Circuit patient debout

- 70% patients ambu concernés
- **86% patients** pensent que cela a **diminué leur anxiété**
- **Réduction du temps de transport** (environ 1 min par patient)
- **Diminution de la charge physique et de la manutention** pour les brancardiers
- **98 % des patients sont satisfaits** de leur parcours à pied

→ **Seulement 22% des patients d'ambu sont prémédiqués**



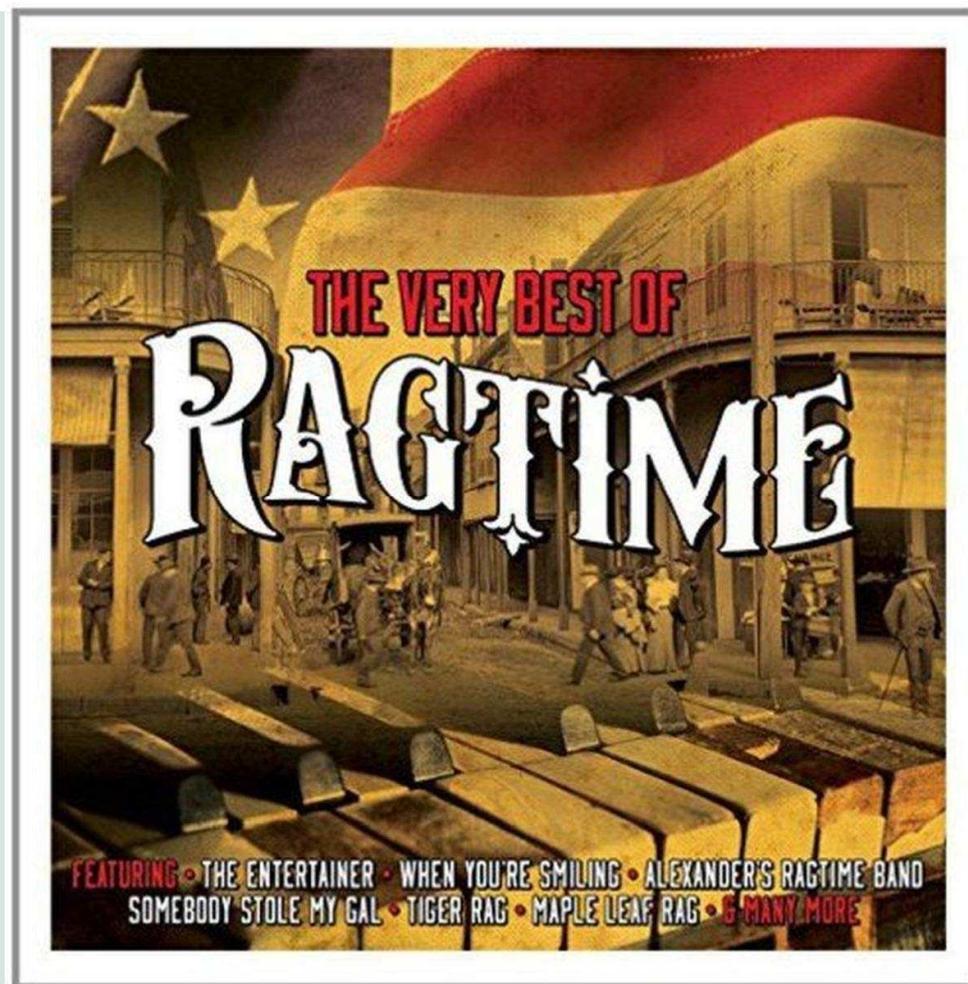
# Comment : Information patients et professionnels

- **Pour les patients :**
  - Film / animation pour **expliquer la RAAC**
  - Vidéo pour **l'installation du gilet d'abduction**  
<https://www.medipole-de-savoie.fr/services-et-specialites/chirurgie/chirurgie-orthopedique-des-membres-superieurs/>
- **Pour les professionnels :**
  - Formations en **e-learning**
    - ➔ Présentation de la RAAC
    - ➔ Chemin clinique
    - ➔ Installation gilet d'écartement
    - ➔ Quiz



# *Rendez-vous le 14 décembre pour le Workshop #2*

*Merci de vous inscrire en ligne*



## RACtime – Workshop #2

14  
déc.  
2021

### 17h00 – Développer la RAC

- *Créer une dynamique dans le service – CHU Clermont-Ferrand*
- *Intérêt d'un accompagnement ARS ? – CH Roanne & CH Firminy*
- *Faciliter l'audit des pratiques dans GRACE – CHU St Etienne & GRACE*

### 17h30 – RACtime

- *Généraliser la pré-habilitation en chirurgie abdominale majeure – HCL Lyon-Sud*
- *Transposition du parcours RAAC à la chirurgie vasculaire – Médipôle de Savoie*
- *Prise en charge personnalisée en chirurgie cardiaque – Infirmerie Protestante*
- *Maintenir un lien dynamique avec la patiente RAC – CHU Clermont-Ferrand*
- *L'innovation RAC pour la scoliose pédiatrique – HCL HFME*
- *La mastectomie totale en un jour grâce à la RAC – Centre Léon Bérard*

## ARS

**Edwige OLMEDO**, chargée de mission Performance  
04 27 86 56 21 – [edwige.olmedo@ars.sante.fr](mailto: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](mailto:martine.gelas-boniface@ars.sante.fr)

## AP SIS Santé

**Philippe DEVILLERS**, Directeur Associé, Consultant  
06 87 75 17 14 – [philippe.devillers@apsis-sante.com](mailto:philippe.devillers@apsis-sante.com)