

Séminaire de la Réhabilitation Améliorée en Chirurgie

Bilan régional de la démarche 2022/2023

Mardi 17 octobre 2023

INTRODUCTION

*Nadège GRATALOUP
Directrice de l'Offre de Soins
ARS Auvergne-Rhône-Alpes*

Analyses et résultats

Bilan de la démarche

Dr Martine GELAS-BONIFACE

Conseiller médical DOS

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Bilan des démarches d'accompagnement

3 vagues d'accompagnement successives :

- **Vague 1 (2015-2016):** 38 équipes dans 3 spécialités : Orthopédie (PTG et PTH) ; Chirurgie colorectale ; Chirurgie de l'obésité
- **Vague 2 (2018-2019) :** 21 équipes dans 4 spécialités : Orthopédie (PTG et PTH) ; Digestif (colorectal) ; Gynécologique (hystérectomie) ; Thoracique (lobectomie).
- **Vague 3 (2019-2021) :** 24 équipes dans 3 spécialités : Orthopédie (PTG, rachis et épaule) ; Gynécologique (hystérectomie et césarienne) ; Urologie (cystectomie, néphrectomie).

4ème vague d'accompagnement avec 22 équipes dans 5 spécialités chirurgicales (juin 2022-octobre 2023):

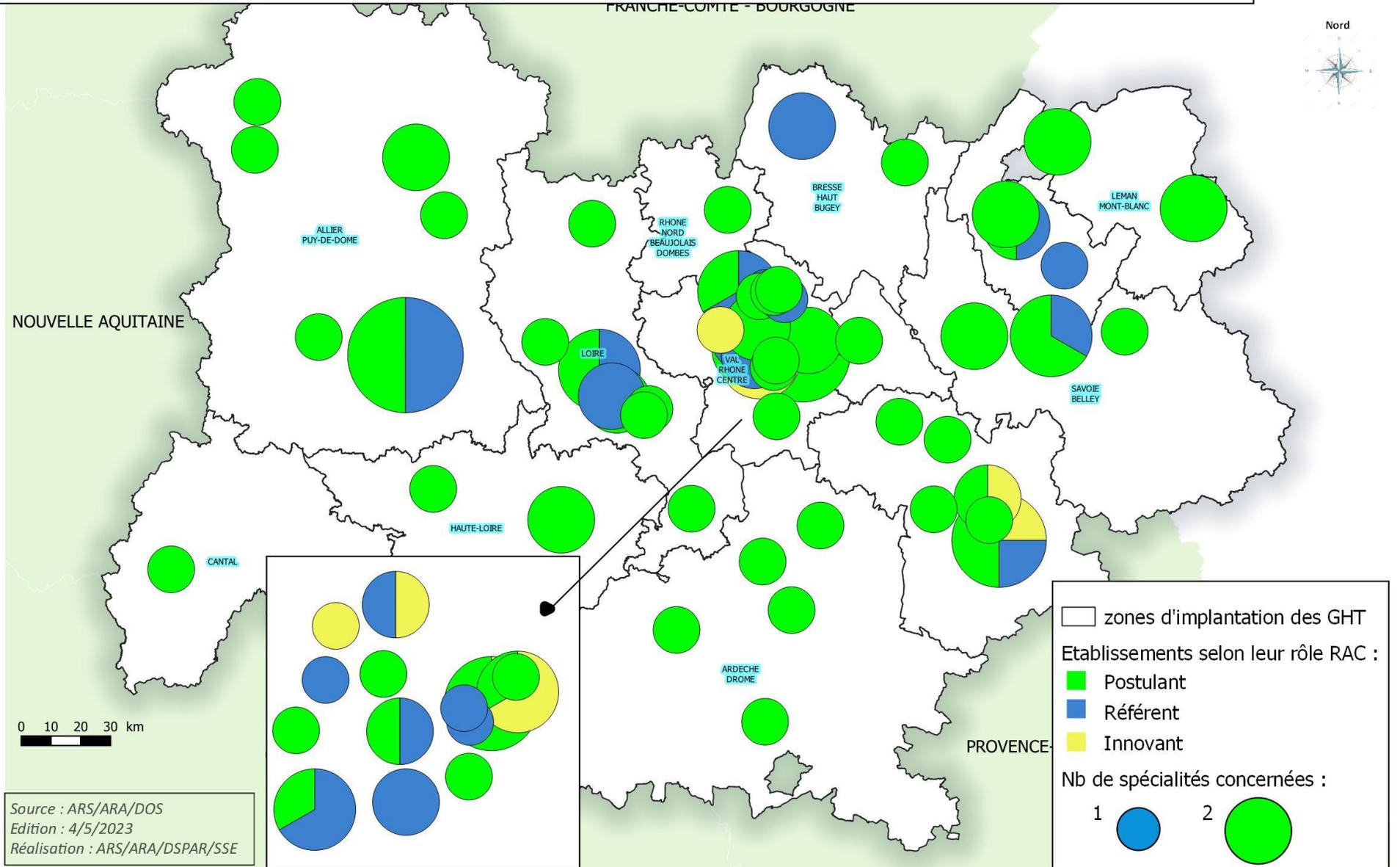
=> 2 dites « classiques » et 2 « innovantes » :

- Chirurgie orthopédique (PTG)
- Chirurgie colorectal (colectomie)
- Chirurgie Urologique (prostatectomie)
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie pédiatrique (uro-viscérale)

Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) en Auvergne-Rhône-Alpes

Etablissements accompagnés (vagues 1 à 4, et spécialités innovantes)

Depuis 2016 en région
106 équipes
accompagnées sur le
mode compagnonnage
(de pair à pair)



Les points forts de la démarche

- **La RAC n'est pas un acquis, c'est une pratique évolutive**
 - Elle devient un mode de pensée :
 - ✓ pour simplifier la chirurgie
 - ✓ pour simplifier l'anesthésie
 - ✓ pour assurer le bien être du patient
- **L'information et la participation du patient et de son entourage familial et professionnel au centre de votre prise en charge**
- **La RAC est institutionnelle**
 - Implication des directions
 - Création de nouveaux métiers et évolution des fonctions traditionnelles
- **La RAC est un parcours organisé en constant perfectionnement**

Les points forts de la démarche

- **La RAC pour toutes les spécialités**
 - ✓ sous l'égide de l'ARS des spécialités comme la chirurgie cardiaque, vasculaire, pédiatrique, ORL, sont impliquées dans ces protocoles / **Un VRAI SUCCES**
- **La RAC pour tous les patients sans contre-indication**
 - ✓ Personnes âgées, enfants / cancérologie, urgences
- **Une équipe ARS, un prestataire ADOPALE, une société savante GRACE**
 - ✓ L'expérience et les outils
 - ✓ Pour toutes les équipes
- **La persévérance pour vaincre les résistances et l'imagination au pouvoir**
 - ➔ **BRAVO ça c'est vous !!!**

Que de PROGRES depuis 7 ans

Entrée à JO ➡ Une devise

La Préhabilitation ➡ Une philosophie

L'IDE de coordination ➡ Incontournable

L'anticipation ➡ Une nécessité

- ✓ organisation des cs préopératoires
- ✓ organisation de l'entrée
- ✓ organisation de la sortie et retour à domicile

L'audit des Pratiques

- Pour l'ARS une nécessité
- Pour Les équipes un besoin
- Pas d'évolution sans audit
- Apport précieux de GRACE

Suivi des indicateurs

Edwige OLMEDO

Chargée de mission

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Suivi au niveau régional de 4 indicateurs retenus avec des données détaillées par trimestre via le PMSI :

- Nombre de séjours,
- Durée Moyenne de Séjours (DMS),
- Taux de transfert en SMR (soins médicaux et de réadaptation),
- 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 4 vagues :

Chirurgie orthopédique

Prothèses de genou (08C24)

Prothèses de hanche

Coiffe d'épaule

Chirurgie viscérale - Colorectal

Résections rectales (06C03)

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

Chirurgie Urologique

Cystectomie

Prostatectomie (12C11)

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 pédiatrique

Uro-viscérale : hypospade (JEMA019, JEMA020 et JEMA021)

Chirurgie thoracique

Interventions majeures sur le thorax

Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire

Interventions sous thoracoscopie

Chirurgie du Rachis

Hernies discales

Chirurgie bariatrique

Interventions digestives pour obésité

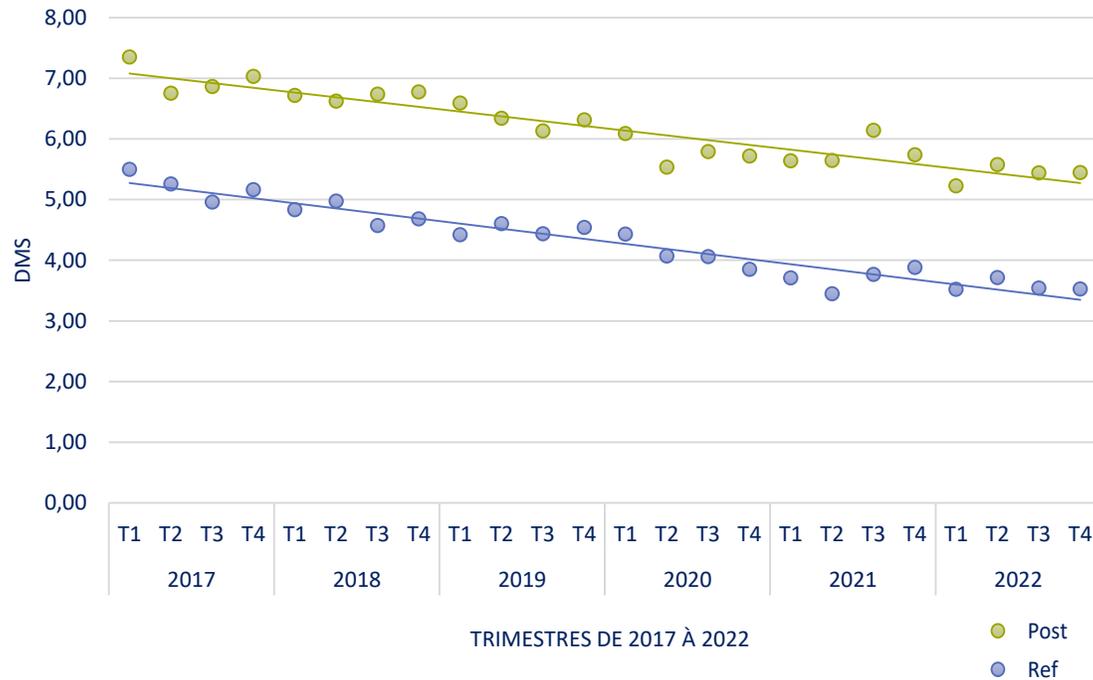
Chirurgie Vasculaire

Aorte abdominale

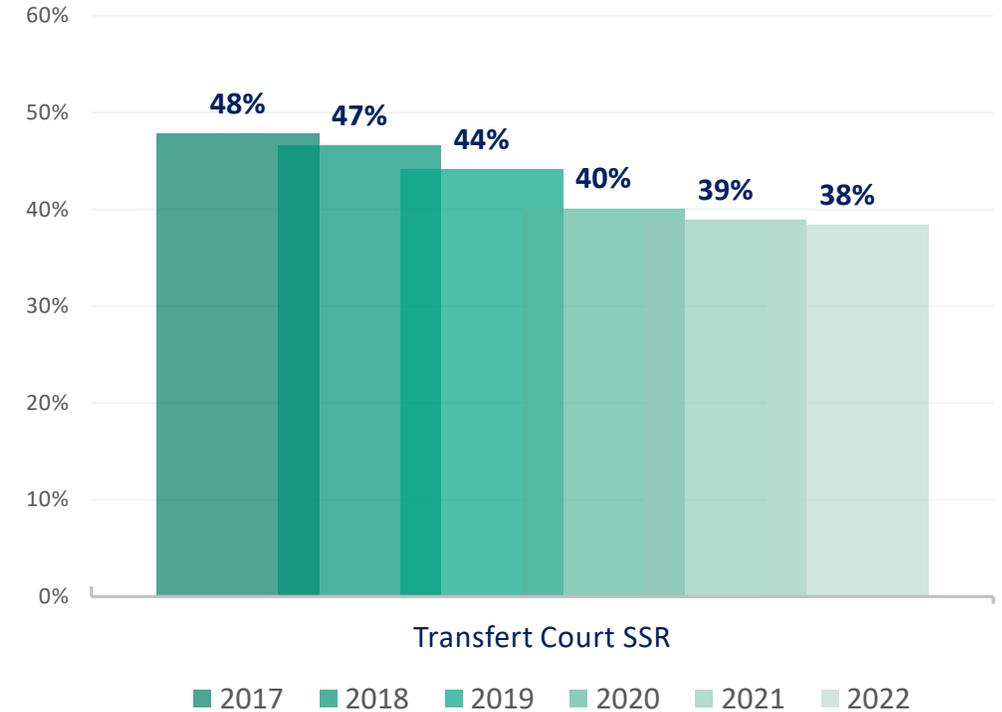
Suivi « MACRO » : Chirurgie orthopédique

Prothèse de genou (PTG - 08C24)

Evolution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS)
08C24 - prothèses de genou



Evolution des taux de transfert vers SMR - 08C24



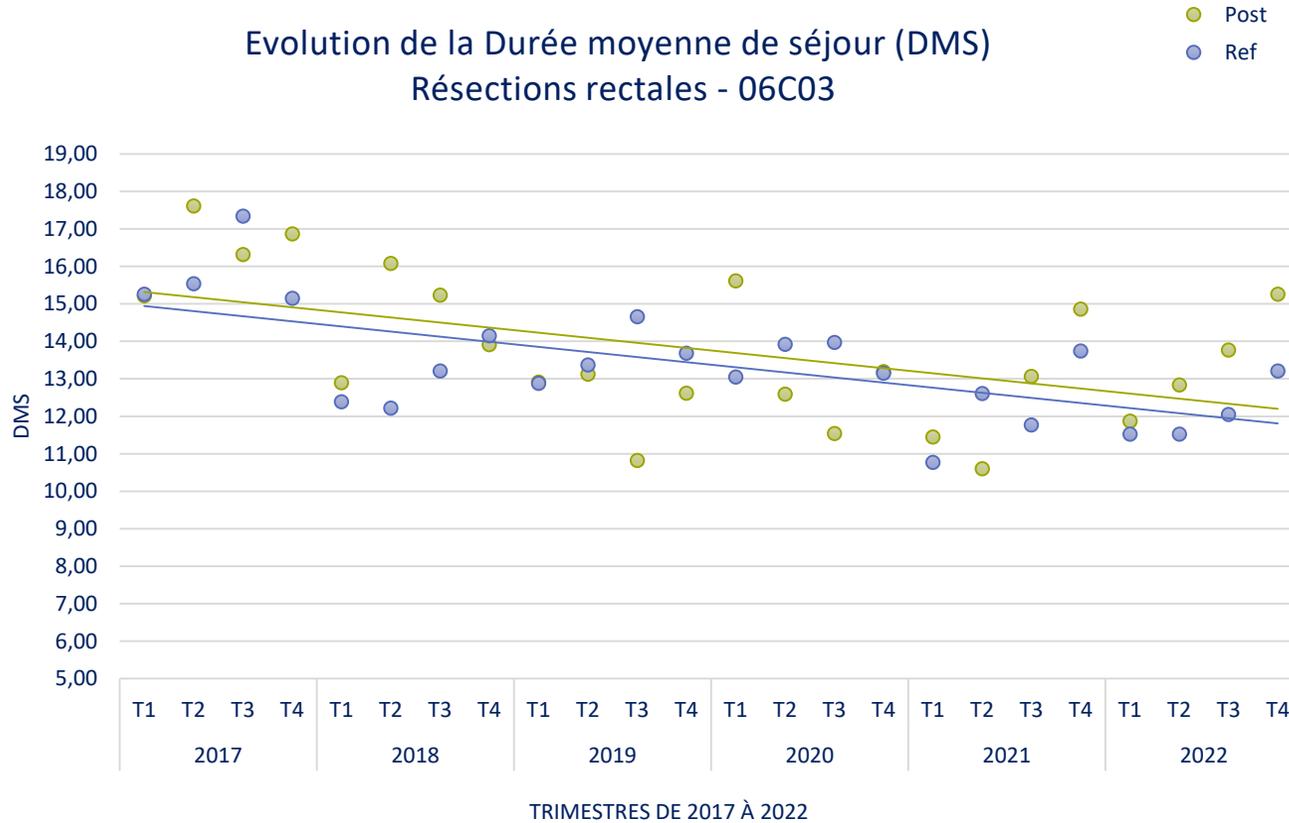
Résultats des 26 établissements participants des vagues 1 à 4 :

- **Impact positif** sur la **DMS** : quasiment - **2 jours** pour les postulants (7,2 j à 5,4 j) et pour les référents (5,2 j à 3,5 j)
- et une diminution **des transferts en SMR** de 10 %

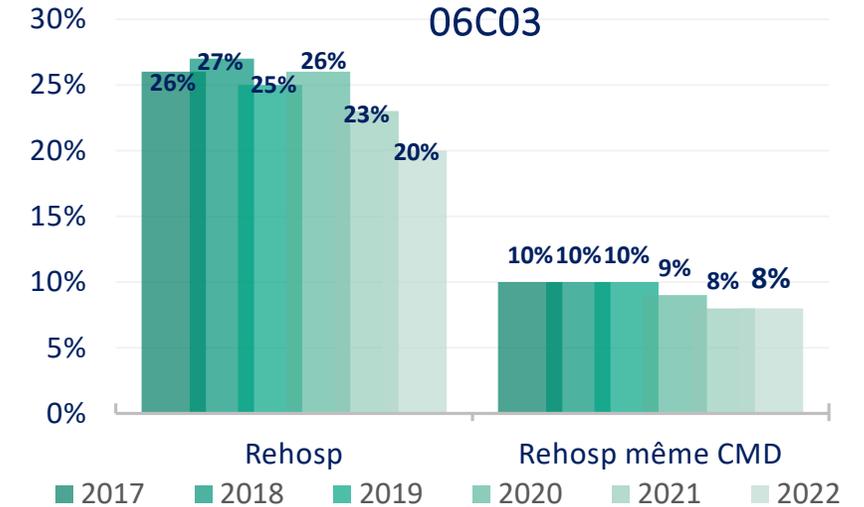
Suivi « MACRO » : Chirurgie digestive - Colorectal

Résections rectales (06C03)

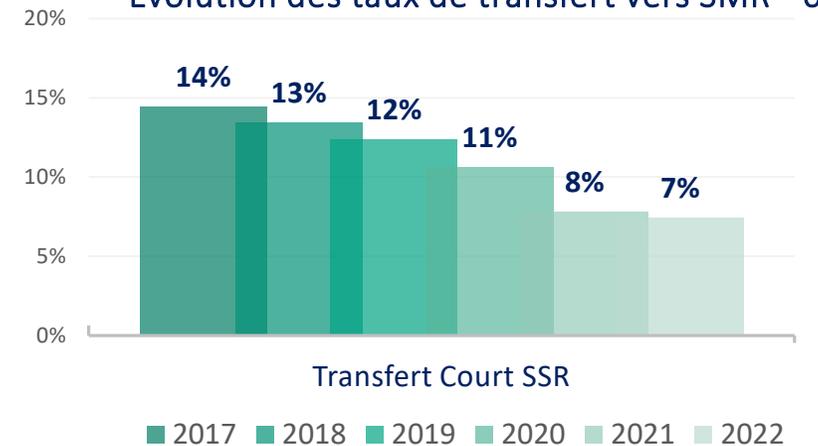
Evolution de la Durée moyenne de séjour (DMS)
Résections rectales - 06C03



Evolution des taux de réhospitalisation - 06C03



Evolution des taux de transfert vers SMR - 06C03

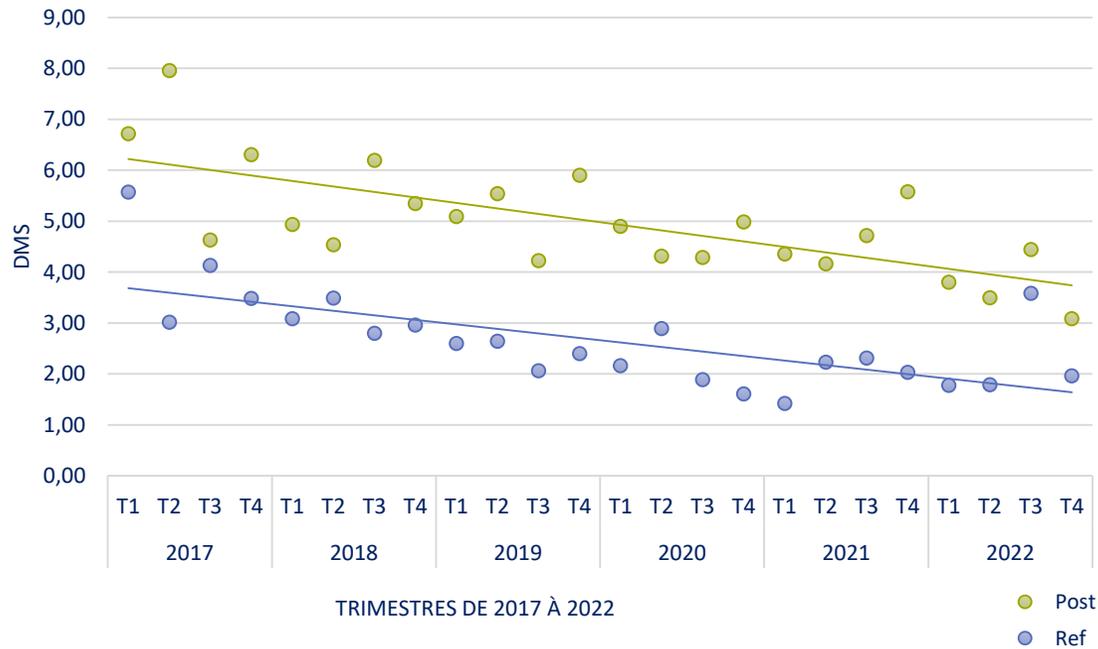


Résultats des 36 établissements participants des vagues 1 à 4 qui montre un **impact positif de la RAC** :

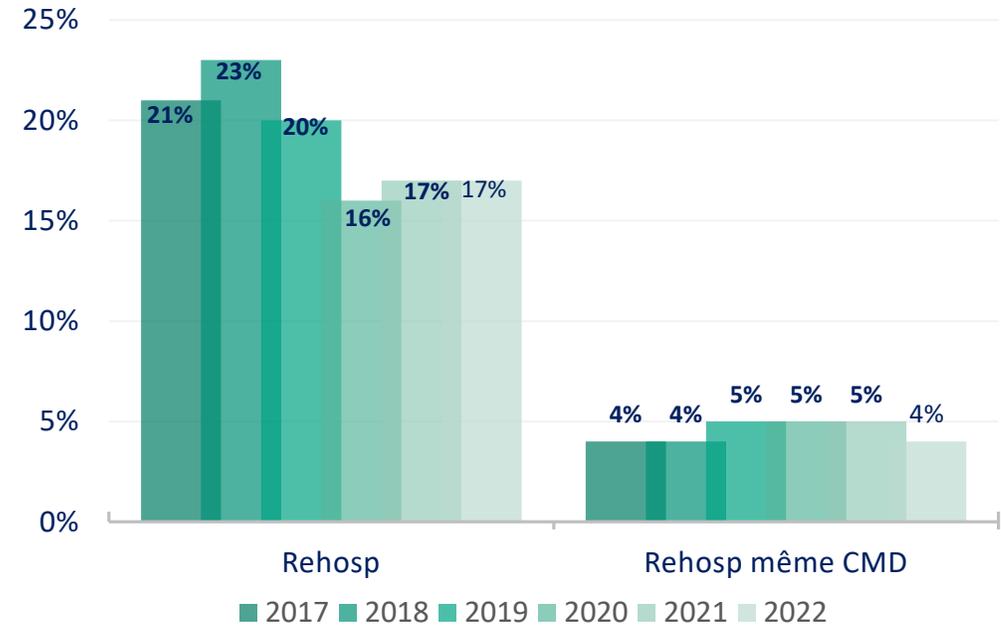
- DMS de - 2 jours pour les postulants (15,2j à 12,2j) et pour les référents (15 j à 12 j)
- une diminution de 6 % et 2% du **taux de ré-hospitalisation**
- une baisse **des transferts en SMR** de 7%

Suivi « MACRO » : Chirurgie Urologique Prostatectomie (12C11)

Evolution de la Durée Moyenne de Séjour DMS de la racine de GHM 12C11 (prostatectomies)



Evolution des taux de réhospitalisation - 12C11



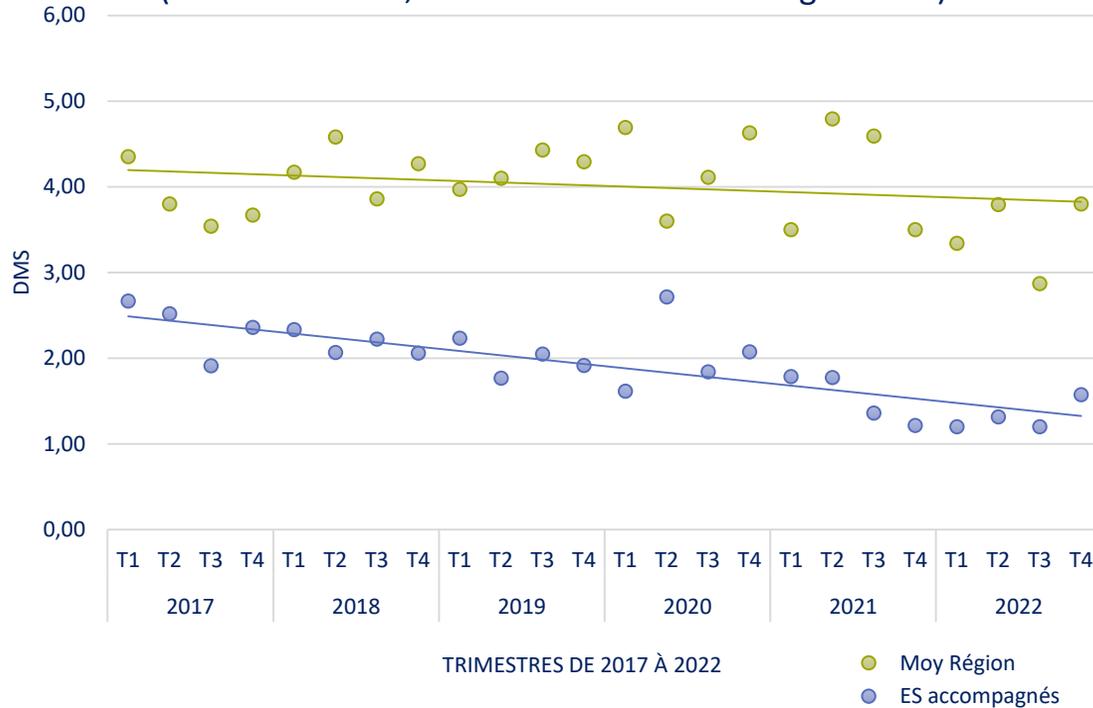
Résultats des 8 établissements participants des vagues 3 et 4 qui montre un **impact positif de la RAC** :

- **DMS de - 2 jours** pour les postulants (6,2 j à 3,8 j) et pour les référents (3,8 j à 1,8 j)
- sans répercussion négative sur le **taux de ré-hospitalisation**

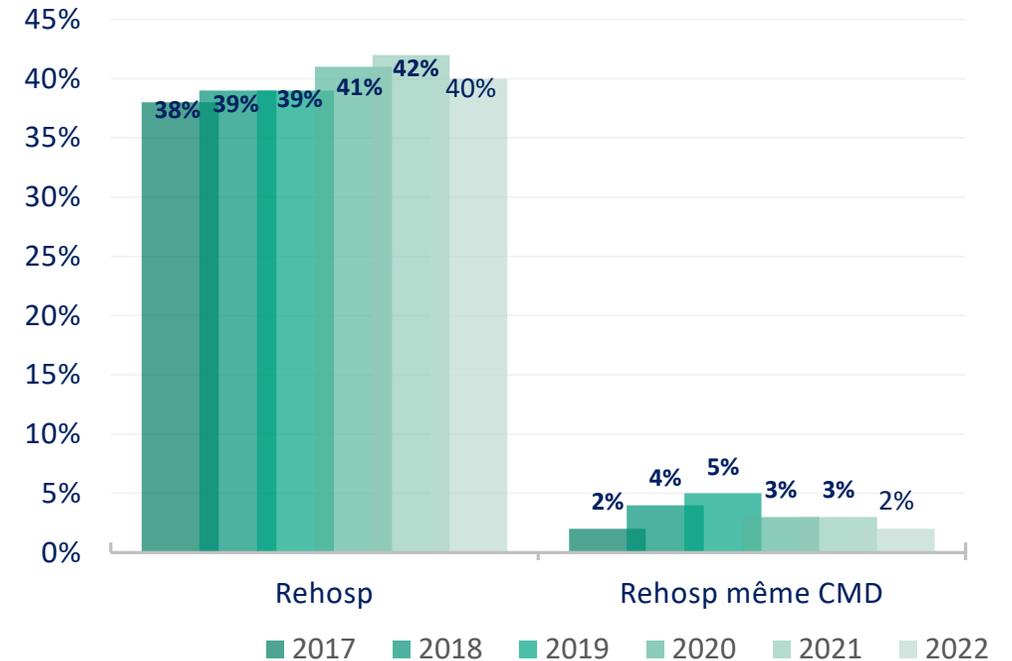
Suivi « MACRO » : Chirurgie Uro-viscérale pédiatrique

Urétroplastie pour hypospadias (JEMA019, JEMA020 et JEMA021)

Evolution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS)
Uro viscérales pédiatrique
(actes JEMA019, JEMA020 et JEMA021- âge < 8 ans)



Evolution des taux de réhospitalisation
Actes : JEMA019 JEMA020 JEMA021



Résultats des 2 établissements ayant participé à la vague 4 qui montre un impact positif de la RAC :

- DMS de - 1,5 jours pour ces 2 établissements (2,5 j à 1,2 j) alors que la moyenne régionale reste autour de 4 jours
- sans répercussion négative sur le taux de ré-hospitalisation

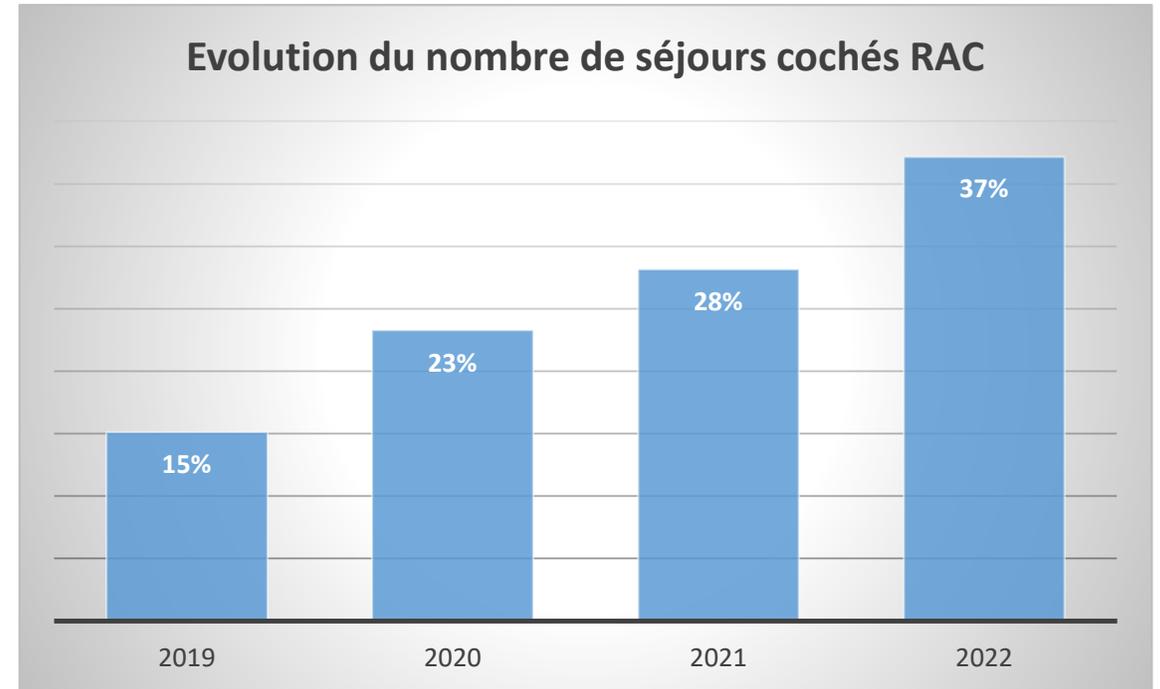
Suivi « MACRO » : Séjours identifiés RAC Mesure d'incitation au développement de la RAC

Depuis l'arrêté du 22 février 2019, il est possible d'identifier les séjours RAC pour 17 racines de GHM :

« 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.»



En région, la RAC augmente au globale et dans la majorité des racines de GHM ciblés par l'arrêté

Suivi « MACRO » : Séjours identifiés RAC

Mesure d'incitation au développement de la RAC

VALORISATION DIRECTE (IMPACT NIVEAU DE CO-MORBIDITÉ)

- Pour un patient sans comorbidité (niveau1), on n'a pas d'avantage financier direct sur le séjour d'hospitalisation.
- Pour un patient ayant des co-morbidités classantes (ex: diabète insulino-traité), on récupère la survalorisation même si le patient ne reste pas le nombre de nuits requis par le niveau de sévérité.

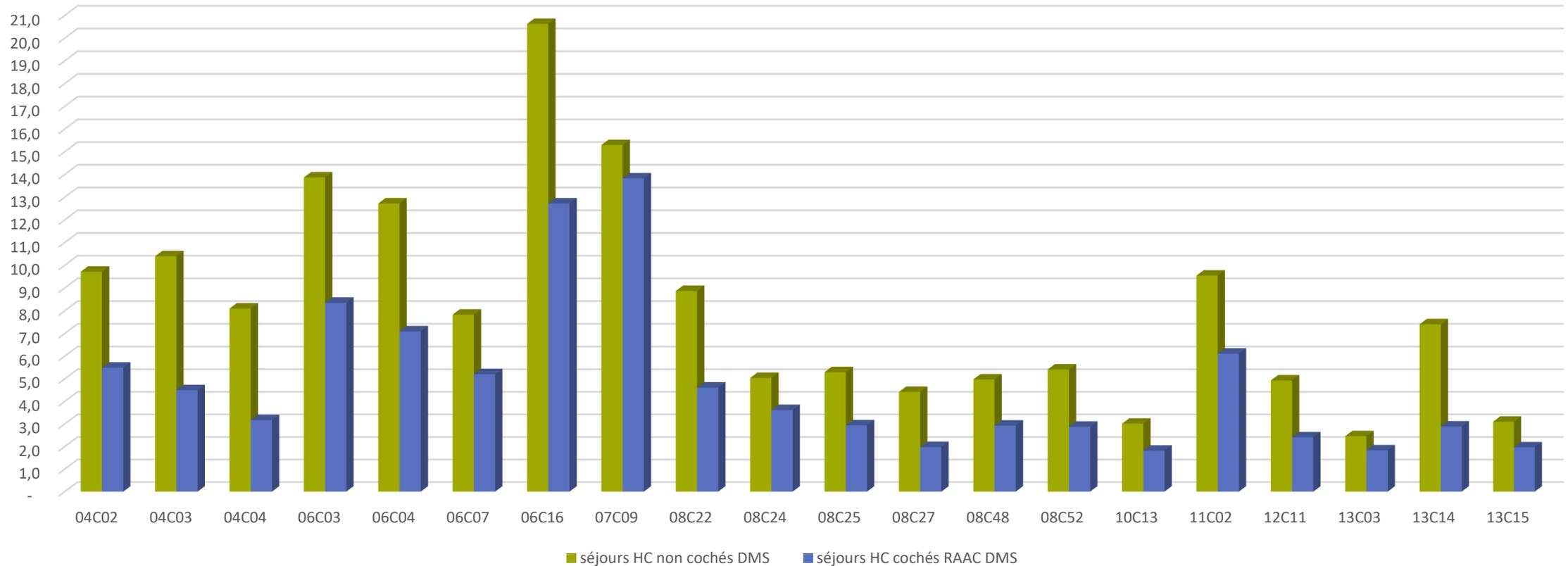
Exemple : PTH sur arthrose avec co-morbidité niv2 :

- + 590 € si ≤ 2 nuits pour les ex-DG,
- + 320 € pour les ex-OQN.

Il résulte de ce qui figure ci-dessus que la RAC avec sortie précoce devrait être la norme pour les patients «simples» (pas de sur valorisation financière), et que le bonus financier est donné si on l'applique aux patients avec co-morbidité.

Suivi « MACRO » : Séjours identifiés RAC

Suivi de la DMS des actes "cochés" et "non cochés" RAAC en 2022



**Différence des DMS aux séjours identifiés (cochés) RAC
par rapport aux séjours non RAC toujours aussi marqué**

Rappel des critères « hospitalisation sans nuitée » Hôpital de Jour (HDJ)

VALORISATION PAR OPTIMISATION DU PARCOURS

=> INSTRUCTION N°DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires

- Une **valorisation du parcours peut-être optimisée avec une bonne organisation**. En effet, quand le patient bénéficie de plusieurs intervenants le même jour grâce à une bonne coordination, il est possible de valoriser la venue en «hôpital de jour» avec la facturation d'un GHS ambulatoire.
- Les conditions : bénéficier **d'au moins 4 «interventions» pour un GHS à taux plein, et 3 pour un GHS minoré**.
- HDJ « Bilan pré-opératoire » (ZE04802 en diag Principal) :
 - 4 interventions :
 - 708€ ex-DG
 - 482€ ex-OQN (+honoraires)
 - 3 interventions :
 - 352,9€ ex-DG
 - 238,5€ ex-OQN

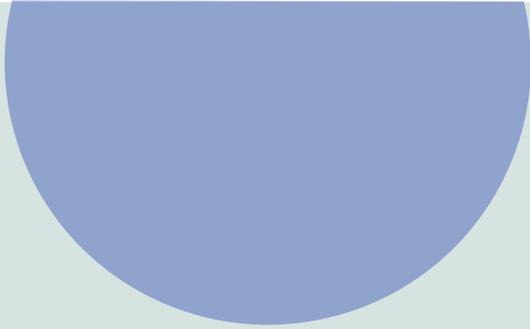
➤ **Comptent pour 1 :**

- Le médecin qui voit le patient ce jour-là
- L'IDE qui installe le patient, prend les paramètres, etc...
- Chaque autre médecin qui donne un avis (ex: cardiologue, pneumologue, addictologue)
- Les actes de radiologie
- Chaque intervenant paramédical (diététicien(ne), psychologue, etc...)

Il paraît judicieux que tous les intervenants soient prévus dans le protocole ou chemin clinique écrit au départ.

➤ **Ne comptent pas :**

- Les actes de biologie



Retour sur l'accompagnement

Jonathan Krief / Luc Landman

ADOPALE

Point sur les 7 principales actions à mettre en place pour déployer la RAC

Dans le cadre de la démarche RAC, avez-vous pu mettre en place les bonnes pratiques suivantes ?

	Déjà finalisé avant l'accompagnement	Non	Plutôt non	Plutôt Oui	Oui
Communication sur la RAC en interne	1			6	9
Communication vers les partenaires extérieurs (médecins libéraux...)	3	2	5	5	2
Définition d'un protocole RAC	2			2	12
Formalisation de documents à destination des patients	2			5	9
Mise en place d'IDE RAC (ou équivalent)	8	1		3	5
Mise en place d'un suivi institutionnel de la RAC (tableaux de bord)	4	1	4	2	5
Mise en place du JO	6	1		2	7

Synthèse des réponses aux questionnaires bilan

Groupes	Etablissements	Statut
Groupe 1 Digestif	CH de Montluçon	Public
	CH Ardèche Nord	Public
	CH Métropole Savoie, Chambéry	Public
	HCL Lyon Sud	Public
Groupe 2 Digestif	Hôpital Privé de Saint François	Privé
	CH du Forez	Public
	CH Albertville Moutiers	Public
	Hôpital privé Jean Mermoz	Privé
Groupe 3 Orthopédie	CH de Brioude	Public
	CH de Privas Ardèche	Public
	Hôpital Privé Ardèche	Privé
	Clinique Mutualiste de Saint Etienne	ESPIC
Groupe 4 Urologie	Polyclinique La Pergola	Privé
	CH Henri Mondor	Public
	CH Saint Joseph Saint Luc	ESPIC
	CH de Fleyriat	Public
Groupe 5 Vasculaire	CHU Clermont Ferrand	Public
	HCL Lyon Sud	Public
	Médipôle Hôpital Privé	ESPIC
	Clinique Générale d'Annecy	Privé
	Médipôle de Savoie	Privé
Groupe 6 Pédiatrie	CHU Clermont Ferrand	Public
	HCL HFME	Public

Etablissements	Spécialité	Nom de l'action
Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble	Obstétrique	Césarienne naturelle et participative
Centre Léon Bérard	Sénologie	Mastectomie totale en un jour
HCL- HFME (GH Est)	Sénologie	Mastectomie totale
HCL- HFME (GH Est)	Pédiatrie orthopédie	Chirurgie de la scoliose pédiatrique
CHU Grenoble Alpes	Pédiatrie orthopédie	Scoliose idiopathique de l'adolescent
Infirmierie Protestante	Cardiaque	Chirurgie cardiaque conventionnelle
HCL - Cx Rousse (GH Nord)	ORL	Chirurgie cervicofaciale majeure avec ou sans reconstruction

23 établissements accompagnés par groupe
+ 7 équipes accompagnées de manière individuelle sur des spécialités innovantes
11 spécialités incluses dans le dispositif

Un kit d'outils mis à disposition des établissements



- Autoévaluation
- Tableau de bord des indicateurs à suivre
- Missions de l'IDE RAC
- Plaquette de communication
- Film
- Plan d'actions à adapter pour chaque établissement
- ...

Les incontournables de la RAC

Partie 1

*Cette 4^{ème} vague a mis en avant des actions jusqu'ici
ponctuelles devenues de plus en plus systématiques*

Elles constituent aujourd'hui des incontournables de la RAC



Jeune moderne ou plus de jeune

Pr Karem SLIM

Chirurgien CHU Clermont Ferrand

Président GRACE

Jeûne préopératoire



American Society of Anesthesiologists 

Mais aussi

European Society of Anaesthesiology **ESA**

 **SFAR**

ERAS[®]

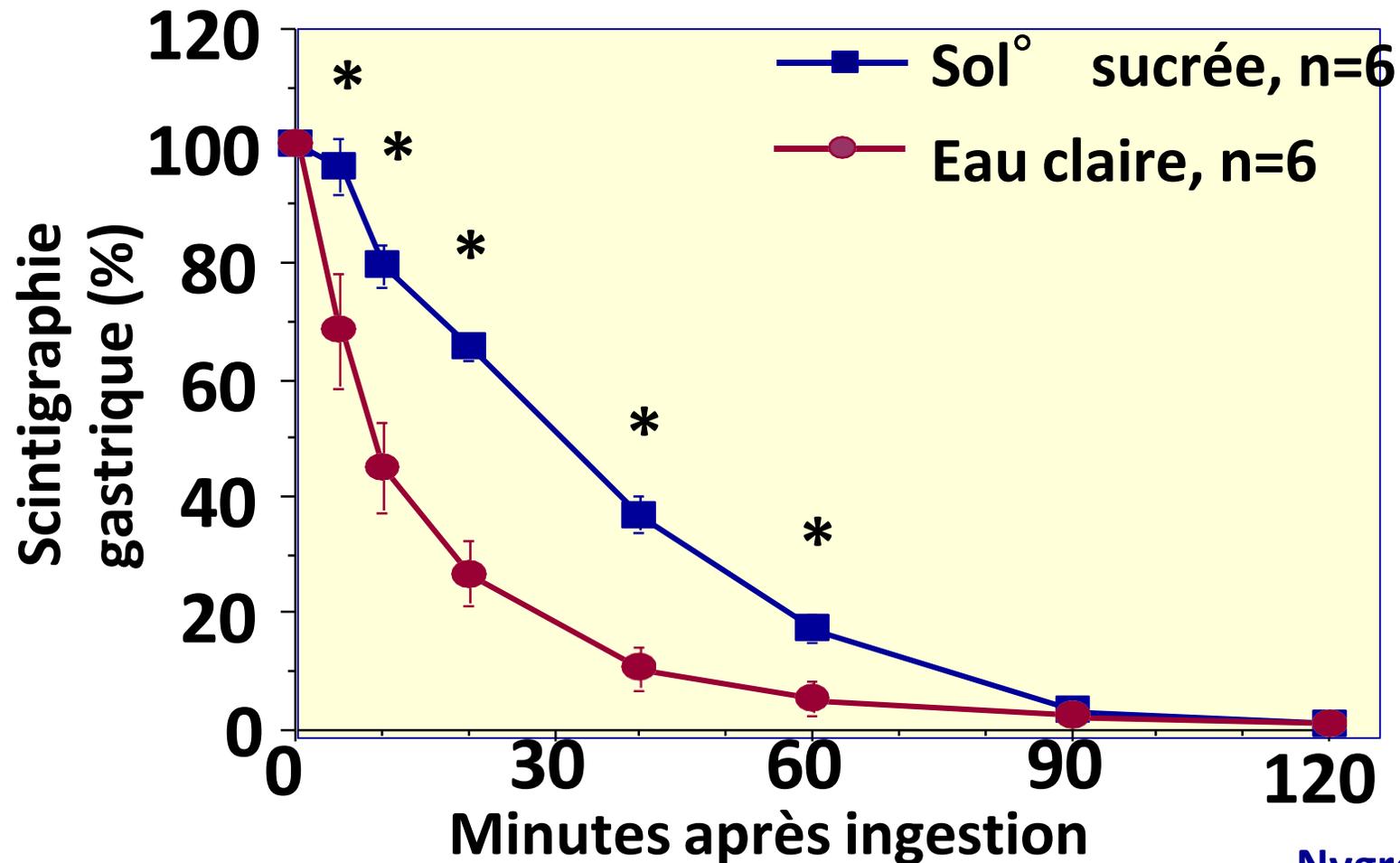

SAI 
The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine



etc.....



La vidange gastrique est complète à 90 minutes *après solution glucidique claire aussi !*





■ A ■ B ■ C ■ D

2009

2019

2009

2019



Clear Liquids - Total

Clear Liquids - Period I

Clear Liquids - Period II

Solid Foods - Total

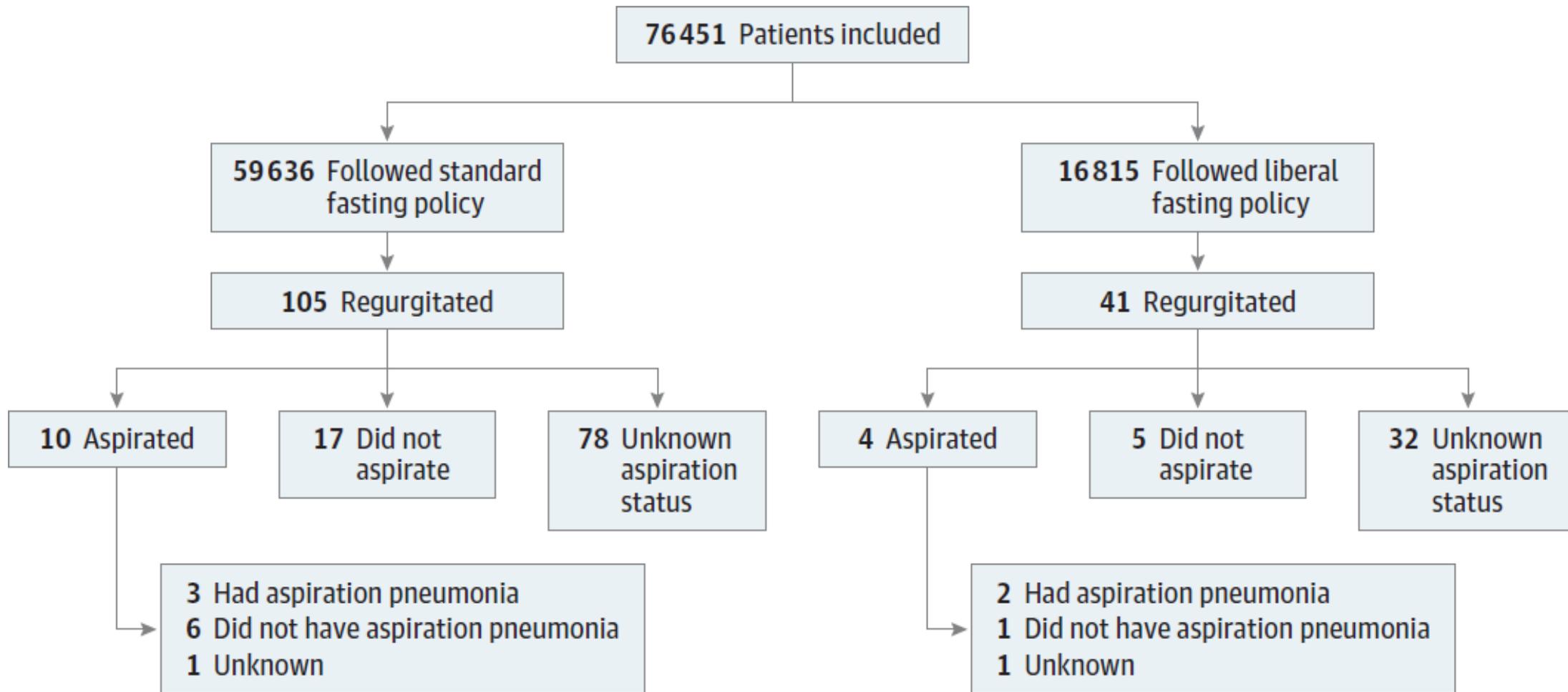
Solid Foods - Period I

Solid Foods - Period II

Association of a Liberal Fasting Policy of Clear Fluids Before Surgery With Fasting Duration and Patient Well-being and Safety

Marije Marsman, MD; Teus H. Kappen, MD, PhD; Lisette M. Vernooij, PhD; Evelien C. van der Hout, MD; Judith A. van Waes, MD, PhD; Wilton A. van Klei, MD, PhD

Question Is the implementation of a liberal fasting policy of clear fluids before surgery associated with reduced fasting duration and improved patient well-being and safety?



Association of a Liberal Fasting Policy of Clear Fluids Before Surgery With Fasting Duration and Patient Well-being and Safety

Marije Marsman, MD; Teus H. Kappen, MD, PhD; Lisette M. Vernooij, PhD; Evelien C. van der Hout, MD; Judith A. van Waes, MD, PhD; Wilton A. van Klei, MD, PhD

Table 2. Primary and Secondary Outcomes as Compared Between the Standard and Liberal Fasting Policy

Outcome	Policy, patient, No. (%)		P value
	Standard	Liberal	
No.	59 636	16 815	
Fasting duration, median (IQR), h:min	3:07 (1:36-7:22)	1:14 (0:48-2:24)	<.001
Incidence			
Of regurgitation	105 (0.18)	41 (0.24)	.09
Of aspiration			
Yes	10 (0.017)	4 (0.024)	
Unknown	78 (0.13)	32 (0.19)	.17
No	59 548 (99.9)	16 779 (99.8)	
Incidence of aspiration pneumonia	4 (0.007)	3 (0.018)	.18
Phase of anesthesia during regurgitation ^a			
Induction	27/105 (26)	12/41 (29)	
Maintenance	61/105 (58)	23/41 (56)	.82
Emergence	17/105 (16)	6/41 (15)	
Postoperative nausea and vomiting	6339 (10.6)	1587(9.4)	<.001
Use of antiemetics	6538 (11.0)	1592 (9.5)	<.001
Ingestion of ≥1 glass ^b	3915/7888 (50)	10 010/14 018 (71)	<.001
Preoperative thirst ^c	3373/7362 (46)	4982/8615 (37)	<.001

Association of a Liberal Fasting Policy of Clear Fluids Before Surgery With Fasting Duration and Patient Well-being and Safety

Marije Marsman, MD; Teus H. Kappen, MD, PhD; Lisette M. Vernooij, PhD; Evelien C. van der Hout, MD; Judith A. van Waes, MD, PhD; Wilton A. van Klei, MD, PhD

Findings This quality improvement study included 76 451 patients. After implementation of the liberal fasting policy, fasting duration decreased.

Meaning Results suggest that a liberal fluid fasting policy was successfully implemented.

Résultats : Cette étude sur l'amélioration de la qualité des soins a inclus 76 451 patients, la durée du jeûne a diminué après implémentation d'une politique de jeûne libre

Signification : Une politique de jeûne préopératoire libre a pu être implémentée avec succès

Consensus statement on clear fluids fasting for elective pediatric general anesthesia

Mark Thomas¹ | Christa Morrison¹  | Richard Newton²  | Ehrenfried Schindler³

Pediatric Anesthesia. 2018;28:411-414.



2 | RECOMMENDATIONS FOR GOOD CLINICAL PRACTICE

- Clear fluid fasting times for elective general anesthesia and sedation can be reduced to 1 hour, unless clinically contraindicated

2 | RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE

- La durée du jeûne aux liquides clairs avant anesthésie générale ou sédation peut être réduite à 1 heure, sauf contre-indications



Préhabilitation, écologie et suites opératoires

Pr Kareem SLIM

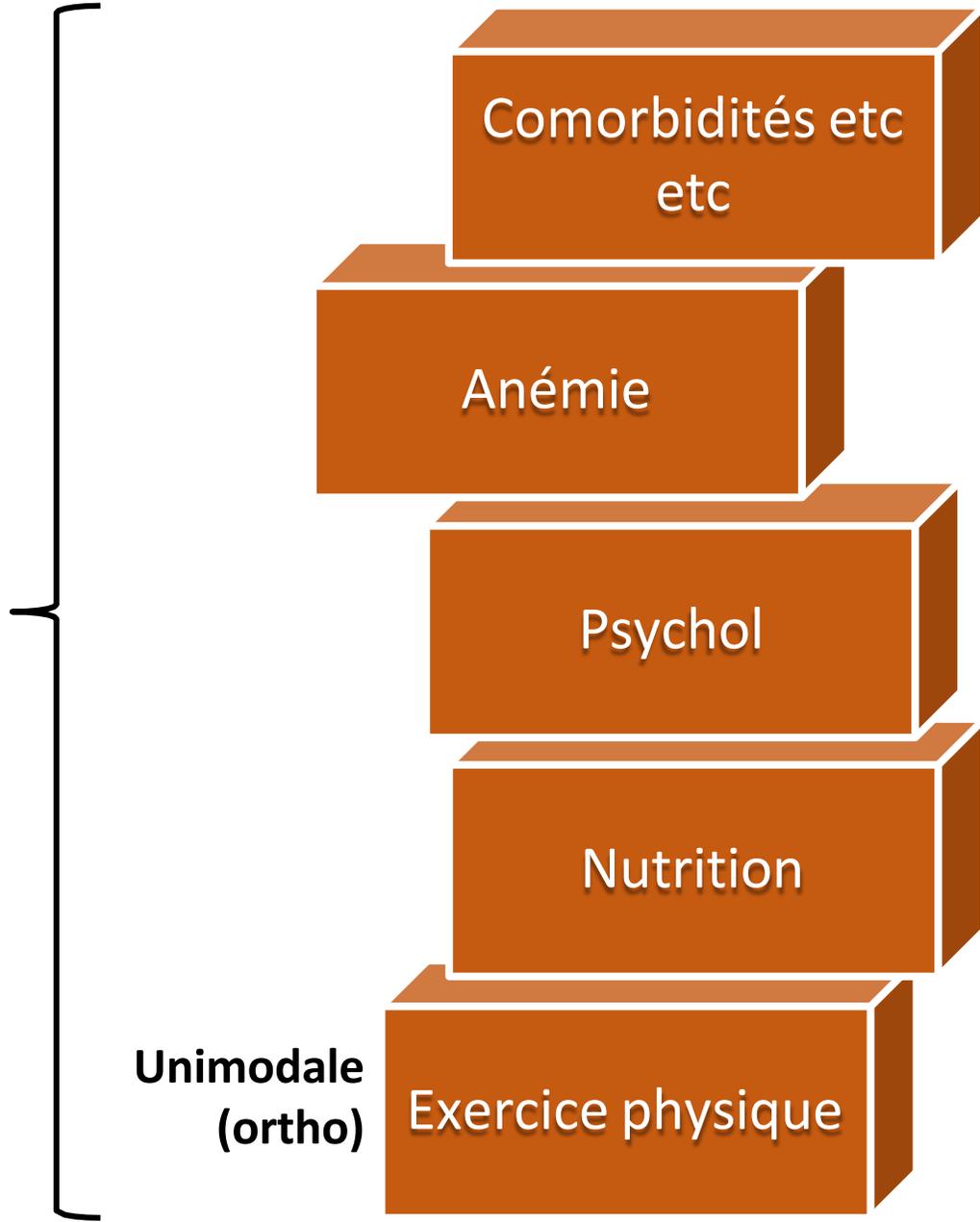
Chirurgien CHU Clermont Ferrand

Président GRACE

Préhabilitation



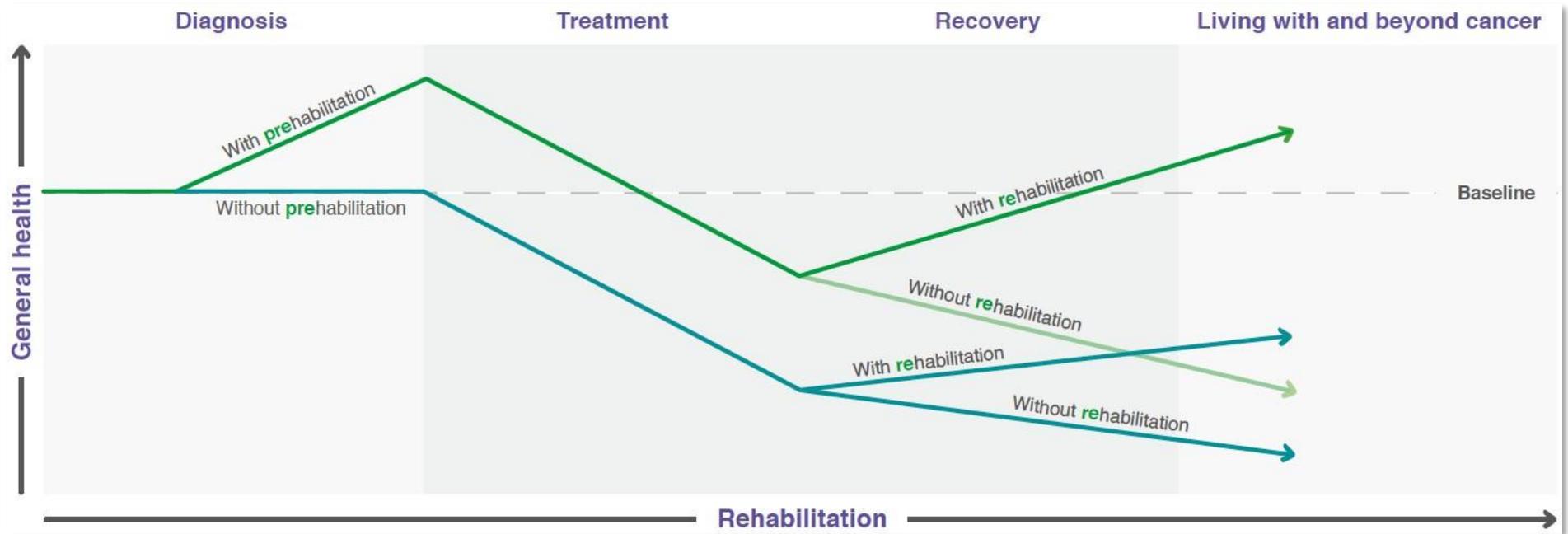
Multimodale



Unimodale
(ortho)

Trimodale (Carli)

La Préhabilitation



Prehabilitation before major surgery: growing interest but persistent haze

British Journal of Anaesthesia, 128 (2): 244–257 (2022)

Prehabilitation in adult patients undergoing surgery: an umbrella review of systematic reviews

Daniel I. McIsaac^{1,2,3,*†}, Marlyn Gill⁴, Laura Boland⁵, Brian Hutton^{1,3}, Karina Branje^{1,2}, Julia Shaw^{1,2}, Alexa L. Grudzinski¹, Natasha Barone⁶, Chelsia Gillis⁷ on behalf of the Prehabilitation Knowledge Network[†]

Conclusions: Low certainty evidence suggests that prehabilitation may improve postoperative outcomes. Future low risk of bias, randomised trials, synthesised using recommended standards, are required to inform practice. Optimal patient selection, intervention design, and intervention duration must also be determined.

Sélectionner les « bons » patients



Classiquement →



- ✓ Age avancé
- ✓ Fragilité
- ✓ Chirurgie majeure
- ✓ Chirurgie oncologique

Prehabilitation: better for selected patients

Karem Slim¹

Langenbeck's Archives of Surgery
<https://doi.org/10.1007/s00423-022-02642-1>



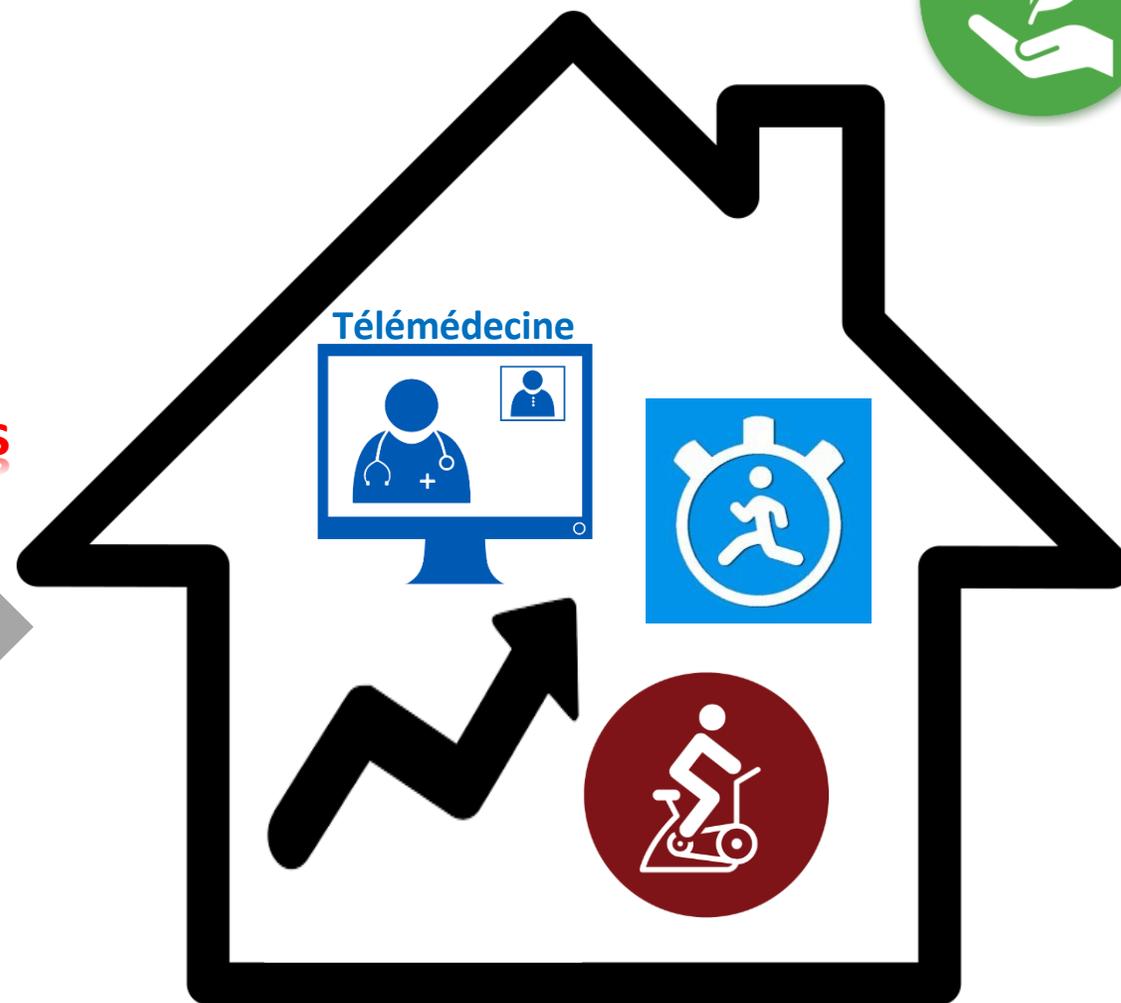
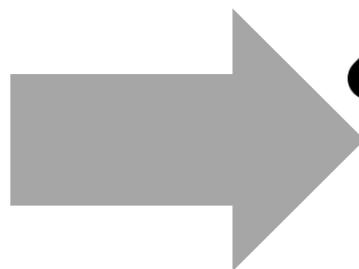
Multimodal prehabilitation prior to elective colorectal surgery **may be** considered for patients with multiple co-morbidities or significant deconditioning. Grade of recommendation: **weak recommendation** based on moderate-quality evidence, 2B

Surgical Endoscopy (2023) 37:5–30

Préhabilitation



Eviter les
multiples
déplacements



2023

Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery

The PREHAB Randomized Clinical Trial

Charlotte Johanna Laura Molenaar, MD; Enrico Maria Minnella, MD, PhD; Miquel Coca-Martinez, MD, MSc;

March 29, 2023.

123 Included in analysis

128 Included in analysis

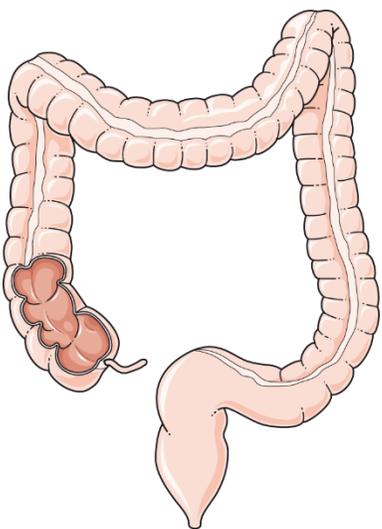
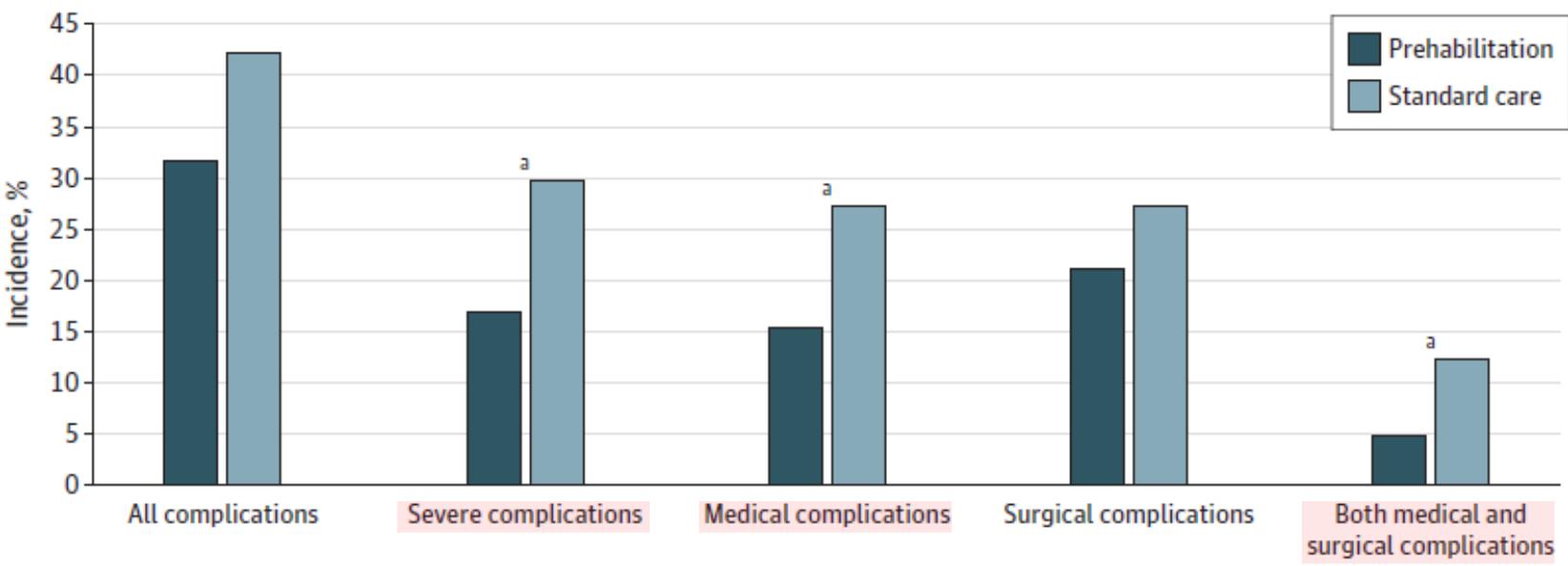


Figure 2. Complications Within 30 Days After Surgery

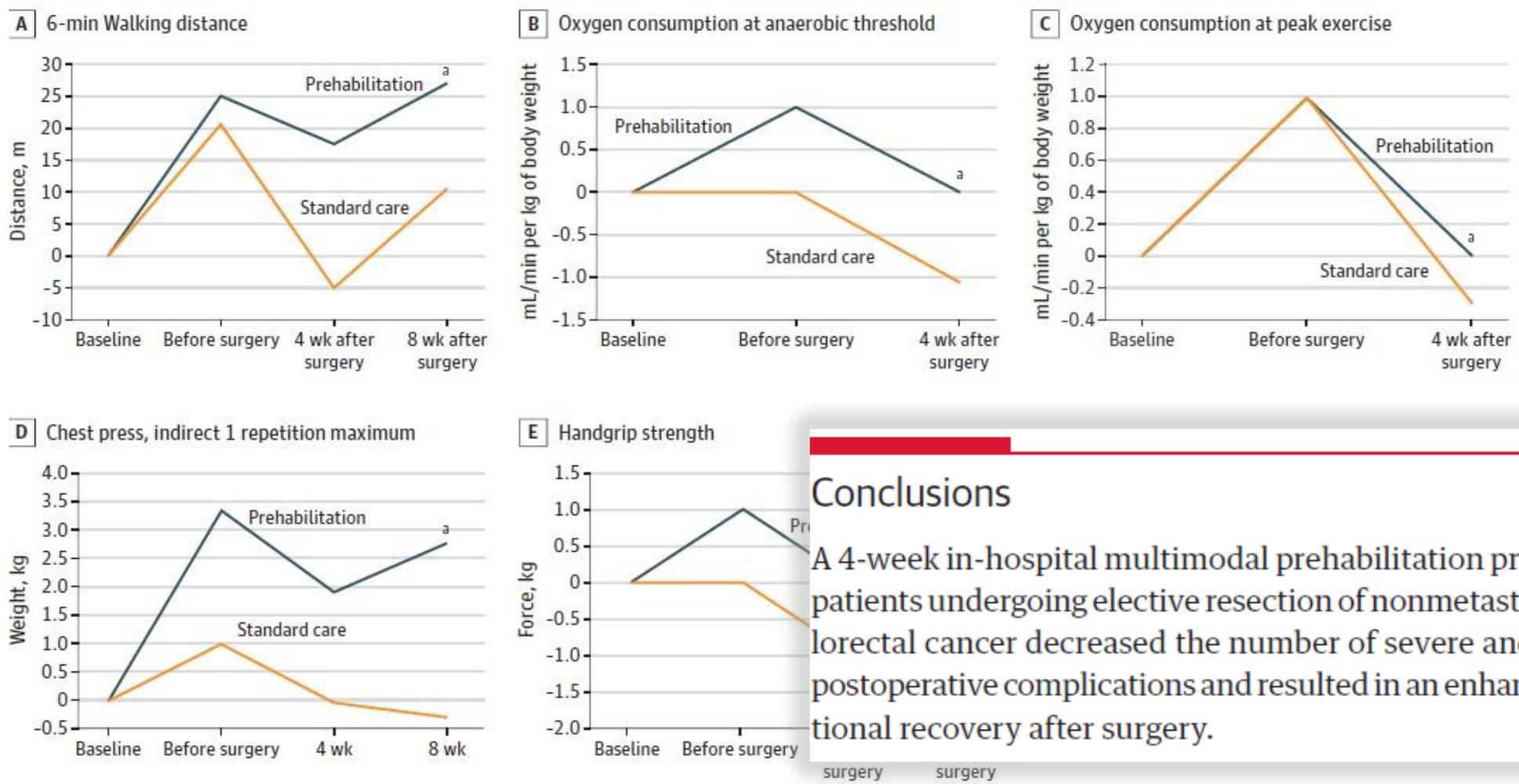


Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery

The PREHAB Randomized Clinical Trial

Charlotte Johanna Laura Molenaar, MD; Enrico Maria Minnella, MD, PhD; Miquel Coca-Martinez, MD, MSc;

Figure 3. Secondary Outcomes



Conclusions

A 4-week in-hospital multimodal prehabilitation program for patients undergoing elective resection of nonmetastasized colorectal cancer decreased the number of severe and medical postoperative complications and resulted in an enhanced functional recovery after surgery.

Effect of home-based prehabilitation on postoperative complications after surgery for gastric cancer: randomized clinical trial

Augustinas Bausys ✉, Martynas Luksta, Giedre Anglickiene, Vyte V Maneikiene, Marius Kryzauskas, Andrius Rybakovas, Audrius Dulskas, Justas Kuliavas,

Published: 26 September 2023



Results

Between February 2020 and September 2022, 128 participants were randomized to prehabilitation (64) or standard care (64), and 122 (prehabilitation 61, control 61) were analysed. The prehabilitation group had increased physical capacity before the operation compared with baseline (mean 6-min walk test change +31 (95 per cent c.i. 14 to 48) m; $P = 0.001$). The prehabilitation group had a decreased rate of non-compliance with neoadjuvant treatment (risk ratio (RR) 0.20, 95 per cent c.i. 0.20 to 0.56), a 60 per cent reduction in the number of patients with postoperative complications at 90 days after surgery (RR 0.40, 0.24 to 0.66), and improved quality of life compared with the control group.

Conclusion

Prehabilitation reduced morbidity in patients who underwent gastrectomy for gastric cancer.



Préhabilitation – HDJ en pratique : intérêts et axes d'amélioration

Pr Eddy COTTE, chirurgien

Sophie PEYRONNET, IDE RAC

HCL Lyon Sud

PRÉ-HABILITATION - HDJ

INTÉRÊTS ET AXES D'AMÉLIORATIONS



PR E. COTTE ET S. PEYRONNET
SÉMINAIRE RAC - 17 OCTOBRE 2023

COMMENT L'HDJ S'ORGANISE-T-IL SUR LYON SUD ?

1ère consultation Chirurgien

Secrétaire du chirurgien
Programme date et lance demande d'HDJ

Secrétaire d'HDJ gère les RDV pour l'HDJ

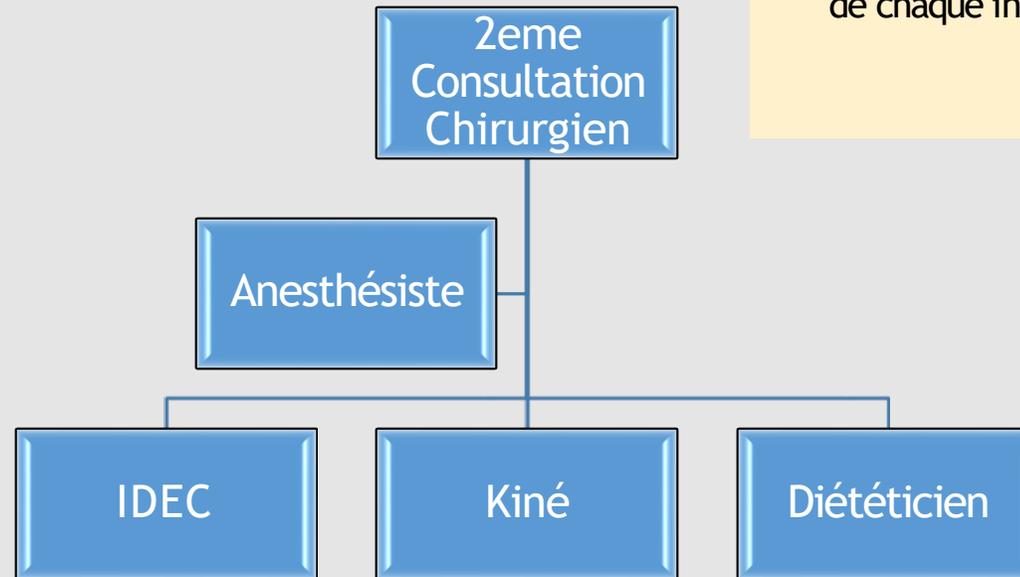
PATIENTS CONCERNÉS:

HOMME/ FEMME candidat à une chirurgie lourde.

Chirurgie digestive et oncologique: CHIP, Rectum, Colon, Gastrectomie, cure d'événtration, Hépatectomie ...

Délai entre la consultation préopératoire et la **CHIRURGIE** \geq 4 SEMAINES.

APTE à la pratique physique ou sportive



Optimisation de la journée avec des Consultations multiples :

- Convocation par courrier 15 jours avant.
- Compte rendu de la journée : synthèse médicale et mot de chaque intervenant.



L'IDE DE COORDINATION

Faire adhérer le patient, l'impliquer, le rendre acteur de son parcours.

- **Observer, interroger et évaluer** l'état général du patient.
- **Atténuer l'anxiété** : expliquer les différentes étapes de la prise en charge, proposition de soins de supports si besoin.
- **Dépister l'anémie** : HDJ si besoin
- **Aider au sevrage tabagique** : substituts nicotiques.
- **Contact**er les prestataires déjà en place.
- **Anticiper la sortie**: demande de SSR



LA DIÉTÉTICIENNE

Evaluation de l'état nutritionnel et dépistage de la dénutrition.

- Détermination de la stratégie nutritionnelle:
 - Conseils diététiques d'enrichissement et de fractionnement des repas
 - Personnalisation selon les symptômes ou troubles du patient
 - Préconisation de compléments nutritionnels oraux
 - Suggestion de l'initiation d'une nutrition entérale voire d'une parentérale si besoin.
 - Education post opératoire pour certaines chirurgies (gastrectomie, oesophagectomie, iléostomie).



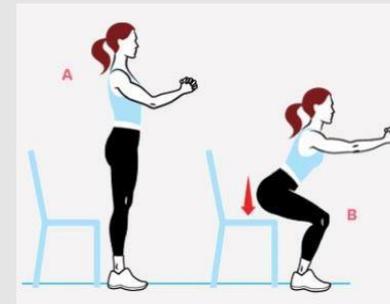
LE KINÉSITHÉRAPEUTE

Evaluation des capacités fonctionnelles des patients /
Bilan personnalisé

- Programme d'exercice respiratoire
 - Apprentissage de la spirométrie incitative (Voldyne®, Triflo®)



- Programme d'exercices physiques (Brochures, QR code et lien vidéo)
 - Exercices de renforcement musculaires des membres inférieurs et supérieurs
 - Exercices fonctionnels, dont augmentation du périmètre de marche et des escaliers

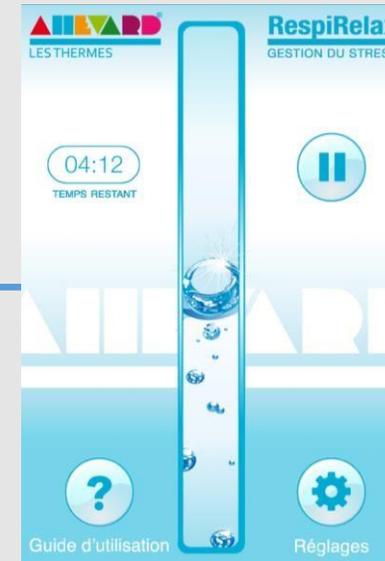


LE KINÉSITHÉRAPEUTE

➤ Conseils post-opératoire:

➤ Respiration à visée de détente

➤ Apprentissage des transferts / levers-couchers post op ...



AUTRES INTERVENANTS POSSIBLE

- Stomathérapeute : aborde et explique la stomie, fait le marquage.
- Imageries : SCAN, IRM, Radio ...

LE SUIVI DE LA PRÉ-HABILITATION

- Appels hebdomadaires par l'IDE (point sur l'activité physique, le poids, le moral, rappel du jeune moderne, le déroulé du post op ...)
- Parcours informatisé
- Coordination avec l'équipe paramédicale et médicale.

EN RÉSUMÉ LA PRÉ-HABILITATION À LYON SUD



INTÉRÊT POUR LE PATIENT



- Regroupe les intervenants sur une demi journée (5h).
- Limite les allers/retours pour les patients éloignés.
- Permet au patient d'avoir une vision globale sur son parcours de soins.
- Personnalisation de la prise en charge et optimisation de la préparation
- Facilite la mise en lien des informations.

INTÉRÊT POUR L'ÉTABLISSEMENT



- Valorisation financière du parcours de soins Pré-hab/RAC en lien avec l'article 51 dont l'objectif du dispositif est de promouvoir des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.
- Meilleure cotation des soins, notamment la dénutrition
- Amélioration de la qualité des informations (intervenants dédiés)

AXES D'AMÉLIORATIONS



- Temps entre l'HDJ et la date de bloc parfois trop court.
- La durée de chaque consultation => temps d'attente important.
- Les différents lieux de consultations => parfois le patient se perd.
- La lourdeur d'informations (beaucoup de documents et d'informations).
- Erreur de profil du patient.

RETOURS PATIENTS

Retour des 10^e patients suivis sur chaque spécialité



- La majorité des patients sont satisfaits de cette organisation.
- Ils retrouvent une cohésion d'équipe.
- Ils se sentent encadrés et soutenus.
- Apprécient le suivi au long court.

RETOURS SOIGNANTS

- Kinésithérapeute => les patients sont bien au clair sur la reprise de la marche dans le service, savent faire le Triflo®.
- Diététicien => éducation post op facilitée, moins d'appréhension à la réalimentation, état nutritionnel optimisé.
- IDE => Patients moins anxieux, récupération accélérée.



EN PERSPECTIVE

Cette organisation permet-elle l'amélioration

du temps de séjour post opératoire ?



merci à tous!

L'accueil J0

Equipe RAC Clinique Mutualiste de St Etienne



Le J0 à la CLINIQUE MUTUALISTE DE SAINT ETIENNE

TOUT COMMENCE PAR UNE BONNE IDEE ET UN TRAVAIL D'EQUIPE



SOIGNER, ACCOMPAGNER, INNOVER

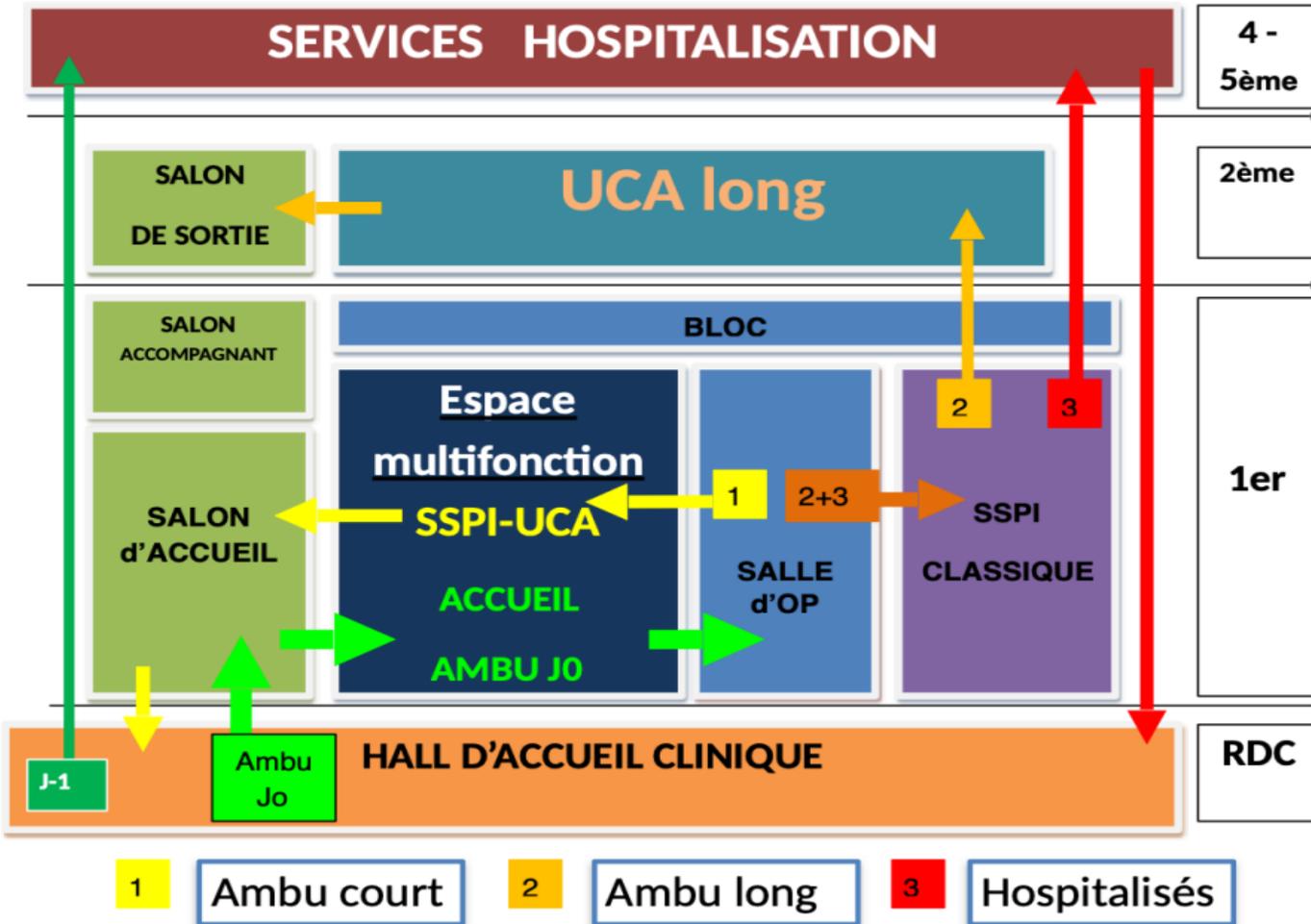
J0 À LA CLINIQUE MUTUALISTE DE SAINT ETIENNE

- De 2016 à juillet 2019 : Projet Architectural : Bloc / Ambulatoire / J0 : Nouvelle notion de Plateau technique (stérilisation, réveil, bloc, Ambulatoire) : une réponse adaptée, un engagement financier, un pari relevé
- Projet innovant de parcours patient : un parcours de soins patient debout complètement intégré dans le bloc opératoire structuré autour d'une nouvelle organisation , des nouveaux locaux, salle de réveil bloc , de nouvelles habitudes de nos usagers : Patient Debout et salle de réveil ambulatoire court
- Un même espace polyvalent avec des professionnels formés à cette nouvelle prise en charge : cela concerne aussi bien l'accueil , l'accès direct à la salle opératoire et le réveil en salle de surveillance post interventionnelle : séminaire, remise en questions de nos pratiques, cohésion groupe et vision partagée
- Approche moderne de gestion des flux : même démarche que l'ambulatoire ; échelonnement des entrées selon la programmation opératoire et accès direct au bloc opératoire : outils, mobilier, pratiques, parcours, évaluation(équipes, RU : visites)
- Création d'un salon pour les accompagnants pour permettre une attente dans une ambiance calme et un espace convivial: acculturation patients, accompagnants, équipes
- C'est un changement dans les pratiques médicales et paramédicales au sein du bloc opératoire , du service ambulatoire, des services de soins, du processus administratif (chaîne admission, facturation) informatique également sur tous les flux (brancardage) et la logistique internes : Décloisonnement
- Réflexion sur l'ensemble de l'établissement
- Nouvelle dynamique, retour arrière impossible!

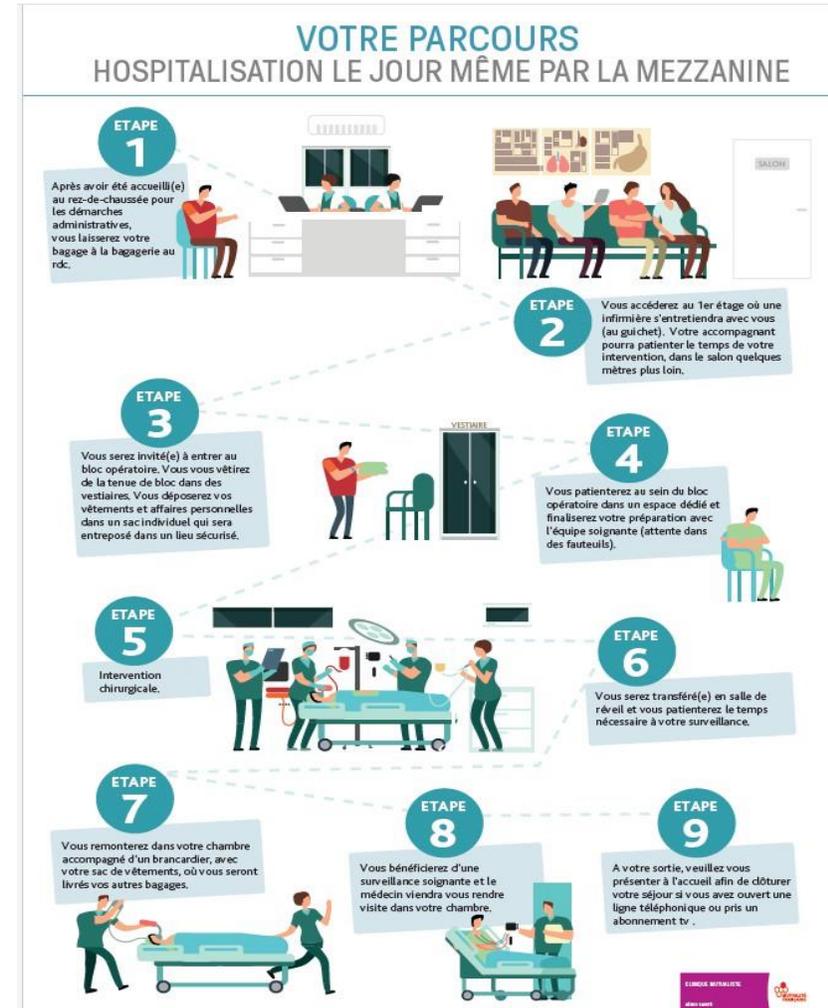


PARCOURS PATIENT CLINIQUE MUTUALISTE DE SAINT ETIENNE

Une architecture adaptée au service du patient



Un parcours adapté au service du patient



J0 CLINIQUE MUTUALISTE DE SAINT ETIENNE

Zone attente et accueil des patients ambulatoire et J0 après passage à l'accueil central pour dépôt des bagages , écran d'affichage (numéro ticket), confidentialité, borne en lien avec accueil, guichet ambulatoire

Zone pré opératoire : Vestiaires, casiers
Entretien d'accueil par les IDE d'ambulatoire, mise en tenue de bloc pour l'intervention ; effets personnels du jour dans des sacs qui vont suivre le patient jusqu'à son retour en chambre



PARCOURS PATIENT J0 CLINIQUE MUTUALISTE DE SAINT ETIENNE

Installation sur des fauteuils en attente de la prise en charge au bloc.
Amélioration du confort avec music care , lumineothérapie
magazines, à la demande du patient.

Le patient est debout dans le bloc opératoire. Il est accompagné par l'équipe de
la salle opératoire jusqu'à la salle d'intervention



JO A LA CLINIQUE MUTUALISTE DE SAINT ETIENNE

► J0 : c'est un changement dans les pratiques médicales , paramédicales et organisationnelles

Au sein du bloc opératoire et du service ambulatoire court

- Cellule de programmation hebdomadaire avec la participation de la gestionnaire des lits
- Programmation opératoire à J-1 avant 12h pour envoi des SMS pour les heures d'arrivées des patients du lendemain
- Transfert patient debout en salle d'opération avec ses prothèses auditives, ses lunettes...
- En sortie de SSPI : transfert du patient dans son lit pour rejoindre sa chambre

Au niveau hospitalisation :

- Diminution du nombre de lits de services de chirurgie
- Implication des services d'hospitalisation, réorganisation de la gestion des patients allant ou remontant du bloc
- Accueil des patients en post opératoire : gestion du traitement personnel médicamenteux, bagagerie
- Flux patients important entre les sorties et le post opératoire le matin : poste de gestionnaire des lits en lien avec les cadres de santé des services
- Réorganisation du service avec réaffectation IDE service sur le J0

Tous les flux et la logistique internes

- Accueil , brancardage (lit à disposition , transfert brancard sspi – lit)
- Bagagerie (circuit : qui , quoi ; nombre et poids des bagages , gestion des téléphones portables, équipement transport, lieu entreposage, sacs.....)
- Borne d'accueil , collations, organisation bio nettoyage, réorganisation ambulatoire long: ouverture plus tard à partir de 9h30

Le dossier patient informatisé :

- Modifié pour suivre le parcours patient

RETOUR D'EXPERIENCE DU J0

➤ Préparer les équipes au changement :

- Séminaires réalisés pour se connaître , travailler ensemble sur l'organisation future (équipes , cadres, médecins et direction)

Période de 2 ans ½ entre le début et la fin du projet : des pratiques professionnelles qui changent : cohésion, remise en question ,adaptation au changement

➤ Travail en commun ambulatoire et bloc :

- Charte bloc – ambulatoire / Accueil bienveillant des équipes ambulatoire au bloc opératoire

➤ Locaux neufs ,matériel et mobilier neufs :

- Codes hospitaliers gommés : sol + fauteuils + signalétique
- S'approprier les nouveaux locaux , flux , circuits , outils (logiciels , DPI : nouveaux écrans)

➤ Le patient debout dans le bloc accompagné par un professionnel du bloc :

- Patients curieux posant des questions sur leur environnement ,plus acteurs dans leur prise en charge ; bloc rangé , couloirs dégagés...
- RU impliqués

➤ Vigilance des équipes médicales : assurer le même niveau de sécurité :

- Points clés : consultations + informations patients + check rigoureux à l'entrée (ide , médecin)
- Echelonnement des entrées avec SMS de la veille
- Eligibilité

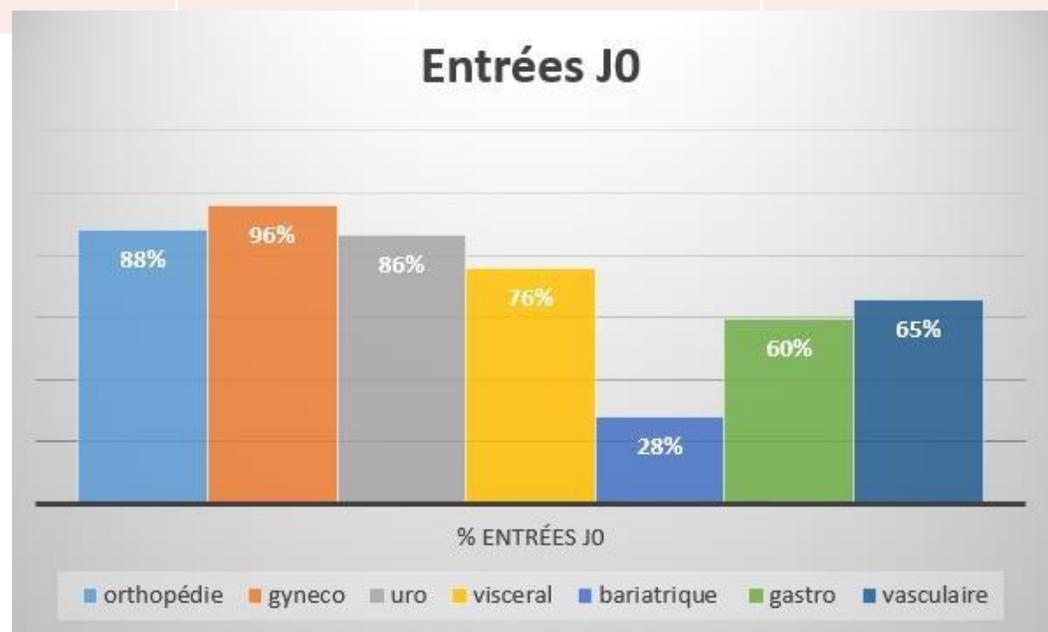
➤ Acheminement plus facile des patients au bloc : arrivent en direct et ne sont plus issus des étages par le biais une équipe brancardiers extérieure

➤ Réajustements permanents

- Organisation , horaires , planning , flux poussés (pour les 1ères positions) et flux tirés pour les suivants , ordonnancement du programme opératoire (convocation pas trop tard , pas trop tôt)
- Lien avec les services
- Lien avec les secrétaires
- Le conseil de bloc : devient conseil de bloc-ambulatoire

JO A LA CLINIQUE MUTUALISTE DE SAINT ETIENNE

	2019	2020	2021	2022	1 ^{ER} S 2023
Entrées J0	66%		74%	78%	76%
Orthopédie	79%		87%	88%	86%



Évidence d'aujourd'hui,
imagination d'hier.



Merci de votre attention!



SOIGNER, ACCOMPAGNER, INNOVER

Le soutien et l'implication de la direction dans la démarche

RAC

*Thibault CHEVALARD, Directeur des finances et de la performance
Centre Hospitalier de Bourg en Bresse*



La RAAC au CH de Bourg-en-Bresse

Un projet institutionnel partagé

M. Thibault CHEVALARD

Séminaire ARS du 17 octobre 2023



Un projet né des équipes médicales

- Un chirurgien investi depuis de nombreuses années (2012...) = organisation d'un parcours RAAC formalisé au sein de son service (école du patient) mais pas de façon institutionnelle
- L'arrivée de jeunes chirurgiens a agi comme « démultiplicateur »
- Au même moment, sollicitation des praticiens pour présenter leurs protocoles RAAC en CME dans l'objectif d'une certification GRACE



Un accompagnement par la direction

- Participation aux vagues 3 et 4 de l'accompagnement en tant qu'établissement pilote (avec appui de la direction)
- Inscription au projet médical début 2020 comme l'un des principaux axes concernant la chirurgie =
« Promouvoir la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie pour toutes les spécialités chirurgicales de l'établissement »



Un accompagnement par la direction (suite)

- Mise à disposition de temps d'infirmier de coordination
- Mise à disposition d'un local de consultation IDE
- Adhésion de l'établissement à GRACE

- Points réguliers sur le codage RAAC



Bilan de la RAAC - 2023

- Mise en œuvre en chirurgie orthopédique, chirurgie urologique et chirurgie gynécologique
- Concomitamment, mise en œuvre du robot (février 2020)
- Pas d'extension de la RAAC à ce jour à la chirurgie viscérale ni au vasculaire



Bilan de la RAAC - 2023

- Cotation en progression (26 % en 2021 puis 46 % en 2022 sur les 19 racines de GHM éligibles, 33 % en 2021 puis 60 % en 2022 sur les 9 racines de GHM éligibles des spécialités impliquées dans la RAAC)

- Diminution des durées de séjour en
- programmé
- Attractivité de ce type de parcours

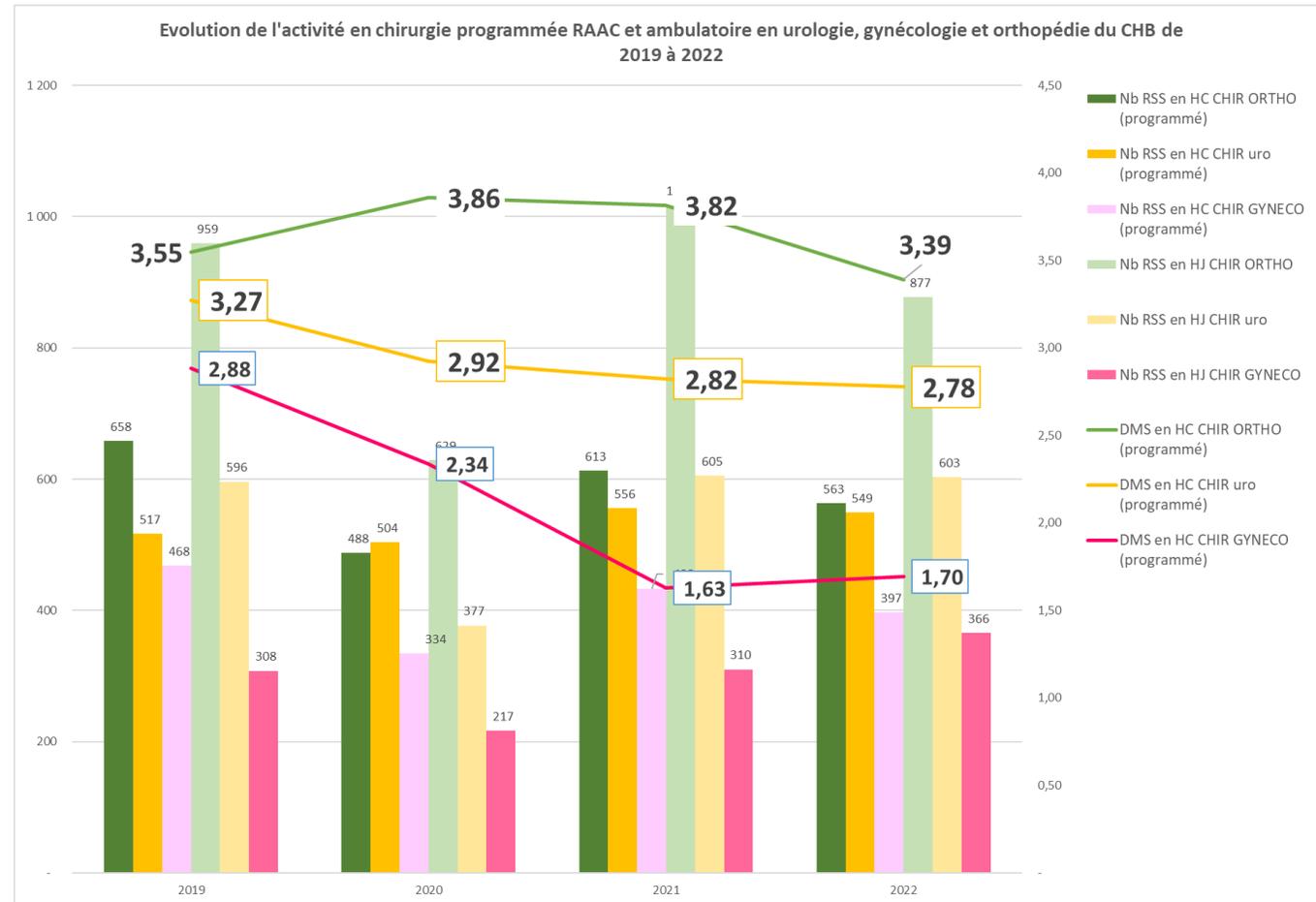
Année	2019	2020	2021	2022
Nb RSS en HJ CHIR uro	596	377	605	603
Nb RSS en HC CHIR uro	630	619	656	665
DMS en HC CHIR uro	4	3,42	2,94	2,94
IPDMS en HC CHIR uro	0,95		0,97	0,91
Nb RSS en HC CHIR uro (programmé)	517	504	556	549
DMS en HC CHIR uro (programmé)	3,27	2,92	2,82	2,78
<i>source PMSI</i>				

Année	2019	2020	2021	2022
Nb RSS en HJ CHIR ORTHO	959	629	1 017	877
Nb RSS en HC CHIR ORTHO	1 110	928	1 045	991
DMS en HC CHIR ORTHO	4,53	4,69	4,81	5,10
IPDMS en HC CHIR ORTHO	0,90		0,99	1,00
Nb RSS en HC CHIR ORTHO (programmé)	658	488	613	563
DMS en HC CHIR ORTHO (programmé)	3,55	3,86	3,82	3,39
<i>source PMSI</i>				

Année	2019	2020	2021	2022
Nb RSS en HJ CHIR GYNECO	308	217	310	366
Nb RSS en HC CHIR GYNECO	492	354	458	417
DMS en HC CHIR GYNECO	3,17	2,66	1,90	1,74
IPDMS en HC CHIR GYNECO				
Nb RSS en HC CHIR GYNECO (programmé)	468	334	433	397
DMS en HC CHIR GYNECO (programmé)	2,88	2,34	1,63	1,70
<i>source PMSI</i>				

Bilan de la RAAC - 2023

Le développement
de la RAAC
n'empêche pas
l'essor de
l'ambulatoire



Bilan de la RAAC - 2023

- Lien avec l'amélioration des parcours (patient debout, « hub » d'accueil...)
- Modernisation des conditions de PEC grâce aux subventions FIR octroyées par l'ARS (lunettes 3D, etc.)
- Fluidité ++ entre ambulatoire et RAAC



Perspectives - Projets

- Relance de la dynamique de consultation infirmière (organisation : en même temps que la consult MAR, etc.)
- Simplification des démarches administratives (préadmission déjà faite, édition des bulletins de situation en projet)
- Informatisation du suivi post-opératoire



Retours d'expériences d'établissements

Partie 2

Des établissements vous partagent leurs réalisations sur la prise en charge des patients, sur une étape clef du parcours RAC ou sur des procédés innovants

Les soins de support : des outils d'accompagnement pour les IDE de parcours patient en préhabilitation et RAC

*Isabelle LAFORTUNE, Sophie PEYRONNET,
Béatrice FERREBOEUF, Mélanie SAHUC,
IDE parcours patients RAC HCL Lyon Sud*



LES SOINS DE SUPPORTS

l'équipe d'IDE Coordination Parcours Patient
Pré-habilitation / RAAC HCL Lyon Sud



HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

*Isabelle LAFORTUNE, Sophie PEYRONNET, Mélanie SAHUC, Béatrice
FERREBOEUF*

SOINS DE SUPPORT

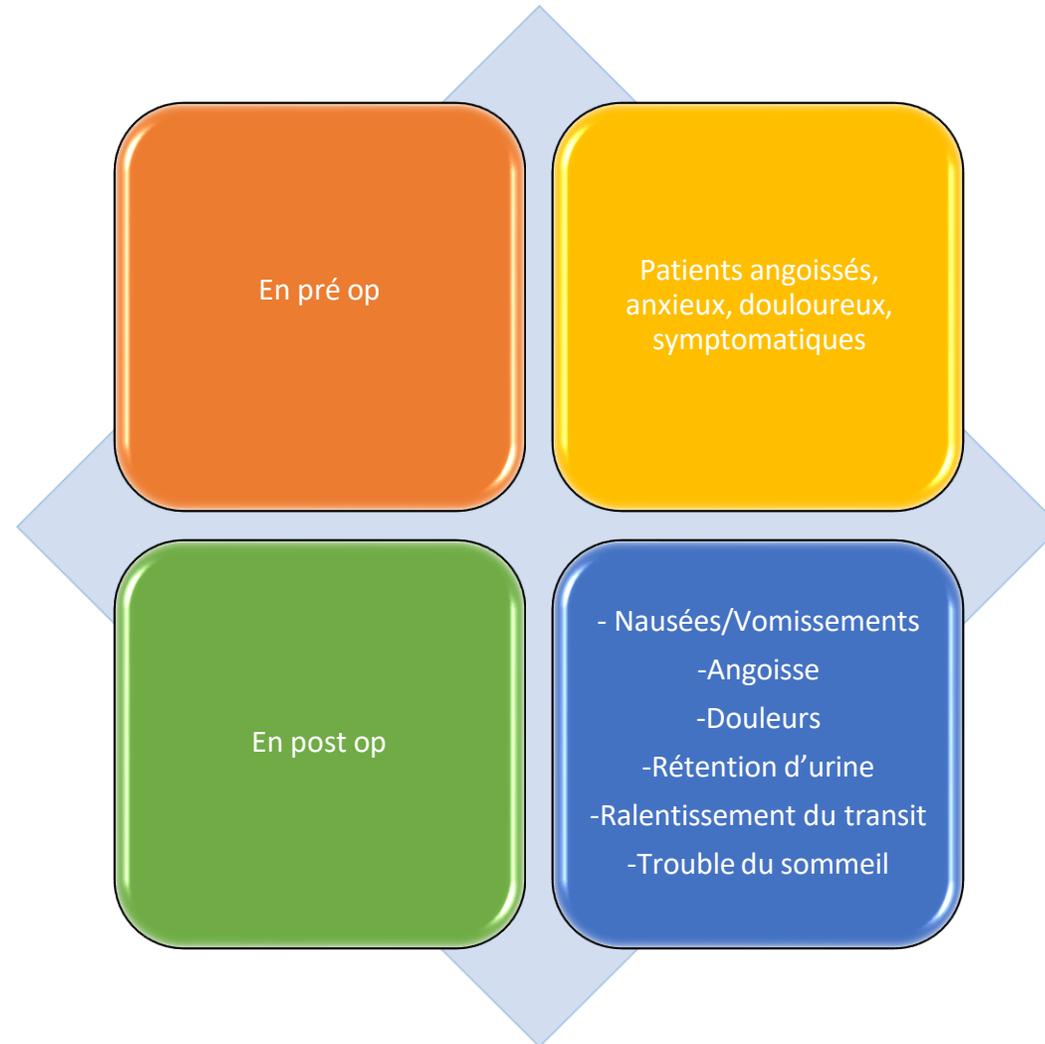
Disponible sur Lyon Sud dans les services de soins:



La REsonnance Sous Cutanée

- La RESC est une méthode **non invasive** qui s'appuie sur les grands principes de la médecine traditionnelle chinoise et l'océanographie.
- Créée par Patrick Fouchier, kinésithérapeute et acupuncteur.
- C'est **un contact / écoute ayant pour but de comprendre** les turbulences provoquées par la maladie ou la douleur **afin d'accompagner le patient vers l'apaisement..**
- 3 niveaux de formation avec un diplôme

Pour qui? Quand? Quels profils?



Les effets de la RESC :

- La RESC **favorise** de manière (très) satisfaisante la remise en **forme physique** et **psychologique** des patients.
- Action directe sur la douleur.
- Apaisement sur le mental.
- Rééquilibrage énergétique profond.



Boite à Morphée

- Séances de méditation et de sophrologie.
- Pour s'endormir facilement et rapidement.
- Pour bénéficier d'un sommeil profond et réparateur.
- Utilisé en service pour favoriser l'endormissement.



Casque de réalité virtuelle: un atout pour la gestion du stress

- Utilisé en amont de la chirurgie pour expliquer la prise en charge RAC.
- Séance la veille de la chirurgie ou le matin avant le bloc pour diminuer l'anxiété et le stress pré opératoire.
- Utilisé en post op ou lors de soins invasifs.



Fauteuils massant et relaxant

- Utilisé en salle de kinésithérapie après une séance de réhabilitation post opératoire.
- En salle d'attente afin de permettre aux patients de se relaxer.



Aromathérapie

- Mise en place dans les couloirs des services de digestifs afin d'apporter une note agréable.



Merci pour votre attention ...





La sécurisation du retour à domicile

Dr Philippe CHASSERANT, CHAM Savoie



Centre Hospitalier Albertville - Moutiers

SÉCURISATION RETOUR À DOMICILE CHIRURGIE RAC

RAPPORTEUR : PHILIPPE CHASSERANT

DATE : 29/09/2023



Centre Hospitalier Albertville - Moûtiers

ÉTAT ACTUEL EN FRANCE

- ❑ Sortie des patients non anticipée systématiquement sans suivi.
- ❑ Durée moyenne de séjour (Colectomies 12 J.) (PTH 9 J.) (Hystérectomies 8.)....
- ❑ En l'absence de suivi IDE en lien avec l'hôpital moyenne de consultations non programmées: 9%.
- ❑ Retard à la prise en charge des complications septiques en chirurgie viscérale 36H...
 - *Conséquences pour les patients / désorganisation de la structure / cout pour la structure...*



Centre Hospitalier Albertville - Moutiers

ETAT ACTUEL EN FRANCE

- Avant chirurgie
- Pré habilitation
- Anticipation

Chirurgie prise en charge RAC

- * Sécurisation du retour à domicile.
- * Algorithme de gestion des risques
- * Formalisation des process de retour



RÔLE CLÉ DU SUIVI À DOMICILE

- ❑ ANTICIPATION AVEC **IDE RAC** EN AMONT DE L'HOSPITALISATION
- ❑ Même chez les patients sortants à J2/J3.
- ❑ Une IDE libérale deux fois par jour durant 6 jours puis une fois par jour durant 21 jours.

Management des risques par algorithme

- ❑ La pierre angulaire est la récolte et la transmission des données.
 - **IDE RAC** qui transmet au chirurgien responsable
 - Lien avec les urgences ou SAMU 24/24



Centre Hospitalier Albertville - Moutiers

RÔLE CLÉ DU SUIVI À DOMICILE

	Bas	Moyen	Haut
O2 SAT	92 > x > 89	89 > x > 86	< 86
Pouls	75 < x < 90	90 < x < 105	> 105
Fréquence respiratoire	17 < x < 19	19 < x < 22	> 22
TA	85/50 < x < 95/75	70/45 < x < 85/50	< 70/45
Température		37°8 < x < 38°5	x < 36°4 or > 38°5
EVA douleur	2 < x < 4	4 < x < 7	> 7
Absence de transit gaz ou selles		J2	J3
Alimentations à J2	Juste boisson	Nausées	Vomissements
Mobilité à J2	Chambre	Lit / fauteuil	Lit uniquement
Ressenti du patient		Pas bien	Mal
Hb	Perte 1 point	Perte 1 < x < 1,8	Perte > 1,8
GB	12000 < x < 16000	16000 < x < 20000	x > 20000
CRP	120 < x < 150	150 < x < 180	x > 180
Cicatrice	Rouge	Inflammatoire	Gaz ou selles

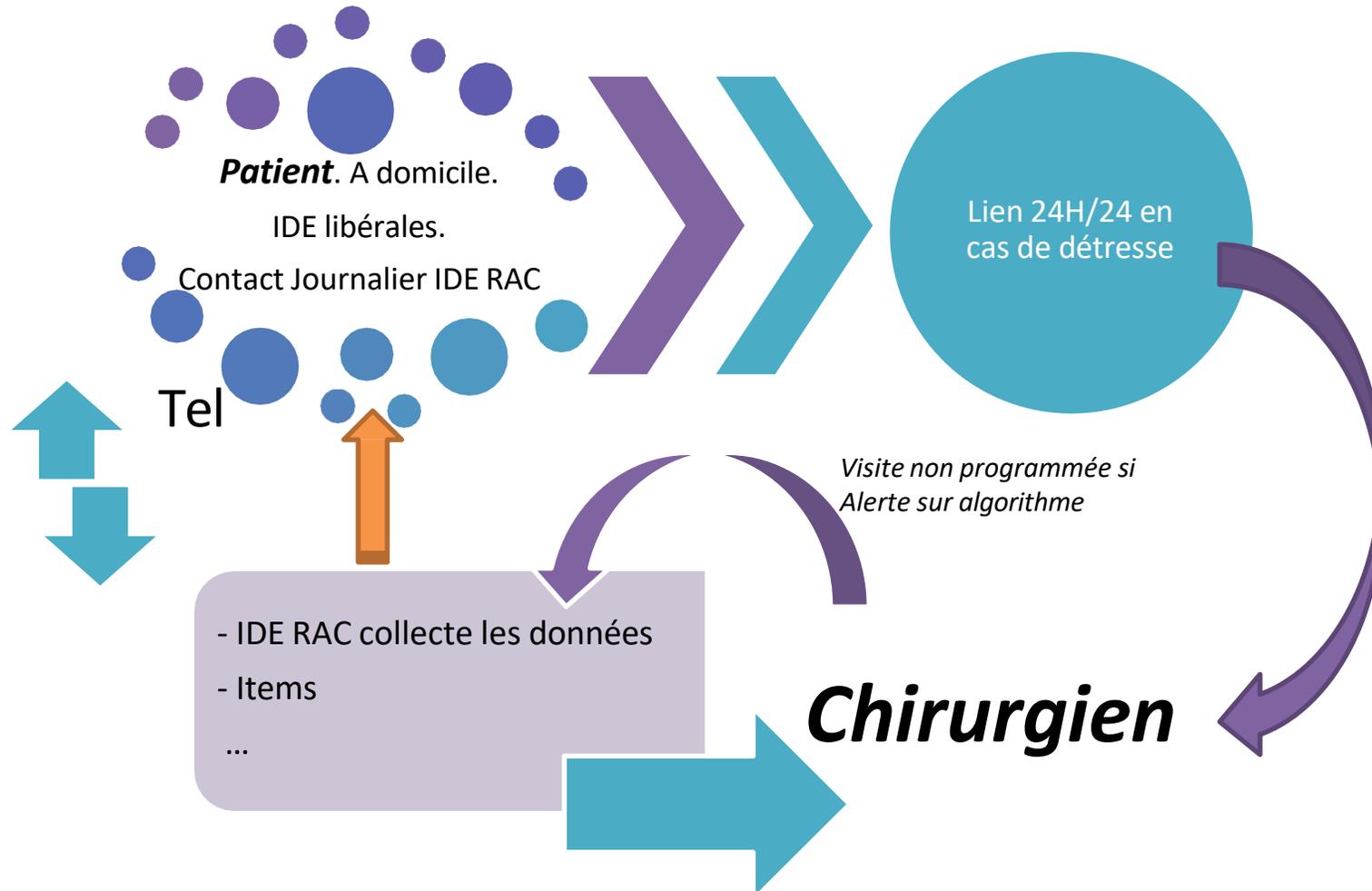
2 alertes basses = 1 alerte moyenne.

Au delà de 2 alertes moyenne ou d'une alerte haute le patient doit être considéré comme ayant une complication et revenir immédiatement à l'hôpital pour être vu par un Chirurgien.



Centre Hospitalier Albertville - Moutiers

SUIVI PAR IDE RAC





LES BÉNÉFICES DE LA SÉCURISATION

Pour le patient:

- Réduction de la durée de séjour : diminution de la morbidité physique et sociale.
- Personnalisation du lien patient / hôpital.
- Sécurité équivalente (voir supérieure: études en attente) à un parcours hospitalier classique.

Pour l'hôpital:

- Amélioration de la qualité de prise en charge: réduction de la morbimortalité.
- Meilleure gestion des flux patients. Optimisation des lits.
- Amélioration du lien ville hôpital (contacts IDE libérale)
- Image de marque de l'établissement.



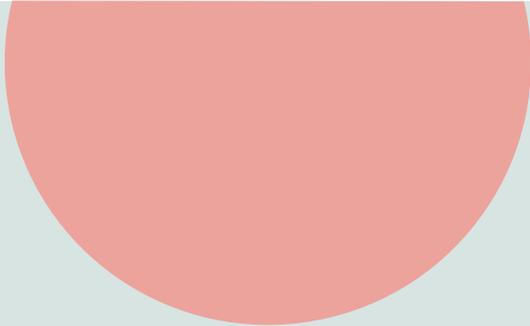
LES FRAGILITÉS DE LA SÉCURISATION

- Disponibilité en IDE RAC: le système ne peut reposer sur une seule personne.
- Problème des appels le WE. (Qui?/ Quand?/ Formation/ protocole)
- Formalisation des algorithmes de sécurisation pour toutes les interventions.
- Formalisation des visites non programmées: Urgences / Consultations (ou? Quand?)
- Récupération des résultats des bilans sanguins réalisés à domicile. Articulation avec les labos de ville.

Mobilisation des patients

Hôpital St Joseph St Luc

CH Bourg en Bresse



L'astreinte kinésithérapeute

Hôpital St Joseph St Luc

Mise en place d'une astreinte de kinésithérapeute

C.RECCHIA

17/10/2023



Hôpital
Saint Joseph
Saint Luc

L'hôpital au cœur,
l'esprit ouvert

Contexte

- A l'occasion de la **réorganisation structurelle de notre service de chirurgie en 2022**, il a été nécessaire de relancer notre programme de RAC en orthopédie.
- La réécriture partiel de nos parcours, nous a fait prendre conscience de la nécessité de mettre en place **une astreinte de kinésithérapie en soirée 16h00-18h00**. (Faute d'IDE ou de chirurgiens en nombre sur ce créneau)

En pratique (PTH)

- Lors de la séance le soir de la chirurgie, les gestes suivants sont mis en œuvre, après quelques vérifications d'usage (état de conscience du patient, ...) et quelques explications :
 - Mobilisations en actif : cheville, travail quadriceps en statique, testing de la sensibilité
 - Mobilisations en actif aidé : flexion, abduction, rotation en évitant les mouvements extrêmes.
 - Verticalisation
 - Une fois le patient assis en bord du lit, vérifier son état : sueur, pâleurs, sensations de vertiges, nausées.
 - Travail des appuis : transfert du poids du corps sur le membre opéré, travail en appui unipodal
 - Si tout ok : marche dans la chambre ou plus selon le patient.

Merci pour votre attention

20 quai Claude Bernard
69365 Lyon Cedex 07

Tél. 04 78 61 81 81
Fax : 04 78 61 80 80

saintjosephsaintluc.fr



Hôpital
Saint Joseph
Saint Luc

L'hôpital au cœur,
l'esprit ouvert

L'APA du gain

Equipe RAC CH Bourg en Bresse

« L' APA du gain »

L'Activité Physique Adaptée dans le
cadre de la RAAC en urologie

CROZIER Marie, IDE
DESPLACES Claire, IDE
DESSERT Benjamin, CS

17/10/2023

Définition de l'APA

L'Activité Physique Adaptée est un moyen qui permet la mise en mouvement des personnes qui, en raison de leur état physique, mental ou social, ne peuvent pratiquer une activité physique dans des conditions habituelles. Elle est mise en œuvre par un enseignant/moniteur titulaire d'une licence filière APA et santé des UFR STAPS.



Origine du projet

- La cystectomie : intervention lourde dont les suites opératoires restent compliquées (reprise du transit, difficultés de mobilisation, risque de perte d'autonomie)
- Contrainte de temps et de compétences spécifiques des soignants
- Modèle de prise en charge APA observé dans certains Etablissements de santé
- Août 2021 : Candidature suite à l'appel à projet de l'ARS sur des démarches innovantes en matière de RAAC

Objectifs

- Optimiser le statut physique et cardio-respiratoire avant l'intervention
- Réduire l'apparition de complications post-opératoires
- Favoriser le retour du transit
- Réduire la fatigue dans les déplacements et dans les activités de la vie quotidienne
- Maintenir ou restaurer l'autonomie du patient
- Adapter les gestes du quotidien à la contrainte de la stomie urinaire
- Réduire le temps d'hospitalisation



Mise en œuvre

- Déclenchement de la prise en charge APA lors de la programmation de l'intervention
- Consultation avec le moniteur APA le même jour que la consultation infirmière dédiée et la consultation d'anesthésie
- Etablissement d'un programme d'activité avec le patient, idéalement 4 semaines minimum avant la chirurgie avec livret de suivi (programme et livret construits par les moniteurs APA)
- Suivi téléphonique hebdomadaire avec réajustement du programme si nécessaire
- Prise en charge en post opératoire dès J1 et tout au long de l'hospitalisation
- Si demande du patient, possibilité de suivi après retour au domicile
- Traçabilité des interventions dans le dossier patient

Bénéfices



Evaluation

- Depuis avril 2022 : 10 prises en charge APA (moyenne de 10 PEC / an)
- Retour oral positif des patients
- Reprise précoce du transit intestinal
- Récupération physique plus rapide et plus facile
- Complémentarité des interventions APA/kinésithérapeute
- Baisse de la DMS : 15jrs à fin juillet 2023 (moyenne de 21 jour auparavant)

APA = gain pour le patient

Axes d'amélioration et évolution

- Validation institutionnelle du livret donné aux patients
- Ajout d'un item APA dans le questionnaire de satisfaction RAAC
- Ouverture de la prise en charge APA « au cas par cas » à d'autres chirurgies urologiques



Merci de votre attention.





La gestion de la douleur chez l'enfant

Magali MARCHAL

HCL Lyon Est

DOULEUR CHEZ
L'ENFANT :
QUEL SENS DONNER
POUR UNE PRISE EN
CHARGE OPTIMALE

Magali Marchal
Infirmière Anesthésiste
Praticienne en Hypnose Ericksonienne
Equipe Mobile Douleur Pédiatrique
Hôpital Femme Mère Enfant

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

Début du processus douloureux

Hôpital

Bloc opératoire

Interrogations

Anxiété

Douleur
Physique et/ ou
psychique

Sensation
actuelle

Souvenir
passé

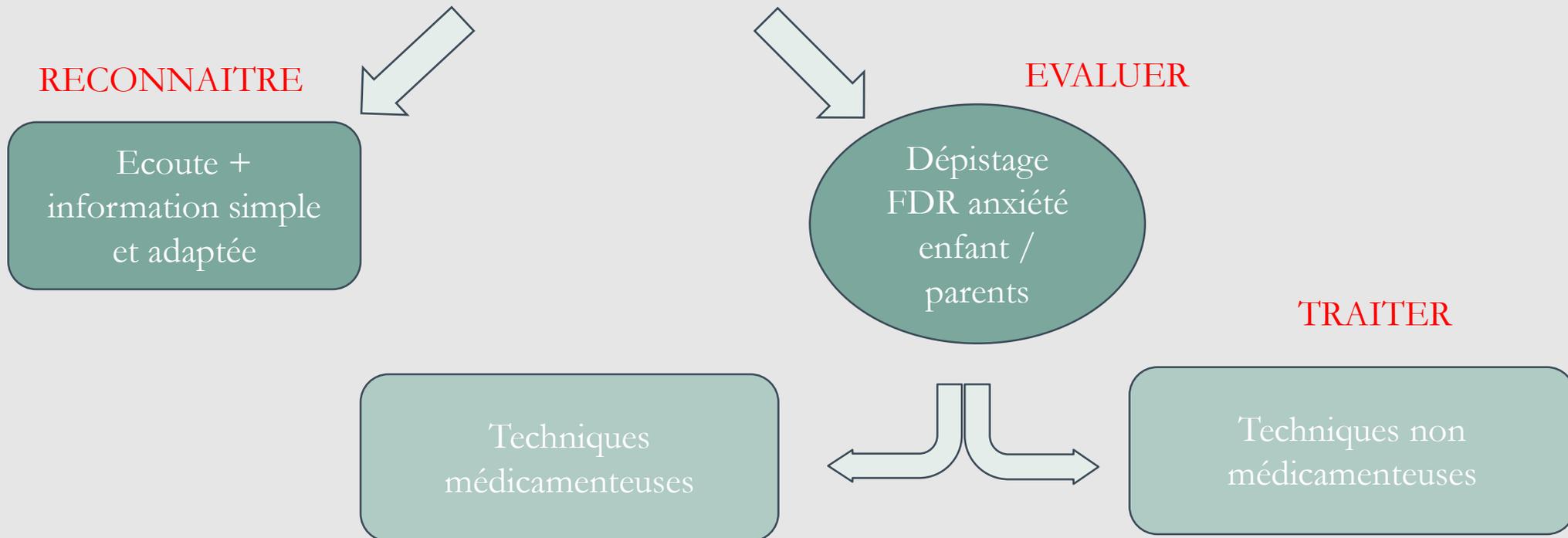
Anticipation
douleur future



Si on s'attend à avoir mal, on la perçoit beaucoup plus

Prévention anxiété/douleur: préparation du patient et de l'accompagnant

- Dès la consultation chirurgicale et anesthésique / urgence :



Dépistage FDR anxiété

- Ecoute et évaluation anxiété pré op

EVALUER

The screenshot displays a medical software interface with various tabs and sections. Two green ovals highlight specific areas: one around the 'Anesthésie préop' section and another around the 'Anxiété préop' section. The interface includes fields for patient information, anesthesia protocols, and preoperative anxiety assessment.

EVA
d'anxiété

PM Catapressan /
Hydroxyzine
Au cas par cas

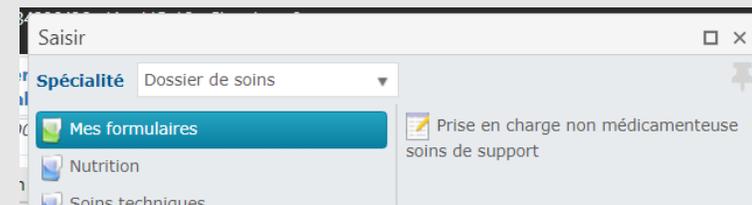


Demande de PEC
particulière
Groupe hypnoRESC

Groupe HypnoRESC



- Groupe créé par le bloc Opératoire Pédiatrique
- Une salle dédiée/alternance salle d'attente- adresse mail dédiée
- Soignants formés à la RESC / Hypnose
- Créneaux disponibles selon possibilité planning + temps personnel
- Demandes initiales des services d'hospitalisations / consultations anesthésistes
- Suivi de PEC
- Traçabilité séance : agenda easily + dossier de soin du patient



Transmissions ciblées	Histoire
Filter	Gr Sp
Aucun	
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	1 document
GASTRO-ENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE	15 documents
GÉNÉTIQUE	2 documents
MALADIES RARES	1 document
MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION	1 document
NEUROLOGIE	4 documents
NUTRITION	6 documents
PNEUMOLOGIE	17 documents
RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FC	3 documents
SOINS DE SUPPORT	1 document
AUCUNE	3 documents

PEC per opératoire

- Evaluation à l'arrivée au bloc



- Techniques médicamenteuses

Analgésie
multimodale

Optimisation
Analgésie per op

ALR

AG

Techniques non médicamenteuses

RESC
Hypnose
Casque RV

Présence parentale à
l'induction
Au cas par cas

Distraction
Musique
Tablette



PEC post opératoire immédiat

○ Outils d'évaluation : FLACC / ENS / EVA

○ Techniques médicamenteuses

Palier 2 et palier
3

Limites / âge

Techniques non médicamenteuses

Réalimentation
précoce

Présence
parentale

Musicothérapie

Distraction

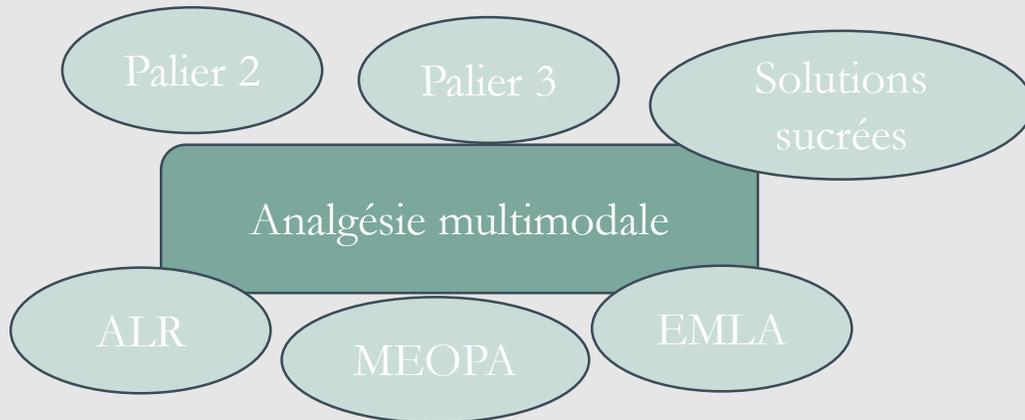
RESC
Hypnose
Casque RV



PEC post opératoire

- **RECONNAITRE / EVALUER** : travail sur représentations sur la douleur
- **TRAITER**

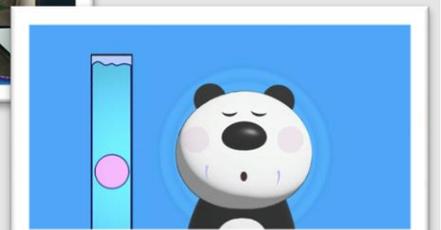
Techniques médicamenteuses



Techniques non médicamenteuses

Ludiboard /
RAAC
hyospade

Cohérence
cardiaque parents
/enfants
RAAC Arthrodèse



La douleur



- Je l'évalue
- Je la trace
- Je la traite
- Puis je recommence
- Je la réévalue
- Je la retrace

FIN QU'ELLE NE LAISSE PAS DE TRACE

Travail de l'équipe mobile douleur pédiatrique

ETP douleur

ETP « J'agis
avec mon AJI »

ETP « éveil à l'hypnose »

ETP
EDUMICI &
EDUHEPAT

PATIENT ACTEUR

OBJECTIF : apporter une compétence supplémentaire d'autosoins et d'adaptation au patient

CONCLUSION

PEC multidimensionnelle, comme la douleur elle même



- Importance apprendre à **RECONNAITRE / EVALUER** l'anxiété et la douleur
- **TRAITER** :  Nombreuses techniques médicamenteuses : protocoles +++
 Techniques non médicamenteuses : avoir un panel d'outils
- **Adapter** : selon possibilités chaque service et surtout à chaque enfant - parent

PEC PERSONNALISÉE

- **Travailler ensemble**



- **Objectif** : parent / enfant = **ACTEURS** de la PEC



Merci de votre attention



Épargne morphinique en urologie

Dr FOUCHE et Dr MARCOTTE

Hôpital St Joseph St Luc

Épargne morphinique en urologie

M.Fouché

17/10/2023



Hôpital
Saint Joseph
Saint Luc

L'hôpital au cœur,
l'esprit ouvert

OFA : Opioid free anesthesia

Rationnel : Objectif de réhabilitation rapide

Eviter effets secondaires liés aux opioïdes : iléus, nausées et vomissements postopératoires, rétention aigue d'urine, hyperalgésie, dépression respiratoire, dépendance aux opiacés ...

- Principe = blocage peropératoire de la réaction sympathique nociceptive en conservant une analgésie efficace
- Moyen = Recours aux alpha 2 agonistes (Catapressan ou Dexmedetomidine) +
 - Co antalgiques
 - Antagoniste NMDA : Kétamine
 - Magnésium
 - Dexaméthasone
 - Lidocaïne
 - Antalgie précoce :
 - Analgésie multimodale : paliers 1, 2 + AINS
 - ALR préopératoire : périmédullaire/ TAP Bloc



OFA : Opioid free anesthesia

Controverse

- ➔ L'OFA semble réduire la consommation de morphine et les NVPO
Résultats variables selon les études- Effets secondaires propres (sécurité ?)
- ➔ Bénéfices lorsque le protocole d'anesthésie est déjà épargneur de morphinique ?
OFA ≠ analgésie post opératoire sans morphinique
- ➔ Outils de monitoring de l'anesthésie non validés dans l'OFA
- ➔ Définition variable selon les études – Hétérogénéité de protocoles avec associations variable d'anesthésiants et co-antalgiques / ALR et procédures chirurgicales
- ➔ Ne pas le généraliser : population ciblée ? Obèses et chirurgie bariatrique, SAOS non appareillés, toxicomanes

The Postoperative and Opioid-free Anesthesia (POFA) Randomized Clinical Trial, H.Beloil et al. ANESTHESIOLOGY 2021; 134:541-51
Perioperative opioid administration, A critical review of Opioid-free versus opioid sparing approaches, H.Santhanna et al. ANESTHESIOLOGY 2021; 134 645-59

Epargne morphinique et Urologie

- **Plusieurs procédures englobées : Néphrectomie, Cystectomie, Prostatectomie**
- **Voie robot-assistée**

➤ Pas de recommandations concernant la chirurgie robotique



Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire[☆]

Frédéric Aubrun¹, Karine Nouette Gaulain², Dominique Fletcher³, Anissa Belbachir⁴,
Hélène Beloeil⁵, Michel Carles⁶, Philippe Cuviron⁷, Christophe Dadure⁸, Gilles Lebuffe⁹,
Emmanuel Marret¹⁰, Valéria Martinez¹¹, Michel Olivier¹², Nadia Sabourdin¹³, Paul Zetlaoui¹³,
Société française d'anesthésie et de réanimation



prospect

Better Postoperative
Pain Management

Niveaux de douleur postopératoires méconnus

➤ Hétérogénéité des pratiques :

- Anesthésie péri médullaire : APD/ Rachianesthésie morphine
- Infiltration chirurgicale
- Lidocaïne IVSE
- Blocs de paroi : TAP bloc, Bloc du carré des lombes ...



Pain Intensity after RObotic assisted Urological surgery: the PAIROU study.

PAIROU

H. Beloeil, SFAR

Pain Intensity after RObotic assisted Urological surgery: the PAIROU study.

Etude prospective multicentrique

Objectif principal = mesurer le niveau de douleur à J1 de la chirurgie (ENS) au repos et à l'effort

- Critères de jugement secondaires : Intensité de la douleur à J2, le score de douleur le plus élevé dans les 48 premières heures, NVPO, heure de la 1^{er} déambulation, reprise du transit, consommation de morphine (en mg) 48 h après la chirurgie, durée de la chirurgie, expérience de l'opérateur, complications chirurgicales, durée de séjour
- Inclusion : âge > 18 ans, chirurgie urologique robot-assistée programmée, non opposition
- 44 centres, 968 patients

Pain Intensity after RObotic assisted Urological surgery: the PAIROU study.

Résultats

➤ Données démographiques :

Sexe masculin (83 %), Age 62 ± 11 ans

ASA ½ : 74%

Chirurgie oncologique 85 %

Douleur préopératoire 11 %

➤ Données peropératoires :

AG seule 88% / AG + ALR 12%

Infiltration 57 %

ALR :

- Rachianesthésie morphine 27 %
- APD 21 %
- BPV 3 %
- TAP ou QLB 48 %

➤ Médicaments de l'AG :

Sufentanil 58 % / Remifentanil 32%

Lidocaine 59% / Ketamine 78 %

Sulfate de magnésium 21 %

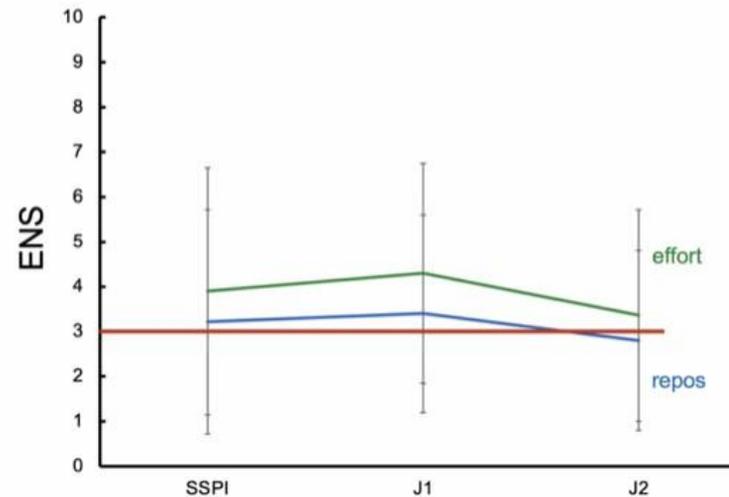
Dexaméthasone 87 %

AINS 59 % / Paracétamol 90 %/ Néfopam 71 %

Antalgique palier 2 26% / Morphine peropératoire 30 %

Pain Intensity after RObotic assisted Urological surgery: the PAIROU study.

➤ Critère de jugement principal :



➤ Critères de jugement secondaires :

- **NVPO 16 %**
- 1^{er} lever : 26 ± 62 h, reprise transit : 37 ± 76 h
- Consommation de morphine sur 48h : 7 ± 14 mg , pas de morphine sur 48 h : 66 % des patients
- Complications 7,5 %, mortalité 0,2 %
- Durée de séjour 4,72 ± 6,22 j

Conclusion

Chirurgie urologique robot –assistée : niveau de douleur semble faible avec très peu de consommation de morphinique

Analgesie multimodale doit être systématique – Epargne morphinique : OFA ?

Résultats à venir de l'étude PAIROU pour orienter au mieux la stratégie d'anesthésie selon le type de chirurgie

Vers l'ambulatorio pour la chirurgie prostatique ?

Merci pour votre attention

20 quai Claude Bernard
69365 Lyon Cedex 07

Tél. 04 78 61 81 81
Fax : 04 78 61 80 80

saintjosephsaintluc.fr



**Hôpital
Saint Joseph
Saint Luc**

L'hôpital au cœur,
l'esprit ouvert

Comment intégrer la démarche de conciliation médicamenteuse dans un parcours RAC colorectale

*Dr MAFFRE, Dr SAUVAJON, DR WARROQUET, Dr CUCHET
CH Chambéry*



Comment intégrer la démarche de conciliation médicamenteuse dans un parcours de RAAC colorectale ?

Accompagnement de l'ARS – bilan – mardi 17 Octobre 2023

Dr Maffre Irène (Pharmacien),

Dr Aumont Ophélie (Chirurgien digestif),

Dr Cuchet François (Médecin polyvalent),

Dr Sauvajon David (Médecin Anesthésiste).



La conciliation médicamenteuse : définition

- Démarche de pharmacie clinique formalisée, préconisée par la Haute Autorité de Santé et centrée sur le patient
- Objectif: Prévenir ou corriger les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé tout au long de son parcours de soins

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient

- En pratique :

- 1) Elaboration d'un bilan médicamenteux en croisant au minimum 3 sources d'informations
- 2) Transmission et échange avec le médecin qui rédige la prescription
- 3) Analyse des divergences entre la prescription et le bilan préétabli

Intérêt d'une conciliation médicamenteuse au sein du parcours de RAAC :

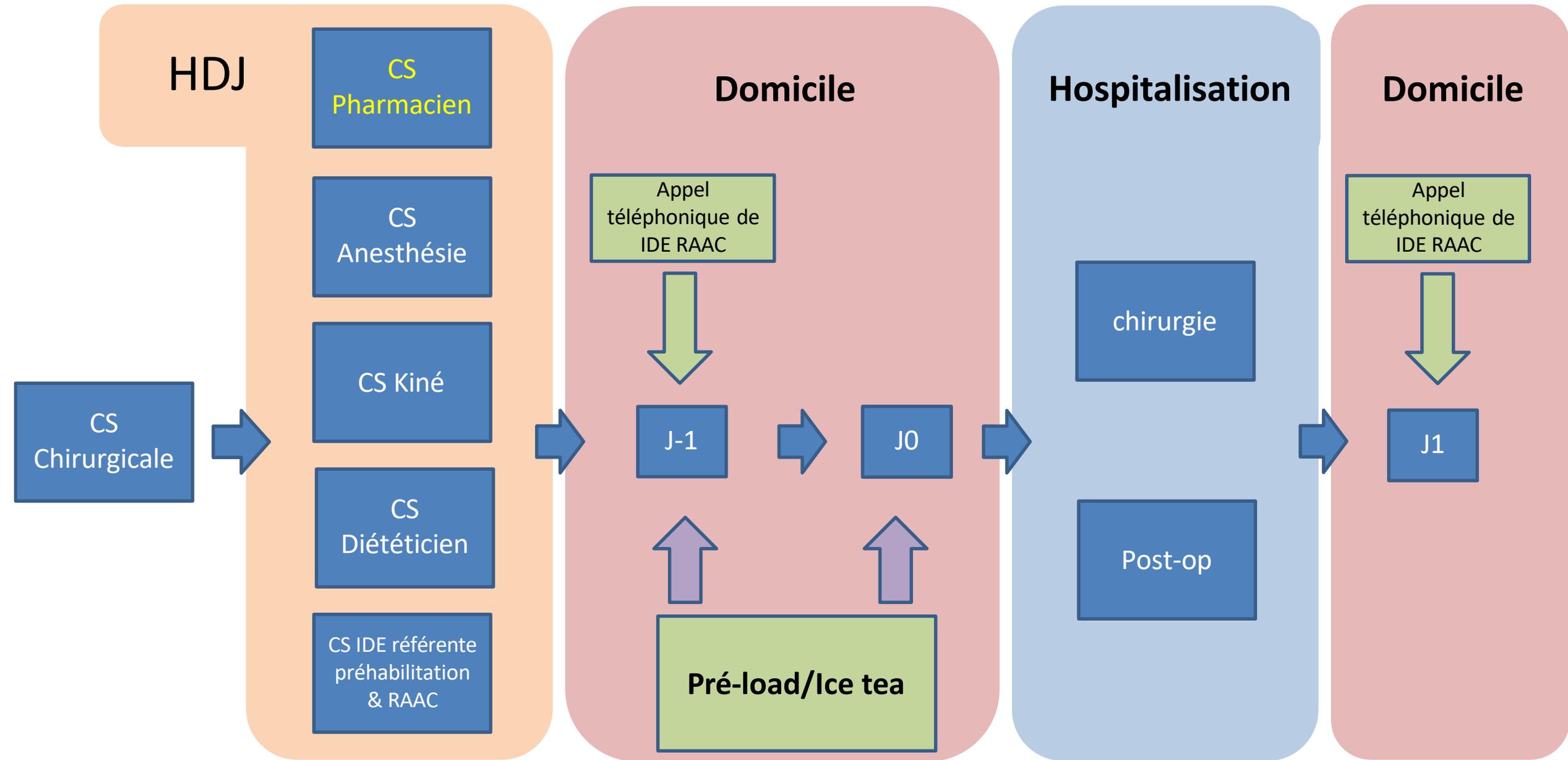
- Constats :

- A Chambéry, les **médecins anesthésistes** prescrivent les traitements habituels des patients en vue de leur séjour de chirurgie.
 - **Difficultés** pour récupérer des **informations exhaustives** durant les consultations d'anesthésie
- Hospitalisation en filière programmée : anticipation possible
- Parcours de RAAC : opportunité de réorganisation et d'optimisation des pratiques de soins

- Notre objectif :

- **Fournir** en amont de l'hospitalisation un **bilan médicamenteux exhaustif** au médecin **anesthésiste** à partir duquel il peut effectuer ses consignes/prescriptions en vue de l'hospitalisation.

Parcours patient de préhabilitation & RAAC colorectale du CHMS



En pratique, au CHMS :



Déroulé de la conciliation proactive : un processus en 3 étapes :

- 1. Préparation du dossier (en amont de l'HDJ : la semaine précédente) :** recherche active d'informations sur les traitements (*consultation DPI ; contact téléphonique du patient/aidant ; contact par messagerie sécurisée de la pharmacie habituelle du patient*)
- 2. En HDJ de pré-habilitation : consultation pharmaceutique :**
 - ✓ **Entretien avec le patient (+/- son aidant)**
 - ✓ Finalisation et validation du **bilan médicamenteux** avec au cas/cas : **proposition d'équivalence au Livret Thérapeutique** pour optimiser la PECM du patient durant l'hospitalisation.
 - ✓ **Transmission au prescripteur** du bilan médicamenteux (**médecin anesthésiste**)
- 3. Identification des divergences** entre la prescription d'hospitalisation et le bilan médicamenteux. Interaction avec le prescripteur (si nécessaire). Traçabilité des informations dans le DPI.

*Temps nécessaire en moyenne **au total** : 45-60 min/patient de temps pharmaceutique*

Exemple de support:

Conciliation médicamenteuse proactive réalisée en HDJ de pré-habilitation (RAAC Colorectale) le 19/06/2023

Patient : LAM Th né le 01/07/1971

Réalisée et Validée par : I.Maffre



Voici le bilan médicamenteux du patient :

Traitement habituel :

1 – LANTUS 100UI/ml solostar stylo : 32 UI le soir

2 – GLICLAZIDE 30 mg LM : 1-0-0 cp

3 – JANUVIA 100 mg : 1-0-0 cp

4 – ATORVASTATINE 10mg : 0-0-1 cp

5 – PERINDOPRIL ARGININE + INDAPAMIDE 5 mg+ 1.25 mg (BIPRETERAX), cpr : 1-0-0 cp

=> Proposition pharmaceutique en vue de l'hospitalisation en chirurgie, en équivalence au livret thérapeutique : PERINDOPRIL+INDAPAMIDE 2MG+0,625MG COMPRIME : 2-0-0 cp

6 – FEBUXOSTAT 80 mg cpr : 1-0-0 cp

7 – BUDESONIDE + FORMOTEROL 400/12µg/dose (SYMBICORT) : 1-0-1 inh (pris en "si besoin")

Allergies : RAS

Obtention, préparation et administration des traitements : autonome.

Autres informations : Radiochimiothérapie en avril/mai 2023 : Capecitabine - XELODA 825 mg/m² matin et soir les jours de radiothérapie (soit 5j/7). Le patient apportera son propre lecteur de glycémie. Prends ponctuellement des "CNO pour diabétiques" : 1 à 3 /j

Sources d'informations consultées : Dossier Patient Informatisé (DPI), Patient, épouse, ordonnances du Dr Waterlot du 06/10/22 qsp 4 mois et du 15/12/22 qsp 1 mois, traitement apporté, ordonnance du Dr Jacques du 30/03/23 qsp 3 mois.

Pharmacie habituelle : Pharmacie de la libération (St jean de Maurienne)

Support fournit au patient en fin de consultation pharmaceutique pour transmission directe au médecin anesthésiste

Informations également enregistrées dans le DPI

RAAC et conciliation médicamenteuse à Chambéry : phase test de 12/2022 à 09/2023 : quelques chiffres

Âge moyen des patients : **64 ans**
(dont **9 patients > 75 ans**)

Nombre moyen de traitement/patient : **6**
(min 0 – max 14)

- Pour **30%** des patients : prise
d'automédication

- 12 % des patients sous anticoagulants

- 15% des patients sous AAP

53 patients prévus en HDJ



47 patients programmés en HDJ



**33 patients vu en consultation
pharmaceutique** pour réalisation
d'une **conciliation médicamenteuse
proactive**

6 patients annulés

(3 hospitalisations en urgence, 1 patient non venu, 1 changement d'avis, 1 annulation d'opération)

**14 patients ne prenant aucun
traitement ni automédication non
rencontrés par le pharmacien**

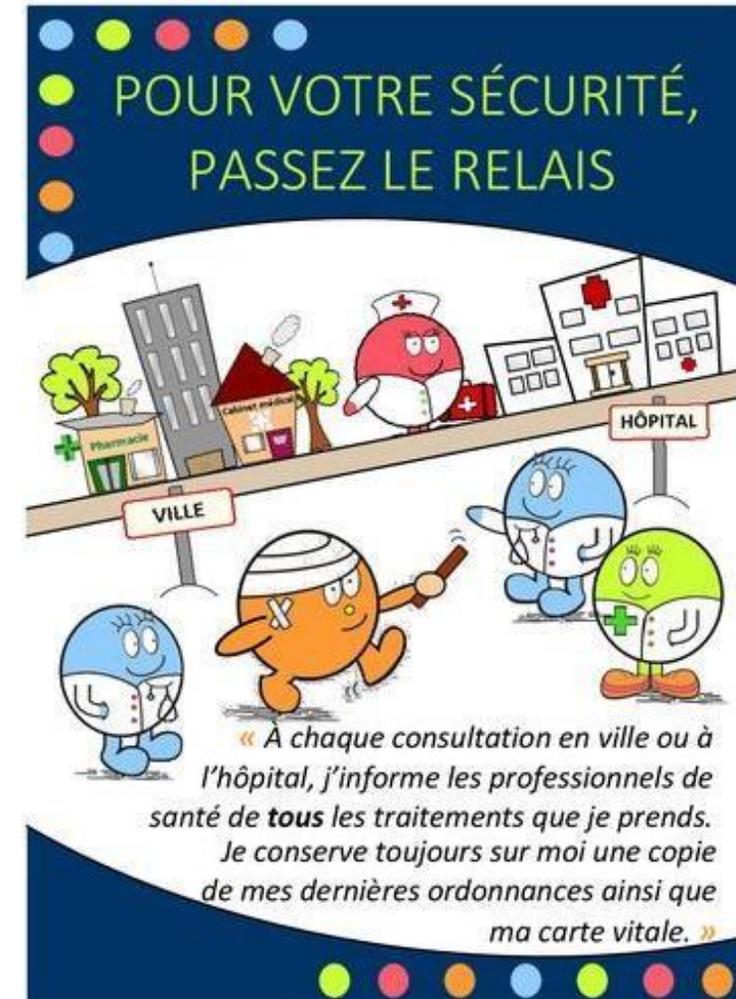
(après au minimum 2 sources d'information consultées)

En moyenne : entre 3 et 4 sources d'information consultées/conciliation

- **28 divergences non intentionnelles** identifiées après rédaction de la prescription par l'anesthésiste avec le bilan de médication effectué

- **100%** des divergences identifiées prises en compte par les anesthésistes avant l'hospitalisation

- Pas de prise en compte des modifications thérapeutiques qui ont lieu entre l'HDJ de pré-habilitation et la chirurgie si le patient ne prévient pas l'équipe soignante
- Comment optimiser/cibler au mieux les patients nécessitant une conciliation?
- Pérennisation et déploiement de l'activité ?
- Conciliation de sortie et lien hôpital-ville ?



**Merci de votre attention,
Avez-vous des questions?**

Remerciements :





Mise en place de la RAC après chirurgie aortique et projet de recherche sur la sarcopénie

Pr THAVEAU et Dr ROUYER

CHU Clermont Ferrand

En partenariat avec :



MISE EN PLACE DE LA RÉHABILITATION ACCÉLÉRÉE APRÈS CHIRURGIE AORTIQUE ET PROJET

DE RECHERCHE SUR LA SARCOPÉNIE

F. Thaveau, MD, PhD, FEBVS, O. Rouyer, MD, PhD

Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire, Médecine Vasculaire, PMCCV, CHU Clermont



**UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES**
Université Clermont Auvergne



CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE



INTRODUCTION

- RAAC : améliorer convalescence après chirurgie
- Déjà bien établie en chirurgie digestive, gynécologique et thoracique
- Moins formalisée en chirurgie vasculaire au niveau national

Guidelines for Perioperative Care in Esophagectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations

Donald E Low¹, William Allum², Giovanni De Manzoni³, Lorenzo Ferri⁴, Arul Immanuel⁵, MadhanKumar Kuppusamy⁶, Simon Law⁷, Mats Lindblad⁸, Nick Maynard⁹, Joseph Neal⁶, C S Pramesh¹⁰, Mike Scott¹¹, B Mark Smithers¹², Valérie Addor¹³, Olle Ljungqvist¹⁴

The Application of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for Patients Undergoing Bariatric Surgery: a Systematic Review and Meta-analysis

Jiajie Zhou¹, Rui Du¹, Liuhua Wang², Feng Wang¹, Dongliang Li³, Guifan Tong¹, Wei Wang², Xu Ding³, Daorong Wang^{4 5}

Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS)

Timothy J P Batchelor¹, Neil J Rasburn², Etienne Abdelnour-Berchtold³, Alessandro Brunelli⁴, Robert J Cerfolio⁵, Michel Gonzalez³, Olle Ljungqvist⁶, René H Petersen⁷, Wanda M Popescu⁸, Peter D Slinger⁹, Babu Naidu¹⁰

Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations–2019 update

Gregg Nelson¹, Jamie Bakkum-Gamez², Eleftheria Kalogera², Gretchen Glaser², Alon Altman³, Larissa A Meyer⁴, Jolyn S Taylor⁴, Maria Iniesta⁴, Javier Lasala⁵, Gabriel Mena⁵, Michael Scott⁶, Chelsia Gillis⁷, Kevin Elias⁸, Lena Wijk⁹, Jeffrey Huang¹⁰, Jonas Nygren¹¹, Olle Ljungqvist¹², Pedro T Ramirez⁴, Sean C Dowdy²

Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(®)) society recommendations

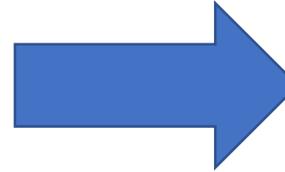
Yannick Cerantola¹, Massimo Valerio, Beata Persson, Patrice Jichlinski, Olle Ljungqvist, Martin Hubner, Wassim Kassouf, Stig Muller, Gabriele Baldini, Francesco Carli, Torvind Naesheimh, Lars Ytrebo, Arthur Revhaug, Kristoffer Lassen, Tore Knutsen, Erling Aarseth, Peter Wiklund, Hitendra R H Patel



INTRODUCTION

Perioperative care in open aortic vascular surgery: A consensus statement by the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society and Society for Vascular Surgery

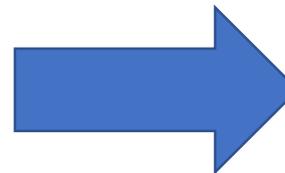
Katharine L McGinagle ¹, Emily L Spangler ², Adam C Pichel ³, Katie Ayyash ⁴, Shipra Arya ⁵, Alberto M Settembrini ⁶, Joy Garg ⁷, Merin M Thomas ⁸, Kate E Dell ⁹, Iris J Swiderski ¹⁰, Fae Lindo ¹¹, Mark G Davies ¹², Carlo Setacci ¹³, Richard D Urman ¹⁴, Simon J Howell ¹⁵, Olle Ljungqvist ¹⁶, Hans D de Boer ¹⁷



36 recommandations pour la chirurgie aortique ouverte

A framework for perioperative care for lower extremity vascular bypasses: A Consensus Statement by the Enhanced Recovery after Surgery (ERAS®) Society and Society for Vascular Surgery

Katharine L McGinagle ¹, Emily L Spangler ², Katie Ayyash ³, Shipra Arya ⁴, Alberto M Settembrini ⁵, Merin M Thomas ⁶, Kate E Dell ⁷, Iris J Swiderski ⁸, Mark G Davies ⁹, Carlo Setacci ¹⁰, Richard D Urman ¹¹, Simon J Howell ¹², Joy Garg ¹³, Olle Ljungqvist ¹⁴, Hans D de Boer ¹⁵



26 suggestions pour la revascularisation par pontages des membres inférieurs



INTRODUCTION : l' Audit GRACE

- Projet piloté conjointement avec ARS et Région Auvergne Rhône Alpes
- Audit GRACE (Groupe Francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie)
- Base de données pour évaluation des pratiques des équipes
- Elaboration d'un protocole pluridisciplinaire constitué de **27 recommandations pré/per/post-op**



INTRODUCTION : exemples de critères

- **Pré opératoire** : dépistage anémie/dénutrition , sevrage tabagique
- **Per opératoire** : épargne morphinique, péridurale
- **Post opératoire** : déconditionnement précoce : drains, SU, SNG

- Critères développés avec **équipe anesthésique +++**



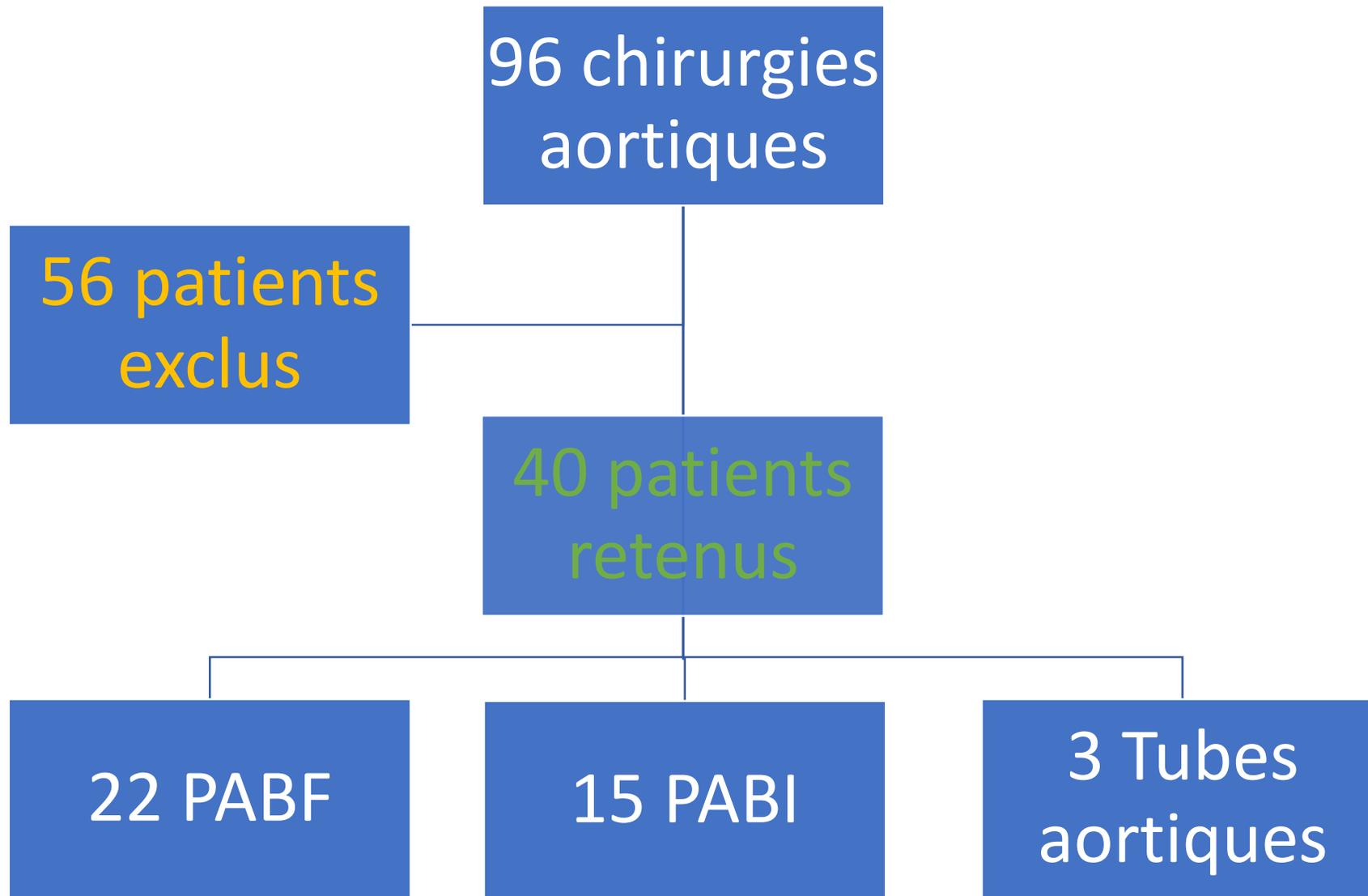
- **Critères d'inclusion** : chirurgie aortique open pour maladie anévrysmale et/ou occlusive de l'aorte abdominale
- **Critères d'exclusion** : urgences et semi-urgences, ATA, revascularisation d'artères viscérales, infections prothétiques ou endoprothétiques, autres revascularisations associées



- **Critère de jugement principal** : morbi-mortalité à J30
- **Critères secondaires**: fréquence de l'application des recommandations de l'audit, durées de séjour



RESULTATS : flow chart



- **40 patients** sur période de **1 an**
- 31 M / 9 F
- Age moyen **63 ans**
- 27 AAA, 13 lésions occlusives



- **Complications** :

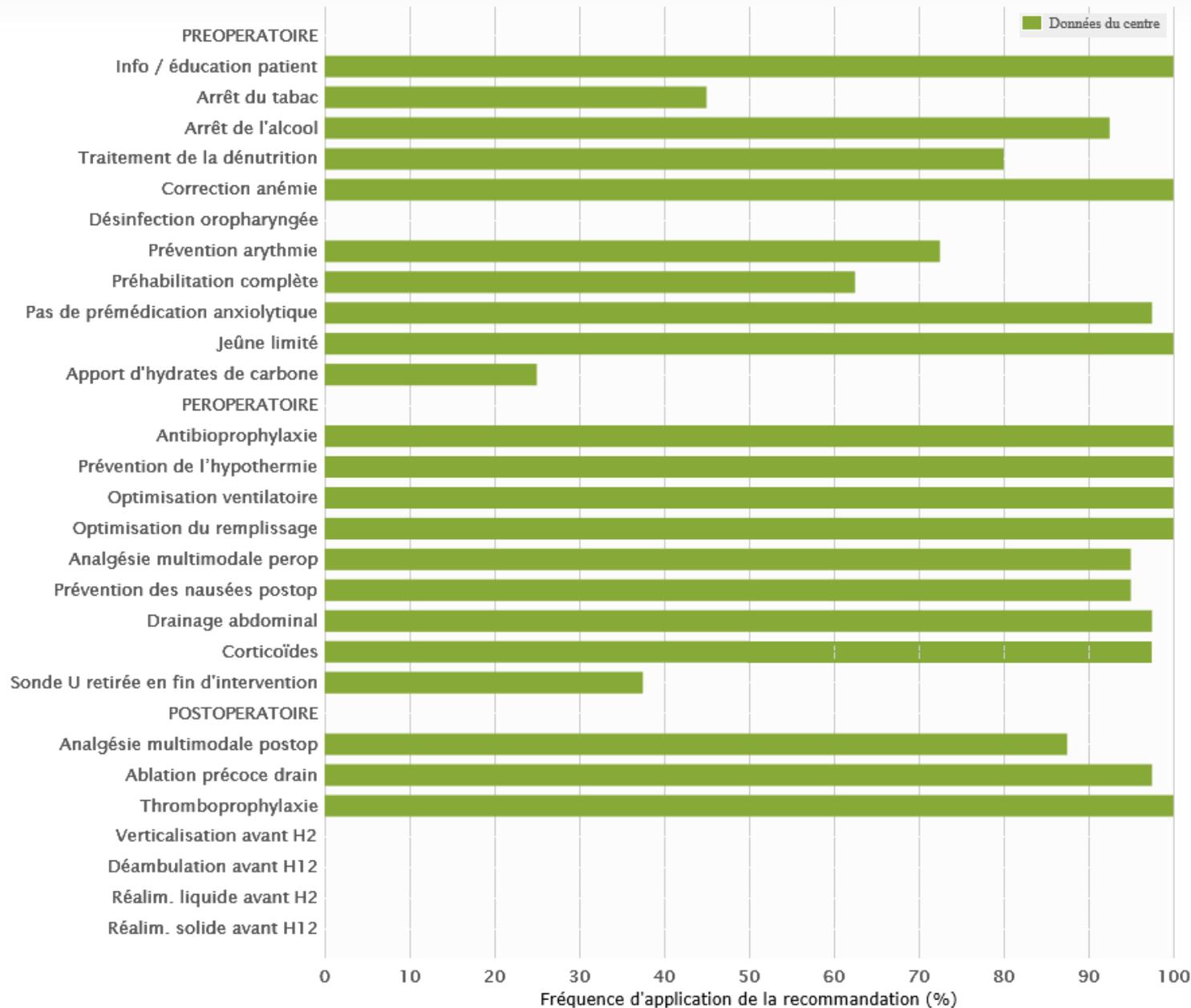
- 1 décès à J3 par inhalation (**mortalité 2,5%**)
- 1 IDM
- 1 iléus
- 1 colite ischémique traitée médicalement
- 2 pneumopathies
- 1 arrêt cardiaque récupéré sur BAV
- 1 thrombose de PABF à J29, sans étiologie retrouvée
- 1 évacuation d'hématome pariétal de lombotomie



- Clampage supra-rénal dans 14 cas (**35%**)
- Durée moyenne de séjour **10,3 jours**
- 31 séjours en réanimation: durée moyenne **3,9 jours**
- 9 cas en surveillance 24h en Unité de Soins Continus



RESULTATS : taux d'applications des critères



- Fréquence d'application >90% pour 15 items
- Entre 50 et 80% pour 3 items
- <50% pour 9 items (SU, sevrage tabagique, hydrates de carbone)
- 50% des critères sont appliqués dans + de 90% des cas

- 5 items jamais appliqués



- Difficultés liées au changement d'habitudes
- Nécessité adhésion de l'ensemble des équipes
- Challenge: mobilisation et réalimentation J0



QUELLE SUITE?

- Développement d'une unité d'HDJ
- IDE de coordination, diététicienne, addictologue, marche sur tapis roulant
- Réhabilitation pré et post op



Anévrisme de l'aorte abdominale

Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

EFRAAC

Evolution de la **Force de préhension musculaire** (Hand Gripp)
impact sur la **Pré/Réhabilitation Avant/Après Chirurgie vasculaire**
étude prospective observationnelle.

- La **maladie artérielle périphérique**: Altération de la perfusion musculaire
- La **sarcopénie** (perte de la masse musculaire): Altération du fonctionnement
- La **sarcopénie + Maladie Artérielle Périphérique**: associée > **30% des cas**
 - Favorise ou aggrave l'altération des capacités d'exercice

Patients déjà fragilisés avant chirurgie vasculaire/endovasculaire

- **Dépister** préopératoire de la sarcopénie
- **Cibler** des patients à risque
- **Proposer** une pré-habilitation spécifique.



EFRAAC

Evolution de la **Force de préhension musculaire** (Hand Gripp)
impact sur la **Pré/Réhabilitation Avant/Après Chirurgie vasculaire**
étude prospective consécutive observationnelle sur 30 jours.

■ La **Maladie Artérielle Périphérique**

- Marqueurs biologiques (hCRP, Endocan)
- Marqueurs cliniques: rigidité artérielle

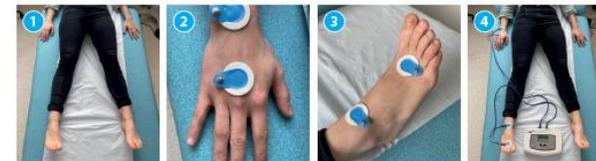
■ La **sarcopénie**

- Marqueurs biologiques: HSP70, IL6, TNF α , ARNm
- Marqueurs cliniques

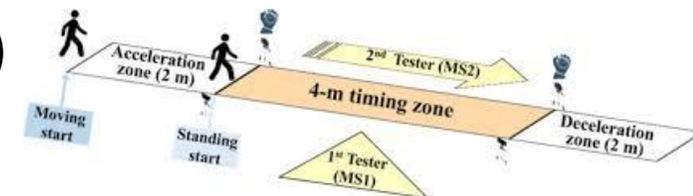
- Force musculaire: Hand Gripp

- Masse musculaire: bioimpédancemétrie

- Capacité d'exercice: V de marche sur 4 m (Gait Speed)



Mesure en position allongée (méthode de référence). Électrodes mises à titre d'exemple, mais d'autres électrodes (ex.: électrodes à ECG) peuvent être utilisées. Leur positionnement peut varier selon le constructeur. Il est recommandé une mesure en position allongée dans le cadre d'une pratique clinique de diagnostic de la dénutrition (les seuils de mesure ont été validés en position allongée).



EFFRAC

Evolution de la **Force de préhension musculaire** (Hand Gripp)
impact sur la **Pré/Réhabilitation Avant/Après Chirurgie vasculaire**
étude prospective observationnelle.

Tous les **patients hospitalisés** en chirurgie vasculaire
et endovasculaire intervention

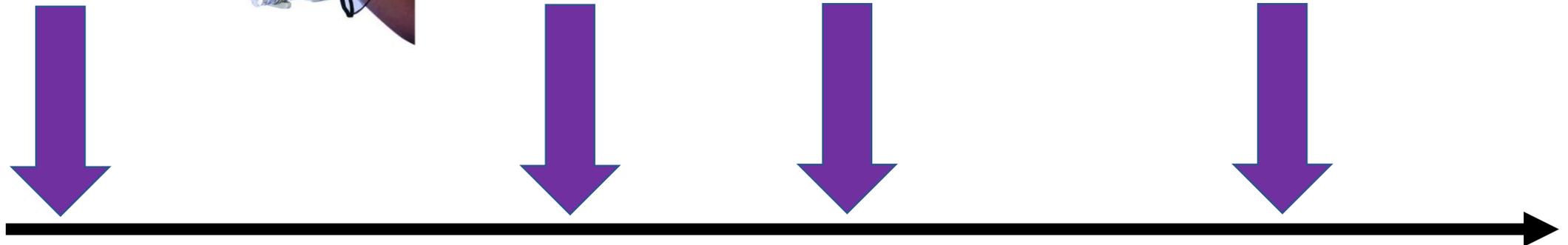
Jour de la consultation Hospitalisation Sortie

- Consentement et signature
- Qualité de vie
- Test du Hand-Grip
- BIA, Gait-speed
- Marqueurs Biologique



Cs J30

- Consentement et signature
- Qualité de vie
- Test du Hand-Grip
- BIA, Gait-speed
- Marqueurs Biologique



MERCI DE VOTRE ATTENTION



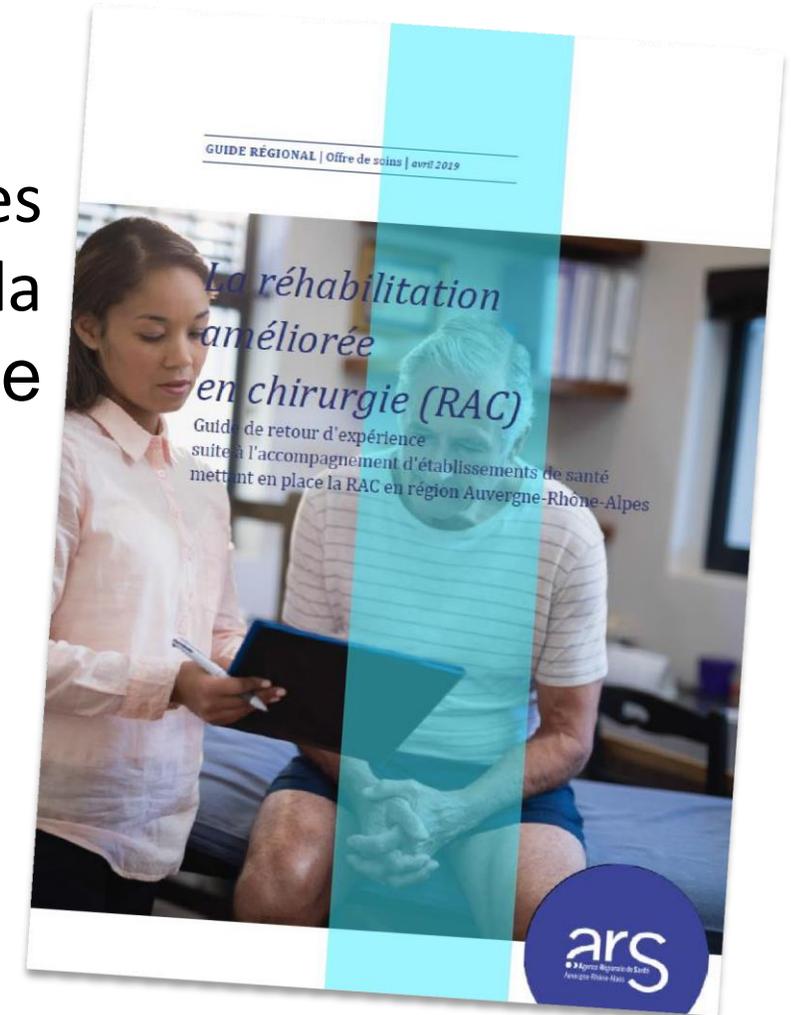
Vidéo de communication patient



Le mot de la fin

Guide de retours d'expérience

- Guide composé des retours d'expérience des équipes accompagnées principalement lors de la vague 1, 2 et 3 qui sera actualisé avec cette vague 4
- En ligne sur le site de l'ARS :
<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/>



Plaquette d'information patients

- Une plaquette ARS mise à disposition et à demander par mail : ars-ara-dos-performance@ars.sante.fr

- En version féminine



LA RAC → Bénéfices

- **pour les patients** → meilleurs résultats
- **pour les équipes** → meilleure cohésion
- **pour la société** → moindre coût de la santé

« Tout le monde savait que c'était impossible à faire. Puis un jour quelqu'un est arrivé qui ne le savait pas, et il l'a fait. »

Winston Churchill, chef d'Etat

