
7 novembre 2019 – 14h00 – 17h30

ARS Auvergne-Rhône-Alpes - Lyon

Développement de la Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

*Poursuite d'une démarche ARS de
compagnonnage en région
Auvergne-Rhône-Alpes*



ars
Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

- **14h - Introduction:** *La RAC en Auvergne-Rhône-Alpes*
- **14h30 - Partie 1:** *Retour d'expériences et suivi des indicateurs des vagues 1 et 2 (témoignages)*
- **15h45 - Partie 2:** *Méthodologie et outils de la démarche*
- **16h30 - Partie 3:** *A la rencontre des groupes*
- **17h30 - Conclusion**

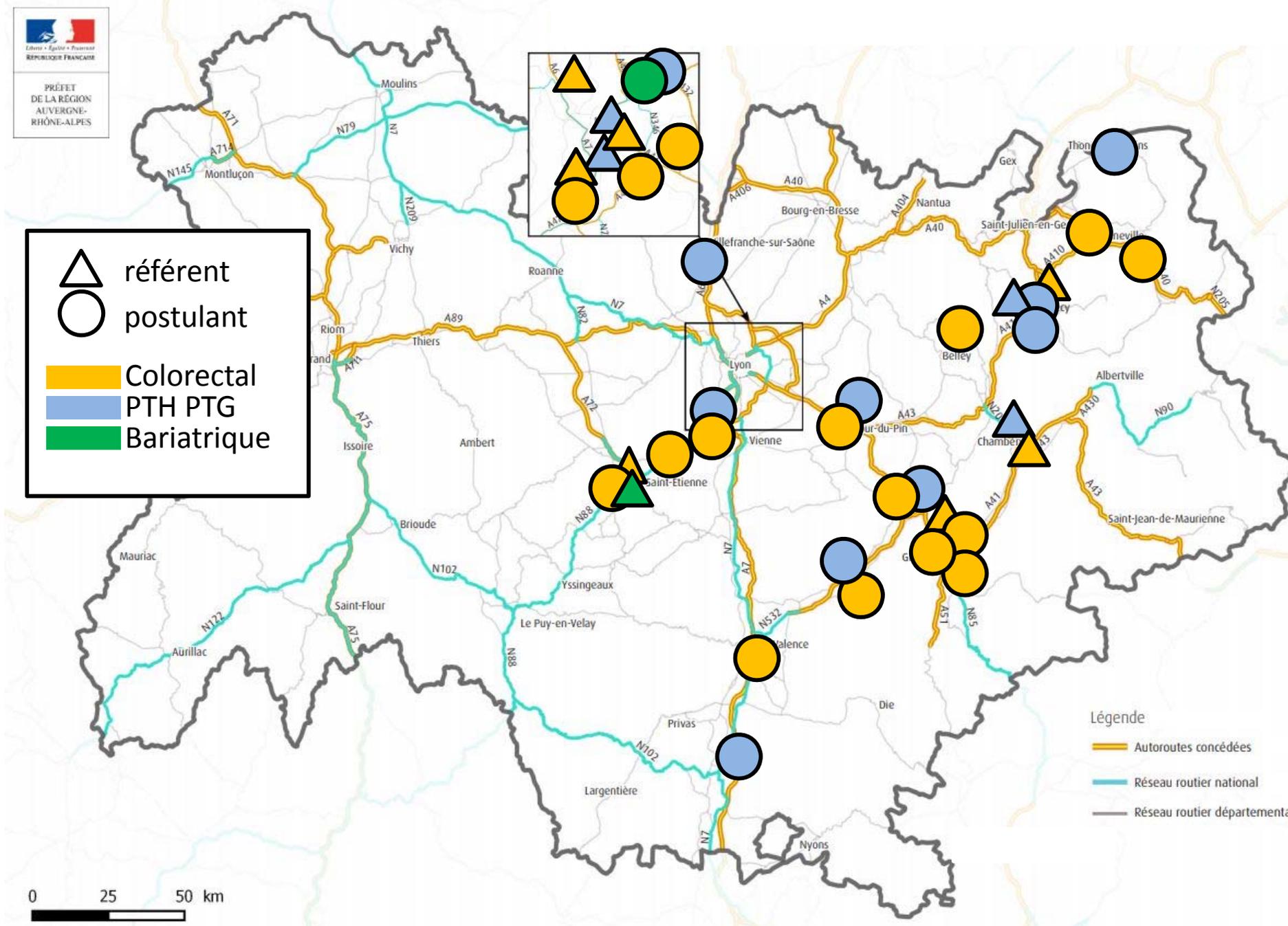
La RAC en Auvergne- Rhône-Alpes

*Raphaël BECKER
Directeur Délégué Finances
Performance / DOS
ARS Auvergne-Rhône-Alpes*

Introduction

10'

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

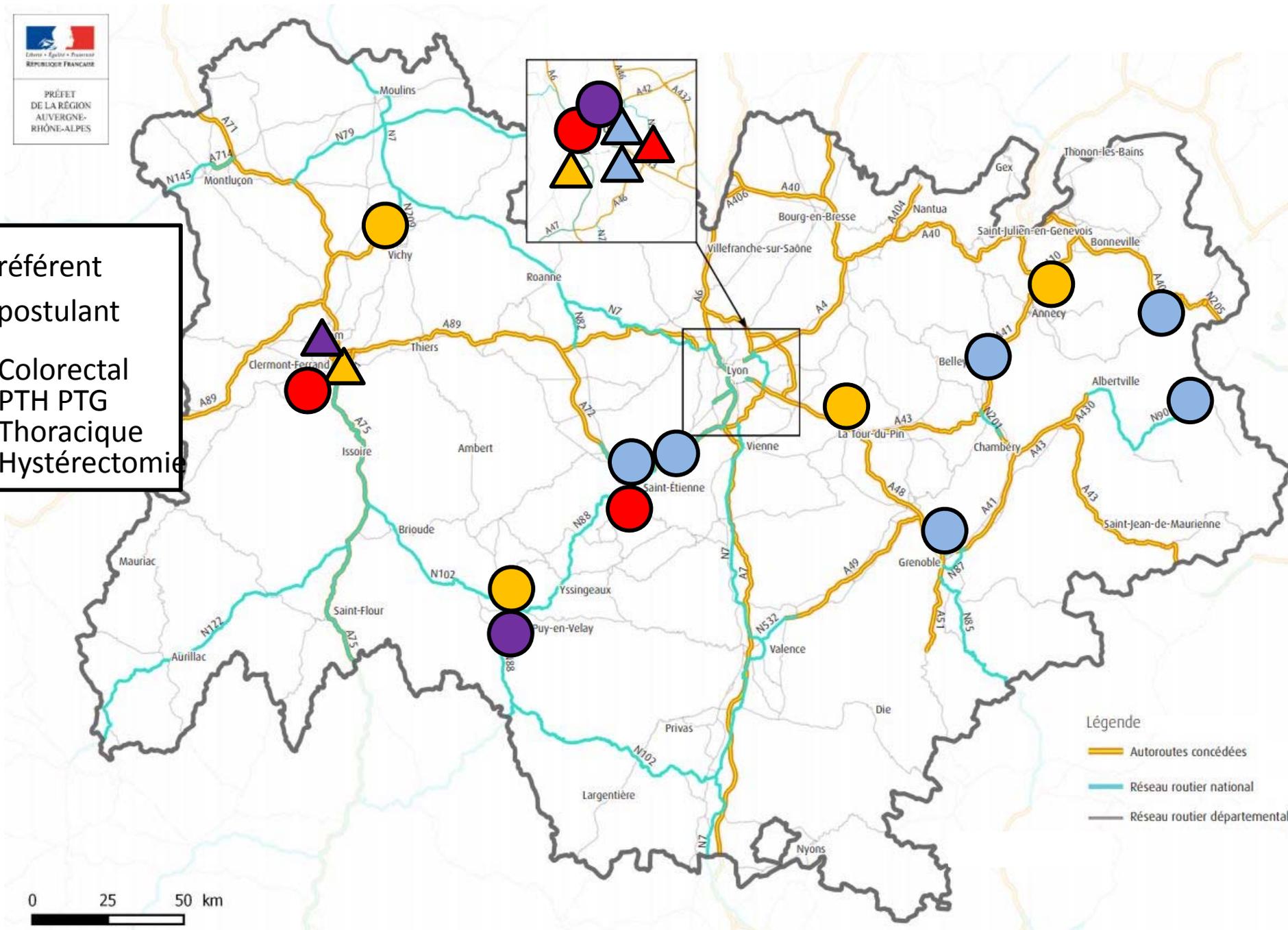


Vague 2 – 21 équipes (Grande Région)



△ référent
○ postulant

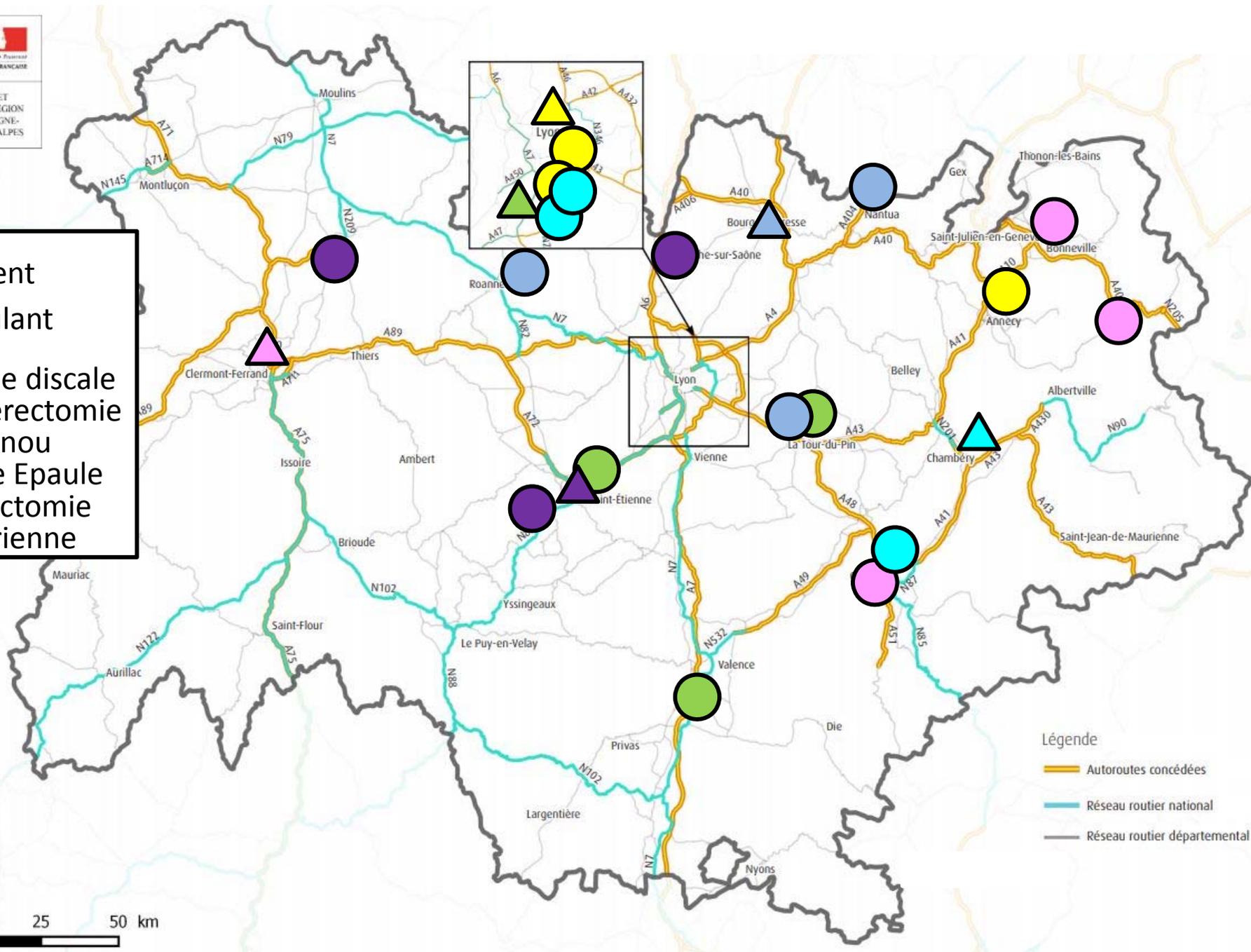
Colorectal
PTH PTG
Thoracique
Hystérectomie



Vague 3 – 24 équipes (Grande Région)



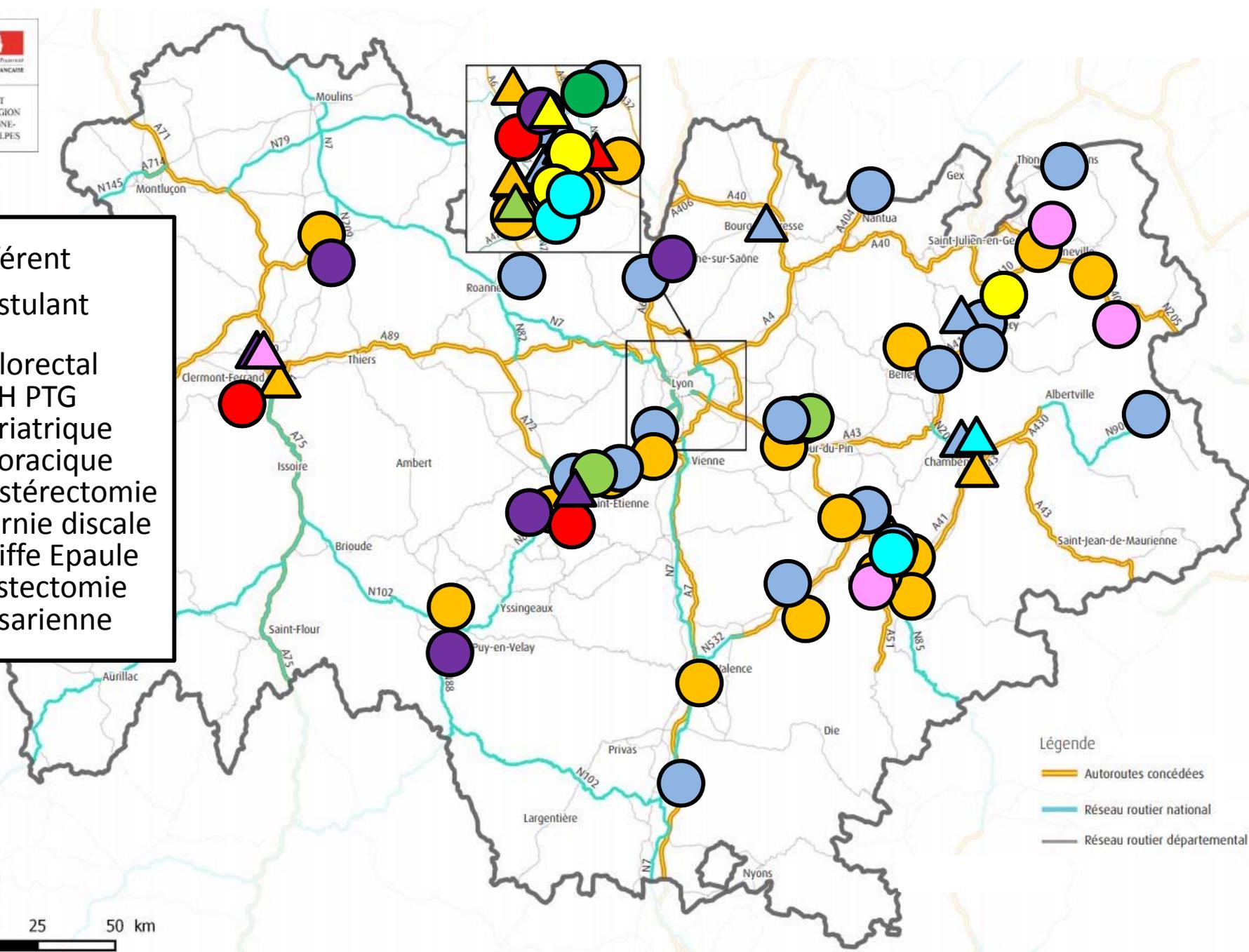
	réfèrent
	postulant
	Hernie discale
	Hystérectomie
	PT genou
	Coiffe Epaule
	Cystectomie
	Césarienne



Vagues 1, 2 et 3 – 83 équipes



△	réfèrent
○	postulant
■ (Orange)	Colorectal
■ (Blue)	PTH PTG
■ (Green)	Bariatrique
■ (Red)	Thoracique
■ (Purple)	Hystérectomie
■ (Yellow)	Hernie discale
■ (Cyan)	Coiffe Epaule
■ (Light Green)	Cystectomie
■ (Pink)	Césarienne



Légende

- (Orange line) Autoroutes concédées
- (Blue line) Réseau routier national
- (Grey line) Réseau routier départemental



*3^{ème} vague : l'ouverture à
de nouvelles spécialités*

*Dr Martine GELAS-BONIFACE
Médecin Référent*

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

20'

*"Définie dans les années 1990 par l'équipe danoise du Pr. Henry Kehlet, la réhabilitation rapide après chirurgie programmée (RRAC), [...] est **une approche de prise en charge globale du patient en péri-opératoire visant au rétablissement rapide des capacités physiques et psychiques antérieures et donc à réduire significativement la mortalité et la morbidité.***

*Elle correspond à une organisation spécifique des soins selon la notion de « chemin clinique », **centrée autour du patient qui joue un rôle actif dans la démarche** ; l'information préopératoire et son adhésion étant indispensables."*

La mise en place d'un programme de RAC dépend de la procédure chirurgicale, suffisamment traumatisante pour engendrer des modifications hormonales, métaboliques et physiologiques importantes.

Période préopératoire

- Information et adhésion du patient
- Adaptation de la prise médicamenteuse
- Définition de la stratégie anesthésique et analgésique
- Optimisation de la préparation du patient
- jeûne limité
- Pas de prémédication
- Antibioprophylaxie
- Thromboprophylaxie

Période peropératoires

- De nombreux paramètres concourant à la réduction du stress chirurgical :
- Produits anesthésiques de courte durée
 - analgésie multimodale
 - épargne morphinique
 - Chirurgie mini-invasive
 - Surveillance et prévention de l'hypothermie
 - Remplissage vasculaire peropératoire contrôlé
 - Prévention des NVPO

Période postopératoire

- Contrôle de la douleur aiguë postopératoire
- Reprise rapide de la nutrition
- Mobilisation rapide
- Réduction des drainages inutiles
- Retrait précoce des cathéters
- Réduction préventive des complications chirurgicales
- **Evaluation de l'observance et audit**

- **Réflexions sur la rémunération au parcours de soins**
PTG et coloproctale en cours
- **Convergence RAAC et Ambulatoire**
- **Un parcours de soins centré sur le patient acteur mais également ouvert vers la ville**
Qualité de la lettre de liaison, PRADO
- **Des usagers mobilisés dans l'élaboration des parcours**
Patient acteur, traceur, témoin

- Guide composé des retours d'expérience des équipes accompagnées principalement lors de la vague 1 et quelques exemples de la vague 2
- Mise en ligne sur le site de l'ARS : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/>

GUIDE RÉGIONAL | Offre de soins | avril 2019



Plaquette d'information patients



- Une plaquette ARS ARA mis à disposition des équipes avec une version **féminisée** pour la gynécologie



- **Membres du Comité Régional de Réhabilitation Améliorée en Chirurgie (CRRAC) :**
 - Dr BINET Catherine, MAR, CHU 69 - HCL Hôpital Louis Pradel
 - Pr BOURDEL Nicolas, Chirurgie Gynécologique, CHU 63 - Hôpital Estaing
 - Pr COTTE, Chirurgie Digestive, CHU 69 – HCL Hôpital Lyon-Sud
 - Pr FAUCHERON, Chirurgie Digestive, CHU 38 - Grenoble
 - Mme FAUJOUR, Directrice de la coopération et de la stratégie, HCL 69
 - Mme L'HOPITAL-ROSE Isabelle, Directrice, Hôpital privé La Chataigneraie 63
 - Pr LUSTIG, Chirurgie Orthopédique, CHU 69 – HCL Hôpital Croix-Rousse
 - Dr MAISONNETTE, Chirurgie Digestive, Hôpital Privé Loire, Saint-Etienne 42
 - Pr SLIM, Chirurgie Digestive, CHU 63 – Hôpital Estaing , Président de l'association GRACE
 - Mme VONCK Sabine, Directrice, Clinique St Charles 69
 - **une réunion par semestre selon le déroulement des démarches**
 - **Rôle : participe et valide la démarche de développement de la RAC au sein de la région.**

- Modalités de la démarche

Une démarche d'accompagnement proposée à l'ensemble des établissements publics et privés MCO de la région

Suite à un appel à candidature régional,

- sélection de 24 équipes
 - 18 équipes postulantes
 - 6 équipes référentes

« Postulant » : service qui a peu ou pas mis en œuvre la RAC et souhaite s'engager dans son développement

« Référent » : service qui a déjà une expérience confirmée de la RAC et souhaite partager son expérience

- dans 3 spécialités chirurgicales
 - Orthopédie (PTG, rachis et épaule)
 - Gynécologique (hystérectomie et césarienne)
 - Urologie (cystectomie, néphrectomie)



- **QUALITES DES REFERENTS**

OUVERTURE

BIENVEILLANCE

AUDACE

INVESTISSEMENT

- **QUALITES DES POSTULANTS**

OSER SORTIR DE SA ZONE DE CONFORT

INVESTISSEMENT

ABANDONNER CERTAINES CROYANCES LIMITANTES

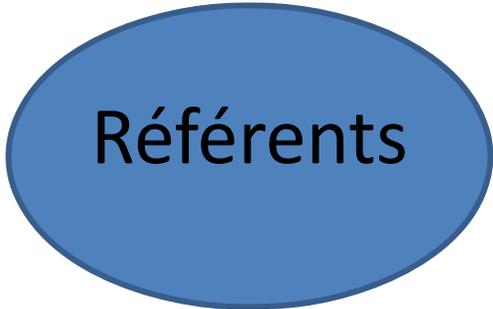
CHANGER DE REGARD, DE PERCEPTION

JE NE SUIS PAS PARFAIT MAIS TOUT EST POSSIBLE



LA CONNAISSANCE

EST UN POUVOIR
POTENTIEL...



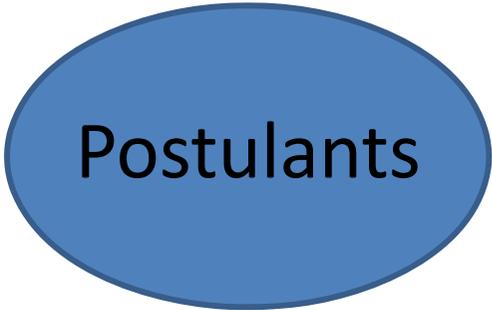
Référénts



... LA VERITABLE

PUISSANCE C'EST

LE PASSAGE A L'ACTION



Postulants

LA CONNAISSANCE

EST UN POUVOIR
POTENTIEL...

Postulants



... LA VERITABLE

PUISSANCE C'EST

LE PASSAGE A
L'ACTION

Référents

Les points forts de la démarche :

- la cohésion de votre équipe autour d'un projet institutionnel

Les 4 membres pilotes soudés , disponibles

- une équipe ARS qui est persuadée de la démarche

Novatrice , disponible, sur le terrain

- un prestataire APSIS Santé et son représentant Philippe DEVILLERS

L'expérience et les outils

- Pour tous

Le courage et la persévérance pour vaincre les résistances

NEW

G1 Rachis – Hernie Discale
HP Mermoz
Dr Marc SZADKOWSKI

10	RHD	HP Jean Mermoz	69	Lyon 8ème	Privé
11	RHD	CM Massues	69	Lyon 5e	ESPIC
12	RHD	Clinique du Parc	69	Lyon 6e	Privé
13	RHD	CH Annecy Genevois	74	Pringy	Public

G2 Gynécologie – Hystérectomie
CHU St-Etienne
Pr Céline CHAULEUR

20	GYN	CHU St Etienne	42	St Etienne	Public
21	GYN	Hôpital Nord-Ouest	69	Villefranche /Saone	Public
22	GYN	CH Firminy	42	Firminy	Public
23	GYN	CH Vichy	03	Vichy	Public

G3 Orthopédie – PT Genou
CH Bourg-en-Bresse
Dr Hervé ARNOULD

30	PTG	CH Bourg-en-Bresse	01	Bourg en Bresse	Public
31	PTG	CH Oyonnax	01	Oyonnax	Public
32	PTG	CH Bourgoin-Jallieu	38	Bourgoin-Jallieu	Public
33	PTG	CH Roanne	42	Roanne	Public

NEW

G4 Orthopédie – Coiffe Epaule
Médipole de Savoie
Dr Michael BENASSAYAG

40	CEP	Médipole de Savoie	73	Challes les Eaux	Privé
41	CEP	Clinique du Parc	69	Lyon 6e	Privé
42	CEP	GHM Portes du Sud	69	Venissieux	ESPIC
43	CEP	GHM de Grenoble	38	Grenoble	ESPIC

NEW

G5 Urologie – Cystect., Néphrect.
HCL Lyon-Sud-HEH
Pr PAPAREL, Pr COLOMBEL

50	URO	HCL Lyon-Sud - HEH	69	Pierre Benite	Public
51	URO	HP Loire	42	St Etienne	Privé
52	URO	Clinique St Vincent de Paul	38	Bourgoin Jallieu	ESPIC
53	URO	CHU Clermont Ferrand	63	Clermont-Ferrand	Public

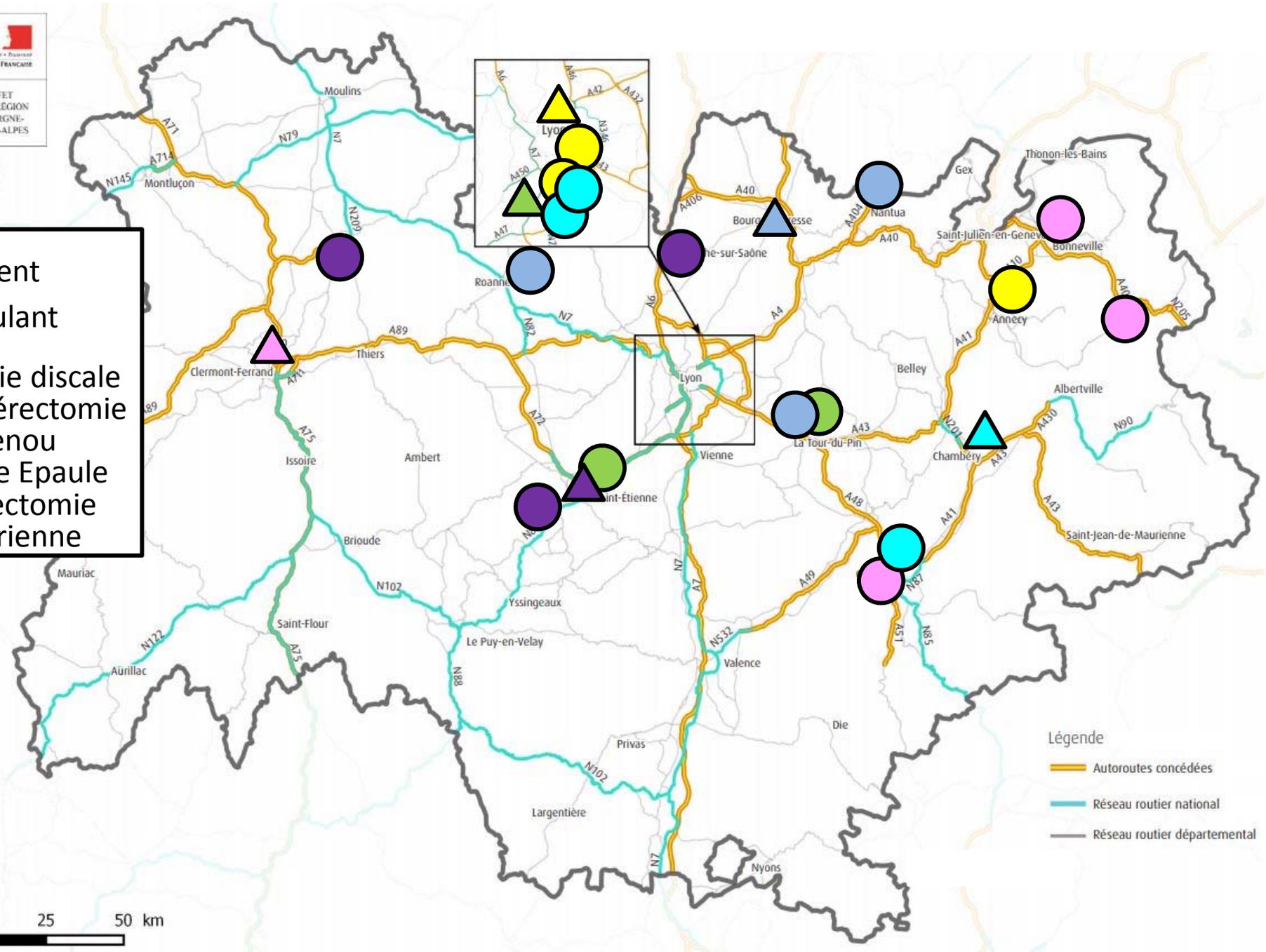
NEW

G6 Obstétrique – Césarienne
CHU Clermont-Ferrand
Dr Marie ACCOCEBERRY

60	OBS	CHU Clermont Ferrand	63	Clermont-Ferrand	Public
61	OBS	CHU Grenoble	38	Grenoble	Public
62	OBS	Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc	74	Sallanches	Public
63	OBS	CH Alpes-Leman	74	Contamine /Arve	Public

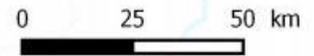


	réfèrent
	postulant
	Hernie discale
	Hystérectomie
	PT genou
	Coiffe Epaule
	Cystectomie
	Césarienne



Légende

- Autoroutes concédées
- Réseau routier national
- Réseau routier départemental



Le planning et les grandes étapes du programme de travail

- **3 grandes étapes :**

- **Réalisation d'un diagnostic**
- **Adaptation de l'organisation cible RAC à chaque postulant avec définition d'un plan d'action**
 - ✓ Formalisation d'un chemin clinique et d'un protocole cible
- **Accompagnement du développement de la RAC**
 - ✓ Mise en œuvre du plan d'action
 - ✓ Audit des pratiques



14h30

*Retour d'expériences et
suivi des indicateurs des
vagues 1 et 2*

Partie 1

Suivi des indicateurs des vagues 1 et 2

*Edwige OLMEDO
Chargée de mission*

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

20'



Un suivi de la démarche à 2 niveaux :

- **MACRO** → Suivi au niveau régional de 4 indicateurs retenus avec des données détaillées par trimestre via le PMSI
- **MICRO** → Audit des pratiques au quotidien par les équipes : il s'agit de l'enregistrement systématique de tous les patients intégrés dans la démarche RAC sur le logiciel GRACE AUDIT



Suivi « MACRO » assuré régionalement



Suivi de 4 indicateurs détaillés par trimestre :

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

Sur une liste de racine de GHM* pour les procédures suivantes pour la vague 3:

Chirurgie orthopédique

Prothèses de genou
Hernie discale
Coiffe des rotateurs

Chirurgie Urologique

Cystectomie
Néphrectomie

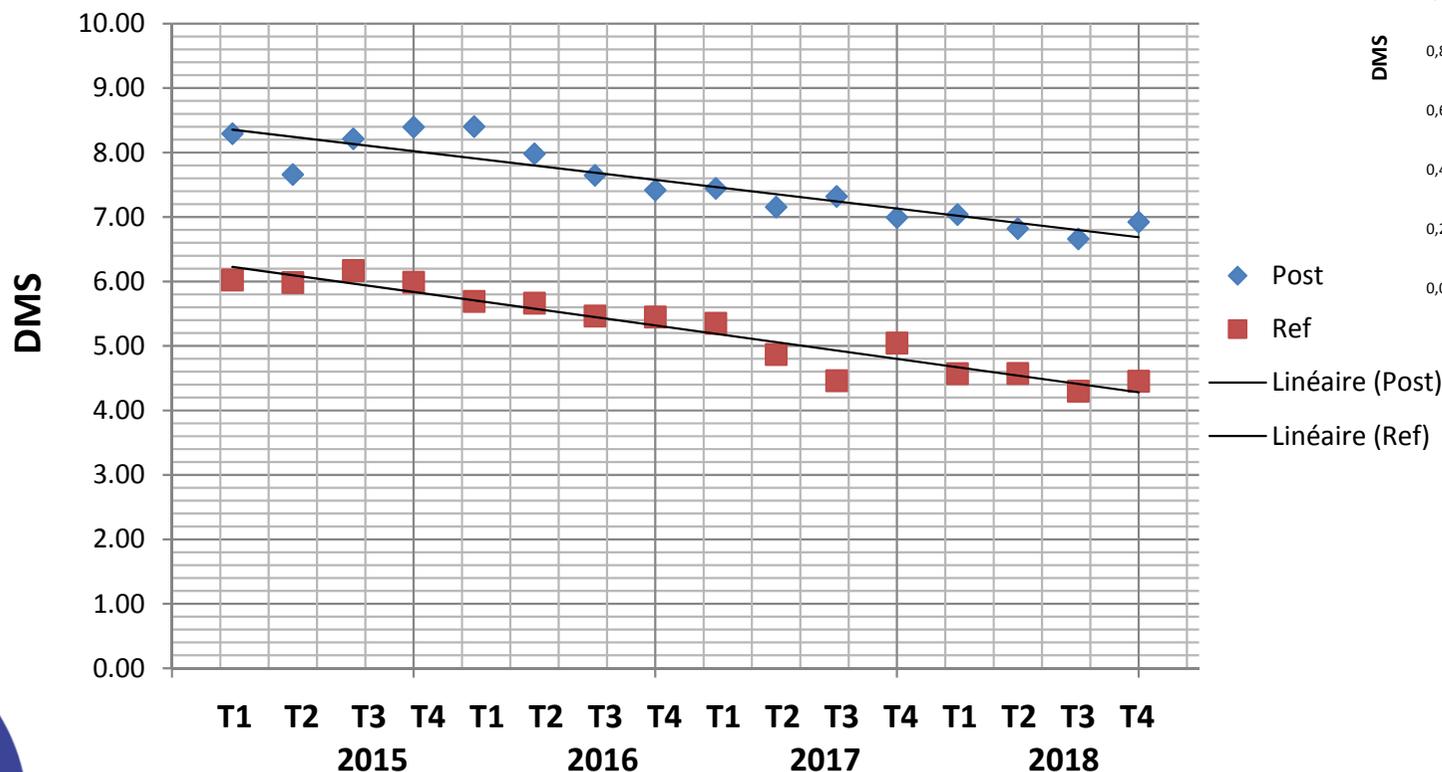
Chirurgie gynécologique

Hystérectomies
Césariennes

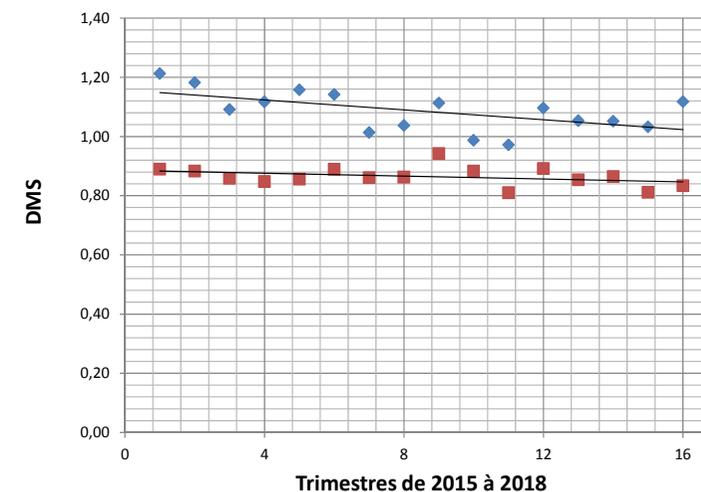
*GHM = Groupe homogène de malade

Suivi « MACRO » : Prothèse de genou PTG (08C24 – V2)

Evolution de la Durée Moyenne de Séjour



Evolution de l'IP-DMS - Prothèse de genou

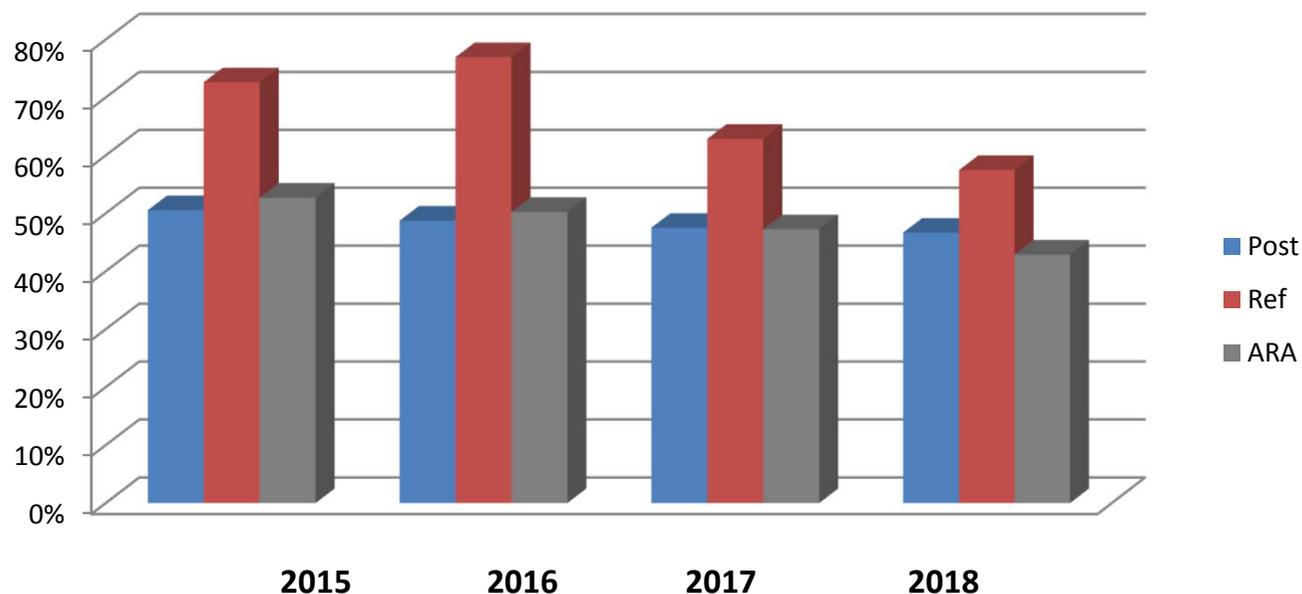


Nombre de séjour PTG

Nbre de séjour PTG	2015				2016				2017				2018			
	T1	T2	T3	T4												
Post	148	134	104	178	150	146	113	176	176	156	141	228	191	177	126	239
Ref	212	168	101	231	224	147	99	224	212	174	117	221	242	215	144	264
Autres	3 715	2 896	2 072	3 823	3 910	3 096	2 208	3 971	4 010	3 062	2 244	4 223	4 292	3 293	2 334	4 417
Tous ES	4 075	3 198	2 277	4 232	4 284	3 389	2 420	4 371	4 398	3 392	2 502	4 672	4 725	3 685	2 604	4 920

Suivi « MACRO » : Evolution du taux de transfert en SSR pour la PTG

Entre 2015 à 2018



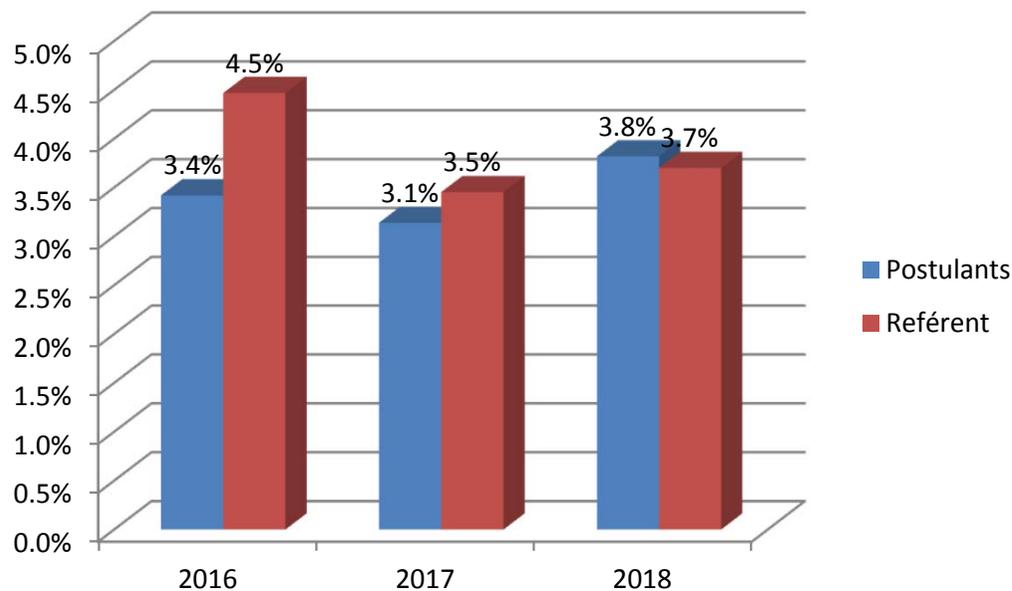
Racine GHM		Catégorie	2015	2016	2017	2018
08C24	Prothèses de genou	Postulants	51%	49%	48%	47%
		Referents	73%	77%	63%	57%
		Région ARA	53%	50%	47%	43%

Résultats positifs de la RAC → stabilité, voire diminution, du taux de transfert en SSR

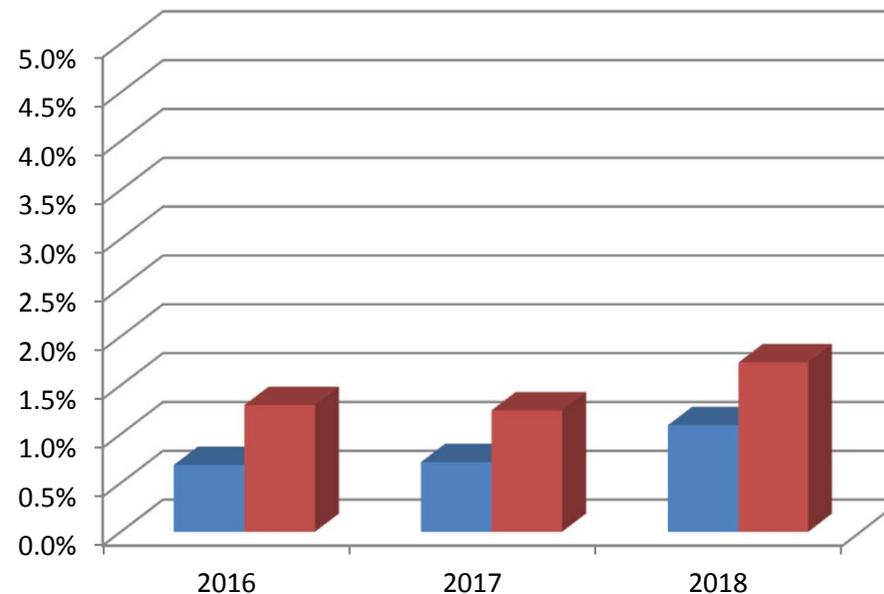
Suivi « MACRO » : Evolution du taux de réhospitalisation pour la PTG

de 2016 à 2018

Taux de réhospitalisation globale



Taux de réhospitalisation dans la même CMD

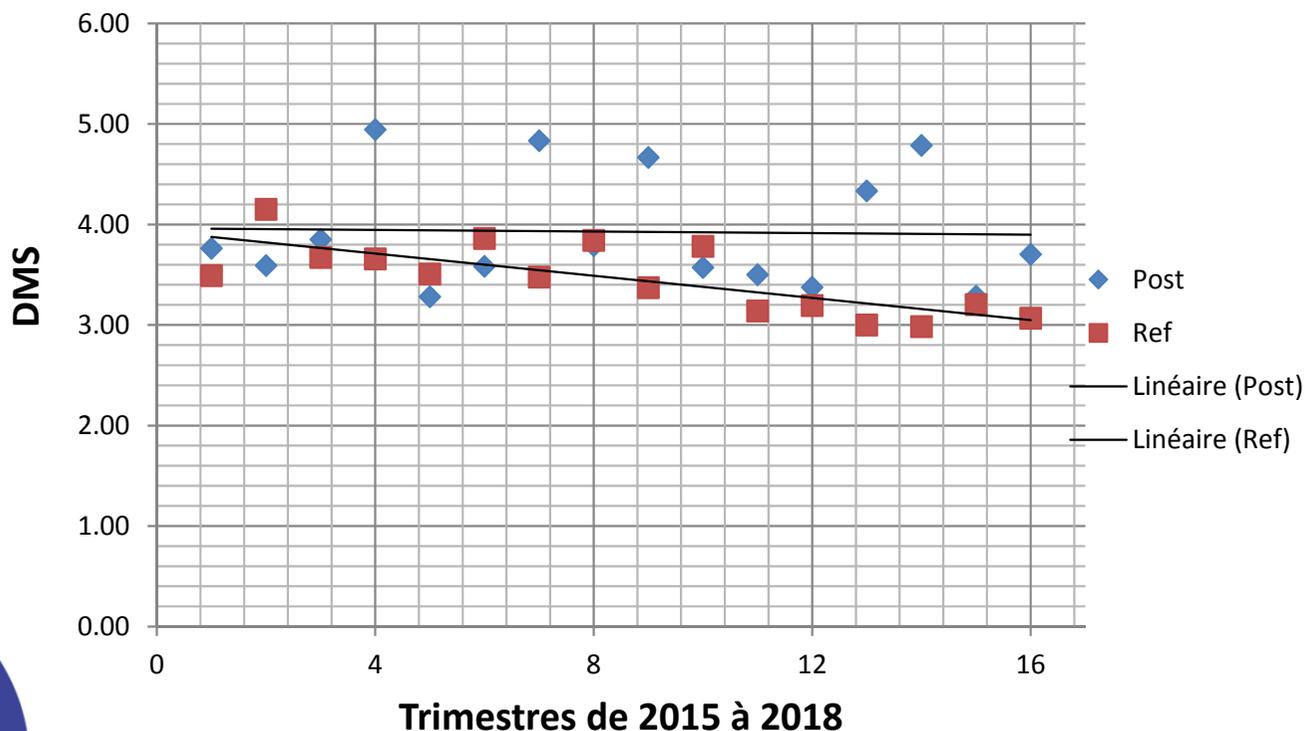


Racines		Catégorie	2016		2017		2018	
			Taux Rehosp	Taux Rehosp même CMD	Taux Rehosp	Taux Rehosp même CMD	Taux Rehosp	Taux Rehosp même CMD
08C24	Prothèses de genou	Postulants	3%	1%	3%	1%	4%	1%
		Référént	4%	1%	3%	1%	4%	2%
		Région ARA	4%	1%	4%	1%	4%	1%

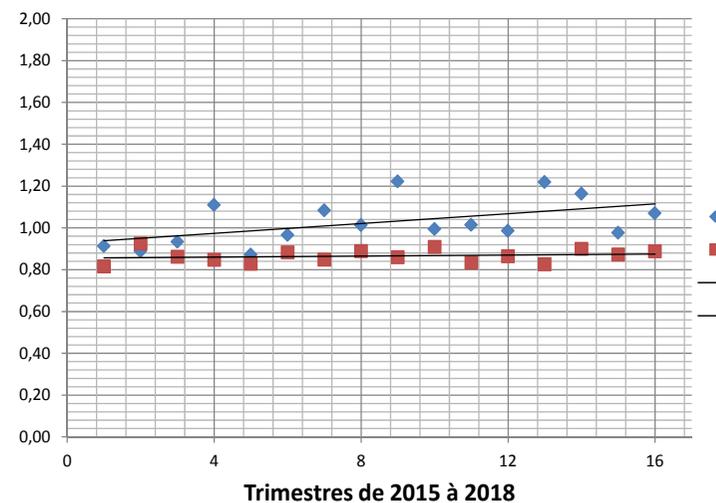
Résultats positifs de la RAC → stabilité du taux de réhospitalisation entre 3 et 4 % au global

Suivi « MACRO » : Hystérectomies (13C03 – V2)

Evolution de la Durée moyenne de séjour (DMS) Hystérectomies



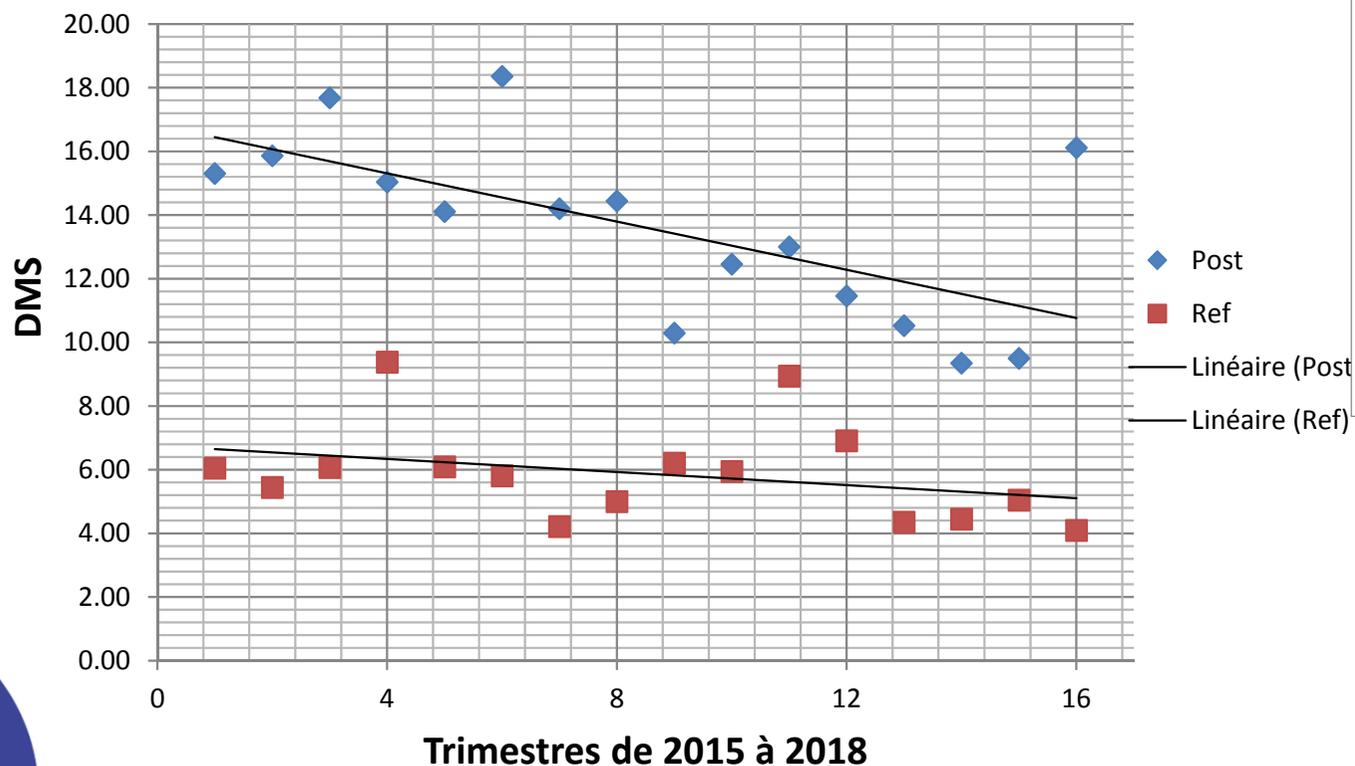
Evolution de l'IP-DMS de la racine 13C03 Hystérectomies



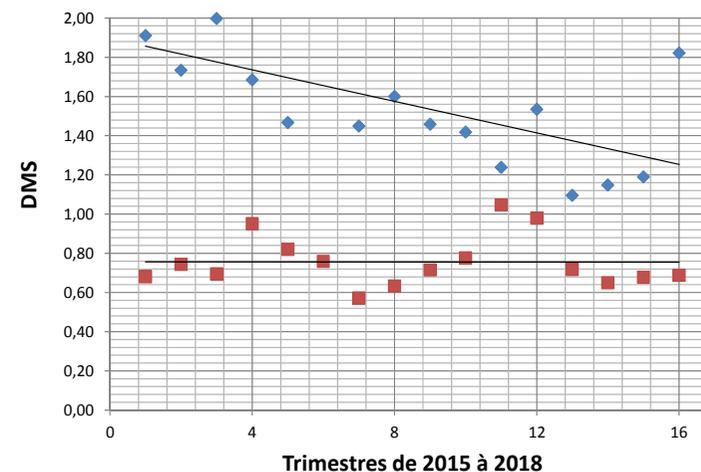
Nombre de séjour Hystérectomies

Nbre de séjour 13C03	2015				2016				2017				2018			
	T1	T2	T3	T4												
Post	21	22	21	35	25	24	12	19	15	21	20	24	25	15	21	38
Ref	55	53	55	76	65	65	44	82	70	60	50	62	55	63	75	60
Tous ES	1 603	1 495	1 152	1 619	1 620	1 544	1 160	1 474	1 607	1 333	1 139	1 560	1 551	1 384	1 149	1 506

Evolution de la Durée moyenne de séjour (DMS)



Evolution de l'IP-DMS de la racine 13C14



Nombre de séjour Hystérectomies élargies pour affections malignes (13C14)

Nbre de séjour 13C14	2015				2016				2017				2018			
	T1	T2	T3	T4												
Post	26	22	22	25	28	28	15	25	31	24	18	24	19	26	16	26
Ref	20	18	14	13	21	21	23	18	19	18	18	22	17	20	22	21
Tous ES	350	388	339	325	362	363	340	344	343	356	302	346	308	339	320	349

Suivi « MACRO » : Taux de transfert en SSR chirurgie gynécologique

Evolution du taux de transfert en SSR entre 0 et 3 jours après hospitalisation
entre 2016 et 2018

			2016	2017	2018
13C03	Hystérectomies	Postulants	5%	4%	7%
		Réferent	2%	2%	0%
		ARA	2%	1%	1%
13C14	Hystérectomies élargies pour tumeurs malignes	Postulants	11%	11%	5%
		Réferent	6%	6%	4%
		ARA	13%	11%	11%

Résultats positifs de la RAC → stabilité, voire diminution, du taux de transfert

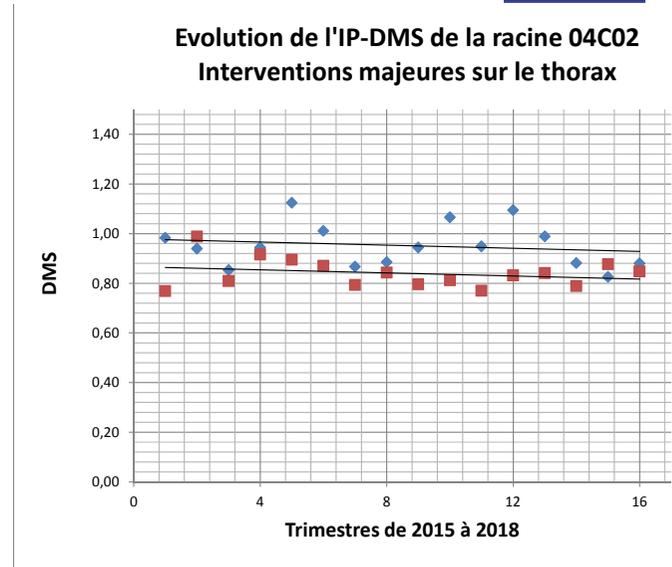
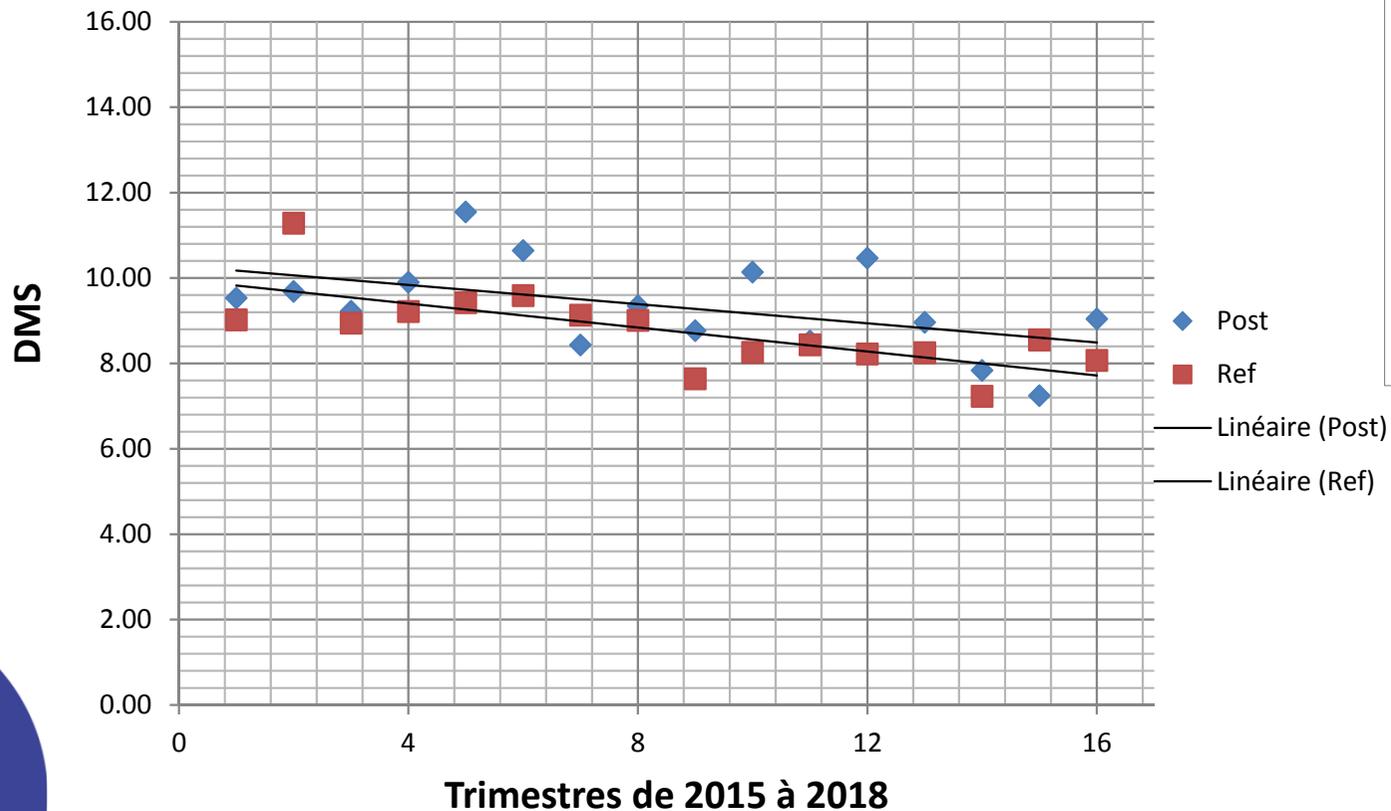
Suivi « MACRO » : Taux de réhospitalisation en chirurgie gynécologique

Evolution du taux de réhospitalisation globale (toutes complications confondues)
et dans la même CMD entre 2016 et 2018

Racines		Catégorie	2016		2017		2018	
			Taux Rehosp	Taux Rehosp même CMD	Taux Rehosp	Taux Rehosp même CMD	Taux Rehosp	Taux Rehosp même CMD
13C03	Hystérectomies	Postulants	5%	3%	9%	3%	7%	2%
		Reférent	8%	2%	8%	1%	8%	4%
		Région ARA	6%	1%	6%	2%	6%	2%
13C14	Hystérectomies élargies pour tumeurs malignes	Postulants	24%	0%	27%	2%	20%	0%
		Reférent	16%	2%	18%	3%	9%	5%
		Région ARA	20%	2%	21%	3%	18%	3%

Résultats positifs de la RAC → stabilité du taux de réhospitalisation

Evolution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) Interventions majeures sur le thorax



Nombre de séjour et taux de réhospitalisations

Racines	Cat	2016			2017			2018		
		Nbre de séjour	Taux Rehosp	Taux Rehosp même CMD	Nbre de séjour	Taux Rehosp	Taux Rehosp même CMD	Nbre de séjour	Taux Rehosp	Taux Rehosp même CMD
04C02	Interventions majeures sur thorax									
	Postulants	728	23%	10%	779	26%	11%	766	20%	8%
	Reférent	583	25%	12%	581	24%	11%	616	26%	13%
	ARA	2 652	23%	9%	2 679	24%	10%	2 776	23%	9%

Les témoignages de 5 équipes de la vague 2

Centre Hospitalier Le Puy en Velay (*site postulant*)

Elisabeth DANI – Dir RH

Dr Guy LESCURE – Chirurgien, Chef de Service, Fédération Digestive

HCL GH EST Hopital Louis Pradel (*site référent*)

Pr Renaud GRIMA – Chir. Thoracique

Aurélie MARIO – CS Chir Tho

Hélène RODOT – IDE réf RAAC

Clinique des Cèdres (*site postulant*)

Viviane FIAT – Dir Soins

Sophie ROUX-COMTE – CS, Chir Ortho

CHU Clermont Ferrand (*site référent*)

Dr Célia TEXIER – CCA, Chir. Gynéco

Béatrice LAVANDRIER – IDE coord RAAC

Centre Léon Bérard (*site postulant*)

Dr Mayeul TABUTIN – Chir. Thoracique

Dr Nicolas CHOPIN – Chir. Gynécologique

Témoignage d'une équipe postulante

*Elisabeth DANI, D.R.H.
Dr Guy LESCURE, Chef de service
Fédération Digestive*

CH Le Puy en Velay

10'

Le contexte



- Participation comme postulant dans 2 groupes (Colorectal et Gynécologie)
- Etablissement public en environnement rural
- Activité chirurgicale réglée importante (10.000 interventions/an au bloc opératoire, 90 cancers du colon opérés/an...)
- Gestion des urgences
- Equipe d'anesthésie complète mais qui reste fragile
- Plateau technique complet (TDM , IRM, radiothérapie, chimiothérapie, gastro interventionnelle...)

LE PUY-EN-VELAY

CENTRE HOSPITALIER
EMILE ROUX +



Les résultats

- Mise à niveau des chemins cliniques de prise en charge en chirurgie pour les gestes cibles
- Développement de supports d'information patients
 - livret
 - journal de bord
 - utilisation de la vidéo GRACE
- Réaffirmation de l'intérêt du PRADO
- Prise en charge nutritionnelle (CS pré et post-opératoire)
- Organisation suivi patients par SMS



Un projet fédérateur et facilitant

- Formation d'une partie de l'équipe
- Cohésion d'équipe
- Changement des pratiques (perfusion, mobilisation ...)
- Image de l'établissement
- GRACE AUDIT outil de comparaison, de perfectionnement et de suivi

des points d'attention demeurent

- Formation non finalisée à la totalité des équipes
- Difficultés de mise en place dans le cadre de mouvements de personnel important (secrétaires, infirmières...)
- Pas de possibilité d'IDEC
- Nécessité de motivation récurrente de l'équipe

Témoignage d'une équipe référente

*Pr Renaud GRIMA – Chir. Thoracique
Aurélie MARIO – CS Chir Tho
Hélène RODOT – IDE réf RAAC*

HCL GH Est - Hop Louis Pradel

10'

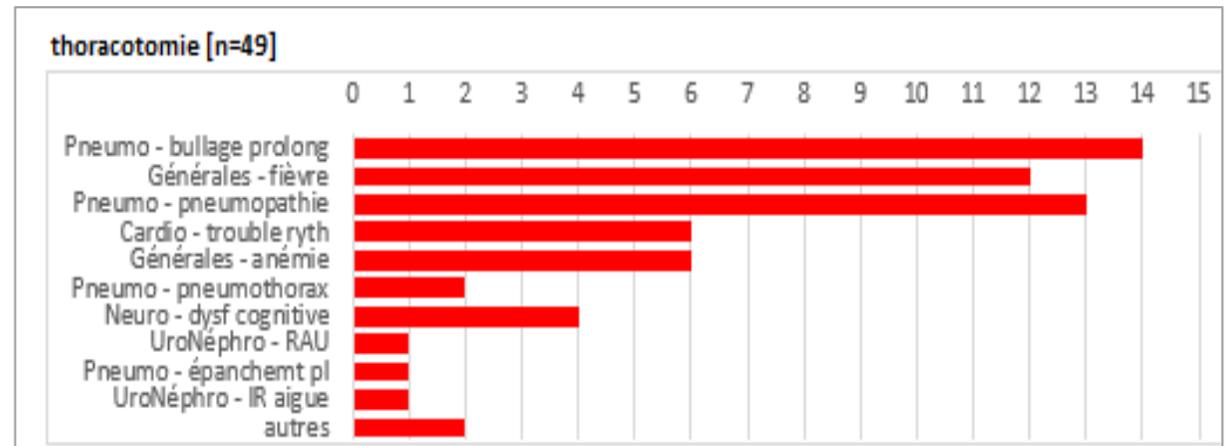
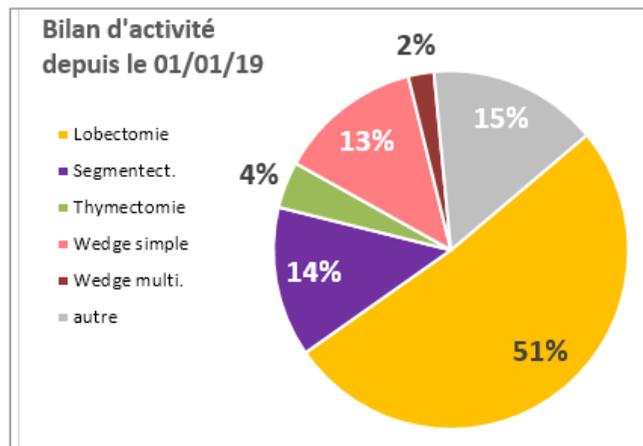
Le contexte

- Participation comme référent dans le groupe Thoracique
- Geste innovant, pluri-praticiens
- Création d'un poste d'IDE coordinatrice



- premier centre de chirurgie cardiovasculaire et thoracique en Auvergne Rhône-Alpes
- un des principaux centres français de transplantation cardio-pulmonaire (plus de 50 greffes chaque année)

- Création d'une vidéo d'explication du parcours patient
- Simplification du livret d'information des patients
- Détection des patients dénutris avant la chirurgie et consultation systématique par une diététicienne
- Formalisation d'un outil d'audit des pratiques
- Communication sur la RAAC



Exemples d'analyses des données d'audit

Exemple du support d'info patients

LES JOURS SUIVANTS MON INTERVENTION

- Chaque jour, je réalise mes exercices de kinésithérapie respiratoire et mes exercices de remobilisation (marche et pédalier) avec le kinésithérapeute mais également SEUL en suivant les consignes qu'il m'aura donné.

INSPIRE/EXPIRE
Assis, j'inspire profondément par le nez et j'expire par la bouche :
> 10 X par heure

Après chaque exercice, je bois un grand verre d'eau !

LA TOUX
Suite à ces exercices, je tousse en me tenant le thorax pour expectorer si besoin

LE JOUR DE MA SORTIE

- Dès la confirmation de la date de ma sortie, je préviens mes proches pour organiser ma sortie ou cas échéant je demande un transport médical à la cadre de santé
- Avant de partir, je remplis le questionnaire de satisfaction du service
- Je prends connaissance des consignes post-opératoires qui me sont remises sur papier

JOURNAL DE BORD		Jour du Bloc	Jour +1	Jour +2	Jour +3	Jour +4
J'évalue ma douleur entre 0 et 10						
<p>AUCUNE LÉGÈRE MODÉRÉE IMPORTANTE TRÈS IMPORTANTE INDURABLE</p>						
	J'évalue le temps de marche effectuée sur la journée					
	J'évalue le temps passé au fauteuil sur la journée					
	Je note si j'ai pu effectuer mes exercices de pédalier (Oui/Non)					
	J'effectue mes exercices d'auto-rééducation respiratoire					

CONSIGNES CHIRURGICALES AU DOMICILE APRÈS CHIRURGIE THORACIQUE

	Je prévois la venue d'un(e) infirmier(e) et d'un(e) kinésithérapeute pour les soins à réaliser à domicile.
	Je suis les prescriptions qui m'ont été remises à la sortie, en particulier celles qui concernent le traitement de la douleur et la reprise de mon traitement habituel.
	Je pourrai conduire 2 semaines après l'intervention environ. Cependant il n'existe pas de dispense de port de ceinture de sécurité.
	J'évite de soulever, de pousser ou de tirer des charges lourdes (> à 5kg) jusqu'à la consultation post opératoire avec mon chirurgien.
	Je dois reprendre les activités de la vie quotidienne dès mon retour à domicile. Un exercice physique quotidien, tel que la marche, m'est fortement conseillé.
	Toute reprise d'activité physique, sportive ou sexuelle sera discutée en consultation post-opératoire avec mon chirurgien (en général, 4 à 6 semaines sont nécessaires pour les envisager).
	Je peux me doucher. Il est toutefois très important de bien sécher la cicatrice après la douche. Je ne dois pas me baigner (ni prendre de bain) durant 1 mois après l'opération.
	Hormis des consignes diététiques précises, aucun régime particulier n'est nécessaire. Il est normal que j'aie moins d'appétit après ma chirurgie. Une alimentation équilibrée et variée favorisera la cicatrisation.
	J'évite l'automédication.
	Je dois boire 1,5 à 2 litres par jour.

En cas de signes anormaux : fièvre > à 38,5°, frissons, douleurs intenses, vomissements... Vous devez contacter votre médecin traitant ou le service de chirurgie à :

- secrétariat de chirurgie : 04 72 35 74 64
- l'infirmière de coordination RAAC : 04 72 35 73 25
- le service de chirurgie où vous êtes hospitalisé : 04 27 85 66 81



Hôpital Louis Pradel
Service de chirurgie thoracique

LA RÉHABILITATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE R.A.A.C.



© HCL - HLP/DVAC - P40 - TP - crédits photo : C. Humbert - OM/19

AVANT MON HOSPITALISATION

- Je réalise ma dernière admission en France (hors admission en soins de suite et de réhabilitation).
- Je change la personne de confiance sur le formulaire qui m'a été remis au 7ème jour de mon hospitalisation.
- Je réalise les derniers compléments alimentaires (vitamines, oligo-éléments, sels).
- Je participe l'organisation de mes rendez-vous, des consultations, des soins (hors soins de suite et de réhabilitation).

LES GRANDS PRINCIPES DE LA R.A.A.C.

- Mes proches ne sont pas à la charge, ils sont des bénéficiaires de soins et de réhabilitation.
- Le kinésithérapeute est présent au domicile pour assurer la continuité des soins et de la rééducation.
- Il est recommandé de faire 20 à 30 minutes de marche à pied tous les jours.

LE JOUR DE MON INTERVENTION

- Je marche dans le couloir avec un kinésithérapeute.
- Je suis au pédalier deux fois 10 minutes dans la journée.
- Je rentre au fauteuil le plus longtemps possible.
- Je fais mes auto-rééducations respiratoires : 10 fois toutes les heures sur le plateau.

LES GRANDS PRINCIPES DE LA R.A.A.C.

- Mes proches ne sont pas à la charge, ils sont des bénéficiaires de soins et de réhabilitation.
- Le kinésithérapeute est présent au domicile pour assurer la continuité des soins et de la rééducation.
- Il est recommandé de faire 20 à 30 minutes de marche à pied tous les jours.

Témoignage d'une équipe postulante

*Viviane FIAT – Dir Soins
Sophie ROUX-COMTE – CS, Chir Ortho*

Clinique des Cèdres, Echirolles

10'

Le contexte

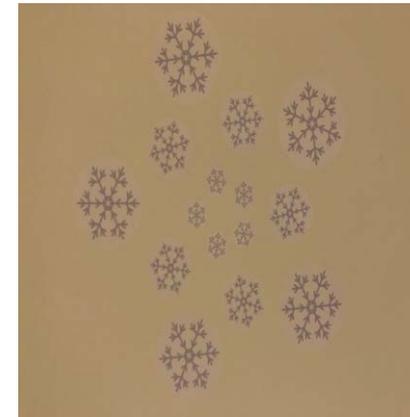
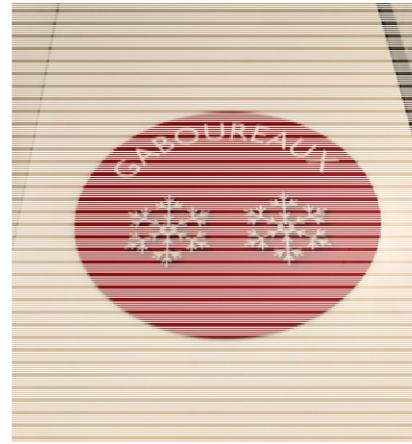
- Postulant dans le groupe PTH/PTG
- Clinique MCO indépendante du bassin grenoblois
- Forte culture Projets. Depuis 1996, dynamique qualité de certification puis d'accréditation.
- Activité chirurgicale d'orthopédie importante à la clinique des Cèdres avec 8 praticiens.



- Incitation des tutelles (virage ambulatoire).
- Autonomisation patient.
- Réduction des complications postopératoires.
- Patient acteur de sa santé.
- Partage d'expérience avec établissement référent et avec les autres participants.
- Fédérer les équipes médicales et paramédicales de la clinique autour d'un projet.

Les Actions

- Mise en place d'un plan d'actions suivi de façon mensuelle (réunions)
- Mise en place parcours patient dans le service



- Création d'une école patient



- Création d'une dynamique au sein du service
- Déploiement de la RAC à d'autres PEC (ex: PTG)
- Participation au projet qui nous a permis de changer et améliorer nos pratiques.
- Achat de matériels (Game Ready, machine à glaçons...) grâce à l'enveloppe donnée par l'ARS

Témoignage d'une équipe référente

*Dr Célia TEXIER – interne, Chir. Gynéco
Béatrice LAVANDRIER – IDE coord RAAC*

CHU Clermont-Ferrand

10'

7 novembre 2019

Témoignage d'une équipe référente

Célia **TEXIER**, interne
Pr Nicolas **BOURDEL**
Béatrice **LAVANDRIER**, IDE coordinatrice RAC

Anesthésiste référent
Dr Aurélie **FOURNET- FAYARD**

Cadre du service de gynécologie
Mme Bernadette **BOUTET**

2ème vague RAC
2018 -2020




CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

A l'origine du projet...

CHU Estaing – Pôle GORH – Procédure médicale : « Protocole de réhabilitation améliorée postopératoire en chirurgie gynécologique » Page 1 sur 25

CHU de Clermont-Ferrand Pôle de Gynécologie Obstétrique et Reproduction Humaine Procédure médicale Réhabilitation améliorée en chirurgie gynécologique	
Date de diffusion : Version : 1 Total pages : 25	Rédigée par : Dr A. Fournet-Fayard ; Dr C. Compan ; C. TEXIER (interne) Vérifiée par : Dr L. Vernis ; Dr N. Bourdel Validée par : Dr K. SLIM

Avril 2017
Emergence
du projet
Thèse

Création de
supports

2017



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



Date de 1^{ère} consultation :
Date de chirurgie :
Date de consultation post op :

CHU ESTAING

REHABILITATION AMÉLIORÉE - CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

PRE OPERATOIRE

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

PER OPERATOIRE

- Antibioprophylaxie Oui Non
- Prévention de l'hypothermie Oui Non
- Analgésie multimodale per opératoire avec épargne morphinique Oui Non
- Optimisation du remplissage per opératoire Oui Non
- Prévention des nausées post opératoires Oui Non
- Corticothérapie en l'absence de CI Oui Non
- Ventilation protectrice Oui Non
- Pas de SNG Oui Non
- Voie minimale invasive privilégiée Oui Non
 - Coelioscopie Oui Non
 - Voie vaginale Oui Non
 - Laparotomie de nécessité Oui Non
- Concernant la coelioscopie Oui Non
 - Utilisation de trocarts de 5-10mm (optique) et 3-5mm (instruments) Oui Non
 - Optimisation des paramètres du pneumopéritoine Oui Non
 - Faibles pressions 6-10 mmHg Oui Non
 - Gaz humidifié et réchauffé Oui Non
- Exsufflation maximale du gaz en fin d'intervention Oui Non
- Pas de drainage sauf en cas de nécessité Oui Non
- Participation à l'analgésie multimodale (infiltrations, instillations) Oui Non
- SAD retirée en fin d'intervention ou laissée en place par nécessité Oui Non
- Durée de l'intervention Oui Non
 - ≤ 90min Oui Non
 - 90-180min Oui Non
 - ≥ 180min Oui Non
- Incident chirurgical Oui Non
 - Viscérale Oui Non
 - Vasculaire Oui Non
- Incident anesthésique Oui Non
 - HypotA (+ vasoconstricteurs) Oui Non
 - hypoxémie Oui Non

POST OPERATOIRE

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

CHECK-LIST

CHU ESTAING

REHABILITATION AMÉLIORÉE - CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

CHU CLERMONT-FERRAND

Fiche informative patiente pré opératoire Référence

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

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____



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

EVALUATION NUTRITIONNELLE

- Poids habituel kg

- Poids en consultation kg : *pesez-vous sur la balance à votre disposition !*

- Taille m : *mesurez-vous avec la toise devant vous !*

- Avez-vous une perte de poids ? oui non

- Avez-vous une perte d'appétit ? oui non

A remplir par votre infirmière de programmation :

- IMC : kg/m²

- Chirurgie de niveau 3 : oui non

Prise en charge nutritionnelle organisée Oui Non Rdv le :

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

HABITUDES DE CONSOMMATION

- Tabac Oui : nombre de cigarettes / j : Non

- Cannabis Oui : nombre / j : Non

- Alcool Oui : nombre de verres / j : ... Non

- Quelles autres substances consommez-vous régulièrement ?

A remplir par votre infirmière de programmation :

Prise en charge des addictions organisée Oui Non Rdv le :

EVALUATION PSYCHO-SOCIALE

- Vivez-vous seule ? Oui Non



Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Calculez votre activité sportive !!

Remplissez la case « Total » selon les consignes

A Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter (être essouffée) ?
(par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide)

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

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

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

Total = score A + score B =

- **Score ≥ 4 = « Suffisamment » actif :**
demandez le livret ! « je maintiens mon activité physique »
- **Score 0-3 = « Insuffisamment » actif :**
demandez le livret ! « je débute mon activité sportive »



Autre spécialité : Digestif Urologie Autre Coaching sportif :
 Nouvelle Cs gynécologique : Avec moi-même Autre Lors de la Cs anesthésique

Avril
Emer
du p



Livret "Je démarre"

Consignes de l'exercice

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

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

Exercice 1



Livret "Je maintiens"

Consignes de l'exercice

- **Niveau 1** : Effectuer des montées/descentes sur les pointes de pied. Au moment où vous montez sur les pointes : expirer, rentrer le nombril et serrez votre périnée. Relâchez ensuite dans la descente.

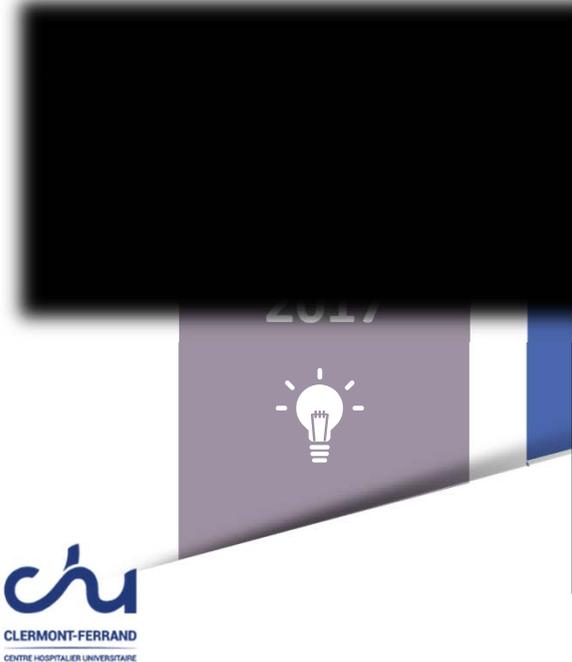
- **Niveau 2** : Mêmes consignes mais sur une marche d'escalier, les talons peuvent descendre en-

Exercice 2



Salle de préparation physique du CHU Estaing

Hospitalisation J0



	Chirurgie Gynécologique/Pôle FEE / CHU Estaing Check-liste Appel patients J-1	Révision
Version : 1	Date de diffusion : 01/09/2018	Page 1 sur 1

Etiquette patiente	<input type="checkbox"/> Patient joint <input type="checkbox"/> Message laissé sur répondeur <input type="checkbox"/> Patient a rappelé après message <input type="checkbox"/> Patient injoignable
--------------------	---

Nom IDE :

Documents administratifs et médicaux à apporter :

- Carte de groupe sanguin
- Résultats du bilan sanguin par écrit par mails sur téléphone
- Radios
- Autorisation d'opérer si mineur ou si tutelle de corps
- Document personne de confiance signé
- Document chambre seule
- Ordonnance du traitement en cours + médicaments dans leur emballage
- Régime alimentaire

Vérification de l'état de santé du patient

Fièvre oui si oui : raison : non

A pris des antibiotiques oui non

Prend un traitement anticoagulant oui non

Si oui nom de l'anticoagulant :

Arrêt depuis le :

Rappel des consignes :

- Jeune : 6h pour les aliments solides et 2 h pour les liquides clairs (pas de lait, pas de pulpe), si absence de contre-indication
- Dépilation : consulter protocole dépilation
- Douche antiseptique
- Lavement : chirurgies à haut risque digestif seulement
- Pas de vernis à ongle, pas de bijoux, pas de maquillage
- Pas d'objet de valeur, ni argent
- Nécessité d'un accompagnant à la sortie de l'unité
- Rappel des modalités d'accès à l'unité

Rédacteur : BOUTET(CDS) Le : 30/07/2018	Relecture : Dr N.BOURDEL(PU-PH) Le : 01/08/2018	Validation : Le : 02/08/2018
--	--	---------------------------------

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

REHABILITATION AMELIOREE EN CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE : AUTO-EVALUATION POST OPERATOIRE

NOM : _____

PRENOM : _____

DDN : _____

DATE INTERVENTION : _____

Je remplis mon carnet après mon opération et je pense à l'apporter lors de ma consultation post-opératoire avec mon chirurgien !

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
MON ALIMENTATION							
J'ai bu...							
Pas du tout							
Peu							
Assez (1L)							
J'ai mangé...							
Pas du tout							
Peu							
Bien (>1/2 assiette)							
MON ACTIVITE							
J'ai été debout...							
<3h							
3h-6h							
>6h							
J'ai marché...							
<30min							
>30min							
>1h							
Temps passé assise en dehors du lit...							
<6h							
26h							
MON TRANSIT							
J'ai eu des gaz...							
Oui							
Non							
J'ai eu des selles...							
Oui							
Non							
J'ai uriné...							
Oui							
Non							
MON ESTOMAC							
J'ai vomi...							
Oui							
Non							
Si oui, nombre de vomissements/							
MES SAIGNEMENTS							
Traces							
≤ 3 protections remplies /j							
> 3 protections remplies /j							
MA DOULEUR							
EVA .../10							

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
CLERMONT-FERRAND

Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

Accompagnement par l'ARS depuis Juillet 2018



Accompagnement par l'ARS depuis Juillet 2018

Nov 2018

Réorganisation
Programmation de BO

Lancement officiel RAC



2019



Création d'un salon d'accueil
J0
Mai 2019



Création d'un poste
IDE RAC
Décembre 2018



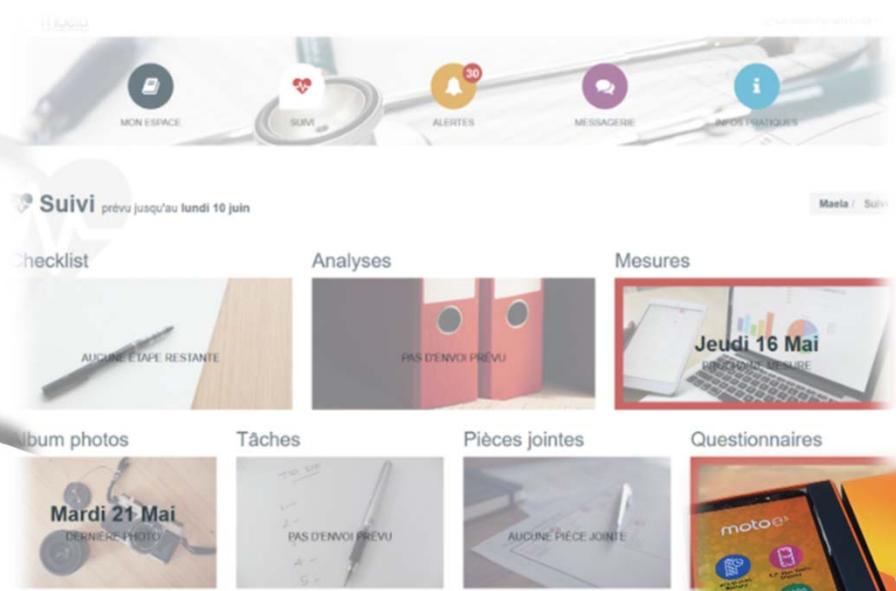
Salon d'accueil J0

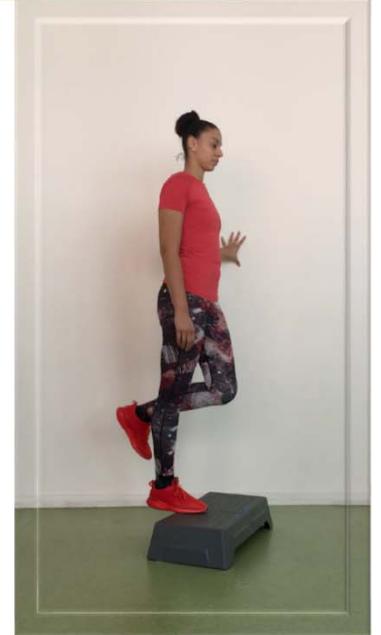


Mai 2019
Patients 3D



Juin 2019
Application MAELA





Mai 2019
Patients 3D



Juin 2019
Application MAELA



Casques de réalité virtuelle en pré opératoire



Bilan

- Un **travail de thèse** atypique
- Renforcement du **travail d'équipe** dans le service
- Lutte contre les **freins multiples**
- Accompagnement ARS
 - Dynamisation du projet, rigueur
 - Meilleure visibilité
- Grâce à l'aide financière de l'ARS :
 - Salon J0
 - Application Maela
 - Casques de réalité augmentée
 - Matériels divers nécessaires à l'implémentation
- Participation aux RPC nationales PSF 2020



Depuis Juillet 2018

288 patientes dont

96 incluses sur GRACE pour l'HT



Témoignage d'une équipe postulante

Anne MIERMONT – C. Mission DG

Dr Mayeul TABUTIN – Chir. Thoracique

Dr Nicolas CHOPIN – Chir. Gynécologue

Dr Gaelle BOUROCHE – Anesthésiste

Dr Céline RIFFARD – Anesthésiste

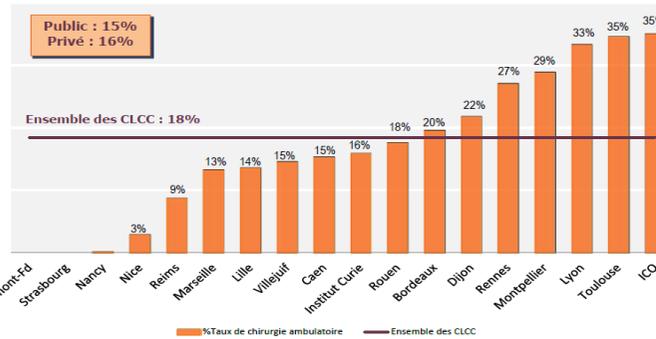
Centre Léon Bérard, Lyon

10'

Le contexte: Dynamique institutionnelle prédisposée

2008

Les pratiques sont hétérogènes : 8 centres ont un taux d'exérèse ambulatoire supérieur ou égal au taux national de 16%



Source Bases PMSI ATIH 2012

08/04/2014

Direction Stratégie & Gestion Hospitalière

14

2010



2015



2017



« 1^{ère} vague »
(digestif)



Groupe francophone de Réhabilitation
Améliorée après Chirurgie

Le contexte

Un département de chirurgie oncologique (plusieurs spécialités)



Pilotage par Les COPILs: DMS !!

DMS

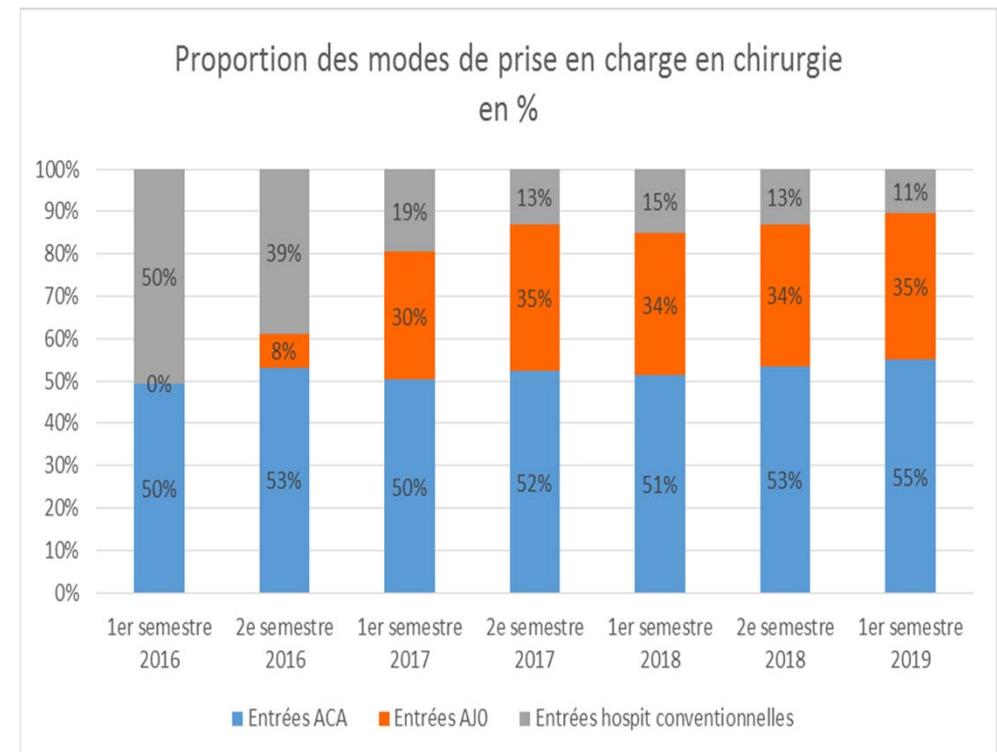
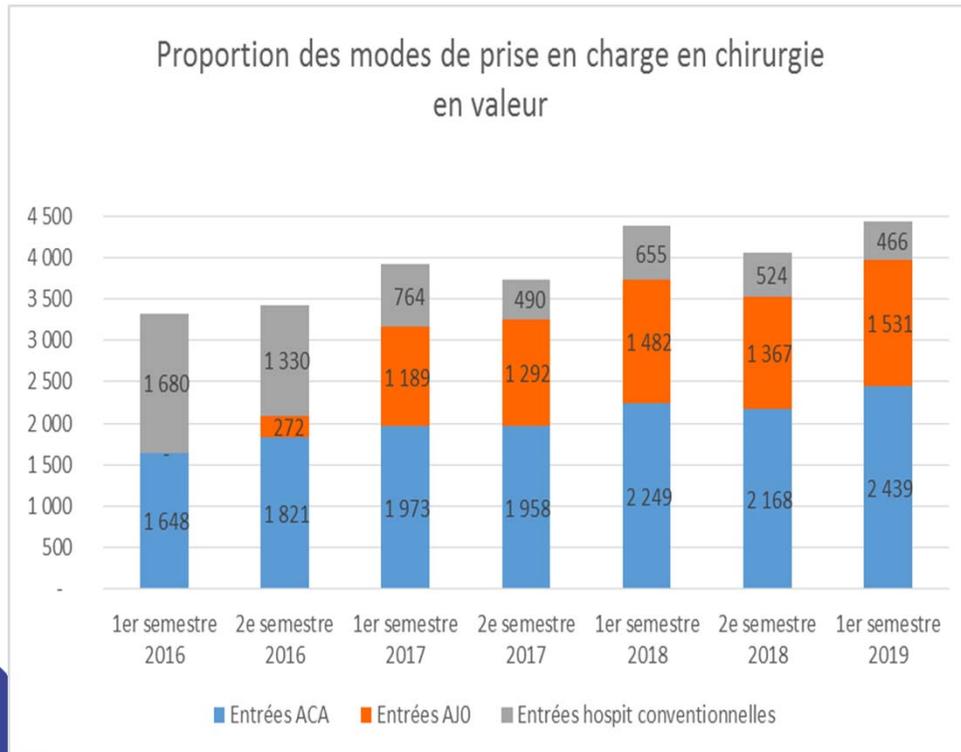


- ARCHITECTURE
- REALITE VIRTUELLE
- My CLB

- REGULATEUR
- STAFF DEDIES

- CHEMIN CLINIQUE
 - PRE OP
 - PER OP
 - POST OP
- IDEC

Poursuite évolution des entrées ACA – JO



→ 3000 séjours JO par an représente une économie de 8 lits d'hospitalisation conventionnelle

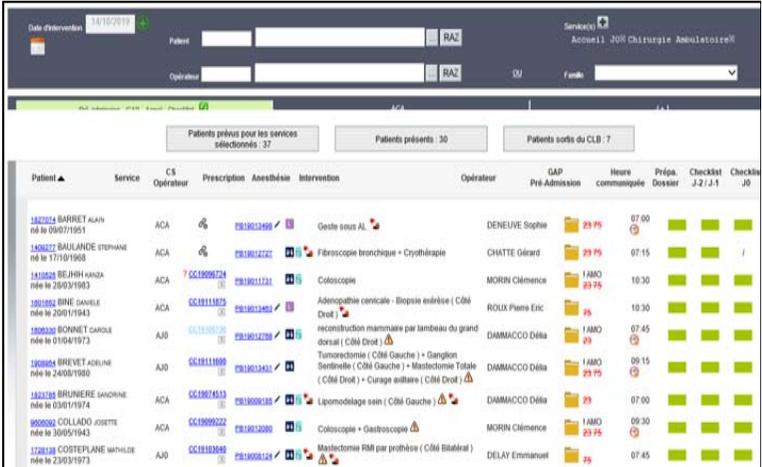
JO fait partie de la RAC qui bénéficie de la structuration de l'ambulatoire

ORGANISATION INTEGREE: JO-ACA +

création de nouveaux métiers

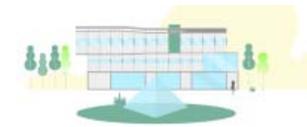
- Rôle du régulateur JO +++++
 - Détermine les arrivées échelonnées des patients
 - Appel les patients 24h avant la chirurgie (comme les ambulatoires)
 - Vérifie la check list
 - Vérifie les procédures de commande de sang
 - Participe à l'accueil physique des patients

- Rôle des différents intervenants



Patient	Service	CS Opérateur	Prescription	Anesthésie	Intervention	Opérateur	GAP Pré Admission	Heure commu	Prépa. Dossier	Checklist J.2 / J.1	Checkin JO
1827014 BARRRET ALAIN né le 09/07/1951	ACA		0813013401		Geste sous AL	DENEUVÉ Sophie	29 75	07:00			
1490277 BAILLANDE STEPHANE né le 12/01/1958	ACA		0813012222		Fibroscope bronchique + Cryothérapie	CHATTE Gérard	29 75	07:15			
1410262 BEJHBI HANZA né le 28/03/1983	ACA	0C10096724	0813011111		Coloscopie	MORIN Clémence	1 AMO 29 75	10:30			
1001002 BINE DANIELE né le 20/01/1943	ACA	0C10111875	0813012402		Adénopathie cervicale - Biopsie enriquee (Côté Droit)	ROUX Pierre Eric	75	10:30			
1500130 BONNET CAROLA né le 01/04/1973	AJO	0C10119112	0813012208		reconstruction mammaire par lambeau du grand dorsal (Côté Droit)	DIMMACCO Déla	1 AMO 29 75	07:45			
1500054 BREVET ADRIANE né le 24/08/1980	AJO	0C10111809	0813013411		Tumorectomie (Côté Gauche) + Ganglion Sentinelle (Côté Gauche) + Mastectomie Totale (Côté Droit) + Curage axillaire (Côté Droit)	DIMMACCO Déla	1 AMO 29 75	09:15			
1821108 BRUNIERE SANDRAE né le 03/01/1974	ACA	0C10074613	0813009101		Lipomodépage sein (Côté Gauche)	DIMMACCO Déla	75	07:00			
9000092 COLLADO JOSETTE née le 28/05/1943	ACA	0C10095222	0813012080		Coloscopie + Gastrosopie	MORIN Clémence	1 AMO 29 75	09:30			
1728128 COSTERLANE NATALIE née le 23/03/1973	AJO	0C10103680	0813008124		Mastectomie RM par prothèse (Côté Bilatéral)	DELAY Emmanuel	75	07:45			

Les résultats



La réhabilitation améliorée en chirurgie,
ou RAC, au Centre Léon Bérard,
vous connaissez ?

- Communication transversale (comité commun)

MOTION PICTURE

Le jour de l'intervention

SÉQUENCE	ACTION
01	Vincent est en consultation avec la chirurgienne
VOIX OFF	Aujourd'hui, Vincent est en consultation avec la chirurgienne de l'hôpital. Il va subir une intervention chirurgicale dans 3 semaines. La chirurgienne lui explique qu'il va faire partie d'une prise en charge particulière, appelée la Réhabilitation améliorée après chirurgie, et ainsi sortir plus tôt de l'hôpital. Pour cela, quelques recommandations sont données au patient avant qu'il subisse la chirurgie : arrêter de fumer, faire de l'activité physique, manger équilibré.

Les résultats (chirurgie thoracique et gynécologique)

- Protocoles post-opératoire (*Cristalnet*) :
 - « RAC thorax »
 - « RAC gynéco coelio » / « RAC gynéco laparo »
patient bénéficiaire (douleur, mobilisation...)
chirurgien bénéficiaire (gain temps + énergie)

Protocole : aaa RAC gynécologie_laparo 1.0		version:1.0	Créé le 09/09/2019 15:37 par Dr. WALLON GREGOIRE
aaa RAC gynécologie_laparo 1.0			
Commentaire général			
Commentaire au prescripteur			
Commentaire aux soignants			
Références bibliographiques			
Hyperliens			
≤ J0 J1 J2 J3 J4			
Séquence n° 1			
J0			
Ne pas oublier de prescrire la PCEA si péridurale mise en place ou le PSE de Xylocard (0.75mg/kg/heure) si mis en place et suites aux soins continus			
A partir de J0 Tous les jours pendant 10 jours	Surveillance des constantes de 4 à 8 fois/24h	à 00:00, 06:00, 12:00, 18:00	
Pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, saturation, faciès, EVA, diurèse, A l'arrivée dans le service, puis toutes les heures pendant 4h, puis toutes les 6h.			
Adapter le rythme de la surveillance en fonction des valeurs retrouvées et du type de chirurgie et de traitement			
Température à l'arrivée dans le service.			
A partir de J0 Tous les jours pendant 5 jours	EVA (évaluation visuelle analogique)	Tous les 1 jours	à 00:00, 04:00, 08:00, 12:00, 16:00, 20:00
Mesure EVA à la mobilisation, sur une échelle de 0 à 10			
Perfusion		INTRAVEINEUSE	A passer sur 24 heure(s)

Les résultats (achat matériel)

- Oxyomètres, pédaliers ...
- Système de drainage autonome
- Fauteuil JO + réalité virtuel
- Marquage au sol des distances



Les résultats

Thoracique

1 chirurgien

100 résections majeures /an

50 à 70 lobectomies vidéo /an

Gynécologie

2 chirurgiens +1

65 HST laparo/an

60 HST coelio /an

- Chirurgie thoracique:
 - Environ 50 patients (avril-septembre 2019)
- Chirurgie gynécologique:
 - Environ 10 patients (septembre-octobre 2019)
- Pas de système d'audit formalisé
 - => pas de donnée objective
- Un sentiment global d'amélioration
(qualité, drainage, DMS)

Conclusion

- **POINTS POSITIFS:**

- Implication membre de la direction ++
- Projet fédérateur permettant une poursuite de la dynamique de réduction des DMS
- Partage chirurgie-anesthésie-encadrement

- **POINTS DE VIGILANCE:**

- Equipe chirurgicale multidisciplinaire : avantage et inconvénient
- « Retard à l'allumage »
- Des projets encore en cours (prise en charge en amont, fluidifier parcours)
 - Parcours complexe
 - Formalisation des travaux sous forme de procédure
- Assurer la pérennité

- **INTERET DU SPONSORING ARS:**

- Positionnement de la direction
- responsabilisation des équipes et réalisation du projet dans un temps imparti



15h40

Méthodologie et outils de de la démarche

*Accompagnement
Audit GRACE*

Partie 2

Accompagnement

Philippe DEVILLERS
Directeur associé, chef de projet

**APSYS Santé, accompagnement des
réorganisations en Santé**

10'

Présentation de l'accompagnement



- APSIS Santé fondée en 2012 par 4 experts du Conseil en Santé
 - 2 métiers complémentaires: Organisation + Programmation spatiale
- 15 ans d'accompagnement de la chirurgie ambulatoire
 - depuis 2005, >100 établissements accompagnés
 - formations Organiser la chirurgie - RAC UCA, DIU Chir Ambu
 - nombreux outils déployés (tableau de bord, simulation...)
- **Choisi depuis 2015 par l'ARS ARA pour l'accompagnement du déploiement de la RAC**
 - Vague 1: 38 équipes accompagnées
 - Vague 2: 21 équipes accompagnées
 - Vague 3: 25 équipes accompagnées
- 2017, ANAP, étude d'organisations innovantes, dont la RAC
- 2018, RESAH, accompagnement du virage ambulatoire, en chirurgie, médecine, SSR...

L'équipe référente

= Le SAVOIR-FAIRE

- Pratiques chirurgicale, anesthésique, soignante
- Organisations
- Locaux et circuits
- Sécurité, protocoles, qualité
- Formation des acteurs
- Suivi, évaluation

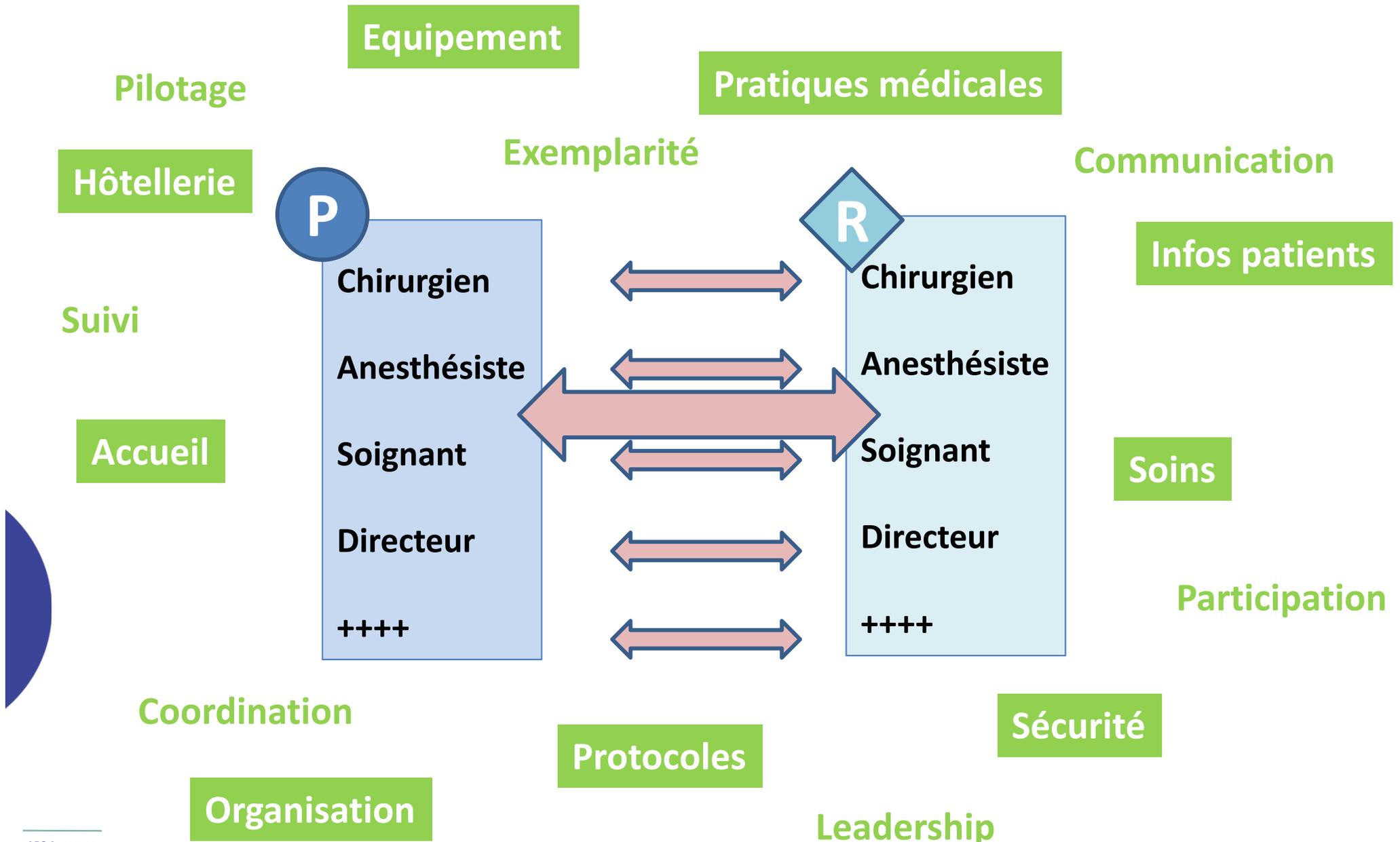
Le consultant

= Le FAIRE-SAVOIR

- Coordination du projet
- Conception, partage des outils et méthodes
- Communication
- Valorisation des expériences
- Suivi des mises en place
- Organisation des visites

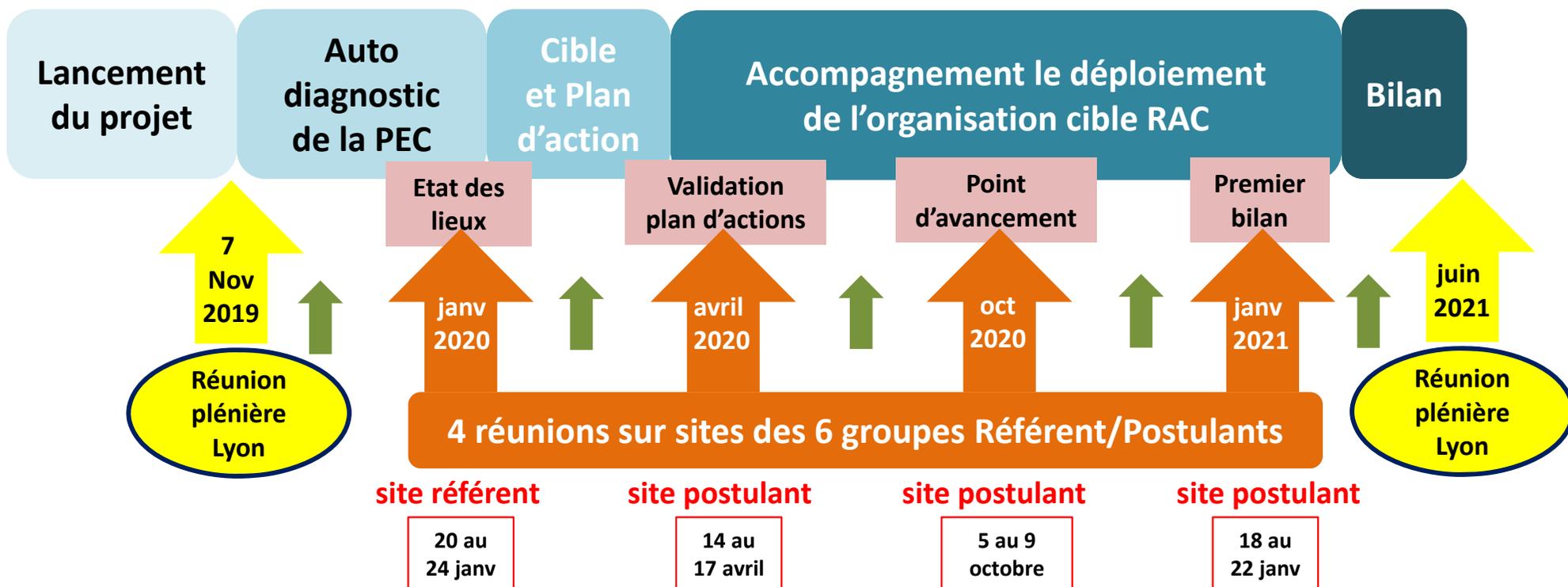
LE CHANGEMENT

Des équipes pluridisciplinaires



Le programme de travail

La Lettre du CRRAC



Légende :



↑ Réunion Collective : pour chaque groupe de travail composé d'un centre référent et de 3 centres postulants, en présentiel sur un site à convenir au sein du groupe.

↑ Point téléphonique avec chaque équipe

Lieux et dates à définir au lancement avec les participants

La communication projet

La Lettre du CRRAC

9

10

11

12

Juillet
2019

2020

2021

- La lettre du projet, semestrielle
 - Témoignages d'équipes
 - Actualités
 - Avancement du projet
 - Nouvelles nationales



GRACE et l'état de l'art de la RAC

*Pr Karem SLIM – PH Chir Dig
CHU Clermont-Ferrand
Président GRACE*

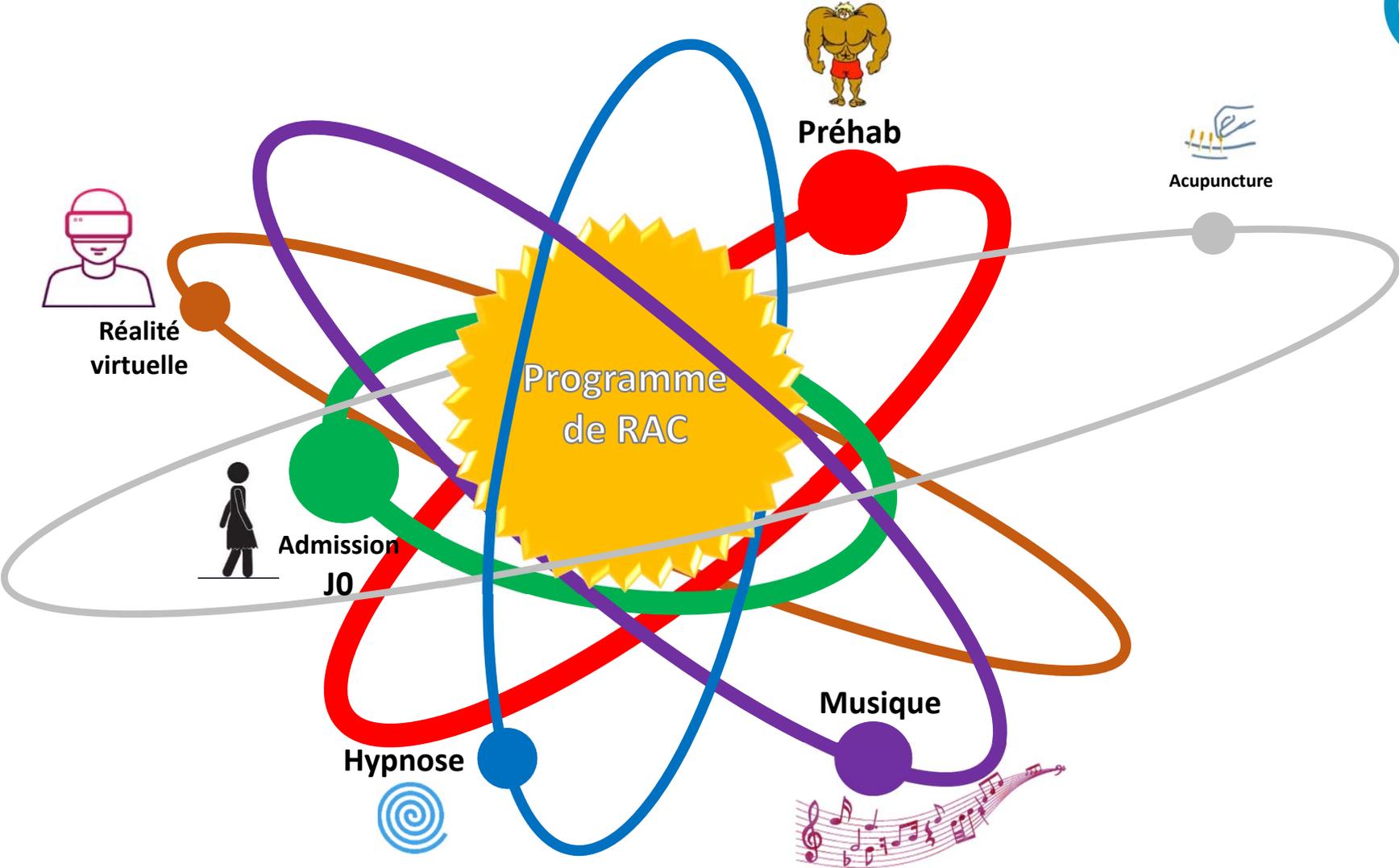
Association GRACE

10'

***La RAC.....
Quoi de neuf,
docteur ?***



Mesures associées



Réalité virtuelle



Préhab



Acupuncture



Admission JO

Musique



Hypnose



Programme de RAC

Ne pas oublier que 

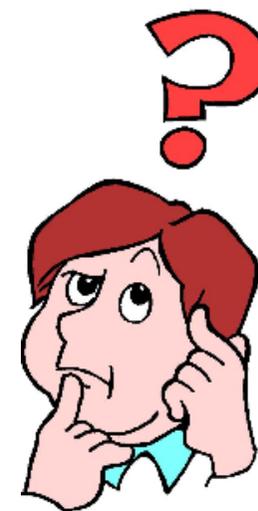


Programme
de RAC

L'ESSENTIEL



Etat de l'art de la RAC en France et dans le monde ...



Je ne sais pas

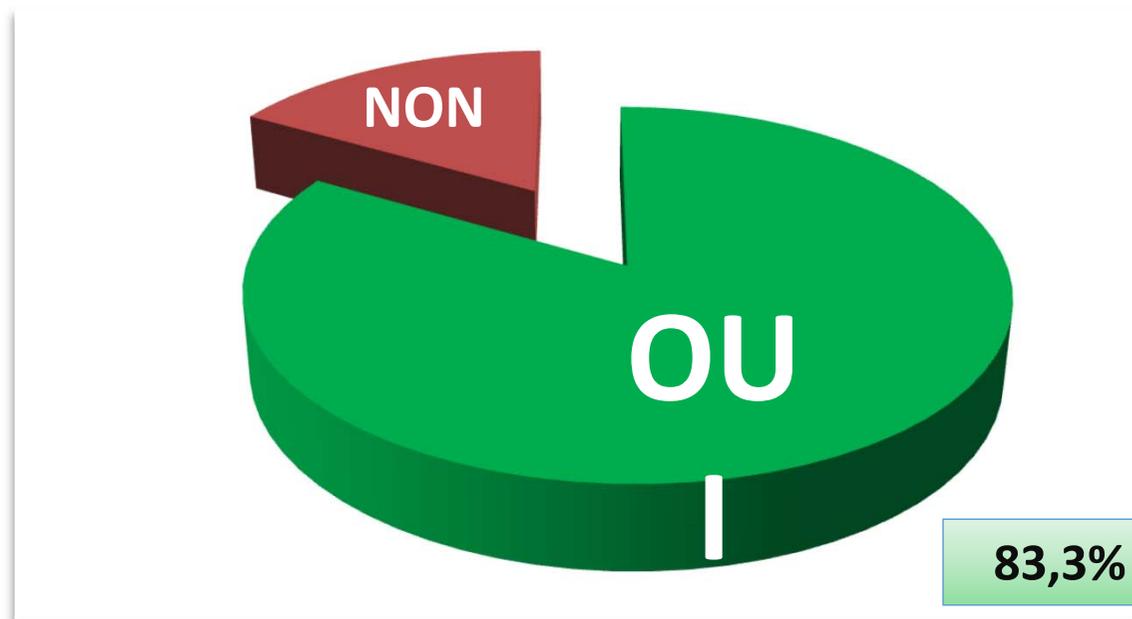


Mr Jourdain « *Par ma foi !
il y a plus de quarante ans
que je dis de la prose sans
que j'en susse rien, et je
vous suis le plus obligé du
monde de m'avoir appris
cela. »*

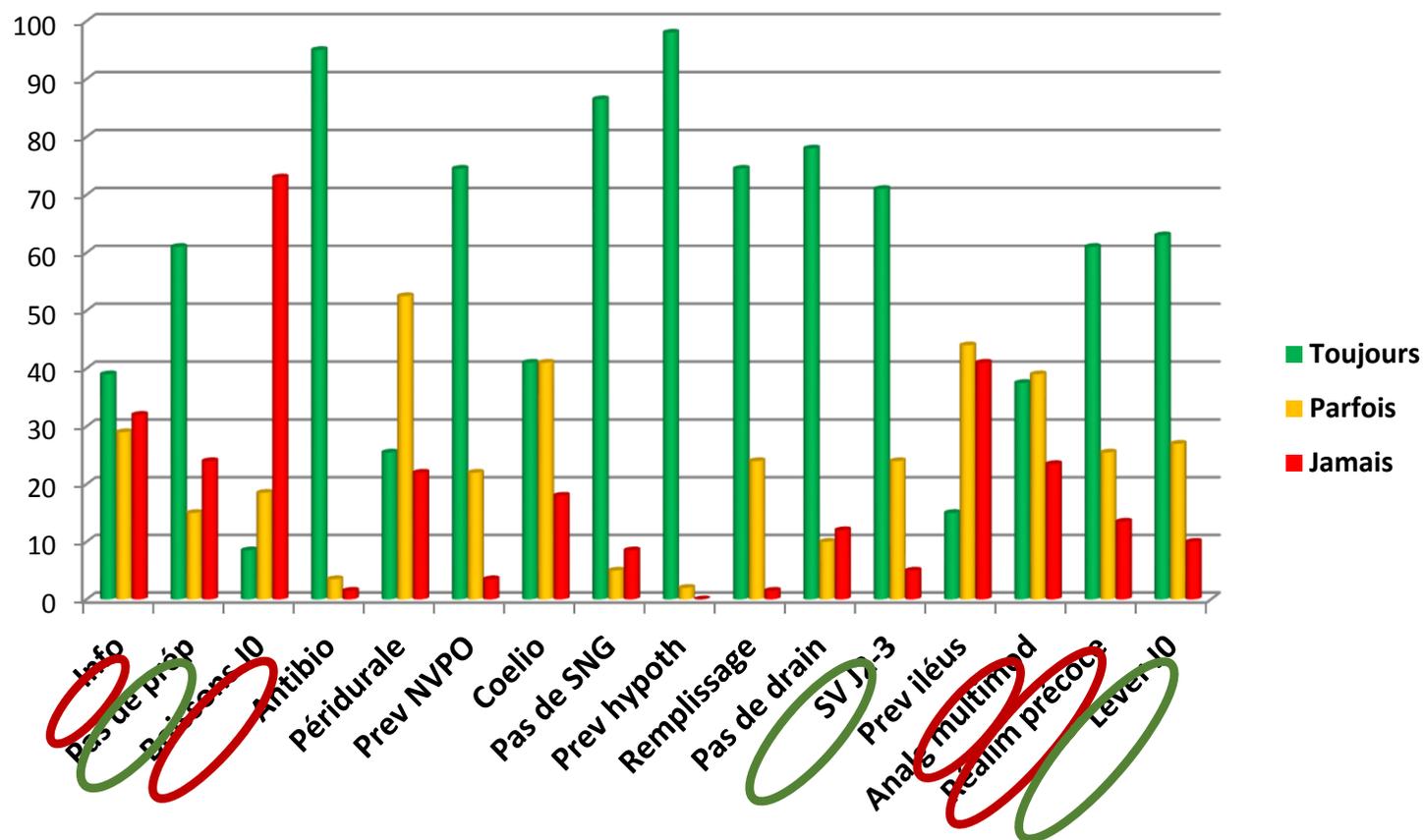


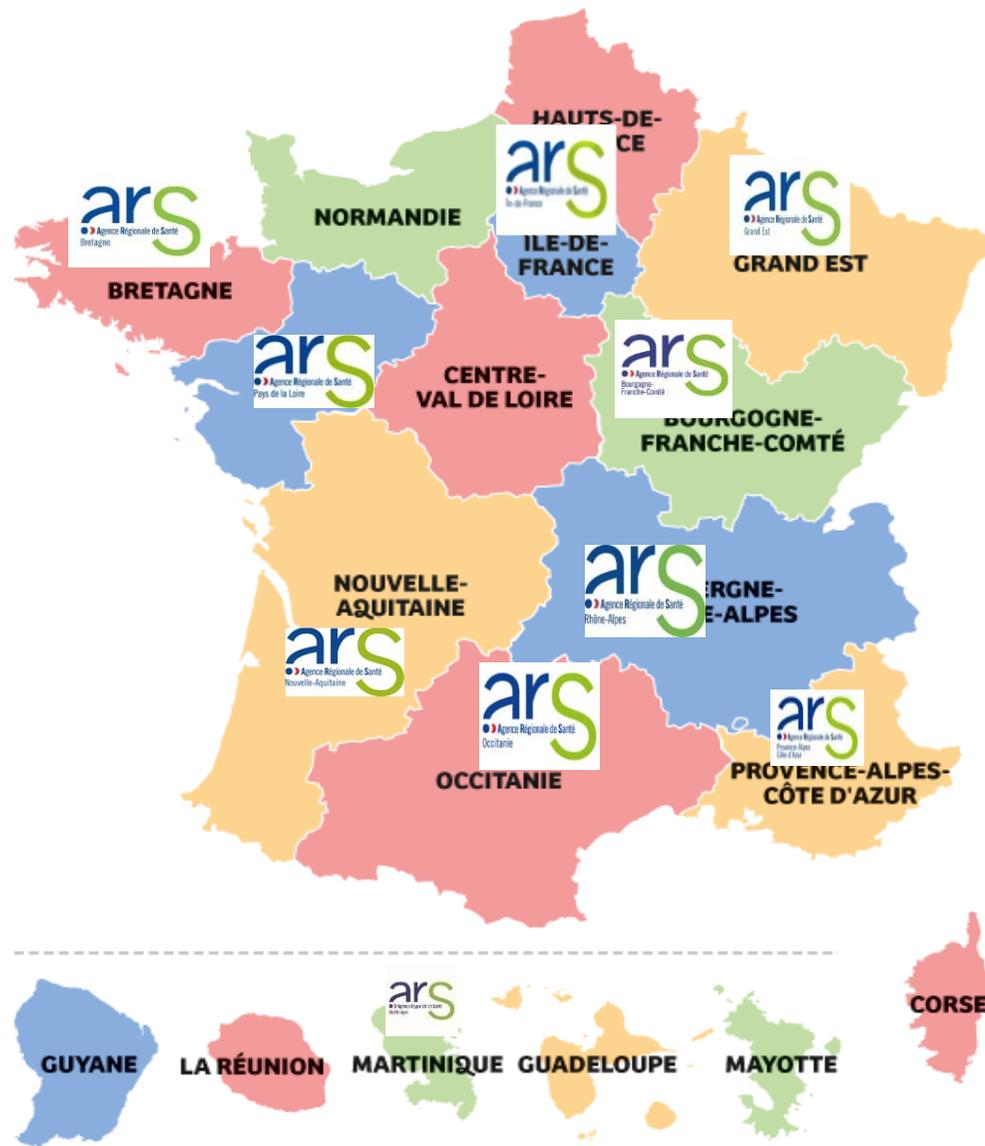
Enquête anonyme SFCD *juin 2011*
123 réponses

Utilisez vous dans votre pratique quotidienne de chirurgie colorectale un protocole formalisé de réhabilitation améliorée ?



Enquête anonyme SFCD *juin 2011* 123 réponses





La RAC dans le monde



ERAS[®] Society


P.O.I.S.
PeriOperative Italian Society

ERAS National Chapter Italy

  ERAS[®]Society

Projeto
ACERT  

ERAS[®] USA

ERAS[®] SOCIETY USA CHAPTER


EIDO 
HEALTHCARE
AUSTRALIA


GERM
GRUPO ESPAÑOL DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL

 **Enhanced
RECOVERY**
UK Chapter ERAS Society
ERAS Society  www.erasuk.net


Groupe francophone de Réhabilitation
Améliorée après Chirurgie 

ERAS / ABOUT / CENTERS OF EXCELLENCE

In this world-map you can see the Centres of Excellence the ERAS Society works in cooperation with.

An ERAS Society appointed Centre of Excellence is a centre that has completed an ERAS implementation program and has qualified as a teaching centre for the implementation program, and/or has made considerable contributions to the development of ERAS for the ERAS Society.

You can zoom in/out over the map and centre your view using the mouse or the helpers.

To contact any of the Centres of Excellence please [click here](#)





107
Centres Grace

34 000 dossiers
Grace-Audit

1 160
membres



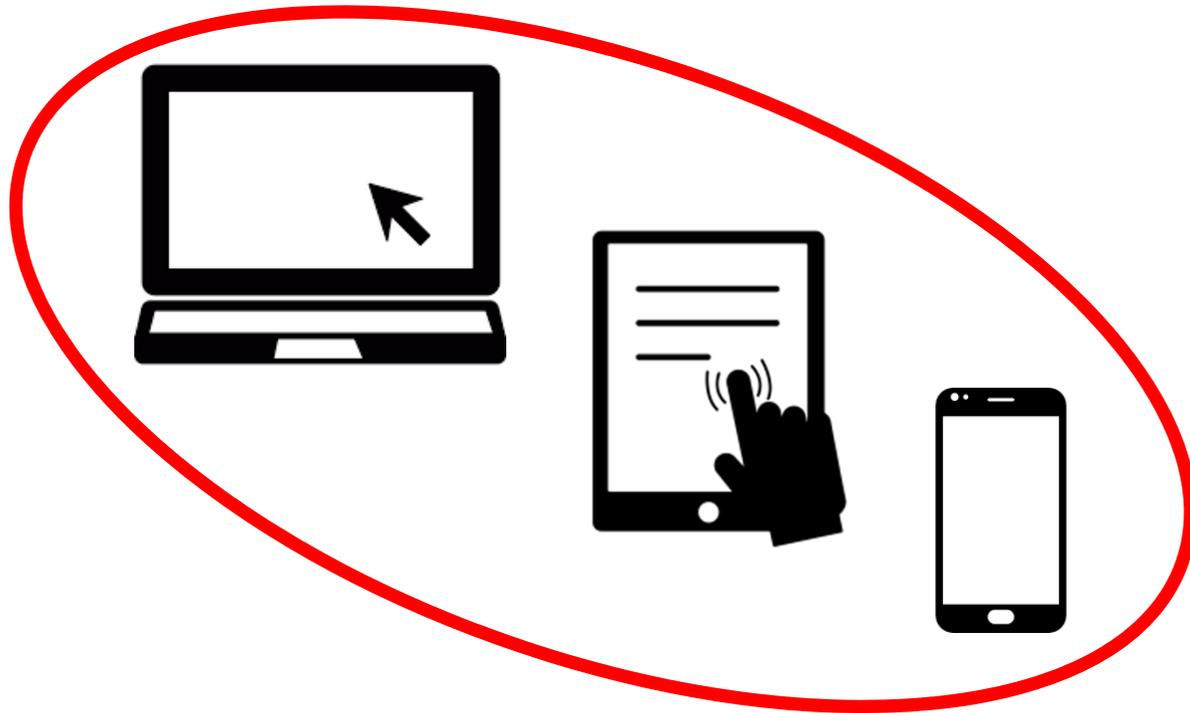
Auditer ses pratiques, une notion indispensable à la RAC

*Pr Karem SLIM, Président GRACE
Isabelle LAFORTUNE
IDE Coord RAAC, HCL CH Lyon-Sud*

20'



GRACE-AUDIT



GRACE AUDIT

Outil d'audit du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie



IDENTIFICATION

BIENVENUE SUR GRACE-AUDIT

En tant que membre de GRACE, vous avez la possibilité de renseigner les données de vos patients opérés dans le cadre d'un programme de réhabilitation améliorée. Vous aurez accès à vos statistiques simplement, et pourrez exporter vos données.

Se connecter

Nom d'utilisateur :

kslim

Mot de passe :

.....

[Mot de passe oublié?](#)

[Nouvel utilisateur](#)

Se connecter

IMPORTANT

En cas de première connexion à GRACE-AUDIT

Lisez le [manuel utilisateur](#) de GRACE-AUDIT.

Si vous vous connectez pour la première fois à GRACE-AUDIT, cliquez sur [nouvel utilisateur](#) pour vous inscrire au logiciel. En effet, l'accès au logiciel d'audit fait l'objet d'une **inscription distincte** de celle du site de l'association GRACE.

GRACE AUDIT



Connecté(e) en tant que : **Karem Slim**
Dernière connexion le : 29/10/2019 10:11:20

[Changer de module](#)

[Deconnexion](#)

Outil d'audit du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

CHIRURGIE COLO-RECTALE

CHOIX DU MODULE

Choix du module de travail

Veillez choisir un module :

colo-rectal ▼

Choisir

- colo-rectal
- bariatrique
- hanche-genou
- foie
- hystérectomie
- pancréas
- césarienne
- épaule
- gastrectomie
- cystectomie
- paroi
- cholécystite
- urgences-abdo

Chir Thoracique
Rachis

Outil d'audit du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

CHIRURGIE COLO-RECTALE

- Recueil des données
- Paramétrage
- Suivi
- Audit**
- Export des données
- Documents
- Annuaire
- FAQ

SOUS-GROUPE

Investigateur

- Recommandations
- Complications
- Durée de séjour

Statistiques générales

168 DOSSIERS COMPLETS

Le programme comporte 22 recommandations

Benchmark : 20.0 recommandations

Benchmark = nombre minimal de recommandations appliquées dans les 25% de dossiers ayant l'implémentation la plus complète.

MES STATISTIQUES : médiane = 18.0 recommandations (écart interquartile : 3.0)

ENSEMBLE DES CENTRES GRACE : médiane = 19.0 recommandations (écart interquartile : 3.0)

Application des recommandations

Afficher les stats de l'ensemble des centres

PREOPERATOIRE

Données du centre

Outil d'audit du Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

CHIRURGIE COLO-RECTALE

Recueil des données Paramétrage Suivi **Audit** Export des données Documents Annuaire FAQ

SOUS-GROUPE Mes dossiers

Investigateur Slim Karem

Recommandations Complications Durée de séjour

Statistiques générales

168 DOSSIERS COMPLETS

Benchmark : 17.9 % des patients

Benchmark = taux de complications maximal des 25% de participants ayant le moins de complications.

MES STATISTIQUES :

Taux de complications (global) : **28.6 % des patients**
Taux de complications peu sévères (grades I-II) : 25.6 %
Taux de complications sévères (grades III-V) : 3 %

ENSEMBLE DES CENTRES GRACE :

Médiane des taux de complications (global) : **23.6 % des patients**
Médiane des taux de complications peu sévères (grades I-II) : 18.1 %
Médiane des taux de complications sévères (grades III-V) : 6.5 %

Impact des recommandations sur le taux de complications

Afficher les stats de l'ensemble des centres

CHIRURGIE COLO-RECTALE

Recueil des données Paramétrage Suivi **Audit** Export des données Documents Annuaire FAQ

SOUS-GROUPE Mes dossiers

Investigateur Slim Karem

Recommandations Complications **Durée de séjour**

Statistiques générales

168 DOSSIERS COMPLETS

Benchmark : 4.0 jours

Benchmark = durée maximale de séjour des 25% de dossiers ayant les durées les plus courtes.

MES STATISTIQUES

Durée médiane réelle de séjour : 5.0 jours (écart interquartile : 4.0 jours)

Durée médiane théorique* de séjour : 5.0 jours * durée au bout de laquelle tous les critères de sortie étaient réunis

Taux de réadmission dans le premier mois : 3.0 %

ENSEMBLE DES CENTRES GRACE

Durée médiane réelle de séjour : 5.0 jours (écart interquartile : 4.0 jours)

Durée médiane théorique de séjour : 5.0 jours

Taux de réadmission dans le premier mois : 6.2 %

Impact des recommandations sur la durée de séjour



L'AUDIT : UNE DÉMARCHE QUALITÉ

Isabelle Lafortune – IDE Coordination RAAC

Hôpital Lyon Sud – Membre de GRACE
07/11/2019

Réunion ARS –

Pourquoi faire de l'audit ?

DÉMARCHE QUALITÉ INTERNE

- Réunion RAAC
- Reporting autre
- Pointer : Positif / Négatif
- S'interroger et s'améliorer
- Discussion inter-équipe

DÉMARCHE QUALITÉ EXTERNE

- Se comparer
- Echanges d'expérience
- Se rassembler

RECHERCHE

Utiliser l'Audit GRACE



- **2 façons** : En tant que **médecin référent**
En tant qu'**assistant de saisie**
- **Accessibilité** : gratuit
sur le site internet de GRACE
- Plusieurs spécialités
- Temps de remplissage : 10 à 15 min / patient
- Comparaison possible avec l'ensemble des centres
- Permet à l'ARS de suivre les pratiques des centres

CHIRURGIE COLO-RECTALE

Recueil des données

Audit

Export des données

Documents

FAQ

Vous avez des cahiers de suivi à 90 jours à remplir

Liste des dossiers

[Ajouter un dossier](#)

Tous les dossiers Dossiers incomplets

<input type="checkbox"/>		N° de rang	Date naissance	Sexe	Date intervention	Cahiers	preop	perop	postop	suivi
Docteur EDDY COTTE										
<input type="checkbox"/>	voir	135_496	09/07/1945	M		courts	Remplir	Remplir	Remplir	Remplir à 3 mois
<input type="checkbox"/>	voir	135_495	01/03/1981	F	11/10/2019	courts	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Remplir à 3 mois
<input type="checkbox"/>	voir	135_494	10/06/1976	M	11/10/2019	courts	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Remplir à 3 mois
<input type="checkbox"/>	voir	135_493	10/11/1965	M	10/10/2019	courts	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Remplir à 3 mois
<input type="checkbox"/>	voir	135_492	27/02/1985	M	16/10/2019	courts	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Remplir à 3 mois
<input type="checkbox"/>	voir	135_491	28/05/1938	F	10/10/2019	courts	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Remplir à 3 mois
<input type="checkbox"/>	voir	135_490	27/10/2000	M	09/10/2019	courts	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Remplir à 3 mois
<input type="checkbox"/>	voir	135_489	31/07/1938	M	07/10/2019	courts	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Remplir à 3 mois
<input type="checkbox"/>	voir	135_488	23/04/1949	F	09/10/2019	courts	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Remplir à 3 mois
<input type="checkbox"/>	voir	135_487	04/03/1940	M	08/10/2019	courts	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Remplir à 3 mois
<input type="checkbox"/>	voir	135_486	25/07/1942	F	08/10/2019	courts	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Remplir à 3 mois
<input type="checkbox"/>	voir	135_485	05/01/1961	M	04/10/2019	courts	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Terminé : Modifier	Remplir à 3 mois

N° DE RANG : 135_495 SEXE : F DATE NAISSANCE : 01/03/1981

QUESTIONNAIRE DEJA REMPLI

Vous pouvez le modifier mais il faut valider les modifications de chaque page en cliquant sur le

CAHIER PRÉOPÉRATOIRE

Aller directement à une page du questionnaire ▼

Page 3/3 : recommandations**Information et éducation du patient** Oui Non**Immunonutrition préopératoire** Oui Non**Suppléments nutritifs** Oui Non**Préparation colique** Non
 Lavement
 Orale**Prémédication anxiolytique** Non
 Oui car anxiété
 Oui car systématique**Pas de jeûne dépassant 6H pour les solides et 2H pour les liquides clairs** Oui
 Non pour raisons organisationnelles
 Non par choix du patient
 Non car troubles de la vidange gastrique**Hydrates de carbone la veille et 2H avant l'intervention** Oui, la veille et 2 heures avant l'intervention
 Oui, seulement 2 heures avant l'intervention
 Non pour raisons organisationnelles
 Non par choix du patient
 Non indiqués*

N° DE RANG : 135_495 SEXE : F DATE NAISSANCE : 01/03/1981

QUESTIONNAIRE DEJA REMPLI

Vous pouvez le modifier mais il faut valider les modifications de chaque page en cliquant su

CAHIER PEROPÉRATOIRE

Aller directement à une page du questionnaire ▼

Page 3/3 : recommandations**Antibioprophylaxie** Oui Non**Prévention de l'hypothermie** Oui Non**Voie d'abord chirurgical** Coelioscopie
 Coelioscopie robot assistée
 Laparotomie
 Conversion peropératoire (coelio -> laparo)
 Conversion peropératoire (robot -> coelio)
 Conversion peropératoire (robot -> laparo)**Analgésie multimodale avec épargne morphinique** Oui Non

Combinant au moins 3 techniques d'analgésie

Analgésiques utilisés

	Non	Oui
Antalgiques palier 1 (sauf AINS)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AINS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antalgiques palier 2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Infiltration trajets de trocart	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

N° DE RANG : 135_495 SEXE : F DATE NAISSANCE : 01/03/1981

QUESTIONNAIRE DEJA REMPLI

Vous pouvez le modifier mais il faut valider les modifications de chaque page en cliquant s

CAHIER POSTOPERATOIRE

Aller directement à une page du questionnaire ▼

Page 2/4 : recommandations**Analgésie multimodale** Oui Non

privilégiant les antalgiques non morphiniques et/ou une technique d'analgésie locorégionale

Analgésiques utilisés

	Non	Oui
Antalgiques palier 1 (sauf AINS)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AINS (durée ≤ 48 heures)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Antalgiques palier 2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Analgésie péridurale	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lidocaïne intraveineuse	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cathéter multiporé	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ablation précoce J2-3 du drain (le cas échéant) Sans objet
 Oui
 Non**Thromboprophylaxie** Oui Non**Mobilisation avant H24** Oui Non**Réalimentation avant H24** Oui Non

N° DE RANG : 135_496 SEXE : M DATE NAISSANCE : 09/07/1945

CETTE PAGE CONTIENT DES ELEMENTS PRECOCHES PAR DEFAULT
Vérifiez que les éléments précochés correspondent bien à la réponse approprié**SUIVI POST-HOSPITALISATION****Page 1/1 : suivi après hospitalisation****Mode de suivi programmé**

	Non	Oui
Infirmière à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestataires de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réseau de soins (IDE, diététicienne, physiothérapeute, gériatre, médecin traitant, oncologue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Système PRADO (Programme de Retour A Domicile de l'Assurance maladie en France)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SMS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appels téléphoniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E-Santé, M-Santé (appli mobile)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Participation du patient (ou de son entourage) au choix du mode de suivi Oui Non**Evaluation de la récupération à 30 jours faite** Oui Non**Evaluation de la récupération à 90 jours faite** Oui Non**Consultation médicale non-programmée dans les 90 jours** Oui Non**Réadmission dans les 90 jours** Oui Non

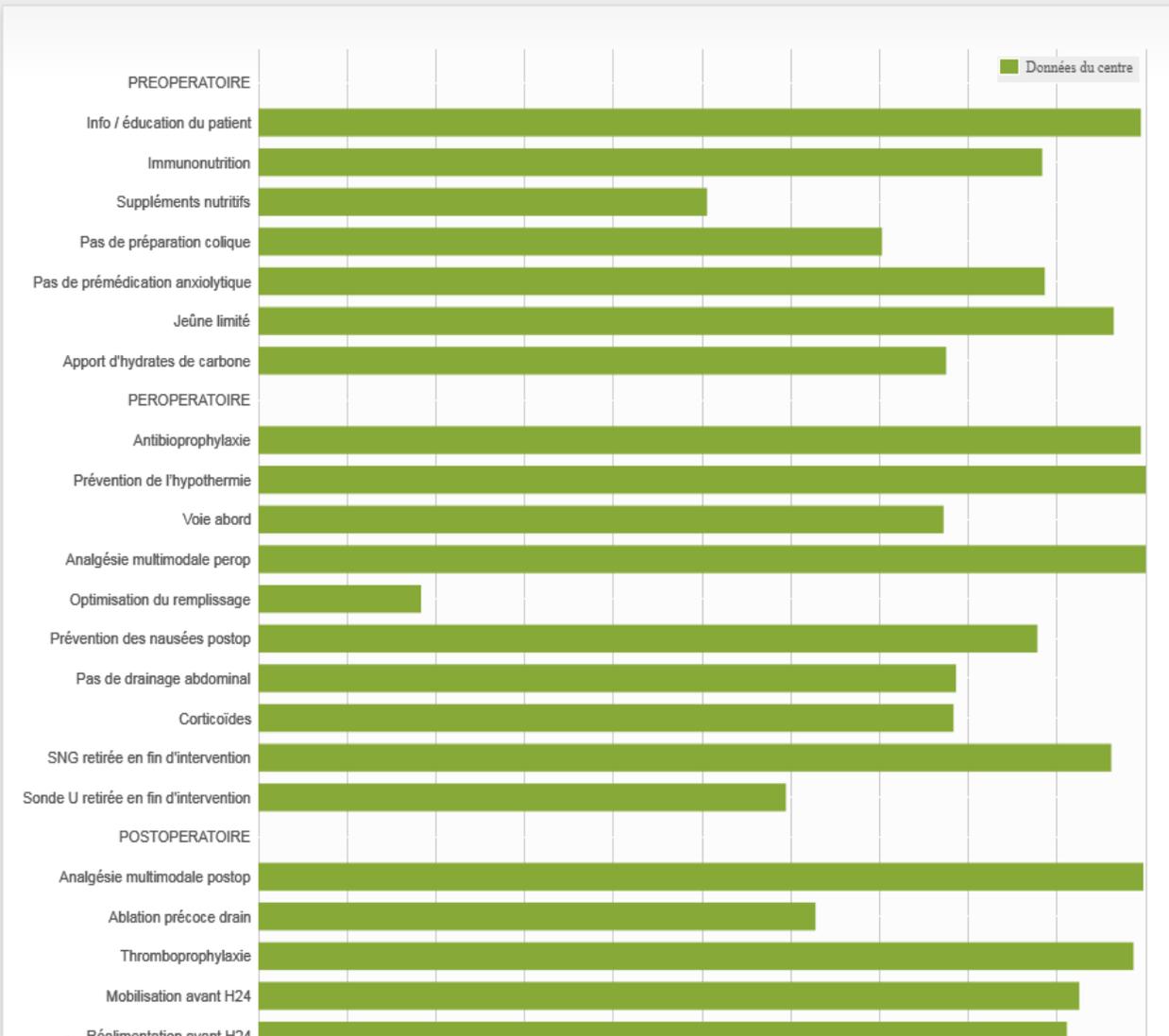
STATISTIQUES

MES STATISTIQUES : médiane = 18.0 recommandations (écart interquartile : 3.0)

ENSEMBLE DES CENTRES GRACE : médiane = 19.0 recommandations (écart interquartile : 3.0)

Application des recommandations

Afficher les stats de l'ensemble des centres



MES STATISTIQUES :

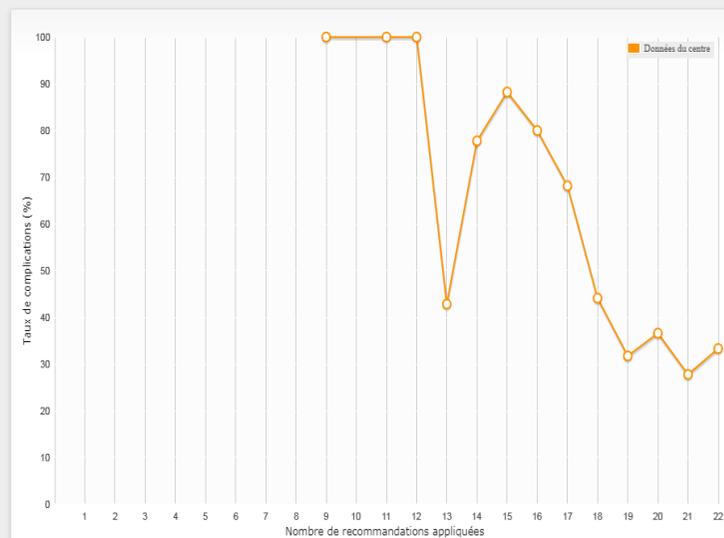
Taux de complications (global) : 49.2 % des patients
 Taux de complications peu sévères (grades I-II) : 35.3 %
 Taux de complications sévères (grades III-V) : 13.9 %

ENSEMBLE DES CENTRES GRACE :

Médiane des taux de complications (global) : 23.6 % des patients
 Médiane des taux de complications peu sévères (grades I-II) : 18.4 %
 Médiane des taux de complications sévères (grades III-V) : 6.5 %

Impact des recommandations sur le taux de complications

Afficher les stats de l'ensemble des centres



Comment faire ?



- Fiche navette dans dossier patient :
 - Propre au service
 - ARS
- Fréquence de remplissage à l'appréciation de chacun: quotidien, hebdomadaire, après sortie du patient...
- Suivi régulier par une personne dédiée (référente ou coordinatrice...)
- Être rigoureux et honnête dans le rendu des données
- S'obliger à s'accorder du temps
- Utiliser le tableau de bord de suivi d'audit ARS
GRACE



Prouver l'intérêt de la pratique RAAC



Convaincre du bien-fondé des actions



Chercher à développer de nouvelles pensées



Permettre d'accepter de faire autrement



Améliorer la communication entre professionnels



Favoriser l'adhésion du patient (données concrètes, expérientiel patient...)



Evaluer la satisfaction du patient

Lancement de la phase 1

Philippe DEVILLERS
Directeur associé, chef de projet

**APSYS Santé, accompagnement des
réorganisations en Santé**

10'

Saisir 10 dossiers dans l'AUDIT de GRACE

A FAIRE AVANT le 15 janvier 2020

- Dans le cadre de l'accompagnement, **il est exigé d'auditer ses pratiques** avec l'outil d'audit de GRACE.
- **Cela n'impose pas d'être membre de l'association GRACE** mais simplement de déclarer le chirurgien comme Investigateur. C'est gratuit.
 - L'investigateur peut déléguer son droit de saisie à une personne chargée de cette tâche (IDE RAAC, ARC, AMA...)
- Pour faciliter le suivi, l'association GRACE a créé un Groupe « ARS Auvergne Rhône-Alpes (vague 3) ». **Il faut cocher cette case lors de votre inscription.**

Se déclarer membre du groupe

Vous êtes un **utilisateur EXISTANT**

- Connectez-vous **GRACE-AUDIT**
- Cliquez sur votre nom en haut à droite du bandeau du site et ouvrez les réglages de votre compte
- Cliquez sur l'option «Groupes»
- Cochez «ARS Auvergne-Rhône-Alpes (vague 3)»

• Vous êtes un **NOUVEL utilisateur**

- Inscrivez-vous en «Nouvel utilisateur» sur la page de connexion de **GRACE-AUDIT**
https://www.grace-audit.fr/accueil/inscription_centre.php
- Remplissez le formulaire d'inscription
- Dans la rubrique **Groupes**, cochez «ARS Auvergne-Rhône-Alpes (vague 3)»

PROJETS EN COLLABORATION AVEC GRACE

Souhaitez-vous participer à un ou plusieurs des projets suivants ?

ARS Auvergne-Rhône-Alpes (vague 3)

ARS Ile-de-France

ARS Occitanie

Comment rassembler les données pour l'audit ?

- Soit à partir du système d'information patient
 - au fur et à mesure des étapes de la prise en charge
 - après la sortie du patient avec un complément si réadmission et en consultation postop
 - Après Js + 90j
- Soit à partir de la fiche navette
 - remplie sur papier au décours de la prise en charge
 - saisie a posteriori

Fiche Navette - HYSTERECTOMIE

Investigateur: _____ Centre: _____ Numéro de rang du patient: _____

Indication opératoire: _____

Cancer: oui non TTT néo adjuvant: non chimio radio radiochimio

étiquette patient
NIPP: _____
sexe: F M
DM: _____

PREOP.

Données préopératoires

Gesté: >99 Parité: >99

Ménopause: oui non

Prise d'anticoagulants: non AVK NACO HBFM Héparine

Prise antiagrégants: oui non

Score ASA: 1 2 3 4

Amalgamement récent: non renseigné oui

GN1: GN2: GN3: GN4:

Poids: _____ kg Taille: _____ cm

Recommandations

Information et éducation du patient: oui non

Immunonutrition préopératoire: oui non

Suppléments nutritifs: oui non

Préparation colique: non oui car systématique levement car résection rectale envisagée

Prémédication anxiolytique: non oui car anxiété oui car systématique

Recommandations

Information et éducation du patient: oui non

Immunonutrition préopératoire: oui non

Suppléments nutritifs: oui non

Préparation colique: non oui car systématique levement car résection rectale envisagée

Prémédication anxiolytique: non oui car anxiété oui car systématique

Recommandations

Pas de jeûne dépassant 6h / solides et 2h / liquides: oui non, raison organisationnelle non, refus patient non, trouble vidange gast.

Hydrates de carbone la veille et 2h avant l'intervention: oui, la veille et 2h avant l'intervention oui, seulement 2h avant l'intervention non, raison organisationnelle non, refus patient non indiqués

PEROP.

Intervention

Date d'intervention initiale: _____

CCAM niv 3 (localisation): _____

CCAM niv 4 (type): _____

Code acte CCAM (geste): _____

Libellé: _____

Données peropératoires

Durée opératoire: non renseigné <90min 90-180min >180min

Incident chirurgical: aucun plaie viscérale plaie vasculaire modification tactique opératoire

Données peropératoires

Incident anesthésique: hypotension (SpO2 < 92%) aucun hypotension < vasoconstricteur

Score d'O2: Grade I Grade II Grade III

Recommandations

Antibioprophylaxie: oui non

Prévention de l'hypothermie: oui non

Voie d'abord: mini invasive (laparoscopie) ouverte trans-vaginale conversion perop

Rempissage adapté avec monitoring: oui non

Prévention nausées vomissements: oui non

Corticoïdes: oui non

Recommandations

Analgésie multimod. épargne morph.: oui non

palier 1: AINS bnfitt. trou trocart palier 2: lidocaïne IV TAP block analgésie péridurale rachis anesthésié cathéter multipert. AL en intra-péritonéal

Drainage: absence de drainage oui, car incident perop oui, car systématique

5 NG retirée en fin de procédure: pas de sonde non, laissée en place oui, en fin d'interv

5 URV retirée en fin de procédure: pas de sonde non, laissée en place oui, en fin d'interv

POSTOP.

Données postopératoires

Nausées vomissements PO: oui non

Réus >72h: oui non

Rétention urinaire (drainage): oui non

arrêt IV mobilisation douleur sortie

J0	<input type="checkbox"/>				
J1	<input type="checkbox"/>	<1h	>1h	/10	<input type="checkbox"/>
J2	<input type="checkbox"/>	<4h	>4h	/10	<input type="checkbox"/>
J3	<input type="checkbox"/>	<6h	>6h	/10	<input type="checkbox"/>
J4+	<input type="checkbox"/>			/10	<input type="checkbox"/>

Recommandations

Analgésie multimodale PO: oui non

palier 1: AINS palier 2: lidocaïne IV cathéter

Ablation drain: ss objet <3 >3

Thromboprophylaxie: oui non

Mobilisation avant H24: oui non

Réalimentation avant H24: oui non

Alimentation bien tolérée: oui non

Complications

Grade de la plus sévère: 0 1 2 3 4 5

Cardio: ischémie trouble rythme insuff. cardiaque

Neuro: AVC ou AIT dyf. cognitive déficit périf.

Pneumo: atelectasie emphysème embolie épanchement pl

UroNéphro: hématurie hématurie hématurie hématurie

Digestif: péritonite fistule fœus colite à clostridium

Paroi: hématome infection site abscès cutané

Général: déshydratation infection site abscès cutané

Général: hémopéritoine thrombose hémiparésie hémiparésie

Action non prévue: réintervention non prog: radio chir

Décès postop: oui non Autre: _____

SORTIE

Date Sortie réelle Patient: _____

Mode de sortie: domicile SSR domicile + prestataire HAD maison convalescence hébergement

Date Critères sortie réunis: _____

Raisons du décalage: refus du patient pas de place dispo Pô matériel ou orga. Non transmission de prescription

Réadmission non programmée (<90): oui non

Date de réadmission: _____

Motif de la réadmission: complication chirurgicale complication médicale Autre: _____

SUIVI

Suivi programmé: IDE libérale prestataire réseaux ville PRADO SMS appl < santé mesuré SMS

Choix du suivi avec le patient: oui non

Evaluation récupération à 30j: PARS ODS/VSQ QUIT 24-H FAQ PASOOL SRS FRI SRS PQRS autre: _____

Evaluation récupération à 90j: PARS ODS/VSQ QUIT 24-H FAQ PASOOL SRS FRI SRS PQRS autre: _____

Evaluation satisfaction patient <90: _____ /10

RECOURS

Consultation non prog <90: oui non

Motif: douleur syndrome inf. job paral angineux autre: _____

Bilan: pas compl. compl.méd. compl.chir.

Réadmission <90: oui non

Motif: douleur syndrome inf. job paral autre: _____

Bilan: compl.méd. reprise chir. chir. is rapport

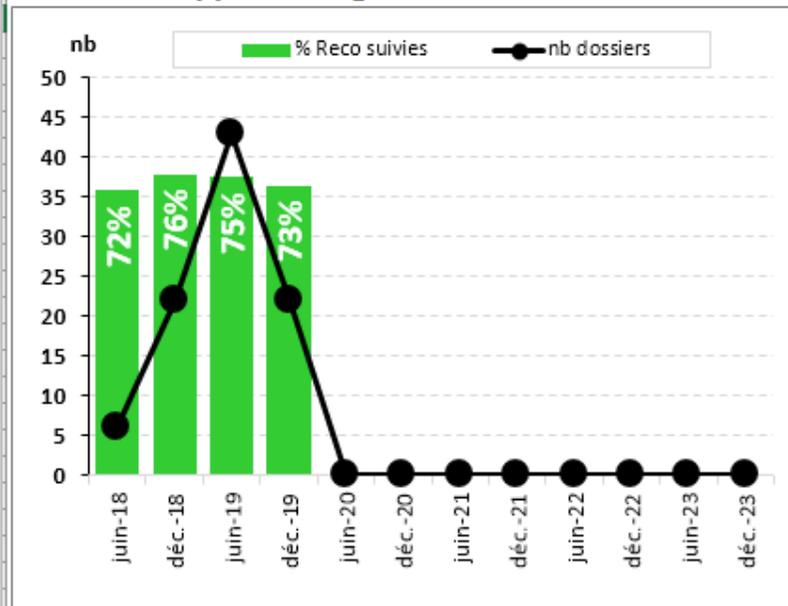
Décès du patient dans les 90 j: oui non

Faut-il faire une saisie exhaustive ?

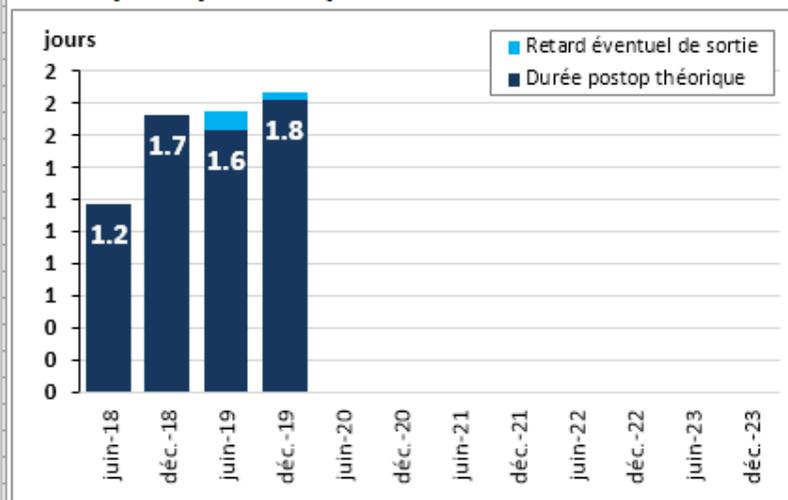
- La saisie exhaustive de tous les patients n'est pas exigée MAIS une saisie SANS BIAIS est nécessaire.
- Suggestion: saisir 10 dossiers par mois
 - Si l'activité est de l'ordre de 10 patients ou moins par mois, saisir tous les dossiers
 - Si l'activité est supérieure, saisir tous les patients d'1 semaine sur 2 ou sur 4
 - **Pas de tri a posteriori des dossiers saisis selon que le patient ait eu des complications ou non**

Utiliser les données dans le tableau de bord d'audit

Activité et application globale des recommandations



Durée postop théorique et retard éventuel de sortie

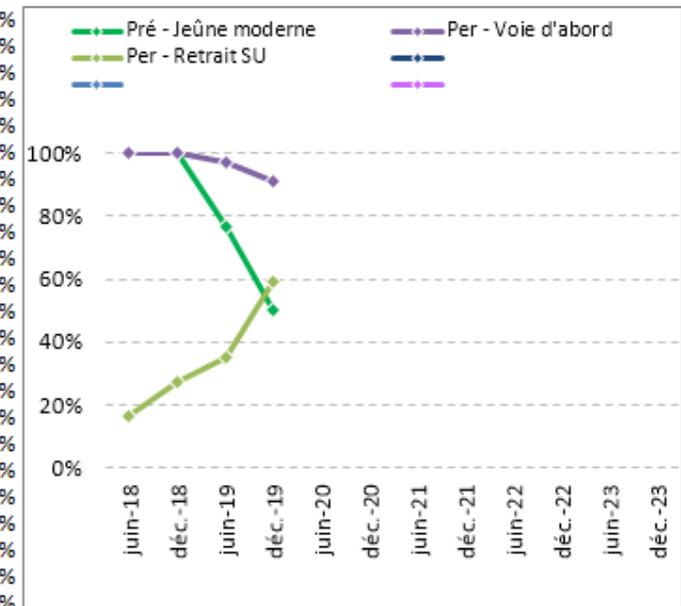


Développement de la RAC pour l'Hystérectomie

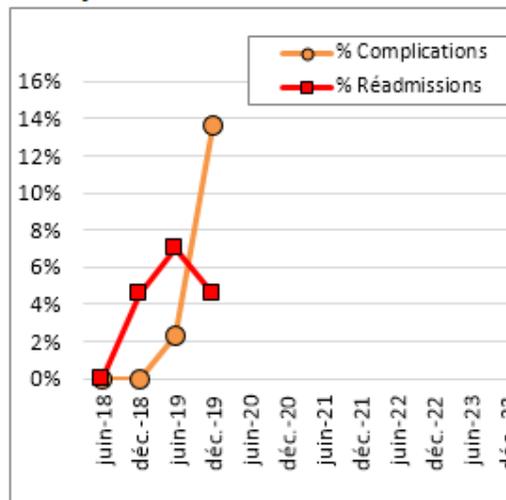
Choisir 6 recos maximum

Recommandation	%
Pré - Information Patient	100%
Pré - Immunonutrition	0%
Pré - Suppl. nutritifs	5%
Pré - O prépa colique	100%
Pré - O prémédication	77%
Pré - Jeûne moderne	50%
Pré - Apport HC	50%
Pré - Correction anémie	0%
Per - Antiobioplx	100%
Per - Prév. hypothermie	100%
Per - Voie d'abord	91%
Per - Multianalgésie	77%
Per - Opt. Remplissage	100%
Per - Prév. NVPO	100%
Per - O drainage	100%
Per - Corticoïdes	68%
Per - Retrait SNG	0%
Per - Retrait SU	59%
Post - Multianalgésie	100%
Post - Abl. précoce drain	100%
Post - Thromboplx	100%
Post - Mobilisation H24	100%
Post - Alimentation H24	100%

Zoom sur des recommandations ciblées



Complications et réadmissions



Motifs complications (dernière période)

- 1 épanchement pleural
- 1 rétention urinaire
- 1 iléus
- 1 désunion paroi
- 1 éventration

Décrire son chemin clinique

A FAIRE AVANT le 20 décembre 2019

- Décrire le chemin clinique ACTUEL du geste cible, sur le support fourni par l'ARS
- Le faire en GROUPE PLURIDISCIPLINAIRE
- L'envoyer avec les supports **AVANT le 20 Décembre** à Philippe



Accompagnement des établissements pour le développement de la Réhabilitation Améliorée après Chirurgie – Vague 3

Lyon, 7 novembre 2019

Cher établissement postulant,

Afin de faire un point avec les référents sur la prise en charge du geste cible RAC de chaque postulant au projet, nous vous proposons de **remplir cette maquette simple de chemin clinique dans Word**.

Attention : il s'agit de décrire le chemin clinique ACTUEL, pas le projet avec la RAC.

Merci d'indiquer le geste courant que vous avez choisi comme cible pour la RAC :

Groupe 1 – Chirurgie du Rachis, a priori HERNIE DISCALE, mais c'est à vous de dire

Groupe 2 – Chirurgie Gynécologique, pas le choix : HYSTECTOMIE complexe

Groupe 3 – Chirurgie Orthopédique, pas le choix : PROTHESE DU GENOU

Groupe 4 – Chirurgie Orthopédique, pas le choix : COIFFE D'ÉPAULE

Groupe 5 – Chirurgie urologique, à vous de dire, CYSTECTOMIE et/ou NEPHRECTOMIE

Groupe 6 – Chirurgie Gynécologique, pas le choix : CESARIENNE programmée

Indiquez ici le geste cible :

Pour **compléter ce support, merci de réunir votre équipe pluridisciplinaire RAC (médecins, soignants) au cours d'1 ou 2 réunions** pour une durée totale d'environ 4 heures (le niveau de détail doit nous permettre de comprendre la prise en charge actuelle).

Il est essentiel de le faire en équipe pluridisciplinaire : chaque membre de l'équipe a ainsi une vision globale et précise de la prise en charge actuelle, au-delà de son rôle propre. C'est une des clés pour la mise en place réussie de la RAAC.

Merci de retourner le fichier avant le 20 décembre 2019 par Email : philippe.devillers@apsis-sante.com et de joindre à votre réponse tous documents utiles, info patient ou protocole interne...

Le résultat permettra à votre référent de cerner les évolutions prioritaires à prévoir au niveau de la prise en charge (pratiques chirurgicale et anesthésique, soins, prescriptions, examens...) et de l'organisation, l'objectif étant d'assurer des interventions de qualité et en sécurité pour les patients.

Je suis à votre disposition pour toute question.

Bien cordialement

Philippe Devillers, Chef de Projet, APSIS Santé
06 87 75 17 14, philippe.devillers@apsis-sante.com

Décrire son chemin clinique

- AVANT l'hospitalisation
- PENDANT l'hospitalisation
- APRES l'hospitalisation

EN AMONT de l'hospitalisation
<i>Détailler le DEROULEMENT DE CHAQUE ETAPE de la prise en charge actuelle. Joindre les SUPPORTS internes au patient utilisés (livrets d'informations, vidéos, consignes...)</i>
Consultation chirurgicale pré opératoire
Consultation pré anesthésique
Autre(s) consultation(s) en amont de l'hospitalisation
Préparation du patient à l'intervention

Auto-évaluer son niveau de RAC au départ

A FAIRE AUJOURD'HUI PENDANT LES GROUPES

- **QuickScan** - Estimer la mise en place des principales recommandations de bonnes pratiques de la RAC

Auto évaluation déclarative pour rapprocher les visions des postulants et référents

- **Indiquer un chiffre entre 0 et 10, selon le niveau de mise en place de la recommandation dans votre établissement pour le geste cible**
- *0 = aucun patient ne bénéficie de cette pratique*
- *10 = tous les patients en bénéficient*

Dans les vague précédentes:

- **les postulants ont des changements majeurs de pratiques à réaliser**
- **les référents ont aussi des marges de progrès** sur certaines étapes

Chir. Hystérectomie - équipe		
A quel niveau de respect des recommandations de la RAC estimez-vous votre établissement ?		0 (aucun) à 10 (tous les patients) Quelles difficultés rencontrez-vous pour déployer cette pratique ?
PREHABILITATION	Préparation physique	
	Sevrage alcool	
	Sevrage tabac	
PREOPERATOIRE	Information spécifique RAC / éducation patient	
	Immunonutrition	
	Suppléments nutritifs	
	Détection et correction anémie	
	Jeûne limité (-2h liquide clair -6h solide)	
	Renfort carbohydrates	
	Pas de préparation colique	
PEROPERATOIRE	Pas de prémédication anxiolytique	
	Antibioprofylaxie	
	Prévention de l'hypothermie	
	Voie d'abord mini invasive	
	Analgésie multimodale perop	
	Optimisation du remplissage	
	Prévention des NVPO	
	Pas de drainage	
	Corticoïdes	
	Ablation de la SNG en fin d'intervention	
Ablation de la sonde urinaire en fin d'intervention		
POSTOPERATOIRE	Analgésie multimodale postop, AINS	
	Thromboprofylaxie	
	Réalimentation orale avant H24	
	Mobilisation avant H24	
	Ablation à J2 ou J3 du drain de redon	

16h30

A la rencontre des groupes

Faire connaissance

Prendre une photo de chaque équipe

Compléter le QuickScan sur papier

Fixer les jours / horaires des réunions

Partie 3

Les 6 groupes d'ES de la vague 3 d'accompagnement

120

novembre 2019 à juin 2021

NEW

G1 Rachis – Hernie Discale
HP Mermoz
Dr Marc SZADKOWSKI

10	RHD	HP Jean Mermoz	69	Lyon 8ème	Privé
11	RHD	CM Massues	69	Lyon 5e	ESPIC
12	RHD	Clinique du Parc	69	Lyon 6e	Privé
13	RHD	CH Annecy Genevois	74	Pringy	Public

G2 Gynécologie – Hystérectomie
CHU St-Etienne
Pr Céline CHAULEUR

20	GYN	CHU St Etienne	42	St Etienne	Public
21	GYN	Hôpital Nord-Ouest	69	Villefranche /Saone	Public
22	GYN	CH Firminy	42	Firminy	Public
23	GYN	CH Vichy	03	Vichy	Public

G3 Orthopédie – PT Genou
CH Bourg-en-Bresse
Dr Hervé ARNOULD

30	PTG	CH Bourg-en-Bresse	01	Bourg en Bresse	Public
31	PTG	CH Oyonnax	01	Oyonnax	Public
32	PTG	CH Bourgoin-Jallieu	38	Bourgoin-Jallieu	Public
33	PTG	CH Roanne	42	Roanne	Public

NEW

G4 Orthopédie – Coiffe Epaule
Médipole de Savoie
Dr Michael BENASSAYAG

40	CEP	Médipole de Savoie	73	Challes les Eaux	Privé
41	CEP	Clinique du Parc	69	Lyon 6e	Privé
42	CEP	GHM Portes du Sud	69	Venissieux	ESPIC
43	CEP	GHM de Grenoble	38	Grenoble	ESPIC

NEW

G5 Urologie – Cystect., Néphrect.
HCL Lyon-Sud-HEH
Pr PAPAREL, Pr COLOMBEL

50	URO	HCL Lyon-Sud - HEH	69	Pierre Benite	Public
51	URO	HP Loire	42	St Etienne	Privé
52	URO	Clinique St Vincent de Paul	38	Bourgoin Jallieu	ESPIC
53	URO	CHU Clermont Ferrand	63	Clermont-Ferrand	Public

NEW

G6 Obstétrique – Césarienne
CHU Clermont-Ferrand
Dr Marie ACCOCEBERRY

60	OBS	CHU Clermont Ferrand	63	Clermont-Ferrand	Public
61	OBS	CHU Grenoble	38	Grenoble	Public
62	OBS	Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc	74	Sallanches	Public
63	OBS	CH Alpes-Leman	74	Contamine /Arve	Public

Rencontre des groupes

- **Faire connaissance**
 - Faire un tour de « table », se présenter rapidement
 - Résumer son expérience RAC en quelques points clés
- **Remplir l'autoévaluation des niveaux ACTUELS de respect des recommandations de la RAC pour le geste cible**
- **Fixer les dates, lieux et horaires des réunions**
 - A minima de la première série de groupes

Chir. Hystérectomie - équipe		
A quel niveau de respect des recommandations de la RAC estimez-vous votre établissement ?		0 (aucun) à 10 (tous les patients)
PREHABILITATION	Préparation physique	Quelles difficultés rencontrez-vous pour déployer cette pratique ?
	Sevrage alcool	
	Sevrage tabac	
PREOPERATOIRE	Information spécifique RAC / éducation patient	
	Immunonutrition	
	Suppléments nutritifs	
	Détection et correction anémie	
	Jeûne limité (-2h liquide clair-ôh solide)	
	Renfort carbohydrates	
PEROPERATOIRE	Pas de préparation colique	
	Pas de prémédication anxiolytique	
	Antibioprophylaxie	
	Prévention de l'hypothermie	
	Voie d'abord mini invasive	
	Analgesie multimodale perop	
	Optimisation du remplissage	
	Prévention des NVPO	
	Pas de drainage	
	Corticoïdes	
POSTOPERATOIRE	Ablation de la SNG en fin d'intervention	
	Ablation de la sonde urinaire en fin d'intervention	
	Analgesie multimodale postop, AINS	
	Thromboprophylaxie	
	Réalimentation orale avant H24	
	Mobilisation avant H24	
	Ablation à J2 ou J3 du drain de redon	

PLANNING de la 1 ^{ère} réunion des groupes de travail					91
	Lundi 20 janvier	Mardi 21 janvier	Mercredi 22 janvier	Jeudi 23 janvier	Vendredi 24 janvier
10h	?	?	?	?	?
13h					
14h	?	?	?	?	?
16h					
17h	?	?	?	?	?
20h					

17h30

Le mot de la fin

*Dr Martine GELAS-BONIFACE –
Médecin référent*

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Conclusion et prochaines étapes

➔ 1^{ère} réunion de groupe fin janvier 2019

Lieux, dates et horaires fixés

➔ Pour cette réunion, il faudra avoir réalisé le diagnostic

- Décrire le chemin clinique pour le geste cible (sur le support fourni) ➔ **A envoyer avant le 20 décembre 2019**
- Rentrer au minimum 10 dossiers patients dans l'Audit de GRACE ➔ **A faire avant le 15 janvier 2020**

Vos contacts pour cette démarche

- ARS

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

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

- APSIS Santé

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



IMPOSSIBLE

POSSIBLE