

La Lettre du Comité Régional Réhabilitation Améliorée après Chirurgie



- agenda**
- 11 oct 2016 – CHU St Etienne, conférence médicale RAC
 - 13-15 oct 2016 – Congrès Chirurgie Oncologique, Marseille
 - 14 oct 2016 – VIDEOCAA, Cité Universitaire, Paris
 - 22-24 nov 2016 – SFAR, Paris
 - 12 janv 2017 – AFCA, Maison de la chimie, Paris

A HP Loire, les patients entrent en chirurgie le jour de leur intervention

Cette démarche s'inscrit dans le projet plus vaste de réduction de la DMS, initié en 2012. L'idée découle naturellement du constat de la baisse de valorisation des séjours. Elle se fonde aussi sur le fait que la population change et qu'une nuit d'hospitalisation de moins représente une contrainte de moins à gérer dans l'agenda personnel du patient. Enfin, réduire l'hospitalisation, c'est réduire l'exposition aux risques du patient.

Si l'idée est simple, sa mise en œuvre en routine a pris quasiment 2 ans. Elle a nécessité une force de conviction considérable car elle implique une modification des organisations de soins et des pratiques médicales.

Auparavant, les IDE faisaient à la fois le pré et le post opératoire. Mais si le patient arrive le matin même, l'IDE ne peut pas le préparer à l'heure pour le bloc. **Nous avons donc spécialisé un poste infirmier pour assurer l'accueil des patients à J0.**

L'hôpital est composé de trois étages de chirurgie conventionnelle de 52 lits, disposés en 4 ailes de 13 lits, en croix.

Des 4 binômes IDE+AS, chargé chacun d'une aile, nous sommes passés à 3 binômes, chargé d'une aile 1/3 tandis qu'une IDE, dite J0, en 7h-19h, assure entrées et blocs du jour

Un travail d'uniformisation des planning et des organisations, avec les partenaires sociaux, a permis de créer un pool d'IDE.

En chirurgie polyvalente (ORL, neuro, urologie, vasculaire), la DMS courte augmente notre taux de rotation. De nombreux patients sont accueillis de 7h à 9h. Lors d'un pic d'activité, l'IDE J0 peut être accompagnée d'une AS.

Toutes les IDE sont formées au J0. Toutefois certaines IDE montrent une prédisposition naturelle à ce poste qui nécessite d'autres compétences.

La participation des chirurgiens et anesthésistes est nécessaire à cette nouvelle prise en charge.

Une collaboration étroite et quotidienne entre les praticiens et l'encadrement assure la pérennité de ce projet.

Nous avons élaboré des critères justifiant l'entrée du patient la veille ou à J0: domicile, âge, isolement, antécédents, avis spécialisé ou préparation spécifique pour l'intervention.

Les premiers patients au programme du bloc sont pris en charge à 6h30 par l'IDE de nuit puis la J0. Cette organisation implique un échelonnement précis des convocations, 2 heures avant le bloc.



Toutes spécialités confondues, 50% des patients se défilent et se douchent au savon doux à domicile. Certains opérateurs prescrivent encore la douche bétadinée à l'hôpital.

Ces changements de pratiques impliquent un investissement quotidien, plus d'efficacité dans nos organisations. Aujourd'hui la satisfaction des patients est au rendez-vous.

Julie Barabino, Cadre Supérieure de Santé, HP Loire (Ramay GDS)

témoignage

Le symposium GRACE 2016 d'avril à Paris a été une source importante d'enrichissement par la confrontation d'expériences nationales et internationales de la RAC.

Des thématiques variées ont été abordés: nutrition péri-opératoire, CRP et prévention du risque de fistule anastomotique, personnes âgées, intérêt d'une IDE référente...

Les échanges ont montré l'importance de la multidisciplinarité dans cette prise en charge avec une information et un suivi du patient fondamentaux pour obtenir une bonne compliance et assurer ainsi le succès de la réhabilitation.

La coordination de toutes les actions par une personne référente est essentielle et a été maintes fois soulignée. Elle permet une bonne application par tous, et à tous les niveaux, de cette prise en charge afin d'en retirer tous les bénéfices.

Ceux-ci, tant sur le plan de la réduction des complications post-opératoires que sur la diminution des DMS, sont sans appel, quelle que soit la population ciblée.

La pré-réhabilitation, c'est-à-dire une préparation physique, nutritionnelle et psychologique, favoriserait même une meilleure adaptation au stress chirurgical et limiterait ainsi les morbidités per et post opératoires. S'ensuit aussi une meilleure adhésion du patient à la RAAC.

Au final, cette journée m'a confortée sur le bien-fondé de la RAAC que nous avons mis en place dans notre service depuis 2012 et nous donne raison de continuer à avancer dans ce domaine.

Isabelle Lafortune, IDE Coord RAAC, CHU Lyon-Sud, Chir Digestive & Endocr.



Au dernier congrès de la SOFFCO-MM, la réhabilitation améliorée a été à plusieurs fois évoquée. Tous les chirurgiens bariatriques s'y intéressent sous la pression des tutelles. Pr Karem Slim a exposé les premiers résultats, qui sont encourageants.

Une question importante a été soulevée – le médico légal – puisque les complications arrivent maintenant au domicile du patient. Il faut donc être vigilant et **bien expliquer au patient ce qu'il doit faire en cas d'imprévu ou d'inquiétude post opératoire** (consignes par écrit...) pour éviter tout retard de prise en charge.

Merci au Dr Pierre Blanc, reporter du jour, chirurgien bariatrique, Clinique Mutualiste de St-Etienne

reportage

édito

Jusqu'à mars 2017 pour mettre en place la RAC

Avec la rédaction des plans d'actions et la signature en cours des conventions de financement, notre projet franchit une étape importante.

Maintenant et jusqu'à la fin du projet en mars 2017, les équipes vont se focaliser sur la mise en œuvre des actions prévues, sur la prise en charge des patients en RAC et sur l'audit de leurs pratiques.

Bon courage à tous, RDV à la rentrée.

Edwige Olmédo, Chargée de Projet RAC, ARS Auvergne-Rhône Alpes

L'Infirmierie Protestante accueille le matin les patients opérés l'après-midi

Nos premières tentatives d'entrée le jour de l'intervention datent de 2012. L'hospitalisation complète était saturée, nous avions des difficultés à rentrer les patients, faute de lits.

Accueillir le patient le jour J permet d'optimiser la rotation car il occupe un lit libéré par une sortie du matin. En outre, cela répond aux critiques des patients qui ne comprennent pas la nécessité d'entrer à 15h la veille pour être opérés à 15h le lendemain.

Une telle décision n'est pas anodine et ne fonctionne qu'avec une bonne collaboration médico-soignante. Auparavant, le patient était hospitalisé et le soignant s'occupait de tout. Maintenant, c'est différent. Lors de la consultation, le praticien donne toutes les consignes de préparation: réaliser les analyses biologiques en ville, prendre la douche à la maison...

Entrée du patient le jour de l'intervention, quelques établissements témoins

L'entrée à J0, ce n'est pas de la RAC, mais, la problématique s'impose naturellement à ceux qui en font.

La chirurgie ambulatoire l'a montré: on peut accueillir confortablement les patients le matin même de leur chirurgie, moyennant des consignes claires, un appel la veille, une programmation fiable au bloc et un échelonnement des convocations.

En RAC, la préparation du patient est allégée, peut-on imaginer une organisation similaire à l'ambulatoire ?

Pour être efficace, l'entrée à J0 nécessite une organisation bien précise de la prise en charge.

Divers sites partagent leurs projets.

- Infirmierie Protestante
- CHU Lyon Sud
- Centre Léon Bérard
- Clinique Saint-Charles
- HP Loire

Philippe Devillers, APSIS Santé, Chef Projet Accompagnement de la RAC

Le patient est acteur de sa prise en charge et on retrouve en cela toute la dynamique RAAC.

Un consensus s'est mis en place pour alléger les bilans systématiques de manière à limiter les examens et actes à l'entrée du patient (par exemple, la prise de sang en amont pour contrôle des anticorps irréguliers parfois inutiles dans certaines chirurgies).

La dépilation préopératoire fait encore débat chez nous. Les chirurgiens préfèrent qu'elle soit faite par les aides-soignants le matin de l'intervention car les patients ne sont pas forcément équipés de matériel sécurisé et ne se défilent pas bien.

Dans le service de soins, il y a une réorganisation à faire. Entre 9 et 11h, les soignants s'occupent des patients en post op: nursing, pansements... L'accueil de patients à préparer pour

le bloc deux heures après entraîne un changement du cadencement des tâches. Plus les consignes des praticiens sont claires, mieux les choses se passent.

Une autre réflexion est en cours pour accueillir avant 8h dans le service les patients programmés au bloc dans la matinée. Cette idée présente un gain de charge de travail pour les soignants de nuit mais ne permet pas d'optimiser la rotation puisque le lit devra être réservé la veille (les sorties sont réalisées vers 10h du matin).

Une vraie avancée serait de transformer plusieurs chambres en salon d'accueil avec des soignants dédiés à l'accueil des patients entrants du matin. Le patient ne disposerait de sa chambre qu'en sortie de bloc.

Florence Delaire, Dir. Soins, Infirmierie Protestante

pour en savoir plus

- **Chef de Projet:** ARS ARA
Dr Pierre MENARD – 04 27 86 57 18
pierre.menard@ars.sante.com
- **Accompagnement:** APSIS Santé
Philippe DEVILLERS – 06 87 75 17 14
philippe.devillers@apsis-sante.com

- **Comité Régional RAC:**
Pr Karem SLIM – CHU Clermont-Ferrand
Pr Eddy COTTE – CHU Lyon
Pr Sébastien LUSTIG – CHU Lyon
Dr Jean-Pierre BONGIOVANNI – GH St-Joseph St-Luc
Dr Franck MAISONNETTE – HP Loire St Etienne

La Lettre du CRRAC est une publication du projet RAC coordonnée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et APSIS Santé.



Le projet d'accueil des patients à JO au Centre Léon Bérard

Notre projet d'accueil des patients à JO s'inscrit dans une dynamique autour du parcours patient au bloc opératoire, dans la suite du "patient debout au bloc", et, à très court terme, du "patient retour assis", du bloc vers le service de soins.

Arriver la veille de son intervention chirurgicale n'a aucun intérêt pour le patient, l'essentiel des soins pré opératoires peuvent se faire en amont de l'hospitalisation. Accueillir le patient le jour de son intervention permet de limiter le stress pré opératoire, de réduire le risque infectieux en diminuant les journées d'hospitalisation et représente un gain en terme de qualité de vie.

Cette organisation permet aux soignants de se consacrer plus spécifiquement à la prise en charge post opératoire. Elle permet de réduire les durées de séjour et d'optimiser les capacités d'accueil en hospitalisation conventionnelle.

C'est une démarche ambitieuse et innovante: un seul site d'accueil pour tous les patients, reconfiguration des locaux et introduction de pratiques pour diminuer le stress.

L'attente pré opératoire est anxiogène. Notre objectif est de pouvoir limiter ce stress inutile et délétère en mettant en place dans la salle d'attente pré-interventionnelle des matériels qui vont avoir un effet apaisant sur le patient et favoriser la détente physique et/ou psychique: colonnes à bulles, fibres optiques, ciel étoilé, musicothérapie, aromathérapie, casque de réalité virtuelle.

Durant ce temps d'attente, nous souhaitons faire bénéficier aux patients de pratiques innovantes telles que l'hypno-analgésie et le massage relaxant, qui concourent également au bien-être et à l'apaisement des tensions et angoisses liées au stress pré opératoire.

Afin d'évaluer l'impact de cette prise en charge, un questionnaire mesurera le niveau de stress des patients à l'arrivée dans le service, puis juste avant le départ au bloc opératoire.

*Dr Hervé Roy, Anesthésiste,
Mme Christine Laurent, Cadre de
Santé Chirurgie, Centre Léon Bérard*

Au CHU Lyon Sud, l'unité d'accueil JO remporte un vrai succès

Seules la mobilité réduite ou l'incompréhension peuvent désormais justifier de faire entrer un patient la veille. Tous les autres, diabétiques ou sous AVK, sont éligibles à l'accueil JO, le cas échéant avec un bilan en ville.

Après un test de 6 mois dans un bout d'aile de chirurgie modifié pour accueillir les patients entrants à JO, le CHU Lyon Sud va bientôt réceptionner un nouvel espace conçu spécifiquement pour cette unité, sacrifiant une dizaine de lits d'hospitalisation.

La prise en charge ressemble fort à celle de la chirurgie ambulatoire : préadmission, vérification du dossier, appel de la veille avec convocation, check liste des consignes, vérification de l'application de la prescription de l'anesthésiste relative au traitement médicamenteux...

Le CHU a néanmoins décidé de ne pas mutualiser les deux accueils pour éviter le risque de dépersonnalisation dû à la réunion de deux gros flux.

Certaines étapes sont toutefois particulières à l'accueil JO : la prise de 400 ml de jus sucré sans pulpe la veille et du Nutritia® le matin de l'intervention (sauf pour le premier patient qui reprend un jus de fruits avant de quitter son domicile), un entretien soignant détaillé à l'entrée sur les traitements et les antécédents, la gestion de la bagagerie et des lits d'aval, bien spécifique...

Initié avec la chirurgie colorectale, cette prise en charge est désormais ouverte à toutes les spécialités de Lyon Sud. Les patients pour une chirurgie du rectum entrent encore la veille à cause de la préparation colique 4h avant le bloc, qui sinon les gênerait pendant le transport. Mais en endocrinologie ou en chirurgie maxillo-faciale, la plupart des patients arrive le matin même.

Le pic du flux, 15 entrées entre 6h30 et 7h30, est assuré par 2 IDE. Les 25 entrées par jour s'étalent jusqu'à 13h. A leur arrivée, les patients s'entretiennent avec l'IDE, puis attendent leur tour. C'est l'avancement du bloc opératoire qui provoque petit à petit leurs prises en charge dans l'unité.

Une AS emmène le patient dans l'un des deux boxes de soins. Elle lui remet une tenue couvrante (chemise, pantalon, charlotte, sur-chaussures) et une valisette dans laquelle déposer ses vêtements. Il se change dans le cabinet de toilette puis est installé sur un brancard. L'IDE lui pose une voie et l'AS vérifie la préparation cutanée.

« Dans le box de soins, je crée une ambiance tamisée propice à la relaxation du patient. Grâce à la sophrologie et à la thérapie conversationnelle et à des techniques de manipulation, le patient profite si possible de 20 min tranquilles pour évacuer son anxiété par rapport à l'intervention. » déclare Patricia, AS sophrologue.

Une fois prêts, les patients attendent dans une salle commune mixte. A leur départ au bloc, ils confient leurs derniers objets – dentier, appareil auditif, portable, tablette – à l'AS qui sécurise devant eux leur valisette nominative. Ils sont accompagnés au bloc par un brancardier, en chaise ou à pied la plupart du temps.

A 9h30, l'IDE appelle chaque unité conventionnelle et place les patients selon leur pathologie. Finalement, le plus difficile est la tâche de l'AS d'après-midi qui distribue dans tous les services les bagages et valisettes, afin que les patients trouvent leurs biens dans leur chambre à leur retour de SSPI.

Muriel, IDE expérimentée, conclut: *« Dans les services, on court partout et on est sans arrêt dérangées. Ici, les gens sont plus détendus. Les patients sont plus rassurés car on est posé avec eux. Nos enquêtes de satisfaction des premiers mois ont montré des patients contents. Notre seule crainte était de*

ne pas savoir comment va le patient après l'intervention. Mais en fait, nous avons ces nouvelles grâce à l'AS qui refait un tour en fin de journée pour rechercher les valisettes vides. »

*Mme Anne-Marie Poirault, Cadre de
Santé Unité d'Accueil, CHU Lyon-Sud*



Accueil direct au bloc à la Clinique St-Charles

La Clinique Saint-Charles de Lyon est spécialisée en chirurgie programmée orthopédique (15 praticiens), maxillo-faciale (5) et ophtalmologique (13).

Dans notre projet stratégique et médical, nous avons cherché à mettre en adéquation les organisations et la structure de l'établissement pour satisfaire nos objectifs très élevés de croissance de l'activité ambulatoire (+40%) et de diminution des durées de séjour. Ces objectifs se justifient par un recrutement important en chirurgie du pied qui est passé de 30% à 80% d'ambulatoire en quelques semaines, et par la mise en place d'une culture RAC sur la chirurgie prothétique, qui est passée de 7 jours à 2 jours en moyenne, dont 15% en ambulatoire.

La RAC permettant une optimisation de la prise en charge du patient, il était naturel de se pencher sur le séjour pré opératoire. Quand on regarde de près la prestation fournie au patient avant l'intervention, on trouve un temps de préparation 15 à 30 minutes, essentiellement infirmier, qui ne justifie pas une journée d'hospitalisation supplémentaire.

Economiser cette journée représente une réduction de 20% de la DMS chirurgicale globale de 5 jours. Organiser l'entrée à JO des patients est donc important comme levier d'optimisation financière.

C'est aussi bien mieux pour le patient, en lui évitant l'attente angoissante de l'hospitalisé avant toute intervention.

En réfléchissant librement, et avec l'expérience de la marche en avant, on se rend rapidement compte que l'accueil des patients direct au bloc est la meilleure organisation possible pour le personnel.

Nous avons créé une zone d'accueil accolée au bloc opératoire pour tous les patients accueillis le jour de leur intervention.

C'est un tronc commun à l'organisation des soins en chirurgie, de l'accueil jusqu'à la réalisation du geste interventionnel.

A la sortie du bloc (de la SSPI), le patient peut prendre 3 circuits : ambu court (et soins externes) directement dans une salle de collation, ambu long dans une chambre avec brancard puis salon de sortie, hospit complète dans une chambre avec lit.

Pour aménager cette zone d'accueil, nous avons essayé de traduire en espace le principe de démedicalisation sous-jacent à la RAC: un travail sur les matériaux, façon parquet pour le sol, le choix de couleurs chaudes, brun / beige / blanc cassé, les mobiliers utilisés (fauteuil design, casier à vêtements mobile...), un Ipad musique ou jeux à la disposition de chacun, l'éclairage indirect chaleureux... le tout donnant une ambiance plus proche de celle d'un SPA que d'un bloc opératoire.

On est dans un bloc et on n'a pas l'impression d'y être.

La tenue a été également très pensée, avec la fourniture d'un peignoir pour le confort et l'intimité du patient et la prévention active de l'hypothermie, au cœur du protocole RAC.

*M Fabrice Hardouin, Dir. Général,
Clinique Saint-Charles, Lyon*



L'essor récent des technologies portables permet à la réalité virtuelle de se développer et d'être accessible au grand public.

La réalité virtuelle distrait le patient en le plongeant dans un environnement 3D calmant très immersif (sonore et visuel). Le patient utilise un "masque" qui lui permet de regarder tout autour de lui et de se percevoir dans un autre environnement que l'environnement réel.

Le patient est guidé par une bande audio et bénéficie de techniques éprouvées de relaxation. Ces casques peuvent également servir d'outil d'éducation thérapeutique.

Les tests avec du matériel de prêt effectués au Centre Léon Bérard ont montré une réduction de l'anxiété de 5 points en moyenne sur une échelle numérique de 0 à 10.

Ce dispositif est simple, efficace, peu onéreux, évolutif et adaptable.

