



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



GUIDE RÉGIONAL | Offre de soins | août 2023

La réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC)

Guide de retour
d'expérience suite
à l'accompagnement
d'établissements de santé
mettant en place
la RAC en région

SOMMAIRE

04 Préambule

07 Qu'est-ce que la réhabilitation améliorée en chirurgie ?

07 La RAC : trois dimensions essentielles

07 Un rapport d'orientation sur la thématique

09 Les conditions de succès

09 Une équipe de pilotes pluridisciplinaire et engagée

09 Organiser une large participation des professionnels

09 Accepter de requestionner les pratiques traditionnelles

10 Mettre en place un plan d'actions simple et communicant

11 Prévoir une bonne communication projet

12 S'autoriser une réflexion à 360°

12 Les spécialités concernées

12 Bien choisir sa première implémentation

14 Le suivi de la démarche à deux niveaux

14 Suivi micro : auditer ses pratiques au quotidien

20 Suivi macro : donner de la visibilité aux résultats atteints

26 Exemples de bonnes idées des équipes de la région

26 Avant la chirurgie : phase préopératoire

39 Pendant la chirurgie : phase peropératoire

40 Après la chirurgie : phase postopératoire

43 Périopératoire : un parcours complet

44 Conclusion

Préambule

Convaincue du bénéfice pour le patient, l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes s'est engagée depuis l'automne 2015 dans une démarche de développement de la Réhabilitation améliorée en chirurgie (RAC). Ces nouvelles pratiques constituent des modalités intéressantes d'amélioration de la qualité de prise en charge mais aussi un gain d'efficacité non négligeable.

L'augmentation du nombre d'établissements engagés dans la démarche serait donc souhaitable et ce guide peut contribuer à faciliter la transition vers la RAC. Celle-ci permet, comme l'ont prouvé plusieurs méta-analyses et comme l'a confirmé le rapport d'orientation de la Haute autorité de santé de juin 2016¹ : une prise en charge globale du patient en péri opératoire visant au rétablissement rapide de ses capacités physiques et psychiques, la réduction significative de la mortalité et de la morbidité, et un retour à domicile plus précoce des patients, dans des conditions plus favorables.

Six ans après le lancement de cette démarche, deux éléments particulièrement importants apparaissent dans le bilan. Le premier élément est la promotion de la RAC elle-même : rendant le patient acteur de sa prise en charge, c'est un élément essentiel du virage ambulatoire. Informer et aider le patient à se préparer à l'intervention, limiter l'agression chirurgicale, mobiliser toute l'équipe soignante dans un projet de réhabilitation précoce, permettent une récupération beaucoup plus rapide, un séjour hospitalier plus bref et réduisant d'autant les risques nosocomiaux. Le second élément est la méthode d'apprentissage

utilisée dans cette démarche – les plus expérimentés partageant leur expérience avec des postulants – un vrai modèle "gagnant-gagnant" pour les équipes hospitalières : ce compagnonnage permet l'implémentation dans de nouveaux services et conforte dans le même temps cette démarche exigeante dans les services référents.

Le dispositif qui a été proposé est sous forme de « compagnonnage » par spécialité. Les services dits « postulants » volontaires qui souhaitent s'engager dans le développement de la RAC sont accompagnés par des services dits « référents » ayant une pratique avancée de la RAC. Sur la base du volontariat et sous condition de mobilisation effective d'une équipe pluridisciplinaire (chirurgien, anesthésiste, cadre de santé, cadre administratif), ces démarches sont ouvertes à l'ensemble des établissements publics et privés de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) de la région.

La **première vague** d'accompagnement s'est déroulée de décembre 2015 à mars 2017. Suite à un appel à candidature, **38 établissements ont été retenus** dont 26 équipes postulantes et 12 équipes référentes. **Dans 3 spécialités :**

- **Orthopédie** (PTG et PTH) : 12 établissements répartis en 4 groupes de 2 à 4 établissements.
- **Chirurgie colorectale** : 24 établissements répartis en 7 groupes de 3 à 4 établissements.
- **Chirurgie de l'obésité** : 2 établissements.

¹ Haute autorité de santé, *Rapport d'orientation – Programmes de récupération améliorée après chirurgie*, juin 2016

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac

Suite à ce constat positif, l'Agence a souhaité poursuivre ces travaux sur le développement de la RAC et proposer un accompagnement à d'autres services volontaires sur le même modèle : fondée à la fois sur l'exemplarité de centres référents (déjà reconnus comme réalisant la RAC dans de bonnes conditions et prêts à partager leur expérience), et sur l'aide et le soutien, pour la conduite de projet, d'un consultant externe.

C'est dans ce cadre que la **deuxième et troisième vague ont été lancées en juillet 2018 pour la première et en novembre 2019 pour la dernière**, de nouveau suite à des appels à candidature. **21 équipes** ont été sélectionnées **pour la vague 2** (2018-2019) dont 15 équipes postulantes et 6 équipes référentes, dans 4 spécialités chirurgicales :

- **Orthopédie** (PTG et PTH) : 8 équipes, 2 groupes de 4.
- **Digestif** (colorectal) : 6 équipes, 2 groupes de 3.
- **Gynécologie** (hystérectomie) : 3 équipes, 1 groupe.
- **Thoracique** (lobectomie) : 4 équipes, 1 groupe.

Et pour la **vague 3 (2019-2021)**, **24 équipes** ont été choisies dont 18 équipes postulantes et 6 équipes référentes, dans 3 spécialités chirurgicales :

- **Orthopédie** (PTG, rachis et épaule) : 12 équipes, 3 groupes.
- **Gynécologie** (hystérectomie et césarienne) : 8 équipes, 2 groupes.
- **Urologie** (cystectomie, néphrectomie) : 4 équipes, 1 groupe.

ÉTABLISSEMENTS ACCOMPAGNÉS VAGUE 1, 2 et 3

Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) en Auvergne-Rhône-Alpes Etablissements accompagnés lors des vagues 1 à 3

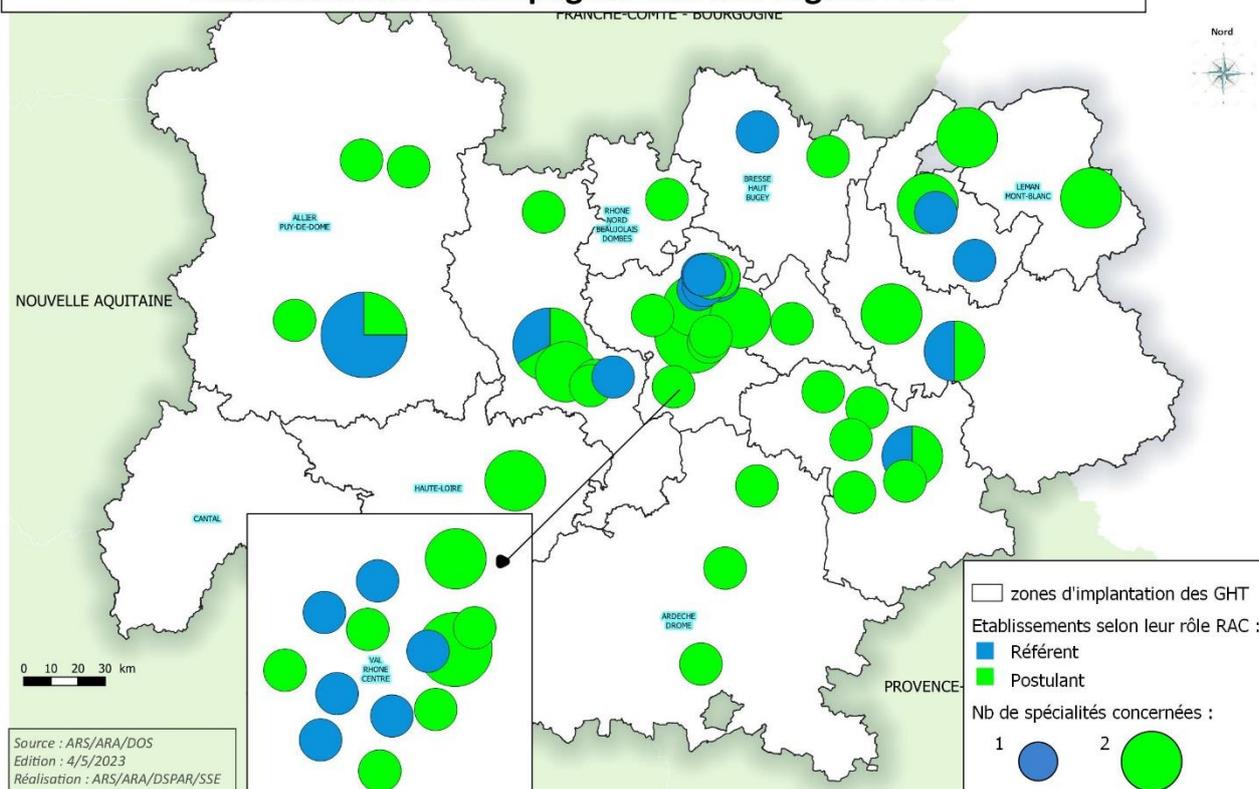


Tableau - Liste des établissements accompagnés, vagues 1, 2 et 3

Dpt	Ets	statut	colo	ortho	bariat	thor	gyn	uro	obsté
01	CH Belley	public							
01	CH Ht Bugey	public							
01	CH Fleyriat	public		R					
03	Cl. LaPergola	privé							
03	CH Vichy	public							
26	CH Valence	public							
26	HDN-Romans	public							
26	CHPP-Montellimar	public							
26	Cl. LaParisiere	privé							
38	CHPO38	public							
38	CHU38-Nord	public	R						
38	CH Vienne	public							
38	CH Voiron	public							
38	GHM38	Espic							
38	Cl. Chartreuse	privé							
38	Cl. DesCedres	privé							
38	Cl. Belledonne	privé							
38	Clinique St-Vincent de Paul	privé							
38	GHM Grenoble	Espic							
42	Cl. MUT42	Espic			R				
42	HP-Loire	privé							
42	CHGier-StChamond	public							
42	CHU42-Nord	public					R		
42	Hôpital Le Corbusier	public							
42	CH Roanne	public							
43	CHER Le Puy	public							
63	CLCC-JP63	Espic							
63	CHU63-Estaing	public	R				R		R

Dpt	Ets	statut	colo	ortho	bariat	thor	gyn	uro	obsté
69	HNO-Villefranche	public							
69	CLCC-CLB69	Espic							
69	SSA Desgenettes	public							
69	Cl. StCharles-Ly	privé		R					
69	Cl. GrandLarge	privé							
69	Polycli-Lyon-Nord	privé							
69	Cl. Trenal	privé							
69	HCL-LyonSud	public	R						R
69	HCL-HEH	public							R
69	HCL-CroixRousse	public							
69	HCL-LPradel	public				R			
69	Infirmierie Prot.	privé	R						
69	CH StJo-StLuc	Espic	R						
69	CM des Massues	Espic							
69	Clinique du Parc	privé							
69	Hôpital Jean Mermoz	privé		R					
69	GHM Portes du Sud	Espic							
73	CHMS-NH	public							
73	CH SJMaurienne	public							
73	CH BSMaurice	public							
73	HP-MedipoleSavoie	privé		R					
74	CHANGE-Annecy	public							
74	HDL74	public							
74	Cl. Argonay	privé	R						
74	Cl. Generale-74	privé		R					
74	CHAL74	public							
74	HPMB-Sallanches	public							

R = Référent

Qu'est-ce que la réhabilitation améliorée en chirurgie ?

Elle est ainsi définie dans les années 1990 par l'équipe danoise du Professeur 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 a aussi pour conséquence *in fine* de voir réduire les durées d'hospitalisations. 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 RAC : TROIS DIMENSIONS ESSENTIELLES

- **Des changements de pratiques** médicales et soignantes, en chirurgie et en anesthésie.
- **Le patient est au cœur du processus de soins.** On lui reconnaît un rôle central dans le processus de sa guérison : la RAC promeut un chemin clinique adapté à chaque patient. Informer et impliquer le patient tout au long de sa prise en charge est essentiel, et l'autonomie active du patient est favorisée pour un retour à domicile dans les meilleures conditions.
- **Une collaboration nouvelle entre les différents professionnels de l'hôpital :** chirurgien, anesthésiste, soignants mais aussi cadre de santé et représentant de la direction, tous ensemble impliqués dans une démarche commune. Mieux qu'un binôme, un quadrinôme est créé au sein de chaque établissement.

UN RAPPORT D'ORIENTATION SUR LA THÉMATIQUE

La Haute autorité de santé a élaboré un rapport d'orientation sur cette thématique en présentant les points clés d'un programme de Réhabilitation améliorée en

chirurgie². Un tel programme s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un **chemin clinique pour l'ensemble des trois phases : avant, pendant et après la chirurgie.** Si un programme RAC peut intégrer jusqu'à une vingtaine de paramètres sur les périodes pré, per et post opératoires, les points clés sont les suivants :

- **Informez le patient et le formez à la démarche**
Optimiser le pré opératoire : action sur l'alcool, le tabac, l'activité physique...
- **Anticiper l'organisation des soins et la sortie du patient**
- **Réduire les conséquences du stress chirurgical**
Pratique du jeûne moderne, apport de carbohydrates, absence de prémédication, chirurgie mini-invasive, protocole anesthésique optimisé, préparation colique non systématique, remplissage vasculaire, prévention de l'hypothermie per opératoire.
- **Contrôler la douleur dans toutes les situations**
Ablation des sondes en sortie de bloc, suppression des drainages.
- **Favoriser et stimuler l'autonomie des patients**

² Haute autorité de santé, *Rapport d'orientation – Programmes de récupération améliorée après chirurgie*, juin 2016

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac

Prévention des nausées et vomissements post opératoires, de l'iléus paralytique, mobilisation précoce.

Un programme de RAC devrait conduire à une meilleure satisfaction du patient, des complications post-opératoires réduites ou

équivalentes à la prise en charge conventionnelle, et une durée de séjour hospitalier plus courte : un potentiel de réduction de près de 2 jours de la durée moyenne de séjour globale selon la HAS.

Les conditions du succès

La mise en place d'un programme RAC doit être une volonté médicale soutenue par la direction de l'établissement dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

UNE ÉQUIPE DE PILOTES PLURIDISCIPLINAIRE ET ENGAGÉE

Cette mise en place nécessite une équipe pluri professionnelle et réactive définie en amont composée de 4 personnes en charge de l'implémentation, l'évaluation et la diffusion de la RAC : chirurgien, anesthésiste réanimateur, cadre de santé et représentant de la direction.

Ses sujets de travail sont nombreux :

- définir en équipe des protocoles et un chemin clinique qui seront validés collégialement ;
- assurer une bonne coordination des différentes étapes de la prise en charge ;
- réussir à informer et motiver le patient (préparation, observance des recommandations diminution du stress, gestion de la douleur, stimulation de l'autonomie, respect des consignes...);
- anticiper et organiser le retour du patient à domicile (situation de vie) ;
- développer les liens avec les réseaux de ville, en amont et en aval.

Il ne s'agit plus d'une succession d'actes isolés mais de processus interdépendants.

ORGANISER UNE LARGE PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS

La RAC impacte toutes les étapes de la prise en charge du patient, depuis la consultation en amont et l'orientation chirurgicale jusqu'à la consultation postopératoire et l'évaluation globale.

Construite autour d'un noyau de soignants du service de chirurgie et du bloc, l'équipe s'élargit, selon les besoins (sujets, étapes), à

de nombreux autres acteurs : secrétaire médical, Infirmier diplômé d'État (IDE) de consultation, de parcours, de coordination, admission, kinésithérapeute, enseignant en activité physique adaptée, gériatre, médecin de réadaptation fonctionnelle, psychologue, assistant social, ingénieur de flux, bed manager...

ACCEPTER DE RE-QUESTIONNER LES PRATIQUES TRADITIONNELLES

Les prémices de la RAC ont été construites sur un questionnement systématique des pratiques à chaque étape de la prise en charge.

Les divers constats au cœur de la RAC en sont issus :

- la simplicité est souvent la meilleure solution ;
- un patient bien préparé se rétablit mieux ;
- une chirurgie moins traumatisante évite des suites complexes ;
- une gestion de la douleur sans morphinique facilite le rétablissement ;
- un patient moins équipé se mobilise rapidement ;
- un patient correctement alimenté se réhabilite mieux.

Cette attitude de critique des pratiques actuelles et d'ouverture à la modification / l'expérimentation de nouvelles façons de faire est au centre de la définition du chemin clinique.

La feuille de route à suivre pour mettre en place la RAC peut être établie en suivant une démarche simple et de bon sens, avec le groupe pluridisciplinaire élargi :

- décrire le chemin clinique actuel du patient pour le geste cible en intégrant toutes les étapes du mode d'adressage du patient jusqu'à sa complète réhabilitation, et tous les intervenants, internes et externes ;
- s'informer des concepts généraux de la RAC ;
- découvrir ou adapter les recommandations pour le geste cible ;
- décliner ces recommandations pour formaliser le chemin clinique cible.

METTRE EN PLACE UN PLAN D' ACTIONS SIMPLE ET COMMUNICANT

Par différence entre la cible et l'existant, la liste des adaptations à mettre en œuvre à chaque étape est facile à établir. Il suffit ensuite de les regrouper en thématiques pour obtenir un plan d'actions.

Diverses modalités de regroupement par thématique sont possibles. Un découpage pré / per / post opératoire ou un regroupement par concept fondamental de la RAC (rendre le patient acteur, mobiliser le patient, gérer la douleur...) sont, par exemple, souvent retenus. Le regroupement par compétence des professionnels peut aussi être pertinent. La démarche perd un peu en pluridisciplinarité et transversalité, mais y gagne beaucoup en économie du temps des professionnels qui sont ainsi mobilisés sur des travaux plus focalisés où ils apportent beaucoup de valeur ajoutée. On peut également ainsi envisager de mobiliser plusieurs professionnels sur un même sujet, ce qui facilite le consensus au moment de l'implémentation.

Quel que soit le mode de regroupement des actions, des petits groupes de travail sont à constituer, dont le pilotage est à confier à un binôme (pour faciliter la poursuite même en cas d'absence de l'un ou l'autre) parmi les 4 pilotes de l'équipe.

La répartition du pilotage est normalement assez évidente : cliniques par les deux médecins, prises en charge paramédicales par le cadre et un des deux médecins, stratégie par médecin et direction, circuit physique, équipement, communication par soignant et direction... avec toutes les variations possibles selon les réseaux et les intérêts des uns ou des autres. Il est important dans ces phases de répartir aussi équitablement les charges de travail.

Il y a donc **un comité de pilotage** à constituer pour se retrouver à intervalle régulier entre les 4 pilotes pour faire des points d'avancement des actions, identifier et valoriser les premières productions, ou soutenir, réorienter un petit groupe en difficulté.

Il est important que l'avancement des actions soit **visible** de tous les participants, et on voit ci-dessus que le nombre de professionnels concernés peut être assez large (typiquement 20 à 30 participants directs aux petits groupes et plusieurs centaines si on élargit aux professionnels des étapes concernées).

Dans le cadre des vagues 1 à 3 de la RAC, plusieurs versions de tableaux de bord ont été développées. Celle de la vague 3 permet à la fois de structurer les actions et d'imprimer directement une version à jour des divers avancements des sous-groupes. Ce n'est pas forcément communicant, mais c'est assez visuel et très économe en temps de pilotage, qui sont des critères très importants pour juger de l'acceptabilité d'un pilotage.

action	objectif	pilotes	part.	étape s	contenu des étapes	statut	avancmt	réalisés	reste à faire
A	Animer le Comité RAAC de spécialité	MA BS JG NM	TOUS	A1	Création du Comité RAAC (objectifs, membres, planning mensuel, convoc, publi CR, suivi actions...)	✓	●	Réun06/20, 10/20, 01/21, 06/21, 09/21	
				A2	Animation du Comité RAAC (thématiques, CREX...), actions retenues...	✓	●	Prés GT10/20, réunions 01/21, 03/21	
B	Développer un plan de communication interne et externe	MA BS JG	MA BS JG	B1	Présentation aux instances: directoire, CME, Conseil de bloc, Commissions des Soins...	✗	○	Difficile (contexte pandémie, interim pdt CME, élection en mai)	Com interne instances / réunion cadres Estaing... Article Volcanique ?
				B2	Présentation en services: hospit 1, 2... bloc, SSPI, anesthésie, soins intensifs, consult, secrétariats...	✓	●	Comm INFOBOB (lette diffusée aux personnels de maternité) 08/21	
				B3	Présentation de la RAAC à la Commission des Usagers, aux Associations de patients	✗	○		Com usagers relecteurs, CME, représentant usagers RSPA
				B4	Comm externe, institutionnelle, informations médecins et paramédicaux libéraux	✓	●	staff mater 09/21, publi revue nationale sage femme (3T/21)	
				B5	Présentation à un congrès national (et régional ?)	✓	●	Présentation à INFOGYN 10/20 + congrès régional 09/21	Bordeaux 02/22
C	Auditer l'évolution de ses pratiques	JG	EG VG	C1	Déclaration GRACE AUDIT, saisie 10 premiers dossiers (assistant, fiche navette...), analyse des résultats...	✓	●	Fait	
				C2	Saisie en routine, commentaire trimestriel de l'évolution des pratiques, actions retenues...	✓	●	Obj : 10 dossiers/mois. 09/21 : 246 saisies complètes	congé maternité, congés d'été, ralentissement des fiches navette
D	Améliorer l'accueil au bloc opératoire	BS	MF FP PS MF FP VG MR FP MC AFF FP MC AFF MD CF EG SM	D1	Formalisation de l'appel de la sage-femme de nurserie la veille de l'intervention (check-list d'appel ?)	✓	●	Critères validés, check-list appel dans dossier, en routine 01/21	
				D2	Généralisation des entrées le matin, nouveau lieu d'habillage/d'attente pour les accompagnants	✓	●	Réflexion sur parcours possibles. Formalisation ok.	
				D3	Installation d'un dispositif de diffusion de musique	✓	●	Projet Music Care 01/21, abnt 2 ans ok, commande ok	Mise en place, formation des équipes
				D4	Installation d'un dispositif de vidéotransmission	✗	○	ABANDON DU PROJET	
				D5	Mise en place du peau à peau en per-opérateur	✓	●	Accord MAR+ OBS sur protocole 01/21, premiers essais ok, retours positifs. Banne chauffante et	erreur dans l'envoi de la table d'examen. Doit être changée
E	Mettre à jour le protocole	BS		E1	Réflexion sur différents points du protocole (BAV, HBPM, NVPO, entrée le matin...)	✓	●	Protocole HBPM mis à jour. Prises en charge validées	
				E2	Mise à jour du protocole	✓	●		rédaction à finaliser
				E3	Diffusion du nouveau protcole, communication auprès des équipes	✓	●	nouveautés diffusées	rédaction à finaliser
F	Mettre en place une fiche d'information à destination des patientes	MA	JG	F1	Etats des lieux, étude bibliographie, réflexion	✓	●	Rédaction d'une nouvelle fiche. Contenu validé	
				F2	Réalisation de la fiche d'information avec la cellule communication	✓	●	diffusion par mail au Réseau. Très bon retours SF lib et patientes.	
				F3	Reproduction et diffusion des fiches	⚠	●	tracé parcours validé, texte des affiches	Attente reproduction
				F4	Traduction des fiches	✗	○		A faire

Exemple de plan d'actions de la vague 3

PRÉVOIR UNE BONNE COMMUNICATION PROJET

Eu égard à leur nombre important, toutes les personnes concernées par les changements à mettre en œuvre dans la RAC ne peuvent directement participer aux groupes de travail.

Il est donc indispensable de les tenir informées des avancées du projet. La réunion de service est sans doute l'une des meilleures façons, mais il est difficile d'avoir tout le monde. Journée thématique, visite du circuit, supports d'info interne, référent métier... tous les modes sont pertinents et complémentaires.

Pour le projet ARS, le besoin d'une information large de plusieurs dizaines

d'équipes en parallèle a justifié la création de la *Lettre du CRRAC*, mais une communication interne n'a pas nécessité d'être aussi ambitieuse.



S'AUTORISER UNE RÉFLEXION À 360°

Même si l'essence de la RAC est une modification des pratiques professionnelles, d'autres types d'impacts doivent être envisagés par l'équipe projet :

- modification des circuits patients ;
- développement du confort du patient ;
- création de nouvelles fonctions (IDE parcours, IDE RAC...) avec la volonté de réaffirmer l'importance du préopérateur et de la coordination ;
- développement de compétences sur des voies alternatives (hypnose, Résonance énergétique par stimulation cutanée (RESC), sophrologie...);
- adaptation informatique pour intégrer amont et aval ou pour auditer ses pratiques ;
- création d'outils multicanaux de communication avec les patients ;
- achat d'équipements (monitoring, rééducation, casque 3D virtuel, application de suivi à distance...);
- travaux d'architecture pour adapter les locaux.

Sur ce dernier point, l'expérience des 3 vagues accompagnées dans le cadre de cette mission ont montré divers exemples de modifications des locaux :

- création d'un espace convivial pour les patients dans le service (café, info, self, salle à manger...);
- création d'un espace rééducation dans le service ;
- création d'un accueil à J0 pour les chirurgies RAC ;
- création d'un parcours de rééducation dans les couloirs ou en extérieur pour la préhabilitation ;
- création d'un accueil patient debout au bloc.

LES SPÉCIALITÉS CONCERNÉES

La RAC se développe dans toutes les spécialités et pour tout type de patient. Créé à l'origine pour la chirurgie colorectale, au sein de laquelle la plupart des études scientifiques ont été réalisées, le concept de RAC s'est rapidement étendu à d'autres spécialités pour des gestes de forte activité : la chirurgie prothétique en orthopédie, les chirurgies gynécologiques et urologiques.

La démarche s'adapte en fait à toute chirurgie – viscérale, orthopédique, gynécologique, urologique, thoracique, maxillo-faciale, rachis, bariatrique... – et à de nombreux gestes, programmés ou en urgence.

Elle s'adapte également à tout type de patient – femme enceinte, enfant, personne âgée – les patients les plus fragiles en bénéficiant le plus finalement.

Désormais, l'état de l'art c'est la RAC pour toutes les chirurgies et pour tous les patients.

BIEN CHOISIR SA PREMIÈRE IMPLÉMENTATION

Une première implémentation réussie dans un établissement doit viser un effet « Waouh » auprès de l'ensemble des professionnels. On cherchera à **marquer les esprits** : quelle meilleure preuve d'une évolution que de voir les patients déambuler dans le couloir de l'unité le lendemain d'une intervention lourde.

Accompagnée de mesures de la qualité de prise en charge (moins de complications mineures, pas plus de réadmission, un séjour plus simple, un patient et des professionnels satisfaits...), la visibilité de la première implémentation de la RAC dans l'établissement servira à apaiser les craintes, à lever certains freins organisationnels, et ainsi à déclencher un engouement pour en généraliser la pratique.

Ainsi, tout en respectant la règle absolue du portage du projet par un binôme motivé chirurgien + anesthésiste, la première mise en œuvre devrait être faite pour un geste représentant une activité significative ou emblématique pour la chirurgie de l'établissement – colorectal, prothèse de hanche, de genou... C'est la garantie de bénéficier de prises en charge assez fréquentes pour caler rapidement les pratiques et les organisations. C'est aussi s'assurer de pouvoir profiter d'un large retour d'expériences d'autres équipes et de recommandations sur lesquelles fonder ses propres choix de pratiques.



Important

Pour mettre en place la démarche, il n'est pas nécessaire d'attendre que tous les chirurgiens et tous les anesthésistes de l'établissement soient d'accord. Un binôme peut montrer l'exemple, ce qui amène les autres à suivre le mouvement en constatant les résultats. Il est important que le binôme chirurgien-anesthésiste soit motivé. Le désengagement de l'un des deux professionnels est un risque à prendre en compte.

Le suivi de la démarche à deux niveaux

SUIVI MICRO : AUDITER SES PRATIQUES AU QUOTIDIEN

Le suivi de l'évolution des pratiques est une phase importante du développement de la RAC. L'objectif est que l'équipe évalue ses pratiques et les conséquences de la prise en charge RAC sur le patient (complication, réadmission, durée de séjour). Il permet également d'identifier quand certaines bonnes pratiques, que l'on croyait acquises, finissent par s'éloigner des recommandations, du simple fait du renouvellement naturel des effectifs. C'est le signal qu'il faut relancer les opérations de formation / information aux professionnels.

POURQUOI AUDITER SES PRATIQUES ?

Implémenter la RAC signifie la mise en application d'un certain nombre de bonnes pratiques, entre vingt et trente selon les spécialités et les gestes. Ces pratiques, techniques ou organisationnelles, médicales et soignantes, correspondent à des changements plus ou moins radicaux par rapport aux pratiques traditionnelles.

Certaines sont déjà quasi généralisées, d'autres prennent le contre-pied de pratiques acquises de longue date : le jeûne moderne pour toutes chirurgies (RAC ou non), la suppression de la prémédication, l'épargne morphinique, la mobilisation et réalimentation normale dès le soir de l'intervention... Ces changements sont difficiles et nécessitent un effort de conviction important et répété. D'autres impliquent des équipements spécifiques peropératoires : monitoring du remplissage, maintien de la température... D'autres enfin, comme l'information et l'éducation patient, sont des sujets d'amélioration permanente.

Pour des résultats probants en termes de sécurité et qualité de prise en charge, il est nécessaire de mettre en place au moins 70 % des recommandations proposées pour chaque geste.

Cependant, la mise en œuvre de ces bonnes pratiques sera progressive, d'où l'intérêt de suivre l'évolution de leur niveau d'application et de vérifier régulièrement s'il ne s'érode pas dans le temps.

UNE PLATEFORME EN LIGNE POUR ÉVALUER LES PRATIQUES RAC

L'association GRACE (Groupement francophone pour la réhabilitation améliorée après chirurgie) propose une plateforme d'audit des pratiques de prises en charge RAC. Les protocoles sont validés par les sociétés savantes avant d'y apparaître.

Le chirurgien y accède sur abonnement, pour une somme modique. Chaque dossier saisi correspond à la prise en charge d'un patient et s'étend depuis le préopératoire jusqu'au postopératoire à 90 jours. Les données saisies, très souvent sous forme de menus déroulants ou de cases à choix multiples, décrivent de nombreux éléments : contexte du patient, caractéristiques de la prise en charge, circuits, évaluations... On peut revenir à plusieurs reprises sur un même dossier pour compléter une saisie.

GRACE AUDIT a l'énorme avantage de proposer en direct à l'abonné une vision graphique synthétique des résultats de l'ensemble de ses dossiers. Elle donne

également une vision comparative du positionnement des résultats de l'équipe par rapport à l'ensemble des dossiers saisis dans la base pour le même geste.

L'expérience des premiers établissements à s'être livrés à cette saisie dans GRACE AUDIT a toutefois montré des difficultés de deux types :

- les données nécessaires à la constitution du dossier GRACE AUDIT se trouvent bien souvent dans plusieurs systèmes d'informations et parfois ne sont pas tracés (mobilisation du patient en postopératoire immédiat par exemple) ;
- la sécurisation élevée de la plateforme internet implique une déconnexion automatique après 15 min de non utilisation. Cela impose de disposer de toutes les données sous la main et de n'être pas dérangé. Cette saisie s'apparente alors à un travail de secrétariat médical.

Certains sites précurseurs de la RAC ont mis au point un support de description détaillée de la prise en charge postopératoire des patients RAC à remplir par les infirmiers et kinésithérapeutes au décours du séjour. Ils l'utilisent comme complément de leur système d'information pour disposer des données au moment de la saisie dans GRACE AUDIT.

L'ARS a repris et généralisé l'idée à tous les gestes avec le principe d'une fiche navette papier qui suit le patient durant tout son séjour.

Sans pouvoir faire d'hypothèse sur les capacités du système informatique d'un établissement, la **fiche navette reprend tous les items d'un dossier de GRACE AUDIT**.

La fiche navette consiste en une feuille A3 format portrait, divisée en plusieurs parties horizontales pré, per et postopératoire.

Étant donné que les recommandations de bonnes pratiques changent selon la sous-spécialité chirurgicale, une fiche navette spécifique par protocole RAC a été créée.

The image shows a detailed medical form titled 'Fiche Navette - COLO-RECTAL'. It is organized into several horizontal sections, each with a specific focus:

- PREOPÉRATOIRE:** Includes patient identification, medical history (cancer, comorbidities), and preoperative preparations (fasting, antibiotics, etc.).
- PEROPÉRATOIRE:** Details the surgical procedure, including anesthesia type, duration, and intraoperative findings.
- POSTOPÉRATOIRE:** Tracks postoperative care, such as vital signs, pain management, and patient mobility.
- SORTIE:** Documents the patient's discharge, including the reason for discharge and follow-up instructions.
- SUIVI:** Monitors the patient's recovery and satisfaction with the care received.
- RECOMS:** Records compliance with various clinical recommendations.

 The form uses a combination of checkboxes, radio buttons, and text input fields to capture comprehensive clinical data.

Exemple de la fiche navette Chirurgie Colorectale

SYSTÉMATISER LA SAISIE

Cette fiche rassemble toutes les données d'AUDIT sur un même support. Elle permet donc de confier potentiellement le travail de saisie à une autre personne que le chirurgien, fonction que la plateforme GRACE AUDIT autorise car le médecin peut déléguer à un tiers identifié ses droits de saisie.

Certains sites ont pu ainsi confier la saisie à un IDE RAC par exemple, ou à un assistant de recherche clinique pour les mieux dotés.

Il reste que le temps nécessaire, estimé par les plus rapides à 10 min par dossier, peut représenter une charge importante en cas d'activité importante.

Consciente que cela pouvait limiter les contributions des équipes, GRACE AUDIT a publié en 2018 une version simplifiée de

l'audit. Les items en rouge de la fiche navette colorectale ci-dessus sont optionnels.

Une autre façon de limiter la charge de saisie serait de limiter l'audit à un nombre réduit de patients. Ce n'est pas l'option idéale car elle pose évidemment des risques de biais à la sélection des dossiers et donc de fausser les résultats de l'audit. Elle oublie également le rôle pédagogique de cette grille qui rappelle le protocole de référence.



Important

Pour mettre en place efficacement la RAC, deux qualités sont requises : être honnête (inclure "en intention de traiter" et non pas selon l'évolution du malade), et être rigoureux (dépister toutes les complications, même les plus anodines : veinites, transfusions ou encore abcès de paroi – même après la sortie du patient).

POSTOPERATOIRE	Données postopératoires		Recommandations		Complications		Grade de la plus sévère								
							I IIa IIb IIIa IVa IVb >								
	Nausées vomissements PO	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Analgésie multimodale PO	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Cardio	<input type="checkbox"/> ischémie	<input type="checkbox"/> trouble rythme	<input type="checkbox"/> insuff. cardiaque							
	Iléus >72h	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> palier 1 <input type="checkbox"/> AINS <input type="checkbox"/> palier 2		Neuro	<input type="checkbox"/> AVC ou AIT	<input type="checkbox"/> dysf. cognitive	<input type="checkbox"/> déficit périph.							
	Rétention urinaire (drainage)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> péridurale <input type="checkbox"/> lidocaïne IV <input type="checkbox"/> cathéter		Pneumo	<input type="checkbox"/> atélectasie	<input type="checkbox"/> pmpathie	<input type="checkbox"/> embolie	<input type="checkbox"/> épanchement pl						
	Arrêt de l'analgésie péridurale	<input type="checkbox"/> ss objet	Morphiniques en post op	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> PCA	UroNéphro	<input type="checkbox"/> IU <input type="checkbox"/> IR aiguë	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> pl. urétérale	<input type="checkbox"/> pl. vésicale						
	<input type="checkbox"/> J0 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> J3 <input type="checkbox"/> J4		<input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> sous-cut <input type="checkbox"/> intrathécale		Paroi	<input type="checkbox"/> hématom.	<input type="checkbox"/> infection	<input type="checkbox"/> désunion	<input type="checkbox"/> éventrat.	<input type="checkbox"/> éviscérat.					
	mobilisation		<input type="checkbox"/> péridurale <input type="checkbox"/> titration IV en SSPI		Digestif	<input type="checkbox"/> péritonite	<input type="checkbox"/> désunion anast.	<input type="checkbox"/> nécrose	<input type="checkbox"/> hmrage ip						
	arrêt IV (durée hors lit)		Ablation drain	<input type="checkbox"/> ss objet <input type="checkbox"/> <=J3 <input type="checkbox"/> >J3	<input type="checkbox"/> hmrage anast.	<input type="checkbox"/> fistule	<input type="checkbox"/> ileus	<input type="checkbox"/> colite à clostridium							
	douleur		Thromboprophylaxie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Générales	<input type="checkbox"/> abcès profond	<input type="checkbox"/> hématome profond	<input type="checkbox"/> anémie							
sortie		Mobilisation avant H24	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> thrombopénie	<input type="checkbox"/> septicémie	<input type="checkbox"/> phlébite									
J0	<input type="checkbox"/>	Réalimentation avant H24	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Action non prévue	<input type="checkbox"/> réintervention non progr.	<input type="checkbox"/> radio	<input type="checkbox"/> bio								
J1	<input type="checkbox"/>	Alimentation bien tolérée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Décès postop	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autopsie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non								
J2	<input type="checkbox"/>			Autre											
J3	<input type="checkbox"/>														
J4	<input type="checkbox"/>														

Zoom sur la partie postopératoire pour la chirurgie colorectale.

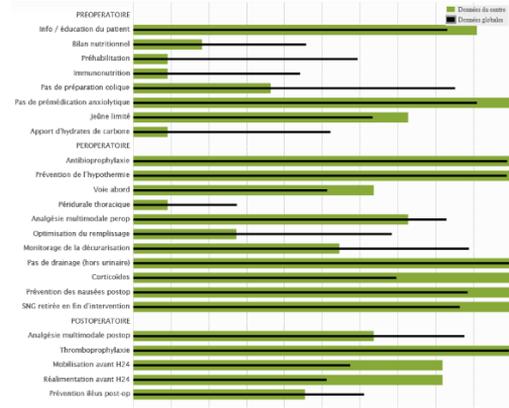
SUIVRE L'ÉVOLUTION DE SES PRATIQUES

L'audit des pratiques fait partie intégrante des protocoles de mise en œuvre de la réhabilitation améliorée en chirurgie. Il permet de corriger et d'améliorer les pratiques au fil de l'eau tout en informant les équipes sur le niveau réel d'application des protocoles (compliance) et sur leurs résultats (morbidity, durée moyenne de séjour...).

Toutefois, les graphes disponibles dans GRACE AUDIT au début de notre projet ne permettaient pas facilement de suivre une évolution dans le temps.

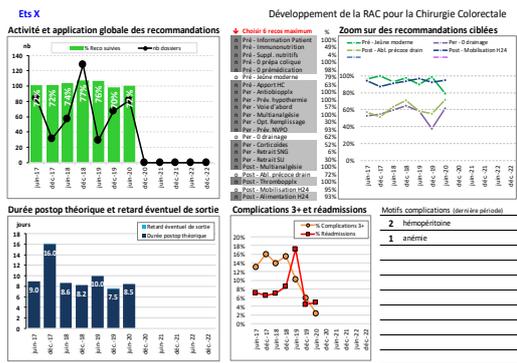
L'équipe de chirurgie digestive du **groupe hospitalier Paris Saint-Joseph** avait présenté lors d'un congrès le suivi trimestriel de l'observance des bonnes pratiques, via un export de ses données de GRACE AUDIT. Son idée était de mesurer les progrès de l'équipe dans l'implémentation des protocoles RAC. C'est exactement le même objectif que poursuit l'ARS dans ce projet. Un tableau de bord a donc été conçu pour proposer à chaque équipe accompagnée ce suivi dynamique dans le temps, à partir d'un export de ses données de GRACE AUDIT.

Cela permet la comparaison avant/après instructive pour mesurer l'impact du passage à la RAC, puis un suivi régulier de la permanence des pratiques.



Il n'est donc plus nécessaire de faire un export de ses données dans Excel, si ce n'est pour étendre l'analyse à d'autres indicateurs de la prise en charge que ceux proposés par GRACE AUDIT en standard ou pour utiliser des outils de pilotage plus complets développés en interne.

En particulier, une équipe pourrait recourir à cette mine d'informations pour illustrer des publications professionnelles sur la mise en place de la RAC.



Sur les suggestions de l'ARS, GRACE AUDIT a évolué en 2019 pour inclure la possibilité pour l'utilisateur de restreindre la période d'analyse des dossiers, et d'ainsi afficher sur le graphe la photo synthétique d'un ensemble de pratiques pendant une période.



En région :

- **Clinique Saint-Charles, Lyon**

cf. Annexe 1

Animation d'un suivi des pratiques en interne.

- **Hospices civils de Lyon, GH Est**

cf. Annexe 2

Suivi des pratiques en chirurgie thoracique.

IMPORTER LES DONNÉES DU DOSSIER DE SOINS DANS GRACE AUDIT

L'introduction d'un support papier dans un contexte d'informatisation générale des processus de soins est légitimement vue comme un retour en arrière et, à ce titre, très critiquable. Cela ne peut être qu'un pis-aller pour le temps d'un projet mais pas une solution pérenne généralisable à toutes les spécialités.

À l'observation initiale que toutes les données de la RAC ne figurent pas dans le dossier de soins « standard » ou que les données sont éparses dans différents outils, la bonne réponse est certainement de faire évoluer ces outils informatiques pour mieux répondre au besoin :

- une meilleure intégration des différents modules et un univers de requêtage commun ;
- des formulaires informatisés annexes pour documenter précisément les prises en charge RAC.

Il suffit ensuite de mettre en place une requête en routine qui produise un format compatible avec GRACE AUDIT et de leur envoyer régulièrement un fichier d'export de vos données. Ce processus est évidemment à construire en accord avec GRACE afin de respecter les formats souhaités.

Cette piste apporte évidemment une énorme plus-value en supprimant l'étape fastidieuse de re-saisie dans GRACE AUDIT et en facilitant la contribution à l'évaluation des protocoles de chacun des intervenants sur un même patient.

Utilisée en temps réel au moment de la prise en charge, elle représente également un excellent rappel des pratiques de référence pour des praticiens nouveaux ou intérimaires, et remplit ainsi une double mission de garde-fou et de pédagogie.

Cette solution n'est cependant pas sans risques ou complexités, par exemple :

- le protocole de chaque geste étant spécifique, il faudra créer autant de formulaires que de gestes pratiqués en RAC et proposer à l'utilisateur un affichage facile de celui qui est pertinent pour chaque patient ;
- la RAC est fondée sur une approche d'Evidence Based Medicine, c'est-à-dire de justification des recommandations par des

études factuelles de bénéfices pour le patient. C'est pourquoi les protocoles cibles restent sujets à des adaptations dans le temps sur certains items. Les formulaires devront évoluer en conséquence ;

- la RAC couvre un parcours étendu en amont et en aval par rapport au dossier de soins. Cela suppose que le dossier soit créé à la première consultation et qu'il s'étende au-delà des 3 mois traditionnels de l'épisode chirurgical ;
- enfin, l'association GRACE devra gérer l'évolution de l'audit et des formats de données pour maintenir la compatibilité avec des extractions automatisées.



En région :

- **Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne**

cf. Annexe 3

Intégration de l'audit RAC dans le dossier de soins.

Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne et Association GRACE

cf. Annexe 301

Import des données d'audit du dossier de soins dans la base GRACE AUDIT, CHU Saint-Étienne & GRACE.

SUIVI MACRO : DONNER DE LA VISIBILITÉ AUX RÉSULTATS ATTEINTS

L'objectif de la RAC est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, et d'avoir un patient qui va mieux plus vite avec moins de complications mineures. Ces éléments sont mis en avant dans l'audit des pratiques et le suivi de complications qu'il permet.

Cet objectif coïncide souvent avec une réduction de la durée de séjour grâce à la réhabilitation plus rapide et donc à la sortie plus rapide des patients, pour un retour à domicile principalement. C'est aussi un facteur très visible de la mise en place de la RAC, qui rejoint le développement de l'ambulatoire, mais avec un potentiel de capacités libérées plus important du fait que toutes les chirurgies sont concernées.

LE SUIVI DE L'ARS

Le suivi de plusieurs indicateurs au niveau régional permet une vision macro de la démarche. Quatre indicateurs ont été retenus et sont détaillés par trimestre :

- nombre de séjours ;
- durée moyenne de séjour en court séjour par racine sur une liste de Groupes homogènes de malades (GHM)³ retenus (liste ci-dessous) ;
- taux de transfert en soins de suite et de réadaptation ;
- taux de ré-hospitalisation MCO entre 0 et 30 jours dans la même Catégorie majeure de diagnostic (CMD).

Une liste de GHM a été retenue en fonction des spécialités concernées.

Chirurgie orthopédique

- 08C24 - Prothèses de genou
- 08C48 - Prothèses de hanche pour affections autres que trauma récent

Coiffes d'épaule

Chirurgie du Rachis

Hernies Discales

Chirurgie viscérale - colorectale

- 06C03 - Résection rectale
- 06C04 - Interv. majeure sur l'intestin grêle et le côlon

Chirurgie gynécologique

- 13C03 - Hystérectomies
- 13C14 - Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes
- 13C15 - Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes

Chirurgie obstétricale

Césarienne

Chirurgie Urologique

Cystectomie

Néphrectomie

Chirurgie thoracique

- 04C02 - Interv. majeure sur le thorax
- 04C03 - Autre interv. Chir. sur le système respiratoire
- 04C04 - Interventions sous thoracoscopie

Chirurgie bariatrique

- 10C13 - Interventions digestives autres que la gastroplastie, pour obésité

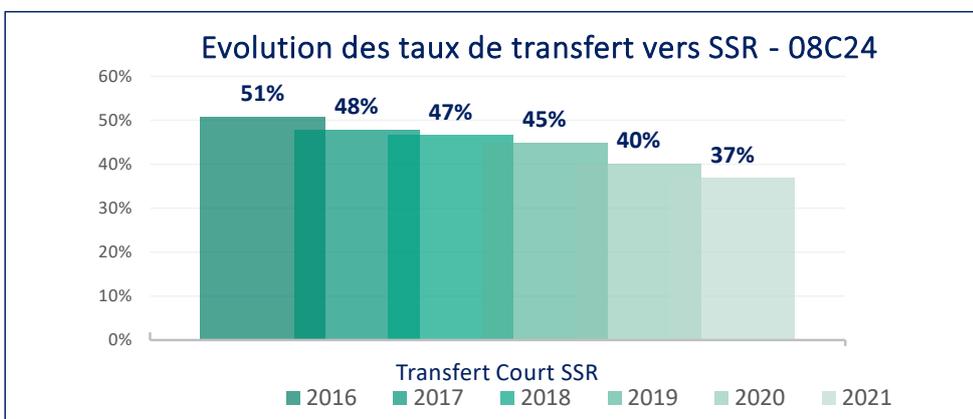
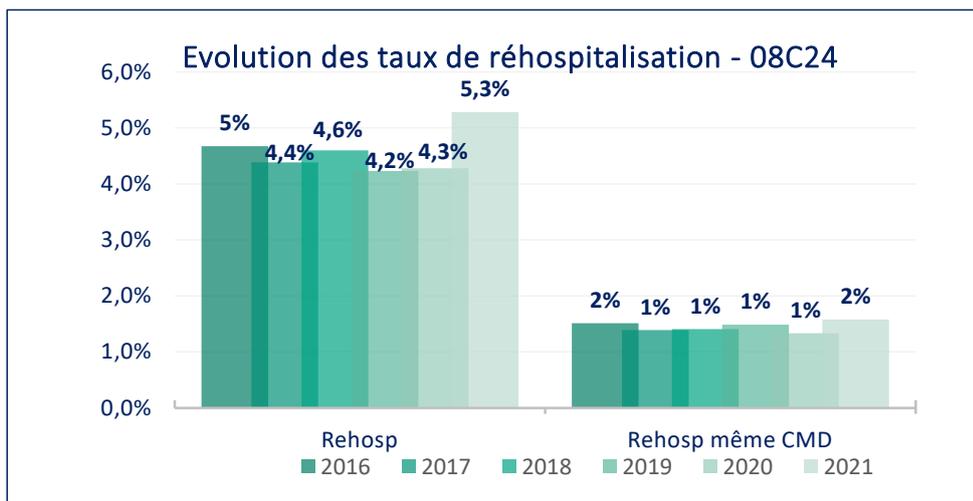
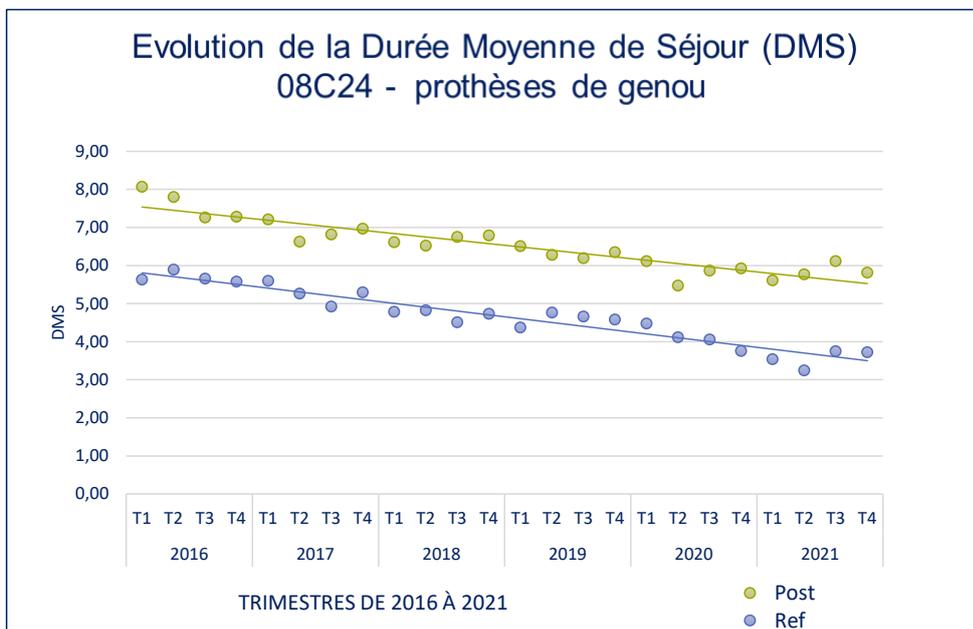
³ Un Groupe homogène de malades (GHM) regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique et constitue la catégorie élémentaire de classification en médecine chirurgie obstétrique (MCO). Chaque séjour aboutit dans un GHM selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives contenues dans le Résumé de sortie standardisé (RSS) de chaque patient.

DES RÉSULTATS POSITIFS, QUANTIFIÉS À L'ISSUE DE LA 1^{RE} DÉMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT ET CONFIRMÉS

Les résultats obtenus à l'issue de la première démarche d'accompagnement des établissements ont confirmé l'impact positif sur la durée moyenne de séjour sans répercussion négative sur le taux de ré-hospitalisation et de transfert en soins de suite et réadaptation.

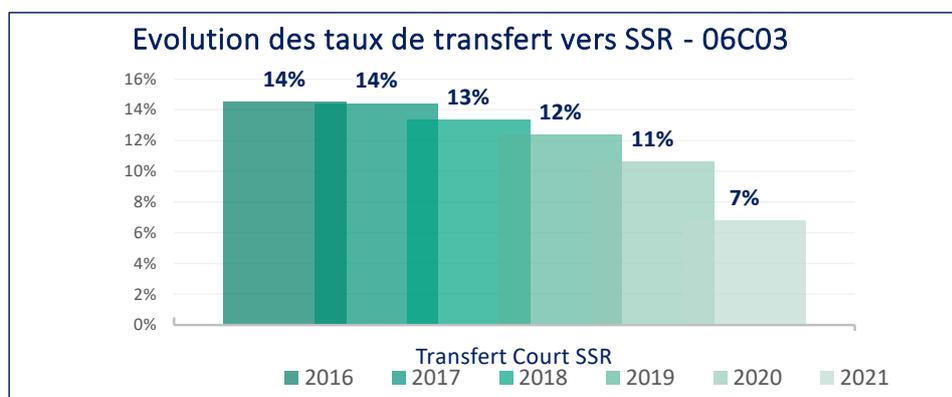
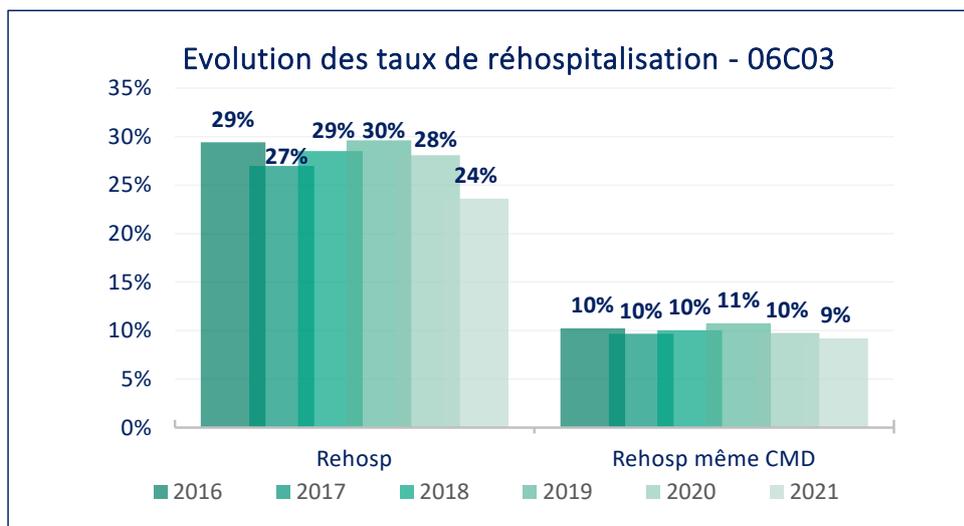
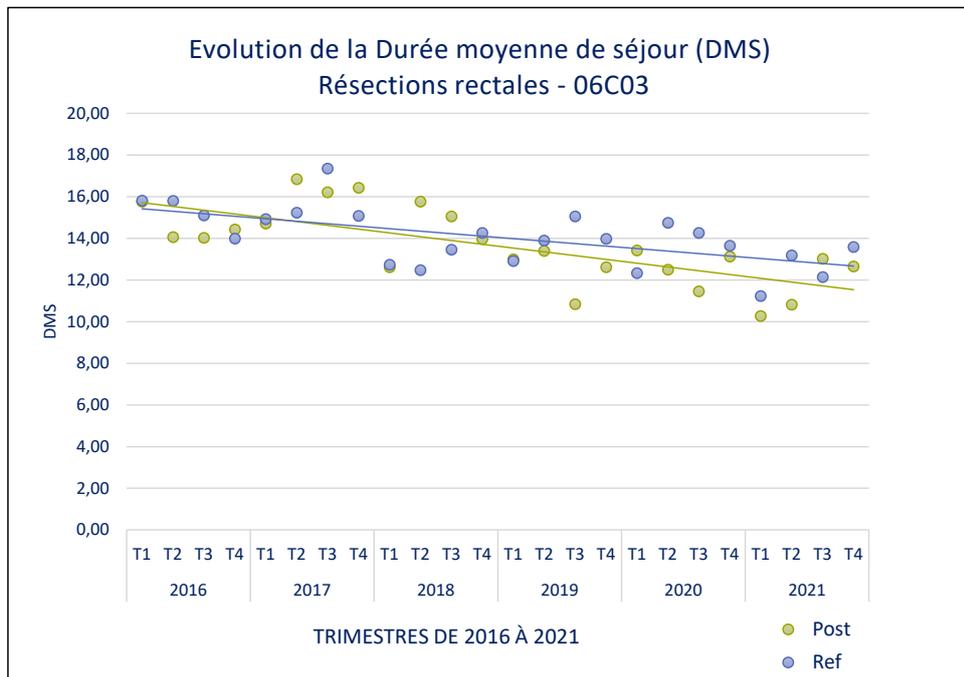
Exemple dans le cas d'une **chirurgie orthopédique de prothèse du genou**, le constat depuis la mise en place de la RAC fait état :

- d'une diminution de 2 jours de la durée moyenne de séjours à l'hôpital (DMS) ;
- sans augmentation des taux de ré-hospitalisation ;
- et d'une baisse des transferts des patients en soins de suite et réadaptation de 14%



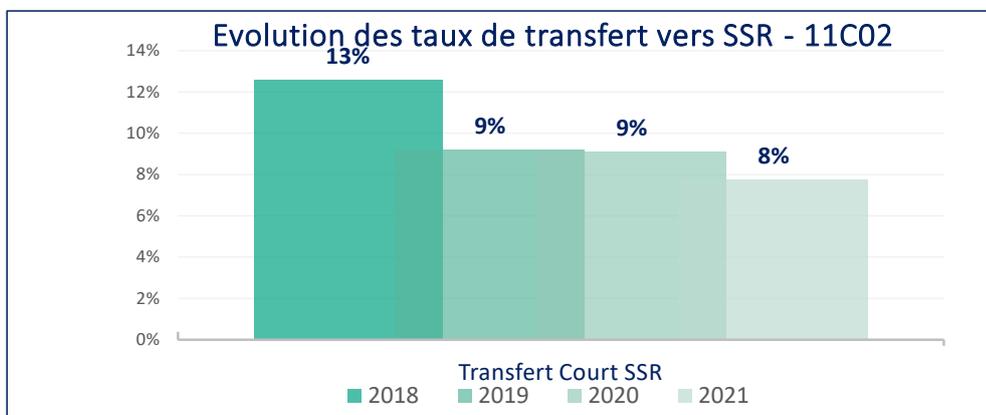
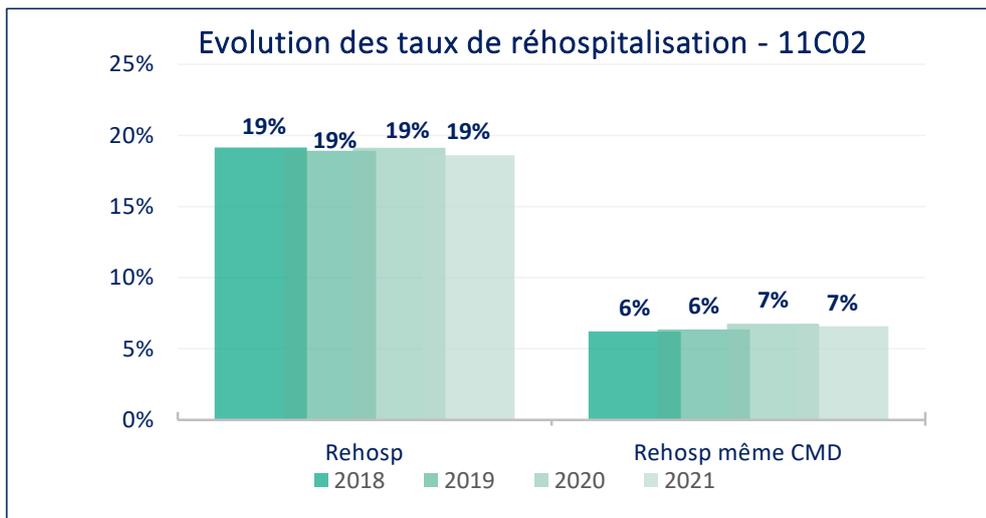
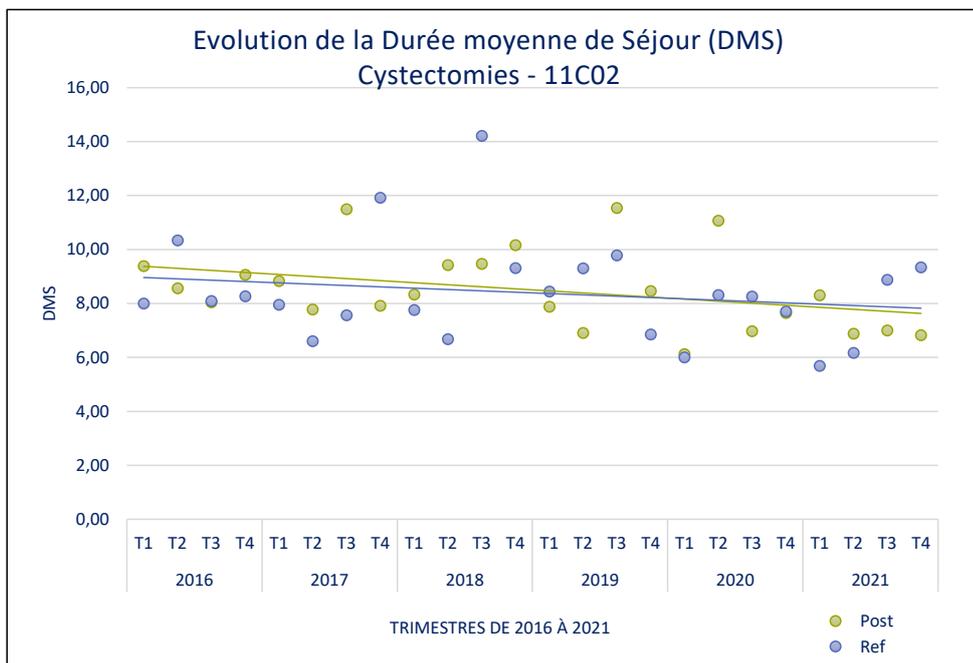
Exemple dans le cas d'une **chirurgie colorectale de résection rectales**, le constat depuis la mise en place de la RAC fait état :

- d'une diminution de 3 jours de la Durée moyenne de séjours à l'hôpital (DMS) ;
- sans répercussion négative des taux de ré-hospitalisation ;
- et d'une diminution des transferts des patients en soins de suite et réadaptation de 7 %



Exemple dans le cas d'une **chirurgie urologique cystectomie**, le constat depuis la mise en place de la RAC fait état :

- d'une diminution de 1 à 1,5 jours de la durée moyenne de séjours à l'hôpital (DMS) ;
- sans répercussion négative des taux de ré-hospitalisation ;
- et d'une baisse des transferts des patients en soins de suite et réadaptation de 5 %



LE CODAGE DES SÉJOURS

Depuis [l'arrêté du 22 février 2019](#), il est maintenant possible d'identifier la prise en charge RAC pour 17 racines de GHM dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de mieux les valoriser. Cet arrêté permet, lorsque que le séjour est assorti du codage de la variable RAC, de s'affranchir des règles de groupe liées à la durée du séjour.

Extrait de l'arrêté du 22 février 2019 :

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

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

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

Les principaux résultats après presque 3 ans d'application

Dans la région, la RAC augmente dans la plupart des racines des GHM ciblés par l'arrêté (17 racines de GHM). On constate une évolution de 45 % des séjours cochés RAC entre 2019 et 2021. La DMS des séjours cochés RAC est toujours très en dessous des séjours non cochés RAC.

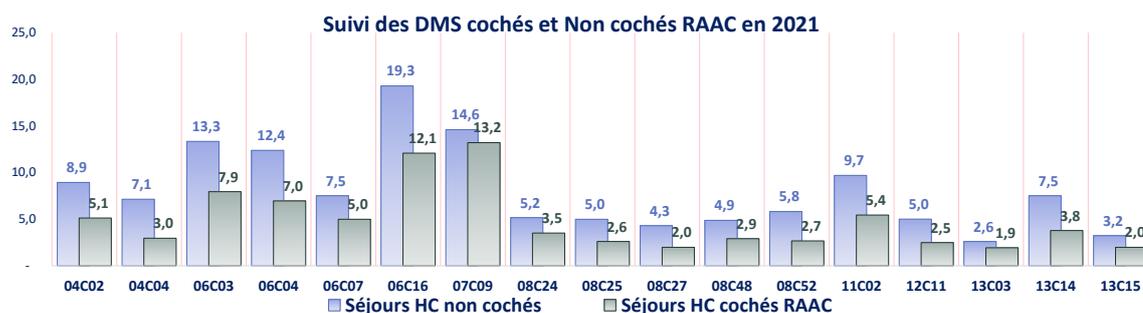
Exemples (cf. graphique ci-dessous) :

- PTG (08C24) : la DMS est à 5,3 jours non RAC et à 3,5 jours avec une prise en charge RAC ;
- Résection rectales (06C03) : la DMS est à 13,3 jours non RAC et à 7,9 jours en RAC

Par contre, 14 % des séjours cochés RAC n'appartiennent pas au GHM à l'arrêté.

Ce taux reste stable et pourrait montrer l'intérêt d'étendre les GHM cibles de l'arrêté.

Ces résultats montrent que la RAC se développe dans tous les services et toutes les spécialités et confirme l'impact positif de la RAC sur la DMS.



Il reste nécessaire de cocher les séjours RAC pour appuyer son déploiement, même pour les GHM en dehors de l'arrêté. **Il est important que chaque établissement mette en œuvre cet arrêté en cochant les séjours RAC pour le développement de la RAC et sa prise en compte comme nouveau mode de prise en charge.**

LE SUIVI DE L'ÉTABLISSEMENT

Les éléments du PMSI permettent de démontrer l'impact de la RAC sur certaines durées de séjour.

Même si tous les patients sont éligibles à la RAC, et que potentiellement les patients les plus complexes en bénéficieraient le plus, ce ne sont en général pas ces patients qui sont ciblés lors d'une première mise en place d'un protocole RAC.

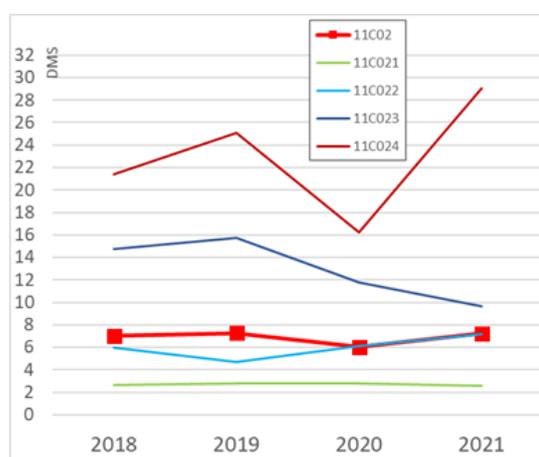
En outre, les patients lourds sont exposés à des pourcentages significatifs de complications majeures, sur lesquelles il est reconnu que la RAC n'a pas d'impact. La fréquence des complications, combinée au faible nombre de ces patients, rallonge de manière importante la durée moyenne de séjour du niveau de sévérité 4 du GHM, indépendamment de la mise en place de la RAC.

Le niveau de sévérité est donc une caractéristique à retenir pour suivre la DMS au sens du PMSI. Mesurer l'impact de la RAC et le nombre de séjours de chaque niveau est un facteur explicatif d'un plus ou moins grand impact sur la DMS de la racine de GHM.

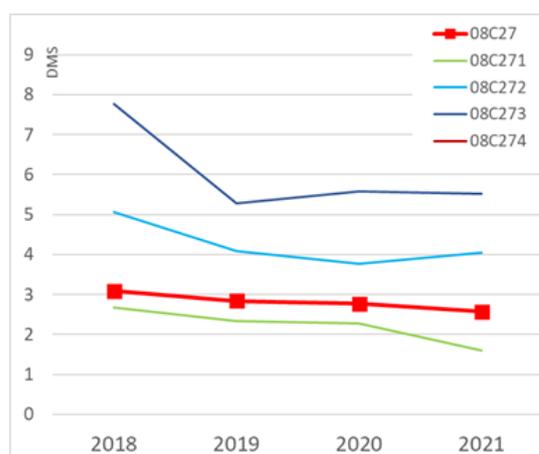
Les simplifications de prise en charge qu'apporte la RAC poussent souvent les équipes à se questionner sur l'intérêt de la nuitée préopératoire pour le patient. L'étalement des arrivées des patients, le choix d'un premier patient de proximité, la généralisation des hôtels hospitaliers, le rappel par SMS... concourent à la disparition

des démarrages tardifs au bloc et la maîtrise du stress des patients.

Ceux qui développent des accueils à J0 pour les patients RAC, critère qui ne figure pas dans les recommandations de la RAC mais qui en est le prolongement logique, peuvent ainsi en constater l'impact sur le suivi de la DMS du PMSI alors que les durées suivies dans GRACE AUDIT sont uniquement les durées postopératoires entre l'intervention et l'aptitude à la sortie puis la sortie effective.



Impact de la RAC sur la DMS de la cystectomie



Impact de la RAC sur la DMS de l'arthrodèse

Les plus gros établissements multisites ou les GHT matures avec des doublons d'activités chirurgicales pourraient également comparer en interne la DMS d'une unité qui fait de la RAC avec la DMS d'une unité qui n'en fait pas.

Exemples de bonnes idées des équipes de la région

Un programme RAC s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un chemin clinique pour l'ensemble des trois phases : avant, pendant et après la chirurgie.

AVANT LA CHIRURGIE : PHASE PRÉ OPÉRATOIRE

La consultation par le chirurgien est une étape importante. Dans un second temps, l'infirmier dédié reprend les informations et apprécie le retour à domicile.

La consultation infirmier et anesthésiste peuvent être couplés le même jour pour un gain de temps et d'efficacité.

L'agenda partagé et le dossier patient partagé facilitent l'organisation de ces visites.

Un leitmotiv : le patient comme acteur de sa guérison.

LE CHIRURGIEN

Le rôle du chirurgien est le suivant :

- Informer le patient sans se décharger de l'information faite par l'IDE RAC.
 - Donner des précisions sur le déroulé du parcours spécifique RAC compréhensibles par le patient en donnant des exemples (pas de drainage, chirurgie mini-invasive ou encore pas de préparation digestive).
 - Apprendre à retarder / reculer une intervention pour mieux la préparer.
 - Dégager du temps de consultation.
- Organiser le post-opératoire dès la consultation :
 - retour à domicile, "Prado" (service de retour à domicile de l'Assurance maladie), soins de suite et de réadaptation ;
 - inscription dans Trajectoire (évolution de l'outil), rôle du médecin généraliste et des réseaux de ville.



En région :

Médipôle de Savoie, Challes-les-Eaux

cf. Annexe 4

Réalisation d'un protocole RAC Prothèse totale de hanche et du genou.

L'ANESTHÉSISTE

Son rôle est de :

- Former une équipe soudée : être en binôme avec le chirurgien.
- Dégager du temps de consultation car une consultation d'anesthésie RAC demande davantage de temps.
- Insister sur les techniques per opératoires (pas de prémédication, jeûne moderne : arrêt des solides six heures avant l'intervention et arrêt des liquides clairs deux heures avant l'intervention) et favoriser le retour à domicile (douleurs post-opératoires).
- Bilan précis des comorbidités.



En région :

- **Médipôle Lyon-Villeurbanne (ex-Clinique Grand Large)**

cf. Annexe 5

Le patient au cœur du parcours : information, préparation, gestion de ses risques. Développement d'un outil spécifique d'information patient et d'analyse des risques anesthésiques : document remis au patient avec visualisation de son parcours de soins à la clinique.

- **Centre hospitalier de Valence**

cf. Annexe 6

Rédaction d'un protocole de jeûne moderne (définition du type d'aliments autorisés et organisation de l'approvisionnement) pour le service de chirurgie viscérale.

L'INFIRMIER RAC

L'infirmier de coordination est le garant du respect des protocoles de chirurgie.

Ses missions sont multiples et il intervient en pré et post opératoire :

- préparation du patient : explication de ce qui est attendu de lui, préparation de son retour à la maison, rôle éducatif auprès du patient ;
- vérification que toutes les conditions sont réunies avant la chirurgie ;
- programmation des consultations spécialisés éventuelles en préopératoire (diététiques, addictologie, médecin du sport / Activité physique adaptée (APA), kiné, psychologue...);
- organisation éventuelle d'une réunion pluriprofessionnelle avec les patients (académie des patients) ;
- vérification que tous les protocoles sont suivis par tous ;
- formation continue des professionnels, surtout dans les services où le turnover est important ;
- suivi et amélioration des protocoles et des supports d'information patient ;
- lien entre le patient et la médecine de ville.

Selon la configuration du service et la taille de l'établissement, les missions peuvent être faites par un IDE spécifique, éventuellement partagé entre plusieurs spécialités, ou par un IDE non spécifique du service de chirurgie.

Dans les deux cas, il est conseillé de former plusieurs personnes à cette fonction de manière à maintenir le dispositif malgré les rotations de personnels, les vacances ou l'absentéisme.



En région :

• Infirmierie protestante, Lyon

cf. Annexe 7

Exemple d'une fiche de poste d'infirmier coordinateur avec description des missions : accueil préopératoire, suivi en hospitalisation, suivi en post opératoire à domicile.

• Hôpital privé Jean Mermoz, Lyon (Ramsay Santé)

cf. Annexe 302

Donner à l'IDE RAC de consultation un support visuel pour expliquer la prise en charge au patient : *Le parcours Hernie Discale expliqué en images.*

Centre hospitalier de Vichy

cf. Annexe 303

Mobiliser et informer autour de la prise en charge en RAC en mettant en avant les personnels.

LE KINÉ ET LA COLLABORATION AVEC UN ENSEIGNANT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA)

Évident dans la spécialité orthopédique, le kinésithérapeute a un rôle dans quasiment toutes les prises en charge lourdes : cancérologie gynécologique et digestive, thoracique, neurochirurgie...

- préparation du patient – pré-habilitation sportive pour la chirurgie, apprentissage de la rééducation spécifique au geste pratiqué, production de supports de communication patient, participation aux éducations thérapeutiques ;
- prise en charge pré et post opératoire – dernières consignes et préparations avant la chirurgie, aide au premier lever, mobilisation

précoce, animation de la rééducation dans le service, pilotage de l'auto-rééducation, consignes de sortie ;

- après la sortie – suivi de la rééducation à distance après le retour au domicile, collaboration avec les kinés de ville pour une meilleure adaptation de la prise en charge.

Les contraintes sur le nombre de kinésithérapeutes nécessaires, et le besoin d'interventions plus proches de la remise en forme que de la kinésithérapie, a poussé au recrutement de professeur en activité physique adaptée dans les services de soins, en collaboration avec le kiné.



En région :

Institut Jean Perrin, Clermont-Ferrand

cf. Annexe 8

Rôle de l'APA et du kiné en chirurgie pulmonaire.

LE NUTRITIONNISTE

L'état nutritionnel du patient doit être évalué. À intégrer dès la consultation chirurgicale pour disposer du plus de temps possible, elle repose sur la mise en place :

- d'une grille d'évaluation pour permettre au chirurgien de détecter les patients nécessitant une assistance et de graduer le niveau du soutien à apporter ;

- d'une protocolisation des prescriptions pour les cas les plus simples ;
- d'une consultation de diététique dans les cas les plus sévères.

Une phase de renutrition améliore la récupération du patient.



En région :

Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne

cf. Annexe 9

Protocole de traitement du risque nutritionnel.

LA COLLABORATION DES PROFESSIONNELS

Comme évoqué précédemment, elle est incontournable dans la mise en place de la RAC.



En région :

Centre hospitalier universitaire Grenoble

Cf. Annexe 10

Extrait d'un protocole de prise en charge en chirurgie digestive qui favorise la collaboration de tous les professionnels concernés.

Groupement hospitalier Est – Hospices civils de Lyon (HCL)

Cf. Annexe 11

Utilisation de la vidéo pour informer les soignants et les professionnels de la prise en charge RAC.

Clinique La Pergola, Vichy*Cf. Annexe 12*

Journée d'information pour les professionnels de ville (médecins, kinés, infirmiers).

Centre hospitalier Firminy*Cf. Annexe 304*

Support de présentation aux services - La RAC expliquée en 30 minutes

LE PATIENT**L'INFORMATION PATIENT**

Pour que le patient soit acteur de sa prise en charge, l'information qui lui est faite est très importante. Et pour cela tous les moyens de communication sont bons.

Dans un monde saturé de communication, il est difficile et pourtant capital que les informations données aux patients (et aux accompagnants) soient entendues, comprises et observées.

Or toutes les personnes ne sont pas égales par rapport à une information, ni par rapport aux médias électroniques :

- en 2018, 7 % de la population adulte âgée de 18 à 65 ans ayant été scolarisée en France est en situation d'illettrisme, soit 2 500 000 personnes en métropole, principalement en zone rurale (Agence nationale de lutte contre l'illettrisme) ;
- en 2020, 17 % de la population âgée de 15 ans ou plus est en situation d'illectronisme, 28 % des 60-74 ans et 67 % des personnes âgées de 75 ans ou plus (INSEE 2020).

Dans ce contexte, un support unique ne permet pas d'atteindre l'objectif du patient acteur.

Il convient au contraire de réfléchir aux divers messages à transmettre au patient, au moment idéal et aux supports adaptés à chacun d'entre eux, le tout inscrit dans une démarche bien identifiable afin de montrer une forte cohérence au patient.

Les équipes participant aux vagues du projet RAC ont bien vu cette difficulté en produisant de nombreux exemples de supports, de différents niveaux de détail, déclinés sur différents médias, distillés aux multiples étapes de la prise en charge, parfois via des applicatifs de portails patients sur internet.

LES DOCUMENTS REMIS AU PATIENT

Les documents écrits restent incontournables aujourd'hui pour s'adresser à une population imparfaitement connectée, dans un système de santé partiellement numérique.

Le passeport RAC, document de référence que le patient conserve à travers toutes les étapes de sa prise en charge, est la brique essentielle de ce dispositif. Il peut se décliner sous forme de pochette dans laquelle

viennent s'annexer les divers supports indépendants, spécifiques à certains gestes ou parcours ou administratifs. Afin de donner du sens ou de la lisibilité, ces documents annexes pourraient être organisés avec une logique, chronologique par exemple (double pochette, à gauche pour tout le préopératoire et à droite pour le postopératoire).

Le jargon médical est souvent trop présent dans les documents produits et c'est un écueil pour l'accès aux informations pour le patient moyen. L'attractivité visuelle et la matérialisation d'un document sont aussi des étapes à ne pas négliger. Pour ces deux raisons, travailler avec les communicants internes de l'établissement est incontournable et doit être fait très en amont pour avoir leur valeur ajoutée sur l'organisation générale des messages aux patients.

Une production de qualité professionnelle est indispensable après une phase de test et d'adaptation des documents prototypes.

Le coût de cette production est un facteur qui peut limiter lorsque les documents concernent une filière de prise en charge avec peu de patients. Cette réflexion rejoint celle de l'organisation hiérarchique des informations : un passeport RAC un peu général applicable aux divers gestes pratiqués dans l'établissement peut être produit à quelques milliers d'exemplaires en qualité professionnelle, tandis que les documents annexes liés à la prise en charge spécifique de tel ou tel geste qui représente quelques dizaines de patients par an sera produite avec la meilleure qualité possible en interne.

Les exemples ci-dessous, produits par les participants aux diverses vagues du projet, ne sont pas des modèles mais peuvent servir de source d'inspiration.



En région :

- **ARS Auvergne-Rhône-Alpes**

Cf. Annexe 305

Présentation générale du parcours RAC

- **CH Alpes-Léman**

Cf. Annexe 306

Guide césarienne en RAC

- **Centre hospitalier universitaire, Lyon – site de Lyon-Sud**

Cf. Annexe 307

Vidéo - La RAC, un parcours de soins innovant

- **HP Jean-Mermoz, Lyon (Ramsay Santé)**

Cf. Annexe 308

Guide Pratique de la chirurgie du rachis en RAC

- **CH Bourg-en-Bresse**

Cf. Annexe 309

Passport RAAC Orthopédie

- **Centre hospitalier de Belley**

Cf. Annexe 13

Création d'un passeport RAC, d'une bande-dessinée explicative et de deux pages supplémentaires (quizz et suivi de réhabilitation).

L'INTÉRÊT D'UNE CHARTE GRAPHIQUE³

Information générale, passeport, liste de rendez-vous, convocation, consentement, ordonnance, consignes préopératoires et postopératoires, check-list, journal de bord... un recensement des supports utilisés au décours d'une prise en charge complexe comme la RAC donne facilement une vingtaine de documents.

La nécessité d'une cohérence globale et d'une organisation simple de cette masse documentaire est évidente.

Une charte graphique est indispensable pour que les documents s'inscrivent dans une démarche unifiée qui va rassurer le patient dans le professionnalisme de sa prise en charge, charte d'ailleurs idéalement multimédia : on devrait retrouver les mêmes codes graphiques à travers les divers documents, dans les supports vidéo ou les applicatifs connectés, jusque dans la décoration des locaux.



En région :

- **Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc**

Cf. Annexe 310

Création d'une pochette, d'un livret d'information, d'une charte, d'un support d'enquête dans un langage graphique harmonisé.

- **Hôpital Nord-Ouest, Villefranche-sur-Saône**

Cf. Annexe 14

Création d'un passeport RAC, avec une charte graphique spécifique. Le passeport contient une fiche explicative de l'intervention, la fiche consentement et consentement anesthésie, la fiche technique de la douche préopératoire, la fiche dépilation préopératoire ainsi que les ordonnances.

³ Une charte graphique est un document établissant l'ensemble des règles qui définissent l'identité graphique d'une structure ou d'un projet (logo, couleurs, typographie...).

Cf. Annexe 311

Déclinaison de la charte graphique pour la RAC en gynécologie.

LA VIDÉO ET LES SUPPORTS ANIMÉS

Le visuel animé est un support d'accès facile et d'impact fort pour les patients.

Sa contrainte est de nécessiter un outil numérique pour être utilisé, mais cette contrainte disparaît au rythme de la généralisation des smartphones, et même pour les personnes non connectées, on peut aussi utiliser ce média en soutien des démarches d'information ou d'éducation durant les étapes de présence du patient dans le parcours. C'est un support facilement malléable pour s'adapter aux divers canaux de diffusion (chaîne de l'établissement, Internet, salle d'attente, consultation...).

Le projet de création d'un support visuel animé peut faire peur. Tous ceux qui ont tenté de filmer leurs vacances savent qu'un travail de qualité nécessite des compétences et du temps. Il va falloir recourir à des professionnels du média concerné, avec la lourdeur et les coûts associés. Aujourd'hui, cette appréhension n'est qu'en partie justifiée.

D'abord, un visuel animé ne signifie pas forcément une vidéo, comme le montre le

travail en commun des équipes de la Clinique d'Argonay et des CH Pays du Mont-Blanc et Alpes-Léman. Par un enchaînement d'images fixes, créé dans Powerpoint, il réussit le tour de force d'expliquer clairement la RAC colorectale avec un support visuel animé mélangeant des images réelles prises sur les 3 sites.

Ensuite, l'émergence des réseaux sociaux a provoqué une forte démocratisation des outils de conception vidéo et créé un tissu dense de studios spécialisés dans la création de support et dans la pédagogie numérique (plateformes d'apprentissage en ligne, MOOC...).

Se faire accompagner par un professionnel (interne ou externe) de la vidéo est donc indispensable et n'est pas si coûteux que cela pour le type de supports recherché d'une durée typique de 3 à 5 minutes.

Il faudra choisir entre deux approches : motion design ou images réelles.

Pour en savoir plus sur les différents types de vidéos, [consultez la lettre CRAAC n° 8, page 3.](#)



En région :

- **Clinique d'Argonay, Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc, Centre hospitalier Alpes-Léman**

Cf. Annexe 15

Création en commun (3 établissements de divers statuts) d'un support pédagogique pour les patients sous la forme d'un diaporama animé.

- **Centre Léon Bérard**

Cf. Annexe 16

Étape de la création d'une vidéo en « motion design » expliquant les principes transversaux à la RAC et applicable aux chirurgies gynécologique, digestive et thoracique.

- **Médipôle de Savoie, Chambéry**

Cf. Annexe 312

Expliquer la RAC de la chirurgie de l'épaule en « motion design ».

- **CH Bourgoin-Jallieu**

Cf. Annexe 313

Expliquer la RAC de la PTG en images réelles.

- **Centre hospitalier universitaire, Lyon – site de Lyon-Sud**

Cf. Annexe 314

Le parcours RAC en urologie en images réelles.

L’AFFICHAGE DANS LE SERVICE

L’affichage dans le service est un mode de communication patient particulièrement pertinent pour cette prise en charge :

- il rappelle au patient certains aspects clés de la prise en charge, la mobilisation précoce en particulier ;
- il rappelle aux soignants l’importance de cette mobilisation et les soutient dans leur rappel aux patients de le faire.

Il se décline de deux façons :

- des affiches générales transmettant un message « mobilisant » pour le patient ;
- des affiches spécifiques à l’auto-rééducation dans le service expliquant les exercices à faire à chaque étape du parcours dans les couloirs.



En région :

- **Centre hospitalier universitaire de Lyon (HCL) – Hôpital Édouard Herriot, CHU Lyon-Sud**

Cf. Annexe 315

Campagne d’affichage concernant la RAC.

RENFORCER L'ÉDUCATION DES PATIENTS

Accompagner le patient dans un programme d'ETP est utile pour lui apporter les informations nécessaires autour de sa prise en charge mais aussi réduire son stress éventuel, le rendre acteur de sa santé,

organiser son séjour et anticiper le retour à domicile. Cela permet de réduire les durées d'hospitalisation et d'obtenir de meilleurs résultats.



En région :

- **Clinique Saint-Charles, Lyon**

cf. Annexe 17

Depuis janvier 2016, mise en place d'une consultation infirmière en groupe pour les patients opérés « Écoles des patients » d'une prothèse de hanche ou de genou et d'une consultation individuelle pour les prothèses en ambulatoire.

- **Clinique Mutualiste Chirurgicale, Saint-Étienne**

Cf. Annexe 18

Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique pré et post opératoire pour la chirurgie de l'obésité : promouvoir l'activité physique adaptée et un bon équilibre alimentaire. Ce programme prend la forme de cinq demi-journées de trois heures toutes les cinq semaines. Ils sont élaborés et coordonnés par une infirmière bariatrique, 2 diététiciens, 2 APA, 1 psychomotricien, 2 psychologues.

- **Clinique du Parc, Lyon (Elsan)**

Cf. Annexe 316

Vidéo - Expliquer aux patients comment se préparer à leur prise en charge hospitalière.

- **Médipôle de Savoie, Chambéry**

Cf. Annexe 317

Aide en ligne pour l'installation d'un gilet d'abduction pour la chirurgie de l'épaule.

LA PRÉ-HABILITATION

La pré-habilitation est la préparation physique, respiratoire, nutritionnelle et psychologique du patient avant l'intervention qui permet d'améliorer la prise en charge et de préparer une meilleure récupération après la chirurgie.

La pré-habilitation se déroule sur plusieurs semaines avant l'intervention et est pratiquée notamment pour la chirurgie bariatrique et cancérologique.



En région :

- **Infirmierie Protestante, Caluire-et-Cuire**

cf. Annexe 19

Carnet de préparation pour la chirurgie bariatrique, par les associations GRACE et HOBEHO
Création d'un carnet de suivi par un comité de pilotage constitué de professionnels de santé issus de plusieurs établissements. Le carnet comporte un programme de pré-habilitation sur 6 semaines avec des conseils, des tests et des bilans.

- **Centre hospitalier universitaire, Clermont-Ferrand**

cf. Annexe 20

Chirurgie gynécologique : création de supports de communication qui informent et rendent la patiente actrice (triptyque, fiche préopératoire d'auto-évaluation, fiche calcul de l'activité sportive, carnet de bord à remplir par la patiente). La pré-habilitation de la patiente est réalisée grâce à la multidisciplinarité des intervenants : coach sportif, addictologue, nutritionniste, médecin, infirmier coordonnateur, psychologue.

- **Centre hospitalier universitaire, Lyon – site de Lyon-Sud**

cf. Annexe 318

Pré-habilitation pour les chirurgies urologiques et viscérales, incluant préparation physique, respiratoire, nutritionnelle et psychologique.

Livret expliquant la pré-habilitation :

- évaluation de l'activité physique du patient et proposition d'un programme adapté de 4 semaines ;
- évaluation de l'état nutritionnel en fonction des recommandations, consultation diététicien si la dénutrition est sévère ;
- accompagnement personnalisé par IDE.

L'ADAPTATION AUX NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION

De la même façon qu'existent maintenant les pratiques de "Marche en avant" et "Patient debout", certains établissements ont mis en place de nouveaux modes d'accueil des patients.

L'entrée à J0 : accueil du patient le matin-même de sa chirurgie. Cela suppose une organisation bien précise au sein du service et des consignes claires pour le patient. Entrer le jour-même de son intervention

permet de **réduire l'anxiété du patient** et de personnaliser sa prise en charge. L'anxiété est un élément important à prendre en compte puisqu'il a plusieurs impacts sur le bon déroulement de la prise en charge :

- pour le patient : une moindre compliance au traitement, un temps de récupération plus long ou encore un système immunitaire fragilisé ;
- pour les professionnels : il augmente les temps d'intervention.



En région :

- **Centre hospitalier Lyon Sud**

cf. Annexe 21

Avec le principe d'une entrée à J0, le Centre hospitalier Lyon Sud propose un "parcours zen" avec un salon d'accueil favorisant la détente. Cela permet de proposer un accueil personnalisé au patient et de diminuer le délai d'attente de sa prise en charge. L'arrivée est organisée au plus près de l'intervention, ce qui diminue significativement l'anxiété du patient.

- **Centre Léon-Bérard, Lyon**

cf. Annexe 22

Création du salon "Snoezelen" pour réduire l'anxiété pré opératoire avec la diffusion de musique, de l'aromathérapie ainsi que de la visualisation en réalité virtuelle. Celle-ci est un nouvel outil complètement intégré dans les pratiques soignantes pour réduire l'anxiété en préopératoire grâce à la création d'un parcours zen.

- **Clinique du Parc, Lyon**

cf. Annexe 319

Zen attitude et maîtrise du stress des patients en chirurgie orthopédique et du rachis : application, salon d'attente et casque de réalité virtuelle.

- **CH Firminy**

cf. Annexe 320

Espace d'accueil à J0 pour la chirurgie gynécologique. Casque de réalité virtuelle.

- **Centre hospitalier universitaire, Clermont-Ferrand – site Estaing**

cf. Annexe 321

Accueil direct en sas du bloc obstétrical des parturientes en césarienne programmée. Création et décoration d'un petit espace confort.

PRÉPARATION DE LA SORTIE

LES PROGRAMMES DE RETOUR À DOMICILE (PRADO)

Pour préparer la sortie du patient, plusieurs dispositifs existent. L'un d'entre eux, nommé PRADO (Programme de retour à domicile), a été mis en place par l'Assurance maladie **et est entièrement pris en charge.**

Le PRADO s'adresse aux patients de plus de 18 ans en sortie d'hospitalisation pour chirurgie. L'équipe médicale détermine l'éligibilité du patient au service PRADO

chirurgie et définit les besoins en soins infirmiers et/ou séances de masso-kinésithérapie ainsi que les besoins en aide à la vie (portage de repas et / ou aide-ménagère).

Le Conseiller de l'Assurance maladie (CAM) présente l'offre au patient, recueille son adhésion et les coordonnées de ses professionnels de santé habituels. Il informe

le médecin traitant et prend ensuite le premier rendez-vous avec chaque professionnel de santé selon le libre choix du patient. Si besoin, le conseiller signale le patient au service social pour la mise en place d'une aide à la vie.

Par la suite, le conseiller prend contact avec le patient pour s'assurer de la réalisation des premiers rendez-vous et réalise un bilan de satisfaction à 15 jours.

Les avantages du PRADO sont multiples, à la fois pour le patient et pour la structure :

- faciliter l'organisation du retour à domicile ;
- rassurer le patient ;
- réduire le délai de retour ;
- mettre en place un réseau de professionnels accompagnants.

Pour les actes de chirurgie programmée, la préinscription au moment de la consultation préopératoire permet de planifier la prise en charge. L'éligibilité est ensuite confirmée pendant l'hospitalisation.



PENDANT LA CHIRURGIE : LA PHASE PER OPÉRATEUR

Il est nécessaire de réaliser des chemins cliniques et des protocoles définis par procédures chirurgicales qui seront écrits, validés et appliqués.

PROTOCOLES ET TECHNIQUES D'ANESTHÉSIE

Les bases sont les suivantes :

- la limitation du stress chirurgical ;
- la prévention de l'hypothermie per opératoire (en particulier durant la première heure de l'opération) ;
- l'optimisation de la volémie en peropératoire afin d'assurer une perfusion tissulaire efficace et éviter hyper et hypo volémie ;
- l'analgésie multimodale et épargne des analgésiques morphiniques (initiation de la prise en charge de la douleur et prévention des douleurs chroniques) ;

- la prévention habituelle des complications post opératoires : antibioprofylaxie, thromboprofylaxie, prévention de l'anémie, prévention des nausées et vomissements post opératoires.

TECHNIQUES CHIRURGICALES

- Privilégier les techniques d'abord chirurgicales mini-invasives, mais les laparotomies et les thoracotomies ne sont pas des contre-indications à la RAC ;
- réduire l'usage des drains (suppression des drains en chirurgie du genou - même prothétique et en chirurgie colique) ;
- ablation des sondes urinaires et naso-gastriques en bloc opératoire (chirurgie abdominale).

Le descriptif de ces techniques n'est pas exhaustif et ces évolutions sont entrées dans la pratique courante.

**En région :**

- **Centre hospitalier universitaire, Grenoble**

cf. Annexe 322

Les techniques revisitées : l'installation, les instruments, les consommables (champs, pansements), la suture...

- **Centre hospitalier universitaire, Clermont-Ferrand**

cf. Annexe 323

Développer le peau-à-peau et la présence du deuxième parent en salle

- **Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc, Sallanches**

cf. Annexe 324

Film du rôle du deuxième parent lors d'une césarienne

APRÈS LA CHIRURGIE : LA PHASE POST OPÉRATOIRE**FAVORISER LA MOBILISATION PRÉCOCE**

Le lever et la mobilisation précoce du patient sont à privilégier, ainsi que la réalimentation au plus tôt.

**En région :**

- **Clinique Saint-Charles, Lyon**

cf. Annexe 23

Création d'un circuit "Fast Track" avec un box d'attente individuel, un salon de collation, une salle d'attente et une valisette d'objets connectés.

- **Hospices civils de Lyon, Lyon-Sud**

cf. Annexe 24

Création d'une salle de rééducation dans le service pour la réadaptation à l'effort, ainsi que d'un cahier de bord (remis au patient pour lui permettre de noter ses progrès de mobilisation postopératoire dans le service, support motivant qui influence le comportement des patients pour les inciter à se mobiliser) et d'un parcours (plan du service indiquant les parcours et leurs distances, affiches disposées dans le service pour inciter les patients à se mobiliser).

- **Centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu**

cf. Annexe 25

Informier et mobiliser le patient, les clés de la réussite. Création d'un livret d'information, d'une campagne d'affichage dans le service, d'un carnet de bord sur lequel le patient note ses progrès, d'un parcours d'auto-rééducation dans les couloirs du service.

- **Centre hospitalier de Belley**

cf. Annexe 26

Guide PTG pré et post-opératoire, des conseils imagés pour un patient observant.

DÉVELOPPER LE RÔLE DES KINÉSITHÉRAPEUTES

- **En préopératoire (comme évoqué plus haut).**
- **Pendant l'hospitalisation :**
 - le jour de l'hospitalisation : accueil dans le service ;
 - le jour de la chirurgie : premier lever à H+4 ;
 - dès J+1 : kinésithérapie respiratoire (désencombrement, travail inspiratoire, spirométrie incitative), mobilisation, marche, pédalier ;
 - **incitation du patient à utiliser les circuits de rééducation et / ou la salle de remise en forme selon l'organisation du service (cf. exemples ci-dessous) ;**
 - accompagnement : plusieurs passages par jour ;
 - autonomie : responsabilité du patient pour sa prise en charge.
- **À la sortie :**
 - rappel : poursuite du programme de rééducation (en lien avec la prévention) ;
 - programme PRADO : relation avec les masseurs-kinésithérapeutes en ville.



En région :

• Hospices civils de Lyon, Croix-Rousse

cf. Annexe 27

Création de circuits de rééducation dans le service : réalisation d'une trame avec les différents circuits proposés aux patients (3 circuits de difficulté croissante), réalisation d'une charte graphique et impression de panneaux d'affichage.

• Hôpital privé de la Loire, Saint-Étienne

cf. Annexe 28

Création d'un salon de remise en forme. L'objectif est de permettre la sortie sécurisée à J+3 des patients opérés d'une chirurgie colique, sélectionnés en amont par le chirurgien. Il permet dès J+1 de favoriser la mobilité des patients en toute sécurité sous la surveillance d'un kinésithérapeute. En fonction des possibilités des patients, ils peuvent reprendre une activité de marche ou de vélo. L'aide des appareils permet d'engager rapidement une posture moins « repliée sur soi-même », ce qui permet aux patients d'être plus rapidement autonomes. C'est également un lieu convivial où il est possible d'échanger autour d'un repas.

- **Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne**

cf. Annexe 29

Livret de prise en charge kiné en chirurgie thoracique.

- **Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc**

cf. Annexe 30

Explications et conseils aux patients pour la prothèse du genou et la prothèse de la hanche.

- **CH du Haut Bugey (Oyonnax)**

cf. Annexe 325

Livret d'auto-rééducation et de conseils après une PTG.

LA SURVEILLANCE PAR LE SUIVI CONNECTÉ

Plusieurs start-ups ont développé des dispositifs connectés permettant de continuer à surveiller les constantes du patient. Ils peuvent prendre la forme d'objets mais aussi de questionnaires qui peuvent déclencher des alertes. Les professionnels de santé et les patients ayant

pu expérimenter ce suivi ont émis des retours très positifs puisqu'aucun faux positif ou faux négatif n'a été observé.

Un cadre juridique est en cours d'élaboration afin de déterminer les responsabilités en cause le cas échéant.



En région :

Infirmierie protestante, Caluire-et-Cuire

cf. Annexe 31

Mise en place du suivi médical connecté "MAELA" : à son domicile, le patient suit le protocole défini par les professionnels et utilise les questionnaires, rappels de traitement, demandes d'analyses, prise de mesures ou de photos... Il est aussi possible pour le patient de contacter les infirmiers de la structure.

Objectifs : assurer une surveillance et gérer les risques à domicile, mais aussi rassurer et motiver le patient pour qu'il reste acteur de sa prise en charge.

- **Clinique Saint-Charles, Lyon**

cf. Annexe 20

Valisette d'objets connectés pour un suivi de la rééducation à domicile.

- **Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand**

cf. Annexe 32

Chirurgie gynécologique - Application de suivi de la patiente durant tout son séjour.

- **Centre Léon-Bérard, Lyon**

Cf. Annexe 33

Suivre les patients à domicile tout au long de la prise en charge grâce à l'application myCLB.

PERI OPÉRATOIRE : UN PARCOURS COMPLET

INTÉGRER LES MEILLEURES PRATIQUES DANS UN PARCOURS COMPLET

Les recommandations de bonnes pratiques pour mettre en œuvre la RAC recouvrent, selon les gestes ciblés, environ une vingtaine d'items répartis dans toutes les phases de la prise en charge, de la pré-hospitalisation à la post-hospitalisation, de la pré habilitation au suivi au domicile de la récupération des patients.

Les audits de pratiques ont montré d'ailleurs que l'effet RAC ne se faisait vraiment sentir qu'à partir d'environ 2/3 des recommandations en place.

Intégrer les meilleures pratiques à chaque étape est pourtant un challenge difficile que l'on ne peut réussir qu'avec le temps. Y réussir est la marque d'une organisation mature, et l'intégration de tous les aspects dans une même démarche renforce la simplicité et la sécurité de la prise en charge pour le plus grand bénéfice des patients.



En région :

- **Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand**

cf. Annexe 32

Un parcours complet RAC gynécologie.

- **Hospices civils de Lyon, hôpital Croix-Rousse**

cf. Annexe 34

Un parcours complet RAC.

Conclusion

La RAC est une innovation médicale qui cherche à diminuer l'impact du stress péri opératoire et ainsi diminuer les risques post opératoires. Les objectifs principaux sont la **diminution des complications** et une **meilleure gestion des comorbidités**. L'une des conséquences observées est la diminution des durées d'hospitalisation.

La RAC ne peut se développer sans la collaboration effective entre équipes chirurgicales, anesthésiques et l'engagement obligatoire des directions d'établissements qui doivent être présentes aux réunions. Il ne faut pas sous-estimer les changements organisationnels que cette démarche implique. Elle engage le virage ambulatoire et la rémunération future au parcours de soins favorisera les établissements qui l'ont mise en route.

Avant tout, c'est une démarche qui rend le patient acteur de sa prise en charge et favorise son retour à domicile dans les meilleures conditions. Des protocoles RAC peuvent s'échanger et s'appliquer à tout type de chirurgie ou d'anesthésie.

Toutes les études montrent le bénéfice de cette démarche au sein d'un établissement seulement si elle est appliquée à l'ensemble des disciplines. C'est l'objectif des vagues d'accompagnement successives qui étend le développement de la RAC à l'ensemble du territoire Auvergne-Rhône-Alpes et des disciplines chirurgicales.

Chaque établissement, chaque spécialité doit s'approprier la démarche et établir son propre chemin clinique.

L'organisation du parcours autour du patient doit s'articuler avec la ville aussi bien en préopératoire qu'en post opératoire.

La RAC va favoriser cette organisation mais il faut pour les professionnels de santé faire le deuil du nombre de lits par spécialité au profit de la qualité des soins et de l'augmentation du recrutement.

La diffusion au sein de l'ensemble des services d'un même établissement va favoriser la vraie économie : la mutualisation des ressources humaines, des locaux. Par déduction les gains financiers se font sur la réduction des ré hospitalisations, des transferts SSR puis des DMS.

La RAC favorise également le passage à l'ambulatoire pour certains gestes et a représenté une solution à la sortie de crise sanitaire suite au retard de prise en charge lié aux déprogrammations.

Les services pratiquant la RAC seront favorisés lors du passage à la rémunération au parcours de soins.

La RAC est le modèle actuel de la prise en charge chirurgicale. Son introduction progressive, ouverte à l'ensemble des disciplines chirurgicales, s'appuie sur des méthodes de gestion de l'innovation. Comme toute innovation, son déploiement prend du temps et toute action qui lui permet de s'instaurer plus rapidement et plus durablement aide les établissements et les tutelles dans leurs enjeux économiques.

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03

04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

