

Table ronde #1,

La RAC, projet collectif

Modérateur: Dr Jean-Pierre BONGIOVANNI, MAR
CH Saint-Joseph Saint-Luc, Lyon

La RAC, projet collectif

Leadership médical, comment lancer un projet RAC

- **Témoignage d'un « petit » site**
 - Dr Pierre-Arnaud PERROT, MAR, [CH St-Jean de Maurienne](#)
- **Témoignage d'un « grand » site**
 - Dr Gabriele BARABINO, Chir Digestive, Dr Brigitte BEAUCHESNE, MAR, [CHU St-Etienne](#)

Nouveaux métiers, modifications organisationnelles

- **Nouveau métier: IDE RAC de consultation orthopédique**
 - Eva EXCOFFIER, IDE, Soline PORTAL, IDE, [Clinique Générale Annecy](#)
- **IDE RAC en colorectale**
 - Emilia ALLART, IDE, Dominique LORIOUX, Directeur, [Clinique La Parisière](#)

Un patient bien informé et proactif

- **Le patient au cœur du parcours : information, préparation, gestion de ses risques**
 - Dr Sébastien PARENT, MAR, Clin Grand Large & Tonkin
- **Communication patients, tous les moyens sont bons : Création en commun d'un support pédagogique patients**
 - Dr Nicolas DESTRUMELLE, Chir Digestive, Dr Marie-Line CATINOIS, MAR, [Clinique Argonay](#),
 - Nelly LIGET, IDE, Anne PERACINO, diététicienne, [Hôpitaux des Pays du Mont-Blanc](#),
 - Dr Stéphanie FIGUET, MAR, Céline DUBOIS, IDE RAC, [CH Alpes Leman](#)

Sommaire

*Leadership médical:
témoignage d'un « petit »
site*

CH Saint-Jean de Maurienne

Dr Pierre-Arnaud PERROT, MAR



**Projet ARS ARA
Développement de la RAC**

**Site postulant
Chirurgie Hanche / Genou
RAC 2016 = 62 patients**



- Avril 2016, inscription au projet ARS RAC
- Au CH St-Jean de Maurienne, un seul chirurgien orthopédique pose les PTH et PTG. **S'il est volontaire pour la RAC, tout le monde suit.**
- En 2016, 91 patients pris en charge, 58 PTH et 33 PTG
 - Effet immédiat du programme RAC: la durée de séjour passe de 8 j à 3,5 j

- Explications ++ dès la consultation orthopédique
- Formation du personnel paramédical au bloc opératoire et dans le service
- Consultation d'anesthésie
 - Document spécifique
 - Protocole FerInject et Erythropoïetine
- Au bloc opératoire
 - Prévention NVPO
 - Acide Tranexamique
 - Infiltration intra articulaire

- Absence de redon à la sortie du bloc
 - Pas encore le cas en pratique
- Analgésie post op multimodale PER OS immédiate
- Radiographie en sortie de bloc vue par le chirurgien avant le 1^{er} lever du soir même
- Premier lever en présence du chirurgien
- Cryothérapie (depuis janvier 2017) avec attelle Game-Ready en chirurgie
- Suivi de la Cryothérapie en SSR

- Demande de pré admission dans le logiciel Trajectoire
- Prescription Kiné pré op lors de la deuxième consultation chirurgicale (béquillage, préparation de la rééducation post op)
- Unité de lieu: service de chirurgie – SSR
- Partage de la même équipe Kiné: Chir RAC SSR
- Médecin coordinateur SSR en lien direct avec Cadre de Chirurgie
- Dossier partagé CristalNet et papier: observations et prescription chirurgicale / SSR

- Dès la 1^{ère} consultation chirurgicale
- PTH
 - Retour à domicile (dispositif PRADO),
coordination Kiné, IDE, aide ménagère...
 - Exception: demande de pré admission SSR
- PTG
 - Demande pré admission SSR
- Dans les deux cas: validation RAC par
l'anesthésiste

Retour à domicile et soins

- Sortie à 11h
- Refection pansement à 48h
- Documents de sortie
 - Ordonnance antalgiques et matériel pansement
 - Ordonnance soins infirmiers
 - Ordonnance HBPM
 - Ordonnance rééducation
 - Courrier MT
 - Fiche liaison IDE

Sortie vers le SSR

- Logiciel Trajectoire
- Fiche de liaison IDE
- Fiche de suivi de plaie site opératoire
- CRO et CRH
- Photocopie papier des prescriptions informatiques

Conclusion

- Le maître mot de la RAC

COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

Merci de votre attention



*Leadership médical dans la
mise en œuvre de la RAC
Témoignage d'un « grand » site*

CHU Saint-Etienne

Dr Brigitte BEAUCHESNE, MAR

Dr Gabriele BARABINO, Chir Dig

CHU Saint-Etienne

*Service de chirurgie
digestive et oncologique*



**Projet ARS ARA
Développement de la RAC**

**Site postulant
Chirurgie Colorectale
RAC 2016 = 167 patients**

New Life



Old Life



Binôme

Chirurgien

Anesthésiste



*Il n'y a pas de chirurgie
de haut niveau sans
anesthésie de haut*



*Il n'y a pas d'anesthésie de
haut niveau sans chirurgie
de haut niveau...*

Les bonnes pratiques chirurgicales et anesthésiques

- Chirurgie mini invasive
- pas de préparation colique,
- remplissage peropératoire...

CHU SAINT-ETIENNE

Service de Chirurgie Digestive

- Janvier 2013 - Début protocoles RAC (Dr Barabino, Dr Beauchesne)
- Avril 2014 - Colectomies en ambulatoire
- Janvier 2015 - Projet Service « DMS – 48h »
- Octobre 2015 - Projet ARS « RAC chirurgie colorectale »
 - Au sein du GHT, groupe de travail avec l'équipe de l'HDG (Dr ABRAS, Dr BRUYAS)
 - Mise en œuvre de protocoles cliniques préopératoires, per opératoires
 - Flyer d'hospitalisation pour le patient
 - Protocoles cliniques postopératoires, pris de contact avec HAD

LES OBSTACLES

PATIENT

- Craintes, peur du changement
- Résistance au changement

EQUIPE

- Turnover
- Habitudes
- Défaut de connaissance
- Motivation

TEMPS

DOCUMENTATION

ORGANISATION

SUIVI
POST-OPERATOIRE

LOCAUX



~~PROBLEM~~

SOLUTION



LES SOLUTIONS

LEADERS CONVAINCUS

- Chirurgien
- Anesthésiste

ESPRIT D'EQUIPE

EDUCATION DU PATIENT

INFORMATION

PROTOCOLES

TEMPS

EVALUATION

COMMUNICATION

MOTIVATION

ENTRAINEMENT

CHU SAINT-ETIENNE

Service de Chirurgie Digestive

- Janvier 2013 - Début protocoles RAC (Dr Barabino, Dr Beauchesne)
- Avril 2014 - Colectomies en ambulatoire
- Janvier 2015 - Projet Service « DMS – 48h »
- Octobre 2015 - Projet ARS « RAC chirurgie colorectale »
 - Au sein du GHT, groupe de travail avec l'équipe de l'HDG (Dr ABRAS, Dr BRUYAS)
 - Mise en œuvre de protocoles cliniques préopératoires, per opératoires
 - Flyer d'hospitalisation pour le patient
 - Protocoles cliniques postopératoires, pris de contact avec HAD

Trinôme

Chirurgien

Cadre

Anesthésiste



*Qualité des
soins*

*Equipe
experte*

*Moindre
coût*

Innover, ce n'est pas avoir une nouvelle idée, mais arrêter d'avoir une vieille idée.

Edwin Herber Land

L'innovation, c'est une situation qu'on choisit parce qu'on a une passion brûlante pour quelque chose.

Steve Jobs

*Nouveaux métiers:
IDE RAC en consultation
orthopédique*

Clinique Générale
Annecy

Eva EXCOFFIER & Soline PORTAL, IDE



Clinique Générale ANNECY

4, chemin de la Tour la Reine
74000 Annecy



Projet ARS ARA
Développement de la RAC

Site référent
Chirurgie Hanche / Genou
RAC 2016 = 144 patients



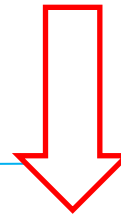
*Réhabilitation Rapide **A**méliorée **A**près Chirurgie
& **CHIRURGIE AMBULATOIRE***



LCA - PTG - PTH en **AMBULATOIRE** ou HC (J1J2)

investissements de tous

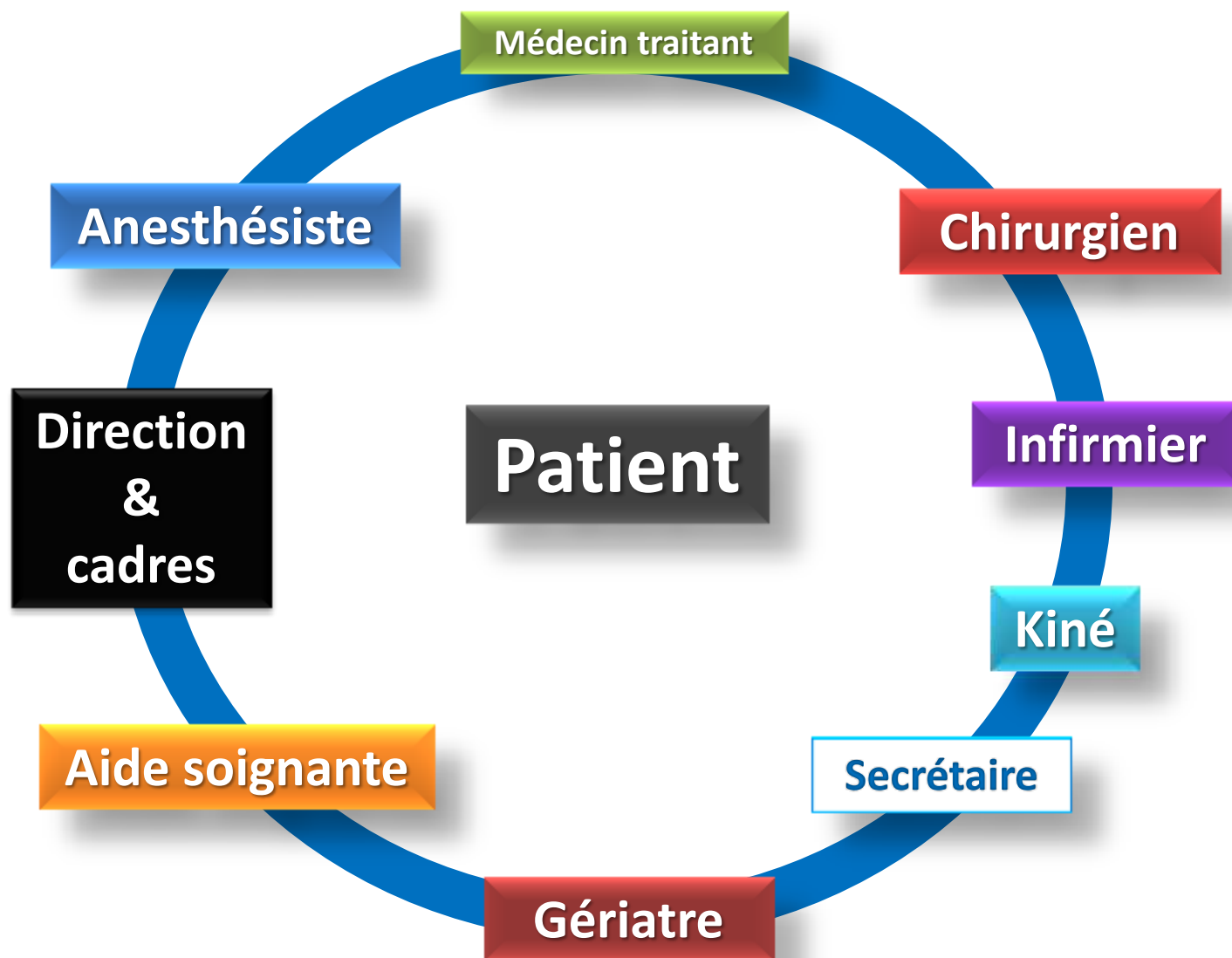
bénéfices pour tous



PATIENT

ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

SYSTÈME DE SANTÉ



Chirurgien : Ortho, Viscéral ...

Anesthésiste

IDE

Kiné

Cadre

Administratif

Secrétaire

Qualité

Pharmacien

Brancardier

Aide soignante

Ostéo-Hypnose new

Patient/expert projet

Médecin traitant projet

SSR projet

COMITÉ RRAAC-AMBULATOIRE

une
nouvelle
instance
médicale

Rôles de l'IDE RRAAC

Phase pré opératoire

IDE

+++ Éducation thérapeutique préopératoire +++

- une nouvelle compétence
- entretien individuel
- en présence de l'accompagnant (=coach)
- 45 à 60 minutes
- Informer
- mettre en confiance
- faciliter l'organisation
- répondre aux questions...



Phase post-opératoire

IDE

Suivi postopératoire

- appel téléphonique : J1* et J7

* en cas d' Hospitalisation Courte de 1 ou 2 jours : appel le lendemain de la sortie soit J2 ou J3

rappel des infos : médicaments, attelle de cryothérapie 15 jours ...
répondre aux nouvelles questions ...

- place de la E-médecine : postop mais aussi préop
- anesthésistes et chirurgiens disponibles 24/7
par téléphone ou à la clinique



Chirurgien

Consultation postopératoire à 1 mois avec radiographies

En chiffres

5 min

Hospitalisation
Conventionnelle

LCA : J1 - J3

PTG : J5 - J7

PTH : J4 - J6

taux
national
PTG - PTH
en Ambu
0,50%



LCA : AMBU 98%

PTG : AMBU 25%

PTH : AMBU 30%

J1 60% **J2** 10% >5%

J1 55% **J2** 10% >5%

**CHIRURGIE
DE DEMAIN
« SANS
HOSPITALISATION »**

Résumé du CHEMIN CLINIQUE (ex : PTG)



Préop

- Information
- Education thérapeutique +++
- Ordonnances
- Prémédication non systématique
- Jeûne limité

Perop

- Corticoïdes
- ATBP + Exacyl
- Anesthésie adaptée
- Prévention NVPO
- Pas de garrot
- Hémostase +++
- Pansement compressif

Postop

- Analgésie multimodale
- Pas de drain
- Cryothérapie et compression
- Déperfuser
- Lever précoce H4
- Alimentation rapide
- Suivi postop : J1-J7

- Chirurgien
- Anesthésiste
- Personnel paramédical

*Nouveaux métiers,
IDE RAC en colorectale*

Clinique La Parisière

Bourg de Péage

Emilia Allart, IDE & Dominique Loroux, directeur



Projet ARS ARA
Développement de la RAC

Site postulant
Chirurgie Colorectale
RAC 2016 = 71 patients

- Chirurgie et endoscopie = 10.000 patients / an
 - 2 unités Chirurgie Ambulatoire (72% séjours)
 - 1 unité d'hospit de 32 lits avec soins continus
- 71 patients opérés de chirurgie colorectale en 2016
- Sur les 3 derniers trimestres 2016, 41% patients opérés ont eu une durée de séjour ≤ 5 nuits (vs 26% en 2015)

- Équipe convaincue par les bienfaits d'une prise en charge basée sur le « patient acteur ».
- La démarche « RAC » permet un accompagnement et une participation du patient
- Rôle éducatif devient essentiel pour le soignant

- Rôle de soutien en consultation pré op,
 - reformulation des éléments de la consultation avec le chirurgien
 - remise du livret RAC
 - échange avec le patient et ses proches
 - explications des modalités d'hospitalisation...
- Rôle éducatif durant l'hospitalisation
- Rôle de suivi post-opératoire (appel téléphonique à distance)
- Rôle éducatif en stomathérapie quand nécessaire avec un suivi post opératoire

- Rédaction d'un chemin clinique pour la mise en place de la RAC
- Deux infirmières référentes RAC formés (stomathérapie, cancérologie, éducation thérapeutique)
- Un jour dédié (Jeudi) de consultations RAC IDE

- Utilisation d'un agenda électronique intégré au Dossier Patient Informatisé (DPI)
 - les secrétaires médicales inscrivent directement les rendez-vous pour l'IDE RAC (si possible le même jour que la consultation avec l'anesthésiste)
 - compte rendu de consultations RAC IDE intégré au Dossier Patient Informatisé (DPI) et accessible par l'ensemble de l'équipe
- Compte rendu de l'appel post chirurgie réalisé le Jeudi une semaine après la sortie du patient
- Elaboration d'un livret remis au patient lors de sa consultation pré op avec l'IDE référente
- Mise en place de protocole médicaux par les anesthésistes pour l'utilisation de nouvelles analgésies et antalgiques

- Retours positifs des patients
 - Ils apprécient le suivi fait par l'IDE référente
 - Ils se sentent rassurés lors de la consultation pré opératoire
- Moments d'échange pour des questions et de la reformulation.
- Tous les patients n'adhèrent pas...
- Difficultés parfois au sein de l'équipe, faire évoluer les mentalités... les habitudes...

- L'IDE référente RAC est aussi impliquée dans la stomathérapie et dans le plan cancérologie.
- Etendre la RAC à d'autres spécialités
 - urologie (en cours),
 - orthopédie,
 - chirurgie bariatrique

Le patient au cœur de son parcours de soin

*Information, préparation et gestion de ses
risques*

*Clinique du Grand Large
et du Tonkin*

Décines-Villeurbanne

Dr Bernard Tête, Chirurgien viscéral

Dr Sébastien Parent, Anesthésiste réanimateur



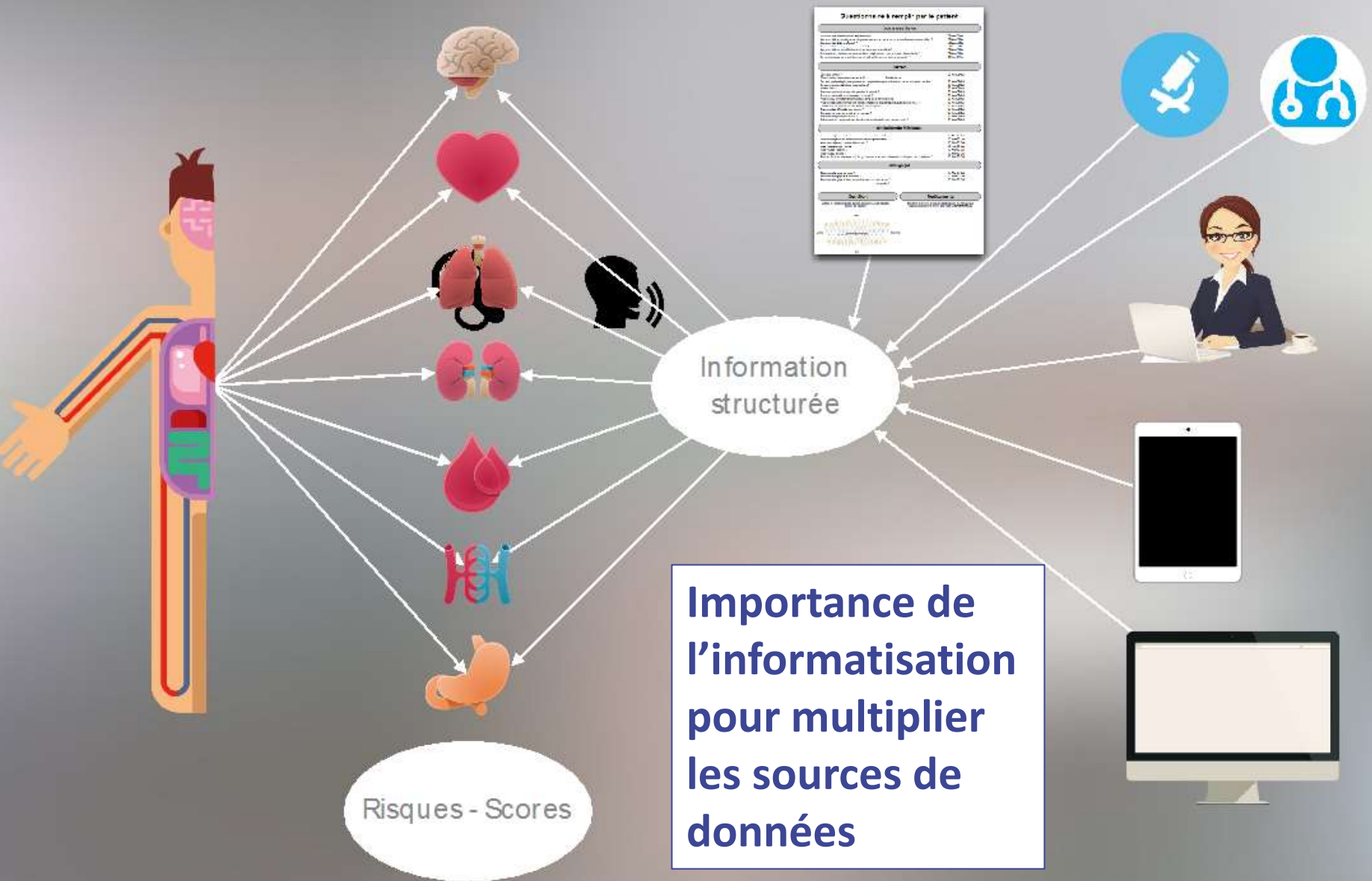
**Projet ARS ARA
Développement de la RAC**

**Site postulant
Chirurgie Colorectale
RAC 2016 = 38 patients**

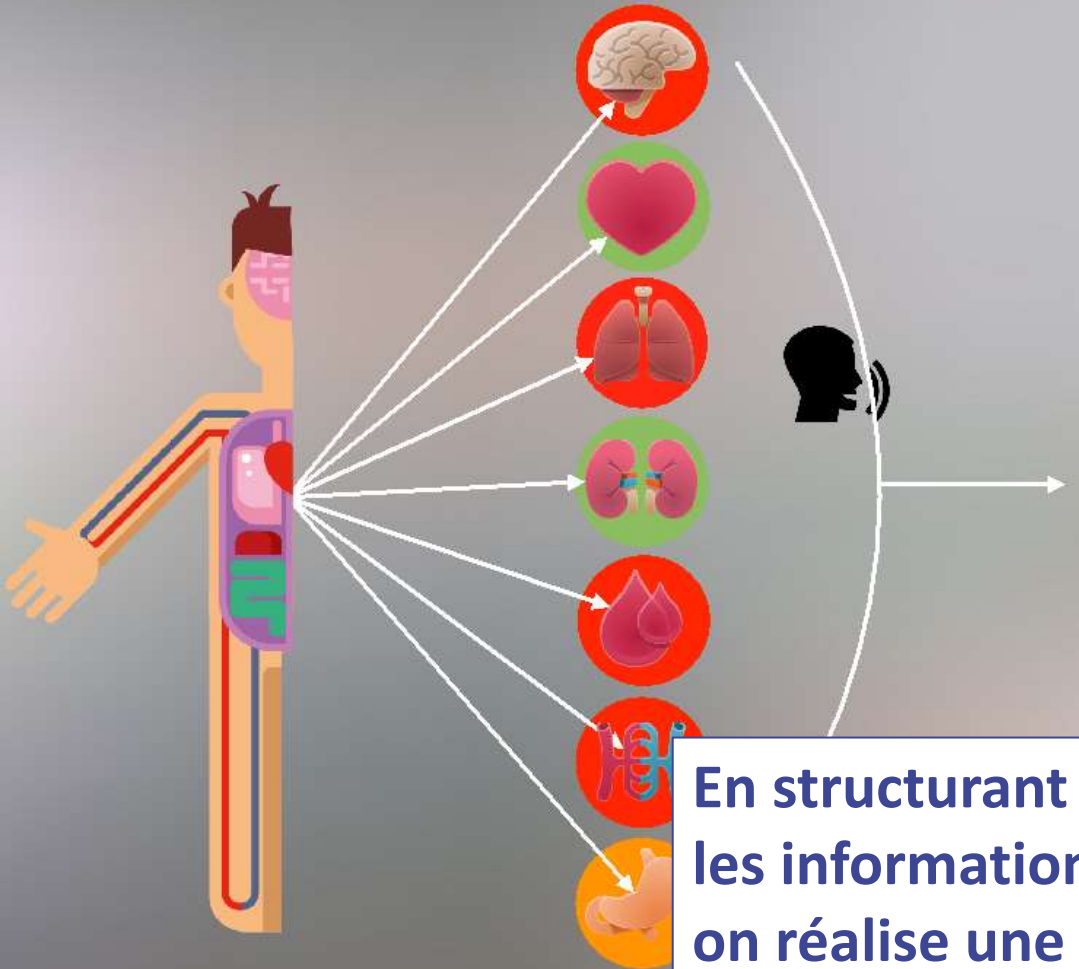
- Patient passif et spectateur alors qu'il est au centre des préoccupations, son état est unique
- Manque de collaboration entre les différents intervenants
- Volume important d'informations, saturation des sens
- Gestion différentes d'un praticien à un autre
- Pas de maîtrise du parcours de soin, pas de structuration des données
- Evaluation hétérogène des risques de chaque patient (groupe d'anesthésistes)

- Rendre acteur et actif le patient dès la consultation avec le chirurgien
- Collaboration obligatoire entre chirurgien et anesthésistes
- Informer sur le parcours de soin là aussi avec l'équipe soignante et l'établissement
- Evaluer et maîtriser les risques propres à chaque patient en apportant une réponse individualisée à chaque parcours de soins
- Ne pas négliger l'aspect visuel car les informations sont nombreuses et source d'errance
- Garder un support à portée de main (intergénérationnel)
- Recueillir des datas afin d'évaluer les actions menées et les modifier le cas échéant (audit)

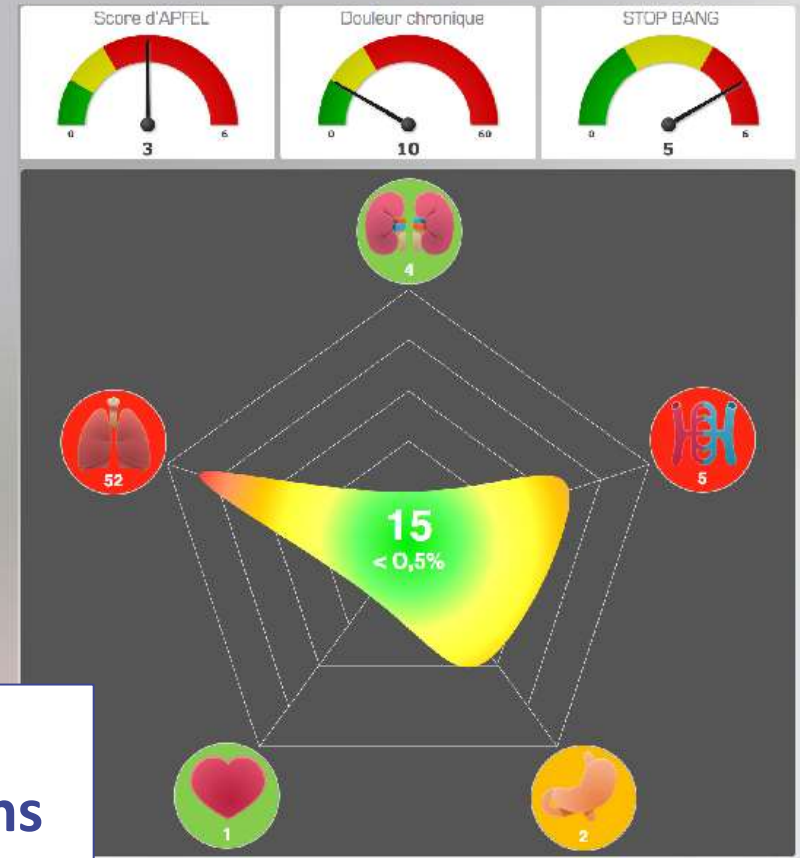
STRATIFICATION DES RISQUES



STRATIFICATION DES RISQUES



En structurant
les informations
on réalise une
cartographies
des risques



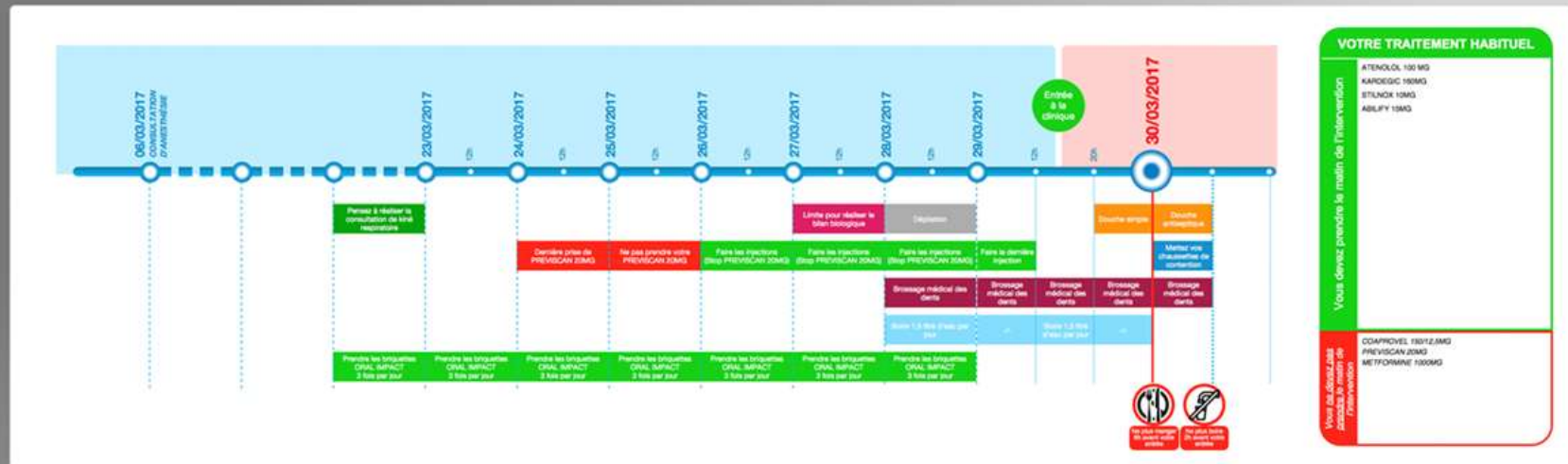
CARTOGRAPHIE DES RISQUES
INDIVIDUALISÉE

Mise en forme et information projetée au patient lors de la CPA 48

M. LAGAFFE GASTON



VOTRE PROFIL DE RISQUES



Visualisation du parcours de soins (document remis au patient)

49



Capiro Clinique du Grand Large

Service
d'anesthésie

Votre chemin pour l'intervention du 30/03/2017

Ce document vous présente plusieurs éléments relatifs aux différentes étapes de votre hospitalisation.

En première page, vous retrouvez votre profil de risque déterminé lors de la consultation d'anesthésie.

En page intérieure, vous trouverez votre chemin avant l'intervention.

En dernière page, nous vous expliquerons le déroulement précis de votre hospitalisation.

Nous restons à votre disposition pour tout autre renseignement.

Votre anesthésiste
05/03/17

Dr PARENT (691704035)

Votre profil

Nous avons évalué, lors de la consultation d'anesthésie, la cartographie de vos risques pour votre intervention. Elle est la synthèse de votre état de santé actuel, de l'intervention dont vous allez bénéficier et du type d'anesthésie que l'anesthésiste vous a proposé.

Ce document ne doit pas vous inquiéter et l'anesthésiste reste à votre entière disposition pour vous expliquer ces pictogrammes.

Le cerclage couleur situe votre niveau de risque pour chaque élément surveillé.



Je peux avoir des nausées ou des vomissements après mon anesthésie



Je peux faire des complications respiratoires après mon intervention



En cas d'anesthésie générale, ma dentition ou mes prothèses dentaires risquent d'être abîmées



Je peux faire des complications cardiaques après mon intervention



En cas d'anesthésie générale, j'aurais peut-être mal à la gorge au réveil



Je peux faire des complications rénales après mon intervention



Je suis un patient qui peut être sujet au syndrome d'apnées du sommeil



Je peux faire une thrombose veineuse (phlébite) après mon intervention



Je peux conserver des douleurs plusieurs semaines après mon intervention



Je peux avoir des troubles nutritionnels dans la période entourant mon intervention

M. LAGAFFE GASTON

VOTRE CHEMIN À LA CLINIQUE



Vous allez vous présenter à l'accueil de la clinique (là où vous avez fait votre pré admission) pour être dirigé vers votre service d'hospitalisation.

Vous devez prendre votre traitement habituel

Vous ne devez pas prendre



Pour monter au bloc vous serez habillé avec un pyjama à usage unique et un cathéter veineux sera posé au niveau du bras ou de la main si besoin.



Votre transfert jusqu'à la salle d'opération se fera à pied, accompagné du brancardier.



VOTRE INTERVENTION

Colostomie cœlo Gauche



Après votre intervention vous serez surveillé(e) en salle de réveil jusqu'à ce que votre réveil soit complet.



Vous retournerez alors sur votre lit et accompagné du brancardier dans votre chambre du service d'hospitalisation.



L'équipe paramédicale s'occupera de vos pansements, de votre analgésie, de votre alimentation, de vos traitements personnels et de votre mobilisation (avec l'aide de kinésithérapeutes si besoin). Elle restera constamment à votre service et à votre écoute.



Le cadre de santé viendra confirmer avec vous les modalités de votre retour à domicile (ou de votre passage en service de convalescence si nécessaire).



Une fois votre autonomie retrouvée, vous pourrez quitter l'établissement après accord de votre chirurgien. Nous vous fournirons tous les documents nécessaires à la poursuite de votre convalescence (ordonnance d'antalgiques, de pansements, arrêt de travail si nécessaire). Vous passerez à l'accueil de l'établissement (au rez-de-chaussée) pour finaliser votre sortie.



*Communication aux patients,
tous les moyens sont bons :
Création d'un support pédagogique
patients commun à 3 établissements*

*Clinique d'Argonay (Annecy),
CH Pays du Mont-Blanc (Sallanches),
CH Alpes-Léman (Annemasse)*

**Dr Nicolas DESTRUMELLE, Chir Digestive & Dr Marie-Line CATINOIS, MAR,
Nelly LIGET, IDE & Anne PERACINO, diététicienne,
Dr Stéphanie FIGUET, MAR & Céline DUBOIS, IDE RAC**



CLINIQUE
D'ARGONAY



Projet ARS ARA
Développement de la RAC

Site référent
Chirurgie Colorectale
RAC 2016 = 44 patients

Projet ARS ARA
Développement de la RAC

Site postulant
Chirurgie Colorectale
RAC 2016 = 12 patients

Projet ARS ARA
Développement de la RAC

Site postulant
Chirurgie Colorectale
RAC 2016 = 23 patients

- Présentant le parcours et l'ensemble des intervenants et des étapes dans ce parcours de soins au moyen d'un diaporama
- Information destinée aux patients
 - diffusion visuelle dans les salles d'attente
 - Diffusion audio-visuelle sur les sites internet des établissements
- DVD ou clé USB donné à chaque patient avec un support écrit lors des consultations ?

- Idée née lors d'une réunion de coaching par APSIS Santé en juin 2016 (séance de mini-ateliers)
- Adhésion multicentrique et multidisciplinaire immédiate
- 5 réunions en marge du coaching ARS :
 - **sept 2016** : élaboration du synopsis, partage des scènes entre les différents établissements, minutage des séquences



	Séquence	Intervenant	Points essentiels à traiter	Durée	Lieu	Photos	
1	Introduction		Historique	7''		1	image
2	Chirurgien-consult.	Dr Destrumelle, Argonay	- Pourquoi le patient est là (lien avec MT) - Apports de la RR pour la chirurgie	30''	Bureau de consultation Argonay	6	6 ?
3	Anesthésiste-consult.	Dr Figuet, Annemasse	- Préparation /limitation du jeûn post-op - Douleur post-op	20''	Bureau de consultation Annemasse	3	4 photos
4	Infirmière pré-op	Céline Dubois, Annemasse	- Remise livret - Arrêt Tabac - Exercice physique - Consignes pré-op de base	10''	Bureau de consultation Annemasse	4	1 photo
5	Image d'entrée			3''	Argonay, 5è étage	1	1 photo
6	Bloc-SSPI	IDE- Bloc Sallanches	- Entrée en salle - Entrée en SSPI - Contrôle de la douleur - Sortie avec KT bouché	10''	Bloc Sallanches	2	3 photos
7	Diététicienne	Aurélien, Annemasse Sallanches ?	- Reprise alimentation précoce - Régime normal à la sortie	10''	Chambre / à table Sallanches	2	2 photos
8	Kiné	Julie, Sallanches	- 1 ^{er} lever - Kiné respiratoire, toux - Reprise activité physique	10''	Chambre + passerelle Sallanches	2	3 photos
9	Infirmière post-op	Claire Varet, Argonay	- Sondes et KT - Antalgiques - Reprise transit - Pansements	20''	Chambre patient Argonay	4	4 photos
10	Chirurgien post-op	Dr Destrumelle	- Palpation abdominale	10''	Chambre patient Argonay	2	2 ?
11	Anesthésiste post-op	Dr Figuet	- Douleur - NVPO	5''	Chambre patient Annemasse	1	1 photo
12	Chirurgien sortie	Dr Destrumelle	- Arrêt de travail - Signes d'alerte (complications) - Consultation de suivi	10''	Chambre patient Patient debout Argonay	2	2 ?
13 et 14	Infirmière sortie	Céline Dubois	- Consignes pansements - Explications des ordonnances - Appel du lendemain - patient au tel à domicile	5 + 10''	Chambre patient Patient debout Couloir Annemasse		2 photos
15	Image sortie			3''	Parking Sallanches/ Mont Blanc		1 photo
16	Domicile		- Restaurant	3''			1 photo

CLINIQUE d'ARGONAY

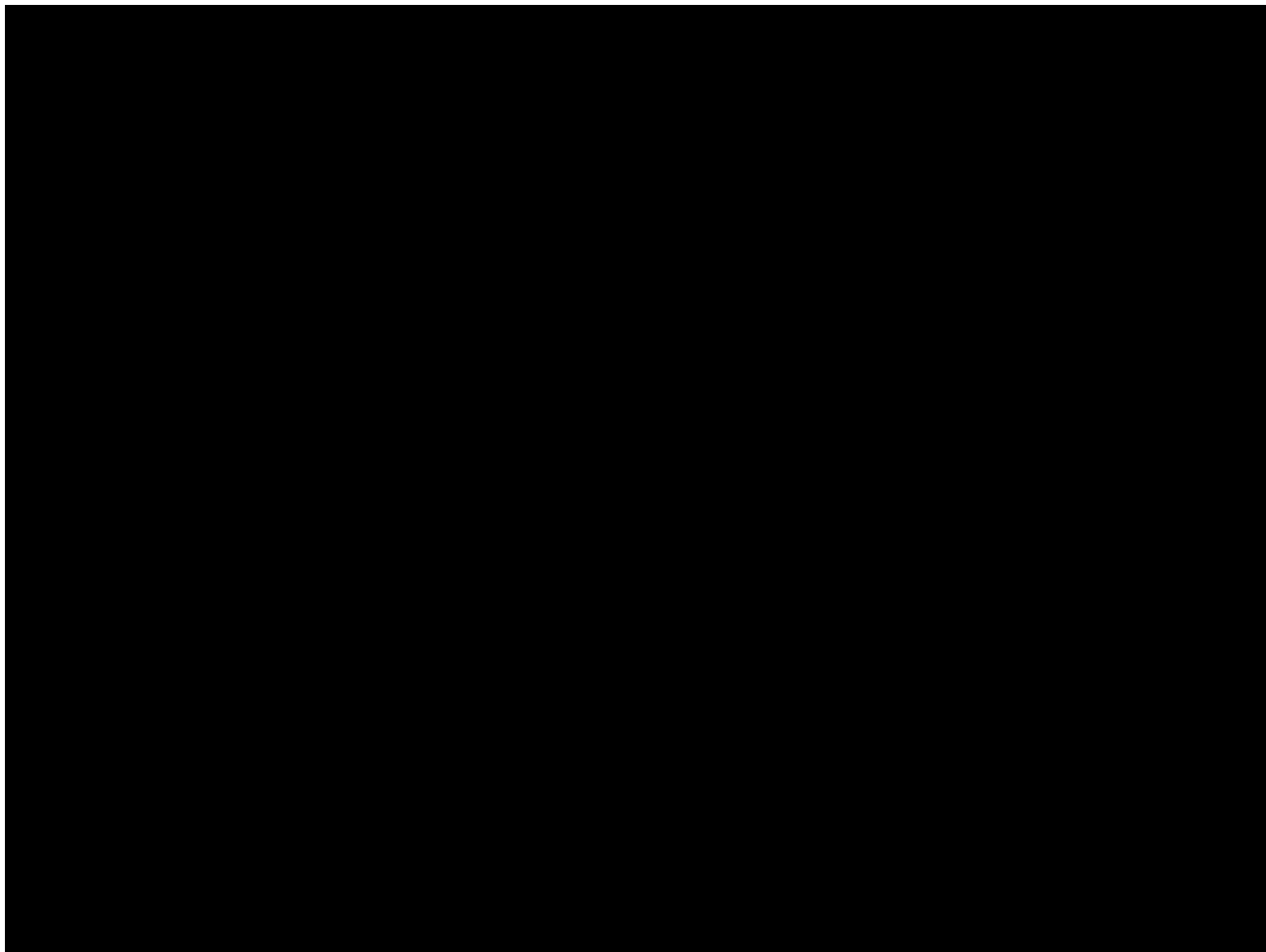
CH du Pays du Mont-Blanc

CH ALPES Léman

EXTERNE

- **déc 2016**, avec le service de communication du CHAL : décision du format de la présentation (simplicité, efficacité, moindre coût) – diaporama, photo, sous titrage texte, voix off
- **janv 2017** : décision et partage des photos entre établissements
- **fév 2017** : choix des textes accompagnant les photos
- **mars 2017** : présentation de l'avant-projet, réglage forme et textes, préparation de la table ronde





- Version provisoire
 - Juin : soirée festive de clôture du « coaching » pour les 3 établissements
 - Y sont conviés aussi les acteurs patients du « film » : prise d'une dernière photo des 3 patients au restaurant, qui remplacera la dernière du diaporama (provenant d'une base de données)
- Adhésion multicentrique, multiprofessionnelle
 - Projet ludique, utile donc « fédérateur »
 - Contribution technique du service de communication interne d'un des établissements hospitaliers



Table ronde #1,

Questions

Modérateur: Dr Jean-Pierre BONGIOVANNI, MAR
CH Saint-Joseph Saint-Luc

Petit café

*Allez voir les points vidéos
RAC dans la salle de pause*

CH Villefranche

CHU Lyon-Sud

Polyclinique Lyon Nord