

---

4 juillet 2018- 13h30 - 17h30

ARS Auvergne-Rhône-Alpes - Lyon

---

# Développement de la Réhabilitation Améliorée en Chirurgie

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



# *La nouvelle vague*

*Igor BUSSCHAERT*  
*Directeur de l'Offre de soins*  
*ARS Auvergne-Rhône-Alpes*

---

**Introduction**

---

- **Partie 1** : *Ouverture de la RAC à de nouvelles spécialités*
- **Partie 2** : *Retour d'expériences de la vague 1 (témoignages)*
- **Partie 3** : *Démarche de la vague 2*
- **Partie 4** : *A la rencontre des groupes*
- **Conclusion**

# *Ouverture de la RAC à de nouvelles spécialités*

---

**Partie 1**

---

# Ouverture de la RAC à de nouvelles spécialités

- *Etat de l'Art de la RAC*

Pr Karem SLIM – Président GRACE

- *Stratégie régionale et lancement 2<sup>ème</sup> vague en région Auvergne-Rhône-Alpes*

Dr Martine GELAS-BONIFACE – Médecin référent Régionale

---

**Sommaire**

---

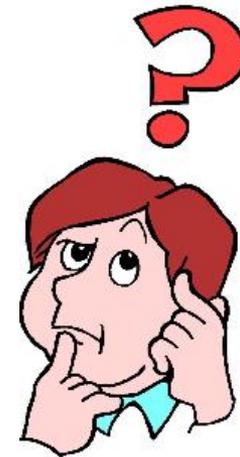
# *Etat de l'Art de la RAC*

*Pr Kareem SLIM*

*Président GRACE*

**CHU Clermont-Ferrand**

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



**Je ne sais pas**



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



**La RAC : tout le monde en fait un peu,  
parfois sans le savoir,  
Mais souvent de manière  
non-formalisée, non-structurée**

*Comme Mr Jourdain*

# La RAC dans le monde



# ERAS<sup>®</sup> Society

  
P.O.I.S.  
PeriOperative Italian Society

ERAS National Chapter Italy  
  ERAS<sup>®</sup>Society

Projeto  
**ACERT**  

**ERAS<sup>®</sup> USA**  
  
ERAS<sup>®</sup> SOCIETY USA CHAPTER

  
**EIDO**   
**HEALTHCARE**  
AUSTRALIA

  
**GERM**  
GRUPO ESPAÑOL DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL

  
**Enhanced RECOVERY**  
UK Chapter ERAS Society  
ERAS Society   
[www.erasuk.net](http://www.erasuk.net)

  
**GRACE**  
Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie

## ERAS / ABOUT / CENTERS OF EXCELLENCE

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

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

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

To contact any of the Centres of Excellence please click here



Devenir Centre GRACE

Filtrer par



Grande francophone de Réhabilitation  
Améliorée après Chirurgie

Grace Asso



**Enfin disponible !**

Vous pouvez dès à présent le commander sur :



 [GRACE-Audit](#)  [Protocoles](#)  [KIT GRACE](#)

## CHIRURGIE COLO-RECTALE

### CHOIX DU MODULE

#### Choix du module de travail

Veillez choisir un module :

Choisir

colo-rectal  
bariatrique  
hanche-genou  
foie  
hystérectomie  
pancréas  
césarienne  
épaule  
gastrectomie

Cystectomie  
Thoracique  
Cardiaque  
Urgences

**370 établissements****857 participants**

# 22 500 dossiers (26 juin 2018)

spécialité	Nb dossiers
Colorectale	6 902
Bariatrique	3 741
Hanche-Genou	10 299
Hystérectomie	735
Césarienne	492
Foie	203
Pancréas	71
Epaule	45
Estomac	--

## CHIRURGIE COLO-RECTALE

[Recueil des données](#) [Paramétrage](#) [Suivi](#) [Audit](#) [Export des données](#) [Documents](#) [Annuaire](#) [FAQ](#)

### MON COMPTE

[Identité](#) [Coordonnées](#) [Mot de passe](#) [Assistants de saisie](#) [Programmes réhabilitation](#) [Partage données](#) [Groupes](#) [Attestation](#)

#### Groupes actuellement actifs

- ARS Auvergne-Rhône-Alpes
- ARS Ile-de-France
- ARS Occitanie

[Enregistrer](#)



Notre but ultime



Groupe francophone de Réhabilitation  
Améliorée après Chirurgie

“I have a dream...”

*Martin Luther King Jr.*



*Merci!*



*Stratégie régionale et  
lancement 2<sup>ème</sup> vague en  
Auvergne-Rhône-Alpes*

*Dr Martine GELAS-BONIFACE*

*Médecin Référent*

**ARS Auvergne-Rhône-Alpes**

- **Élément clé du virage ambulatoire**

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

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

- La mise en place d'un programme de RAC dépend de la procédure chirurgicale, suffisamment traumatisante pour engendrer des modifications hormonales, métaboliques et physiologiques importantes.
- Les principes généraux sont communs, quelque soit l'intervention ou la typologie des patients

## **Période préopératoire**

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

## **Période peropératoires**

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

## **Période postopératoire**

- Contrôle de la douleur aigue postopératoire
- Reprise rapide de la nutrition
- Mobilisation rapide
- Réduction des drainages inutiles
- Retrait précoce des cathéters
- Réduction préventive des complications chirurgicales (ex : Iléus en Chir abdo)
- Evaluation de la compliance et audit

- Le protocole doit être adapté :
  - au type de chirurgie : Dig, Uro, Gyn, Cardio ou Ortho
  - aux répercussions spécifiques de chaque procédure (ex : Iléus après chir abdo)
  - aux types de population : générale, personnes âgées, enfants

- **Modalités de la démarche**

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

- Suite à un appel à candidature,
- sélection de 21 équipes
  - 15 équipes postulantes
  - 6 équipes référentes

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

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

- **dans 4 spécialités chirurgicales**

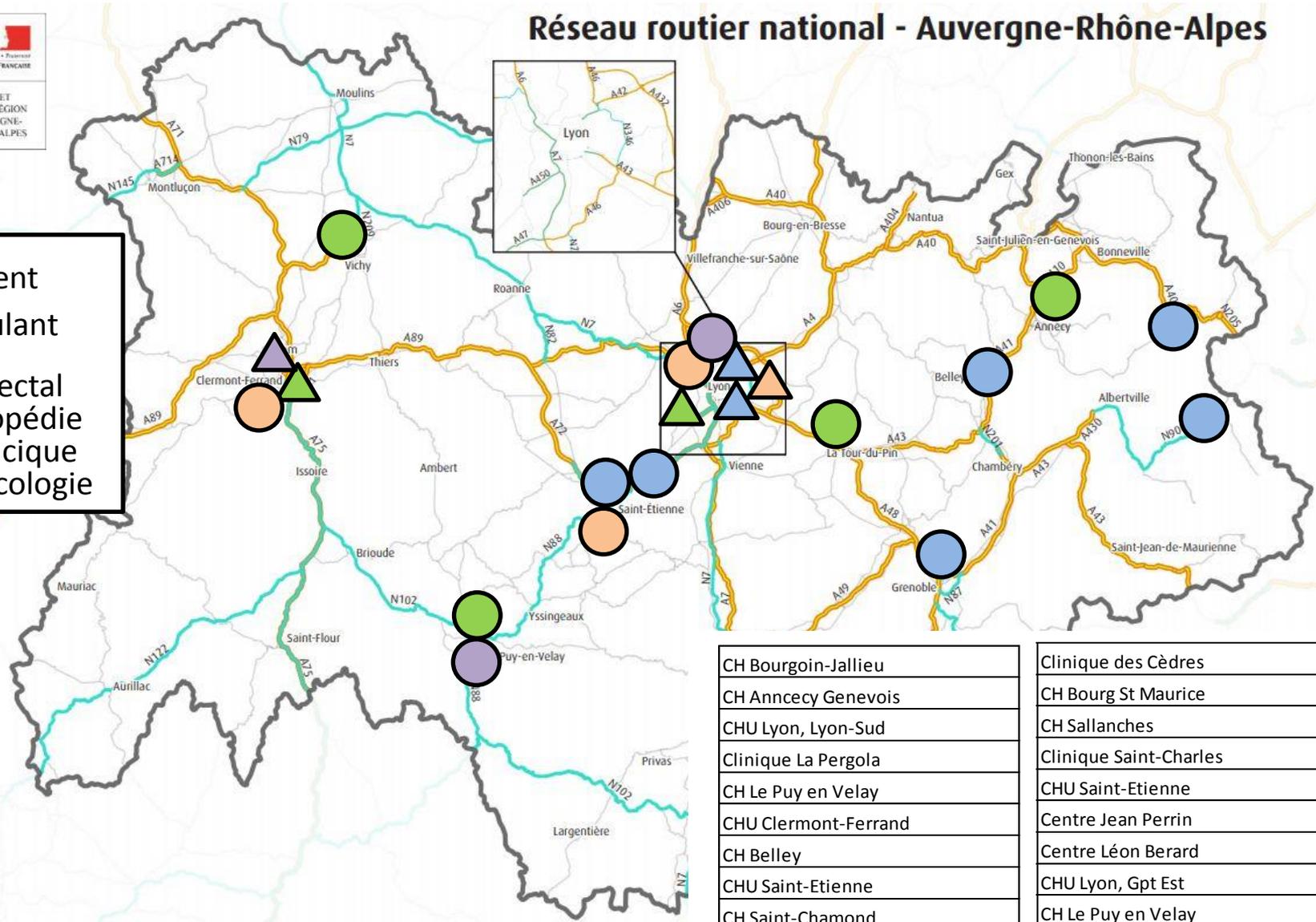
- |  |                           |
|--|---------------------------|
| • <u>Orthopédie</u> (PTG et PTH)       | 8 équipes, 2 groupes de 4 |
| • <u>Digestif</u> (colorectal)         | 6 équipes, 2 groupes de 3 |
| • <u>Gynécologique</u> (hystérectomie) | 3 équipes, 1 groupe       |
| • <u>Thoracique</u> (lobectomie)       | 4 équipes, 1 groupe       |

- **Création d'un Comité Régional de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (CRRAC)**
  - Pr SLIM, Chir Dig, CHU Clermont Ferrand, président de l'association GRACE
  - Pr COTTE, Chir Dig, CHU Lyon-Sud
  - Pr FAUCHERON, Chir Dig, CHU Grenoble
  - Pr LUSTIG, Chir Ortho, CHU Lyon, Croix-Rousse
  - Mme FAUJOUR, Dir Médicale, CHU Lyon
  - Dr BONGIOVANNI, MAR, GH St-Joseph St-Luc
  - Dr MAISONNETTE, Chir Dig, Hôpital Privé Loire, Saint-Etienne



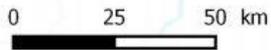
## Réseau routier national - Auvergne-Rhône-Alpes

 référent  
 postulant  
 colorectal  
 orthopédie  
 thoracique  
 gynécologie



CH Bourgoin-Jallieu
CH Annecy Genevois
CHU Lyon, Lyon-Sud
Clinique La Pergola
CH Le Puy en Velay
CHU Clermont-Ferrand
CH Belley
CHU Saint-Etienne
CH Saint-Chamond
CHU Lyon, Croix Rousse

Clinique des Cèdres
CH Bourg St Maurice
CH Sallanches
Clinique Saint-Charles
CHU Saint-Etienne
Centre Jean Perrin
Centre Léon Berard
CHU Lyon, Gpt Est
CH Le Puy en Velay
Centre Léon Berard
CHU Clermont-Ferrand



- **Réflexions sur la rémunération au parcours de soins**
- **Convergence RAAC Ambulatoire**
- **Un parcours de soins centré sur le patient acteur mais également ouvert vers la ville (lien à faire avec le PRADO)**
- **Des usagers mobilisés dans l'élaboration des parcours**

- **Les points forts de la démarche**

- la cohésion de votre équipe autour d'un projet institutionnel
- une équipe ARS qui est persuadée de la démarche
- un prestataire APSIS Santé, et son représentant Philippe DEVILLERS, qui ont l'expérience et les outils
- le courage et la persistance pour vaincre les résistances

- **Planning de la démarche sur 20 mois**

- Préparation – avril à juin 2018
- Lancement et diagnostic – juillet à sept 2018
- Organisation cible et plan d'action – oct à déc 2018
- Accompagnement du déploiement et bilan – janv à déc 2019

# *Retour d'expériences de la vague 1*

*Témoignages*

---

**Partie 2**

---

# Retour d'expériences de la vague 1

- *Le témoignage des sites référents*

## **CHU Lyon-Sud**

Pr Eddy COTTE – PH Chirurgie Digestive

Isabelle LAFORTUNE – IDE RAAC

Véronique FAUJOUR – Dir Médicale CHU

## **Clinique Générale d'Annecy**

Dr Laurent DELAUNAY – MAR

- *Le témoignage des sites postulants*

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

Dr Radwan HILMI – Chef de Pôle, Chirurgie Orthopédique

Michèle DEHERSEMAEKER – Cadre Supérieur de Santé, Chirurgie

## **Polyclinique Lyon Nord, Rillieux-la-Pape**

Dr Virginie PICHOT-DELAHAYE – Chirurgie Digestive

---

## Sommaire

---

# *Témoignage d'un site référent*

*Pr Eddy COTTE – PH Chirurgie Digestive*

*Isabelle LAFORTUNE – IDE RAAC*

*Véronique FAUJOUR – Dir Médicale CHU*

---

**CHU Lyon-Sud**

---



Hospices Civils de Lyon

■  
votre santé,  
notre engagement

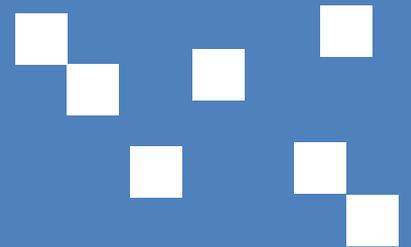


# DÉVELOPPER LA RAAC EN CHIRURGIE DIGESTIVE : UN VÉRITABLE TRAVAIL D'ÉQUIPE ! (EXEMPLE AU CHLS)

**Pr E. COTTE / I. LAFORTUNE / V. FAUJOUR**

04/07/2018

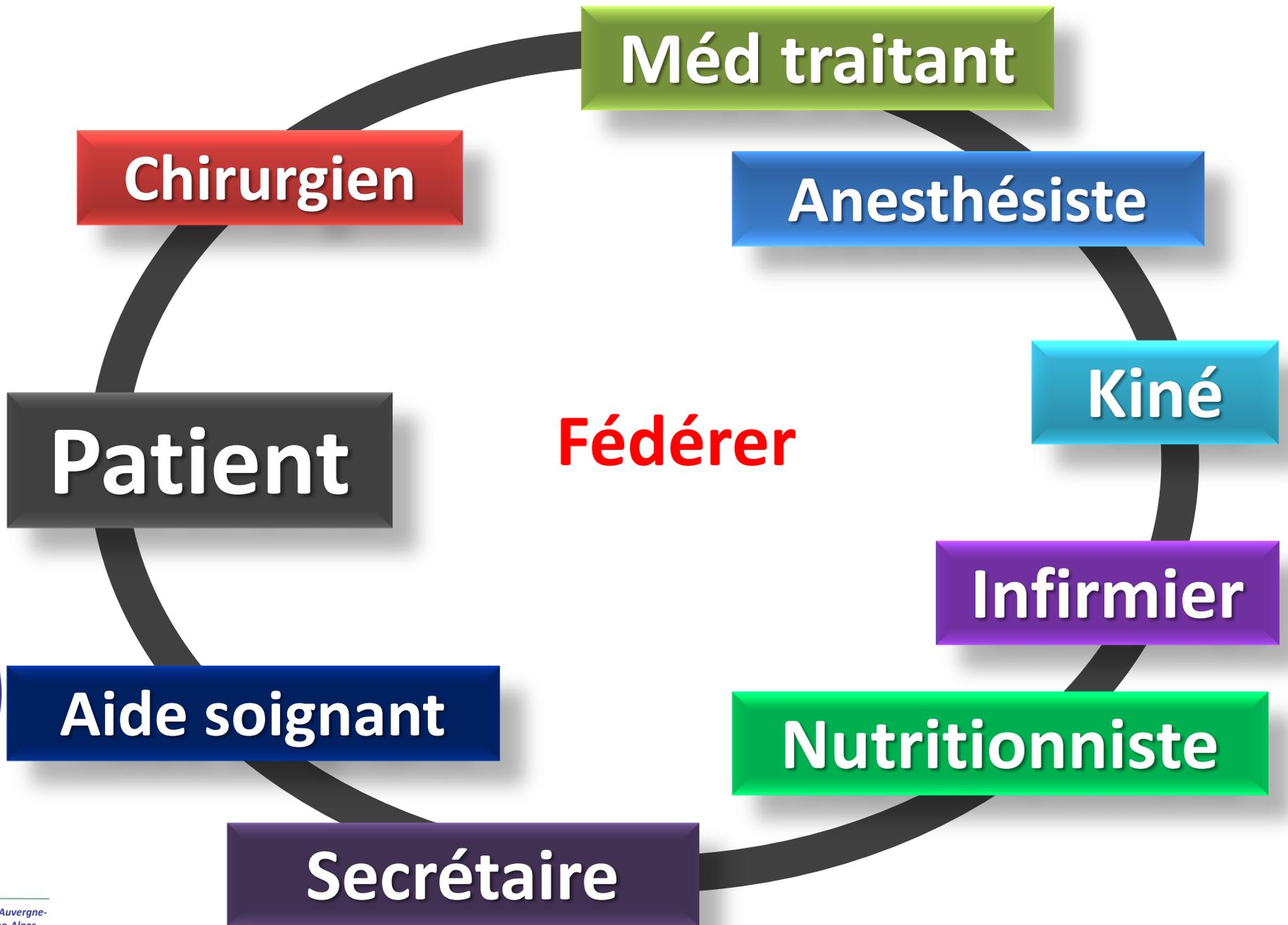
# HISTORIQUE DE L'IMPLÉMENTATION



# *Historique de l'implémentation*

---

- Démarrage en colorectal en 2012 (Pr E. COTTE)
- Binôme Chirurgien / Anesthésiste
- CS + Ide référent + Cadre kiné
- Soutien et développement avec la direction de la stratégie des HCL
- 2016 : IDE Coordination
- Audit GRACE
- Extension de la RAAC à tout le service



# Implémentation en pratique

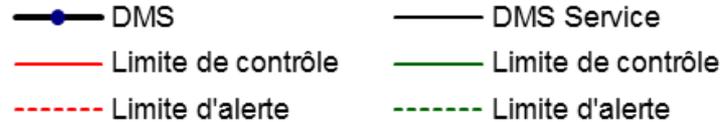
---

- Choix d'une population ciblée au début
  - Colectomie simple
  - Patient ASA 1, 2, 3 bien équilibré
  - Sans Stomie
  
- Pourquoi ?
  - Standardisation +++
  - Chemin clinique 3 jours
  - Convaincre tout le monde
  - Résultats visibles rapidement

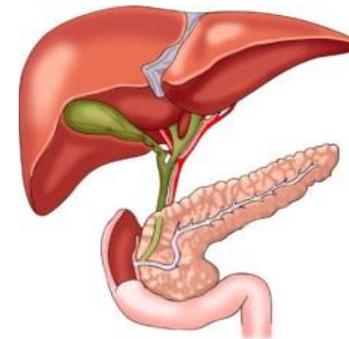
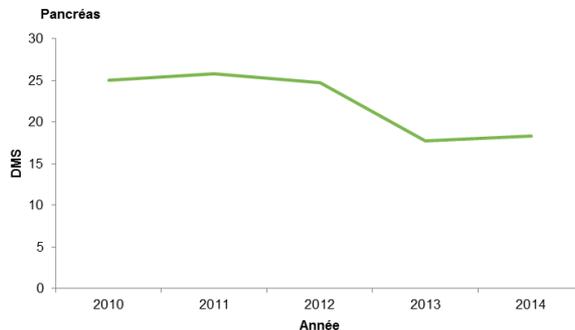
- Début 2012
- 60 colectomies Fast-Track/an (250-300 Xies colorectales/an)
- 80 % patients sorties à J3 (...J2)
- Effet tache d'huile
- Changement global des pratiques

## Chirurgie colorectale en générale

Colectomie



**Dans le même temps sans protocole formalisé :**  
**Diminution 1,3 j sur chirurgie pancréatique et hépatique**

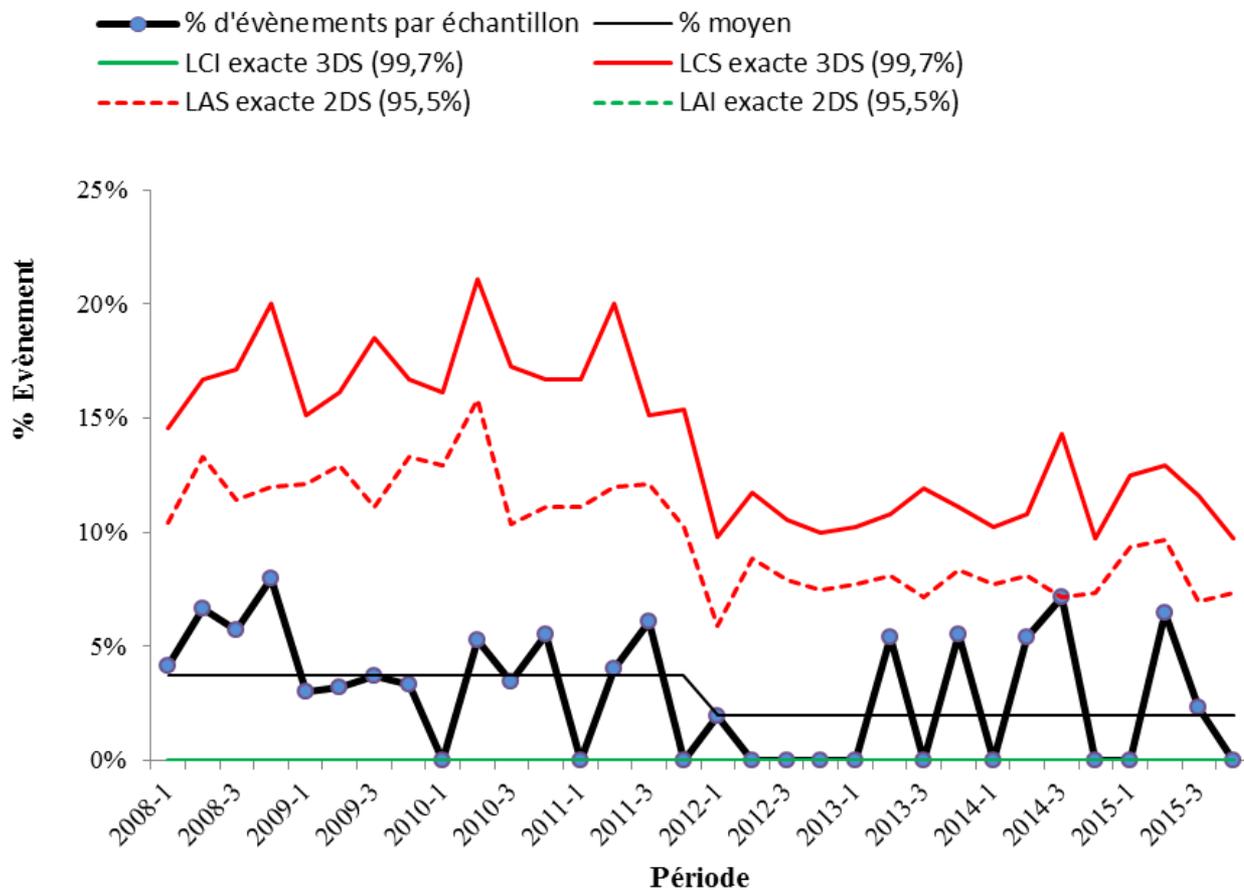


**-2 jours**

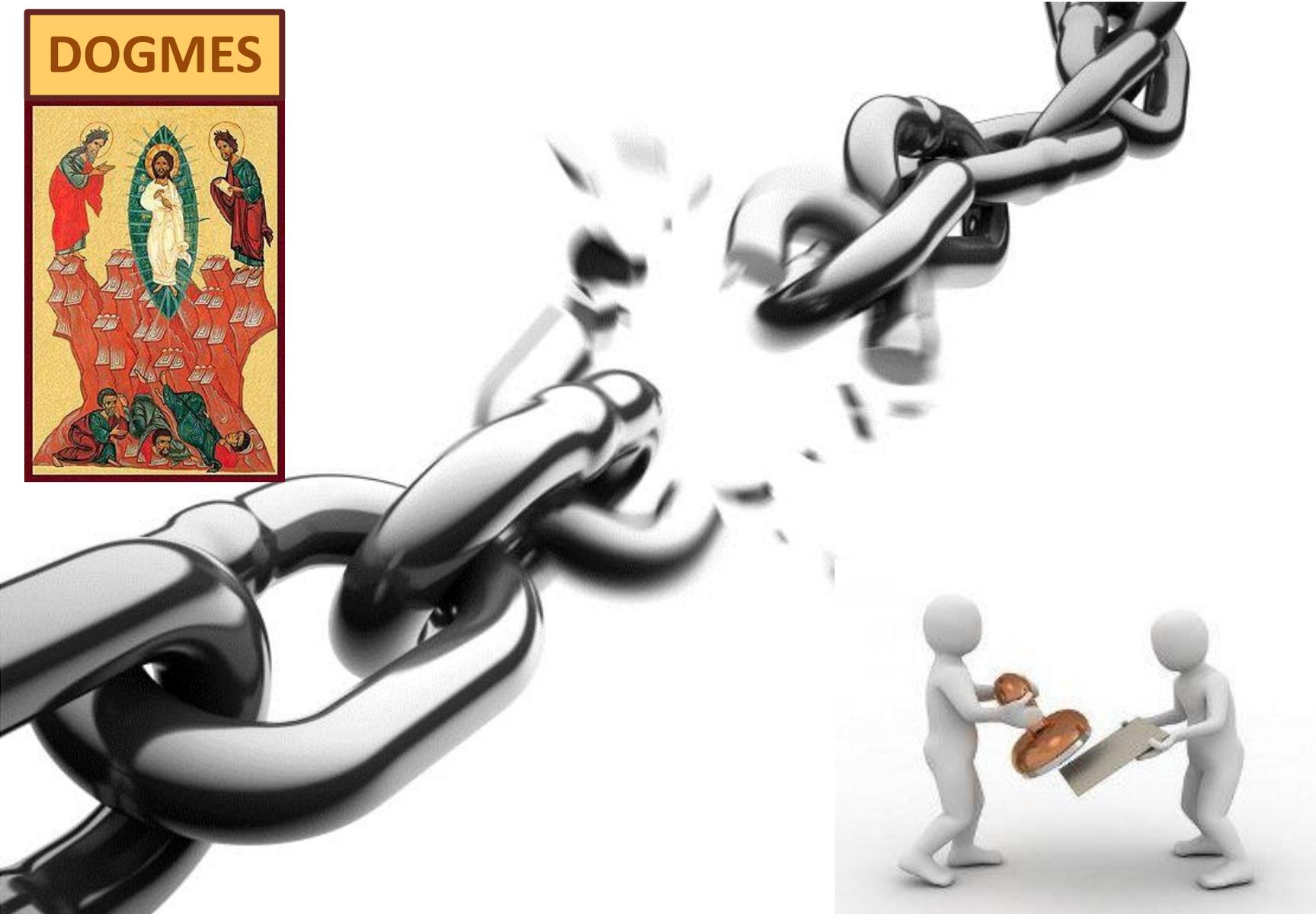
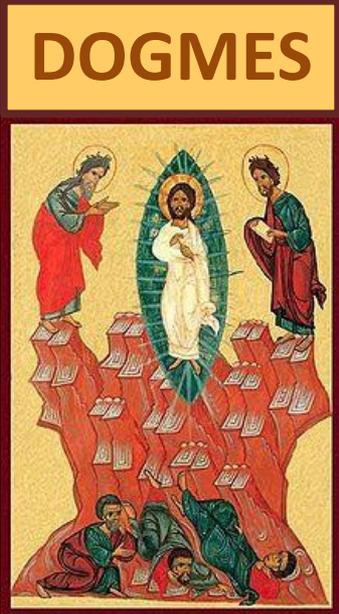
Avant-Après 2012 : 14,8 j vs. 12,4 j ( $p=0,006$ )

# Mortalité

## Chirurgie colorectale en générale



# Difficultés RAAC



# Difficultés RAAC

## Chirurgien

- Abandon préparation digestive
- Pas de drain abdo
- Pas de SAD
- Réalimentation J0
- Absence de régime (sans résidu, ...)
- Sortie J3 ...
- SANS selles !!

## Anesthésiste

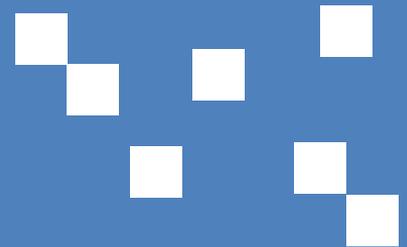
- Boisson sucrée 2 h
- Analgésie multimodale : péridurale ou Xylo IV
- Remplissage per-op
- Pas de SAD per-op

## Service

- Pas de préparation dig !!!
- Boissons sucrées (prescription)
- Mobilisation dès J0 (kiné/ASD)
- Mobilisation active (kiné +++)
- Réalimentation normale J1

- 1. Constitution binôme chirurgien/MAR**
- 2. Rédaction d'un protocole**
- 3. Le suivre= de la rigueur**
- 4. Fédérer les équipes autour du projet**
- 5. Réunions régulières**
- 6. Evaluation = AUDIT**

# RÔLE DE L'IDE COORDINATION



# Rôle de l'IDE Coordination

---

- Fédérer avec le chirurgien & l'anesthésiste référents
- Information & Soutien des équipes en service et en externe
- Travail collaboratif +++ avec les rééducateurs
- Mise en place d'outils
- Mise en lien avec les différents acteurs de la PEC
- Amélioration de l'existant (Structure, PEC) avec la direction HCL, GRACE, l'ARS ...
- Audit des pratiques : Démarche qualité



**RAAC = MULTIDISCIPLINARITÉ**

BIENVENUE dans notre service où nous pratiquons la  
**RÉHABILITATION AMÉLIORÉE après CHIRURGIE (RAAC).**

Durant votre séjour, vous serez le principal acteur de votre guérison, avec l'aide d'une équipe multidisciplinaire qui prend soin de vous. Pour y parvenir sans tarder, voici les clés de la réussite en images !

**MARCHE ET RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE**

Lever le soir même de l'opération puis quelques exercices physiques et respiratoires plusieurs fois par jour



**S'ALIMENTER**

Alimentation précoce et normale



**TRAITER LA DOULEUR**

Évaluation et traitement multiple de la douleur



**PERFUSIONS ET SONDES**

Arrêt des perfusions et des sondes, si possible, dès le lendemain de l'opération



Prise en charge modulée en fonction de l'avis médical



Lien utile : [www.grace-asso.fr](http://www.grace-asso.fr)



17 / / /	🕒 Temps (début et fin de l'activité ou temps en minutes)
Temps total de l'activité motrice	_____ minutes
18 / / /	🕒 Temps (début et fin de l'activité ou temps en minutes)
Temps total de l'activité motrice	_____ minutes

SERVICE DE RÉÉDUCATION: Masso-Kinésithérapie, Activité Physique Adaptée

**Réhabilitation Améliorée après Chirurgie**  
**ACTIVITE MOTRICE**



Identification du patient

Ce carnet de bord vous accompagnera tout au long de votre séjour et permettra de voir le temps en activité motrice, c'est-à-dire le temps que vous passez en dehors du lit (assis ou en mouvement).

Nous vous demandons de bien vouloir le **remplir quotidiennement**.

Il permettra aux rééducateurs (kinésithérapeutes et moniteur d'activité physique adaptée), au chirurgien et à l'équipe de soins de suivre votre progression.

Votre participation et votre adhésion seront essentielles pour la réussite de cette prise en charge.

**OBJECTIFS de l'ACTIVITE MOTRICE**

**Le jour de l'intervention** - Vous serez encouragé(e) à vous lever et à rester 2 heures au fauteuil, si votre état le permet.

**Le lendemain de l'intervention** - Vous marcherez au minimum 20 minutes le matin et 20 minutes l'après-midi et resterez plus de temps au fauteuil.

**Les jours suivants**, vous prendrez en plus les escaliers le matin et l'après-midi et progressivement, vous passerez plus de temps au fauteuil et augmenterez les trajets de marche et le nombre d'étages.

Nous vous remercions de **rendre** ce carnet de bord à la **salle de soins** le jour de votre sortie.

Téléphones salles de soins  
 unité 11 04.78.86.13.81  
 unité 13 04.78.86.18.92  
 unité 21 04.78.86.19.03

# La MARCHÉ est thérapeutique!

**Participez activement à votre rééducation!**  
**MARCHEZ** pendant la journée!

Service de chirurgie digestive et endocrinienne

GRUPPEMENT HOSPITALIER SUD  
CENTRE HOSPITALIER LYON SUD

Hospices Civils de Lyon

Centre Hospitalier Lyon Sud  
Service de chirurgie générale  
(chirurgie digestive et endocrinienne)

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

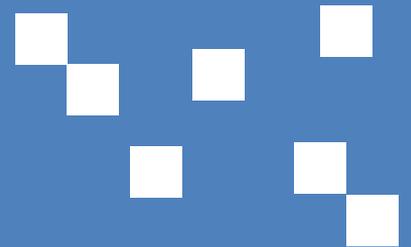


FR - média photo : C. Humbert - 02/17

## Rôle de la direction

Soutenir les équipes dans leur démarche et accompagner les innovations

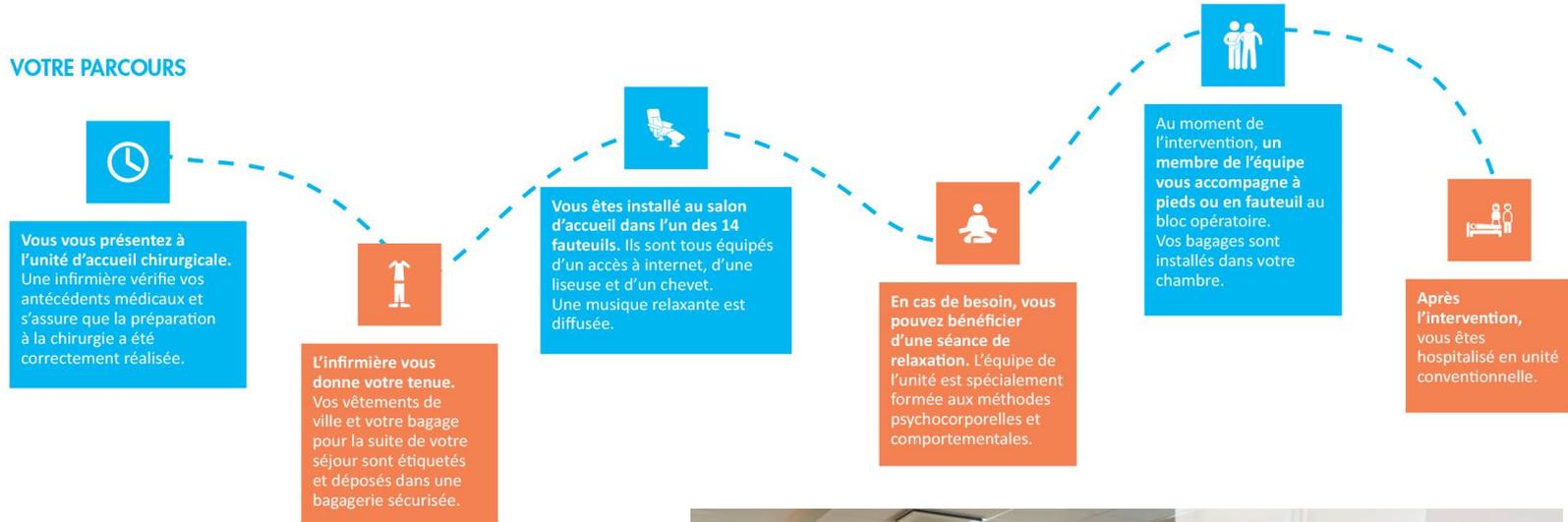
Contrôler et s'impliquer : suivi d'indicateurs et comprendre les difficultés pour aider à les résoudre



# Nos lounges d'accueil chirurgie JO contribue à la RAAC

Les HCL ont 8 salons d'accueil et 2 autres en projets

## VOTRE PARCOURS



## Salon croix rousse



## Salon Lyon Sud

**RENSEIGNEZ-VOUS  
AUPRÈS DE VOTRE  
CHIRURGIEN**



## Programme RAAC kiné à déployer intra sites HCL



**Nos couloirs sont de vraies pistes d'entraînement**

*Participez activement à votre rééducation !*

**MARCHEZ pendant la journée!**





Hospices Civils de Lyon



■  
votre santé,  
notre engagement

# *Témoignage d'un site référent*

*Dr Laurent DELAUNAY – MAR*

**Clinique Générale d'Annecy**



# De la RRAC à l'Ambulatoire

## Vers une optimisation de l'hospitalisation

**L. Delaunay**  
Clinique Générale Vivalto Santé Annecy



# Ambulatoire

- Développement dans les pays anglo-saxons : USA, Grande Bretagne puis Canada  
=> Intérêt économique
- Europe démarrage tardif ... La France fait partie des « mauvais élèves »
  - Non recommandée dans les années 70-80
  - Premier décret en 1994 : l'ambulatoire est l'alternative
  - Peu d'incitations et même des freins, jusqu'en ... 2014 !
  - Logique de réduction de l'offre !
- Objectif clairement identifié des pouvoirs publics



# Ambulatoire

- Principes :

- Concept principalement **organisationnel** centré sur le patient :  
reco SFAR, HAS
- Réflexion médicale
- Impliquant TOUS les intervenants +++
- Temps de présence dans l' établissement est réduit au strict  
temps nécessaire et utile ...
- Durée d'hospitalisation  $\leq$  **12 heures**
- Approche type **lean management**

Muda

Waste



Mura

Un-Evenness



Overburden

Muri



# Lean management

*Q Manage Health Care*  
Vol. 20, No. 1, pp. 4-14  
© 2011 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

## A Healthcare Lean Six Sigma System for Postanesthesia Care Unit Workflow Improvement

*Alex Mu-Hsing Kuo, PhD; Elizabeth Borycki, PhD;  
Andre Kushniruk, PhD; Te-Shu Lee, MSC*

- **Lean** : plutôt stratégie d'organisation du travail, supprimer ce qui n'a pas de valeur ajoutée => Orienté sur la qualité
- **6Sigma** : Modèle mathématique => comprendre, mesurer et réduire les variations du processus => Orienté sur la quantité

- **Définir** : réduire la durée en SSPI (90 min)
- **Analyser les causes** : gestion des radios postop, accès à la réserve, flux de patient, informatisation, communication
- **Améliorer** : améliorer les flux de patients, accès aux radios numérisées, téléphones portables, informatisation, identification radio
- **Contrôler** : Temps de présence en SSPI 95 min à 40 min



les urgentistes interpellent le gouvernement sur la violence à l'hôpital © reuters

Le "lean management" ou gestion "dégraissée" débarque dans les hôpitaux. L'idée ? Optimiser les processus, éliminer les temps morts et les gâchis. Mais gère-t-on un établissement de santé comme on gère une entreprise ?

# Le lean management, un danger pour les salariés ?

SABINE GERMAIN, JOURNALISTE | Le 05/04/2013 à 09:45 |

Les techniques du "lean management," mode d'amélioration continue de l'organisation du travail, sont loin de faire l'unanimité. Efficace pour réduire les coûts, il serait, contrairement à sa promesse initiale, un danger pour les salariés.

De même, « Une infirmière ne met pas plus d'une minute pour faire une piqûre. Mais les dix minutes qu'elle passe dans la chambre d'un malade ne sont pas perdues : ce n'est pas un temps de "cure" (soigner) mais un temps de "care" (prendre soin). » Enfin, le **lean management altère les relations au sein du collectif de travail** : « La mise en flux tendu rend tous les opérateurs dépendants les uns des autres. Si l'un prend du retard sur la tâche qui lui est affectée, il pénalise les autres. »



Syndicat National des Professionnels Infirmiers

ACCUEIL TOUTE L'ACTUALITÉ DERNIÈRES VIDÉOS ASSISTANCE JURIDIQUE COMMENT ADHÉRER

TOUTE L'ACTUALITÉ  
17 septembre 2017 / Missions de l'infirmier en santé au travail

Accueil / Tous les dossiers / Cadres infirmiers / L'hôpital face au "lean management" : SOS infirmier (..)

L'HÔPITAL FACE AU "LEAN MANAGEMENT" : SOS INFIRMIER !



- Accueil
- Contacts
- Adhérer
- Liens
- newsletter
- militants

Accueil du site > 04 - Les Dossiers > CG du Travail... > Lean management - Attention Danger

Rubriques

Lean management - Attention Danger

Infos luttes

mercredi 29 avril 2015



Rechercher :

 >>

# RRAAC

- Développement dans les pays du nord de l'Europe milieu des années 90  
=> Intérêt amélioration de la qualité des soins
- Développé d'abord en chirurgie digestive
- Puis en chirurgie orthopédique



**H. Kehlet**

## Early Inpatient Rehabilitation After Elective Hip and Knee Arthroplasty

Michael C. Munin, MD; Thomas E. Rudy, PhD; Nancy W. Glynn, PhD;  
Lawrence S. Crosssett, MD; Harry E. Rubash, MD

*JAMA.* 1998;279:847-852

## THE LANCET

[Online First](#) [Current Issue](#) [All Issues](#) [Special Issues](#) [Multimedia](#) [Information for Authors](#)

All Content  Search [Advanced Search](#)

[< Previous Article](#)

Volume 345, No. 8952, p763-764, 25 March 1995

[Next Article >](#)

**Recovery after laparoscopic colonic surgery with epidural analgesia, and early oral nutrition and mobilisation**

L Bardram, DM SCI, P Funch-Jensen, DM SCI, P Jensen, PhD, H Kehlet, DM SCI (Prof), M.E Crawford, MD

# RRAAC

- Principes :

- Concept **multimodal** centré sur le patient : reco SFAR, HAS ...
- Approche périopératoire :
  - **organisationnelle**
  - **médicale**
- Impliquant TOUS les intervenants +++
- Temps de présence dans l' établissement est réduit au strict temps nécessaire et utile ...

# Ambulatoire vs Hospitalisation RRAAC



# Au total

- Tous ensemble on définit, imagine, adapte :

Des « *chemins cliniques* » pour chaque intervention !

# Chemin Clinique d'une arthroplastie



## Préop

- Information
- Education thérapeutique +++
- Ordonnances
- Prémédicat° non systématique
- Jeûne limité



## Perop

- Corticoïdes
- AB + Thromb
- Anesthésie adaptée
- Prévention NVPO
- Pas de garrot
- Hémostase +++
- Pansement compressif



## Postop

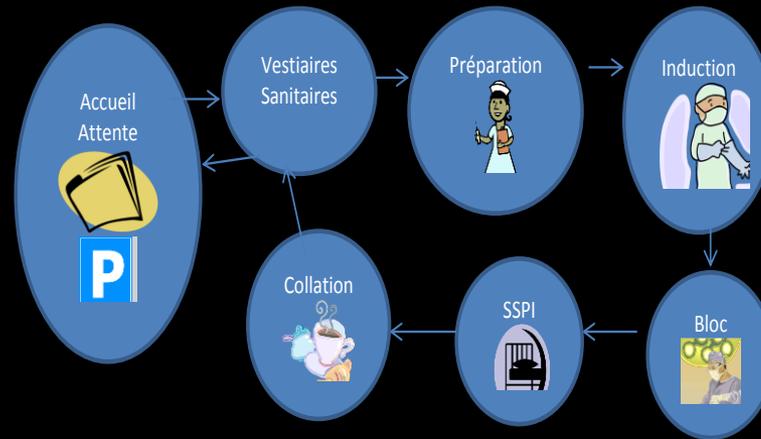
- Analgésie multimodale
- Pas de drain
- Cryothérapie et compression
- Déperfuser
- Lever précoce
- Alimentation rapide
- Suivi post op. J1,J7



- Chirurgien
- Anesthésiste
- Pers paramédical

Durée 10-11 heures

# Vers des Unités à Plusieurs Circuits



## Circuit « court »

Actes externes  
Anesthésie locale  
« By-pass » SSPI (?)  
Durée passage ≈ 1-2h

Exemple :  
Canal carpien  
Cataracte  
Endoscopie (+SSPI)

## Circuit « standard »

Actes Chirurgicaux  
liste actes marqueurs  
Anesthésie  
+ analgésie codifiée  
SSPI  
Durée passage ≈ 3-4h

Exemple :  
Arthroscopie de genou  
TOT/TVT  
Hysteroscopie

## Circuit « long »

Actes Chirurgicaux  
innovants - lourds  
Anesthésie  
+ analgésie « complexe »  
SSPI  
Durée passage ≈ 8-10h  
Hospitalisation 24h ?

Exemple :  
PTH/PTG  
Cholecystectomie  
Colectomie coelio.

# Intérêt pour le patient

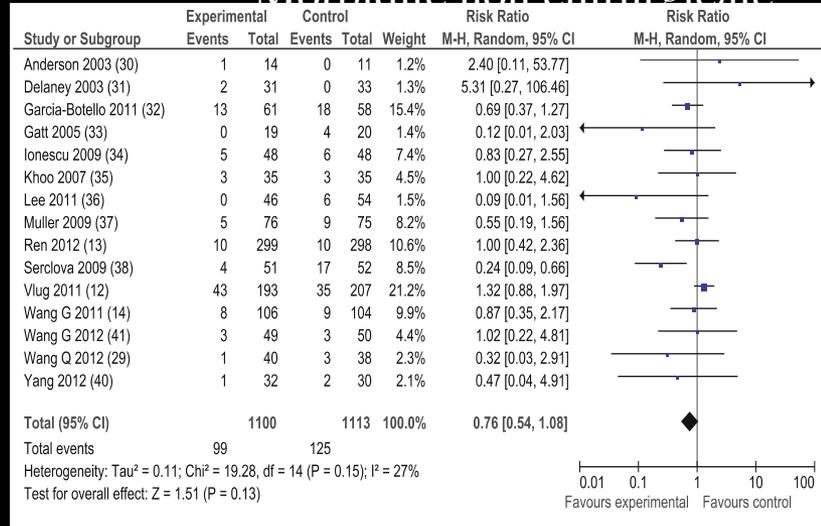
## Morbidité chirurgicale Morbidité non chirurgicale

World J Surg (2014) 38:1531–1541  
DOI 10.1007/s00268-013-2416-8

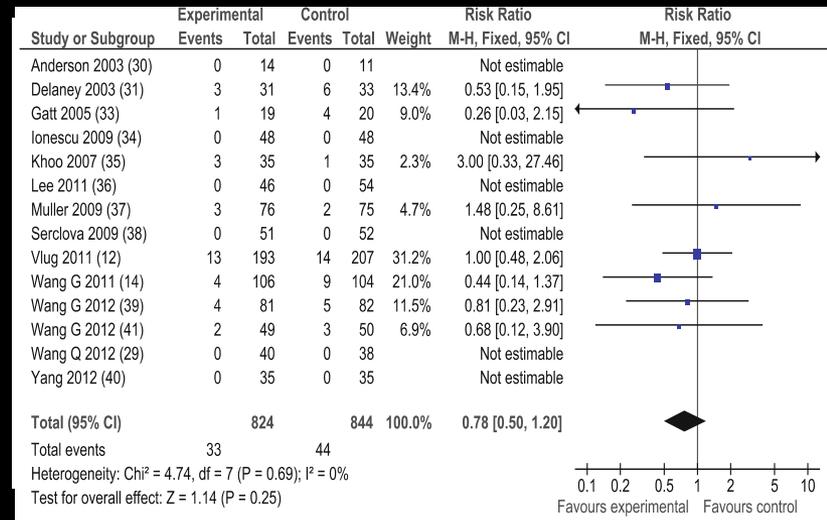


### Enhanced Recovery Program in Colorectal Surgery: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials

Massimiliano Greco · Giovanni Capretti ·  
Luigi Beretta · Marco Gemma · Nicolò Pecorelli ·  
Marco Braga



## Durée d'hospitalisation

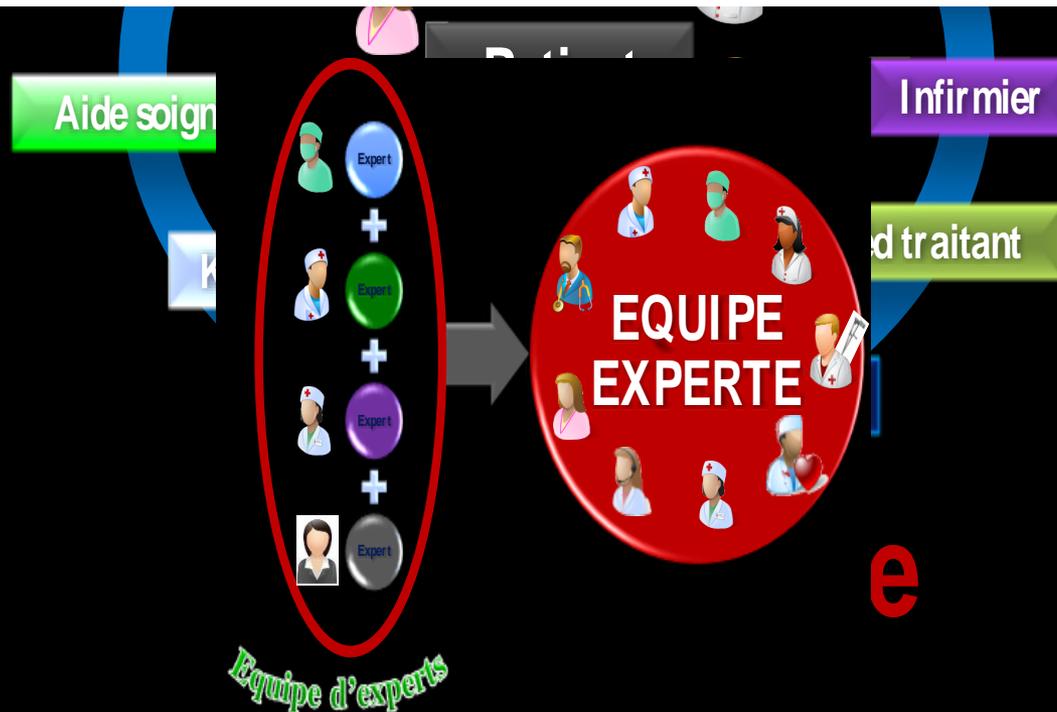


# Intérêt pour l'équipe

How to turn a team of experts into an expert medical team:  
guidance from the aviation and military communities

C S Burke, E Salas, K Wilson-Donnelly, H Priest

Qual Saf Health Care 2004;13(Suppl 1):i96-i104. doi: 10.1136/qshc.2004.009829



# Intérêt pour les établissements

Nature de l'impact	Base EGB, 14 actes	Extrapolation au niveau national
Impact des séjours pour les établissements de santé	-314 622 €	-30 518 315 €
Impact IJ pour l'Assurance Maladie	26 837 €	2 603 224 €
Impact sur le transport pour l'Assurance Maladie	-38 164 €	-3 701 953 €
Impact sur les rehospitalisations pour l'Assurance Maladie	-66 253 €	-6 426 503 €
Impact sur les soins de ville post-opératoires pour l'Assurance Maladie	-721 €	-69 961 €
Impact des séjours pour le patient	-115 000 €	-11 154 970 €
Impact sur les coûts post-opératoires pour les patients	-8 960 €	-869 099 €

# Intérêt pour les établissements

L'avenir en France de la réhabilitation améliorée après chirurgie, vu sous l'angle médico-économique

- ✓ Personnel dédié
- ✓ Temps rédaction protocoles
- ✓ système d'information suivi
- ✓ Formation
- ✓ développement réseau ville
- ✓ Gains sur journées et sur morbidité

**INVESTIR**  
**€€€€**

Interventions	Séjours nombres	Séjours éligibles sites pilotes	Gain en journées lits
Colectomie	580	350	908
Pancréas	130	39	124
Foie	200	24	107
Hand	1200	270	810
Genou	800	200	600
Prostatectomie	380	100	200
Suspension vésicale	350	50	100
Total	3640	1033	2849

Estimation gain annuel **202 000 €**





## Intérêt pour la collectivité

*En suivant à terme les projections de Kehlet, la prise en charge hospitalière des 68 326 chirurgies du colon nécessiterait entre 441 et 661 lits France entière, contre 3457 lits avec la DMS actuelle ...*

*Pour les 103 534 arthroplasties de genou, elles nécessiteraient 668 lits contre 2800 actuellement (8 jours à 2 jours)*

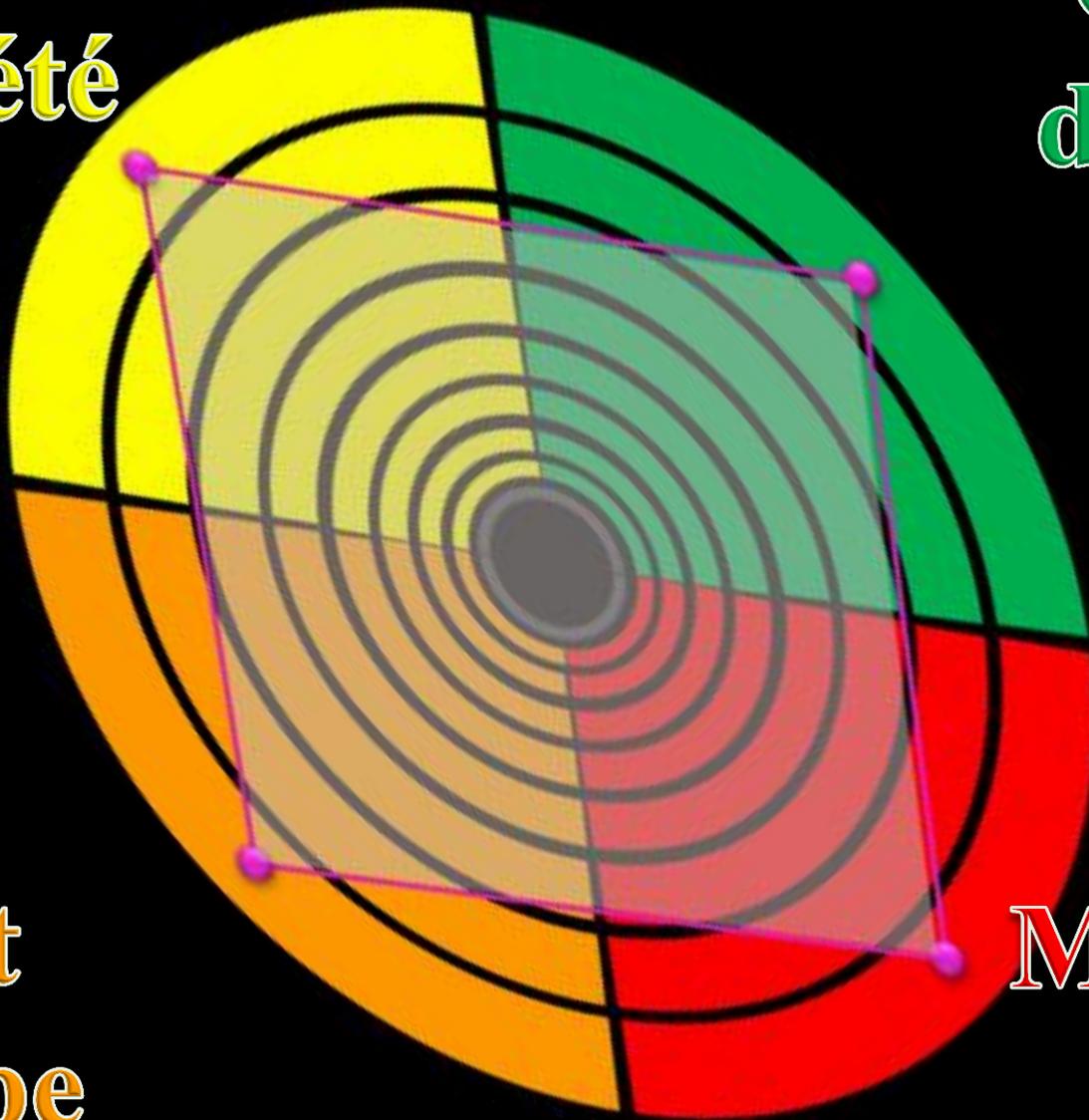
Gilles Bontemps

**Notoriété**

**Qualité  
des soins**

**Esprit  
d'équipe**

**Moindre  
coût**



MAIS ... !!



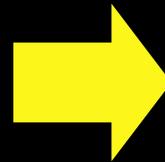
A commentary by Joseph T. Moskal, MD, and Benjamin R. Coobs, MD, is linked to the online version of this article at [jbjs.org](http://jbjs.org).

## Outpatient Total Knee Arthroplasty Is Associated with Higher Risk of Perioperative Complications

Armin Arshi, MD, Natalie L. Leong, MD, Anthony D'Oro, BS, Christopher Wang, BS, Zorica Buser, PhD, Jeffrey C. Wang, MD, Kristofer J. Jones, MD, Frank A. Petrigliano, MD, and Nelson F. SooHoo, MD

**Conclusions:** With the potential to minimize arthroplasty costs among healthy patients, outpatient TKA is an increasingly popular option. Nationwide data from a private insurance database demonstrated a higher risk of perioperative surgical and medical complications including component failure, surgical site infection, knee stiffness, and deep vein thrombosis.

**La DMS doit être un marqueur pas un objectif !**



## Etablissements "optimisés"

- Gros secteur ambulatoire
- Peu de lit d'hospitalisation
- Un secteur d'USC

# Ambulatoire & RRAAC

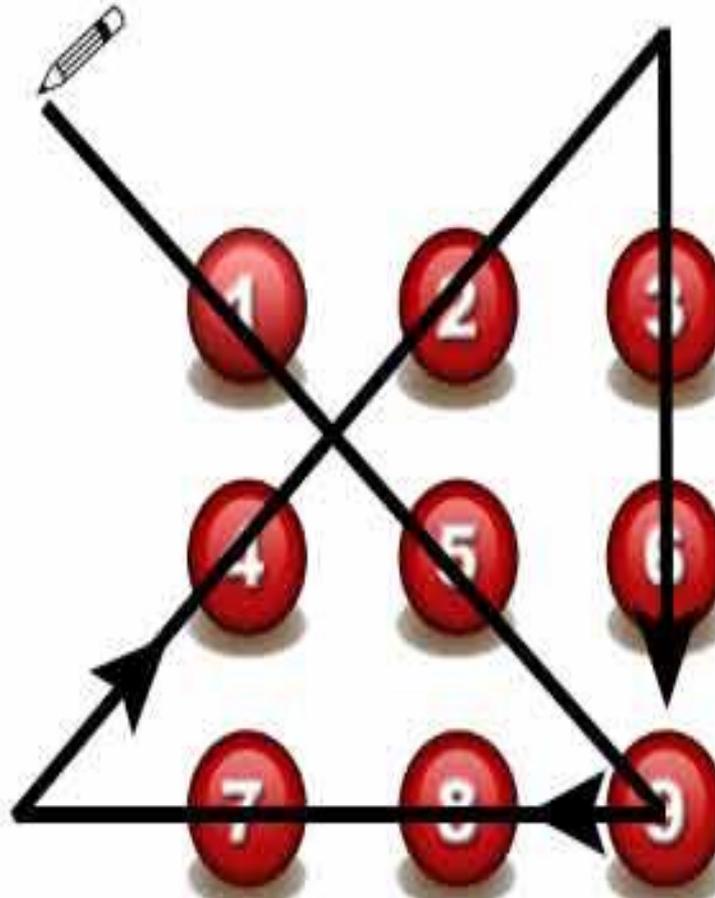
- Dans les 2 cas, le patient doit être au centre de la procédure
- Dans les 2 cas, il reste le strict temps utile et nécessaire !
- Dans les 2 cas, on combine :
  - Une approche organisationnelle impliquant tous les acteurs  
Apport de l'ambulatoire
  - Une réflexion médicale  
Apport de la RRAAC
- Mise en place de « chemins cliniques » personnalisés de 1h à ...



Ambulatoire

# Optimisation de l'hospitalisation

RAAC



# *Témoignage d'un site postulant*

*Dr Radwan HILMI –  
Chef de Pôle, Chirurgie Orthopédique  
Michèle DEHERSEMAEKER –  
Cadre Supérieur de Santé, Chirurgie*

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



le 4 juillet 2018

# • LA RRAC

Ensemble,  
l'hôpital  
évolue

l'hôpital  
NORD  
OUEST



# DEFINITION

75

UNE DEMARCHE PLURIDISCIPLINAIRE  
CENTREE AUTOUR DU PATIENT

# OBJECTIFS

76

**REPLACER** le patient au cœur du processus de soin (sens même de la notion de chemin clinique ou parcours de soins).

**PERMETTRE** un retour à domicile plus précoce dans des conditions favorables.

**ADAPTER** l'organisation existante

**REDUIRE** les DMS.

# GESTE RETENU

77

## LA PROTHESE TOTALE DE HANCHE

DUREE DE SEJOUR ACTUELLE (2016) = 5 à 6 jours

DIMINUER LE SEJOUR A 3 JOURS

# ACTIONS REALISEES

78

Création d'un passeport RAC

Réajustement du livret éducatif PTH existant

Production d'une vidéo sur le parcours patient

Formation sur la relation éducatrice en santé pour les infirmières,  
l'ergothérapeute et les kinésithérapeutes

Mise en place d'une consultation IDE + Kiné

Soirée de présentation de la RAC aux partenaires externes

## ACTIONS NON REALISEES

79

Utilisation de visiocasques sans fil pour le bloc opératoire (relaxation du patient pendant l'intervention chirurgicale sous rachis anesthésie)

Utilisation de la cryothérapie Game Ready + enveloppe de hanche et l'enveloppe du genou + consommables (2 attelles), hors consommables

# QUELQUES CHIFFRES

80

GHM		Nb		DMS		Nb		DMS	
		séjours		2016		séjours		2017	
		2016		2017		séjours		2018	
08C471	Prothèses de hanche niveau 1	40	10,00	60	6,62	19	6,37		
08C472	Prothèses de hanche niveau 2	19	17,42	23	9,04	10	8,30		
08C473	Prothèses de hanche niveau 3	44	16,36	47	13,98	15	12,13		
08C474	Prothèses de hanche niveau 4	4	19,25	5	17,20	3	16		
08C481	Prothèses de hanche niveau 1	106	6,02	119	3,61	44	3,55		
08C482	Prothèses de hanche niveau 2	29	7,62	37	6,03	13	5,54		
Total				10,31		6,99		6,43	

# POINTS CLEFS POUR LA MISE EN OEUVRE

81

**Mobiliser** tous les acteurs

**Eduquer** les patients

**Former** le personnel à la relation éducatrice

**Rechercher** des partenaires externes :

kinésithérapeute – infirmière – médecin traitant

# CONCLUSION

82

Extension de la RAC EN CHIRURGIE DIGESTIVE : octobre 2018

Augmentation du taux d'ambulatoire :

2016 = 51,39 %

2017 = 54,10 %

**MERCI DE VOTRE ATTENTION**

83



*Témoignage d'un site  
postulant*

*Dr Virginie PICHOT-DELAHAYE –  
Chirurgie Digestive*

---

**Polyclinique Lyon-Nord**

---

**Rillieux-la-Pape**

# POLYCLINIQUE LYON NORD

Virginie Pichot-Delahaye



# CONTEXTE

- Arrivée de nouveaux praticiens : binôme chirurgien anesthésiste en 2015
- Projet ARS concomitant
- Soutien dans démarche, a permis participation d'un plus grand nombre de praticiens
- Gagnant/gagnant : patient / praticien et établissement



# EVOLUTION DEMARCHE

- Chemins cliniques (colorectal déjà en place, étendu à bariatrique)
- Création comité RACC
- Audit de nos pratiques via Audit GRACE
- Formation des équipes



# APPORTS DE LA DEMARCHE

- Cohésion équipe
- Echanges avec autres établissements
- « IDE RACC »
- Investissement matériel (fauteuils « obèses », MASIMO, ...)
- Film vidéo pour les patients
- Fiches informations structurées



# FREINS

- « Habitudes »
- Craintes chirurgicales (drain, ...)
- Equipes de nuit



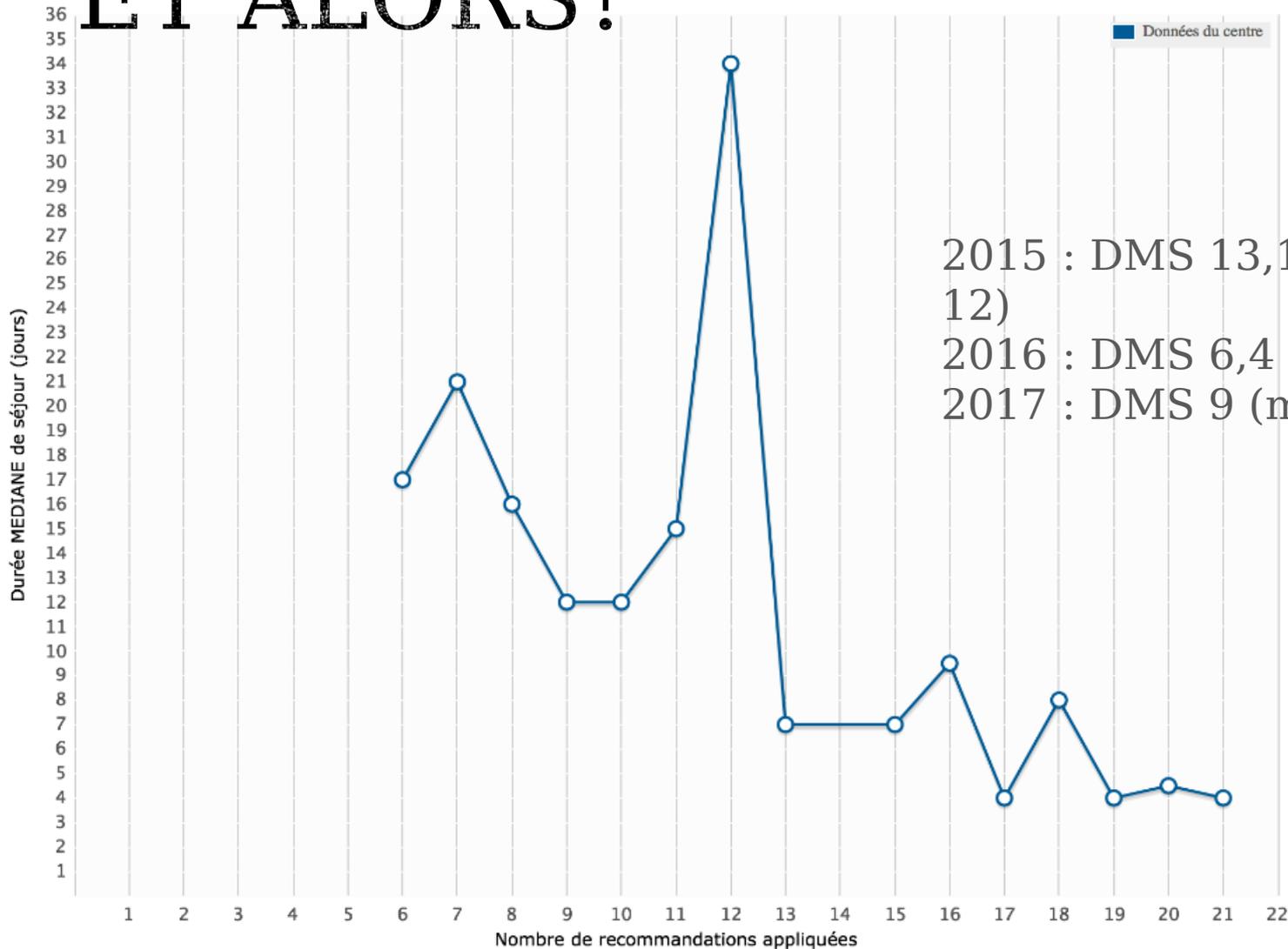
# ET ALORS?

Pour le colorectal :

- Voie d'abord :
  - coelioscopie 52 à 86%,
  - drain : 86% à 5%
- Anesthésie :
  - PM 81% à 14%,
  - prévention NVPO 57% à 100%
- Extension à toute la chirurgie : impact ambulatoire
- Morbidité stable
  
- Points d'améliorations :
  - SAD 71%, Carbohydrates 67%



# ET ALORS?



# PERSPECTIVES

- Extension à d'autres spécialités (orthopédie, gynécologie, urologie...)
- Investissement matériel
- Restructuration complète établissement (salle dédiée, salle accueil...)
- Outils connectés
- Projet groupe Vivalto (MSD) pour homogénéisation pratiques



# *Démarche de la vague 2*

*Présentations*

---

**Partie 3**

---

## Démarche de la vague 2

- ***Etapas et suivi***

Edwige OLMEDO – Chargée de Projet, ARS ARA

- ***Présentation Grace Audit***

Pr Karem SLIM - Président GRACE – CHU de Clermont Ferrand

- ***Accompagnement***

Philippe DEVILLERS – Chef de Projet, APSIS Santé

- ***Programme de travail***

Edwige OLMEDO – Chargée de Projet, ARS ARA

---

**Sommaire**

---

# *Etapas et suivi*

*Edwige OLMEDO*  
*Chargée de projet*

---

**ARS ARA**

---

- **3 grandes étapes de l'accompagnement :**
  - **Réalisation d'un diagnostic**
  - **Adaptation de l'organisation cible RAC à chaque postulant et définition d'un plan d'action**
    - ✓ Formalisation d'un chemin clinique et d'un protocole cible
  - **Accompagnement du développement de la RAC**
    - ✓ Mise en œuvre du plan d'action
    - ✓ Audit des pratiques
- **Un suivi de la démarche à 2 niveaux :**
  - ✓ **MACRO – Suivi des indicateurs retenus par l'ARS ARA**
  - ✓ **MICRO – Audit des pratiques au quotidien par les équipes**

### Un suivi des indicateurs retenus avec des données détaillées par Trimestre :

- Nombre de séjours
- DMS en cours séjour par racine sur une liste de GHM retenus (cf diapo suivante)
- Taux de transfert en SSR
- Taux de ré-hospitalisation MCO entre [0-30] j dans la même CMD

## GHM retenus Vague 2

### Chirurgie orthopédique

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

### Chirurgie viscérale - Colorectal

- 06C03 Résections rectales
- 06C04 Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon

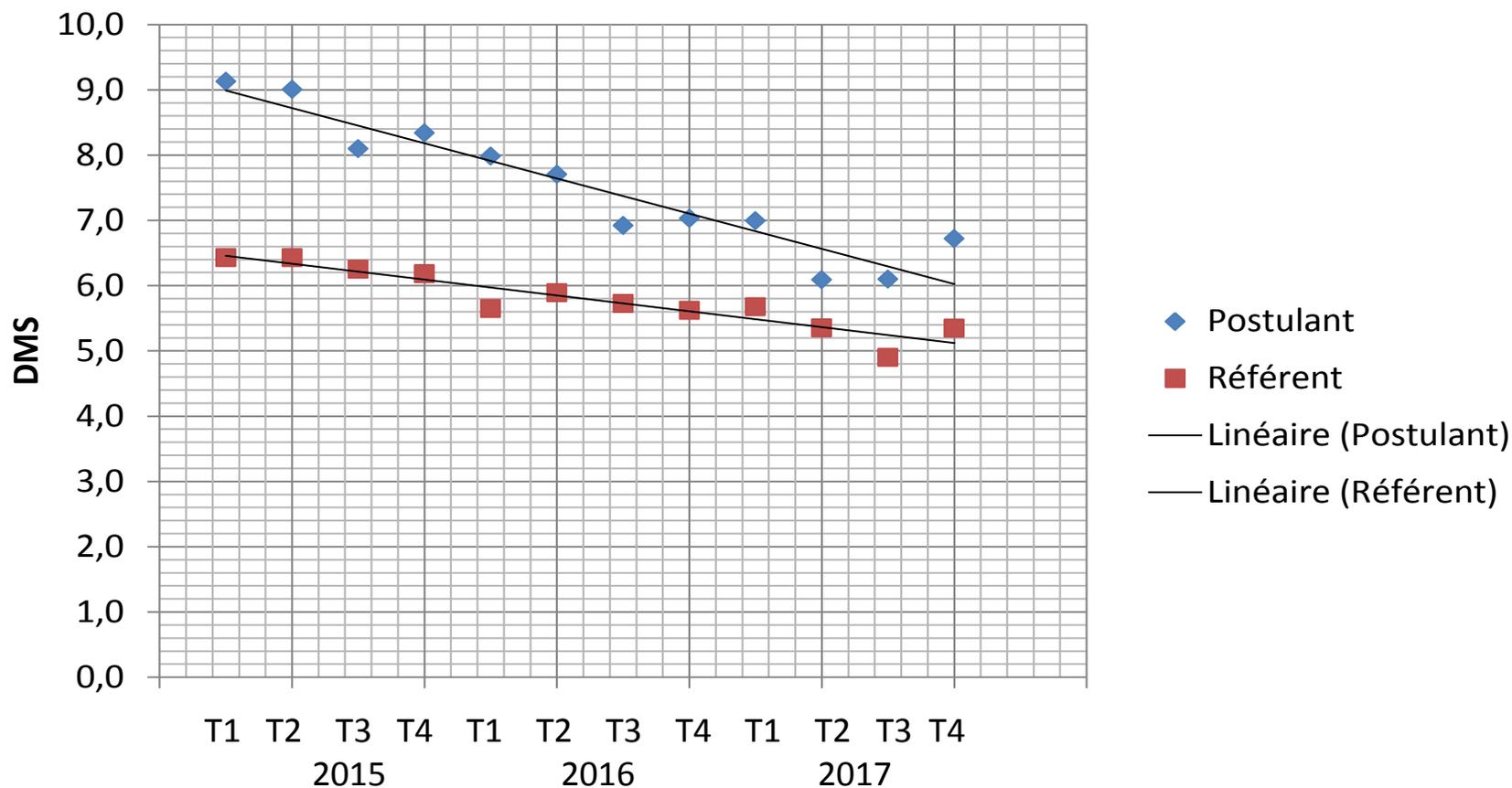
### Chirurgie gynécologique

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

### Chirurgie thoracique

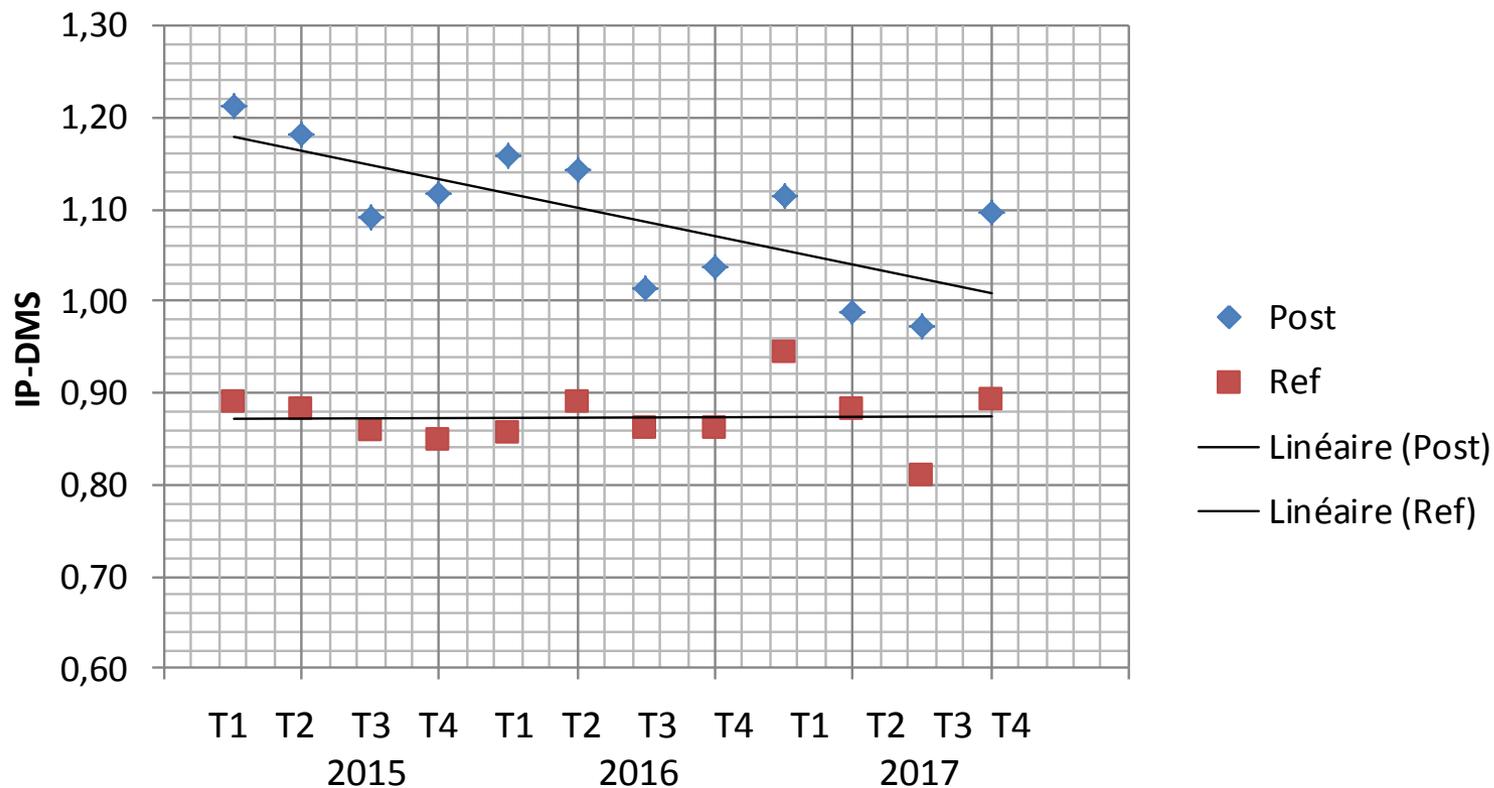
- 04C02 Interventions majeures sur le thorax
- 04C03 Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire
- 04C04 Interventions sous thoracoscopie

**Vague 1 : Chirurgie orthopédique**  
**Evolution DMS de la racine 08C24 Prothèses de genou**



08C24	2015				2016				2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Postulant	257	215	133	266	279	193	125	259	298	212	133	273
Référent	392	311	227	437	438	307	194	453	399	356	226	459
Autres ES	3 426	2 672	1 917	3 529	3 567	2 889	2 101	3 659	3 701	2 824	2 143	3 940

### Chirurgie orthopédique Evolution IP-DMS de la racine 08C24 Prothèses de genou



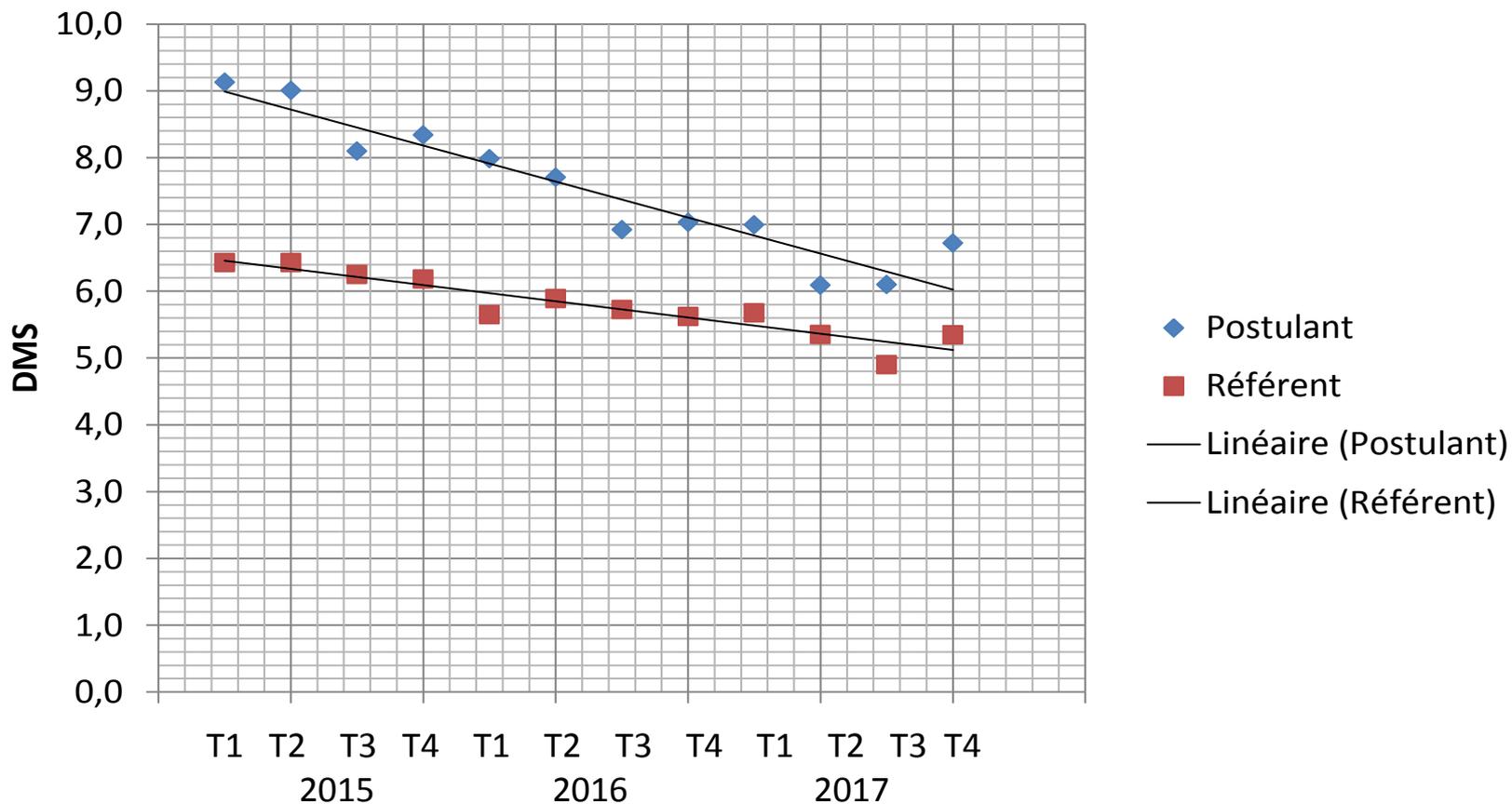
08C24	2015				2016				2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Postulant	257	215	133	266	279	193	125	259	298	212	133	273
Référént	392	311	227	437	438	307	194	453	399	356	226	459
Autres ES	3 426	2 672	1 917	3 529	3 567	2 889	2 101	3 659	3 701	2 824	2 143	3 940

## Suivi « MACRO » : Taux de transfert en SSR court (Vague 1)

Racine		Cat ES V1	2014	2015	2016	2017
08C25	Prothèses de genou	Post	65,9%	61,5%	55,8%	48,4%
		Ref	60,6%	57,2%	57,5%	47,8%
		ARA	54,9%	52,3%	48,7%	44,0%

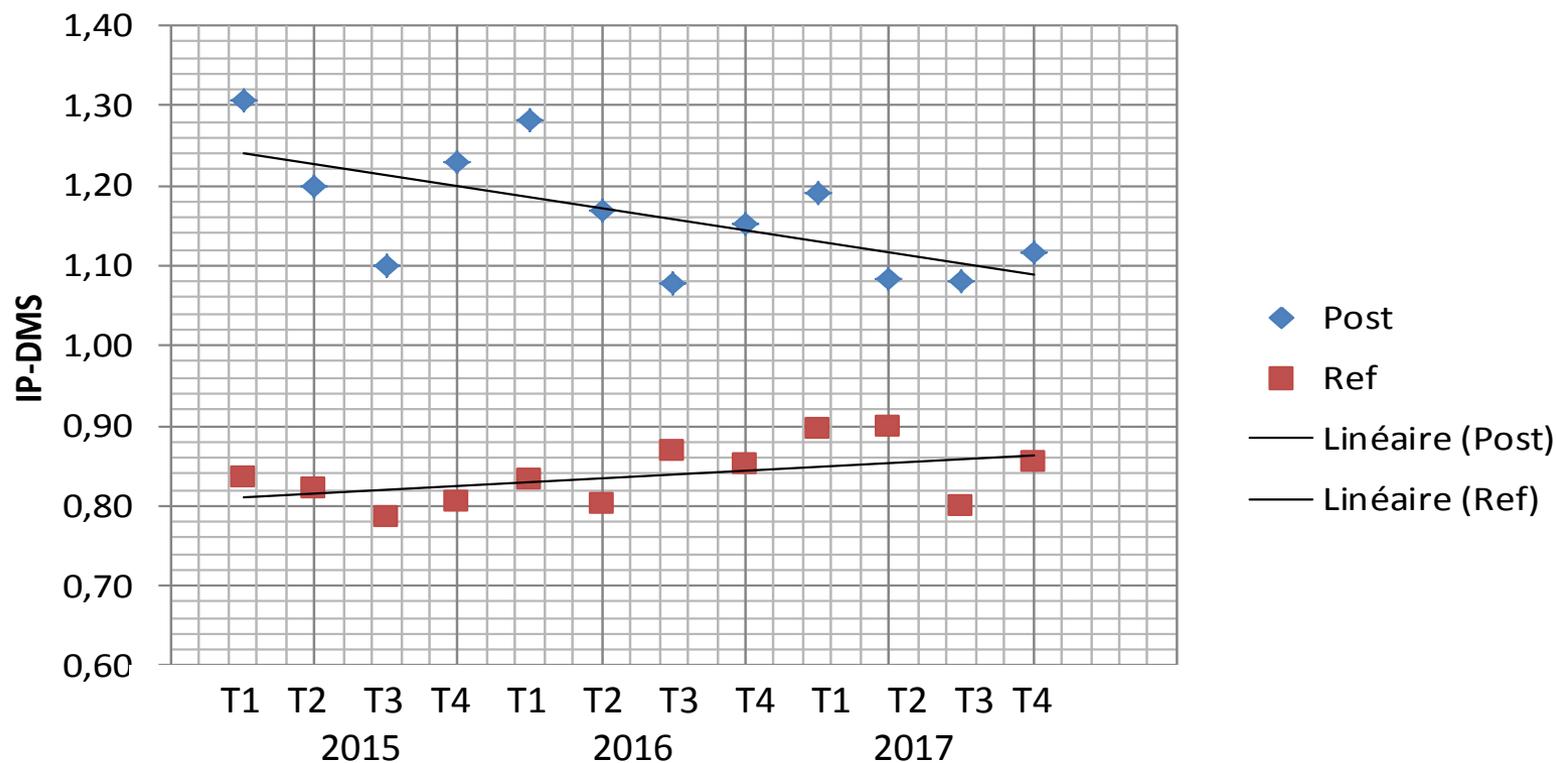


### Chirurgie orthopédique Evolution DMS de la racine 08C48 Prothèse de hanche



08C48	2015				2016				2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Postulant	243	228	170	286	268	248	171	258	258	237	180	263
Réfèrent	245	254	169	269	278	250	170	278	275	240	194	293
Autres ES	3 353	3 173	2 281	3 472	3 354	3 138	2 258	3 324	3 522	3 124	2 242	3 551

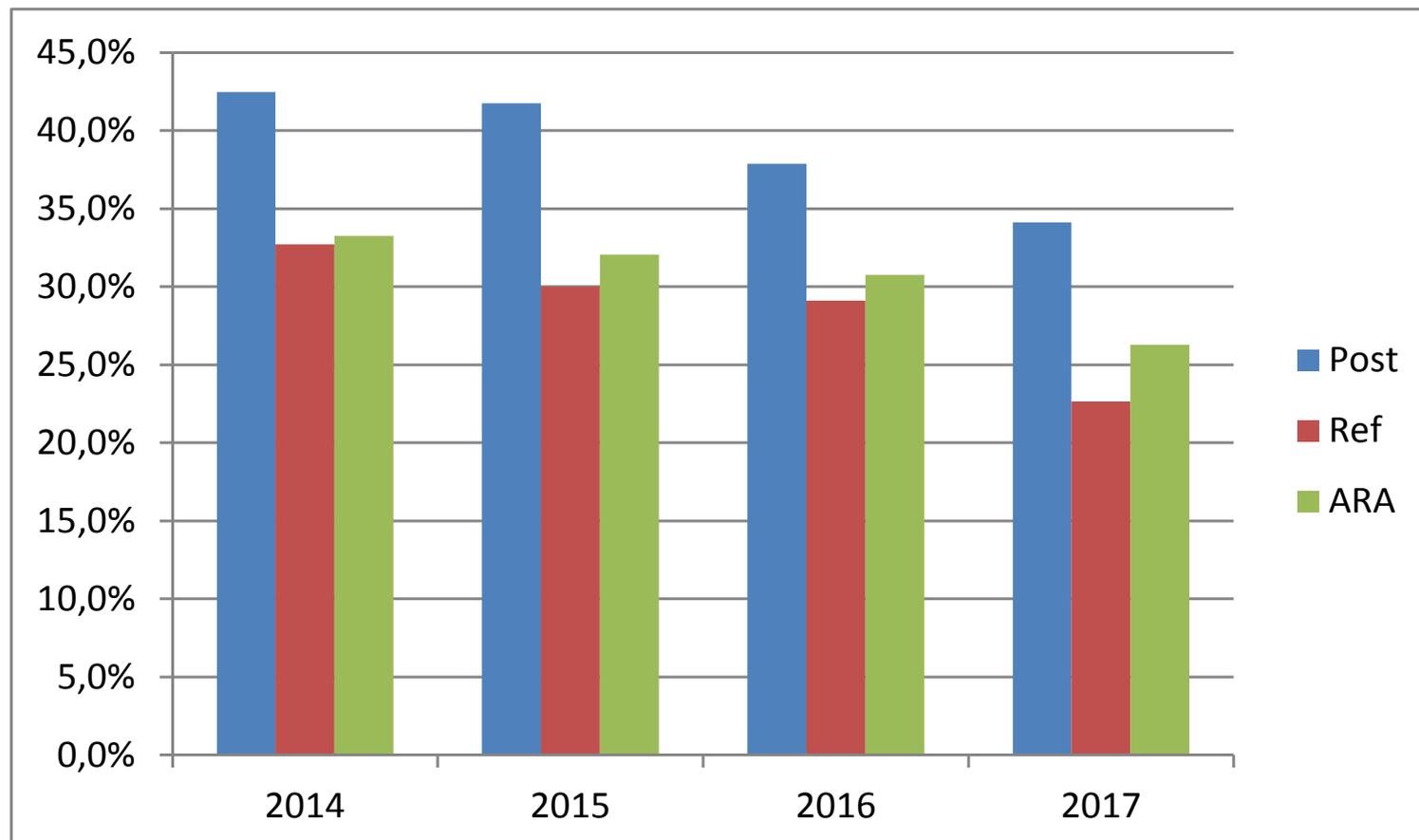
**Chirurgie orthopédique**  
**Evolution IP-DMS de la racine 08C48**  
**Prothèses de hanches pour des affections autres que des traumatismes récents**



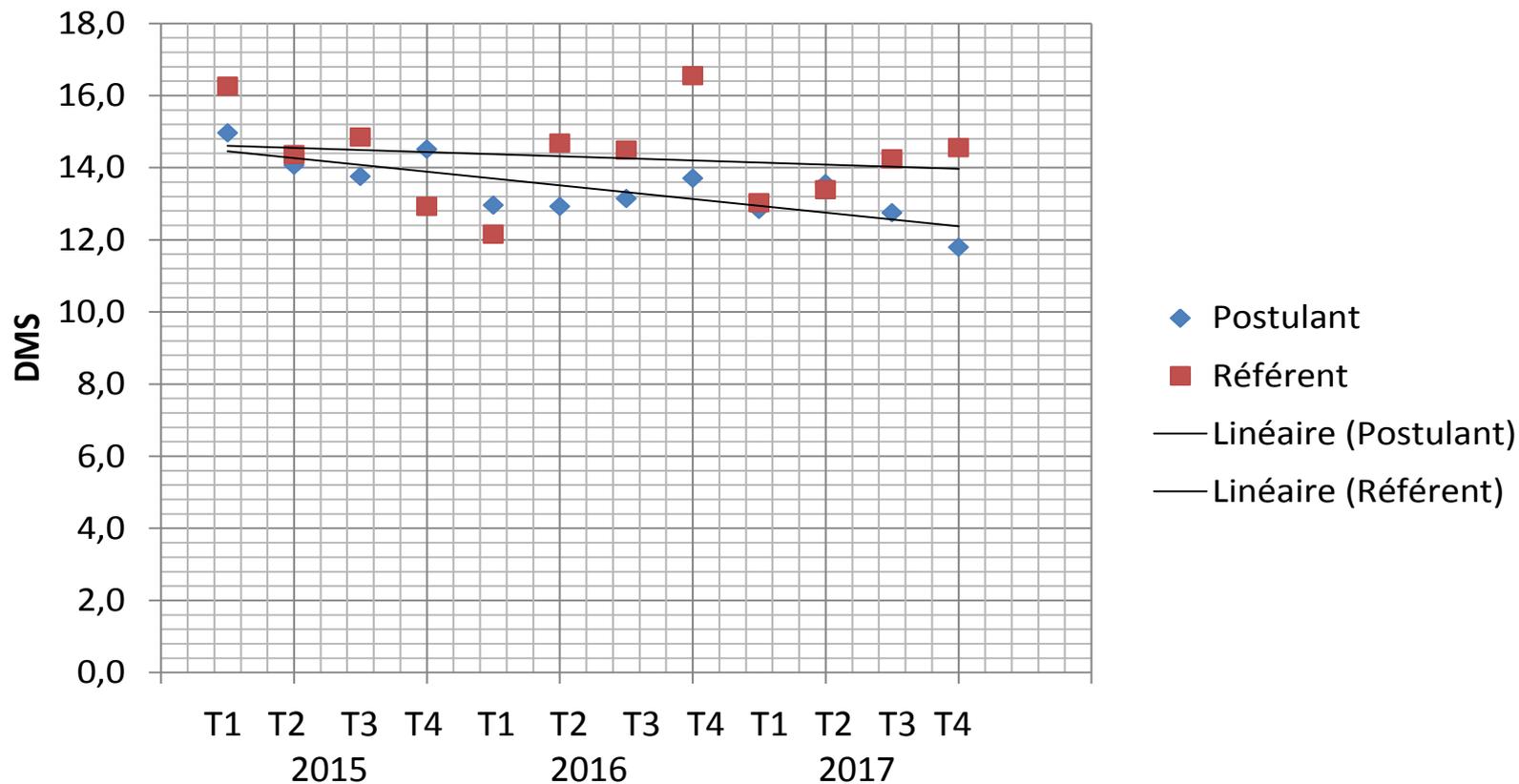
08C48	2015				2016				2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Postulant	243	228	170	286	268	248	171	258	258	237	180	263
Référent	245	254	169	269	278	250	170	278	275	240	194	293
Autres ES	3 353	3 173	2 281	3 472	3 354	3 138	2 258	3 324	3 522	3 124	2 242	3 551

## Suivi « MACRO » : Taux de transfert en SSR Court (vague 1)

Racine		Cat ES V1	2014	2015	2016	2017
08C49	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	Post	42,5%	41,7%	37,9%	34,1%
		Ref	32,7%	30,0%	29,1%	22,7%
		<b>ARA</b>	<b>33,2%</b>	<b>32,0%</b>	<b>30,8%</b>	<b>26,3%</b>

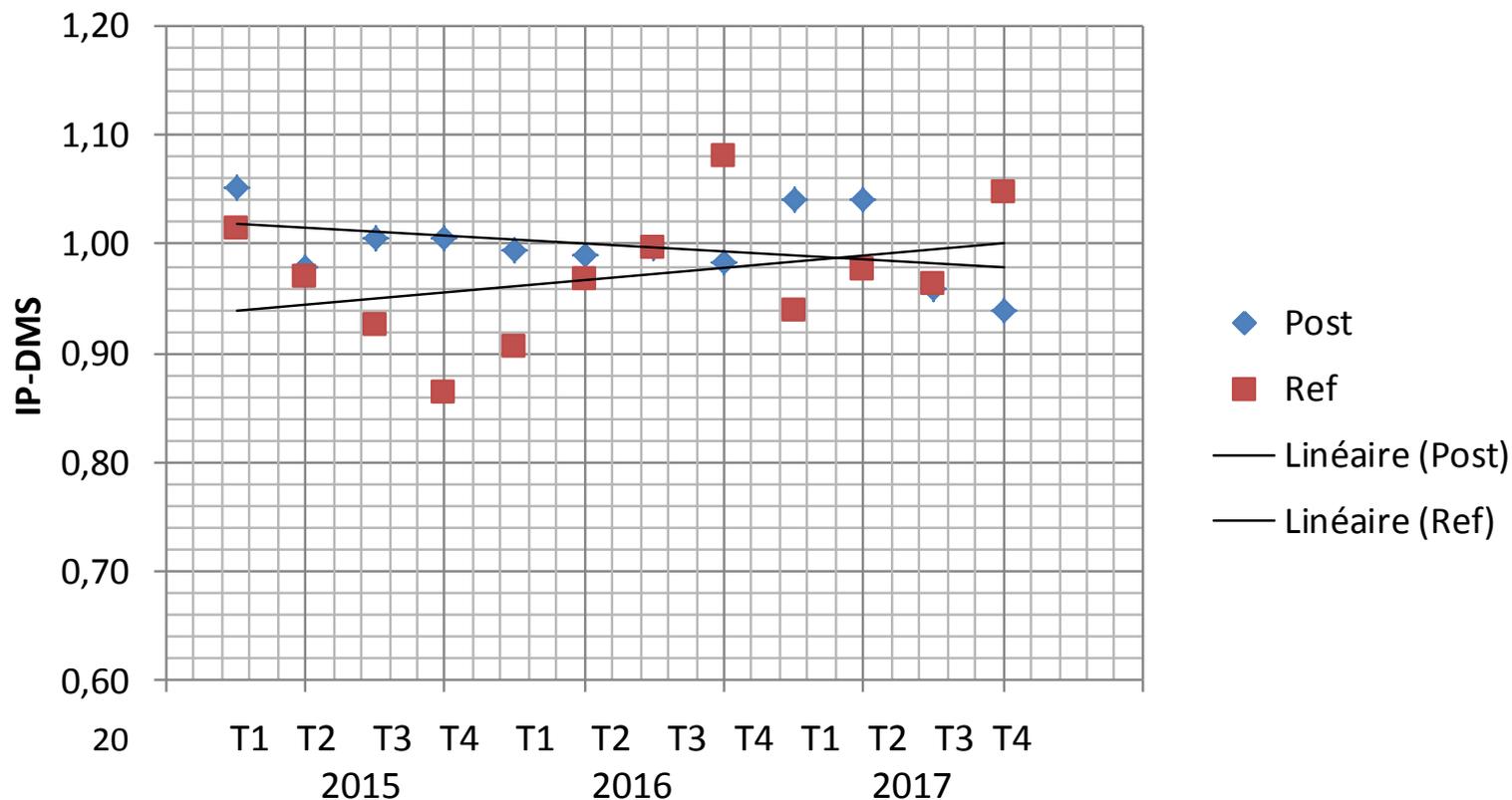


**Chirurgie colorectale**  
**Evolution DMS de la racine 06C04**  
**Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon**



06C04	2015				2016				2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Postulant	348	357	349	417	405	450	385	423	409	419	365	406
Référent	288	268	286	331	353	355	306	318	345	333	291	326
Autres ES	1 267	1 317	1 178	1 260	1 378	1 375	1 300	1 431	1 362	1 355	1 241	1 350

### Chirurgie colorectale Evolution IP-DMS de la racine 06C04 Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon



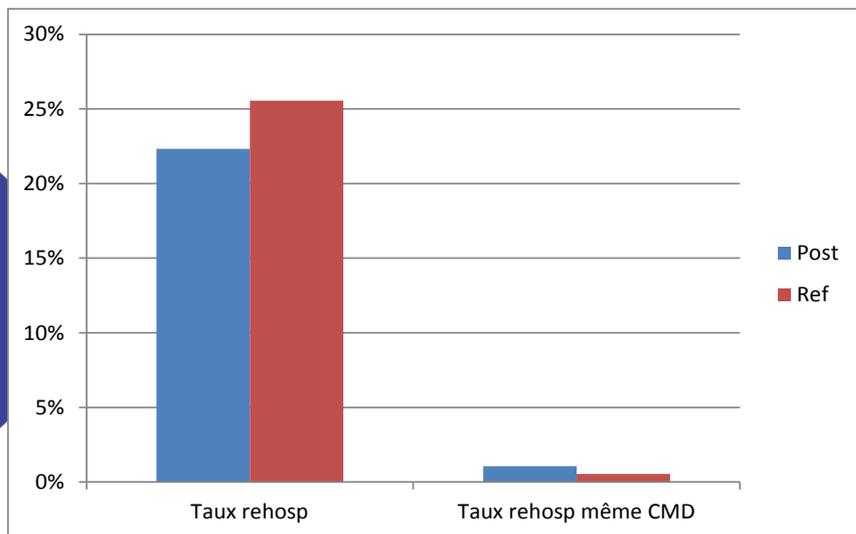
06C04	2015				2016				2017			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Postulant	348	357	349	417	405	450	385	423	409	419	365	406
Référent	288	268	286	331	353	355	306	318	345	333	291	326
Autres ES	1 267	1 317	1 178	1 260	1 378	1 375	1 300	1 431	1 362	1 355	1 241	1 350

# Suivi « MACRO » : Taux de réhospitalisation et de transfert en SSR (Vague 1)

## 06C05 Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon

### Taux de réhospitalisation

racine		Cat ES vague 1	2017	
			Taux rehosp	Taux rehosp même CMD
06C05	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon	Post	22%	1,06%
		Ref	26%	0,54%
		ARA	23%	1,11%



### Taux de transfert en SSR entre 0 et 3 jours après hospitalisation

categ_Ets_V1	2014	2015	2016	2017
Post	18,2%	18,4%	14,1%	13,7%
Ref	17,3%	16,4%	15,4%	12,4%
ARA	15,9%	16,3%	14,4%	13,5%

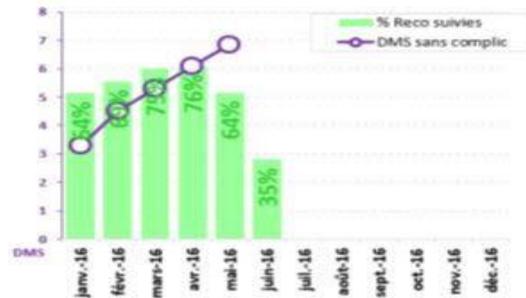


## MICRO – Audit des pratiques au quotidien

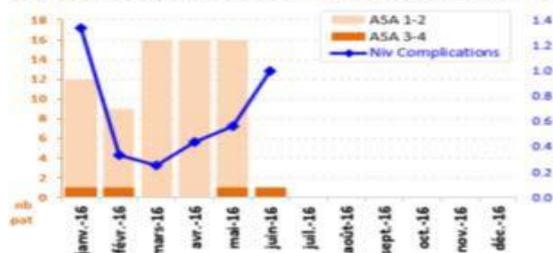
- L'enregistrement systématique de tous les patients intégrés dans la démarche RAC sur le logiciel GRACE AUDIT
  - Evaluation par rapport à la base
  - Evolution de ses pratiques dans le temps

### Etablissement - Nom du service ou de l'équipe Développement de la RAC pour la Chirurgie Colorectale

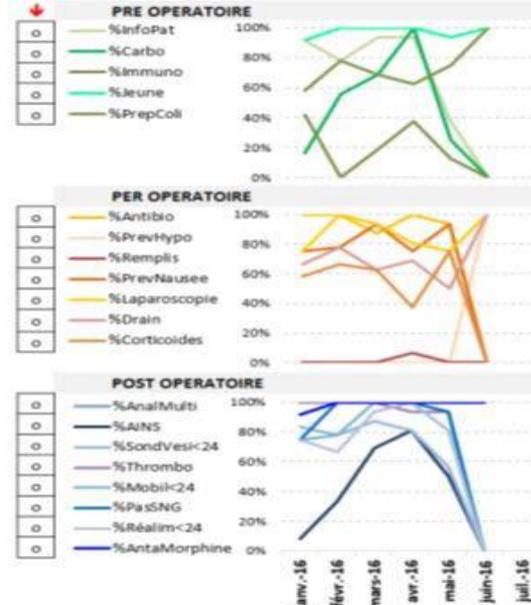
#### Suivi Global des recommandations et DMS



#### Lourdeur des patients et Complications [Clavien Dindo]



#### Choisir Zoom sur les recommandations ciblées



## Intérêt de l'Audit des pratiques

- Audit = indispensable pour savoir ce que l'on fait
- Obligatoire dans les protocoles de RAC (Pas de RAC sans AUDIT)
- Permet de corriger ou d'améliorer les pratiques « au fil de l'eau »
- Permet la formation et l'information des équipes sur le niveau réel d'application des protocoles et sur les résultats (compliance, morbidité, DMS...)

## Deux qualités requises :

- **Être honnête!**  
Inclure « en intention de traiter » et non pas selon l'évolution du malade
- **Être rigoureux!**  
dépister toutes les complications, même les plus anodines (ex : veinites, transfusions, abcès de paroi...), même après la sortie du patient



*Présentation de la base  
GRACE audit et modalités  
d'utilisation*

*Pr Karem SLIM  
Président GRACE*

---

**CHU Clermont-Ferrand**

---

# Présentation de l'outil d'audit court

- [www.grace-audit.fr](http://www.grace-audit.fr)



# *Accompagnement*

*Philippe DEVILLERS*  
*Chef de projet*

---

**AP SIS Santé**

---

# Présentation de l'accompagnement



- APSIS Santé fondée en 2012 avec deux métiers:  
Organisation + Programmation spatiale
- 15 ans d'accompagnement de la chirurgie ambulatoire
  - depuis 2005, 50 établissements accompagnés
  - formations Booster son UCA, DIU Chir Ambu
  - nombreux outils déployés (tableau de bord...)
- Choisi en 2015 par l'ARS ARA pour l'accompagnement de la vague 1 du développement de la RAC
  - 38 équipes accompagnées
- Retenu en 2017 par l'ANAP pour l'étude d'organisations innovantes dont la RAC

# Un projet passionnant et complexe

- Enthousiasme
  - **Thématique d'actualité, innovation médicale et organisationnelle**
  - Qualité de prise en charge et économie de santé
  - Premier projet français à cette échelle (58 équipes à l'échelle de la région)
  - **Coaching par les acteurs du terrain**
- Vigilance
  - Gestion du temps des référents et des postulants, consultant facilitateur
  - Coordonner de nombreux établissements, les déplacements
  - Un projet à fort enjeu, observé, préfigurateur (copié en IDF et Occitanie)
  - **Matérialiser des changements de pratiques en un temps court**

## L'équipe référente

### = Le SAVOIR-FAIRE

- Pratiques chirurgicale, anesthésique, soignante
- Sécurité, protocoles, qualité
- Suivi, évaluation
- Audit des pratiques
- Organisation opérationnelle
- Leadership interne / externe

### = Le LEADERSHIP

(exemplarité, pratique, vision)

## Le consultant

### = Le FAIRE-SAVOIR

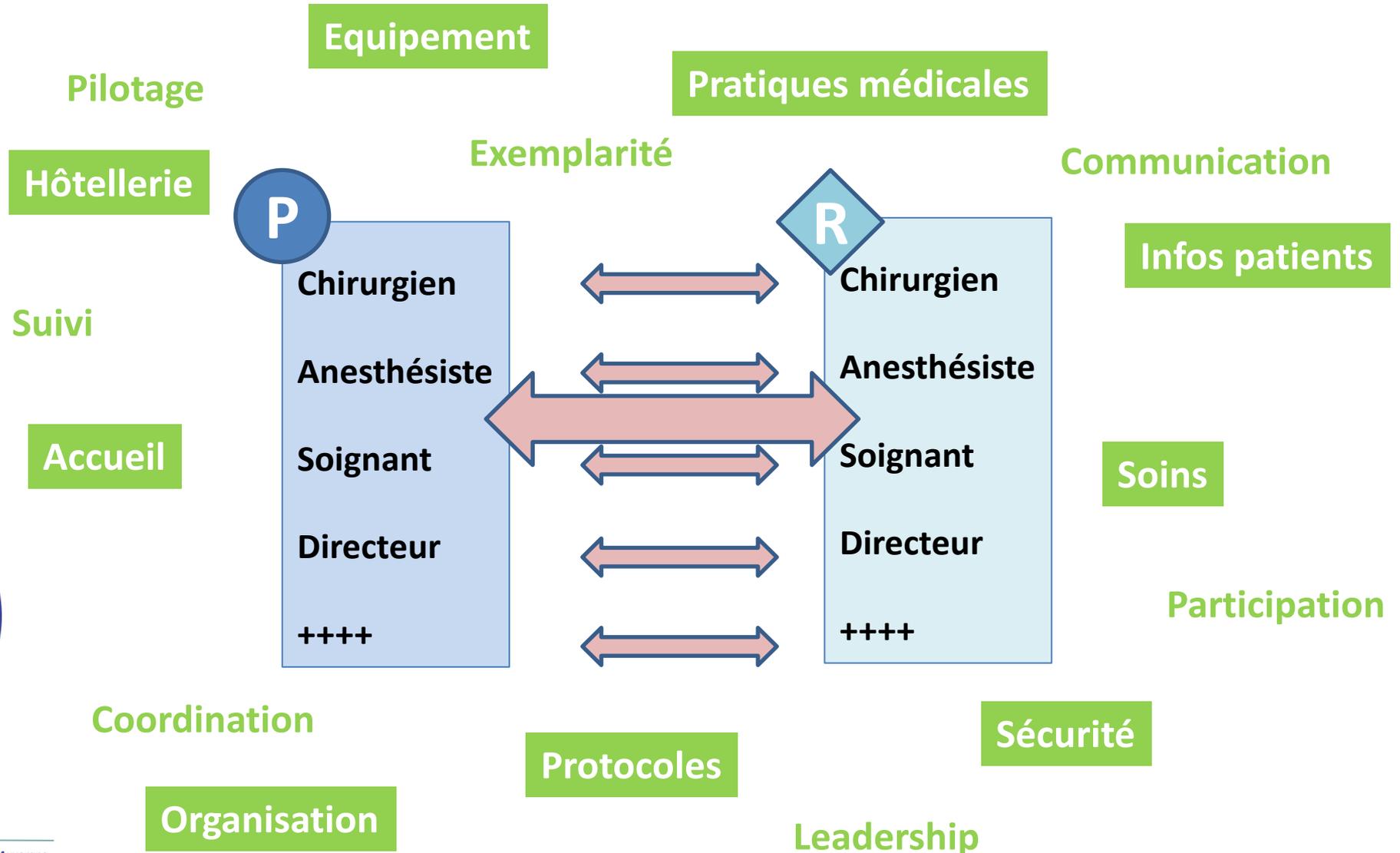
- Coordination du projet
- Conception, partage des outils et méthodes
- Communication
- Valorisation des expériences
- Suivi des mises en place
- Organisation des visites

### = L'ACCOMPAGNEMENT

(méthode, outils, comm)

# LE CHANGEMENT

# Des équipes pluridisciplinaires



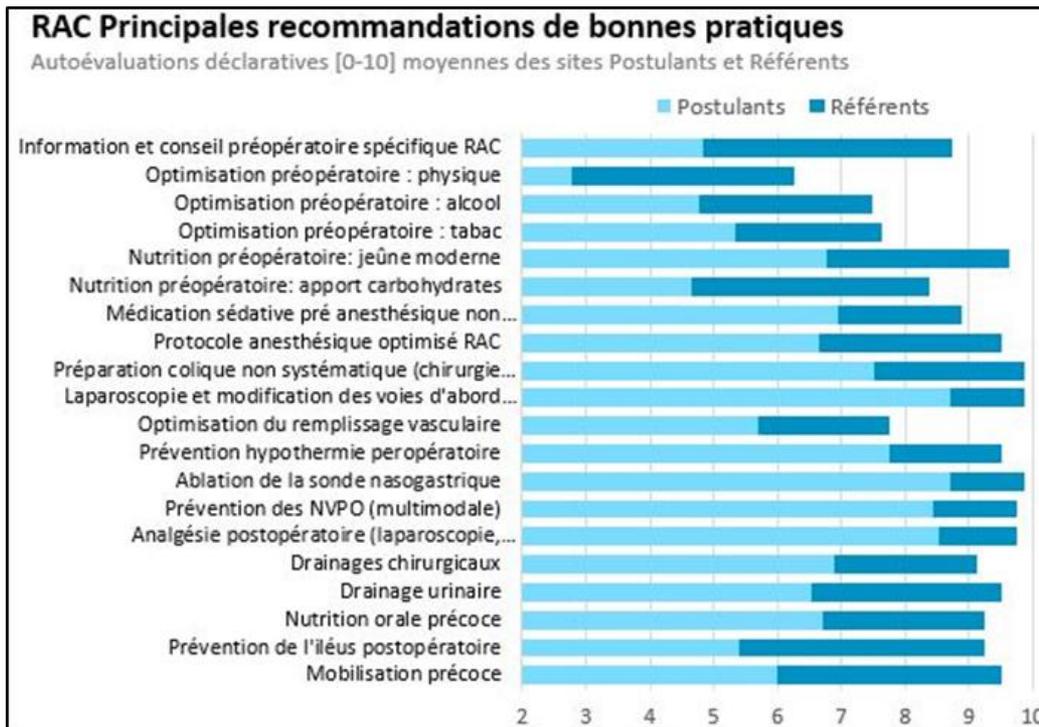
- Plutôt que les grands-messes, préférer le coaching en petit groupe



Logique de spécialité, de proximité, neutralité de statut et de concurrence...

# Les outils de la phase Diagnostic

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



**Auto évaluation déclarative** pour rapprocher les **visions des postulants et référents**

de 0 à 10 selon le niveau de mise en place [10 = complet]

Dans la vague précédent, cela a montré que:

- **Si les postulants ont des changements majeurs de pratiques à réaliser**
- **Les référents ont aussi des marges de progrès** sur certaines étapes, souvent amont et aval

# La saisie dans GRACE-AUDIT – 10 dossiers au début

- Dans le cadre de l'accompagnement, il est prévu un audit des pratiques via GRACE Audit.
- Pour faciliter les échanges et analyses, GRACE a créé un « Groupe ARS Auvergne Rhône-Alpes »
- Si vous êtes un **utilisateur EXISTANT**
  - se rendre dans les réglages de votre compte en se connectant à GRACE-AUDIT,
  - cliquer sur votre nom en haut à droite du bandeau du site
  - se rendre dans l'onglet « Groupes »
  - cocher « ARS Auvergne-Rhône-Alpes »

# La saisie dans GRACE-AUDIT – 10 dossiers au début

- Si vous êtes un **NOUVEL utilisateur**
  - s’inscrire par le biais du lien « Nouvel utilisateur » sur la page de connexion de GRACE-AUDIT.
  - Le lien direct d’inscription est le suivant :  
[https://www.grace-audit.fr/accueil/inscription\\_centre.php](https://www.grace-audit.fr/accueil/inscription_centre.php)
  - Le formulaire d’inscription comporte une rubrique qui leur permet de participer à notre groupe (cf image ci-dessous)

**PROJETS EN COLLABORATION AVEC GRACE**

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

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

ARS Ile-de-France

ARS Occitanie



- La description du chemin clinique type pour le geste cible

# *Programme de travail*

*Edwige OLMEDO*  
*Chargée de projet*

---

**ARS ARA**

---

# Le programme de travail

La Lettre  
du CRRAC



Avril 2018      Juillet 2018      Oct 2018      Déc 2018      Oct 2019      Déc 2019

Lancement  
du projet

Auto-  
diagnostic  
de la PEC

Cible  
et Plan  
d'action

Accompagnement du déploiement  
de l'organisation cible RAC

Bilan

3  
juillet

Réunion  
plénière  
Lyon

sept  
2018

janv  
2019

mai  
2019

sept  
2019

déc  
2019

Réunion  
plénière  
Lyon

4 réunions sur sites des 6 groupes Référent/Postulants

Légende :



Réunion Collective : pour chaque groupe de travail composé d'un centre référent et de 2 à 3 centres postulants, en présentiel sur un site à convenir au sein du groupe.



Point téléphonique avec chaque équipe

# La communication projet

- La lettre du projet
  - Témoignages d'équipes
  - Actualités
  - Avancement du projet
  - Nouvelles nationales
- Une newsletter quadrimestrielle



# *A la rencontre des groupes*

*Compléter le QuickScan sur papier  
Prendre une photo de chaque équipe  
Choisir le moment de réunion du groupe  
Faire connaissance*

---

**Partie 4**

---

## Découverte de la composition des Groupes

### ***G1 Colorectal – CHU Lyon-Sud – Pr Eddy Cotte***

CH Bourgoin Jallieu, CH Annecy

### ***G2 Colorectal – CHU Clermont-Ferrand – Pr Karem Slim***

Clinique La Pergola Vichy, CH Le Puy en Velay

### ***G3 Orthopédie – CHU Lyon, Croix-Rousse – Pr Sébastien Lustig***

CH Belley, CHU Saint-Etienne, CH Saint-Chamond

### ***G4 Orthopédie – Clinique St-Charles Lyon – Dr J-Christophe Durand***

Clinique des Cèdres Echirolles, CH Bourg-St-Maurice, CH Sallanches

### ***G5 Thoracique – CHU Lyon Grpt Est – Dr Renaud Grima***

CHU Saint-Etienne, CLCC Jean Perrin St-Etienne, CLCC Léon Bérard Lyon

### ***G6 Gynécologie – CHU Clermont-Ferrand – Dr Nicolas Bourdel***

CH Le Puy en Velay, CLCC Léon Bérard Lyon

---

**Sommaire**

---

# *Le mot de la fin*

*Dr Martine GELAS-BONIFACE –  
Médecin référent, ARS ARA*

---

**Conclusion**

---

## Conclusion et prochaines étapes

➔ 1<sup>ère</sup> réunion de groupe début octobre 2018

- ➔ Pour cette réunion il faudra avoir réalisé le diagnostic
- **Créer un compte pour permettre l'accès à l'audit court de GRACE, en allant sur l'adresse :**
    - <https://www.grace-audit.fr/accueil/index.php>
    - Une adresse mail devra être saisie, la recommandation est d'indiquer une adresse générique et consultable facilement depuis n'importe quel ordinateur
  - **Rentrer 10 patients dans Grace Audit**
  - **Faire la description du chemin clinique type pour le geste cible**

## Vos contacts pour cette démarche



- ARS
  - Edwige Olmedo, chargée de mission Performance – 04.27.86.56.21 - [edwige.olmedo@ars.sante.fr](mailto:edwige.olmedo@ars.sante.fr)
  - Dr Martine Gelas-Boniface, référent régional chirurgie-soins critiques-réanimation – 04.72.34.74.47 [martine.gelas-boniface@ars.sante.fr](mailto:martine.gelas-boniface@ars.sante.fr)
- APSIS Santé
  - Philippe Devillers, Directeur Associé, Consultant - 06 87 75 17 14 - [philippe.devillers@apsis-sante.com](mailto:philippe.devillers@apsis-sante.com)