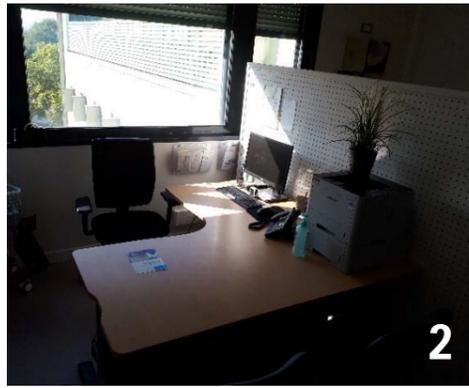
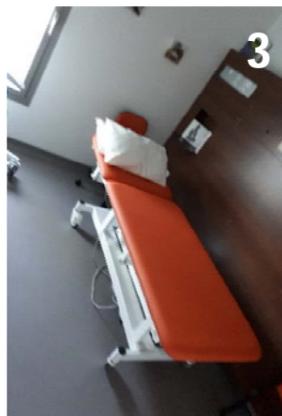




1
CHU Lyon
Site Croix Rousse



2
Visite du circuit d'accueil à JO
1 – salle d'attente d'arrivée
2 – bureau d'entretien IDE
3 – salle de détente assistée (hypnose)
4 – salon avant départ au bloc



1
Clinique Saint-Charles Lyon
Visite du fast-track au bloc



2
1 – box individuel d'attente au bloc
2 – salon de collation postop
3 – salle d'attente avant sortie
4 – valisette d'objets connectés



pour en savoir plus

- **Chef de Projet:** ARS ARA
Dr Martine GELAS-BONIFACE – 04 72 34 74 47
Edwige OLMEDO – 04 27 86 56 21

- **Accompagnement:** APSIS Santé
Philippe DEVILLERS – 06 87 75 17 14
philippe.devillers@apsis-sante.com

- **Comité Régional RAC:**
Pr SLIM – CHU Clermont-Ferrand
Pr COTTE – CHU Lyon-Sud
Pr FAUCHERON – CHU Grenoble
Pr LUSTIG – CHU Lyon, Croix-Rousse
Mme FAUJOUR – CHU Lyon
Dr BOGIOVANNI – GH St Joseph St Luc
Dr MAISONNETTE – Hôpital Privé Loire

l'express



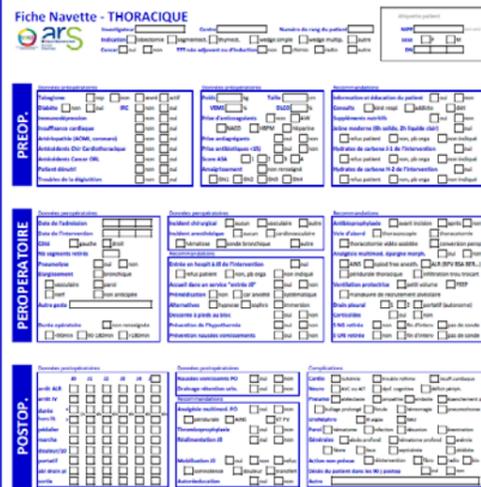
Getty Images/ IStockphoto

Opérations, nouveau mode d'emploi

Changer les vieilles habitudes, s'évaluer: de nouvelles pratiques permettent d'améliorer la qualité des soins. à lire dans L'EXPRESS 18/09/18

Audit RAC Chir. Thoracique

Le projet ARS ARA ne pouvant attendre l'accord entre la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (SFCTCV) et l'association GRACE sur les modalités d'audit des pratiques RAC dans cette spécialité, le groupe Thoracique a travaillé sur le contenu d'une fiche d'audit.



Dans le cadre du projet ARS, il faudra saisir ces fiches dans Excel pour suivre l'évolution de ses pratiques. Cette tâche fera hélas doublon pour partie avec la saisie des données dans EPITHOR.

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



**La Lettre du Comité Régional
Réhabilitation Améliorée
après Chirurgie**



n°07 – Février 2019
La Lettre du CRRAC

agenda

5 avril – Symposium GRACE, Paris
1-3 mai – World Congress ERAS, Liverpool

édito

La RAC a fait l'objet sur le plan international de nombreuses publications montrant son intérêt pour le patient et la santé publique.

Les établissements de notre région sont très dynamiques sur ce sujet dont l'ARS Rhône-Alpes a été le premier promoteur national en 2015 avec l'accompagnement d'une quarantaine d'équipes selon un mode tout à fait original.

D'autres ARS (IdF, PACA, Occitanie) ont depuis repris ce modèle de compagnonnage et de travail en groupe encadré par un coach sur le terrain qui a prouvé son efficacité et satisfait les professionnels.

Le succès de la démarche explique cette 2^{ème} vague et le lancement d'une 3^{ème} vague en octobre 2019. L'ARS ARA reste précurseur en ouvrant l'accompagnement à de nouvelles spécialités chirurgicales: thoracique, gynécologie et bientôt urologie, rachis et césarienne.

La RAC est le nouveau parcours de soins en chirurgie et, pour certains, l'unique parcours. Le principal bénéficiaire est le patient. Pour les établissements, cela nécessite d'investir rapidement dans la réorganisation des équipes et la formation des personnels.

Je vous remercie tous de votre mobilisation pour cette nouvelle approche des organisations et des pratiques médicales et soignantes.

Igor Busschaert, Directeur de l'Offre de Soins, ARS ARA

Réunion de lancement studieuse à Lyon



1	VCR	CHU Lyon Sud (R)
	VCR	CH Bourgoin-Jallieu
	VCR	CH Annecy Genevois
2	VCR	CHU Clermont-Ferrand
	VCR	Clinique La Pergola (Vichy)
	VCR	CH Le Puy en Velay
3	OHG	CHU Croix-Rousse
	OHG	CH Belley
	OHG	CHU Saint-Etienne
	OHG	CH Saint-Chamond
4	OHG	Clinique Saint-Charles
	OHG	Clinique des Cèdres
	OHG	CH Bourg St Maurice
	OHG	CH Sallanches
5	THO	CHU Lyon, Gpt Est
	THO	CHU Saint-Etienne
	THO	CRLCC Jean Perrin
	THO	CRLCC Léon Berard
6	GYN	CHU Clermont-Ferrand
	GYN	CH Le Puy en Velay
	GYN	CRLCC Léon Berard

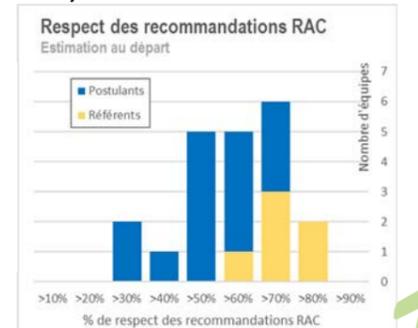
4 juillet 2018 – Lancement de la nouvelle vague du chantier d'accompagnement de la RAC de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes avec une affluence nombreuse de plus de 100 participants.

Une réunion studieuse avec le témoignage de 4 équipes de la vague de 2016, la présentation des principes de la RAC et du programme de travail et les premiers échanges au sein des 6 groupes constitués: 2 digestif (VCR), 2 orthopédie (OHP), 1 thoracique (THO), 1 gynécologie (GYN).

Le principe des réunions itinérantes des groupes est réaffirmé et les premières dates sont calées. Nous voilà bien partis pour 2 années de travail.

Philippe Devillers, directeur APSIS Santé

Lors du lancement, chaque équipe a estimé son % de respect des recommandations RAC. L'analyse reflète la situation attendue: les référents montrent un meilleur niveau d'observance que les postulants, tout en ayant encore des marges d'amélioration.





Inspiration, expérimentation

Septembre 2016, une équipe du CH Versailles comprenant chirurgiens, anesthésiste, cadre de santé, kiné et directrice des organisations et des projets embarque pour une visite de la RAAC en orthopédie à l'Hôpital de Velje au Danemark, un établissement de taille similaire à Versailles.

Une visite source d'un grand enthousiasme: une année plus tard à peine, le service de chirurgie orthopédique annonce ses premières PTH et PTG en RAAC. « Nous nous sommes inspirés de l'expérience danoise, en l'adaptant à la mode française. »

Dès son retour du Danemark, l'équipe a entrepris d'imaginer la prise en charge RAAC de ses patients

Un groupe pluridisciplinaire a été chargé de la rédaction du futur chemin clinique, incluant les modifications en amont, au bloc opératoire, dans le service d'orthopédie et lors du retour au domicile ou en SSR.

Les protocoles d'anesthésie ont été modifiés: jeûne précoce, bloc nerveux et infiltration, gestion de la douleur. Les protocoles de soins post-op ont été optimisés avec un travail participatif des IDE, AS, kiné: lever précoce, redon non systématique et ablation précoce, pansements spécifiques....

Dans le service, les modifications ont été surtout organisationnelles avec la mise en place d'aide kiné, une solution originale pour pallier le manque de kiné tout en gardant une certaine souplesse. Ainsi, trois AS ont été formés en interne sur une période de

6 mois à temps partiel avec des cours assurés par les chirurgiens et kinés. Cette formation s'est conclue par une validation des compétences acquises. Cette fonction est centrée pour favoriser « la remise en marche ». Ils sont au planning par roulement pour assurer une présence en soirée, tout en continuant leurs missions d'aide-soignant les autres jours.

L'organisation des soins place la rééducation au centre de la prise en charge du patient

Ainsi, afin d'avoir une séance de rééducation efficace et constructive, la douche est reportée à l'après-midi. « Cela a été une petite révolution ». La rééducation se déroule dans une salle spécialement aménagée.

Mais c'est en amont que tout se joue.

Le CH Versailles a mis en place 2 IDE à temps partiel afin d'assurer la continuité de la prise en charge. Elles organisent 2 fois par mois une réunion préopératoire multidisciplinaire qui accueille une quinzaine de patients et leurs proches. Cette réunion de 3h réunit tous les acteurs de la prise en charge: chirurgien, anesthésiste, IDE coord, kiné, service social et Prado.



Elle permet d'apporter des réponses aux patients de façon collective et individuelle. Un livret d'information et un guide de rééducation sont remis.

Cette réunion ne peut pas se dérouler le même jour que la consultation pré-anesthésique. Cela impose donc aux patients un autre déplacement et certains ne viennent pas, notamment faute de prise en charge des transports. Par ailleurs, la codification de ces actes multidisciplinaires est à définir par les ARS pour une reconnaissance d'activité au niveau institutionnel.

Très belle réussite que ce restaurant au sein de l'unité d'orthopédie

Financé par des associations et le fonds de dotation de l'hôpital, ce « resto » accueille le patient dès J1, pour tous ses repas, accompagné de l'aide kiné. Ce lieu a aussi vocation de réunir les patients pour « un café de sortie » avant leur départ: occasion pour l'IDE coordinatrice de délivrer les consignes de sortie.

« Nous avons fait une première évaluation après quelques mois de fonctionnement, et les patients sont ravis de notre prise en charge, avec plus de 98% de satisfaction. C'est un bel encouragement pour notre équipe ultra motivée. »

Prochains challenges: partager l'expérience du CH Versailles et développer la RAAC au sein d'autres spécialités.

Françoise Clergue, Cadre Sup, Pôle Chirurgie, CH Versailles

& Françoise Lecas, Cadre, Chir ortho, CH Versailles



Promotion interne de la RAAC aux HCL

« La particularité d'un CHU est d'être concerné par l'ensemble des chirurgies lourdes, avec parfois, comme à Lyon, plusieurs services pour la même spécialité répartis sur différents sites, voire un même site. Ceux qui ont été confrontés au déploiement de la RAAC dans un service avec plusieurs praticiens sur les mêmes gestes cibles peuvent imaginer la difficulté de la déployer sur une multiplicité de lieux.

Actuellement, à l'échelle des HCL, la RAAC concerne 9 services de chirurgie – 3 en digestif, 3 en orthopédie, 2 en urologie, 1 en thoracique – et nos 3 maternités pour la rééducation précoce post césarienne.

La RAAC a été inscrite dans le projet médical dès 2013 avec des initiatives pilotes et individuelles de certains chirurgiens dès 2011 en digestif et en orthopédie. Ce n'est donc pas une nouveauté. L'un des objectifs de ma fonction est de promouvoir les organisations innovantes, afin de faciliter l'exercice de la chirurgie et la prise en charge des patients. J'ai donc proposé d'inscrire ces orientations au projet d'établissement dès cette époque.

Nous avons un comité RAAC transversal au départ, mais la RAAC est maintenant passée dans les mœurs et la discussion s'est déplacée au sein de chaque groupement hospitalier avec les directeurs référents de pôle.

Parce que nous sommes dans un hôpital universitaire, l'**Evidence Based Medicine** est inévitable (*on pourrait dire est une évidence*) pour accepter un changement de pratiques. En orthopédie par exemple, il y a en ce moment de nombreuses communications qui convergent pour une utilisation de la colle en lieu et place des agrafes et/ou sutures dans la PTH et PTG. Or, je constate que nos services qui pratiquent la RAAC n'ont pas tous substitué et discutent des éléments de preuve et du bénéfice coût avant avec les pharmacies. Je suis donc en train de m'assurer que nous ne sommes pas passés à côté d'éléments facilitateurs et prouvés.

Mon rôle est essentiellement un rôle d'écoute et de facilitation

Et de méthodologie aussi, pour aider les directions de pôles et les services à structurer une gestion de projet et à l'accompagner dans le temps.

Il y a en permanence de nombreux projets dans une institution de notre taille. Aussi, je ne sollicite pas d'initiative si je sens que l'équipe médicale n'est pas prête. Mon temps est mieux investi sur des projets et équipes plus matures où on peut réussir un processus de changement.

Les démarches comme celles de l'ARS sont très intéressantes pour les équipes déjà motivées. Accompagner des établissements moins avancés est une motivation pour nous aussi, pour aller encore plus loin dans notre CHU. Les échanges sont très enrichissants.

Je me suis rendu compte que le **sentiment de fierté, l'égo, était un déclencheur très puissant du changement**. Rien de tel qu'une comparaison entre pairs pour faire bouger les lignes. Les comparaisons de durées moyennes de séjour des PTH et PTG a ainsi fait bouger nos services d'orthopédie. Ils sont désormais tous engagés dans une démarche RAAC.

Il faut laisser du temps pour que les idées cheminent et que l'essaimage fonctionne

Il faut aussi jouer de beaucoup de subtilité dans ces démarches pour ne pas brusquer et s'appuyer de la géopolitique des pouvoirs médicaux dans l'institution.

A l'échelle des HCL, tout prend du temps, mais il y a aussi une puissance formidable à disposer de toute cette expertise médicale et soignante sur une même ville. Par exemple, en ce moment, nous montons un atelier kiné transversal à tous les sites pour réfléchir sur les pratiques RAAC applicables à toutes les chirurgies abdominales (uro, dig, tho). En parallèle, nous réfléchissons sur les évolutions architecturales à prévoir des secteurs d'hospitalisation pour faire évoluer le bâti.

Il faut bien comprendre ma fonction: je ne suis pas le Père Noël

Je ne suis pas la bonne personne pour déclencher l'attribution d'une IDE Coordinatrice RAC par exemple, une demande pas toujours légitime que l'on me fait très régulièrement. Il m'arrive tout de même d'appuyer un dossier si j'estime la demande légitime par rapport au niveau d'activité ou au gain pour les patients. Une chose est sûre, c'est que je suis à une intersection où je vois converger toutes les initiatives et les réussites des uns et des autres. J'essaie, dans la mesure du possible, de les faire traverser d'une rive à l'autre à l'autre pour que tous, aux HCL, en profitent.

Véronique Faujour, Directrice Adjointe, Coopérations et Stratégie, HC Lyon