

GRACE 2019

Le symposium a eu lieu le 5 avril à Jussieu, devant 400 participants, avec un programme en deux parties: témoignages d'équipes avancées et modalités de déploiement de la RAC. Retour sur quelques temps forts.

Le Pr Ris du CHU Genève a lancé la journée idéalement avec un retour humoristique sur les freins à la RAC et la résistance au changement.



Le Dr Nicolas Lonjon du service de Neurochirurgie du CHU Montpellier partageait ensuite son expérience du développement de la RAC en chirurgie du rachis, dans la prise en charge de l'arthrodèse lombaire.



Une chirurgie lourde, douloureuse, peu moderne avec croyances (repos au lit, corset, drain...), avec des patients fragiles, à risque de complications précoces. En 1 année, son équipe a pris en charge 221 patients en RAC sans mesurer de différence en terme de réadmissions ou de complications, avec une DMS réduite de 6,8 à 3 jours.

Le Dr Clémence Brecheteau du service de Chirurgie ORL et Cervico-faciale du CHU Angers a présenté leur transposition des principes RAC à la laryngectomie totale avant de l'étendre à la toute la chirurgie carcinologique de la tête et du cou.

Elle a souligné les spécificités de ce geste: douleurs ORL très morphino-dépendantes, pas de technique ALR sauf pour le lambeau de grand pectoral, ré-alimentation précoce impossible car SNG ou gastrostomie, soins infirmiers et prestataire... pour conclure: tout reste à faire en ORL !

Enfin, Pr Joris du CHU Liège concluait avec une étude d'impact de la RAC sur la qualité de vie des patients: les données, rares, après le retour à domicile influencent la revalidation. Le suivi, fondamental, implique de déterminer les paramètres à évaluer et d'éviter le « harcèlement » et la surcharge de questions.

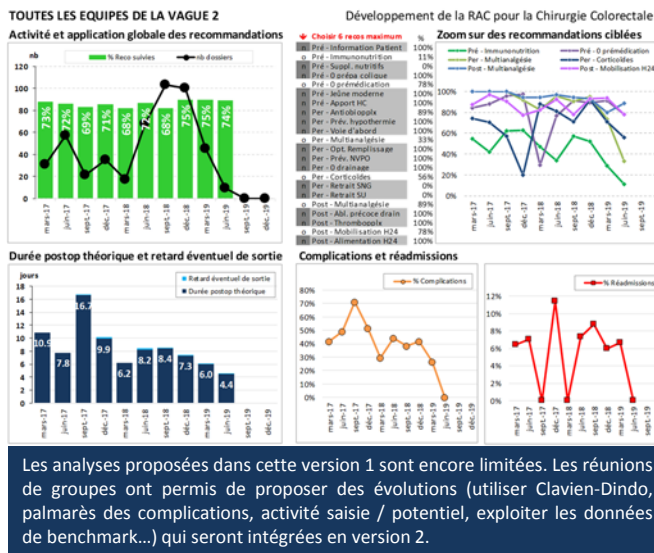
Projet de tableau de bord d'AUDIT

Dans la mission d'APSI Santé est prévue la création d'un tableau de bord pour l'ARS de suivi de l'activité et des pratiques RAC des équipes engagées dans le projet.

Tant qu'à le faire, nous avons décidé d'en décliner une version que chaque équipe pourrait utiliser, dans la durée du projet et après, pour suivre son évolution dans le temps.

Le tableau de bord choisit le rythme de suivi pour s'adapter à tous les recrutements. Il est conçu pour une impression couleur sur A4, de manière à facilement communiquer autour du projet.

Philippe Devillers, APSIS Santé



La Lettre du Comité Régional Réhabilitation Améliorée après Chirurgie



n°08 - juin 2019
La Lettre du CRRAC

édito

La vague RAC3 est lancée !

L'ARS Auvergne Rhône-Alpes a décidé de lancer une 3^{ème} vague de RAC, alors que la vague 2 est en plein travail, jusqu'en Mars 2020.

Toujours fondée sur des échanges de pair à pair entre des centres plus expérimentés en RAC et d'autres moins structurés mais ayant une forte activité, la 3^{ème} vague fait appel à de nouvelles spécialités.

L'orthopédie est à l'honneur avec 3 groupes, respectivement dédiés à la PTG et aux chirurgies du rachis et de l'épaule qui exigent une prise en charge globale du patient et une gestion fine de la douleur.

L'urologie, qui n'avait pas encore eu d'atelier RAC, est retenue, ainsi que la gynécologie (hystérectomie). Enfin, la césarienne complète les 6 groupes de cette nouvelle vague.

Le Comité Régional RAC a estimé que le colorectal et la PTH bénéficiaient de la RAC en routine grâce à nos référents régionaux toujours à disposition pour des conseils.

La réunion de lancement RAC3 se tiendra le 7 novembre 2019 à l'ARS Lyon. Les nouvelles équipes sont attendues au complet (chirurgien, anesthésiste, soignant, administratif) à cette session, nouvelle en spécialités et en établissements.

Dr Martine Gilas-Boniface,
Réfèrent Chirurgie, ARS ARA

équipe	CHU Lyon - Lyon-Sud	CHU Bourgoin-Jallieu	CH Amey	CHU Clermont-Ferrand	Clin La Pegade (Vichy)	CH Le Puy en Velay	CHU Lyon - Côte-Roussie	CH Bailey	CHU Saint-Etienne	CHU Saint-Chamond	Clin Saint-Charles (Lyon)	Clin Céreix (Echirolles)	CH Bourg Saint-Maurice	CH Salanches	CHU Lyon - Opt Est	CHU Saint-Etienne	CHU Jean Perrin	CHUCC Leon Bérard	CHUCC Clermont-Ferrand	CH Le Puy en Velay	CHUCC Leon Bérard	
nb actions	7	7	6	6	8	6	6	7	9	8	5	9	6	8	8	9	9	7	8			
Animer Comité RAAC	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Communication interne	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Auditer ses pratiques	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Protocoles et dossier info	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Information patients	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ecole des patients	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Téléconsultations	1																					
Bilan complexe	3																					
Appels des patients	2																					
IDE Coord	8																					
PEC chirurgicale	5																					
PEC anesthésique	8	1																				
PEC kiné	8	1	1																			
PEC diet	2																					
Accueil JO	3																					
Alternatives prémed	8	1																				
Anticipation sortie	5																					
Réseau avec la ville	7	1																				
Suivi des patients au domicile	3																					

Actions communes et pistes originales

Les établissements de la vague 2 sont désormais au milieu de la phase de mise en œuvre des actions.

Parmi les thématiques retenues, l'information des patients se dégage très nettement. Quasiment tous les établissements ont jugés utile de créer, professionnaliser ou enrichir les supports d'information des patients: passeport RAC, livret de suivi de la rééducation, vidéos...

D'autres thématiques ont été plébiscitées. L'adaptation des pratiques, bien sûr en chirurgie, en anesthésie et dans le service, mais aussi pour les kinés, les diététiciens, et pour les IDE de consultation.

L'école des patients, en orthopédie, et les alternatives à la prémédication pour la prise en charge de l'anxiété et globalement la mise en place du patient 3D (debout, digne, détendu) avec un accueil à JO spécifique, sont des thèmes très porteurs, comme l'anticipation de la sortie ou le partenariat avec la ville.

Certaines pistes choisies sont très originales: la téléconsultation pré anesthésique, la réflexion sur un bilan complexe préop en HDJ, la création d'un passeport toutes RAC, le virtual hypnotique, diverses approches en vidéo, l'appli myRAC...

On a hâte de voir les résultats !

Philippe Devillers, APSIS Santé

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

- Comité Régional RAC:
Pr SLIM, CHU Clermont-Ferrand - Pr COTTE, HCL-Sud - Pr FAUCHERON, CHU Grenoble - Pr LUSTIG, HCL Cx-Roussie - Pr BOURDEL, CHU Clermont-Ferrand - Mme FAUJOUR, HCL - Dr BONGIOVANNI - Dr MAISONNETTE, HPL - Mme L'HOPITAL-ROSE, HP La Chataigneraie - Dr BINET, HCL Louis Pradel - Mme VONCK, Clin. St Charles

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

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



RAC2: actions communes et pistes originales

PRADO Principes et témoignages

Vidéos: de nombreuses voies possibles

Symposium GRACE 2019

Projet de tableau de bord d'AUDIT

PRADO

Ce service a été initié par l'Assurance Maladie pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et fluidifier le parcours hôpital-ville.

Les enjeux de PRADO sont :

- préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients
- accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital
- renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant
- améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin.

Les témoignages ci-dessous illustrent l'intérêt du dispositif.

Dr Martine Gilas-Boniface, Référent Chirurgie, ARS ARA

Durant la fin de ma carrière libérale, j'ai pu voir sur le terrain tout l'intérêt de la prise en charge PRADO.

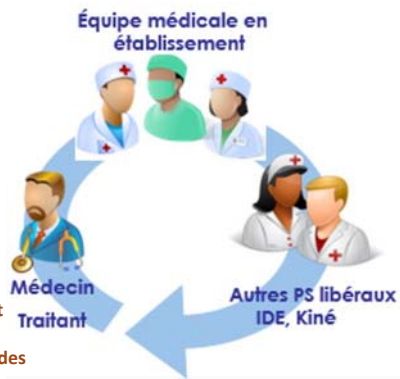
Grâce à ce système, le patient est informé des rendez-vous pris avec les professionnels de ville de son choix (IDE, kiné, spécialiste) par le Conseiller de l'Assurance Maladie (CAM), en amont de sa sortie d'hospitalisation.

Le CAM se charge de faire le relai hôpital-ville et communique toutes les informations : adresse, téléphone...

Le professionnel de santé intervenant est certain que le patient sera présent au domicile. Tous les documents administratifs sont prêts, le patient a été chercher ses médicaments à la pharmacie, son médecin traitant est informé. Les soins chez les patients sont donc facilités.

En outre, les patients sont beaucoup moins anxieux car ils savent que tout est préparé en amont. Ils apprécient également que le conseiller PRADO les appelle quelques jours après la sortie afin de vérifier que tout se passe bien. Avoir un patient dans le cadre du PRADO facilite réellement la prise en charge pour le cabinet libéral.

Karine Cortial, IDE conseil, référente PRADO, ELSM, CNAM



PRADO orthopédie à la Clinique des Cèdres

Pour la chirurgie programmée, le patient est orienté PRADO à la consultation du chirurgien. Il lui explique le dispositif et sa secrétaire fait la demande directement à la CPAM.

Grâce au PRADO, trouver le kiné et l'IDE est très facile. Pour apprendre le béquillage, le patient est vu par le kiné de la clinique lors de son entrée, mais le PRADO pourrait aussi intégrer des séances pré op de kiné de ville.

Le PRADO est un gros plus pour le patient qui n'a pas à chercher ses professionnels. Tous les RDV sont pris en amont. Ça le rassure.

La clinique utilise aussi beaucoup le PRADO pour les urgences traumatologiques. Notre logiciel Expertise a un lien direct pour envoyer la demande à la CPAM. Les CAM font les démarches et, en quelques heures, le patient a ses RDV programmés, avec repas et ménage si nécessaire. Cela permet de maintenir à domicile des patients qui, sinon, auraient exigé des soins de suite. Les SSR étant embouteillés à Grenoble, on les privilégie ainsi pour des patients qui en ont vraiment besoin.

Sophie Roux-Comte, Cadre de Santé, Chir Orthopédique, Clinique des Cèdres, Echirrolles



Au CH Puy-en-Velay, PRADO en RAC digestive

En mars 2018, on a mis en place le PRADO pour le digestif. Aujourd'hui, tous les patients avec des soins post op à domicile en bénéficient.

Le PRADO organise les passages des IDE libérales, 1 fois par jour pour les pansements, 2/j pour les injections ou 3/j pour les stomies et les soins d'hygiène, en fonction des besoins.

Pour les stomies, les patients sont vus en pré op par notre IDE stomathérapeute, puis en consultation dans les 8 à 10 jours post op. Elle prescrit matériels et poches, livrés par un prestataire, et assure le suivi.

On a déployé aussi le PRADO pour organiser la kiné des patients de chirurgie bariatrique, et pour l'orthophonie si complication dans la chirurgie de la thyroïde.

Le retour du PRADO est très positif. On a la certitude de la prise en charge le lendemain de la sortie, y compris les veilles de week-end ou de férié. Le MT reçoit une information en temps réel de la sortie du patient. Le CAM travaille avec les assistantes sociales pour organiser du portage de repas ou des aides ménagères si nécessaire.

Le dispositif est anticipé par le chirurgien en consultation avec une fiche très simple ou déclenché durant l'hospitalisation. Il peut être mis en place en moins de 24h et donc s'appliquer à des urgences.

Le PRADO apporte une grande quiétude au patient en post opératoire car il se sait accompagné.

M Sabatier, Cadre de Santé, Chirurgie, CH Le Puy en Velay

Vidéos: de nombreuses voies possibles

D'après l'Agence Nat. de Lutte Contre l'Illettrisme, 16% des personnes de 18 à 65 ans résidant en France éprouvent des difficultés dans les domaines fondamentaux de l'écrit, et pour 11 % ces difficultés sont graves ou fortes.

On voit donc tout l'intérêt d'un média d'accès plus simple que le document écrit pour inculquer au patient les B.A.BA de sa prise en charge et espérer avoir sa participation active.

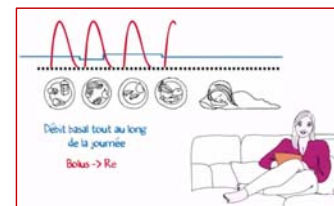
La vidéo est le format idéal pour atteindre le plus grand nombre

Le développement des formats courts à vertus pédagogiques sur Internet a démocratisé différentes techniques.

Le **scribing** projette en accéléré un dessin illustratif avec un message en voix off. Technique la plus simple et la moins chère, elle est peu adaptée au grand public et plutôt réservée à un environnement professionnel.

Le **motion design** regroupe toutes les approches où le mouvement n'est pas filmé mais obtenu par montage de photos réelles ou figuratives (stop motion Playmobil, pâte à modeler...). Cette technique donne une vision abstraite du sujet, souvent traité de façon plus ludique. Elle pose une distance avec l'anxiété du monde hospitalier et du bloc. Attention toutefois à l'impression d'infantilisation que le résultat peut donner.

La **prise de vue réelle** permet de présenter les vrais lieux et personnes, de faire témoigner des patients déjà opérés dont le retour d'expérience est le meilleur message. Elle facilite l'identification (émotion, proximité) à la différence des autres approches plus « désincarnées » dans un monde hospitalier souvent critiqué pour son manque d'humanité. Elle représente toutefois un coût important, du fait des acteurs, des figurants, du droit à l'image, des aspects techniques (lumière, son...), sans compter l'intervention d'une équipe de tournage en milieu hospitalier: hygiène, confidentialité, activité...



www.youtube.com/watch?v=C53ZEmr9bYs – fonctionnement de la pompe à insuline (scribing) – courtoisie agence Studio Cigale



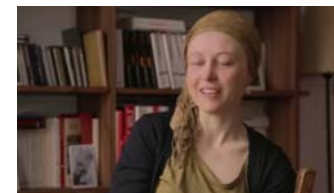
www.youtube.com/watch?v=QIGk263s7z0 (stop motion image réelle) – vidéo commune CH Alpes Leman, Sallanches et Clin. d'Argonay



www.youtube.com/watch?v=RlmHTBYNaNc (stop motion Playmobil) – RAC Gynéco (GRACE)



www.youtube.com/watch?v=mUOzRUqYN3s (motion design) – Qu'est-ce qu'une MICI ?



www.youtube.com/watch?v=uev1ARP9cmI (prise de vue réelle) – Film « Guérir le regard » avec l'Institut Curie, qui invite les femmes à la réflexion avant la décision d'une reconstruction mammaire – 57 min – décliné en webdocumentaire www.guerirle REGARD.fr

Enfin, les **images de synthèse 3D** complètent cette liste de techniques, pour un coût encore déculé.

Ces techniques peuvent évidemment se mélanger. Notez par exemple dans le film « Guérir le regard » comment le scribing a été substitué aux images réelles des interventions au bloc.

Le processus de production est le même: conception puis réalisation.

En **conception**, tout commence par le pitch : objectifs et messages clés, résultats attendus, durée, diffusion, budget... choix des techniques.

Puis le storyboard se concentre sur le fond, avec un découpage du contenu en petites séquences, des crayonnés d'organisation de l'espace et les premiers textes en voix off, tandis que la direction artistique en parallèle définit les plans et les univers visuels.

En **réalisation**, on commence par des images fixes des différents plans puis, dans le cas d'une prise de vue réelle, de la définition du plan de tournage et de l'envoi des équipes sur site. L'écriture du script, le tournage avec prise de son ou l'enregistrement des voix off suivent. Enfin, l'animation des différents plans termine cette phase, avec le dérushage, la sélection des images et le montage.

Avec le développement des outils de conception vidéo pour YouTube ou Instagram, chacun peut s'imaginer le Pedro Almodovar de demain. Mais pour un conseil et un résultat de qualité, se faire assister de professionnels est une bonne tactique. Les tarifs indicatifs annoncés permettent de se rassurer (ou non) sur l'ampleur de son projet (100 €/h de réalisation x 8 heures pour une vidéo de 3 min en stop motion Playmobil, par exemple).

Philippe Devillers, APSIS Santé

Professionnels interviewés:

Caroline SWYSEN
caroline.swysen@gmail.com

Julien ANDRIEUX
hello@julienandrieux.tv

Sébastien FLEURY
sebastienfleury4@gmail.com

Sophie SAPIN (Agence Pitches)
sophie@pitches.fr