

## La RAC Césarienne, projet global, multidisciplinaire et fédérateur

Points saillants du projet de l'équipe du CHU Grenoble-Alpes

- Dossiers césarienne programmée tous présentés en staff
- Consultation en amont de l'opération par une SF dédiée
- Validation du bilan pré-op en amont (appel de la veille)
- Sanctuarisation des césariennes programmées sur 2 jours fixes
- Hospitalisation JO avec patient debout
- Présence du conjoint en salle d'opération
- Encadrement du couple par la SF dédiée vue en CS amont
- Uniformisation de l'installation
- Formalisation de la technique opératoire et formation
- Révision de la « boîte » Césarienne
- Utilisation d'agrafes sous-cutanées résorbables
- Désondage, lever et réalimentation précoces
- Participation active de la patiente et du conjoint
- Diminution du caractère invasif du Post-Partum
- Amélioration de la relation couple-enfant
- Meilleur vécu de cette forme d'accouchement "à part"

Équipe RAC Césarienne, GD Med Reprod, CHU Grenoble

Anticipation

Organisation

Rationalisation

Humanisation

## RAC en e-learning?

L'expérience e-learning du Médipôle de Savoie date d'avant la COVID, mais celle-ci en a encore renforcé l'intérêt.

Au Médipôle, il n'est pas rare d'avoir des formations internes en soirée. Cependant, après une journée de 12h, il est difficile de mobiliser les équipes. Pour pallier ce problème, un médecin a créé un programme de formation à distance « Plaies et cicatrisations ». Le bon accueil des personnels nous a encouragé à généraliser la démarche.

Nous privilégions des formats courts et dynamiques, de 20 minutes max, hébergés sur le portail TalentLMS.



Mise en situation et explications pratiques

Le participant se connecte de son domicile ou pendant son temps de travail, par ordinateur ou smartphone. Il accède à un petit film puis évalue ses connaissances grâce à un quizz. Nous avons décliné cette méthode sur une dizaine de thématiques depuis fin 2020 : droits des patients, CREX, EPP, gestes d'urgence, qualité, perfusion...

E-learning ou présentiel, la création d'une formation n'est pas si différente

- définir le projet pédagogique,
- choisir le mode d'animation (image réelle, dessin animé, diaporama...)
- concevoir le support visuel
- enregistrer le son, monter le sujet
- créer le quizz d'évaluation QCM

Avec la pratique, quelques heures suffisent à créer une nouvelle session.

Nous avons eu près de 70 apprenants en 3 mois et le système permet d'avoir un suivi des apprentissages: les sujets les plus regardés, les personnes les plus adeptes, le temps passé en ligne...

Dans notre approche, nous avons bien conscience du caractère limité de ce qui peut être dit en 10 à 20 minutes. Néanmoins le e-learning constitue un produit d'appel intéressant pour des formations plus longues, en présentiel cette fois. Cette méthode a permis de maintenir une offre de formations en ce temps de crise sanitaire.

Nous généralisons actuellement cette dynamique vers d'autres thèmes liés à la qualité de vie au travail (automassage, gestion du stress, relaxation...) et la RAC.

Dans le cadre du projet ARS, nous initierons un e-learning sur la RAC épaule (généralités sur la prise en charge) avec mise à disposition d'un film sur la pose du gilet d'abduction et un film généraliste à destination des patients en motion design.

Nadège CINQUIN-PÉRY  
Assistante Qualité,  
Christine LESELLIER,  
Directrice des Soins,  
Médipôle de Savoie

### Comité Régional RAC (CRRAC):

- Dr BINET Catherine, MAR, CHU 69 - HCL Hôpital Louis Pradel
  - Pr BOURDEL Nicolas, Chir Gynécologique, CHU 63 - Hôpital Estaing
  - Pr COTTE, Chir Digestive, CHU 69 - HCL Hôpital Lyon-Sud
  - Pr FAUCHERON, Chir Digestive, CHU 38 - Hôpital Michallon
  - Mme L'HOPITAL-ROSE, Directrice, ELSAN HP La Chataignerie (63)
  - Pr LUSTIG, Chir Orthopédique, CHU 69 - HCL Hôpital Croix-Rousse
  - Dr MAISONNETTE, Chir Digestive, RAMSAY GDS HP Loire (42)
  - Pr SLIM, Chir Digestive, CHU 63 - Hôpital Estaing, Président de GRACE
  - Mme VONCK, Directrice, Clinique St Charles (69)
- Son rôle est de participer et valider la démarche de développement de la RAC au sein de la région (réunion semestrielle).

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



### agenda

- RAC3 – Bilan du projet – partie 1  
webinaire 30/11/21 17h-18h30
- RAC3 – Bilan du projet – partie 2  
webinaire 14/12/21 17h-18h30

### édito

## Bonne nouvelle pour la RAC : 4 actes infirmiers de ville sont valorisés

1. Séances de surveillance clinique et d'accompagnement postop à domicile des patients ambu ou RAC. 3 séances maximum entre JO et J+6 (AMI 3.9), qui peuvent inclure:

- vérification de la compréhension des consignes et des prescriptions
- suivi des paramètres prescrits
- fiche de suivi postop, collecte des données de surveillance infirmière
- contact avec l'équipe médicale

2. Séance de surveillance et/ou retrait de cathéter péri nerveux pour une analgésie postop.

Un acte de surveillance (AMI 4.2) par jour pendant 3 jours consécutifs.

3. Retrait de sonde urinaire.

Cet acte (AMI 2) est ajouté aux soins courants infirmiers.

4. Surveillance de drain de redon et/ou retrait postopératoire de drain. 2 séances maximum (AMI 2.8) par patient à partir du retour au domicile.

Ces dispositions devraient permettre d'accélérer certaines sorties de patients RAC sans dégrader la sécurité de la prise en charge.

Dr Martine GELAS-BONIFACE  
ARS Auvergne Rhône-Alpes



Intervention de microdiscectomie lombaire ambulatoire

A la Clinique du Parc (RAC3 rachis et épaule), la crise COVID propulse la RAC à l'ambulatoire. « On a fait en 1 mois ce qu'on aurait mis 6 mois à faire autrement », Bérengère de Tilly, Directrice du Parcours Patient

Les contraintes de la vague 1 – extubation en salle, distanciation... – avaient provoqué un choc de simplicité sur les circuits et les prises en charge, favorable au développement de la RAC. Le frein à l'activité programmée de la vague 2 a été le dernier déclic pour passer certains gestes en ambulatoire, en conservant les principes de la RAC.

Le Dr Morel, spécialisé dans la chirurgie de la colonne vertébrale cervicale, thoracique et lombaire depuis 12 ans à la Clinique après des débuts en CHU, témoigne de ces changements.

Avec la RAC, on avait déjà beaucoup simplifié la prise en charge. La forte culture ambulatoire de la clinique a aidé à franchir le pas.

D'après le PMSI (source ARS Bretagne), 24.675 hernies discales lombaires ont été opérées en 2019 dont seulement 7,4% en ambulatoire (9,2% en privé, 3,6% en public).

Issu d'une formation neurochirurgicale qui prévoyait une surveillance postop prolongée et avec la pression médico-légale croissante, le virage ambulatoire me paraissait délicat. Pourtant, je savais, d'après les anesthésistes et les soignants, que les patients évoluaient favorablement rapidement.

La chirurgie de la hernie discale lombaire est bien maîtrisée dans ses modalités : abord microchirurgical mini-invasif, brève (30 à 45 min), non hémorragique, sans drain... Les signes postop sont des règles de bon sens, simples à expliquer : pas d'effort, repos allongé, éviter la position assise prolongée, marcher par étape crescendo, respecter les postures du dos... pendant 1 mois jusqu'à la consultation post opératoire.

Il y a 20 ans, le patient opéré d'une hernie discale lombaire était hospitalisé 7 jours. En ambu, il restera 7 heures !

La clé de la réussite est une bonne acceptation / participation du patient dans sa prise en charge après une explication détaillée en consultation chirurgicale, tout en respectant son choix s'il demande à rester une nuit : l'ambulatoire est proposé mais pas imposé. [...]

### pour en savoir plus

**Chef de Projet:** ARS ARA  
- Dr Martine GELAS-BONIFACE  
martine.gelas-boniface@ars.sante.fr  
- Edwige OLMEDO – 04 27 86 56 21  
edwige.olmedo@ars.sante.fr

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

## De la RAC à l'ambulatorio [suite]

Le chemin clinique, optimisé, est très semblable à celui de la RAC :

- Je prescris les médicaments postopératoires dès la consultation.
- Dans notre organisation actuelle, le patient ne voit ni infirmière, ni kiné en préop : je lui donne une fiche pratique de consignes.
- A J-1, il reçoit un SMS de la clinique avec l'horaire d'admission (idem pour l'accueil J0 en RAC).
- Je le contacte aussi à J-1 (même principe pour la RAC) pour revoir les dernières consignes de préparation.
- Pour allonger le temps de surveillance postop, l'ambu est au début de mon bloc: premier patient en salle à 7h (admis à 6h30), dernier sorti de SSPI vers 12h. Cela me permet de faire sortir le patient après 9h de séjour en moyenne.
- Le premier lever s'effectue avec l'aide du kiné (en RAC, le kiné passe aussi le lendemain), qui délivre les consignes de rééducation oralement et avec un support vidéo (QR code).



## Une journée de préparation à la RAC

L'hôpital privé La Chataigneraie, à Beaumont (63), site majeur du groupe ELSAN avec une activité importante en orthopédie (41% chirurgie), a mis en œuvre la RAC pour les PTG et PTH.

« Dans notre chemin clinique, la plupart des recommandations de bonnes pratiques sont respectées: accueil à J0, SMS aux patients, gestion de l'anxiété, chirurgie mini invasive, prise en charge de la douleur, rééducation active... La compréhension de la prise en charge est cruciale pour un patient acteur. Une IDE a été recrutée spécifiquement pour organiser des journées de préparation à la RAC.

- Je visite le patient vers 13h, après le bloc, et je le revois après ma consultation vers 18h, avant son départ.
- Le retour au domicile est organisé systématiquement en ambulance.
- L'infirmière d'ambulatorio appelle le patient le lendemain matin.
- Pour éviter tout risque infectieux, une IDEL (réservée à l'avance) passe au domicile pour vérifier la cicatrice.
- J'appelle le patient vers 12h, pour prendre des nouvelles.

**L'ambulatorio, c'est pour moi une révolution des pratiques, qui n'est pas dans l'habitude de notre spécialité marquée par la chirurgie crânienne plus lourde.**

Après une série de 40 procédures sur 4 mois, j'ai découvert la bonne acceptation des patients qui ont bénéficié de l'ambulatorio. La chirurgie du dos véhicule des craintes naturelles qu'il convient de dissiper. Il me paraît raisonnable de viser l'objectif de 70% ambulatorio en 2022 pour la hernie discale lombaire.

Les 30% non éligibles seraient soit recrutés dans le circuit de l'urgence – sciatique paralysante ou très douloureux sous morphine – soit des gestes complexes – hernies discales du rachis lombaire haut, multi-niveaux ou décompressions bilatérales – soit des comorbidités sévères (surpoids...). Je ne suis pas sûr que l'âge soit un critère d'exclusion mais l'état général du patient certainement.

La distance n'est pas non plus déterminante. Un hôtel à proximité de la clinique peut être une solution. En revanche, un patient seul à son retour au domicile est à éviter absolument. Il doit trouver une solution avec sa famille ou ses proches.

Je suis désormais un adepte de l'ambu et je réfléchis à l'étendre à des gestes plus complexes. L'ambulatorio au programme opératoire de la chirurgie du rachis du monde d'après ?

*Dr Christophe MOREL, neuro chirurgien, Clinique du Parc de Lyon*

Si la crise a poussé au développement de l'ambu pour la ligamentoplastie, ce n'est pas encore le cas pour les PTG/PTH. Dans ce secteur rural avec de l'isolement social, la continuité des soins peut être difficile à organiser. Nous devons anticiper hospitalisation et retour au domicile, avec une DMS PTH de 2,5 jours et PTG de 3,5 jours.

La RAC est en cours de généralisation à d'autres spécialités chirurgicales : urologie, digestif, gynécologie.

Sur les 88 cliniques du groupe, 60% ont déployé la RAC dans au moins une spécialité et 20 établissements sont habilités GRACE. Chaque site définit sa propre RAC, adaptée à son contexte ou à ses priorités : IDE RAC, communication vidéo, lien ville-hôpital... Des réunions régulières entre directions permettent échanges de pratiques et retours d'expérience.

Le groupe réfléchit actuellement à mutualiser certains aspects entre établissements : les supports de communication (vidéos explicatives du concept de prise en charge, par exemple) ou les outils de suivi des patients sur smartphone.

*Isabelle L'HOPITAL-ROSE, directrice, HP La Chataigneraie, ELSAN*



## La réalité virtuelle, un plus pour la RAC

Parmi les recommandations de la RAC communes à tous les gestes figure la prise en charge de l'anxiété des patients par des alternatives à la prémédication systématique, celle-ci ralentissant la récupération postop.

Les approches sont variées – hypnose, RESC, communication thérapeutique, sophrologie, acupuncture, snoezelen, musico-, lumino-, chromo-, aroma-, art-thérapie... Elles sont utilisées dans le traitement de l'anxiété et de la douleur liées aux soins dans un large éventail de situations. En chirurgie, elles peuvent jouer un rôle à toutes les étapes, du préop au postop...

De nombreuses expérimentations ont été faites dans le cadre du projet RAC. Nous zoomons ci-dessous sur l'auto-hypnose en réalité virtuelle (VR).



Depuis 2015, dans le salon d'attente du service de chirurgie du Centre Léon Bérard (RAC1 et 2), les patients peuvent bénéficier d'un dispositif pour les détendre avant leur intervention chirurgicale.

Après avoir enfilé un casque de réalité virtuelle, les patients sont immergés dans un voyage visuel et sonore.

Guidés vers un lâcher-prise, les patients sont invités à s'évader de leur quotidien et à vivre de nouvelles expériences distrayantes. Les images sont plus vraies que nature, en 3 dimensions et à 360°, et la musique relaxante. Des exercices de respiration suggérés favorisent la détente et l'antalgie. Ils permettent également aux patients d'acquérir des techniques de relaxation réutilisables après leur retour à domicile, hors usage du casque. Une séance dure en moyenne vingt minutes. Elle peut se vivre assis dans un fauteuil ou allongé. À tout moment, le patient peut interrompre la séance et retirer le casque.



*Lors d'une plongée sous-marine relaxante, la respiration du patient se cale inconsciemment sur les mouvements de la queue de la baleine.*

«L'innovation n'est pas dans le casque VR, mais dans l'application d'un programme d'auto-hypnose», explique Dr Hervé Rosay, médecin anesthésiste-réanimateur au Centre Léon Bérard, à l'origine de ce projet élaboré avec la start-up belgo-américaine OnComfort. «En temps normal, l'hypnose est produite par un médecin ou une infirmière. Mais ils ne sont pas toujours disponibles au moment où l'on a besoin d'eux». Une quarantaine de salariés du CLB sont formés à l'hypnose, trop peu par rapport aux 30.000 patients hospitalisés par an.

Voici plusieurs solutions de ce type:

OnComfort ([www.oncomfort.com](http://www.oncomfort.com)), Belgique, commercialisée par Vygon depuis 2021, choisie par de nombreux sites, dont l'équipe HP Jean Mermoz en neurochirurgie (RAC3).

HypnoVR ([www.hypnovr.io](http://www.hypnovr.io)), France, fondée en 2016 par deux médecins anesthésistes, et commercialisée par B.Braun depuis 2019, mise en œuvre dans plusieurs dizaines d'établissements (CHU de Rouen, Strasbourg ou Lyon...).

Deepsen ([www.deepsen.fr](http://www.deepsen.fr)), France, créée en 2017 en collaboration avec la Clinique Saint-Charles (RAC1 et 2), en partenariat avec Medtronic depuis 2021, mise en œuvre en particulier par l'équipe de chirurgie gynécologique du CHU Saint-Etienne (RAC3), en salle d'induction, au bloc sous AL ou rachi, et en salle de réveil.

Applied VR ([www.appliedvr.io](http://www.appliedvr.io)), USA, acteur historique du secteur.

Il en existe sûrement d'autres...

*Philippe DEVILLERS, APSIS Santé*



Bilan des premières utilisations du casque de réalité virtuelle au CLB:

- satisfaction globale de 80%
- diminution de 50% de la douleur
- baisses de 50 à 100% de l'anxiété

«L'expérience VR donne aussi aux patients de nouveaux sujets de conversation avec leur famille et les soignants alors qu'ils étaient auparavant focalisés sur leur douleur. Ils se sentent écoutés et deviennent acteurs de leur prise en charge.»

Parmi les enseignements, le patient doit être installé le plus confortablement possible afin de garder sans effort le casque qui reste tout de même assez encombrant et lourd. A cet égard, les visionneuses de smartphone en carton qui coûtent quelques euros pourraient être une solution alternative en usage unique...