



Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) : Dispositif d'accompagnement francilien

Retours d'expériences

Janvier 2019

Avec le soutien précieux des équipes du  CERCLH et de l'association



Introduction

Depuis les études préliminaires et les premières expériences scandinaves dans les années 2000, la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) a gagné ses lettres de noblesse et a été introduite dans les années 2010 en France.

La RAAC est maintenant connue et reconnue par la majorité des soignants de notre pays. Il reste néanmoins à l'implémenter à grande échelle,

L'initiative louable de l'ARS Ile-de-France s'inscrit dans ce cadre. La participation de plusieurs centres franciliens confirme l'acceptation de cette nouvelle approche multidisciplinaire.

Le Groupe GRACE est là pour aider à cette diffusion.

L'analyse des données recueillies confirme, dans la vraie vie, les résultats issus de la recherche scientifique dans les spécialités retenue dans cette première vague.

Les exemples spécifiques de bonnes pratiques retenus dans différents centres est une excellente illustration de ce qu'il faudrait faire et encourage les autres à reproduire ces schémas.

Ce projet a atteint son but. Une deuxième vague devrait bientôt arriver.

Il s'agit en revanche de ne pas relâcher cet effort, car l'expérience montre qu'au bout de 2-3 ans on peut observer une diminution de l'application de certains items.

Notre but ultime est que la RAAC devienne (comme l'ambulatoire) un soin courant appliqué par tous.

Dr. Karem Slim
Président de GRACE



De février 2017 à septembre 2018, 20 services « candidats » ont été appuyés par 10 services « référents » sur les chirurgies programmées orthopédiques (PTH/PTG), colorectales (bénigne ou maligne), thoraciques et gynécologiques (hystérectomie).

Ce projet a été l'occasion pour 21 établissements – tous statuts, toutes « situations géographiques » – de mener des actions articulées autour des axes de travail suivant :

L'organisation des parcours patients RAAC, en amont et en aval des interventions chirurgicales

avec notamment la justification d'un poste/binôme référent infirmier, et l'implication des équipes soignantes du service (infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes) à la mobilisation/réalimentation précoce, et ce pour tous les types de chirurgie.

La mise en place d'un socle/cadre commun de bonnes pratiques professionnelles

entre chirurgiens, entre anesthésistes, et entre chirurgiens et anesthésistes, notamment sur les chirurgies orthopédiques et thoraciques, sur la base de protocoles qui demeurent difficiles à échanger entre établissements de santé référents et candidats.

Des démarches institutionnelles et des comités RAAC pluridisciplinaires

qui se mettent en place progressivement dans les domaines suivants : organisation de la prise en charge par les différents acteurs professionnels de santé, dimensionnement et mobilisation des ressources humaines.

Le présent document est un retour d'expérience de ces travaux, volontairement remodelé afin de prendre la forme non pas d'un témoignage des projets menés, mais véritablement d'un guide le plus opérationnel possible, en espérant qu'il saura inspirer voire aiguiller un lecteur souhaitant mettre en place à son tour des actions similaires.

arnaud.lemerrer@ars.sante.fr
elise.blery@ars.sante.fr

Équipe DATOS

Appui à la Transformation
des Organisations de Santé

Deux chirurgiens de la clinique du Val d'Or inscrite dans la démarche d'accompagnement mise en place par l'ARS Ile de France en 2017, ont accepté de répondre à des questions ciblées ; leurs témoignages viennent compléter ceux retranscrits dans les « lettres du comité régional de la RAC » publiée par l'ARS Rhône-Alpes en 2015-2016.

Quel est l'intérêt manifesté par vos confrères chirurgiens et médecins anesthésistes sur la mise en place de la démarche RAC au sein de votre établissement ?

Tous les chirurgiens orthopédistes et viscéraux exerçant à la clinique sont intéressés par la démarche RAC, ce qui facilite les échanges et la mise en place de protocoles communs partagés par l'ensemble des praticiens dans ces deux disciplines. Il nous reste à convaincre les chirurgiens d'autres spécialités, car nous considérons que cette démarche s'applique à tout type de pathologie nécessitant une intervention chirurgicale suivie d'une hospitalisation conventionnelle,

De même, l'absence d'affectation des médecins anesthésistes à une spécialité chirurgicale facilite l'adhésion de ces derniers à la démarche, et participe à l'harmonisation des pratiques professionnelles concernant notamment l'anesthésie multimodale adaptée et la corticothérapie.

Quels sont les bénéfices apportés par la mise en place d'un comité de pilotage RAC, et sur quelles disciplines traitées ?

Ce comité, mis en place en juin 2017, et réunissant chirurgien(s), médecin(s) anesthésiste(s), cadres des services, cadre administratif, infirmier(s), masseur-kinésithérapeute(s), permet d'instaurer une dynamique continue et suivie dans le temps de la mise en place de la RAC dans notre établissement. Selon l'ordre du jour défini, il peut avoir différents objets en orthopédie (prothèses de hanche) et/ou en colorectal (cancer,...), tels que :

Analyser et traiter des situations cliniques, à l'identique de réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie ;

S'autoévaluer via les dossiers patients saisis dans Grace-Audit, pour définir collectivement un programme de déploiement et suivre sa mise en œuvre. Ce travail est en partie mené avec la collaboration du cabinet Cerclh, que nous remercions pour avoir organisé ponctuellement des réunions ciblées et efficaces, dans le cadre de l'accompagnement ARS Ile de France que nous avons sollicité en 2016.

Quelles sont les deux à trois actions « emblématiques » envisagées dans le cadre du déploiement de la démarche RAC dans votre établissement ?

Les actions les plus significatives et ayant apportées un effet immédiat et positif à l'instauration de la démarche RAC dans notre établissement sont :

La mise en place d'une consultation infirmière en consultation externe : celle-ci est organisée systématiquement, pour les patients identifiés RAC, dans la continuité de la consultation d'anesthésie ;

La pratique du jeûne limité avant intervention chirurgicale ;

La réalimentation et la mobilisation précoces du patient dans le service d'hospitalisation ;

La formation continue de tous les professionnels de santé paramédicaux des services par les encadrants.

Quel est l'apport de l'audit GRACE pour l'auto-évaluation des pratiques professionnelles ?

Le fait de renseigner en continu des dossiers patients dans Grace-audit a notamment permis de se rendre compte que de nombreuses recommandations GRACE étaient déjà appliquées dans notre établissement, et que d'autres étaient absentes, justifiant ainsi une réflexion collégiale sur les pratiques médicales et paramédicales et la mise en place d'actions correctives. Ceci a fait notamment l'objet d'une optimisation de notre organisation interne et d'une harmonisation de nos pratiques professionnelles pour la prise en charge du cancer du côlon.

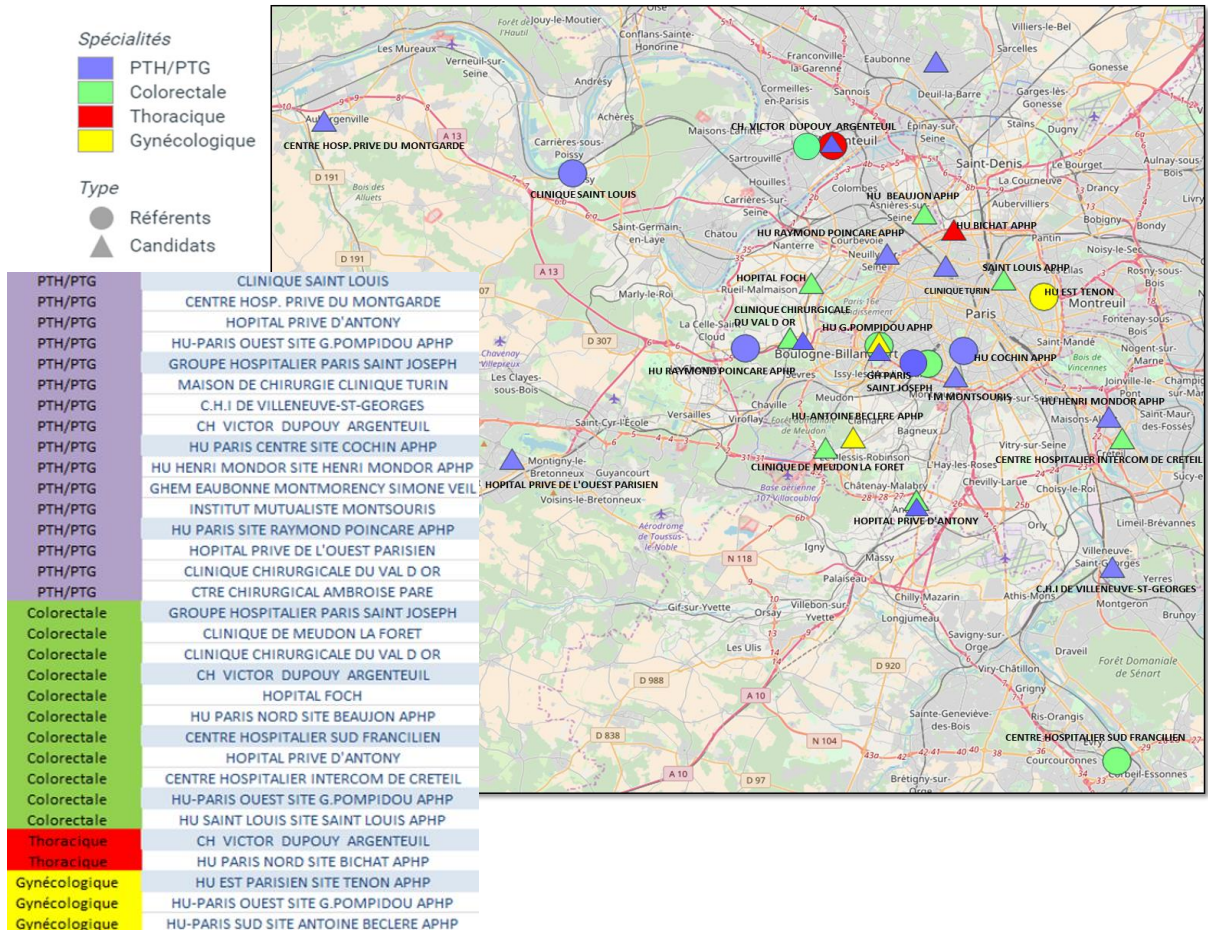
Propos recueillis auprès du Professeur Olivier Chapuis, Chirurgien viscéral et digestif, et du Docteur Benoit Combourieu, Chirurgien orthopédique, praticiens à la clinique du Val d'Or à Saint Cloud (92) Groupe Vivalto Santé

▶ 1. Méthodologie du projet	5
▶ 2. Synthèse par spécialité	9
▶ 3. Tableaux de bord	12
▶ 4. Bonnes pratiques identifiées	15
▶ Glossaire	33
▶ Remerciements	34

1. Méthodologie du projet

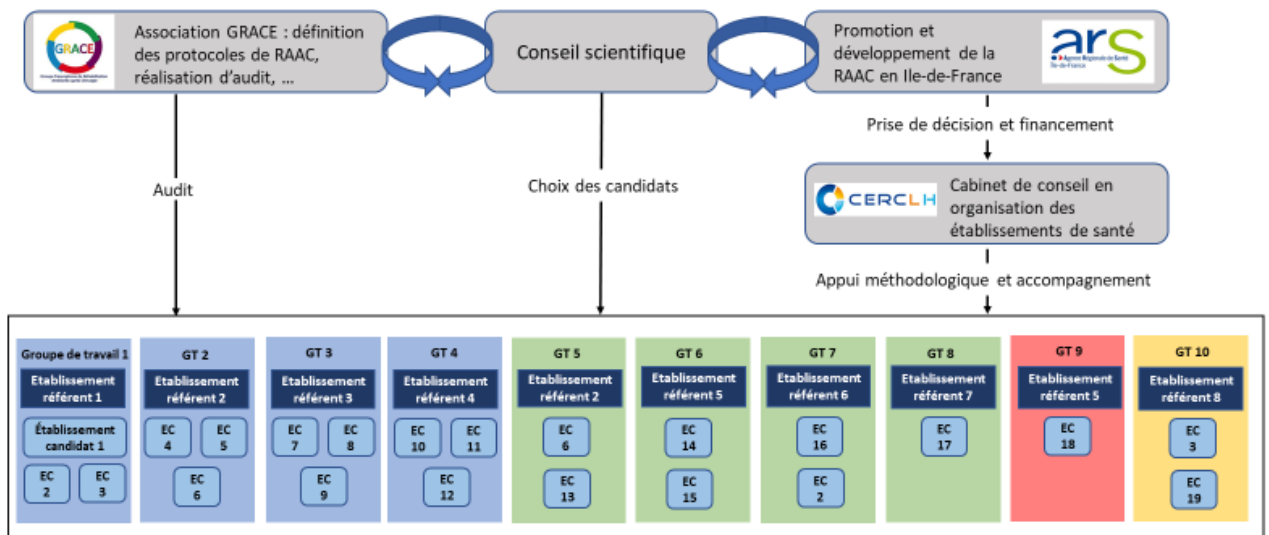
Présentation des établissements participants

Les 20 services candidats ayant participé au projet RAAC ont été répartis par spécialité en 10 groupes de travail, appuyés par les 10 services « référents ». Le Centre Hospitalier d'Argenteuil et l'Hôpital Universitaire Paris Ouest avaient une double casquette : établissements candidats pour une spécialité, et référents de groupe sur deux autres spécialités.



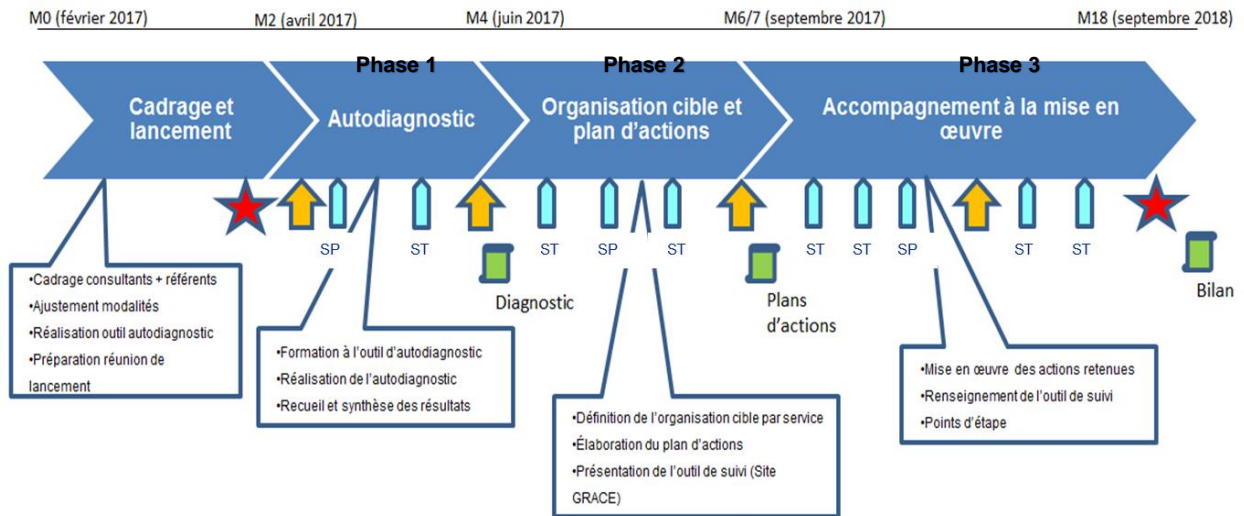
Gouvernance du projet

Le projet d'accompagnement d'établissements de santé franciliens dans le développement de la RAAC a été initié par l'ARS Ile de France (ARSIF). Le choix des services candidats sur la base du volontariat a été réalisé par le comité scientifique, composé de l'ARSIF et de l'association GRACE. Afin de garantir une émulation collective entre tous ces services référents et candidats, les groupes de travail ont été accompagnés par le cabinet CERCLH sur une période de 18 mois.



1. Méthodologie du projet

L'accompagnement mis en place et découpé en 3 phases, a eu pour but de formaliser des livrables d'autodiagnostic, de plans d'actions et de suivi de mise en œuvre, portés par chacune des équipes des services candidats.



2 réunions plénières

prévues au moment du lancement et de la clôture du projet.

10 sessions individuelles

physiques ou téléphoniques pour chaque service candidat, permettant de formaliser et de suivre la mise en place d'actions concrètes dans les services, tout en poursuivant la saisie en continu de dossiers patients sur la plateforme GRACE pour s'auto-évaluer..



4 sessions collectives

organisées en présentiel pour chaque groupe de travail composé d'un service référent et de 1 à 3 services candidats. Accompagnées de visites et de retours d'expérience des services référents, elles ont favorisé les échanges interdisciplinaires entre professionnels de santé.

Phase 1

Réalisation d'un autodiagnostic par service candidat, sur la base :

- D'un échantillon de dossiers patients saisis sur la plateforme de l'association GRACE.
- De l'identification de facteurs clés de succès et des freins au développement de la RAAC au sein des organisations et des pratiques professionnelles en place.

Phase 2

Définition de l'organisation cible et d'un plan d'actions structuré avec des échéances fixées

- Plan d'actions formalisé avec les référents de chaque établissement.

Phase 3

Accompagnement à la mise en œuvre du plan d'actions, et partage d'expérience

- Retours d'expérience inter-établissements sur la mise en œuvre des actions

Le rôle des services « référents » dans la démarche

Les hôpitaux Cochin, Tenon et R. Poincaré de l'AP-HP, le centre Hospitalier Sud-Francilien, le centre hospitalier d'Argenteuil, l'hôpital privé Saint-Joseph et la clinique Saint-Louis ont participé à l'accompagnement des services candidats en tant que « référent » sur la démarche. Ils ont déjà une pratique avancée de la RAAC au sein d'un ou de plusieurs de leurs services, et viennent en appui technique des groupes de travail, retours d'expériences, conseils, partage d'outils, ...

Les groupes de travail sont élaborés sur la base des spécialités en tenant compte de la proximité géographique entre établissements.

Les facteurs clés de succès

La RAAC nécessite la **mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire** : engagement des acteurs hospitaliers (anesthésistes, chirurgiens, IDE référent RAC, direction, etc.) et des acteurs de ville (kinésithérapeutes, médecins généralistes, infirmiers etc.).

Elle est un levier essentiel d'amélioration des pratiques et doit s'inscrire dans un véritable **projet d'établissement**.

1. Méthodologie du projet

L'audit GRACE réalisé en phase 1 avait pour objectif pour les services candidats de s'auto-évaluer sur leurs pratiques organisationnelles et professionnelles. C'est à partir de cet état des lieux qu'un plan d'actions a pu être construit.

Modalités de recueil de l'audit GRACE

Il s'agit de saisir sur la plateforme web GRACE certains éléments du dossier du patient sortant. 3 types d'informations sont à renseigner :

- Préopératoires: indication opératoire, données préopératoires, recommandations ;
- Peropératoires: intervention, données peropératoires, recommandations ;
- Post-opératoire: données post-opératoires, recommandations, complications post-opératoires, sortie.

Les établissements ont également la possibilité de saisir les dossiers a posteriori sur la plateforme GRACE, tout au long de l'accompagnement..

Cela leur permet ainsi de mesurer l'amélioration de leurs prises en charge, mais également de se comparer aux autres établissements participants au recueil GRACE.

1. Méthodologie du projet

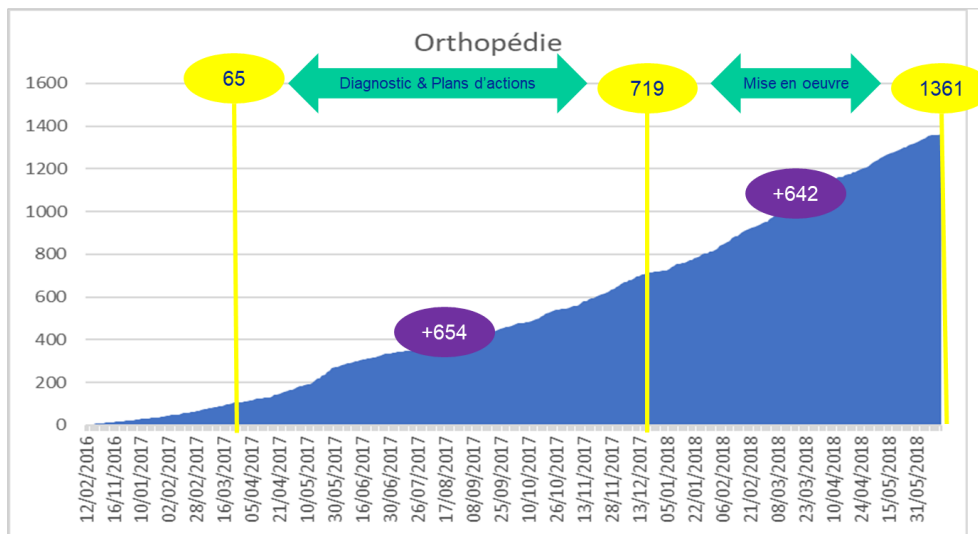
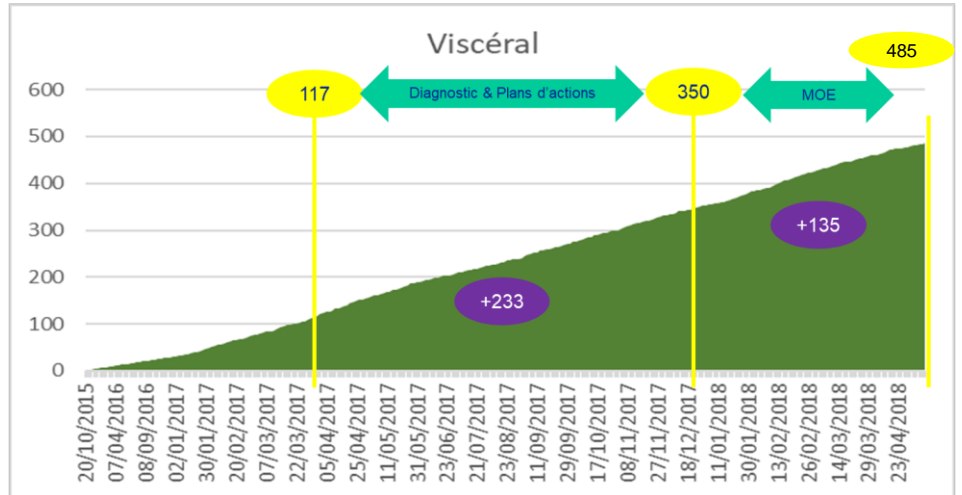
Les outils à disposition

Le logiciel GRACE-AUDIT permet depuis le 1er mars 2017 de saisir des dossiers dits courts, avec un nombre d'indicateurs à collecter plus restreints.

Tout en garantissant la même qualité d'analyse au regard des recommandations formulées par spécialité, cette simplification permet aux établissements de santé de saisir davantage de dossiers patients et ainsi de **mesurer les progrès réalisés sur la démarche RAAC**.

L'outil d'audit GRACE est disponible pour trois spécialités dans le cadre de l'accompagnement : viscérale, orthopédique et gynécologique.

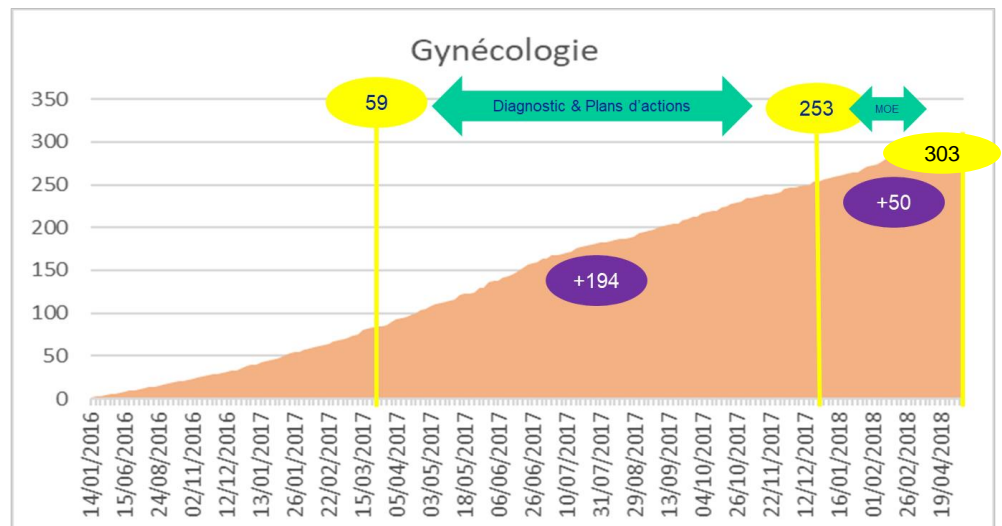
Les schémas suivants représentent l'évolution du nombre de dossiers saisis dans l'outil audit GRACE par spécialité, au moment de la phase de diagnostic et au moment de la phase de mise en œuvre.



D'avril 2017 à mi-janvier 2018, plus de 530 dossiers patients dont les dates d'intervention chirurgicale sont sur cette période, ont été renseignés dans la base GRACE, toutes spécialités chirurgicales confondues (orthopédie, colorectal et hystérectomie). Cela représente environ 20% des séjours de la spécialité des services candidats, ce qui donne déjà un échantillon représentatif.

Certains sites ont une représentativité supérieure ou égale à 50% entre le nombre de dossiers saisis sur la plateforme d'audit GRACE et le nombre de patients pris en charge au sein du service.

Cependant, d'autres services ont fait le choix de ne saisir dans l'outil que certains profils de patients. Par exemple en chirurgie viscérale, un établissement a choisi de n'intégrer à l'audit GRACE que les patients de la filière cancérologie.



2. Synthèse par spécialité

Les enseignements généraux

1. Des recommandations transversales dans toutes les spécialités accompagnées

Les premiers enseignements que l'on peut tirer de cette démarche d'accompagnement résident dans le caractère transversal de certaines recommandations GRACE pour la mise en place de la RAAC.

Ainsi, informer le patient, éviter la prescription d'anxiolytiques et pratiquer le jeûne limité sont des pratiques applicables avant toute intervention chirurgicale, quelle que soit la spécialité observée.

La thromboprophylaxie et l'analgésie multimodale postopératoires sont également des recommandations que l'on retrouve dans les différentes prises en charge.

Au sein du bloc, les pratiques applicables à l'ensemble des spécialités accompagnées vont concerner la prévention des nausées et vomissements post-opératoires et de l'hypothermie, l'absence de drainage, l'analgésie multimodale, ainsi que l'administration d'antibioprophylaxie et de corticoïdes.

2. L'impact des recommandations sur la durée de séjour et le taux de complications.

Les graphiques générés par le logiciel GRACE sur la base des données de l'audit des dossiers ont permis de faire ressortir que l'augmentation du nombre de recommandations RAAC appliquées dans un service est corrélée avec la baisse de la DMS de ce service. Ainsi, en orthopédie, on observe des paliers nets : la durée médiane de séjour initialement à 5 jours baisse à 4 jours à partir de 11 recommandations appliquées, puis à 3 jours à partir de 15 recommandations. Ce phénomène s'observe également en gynécologie. En chirurgie digestive, le nombre de recommandations appliquées a un impact sur la durée de séjour, mais avec une évolution plus progressive.

En chirurgie digestive (bariatrique et colorectale), l'analyse des données issues de la saisie des dossiers démontre que le nombre de complications per et postopératoires baisse progressivement en corrélation avec l'augmentation du nombre de recommandations appliquées.

3. Les points forts et points de progression identifiés, en lien avec ...

	... Le déploiement de la RAAC	... L'accompagnement
Points forts	<ul style="list-style-type: none"> Prise en compte des recommandations GRACE. Des démarches institutionnelles et des comités RAAC pluridisciplinaires qui se mettent en place : projets d'organisation, moyens RH, évaluation des pratiques collégiales, communication interne. Renforcement du rôle IDE de coordination d'une manière générale, des kinés de manière spécifique. 	<ul style="list-style-type: none"> Une émulation collective établissements candidats / référents, lorsqu'une taille critique des groupes de travail est atteinte (4 à 5 établissements). Renforcement de la cohésion d'équipe.
Points de progression	<ul style="list-style-type: none"> Faire adhérer davantage la communauté des praticiens dans les services concernés, au-delà des leaders identifiés (chirurgien, anesthésiste, cadre supérieur). Améliorer le lien ville-hôpital (notamment la sortie, relation avec le médecin généraliste). Renforcer le portage institutionnel (plus forte implication de la Direction). 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le compagnonnage candidats / référents avec une présence plus intensive lors des sessions individuelles. Saisir régulièrement un échantillon de dossiers dans GRACE sur une période donnée pour identifier l'intérêt de s'auto-évaluer par rapport à l'activité du service.

Les enseignements spécifiques par spécialité

1. Les GHM concernés

Orthopédie	Digestif	Thoracique	Gynécologie
<ul style="list-style-type: none"> Prothèses de genou (08C24) Prothèses de hanche (08C48) 	<ul style="list-style-type: none"> Résections rectales (06C03) Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon (06C04) 	<ul style="list-style-type: none"> Interventions majeures sur le thorax (04C02) Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire (04C03) 	<ul style="list-style-type: none"> Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies (13C14 et 13C15) Hystérectomies (13C03) Myomectomies de l'utérus (13C18)

2. Synthèse par spécialité

2. Les enseignements

Orthopédie

L'association GRACE a formalisé 16 recommandations à mettre en place dans le cadre du déploiement de la RAAC, contre 22 en chirurgie colorectale ou gynécologique. La mise en place de la RAAC est donc moins impactante en orthopédie que dans les autres spécialités en termes de conduite du changement.

Les plans d'actions issus des recommandations GRACE traduisent une volonté des établissements **d'organiser les parcours patients** RAAC, en amont et en aval des interventions chirurgicales, avec notamment la justification d'un poste/binôme référent IDE, et l'implication des équipes soignantes du service (IDE, AS, masseur kinésithérapeute) à la mobilisation et à la réalimentation précoce;

Au niveau des pratiques médicales, la mise en place d'un **socle ou cadre commun de bonnes pratiques** professionnelles entre chirurgiens, entre anesthésistes, et entre chirurgiens et anesthésistes, apparait comme un ressort à la mise en place de la RAAC. Les spécificités liées à l'orthopédie au bloc opératoire vont concerner l'utilisation d'un garrot compressif, l'administration d'acide tranexamique et la réalisation d'un pansement compressif, notamment dans la prévention des hémorragies

Chirurgie thoracique

La plateforme GRACE ne permet pour le moment pas de réaliser d'autodiagnostic en chirurgie thoracique.

Afin de pouvoir réaliser un état des lieux des pratiques dans les établissements et de construire un plan d'actions par la suite, une grille d'audit a été formalisée à l'initiative du Centre Hospitalier d'Argenteuil (établissement référent) et de l'Hôpital Bichat (AP-HP, établissement candidat), en partant de l'exemple de la chirurgie colorectale.

Seule la préhabilitation respiratoire, préparation du patient afin d'atteindre un niveau de respiration adéquat pour l'opération, est une recommandation spécifique à la spécialité. Cela implique une coordination avec le service de provenance du patient (notamment pour ceux arrivant de SSR) afin de mieux anticiper la prise en charge du patient (par exemple pour le sevrage tabagique des patients qui ont des difficultés pour arrêter de fumer).

Chirurgie digestive

Les plans d'actions issus des recommandations GRACE sont principalement axés sur l'organisation des parcours patients RAAC, en amont et aval des interventions chirurgicales, avec la mise en place du jeûne limité, de l'information et de l'éducation du patient, de la réalimentation et de la mobilisation précoces, avant H24. La communication interne et extrahospitalière sont également des actions récurrentes.

Les 23 recommandations applicables en chirurgie digestive (22 pour les interventions colorectales et 20 pour les interventions en bariatrique) ne sont pas spécifiques à la spécialité, à l'exception de la compression pneumatique intermittente (CPI), utilisée au cours des interventions en chirurgie bariatrique pour la prévention des thromboses veineuses profondes.

Gynécologie

En gynécologie, il n'y a pas de spécificités particulières concernant les catégories de recommandations. Celles-ci sont communes avec au moins une des autres spécialités.

Cependant, il apparait important de préciser que le fait de privilégier les techniques mini-invasives (Coelio, robot, mini-laparotomie, mini-trocart, basse pression) contribue à répondre plus efficacement aux recommandations. L'un des enjeux pour les établissements reste l'accès à ces techniques.

Recommandations	Bariatrique	Colo-rectal	Thoracique	Orthopédie	Hystérectomie
Cahier préopératoire (preop)	4	7	5	3	7
Info / éducation du patient					
Pas de prémédication anxiolytique					
Jeûne limité					
Apport d'hydrates de carbone					
Préhabilitation respiratoire					
Suppléments nutritifs					
Immunonutrition					
Pas de préparation colique					
Cahier peropératoire (perop)	11	10	8	9	10
Prévention des nausées postop					
Prévention de l'hypothermie					
Pas de drainage					
Analgesie multimodale perop					
Antibioprophylaxie					
Corticoïdes					
Sonde U retirée en fin d'intervention					
Voie abord					
SNG retirée en fin d'intervention					
Optimisation du remplissage					
Utilisation d'un garrot pneumatique					
Compression pneumatique intermittente					
Acide tranexamique					
Pansement compressif					
Cahier postopératoire (postop)	5	5	5	4	5
Thromboprophylaxie					
Analgesie multimodale postop					
Ablation précoce drain					
Réalimentation avant H6					
Réalimentation avant H24					
Mobilisation avant H6					
Mobilisation avant H24					
Nb total de recommandations	20	22	18	16	22

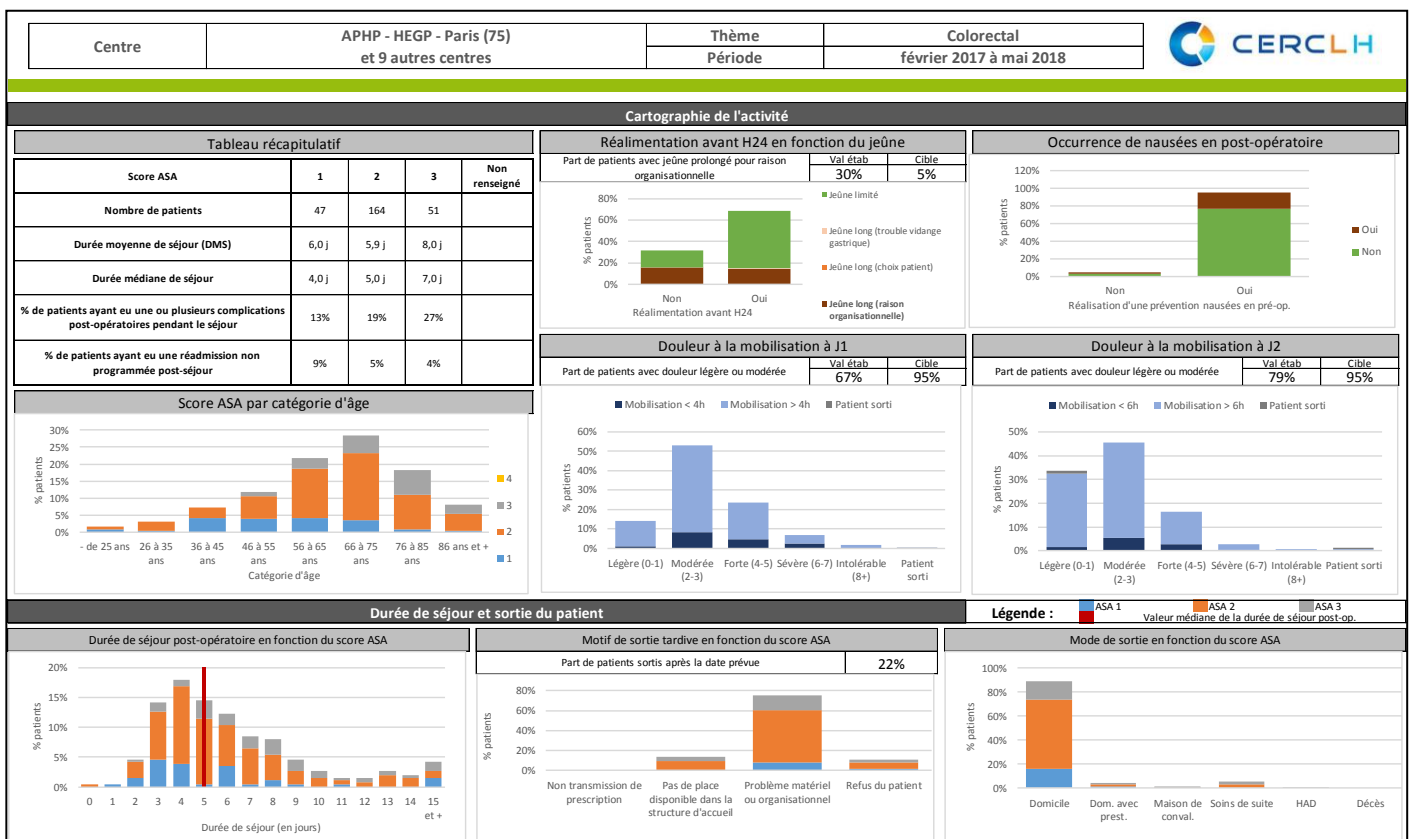
Recommandations applicables pour la mise en place de la RAAC, par spécialité.

3. Tableaux de bord

Les dossiers patients saisis par chaque établissement dans GRACE-AUDIT ont également fait l'objet d'un post-traitement par le cabinet CERCLH, pour permettre à chaque service candidat ou référent de disposer, sur une période donnée, d'un tableau de bord synthétique d'indicateurs de qualité de prise en charge des patients RAC.

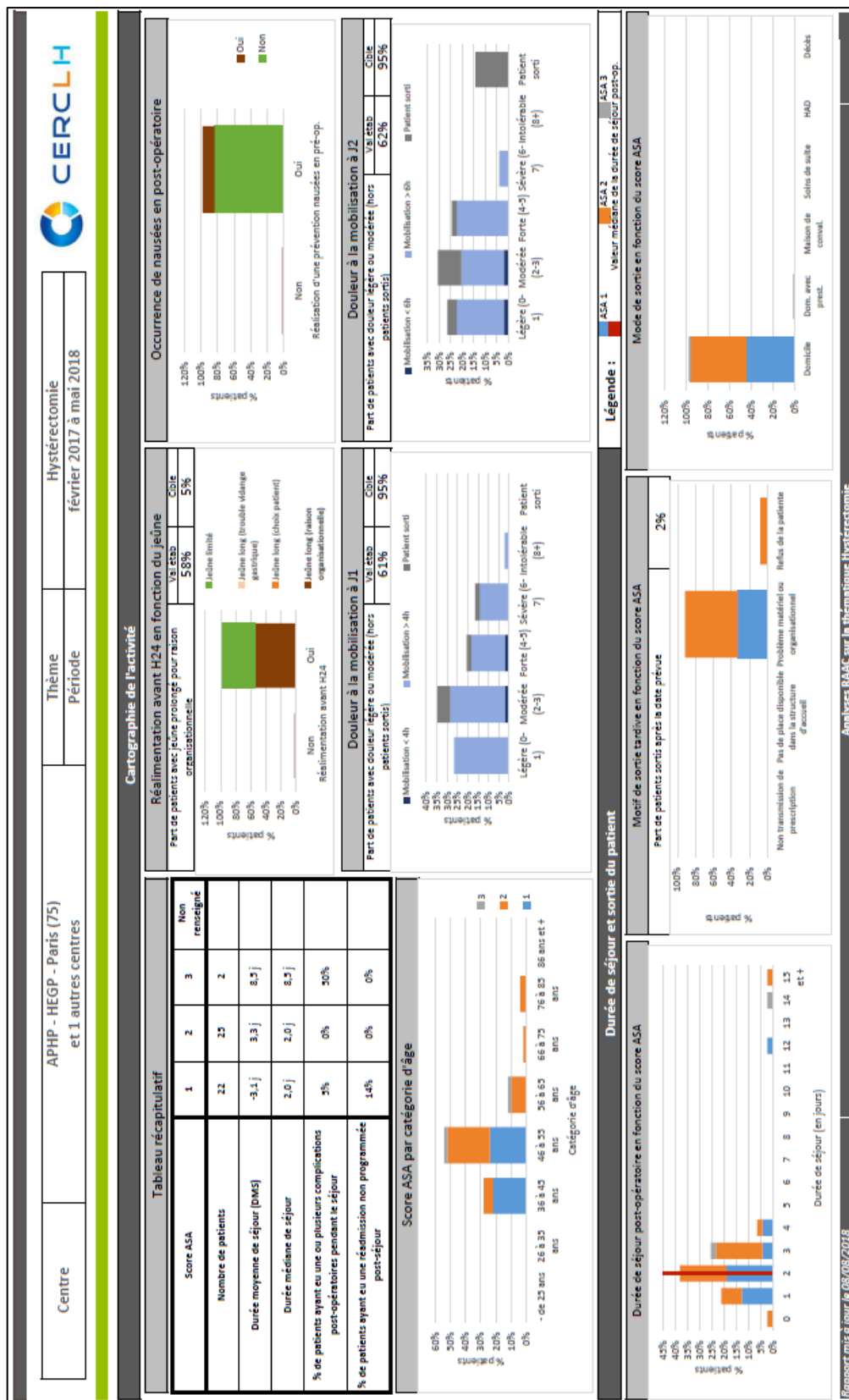
Les thèmes proposés par CERCLH, pour lesquels des cibles ont été identifiées en concertation avec les experts de la démarche RAAC, sont :

- Caractérisation des patients selon leur état de santé per-opératoire (risque anesthésique ASA 1, 2 et 3), leur âge, leurs complications post-opératoires et leur durée médiane de séjour ;
- Liens de causes à effets sur quelques pratiques telles que :
 - Réalimentation en fonction du jeûne pratiqué ;
 - Occurrence des nausées en fonction de la prévention ;
- Evolution de la douleur à la mobilisation entre J0 et J1 en post-opératoire ;
- Motifs de sortie tardive de séjour d'hospitalisation des patients selon leur état de santé per-opératoire identifié.



3. Tableaux de bord

Ces indicateurs croisés permettent aux équipes pluridisciplinaires de rechercher les causes et d'identifier des axes de progrès au niveau organisationnel et des pratiques professionnelles.



La volonté partagée de l'association GRACE et du cabinet CERCLH est de créer des outils de lecture de la performance pour les établissements de santé tout au long du projet.

L'objectif est aussi de permettre aux établissements de s'emparer de ces tableaux pour communiquer avec les équipes internes par rapport aux progrès accomplis, mais aussi de trouver de nouvelles pistes d'analyse et de résolution des dysfonctionnements.

3. Tableaux de bord

La lecture croisée de ces indicateurs est réalisée à partir de 3 composantes :

- Le centre à étudier : choix de tout ou partie des établissements participants au recueil ;
- La période donnée : les indicateurs sont par principe mensuels, mais une analyse sur un cumul de mois peut être réalisée ;
- Le thème sélectionné, qui correspond au type d'intervention que l'on souhaite intégrer dans l'analyse ;

Une analyse différenciée selon le sexe du patient peut également être réalisée.

Date de l'intervention
 2016-07, 2016-08, 2016-09, 2016-10, 2016-11, 2016-12
 2017-01, 2017-02, 2017-03, 2017-04, 2017-05, 2017-06
 2017-07, 2017-08, 2017-09, 2017-10, 2017-11, 2017-12

centre
 AHPH - Cochin Port-Royal (75)
 AHPH - Henri Mondor - Chatelet (94)
 AHPH - Lariboisière - Paris (75)
 AHPH - R. Poincaré - Garches (92)
 CH Princesse Grace - Monaco
 CHS. Veil - Eaubouffe (95)

sexe
 F M

Centre
AHPH - R. Poincaré - Garches (92)
et 12 autres centres

Thème
Genou

Période
février 2017 à mai 2018

CERCLH

Cartographie de l'activité

Tableau récapitulatif

Score ASA	Non renseigné		
	1	2	3
Nombre de patients	42	170	65
Durée moyenne de séjour (DMS)	5,8 j	4,7 j	5,8 j
Durée médiane de séjour	5,0 j	4,0 j	4,0 j
% de patients ayant eu une ou plusieurs complications post-opératoires pendant le séjour	5%	5%	2%
% de patients ayant eu une réadmission non programmée post-séjour	0%	1%	0%

Réalimentation avant H6 en fonction du jeûne

Part de patients avec jeûne prolongé pour raison organisationnelle

Val éstab	36%
Cible	5%

Occurrence de nausées en post-opératoire

Réalisation d'une prévention nauséusée en pré-op.

Douleur à la mobilisation à J0

Part de patients avec douleur légère ou modérée (hors patients sortis)

Val éstab	64%
Cible	95%

Douleur à la mobilisation à J1

Part de patients avec douleur légère ou modérée (hors patients sortis)

Val éstab	64%
Cible	95%

Score ASA par catégorie d'âge

Durée de séjour post-opératoire en fonction du score ASA

Motif de sortie tardive en fonction du score ASA

Part de patients sortis après la date prévue

31%

Durée de séjour et sortie du patient

Mode de sortie en fonction du score ASA

4. Bonnes pratiques identifiées

L'audit diagnostique initial d'une part et l'accompagnement réalisé en parallèle d'autre part ont conduit à la définition d'un plan d'actions dans chaque établissement avec une revue systématique de tous les items contenus dans GRACE.

Un panel de bonnes pratiques à partager plus spécifiquement a été retenu avec les services candidats.

Introduction

Les bonnes pratiques présentées ci-après sont issues des plans d'actions envisagés par les services candidats pour la mise en place de la RAAC, celles sur lesquelles ils ont souhaité travailler en priorité.

Il ne s'agit pas de recommandations de pratiques professionnelles, l'objectif recherché est de restituer des retours d'expériences comme sources d'inspiration et comme pistes de mise en œuvre pour les établissements ou services qui souhaiteraient développer la réhabilitation améliorée après chirurgie.

Il en est de même pour les indicateurs, ils sont proposés pour suivre l'accomplissement des progrès mais ne s'imposent pas.

Les bonnes pratiques d'établissements décrites dans les pages qui suivront sont la conséquence d'un choix partial. Elles ont été voulues les plus concrètes possibles et concernent chaque étapes de la prise en charge du patient: en préopératoire, en peropératoire et en post-opératoire. Ces bonnes pratiques vont également concerner l'organisation institutionnelle : coordination/communication et la gouvernance du projet.

En préalable à la mise en œuvre du projet RAAC au sein d'un établissement, certains freins doivent être identifiés et travaillés. Ainsi, dès le départ, le projet peut se heurter au dimensionnement des ressources humaines, au manque de coordination des différents acteurs, au niveau d'information des professionnels sur la RAAC, en particulier les IDE, ...

L'enjeu sera de dépasser ces freins et de s'assurer de la motivation des équipes pour la mise en place de la RAAC, pour garantir le succès du projet, et ainsi obtenir la satisfaction du patient, la diminution de sa douleur et la réduction des délais de prise en charge.

Les 10 bonnes pratiques mises en œuvre dans le cadre des travaux

En préopératoire

1. La consultation infirmière : une étape clé de l'éducation du patient
2. Le jeûne moderne

En peropératoire

3. La prévention de l'anémie par carence martiale

En post-opératoire

4. La mobilisation précoce du patient

La coordination / communication

5. La mise en place d'une IDE RAAC de coordination
6. La formalisation de protocoles RAAC
7. L'information préalable du patient

La gouvernance

8. La mise en place d'un COPIL RAAC

D'autres exemples de bonnes pratiques

9. La prévention de l'hypothermie en salle d'opération
10. La réalimentation précoce

Légende



Titre de la bonne pratique



Définition



Les enjeux et objectifs



« Ils l'ont mis en œuvre »



Exemples et illustrations concrètes



Indicateurs de suivi de la bonne pratique



Résultats escomptés



Facteurs clés de succès

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



1. La consultation infirmière Une étape clé de l'éducation du patient



L'évolution des prises en charge permet une diminution du temps d'hospitalisation. Un séjour court exige une excellente coordination interprofessionnelle dans la prise en charge. La consultation IDE participe à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. Elle participe à l'optimisation de l'organisation du séjour du patient et à rendre le parcours de soin fluide.



Enjeux / Objectifs

Informier le patient oralement et par écrit sur son parcours en complément des consultations faites avec le chirurgien et l'anesthésiste.

Rendre le patient davantage acteur dans sa prise en charge.

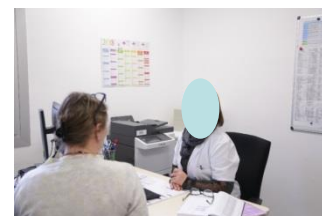


HÔPITAL FOCH

Chirurgie digestive

Les missions de l'IDE RAAC lors de la consultation :

- Vérifier le niveau d'information et de compréhension du patient
- Expliquer au patient les différentes étapes de sa prise en charge
- Evaluer le niveau d'autonomie du patient, la mobilité du patient
- Transmettre et expliquer les consignes à suivre avant, pendant et après l'intervention
- Vérifier les éléments du dossier de soins



L'organisation des consultations IDE :

- La consultation est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 18h. Elle dure entre 15 et 30 minutes.
- La consultation a lieu juste après la consultation d'anesthésie et se situe dans les mêmes locaux.
- Afin d'optimiser la consultation, un travail de communication a été fait auprès des secrétariats et des médecins.
- La prise de RDV se fait :
 - Soit via la secrétaire qui se charge de prendre le RDV d'anesthésie pour le patient et planifie en même temps la consultation infirmière,
 - Soit par le patient lui-même qui contacte directement la cellule centralisée des RDV.

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



Illustrations

Exemple de check-list utilisée lors des consultations

Menu déroulant pour un gain de temps et un rappel des consignes à transmettre

The screenshot shows a medical software interface for a consultation. The main window has several sections: 'Infos générales', 'Niveau d'information', 'Prise en charge', 'Evaluation de l'autonomie', and 'Evaluation des critères psycho-sociaux et environnementaux'. A dropdown menu is open, displaying a checklist with 10 items, each with a checkbox. A blue arrow points to the dropdown menu.

N°	
520001	
520009	
520010	

Faites votre choix :

- 01- Explication sur le traitement médicamenteux (en cours / anesthe
- 02- Si modification de l'état de santé dans les 8j : tel sec. chir
- 03- Rappel sur les examens complémentaires à réaliser
- 04- Rappel sur la préparation cutanée (douche / dépilation)
- 05- Rappel Notion "A JEUN" + ne pas fumer depuis au moins 6h av
- 06- Rappel sur les affaires personnelles
- 07- Explication de l'appel de la veille
- 08- Explication pour accéder dans le service
- 09- Explication du parcours (Accueil,Bloc,SSPI,retour unité)
- 10- Conseils de sortie

Tout cocher Tout décocher



Indicateurs de suivi

- Nombre de consultations réalisées par rapport au nombre de patient RAAC
- Taux de satisfaction du patient sur l'information reçue concernant sa prise en charge



Résultats escomptés

Rendre le patient davantage acteur dans sa prise en charge.



Facteurs clés de succès

Pour rendre le patient davantage acteur de sa prise en charge, il doit :

- avoir confiance
- avoir une bonne compréhension des informations
- appliquer les consignes
- participer à sa surveillance clinique.

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



2. Le jeûne moderne



Le jeûne limité en préopératoire permet au patient la prise d'aliments solides jusqu'à 6 heures avant le début de la chirurgie et la prise de boissons sous forme de liquides clairs jusqu'à 2 heures avant le début de la chirurgie.



Enjeux / Objectifs

Une durée de jeûne préopératoire trop importante peut être délétère pour le patient car elle se révèle vectrice d'inconfort et de majoration de la résistance à l'insuline (déjà engendrée par le stress chirurgical) et de ses conséquences négatives.



HÔPITAL BICHAT – AP-HP

Chirurgie thoracique

L'application de la recommandation sur le jeûne moderne à l'Hôpital Bichat a été initiée en premier lieu par l'information des professionnels, condition de son succès. Plusieurs points d'information à destination de l'ensemble des professionnels des services ont été organisés, et un affichage mis en place.

Une fois cette première étape réalisée, le service a organisé la mise à disposition des boissons recommandées (briquettes de jus de fruits (sans pulpe), liquides clairs, café noir, eau plate, ...).

Enfin, la fiche de liaison bloc-service a évolué afin d'y intégrer le recueil de l'horaire de prise de boisson.



HÔPITAL SAINT-LOUIS – AP-HP

Chirurgie digestive

Pour les interventions du matin, l'équipe de nuit distribue au patient un jus de pomme jusqu'à 2 heures avant l'intervention, favorisant de plus l'apport en carbohydrates.

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



Illustrations

Jeûne modifié préopératoire + Charge en hydrates de Carbone



- **Proposée** par le MAR en conclusion de sa consultation
- **Prescrite** par le MAR de Visite Pré-anesthésique
- **Administrée** par les IDE/AS avec traçabilité écrite + orale
- **Vérification** de l'heure effective de l'arrêt de boisson (MAR, IADE)



Indicateurs de suivi

- Taux d'application de la recommandation jeûne limité (ne dépassant pas 6H pour les solides et 2H pour les liquides clairs)



Résultats escomptés

Maintenir le patient dans des conditions optimales de santé avant de subir une intervention



Facteurs clés de succès

Une sensibilisation de l'ensemble des professionnels est nécessaire pour permettre la mise en place du jeûne limité, afin que le patient reçoive une information homogène et cohérente à chaque étape de sa prise en charge (secrétaire médicale, médecins, soignants, ASH, ...).

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



3. La prévention de l'anémie par carence martiale



L'anémie se définit comme un état pathologique dans lequel le nombre des hématies est insuffisant pour répondre aux besoins physiologiques de l'organisme. L'anémie chez un patient a pour conséquence l'augmentation du taux de complications péri-opératoires et le recours à la transfusion, et la diminution de la récupération et de la qualité de vie post-opératoire.



Enjeux / Objectifs

Mettre en place une stratégie de prévention et de prise en charge de l'anémie du patient dès la phase pré-opératoire permet de diminuer le taux de complications péri-opératoires pour le patient et de favoriser la récupération rapide après chirurgie.



HÔPITAL COCHIN

Orthopédie

L'hôpital Cochin a mis en place un protocole permettant dès la consultation pré-opératoire de repérer le risque d'anémie par carence martiale chez les patients devant subir une opération en chirurgie orthopédique. Une ordonnance pour un bilan sanguin pré-opératoire avant chirurgie orthopédique est remis au patient lors de la consultation pré-opératoire du chirurgien. Le patient se présentera ensuite en consultation d'anesthésie avec les résultats du bilan. En fonction de ces résultats, le patient pourra être hospitalisé en Hôpital de Jour le jour même pour administration d'un traitement par fer intra veineux. Le médecin anesthésiste prescrira également la poursuite du traitement par EPO en post-opératoire et à domicile (ordonnances à destination des IDE du service et de l'Infirmière à domicile).

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



Illustrations

Exemples d'outils mis en œuvre, schémas, ...

Ordonnance donnée par le chirurgien au patient

- Bilan préopératoire avant chirurgie orthopédique -

Chirurgie Prothétique : hanche, genou, épaule,	Chirurgie hémorragique non prothétique : ostéotomies, ... arthrodèse de rachis...	Chirurgie non hémorragique : hallux valgus, canal carpien AMO, épaule ...
0	0	0
Bilan cardiologique tique et ECG si > 60ans	ECG : si > 60 ans	ECG : si > 60 ans Même chez les patients ambulatoires
Numération sanguine + Plaquettes	Numération sanguine + Plaquettes	

atiminémie, Ferritinémie
oeff Sat Transferrine

CRP, ECBU, Bilan dentaire
herche d'une infection)

banque d'os seulement
Sérologie HIV
sérologie hépatite B
sérologie hépatite C

Référence : Conférence de consensus 1992, révisée en 1996
it d'examens de routine et de principe qui suffiront dans la pl
ilades ne sont pas tous les mêmes, et les médecins restent lib
mens particuliers qu'ils jugeront nécessaires.

Donnée par le chirurgien quand intervention hémorragique prévue

Madame, Monsieur

- Vous allez venir en consultation d'anesthésie avec le résultat de vos examens sanguins. Il est possible, en fonction des résultats sanguins et du risque de saignement de votre intervention, que vous soyez hospitalisé le même jour, en hôpital de jour, pour vous faire une perfusion qui permettra d'éviter ou tout au moins de diminuer une transfusion pendant l'intervention. Cette hospitalisation devrait durer au minimum une heure.
- C'est pourquoi, il est indispensable de venir en consultation d'Anesthésie avec non seulement le résultat de vos analyses, mais aussi avec tous les papiers administratifs nécessaires à une admission.
- Je vous remercie.
- L'équipe d'Anesthésie en orthopédie

Ordonnance du bilan sanguin préopératoire et lettre d'information au patient – Hôpital Cochin



Indicateurs de suivi

- Taux de transfusions sanguines péri-opératoires
- Taux de complications péri-opératoires
- Taux de prescription d'un traitement de la carence martiale



Résultats escomptés

- Anticiper les risques de transfusion sanguine



Facteurs clés de succès

L'information du patient sur le risque lié à l'anémie et sur sa prise en charge est un préalable nécessaire: remise d'une lettre d'information accompagnée d'explications orales dès la consultation chirurgicale.

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



4. La mobilisation précoce du patient



La mobilisation précoce est recommandée pour toutes les spécialités, avant 24 heures, et même avant 6 heures pour l'orthopédie. Il s'agit de prescrire des activités physiques adaptées mises en œuvre par des kinés ou les équipes soignantes.



Enjeux / Objectifs

Dans le cadre de la RAAC, la mobilisation précoce dans laquelle le patient joue une part active, est essentielle. Le patient passe ainsi d'un « état passif en position horizontale » à un « état actif en position verticale ». En effet, il a été démontré que la mobilisation active et précoce est non seulement un facteur majeur et indépendant de la réussite de tout programme de RAAC mais qu'il réduit notamment et de manière significative l'incidence des complications respiratoires et thromboemboliques.



La mobilisation précoce fait l'objet d'une organisation propre à chaque établissement avec une mise en œuvre protocolisée et l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire :

	Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil Chirurgie digestive	Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph Chirurgie digestive	Hôpital Foch Chirurgie digestive	Centre Hospitalier d'Argenteuil Chirurgie orthopédique	Hôpital Cochin Chirurgie orthopédique
J0	Lever 1 à 2h après le retour en chambre. La durée dépend du patient.	Lever + 30 min hors du lit Intervenants : IDE salle ou USC / ASH / Kinésithérapeute	Bord du lit et 1er lever à H+3 et fauteuil pendant 2 heures	Lever 1 à 2h après le retour en chambre. La durée dépend du patient	Mise au fauteuil et diner au fauteuil, lever et marche avec kiné si force du quadriceps suffisante
J+1	Lever 2 x 2h au fauteuil avec marche 2 x 20 minutes minimum avec accompagnement	3 à 6 h hors lit (déambulation, fauteuil) Intervenants: IDE salle ou USC / ASH / Kinésithérapeute	Lever 8h par jour / déambulation 2 à 3 fois 100 m (1er lever accompagné (kinésithérapeute ou IDE, ensuite avec AS ou seul)	Lever 2 à 3 fois toutes les 2 heures, avec kiné	Toilette au lavabo, repas au fauteuil, rééducation avec kiné + marche le matin, marche collective si possible l'après-midi +/- escaliers
J2	Augmentation du périmètre de marche et escaliers		Déambulation libre	Augmentation du périmètre de marche, escaliers et parcours patients	Escalier avec kiné

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



Illustrations

Exemple de suivi de la mobilisation dans le journal de bord remis au patient en amont de l'hospitalisation:

LE JOUR DE L'OPÉRATION

après votre retour du bloc opératoire



Projet quotidien : boire librement

J'ai bu :

Assez (1/2 litre) Peu Pas du tout



Projet quotidien : se lever et marcher quelques pas

Je me suis assis(e) :

+ de 1h Entre 1/2h et 1h Moins d'1/2h Non

Je me suis mis(e) debout :

Oui Non

J'ai marché :

Dans le couloir Dans la chambre Non



Sur cette échelle, mon plus haut niveau de douleur

AVANT mobilisation est :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sur cette échelle, mon plus haut niveau de douleur

EN MOUVEMENT est de :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1

LE 1^{ER} JOUR APRÈS L'OPÉRATION

Projet quotidien : prendre 3 repas



J'ai pris :

1 repas 2 repas 3 repas

J'ai mangé :

Bien (plus de la moitié du plat) Peu Pas du tout



J'ai bu :

Assez (1 litre) Peu Pas du tout

Projet quotidien : passer au moins 6h hors du lit, prendre 3 repas au fauteuil



J'ai été hors du lit :

+ de 6h Entre 3h et 6h

Moins de 3h Je n'ai pas quitté le lit



J'ai pris mes repas au fauteuil :

3 repas 2 repas 1 repas Aucun



J'ai marché :

Dans le couloir, + d'1h Dans le couloir entre 1/2h et 1h

Dans la chambre Non



Sur cette échelle, mon plus haut niveau de douleur

AVANT mobilisation est :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sur cette échelle, mon plus haut niveau de douleur

EN MOUVEMENT est de :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1



Indicateurs de suivi

- Taux de patients mobilisés à J0, J1, J2, ...
- Niveau de douleur lors de la mobilisation à J0, J1, J2, ...



Résultats escomptés

- Réhabilitation des patients au plus tôt (à J0)



Facteurs clés de succès

La mise en place de la mobilisation précoce nécessite d'impliquer les équipes soignantes (IDE, AS) dès le départ. L'établissement doit s'assurer de la motivation et de la disponibilité de ces professionnels.

L'information et la sensibilisation des patients aux intérêts et objectifs de la mobilisation précoce est également un des facteurs clés de succès.

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



5. La mise en place d'une IDE RAAC de coordination



La consultation infirmière est une recommandation clé à mettre en place dans un parcours RAAC. Sa mise en place demande de libérer un temps d'infirmière, au minimum pour ces consultations. Cependant, de nombreux établissements ont créé un poste d'IDE RAAC dont le rôle s'étend au-delà de cette seule recommandation.



Enjeux / Objectifs

Être le lien et coordonner les acteurs autour du patient et de sa famille



Hôpital Privé d'Antony
Chirurgie colorectale

Cet hôpital a fait le choix de mettre en place une IDE RAAC de coordination dès le début du projet.

Son rôle :

Coté Soignant	Coté Patient
Elaboration supports écrits : protocoles médicaux et paramédicaux, passeports patients, fiche informative selon chirurgie, journal de bord, consignes RAD ...	Rôle éducatif essentiel, temps d'information de qualité (consultation individuelle) == PATIENT ACTEUR de son parcours de soins Contact avec la famille
Formation et Adhésion des protocoles par les équipes soignantes	Evaluation environnementale pour optimisation et anticipation de la sortie (si besoin mise en place d'aide à domicile : PRADO etc.)
Coordination des différents acteurs du parcours de soins : IDE / AS / ASH / kiné / diététicienne / IDE douleur / stomathérapeute etc.	Suivi pré opératoire (examens, EPO, questions diverses reformulation ...)
Soutien des équipes, récupération d'oubli, rectifications traitements ...	Rôle de stimulation et référent pendant hospitalisation pour patient et famille
Accompagnement logistique et administratif	Organisation sortie dans les meilleures conditions Consignes pour la prise des traitements etc. au domicile
Analyse et suivi des indicateurs de résultats : Journal de bord, Audit GRACE etc. Organisation de COPIL ...	Suivi post opératoire (à domicile par voie informatique ou téléphonique) Lien avec le chirurgien

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



CENTRE HOSPITALIER VICTOR DUPOUY, Argenteuil

Chirurgie orthopédique

Le rôle de l'IDE RAAC de consultation dans le parcours de soins :

AVANT	PENDANT	APRES
<p>Consultation dédiée « fonction nouvelle depuis janvier 2018 » :</p> <ul style="list-style-type: none"> Information/éducation du patient Remise du passeport / pochette RAAC Anticipation de l'organisation de la sortie 	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnement du patient hospitalisé Vérification des différentes étapes 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi post opératoire et appel téléphonique Evaluation de la satisfaction de la prise en charge (appel du lendemain, questionnaires)



Illustrations

Fiche de poste IDE de coordination – Hôpital Henri Mondor

FICHE DE POSTE ASSISTANCE HÔPITALIÈRE DE PARIS

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES HENRI MONDOR
Albert CHENEVIER – Henri MONDOR

Site H. Mondor : 51 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
94010 Créteil cedex
Site A. Chenevier : 40 Rue du Mesly
94010 Créteil cedex

DATE DE MISE A JOUR Août 2017

Modalités de recrutement :
Personne à contacter :
Direction : Direction des soins- Coordination Générale des soins
NOM : Sylvie DEBRAY
Responsabilités : Coordonnateur Général des Soins
Téléphone : 01.49.81.20.25 **Courriel :** candidature.ds@hmn.aphp.fr

INTITULE DU POSTE
Infirmier de coordination du parcours patient en orthopédie et traumatologie

METIER
Infirmier coordinateur de parcours en santé

CODE METIER

STTD

ORADS

IDE

STRUCTURE
Le Groupe Hospitalier est constitué de cinq établissements au Sud Est de Paris : Henri Mondor, Albert Chenevier, Emile Roux, Joffre Dupuytren et Georges Clemenceau.

Les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor sont structurés en 11 pôles médicaux :
Pôle Biologie Pathologie
Pôle Fonction Imagerie Thérapeutique (FIT)
Pôle Pharmacie
Pôle Vigilance, Recherche, méthodologie et Information médicale (VERDI)
Pôle Cancer – Immunité – Transplantation – Infectiologie (CIT)
Pôle Cardiologie – Réanimation – Vasculaire – Anesthésie (CARAVAN)
Pôle Neuro-locomoteur
Pôle Psychiatrie et Addictologie
Pôle Médecine Interne – Gériatrie – Génétique – Urgences et Spécialités (MIRGGUS)
Pôle Gériatrique du Val de Marne
Pôle Gériatrique de l'Essonne
1 secteur d'activité transversale rattaché au Conseil Exécutif Local : BLOC COMMUN

ROLES

INTITULÉ
Neurolocomoteur

ACTIVITE
Le pôle axe son activité dans le domaine de la neurologie et de la motricité. Il comprend :

Sur le site de Mondor :

- la neurochirurgie
- la neurologie
- l'orthopédie
- la chirurgie ambulatoire
- l'unité de neurologie cognitive
- la rhumatologie

- le plateau de rééducation de la Fédération neurolocomotrice

Sur le site de Chenevier :

- la Fédération neurolocomotrice avec le service de rééducation ostéo-articulaire, le service de neuro-rééducation, le service de SLD de neurologie, le plateau de rééducation.



Indicateurs de suivi

- Taux d'adhésion au programme RAAC
- Taux de ré-hospitalisation
- Satisfaction des patients



Résultats escomptés

- Renforcer l'adhésion des professionnels de l'établissement et/ou du service
- Favoriser l'homogénéité des pratiques
- Pérenniser la démarche RAAC



Facteurs clés de succès

Afin de rendre effective la coordination de la prise en charge du patient, l'IDE RAAC doit s'assurer que la prise en charge est organisée (vérification ultime la veille de l'opération), de la bonne mise en œuvre du retour précoce dans le service. Enfin, elle doit anticiper et suivre le patient après sa sortie (PRADO, IDE à domicile, ...).

La participation de l'IDE RAAC au parcours d'information du patient est également un facteur de succès de la coordination des acteurs.

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



6. La formalisation de protocoles RAAC



La formalisation d'un protocole de prise en charge d'un patient RAAC permet de disposer d'un support d'information sur les bonnes pratiques à mettre en œuvre. Cela permet aussi d'avoir une vision commune et partagée des actions à mener pour un meilleur suivi du patient



Enjeux / Objectifs

L'objectif est de permettre à tout professionnel de disposer de la même information sur les modalités de prise en charge des patients.



HÔPITAL BICHAT – AP-HP

Chirurgie thoracique

L'établissement a rédigé un protocole RAAC pour les interventions sur le thorax, intégrant toutes les actions à mettre en place ainsi que le chemin clinique du patient depuis sa prise en charge en préopératoire jusqu'à sa sortie d'hospitalisation et sa consultation de contrôle.

L'ensemble des professionnels acteurs de la prise en charge du patient ont participé à la rédaction et/ou à la relecture du document. Cela permet une meilleure implication des équipes dans la démarche de mise en place de la RAAC.

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



Illustrations

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS NORD VAL DE SEINE
Bichat - Claude Béchade

**chir
vtt**
Chirurgie Vasculaire,
Thoracique
et Transplantation
Pulmonaire

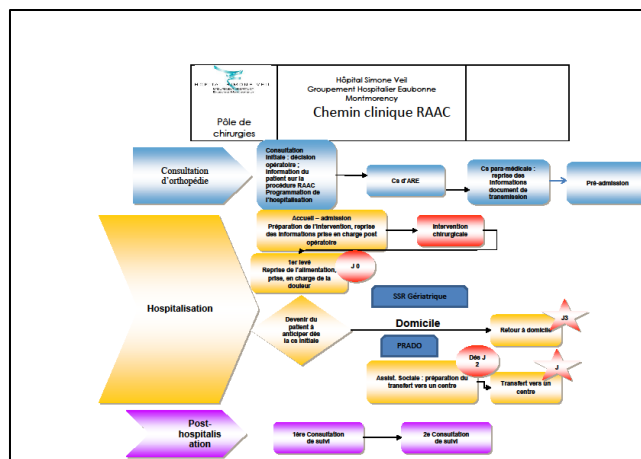
UNIVERSITÉ
**PARIS
DIDEROT**

Protocole de Récupération Améliorée Après Chirurgie thoracique (RAAC Thorax)

Sommaire

Etape 1 : Préopératoire	2
Etape 2 : Périopératoire	4
Etape 3 : Postopératoire / le soir de l'intervention	5
Etape 4 : Postopératoire / à partir de J1	6
Etape 4 : Postopératoire / sortie d'hospitalisation	8
Etape 5 : Postopératoire / consultation de contrôle	9

Protocole RAAC Thorax – Hôpital Bichat



Chemin clinique RAAC Orthopédie – Hôpital Simone Veil



Indicateurs de suivi

- Taux d'application du protocole



Résultats escomptés

- Favoriser l'homogénéité des pratiques



Facteurs clés de succès

- Qualité rédactionnelle
- Facilité d'appropriation
- Pédagogique
- Applicable
- Partagé

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



7. L'information préalable du patient



L'information au patient en amont de son hospitalisation est essentielle dans un programme RAAC. Les documents imprimés constituent un des éléments importants au passage de cette information. De nombreux établissements ont développé des brochures, plaquettes et autres supports numériques donnés principalement aux patients lors des consultations et qui leur permettent de confirmer ou retrouver les informations essentielles échangées avec les professionnels.



Enjeux / Objectifs

Informar le patient et le rendre acteur de sa prise en charge par une bonne connaissance du déroulé de son séjour et des étapes clés



HÔPITAL SIMONE VEIL

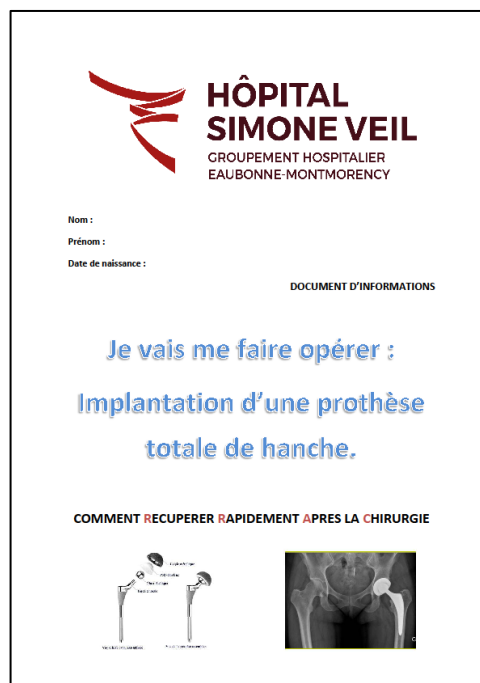
Orthopédie

L'établissement a formalisé un livret d'information à destination du patient opéré pour implantation d'une prothèse de hanche. Ce document lui est remis en amont de son hospitalisation, dès la consultation avec l'infirmière référente RAAC. Ce document explicatif reprend chaque étape de la prise en charge du patient (avant l'hospitalisation, l'hospitalisation, le retour à domicile), et intègre une check-list en 10 points, permettant au patient de vérifier que les actions clés de la démarche de réhabilitation rapide après chirurgie ont été réalisées.



Illustrations

*Livret d'information à destination du patient
Hôpital Simone Veil*



HÔPITAL BEAUJON - AHPH

Pôle de maladies de l'appareil digestif

L'information patient avec :

- Une pochette patient,
- Une brochure d'information sur la RAAC
- Un journal de bord patient.

En alternative :

Des établissements ont mis en place des sessions d'informations collectives (avec la présence des professionnels de santé : soignants, praticiens, ...)

D'autres établissements organisent en particulier en orthopédie une école des patients avec des démonstrations du maniement des cannes anglaises ou des gestes à maîtriser avant l'intervention en prévision de son retour à domicile

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



Illustrations

La *pochette patient* permet de regrouper :

- La check-list pour la consultation IDE,
- La check-list de sortie,
- La brochure de sevrage tabagique,
- La brochure du service social,
- La brochure dédiée RAC.

Le journal de bord patient lui donne un support pour suivre l'évolution de la réhabilitation. Il permet de responsabiliser le patient vis-à-vis de sa prise en charge et de fixer des objectifs



INFORMER

Journal de bord

Programme de réhabilitation améliorée après une chirurgie du colon ou du rectum

NOM : _____

PRÉNOM : _____

INTERVENTION : _____

DATE D'INTERVENTION : _____

HÔPITALS UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL DE SEINE **Boisjoly**

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITALS DE PARIS

ACCOMPAGNER

Service de chirurgie colorectale

Dossier de Réhabilitation améliorée après chirurgie du colon et du rectum

Chirurgien référent : _____

Identification du patient

Etiquette adresse

EN CONSULTATION

- Brochure d'information sur la réhabilitation améliorée
- Journal de bord patient
- Fiche de sortie

Ordonnances :

- Bas de contention veineuse
- Si besoin, nutrition pré-opératoire : Oral Impact
- Si besoin, préparation colique : Klean Prep

Fiches d'information

- Arrêt du tabac avant l'intervention
- Stomathérapie, si besoin
- Service social
- Demande d'accord préalable pour transport, si besoin
- Pré-admission

CONSULTATION D'ANESTHÉSIE prévue le : _____

L'hospitalisation, mieux et moins longtemps

Vous allez être opérée(e) du colon ou du rectum et notre équipe vous propose aujourd'hui un programme pré-opératoire de réhabilitation améliorée, débutant avant l'intervention chirurgicale, et se poursuivant au-delà de votre sortie.

Vous soigner dans les meilleures conditions et vous assurer un meilleur confort post-opératoire sont les priorités absolues pendant tout votre séjour à l'hôpital.

Votre participation et votre adhésion sont essentielles pour la réussite de ce programme dont la finalité est l'amélioration de la qualité des soins.

Vous devenez ainsi un acteur principal des soins auxquels vous aurez été préparée(e) :

- compréhension des principes de la procédure de soins,
- gestion de la douleur,
- réalimentation,
- désambulation précoce...

Après votre intervention, une attention particulière sera donnée au traitement des douleurs et à la prévention des nausées.

Vous serez encouragée(e) à vous lever l'après-midi même de l'intervention si votre état le permet, puis chaque jour, avec le soutien du personnel.

Il vous sera proposé de reprendre l'alimentation progressivement, dès le soir de l'intervention, sans attendre la reprise du transit.

Ce carnet de bord vous est personnel et vous propose :

- Une liste de préparation à l'intervention.
- Pour chaque jour d'hospitalisation, vous trouverez les objectifs en termes de réalimentation et de mobilisation. Le soir, cochez la case correspondant réellement à vos activités menées sur la journée.
- Vous disposez d'une échelle de douleur à remplir juste avant une séance de marche dans le couloir, puis une autre à remplir à votre retour. Le zéro correspond à « aucune douleur » et le dix, à « la pire douleur imaginable » pour vous. Sentez-vous libre de votre réponse. Avec un traitement anti-douleur bien adapté, vous serez peut-être surpris(e) du faible niveau de douleur et du rôle parfois bénéfique de la mobilisation.

AVANT L'OPÉRATION

- J'ai reçu la fiche d'information sur la réhabilitation améliorée
 - J'ai bien compris les objectifs de cette démarche
 - Si besoin, j'ai pu demander des informations complémentaires
 - Si besoin, j'ai pris les dispositions nécessaires pour faciliter mon retour à domicile après l'intervention
 - Si présent, j'ai bu le produit destiné à améliorer mes défenses immunitaires
 - oui, totalement
 - oui, en partie
 - non
 - J'ai acheté et apporté les bas de contention veineuse
 - Si besoin, j'ai apporté mon ordonnance de substituts au tabac
 - Si prescrite, j'ai pris une boisson pour préparer le colon
 - J'ai bu la boisson sucrée le jour de l'intervention :
 - oui, totalement
 - oui, en partie
 - non
- A quelle heure ? : _____



Indicateurs de suivi

Pour le journal de bord : Taux de patient ayant renseigné les items
 Pour les réunions collectives : Taux de participation des patients



Résultats escomptés

- Renforcer l'adhésion des malades
- Meilleure coordination des professionnels autour du patient et adhésion de tous
- Limiter le nombre de réadmissions



Facteurs clés de succès

La formalisation de documents types permet de faciliter l'information au patient.

Il est également à rappeler que tous les acteurs sont concernés par l'information du patient : chirurgien, anesthésiste, personnel soignant et administratif, encadrement, établissement d'amont, ...

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

Post-opératoire



8. La mise en place d'un COPIL RAAC



La création d'un comité de pilotage est une des bonnes pratiques liées à la gestion de projet. Sa mise en place à l'initialisation d'un projet permet d'assurer son bon déroulement en fonction des objectifs généraux et d'entretenir une dynamique au sein des différents acteurs impliqués.



Enjeux / Objectifs

- Permettre de s'organiser, c'est à dire définir une méthodologie, les rôles et responsabilités de chacun
- Prendre des décisions collégiales et impliquer largement les professionnels
- Faciliter la communication au sein de l'établissement



CLINIQUE DU VAL D'OR

Chirurgie du cancer du colon

La mise en place précoce d'un COPIL a permis de :

- Définir et valider l'organisation de la prise en charge spécifique RAAC,
- Communiquer avec l'ensemble des acteurs de l'établissement sur le déploiement de la pratique et les décisions prises.

Il se réunit actuellement tous les 3 mois, dure 1h15 et permet maintenant de :

- Suivre la mise en place des actions (en s'appuyant sur les indicateurs et graphiques développés lors du projet) et des EPP en lien avec ce type de prise en charge,
- Communiquer largement sur l'avancement,
- Décider / valider les orientations prises.

Les participants ont été choisis parmi les intervenants les plus impliqués et qui ont :

- Une légitimité : de manière à garantir que les décisions prises ne seront pas remises en cause,
- Une expertise : adéquation entre les choix faits, la faisabilité et la réussite du projet,
- Une crédibilité : bonne connaissance du sujet sur le plan technique et méthodologique.

Sa composition actuelle est pluridisciplinaire :

- Les 2 praticiens promoteurs, un anesthésiste,
- Parmi les soignants : la directrice des soins, la chargée de projet (qui est cadre de santé), une autre cadre de santé, une infirmière,
- Un cadre administratif,
- Le directeur de l'établissement.

4. Bonnes pratiques identifiées

La coordination / communication

La gouvernance

Préopératoire

Peropératoire

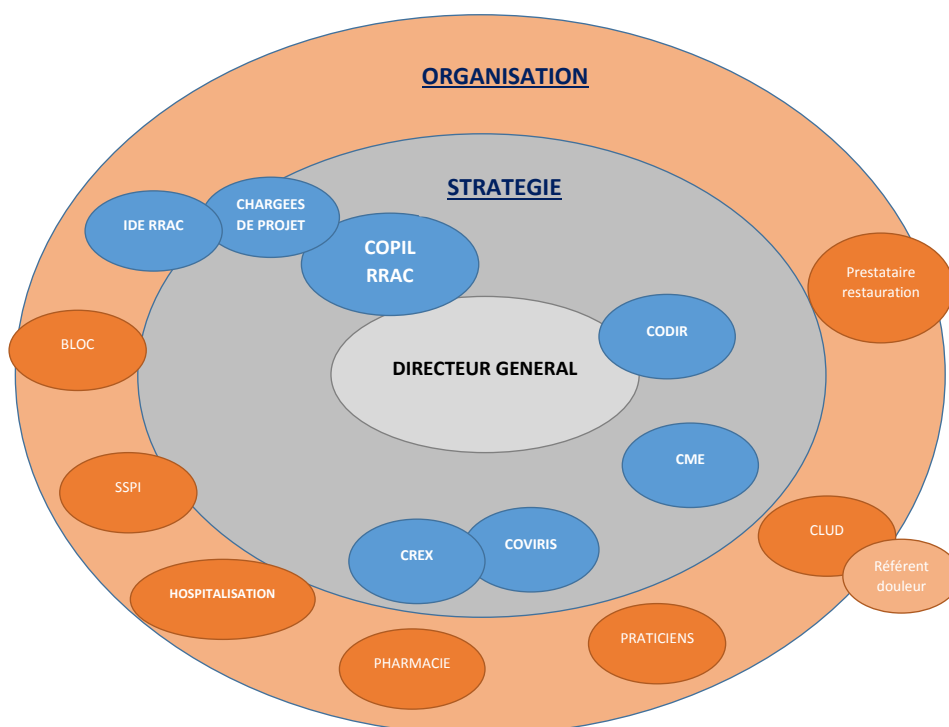
Post-opératoire



Illustrations

Ce schéma représente la position et le rôle du comité de pilotage RAAC au sein de la clinique. Il assure le lien entre la vision de la direction générale, les choix retenus par l'ensemble des personnes impliquées dans la RAAC pour mettre en œuvre les recommandations.

Il supervise l'application des tactiques retenues par le niveau opérationnel qui teste les changements. Le comité de pilotage RAAC veille également à maintenir la dynamique de l'amélioration continue.



Indicateurs de suivi

- Taux de comités de pilotage réalisé / repoussé
- Taux de participation à ces comités de pilotage
- Nombre de Comptes-Rendus par an
- Nombre d'audits par an



Résultats escomptés

Respect du planning de mise en place de la RAAC



Facteurs clés de succès

Il est indispensable que cette instance possède un réel pouvoir de décision quant aux ressources mobilisées, au respect de la planification, à la mise en œuvre des choix retenus et des plans d'actions.

4. Bonnes pratiques identifiées

D'autres bonnes pratiques ont été identifiées au cours de la démarche sans pour autant avoir été largement partagées ou n'ayant pas de résultats mesurés. Il nous est apparu quand même pertinent de les évoquer.

9. La prévention de l'hypothermie en salle d'opération

**Ce qui a été observé :**

Mettre le patient dans des bonnes conditions de confort quand il se trouve en salle d'opération, de son installation à l'anesthésie

Modalités de réalisation

Remontée de la température de la salle sur ce laps de temps

Disposer de couvertures chauffantes adaptées aux conditions du bloc pour maintenir la température corporelle du patient

Si une laparotomie est envisagée, les solutés sont plus ou moins passés au réchauffeur

Suivi assuré IADE ou IBODE

Intérêt de la pratique :

Eviter un stress supplémentaire pour le patient

Limiter la survenue de complications per-opératoires (infections, risques transfusionnels, ...)

10. La réalimentation précoce

**Ce qui a été observé**

La réalimentation précoce a été définie comme la prise orale de liquide et/ou de solide avant la 24ème heure suivant une chirurgie programmée.

Modalités de réalisation

Dans un service de chirurgie colorectale, suite au passage au bloc, les liquides sont donnés dès le retour en chambre et l'alimentation est normale à J1.

Intérêt de la pratique

Rassure le patient sur le fait que l'intervention s'est bien déroulée et qu'il peut reprendre son alimentation

5. Glossaire

- AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
- ARSIF : Agence Régionale de Santé Ile de France
- AS : Aide Soignante
- ASA : Le score ASA (American Society of Anesthesiology) est un résultat utilisé pour déterminer l'état de santé préopératoire d'un individu afin d'évaluer les risques d'infections post-opératoires et les risques liés à l'anesthésie.
- CH : Centre Hospitalier
- CHI : Centre Hospitalier Intercommunal
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CPI : Compression Pneumatique Intermittente
- DMS : Durée Moyenne de Séjour
- EPO : L'érythropoïétine (EPO) est une hormone qui stimule la formation et la croissance des globules rouges.
- HDJ : Hôpital de Jour
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- MAR : Médecin Anesthésiste réanimateur
- PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile après hospitalisation, initié par l'Assurance Maladie.
- PTG : Prothèse Totale de Genou
- PTH : Prothèse Totale de Hanche
- RAAC : Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

Remerciements



35 rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19
Tél. : 01 44 02 00 00 – Fax : 01 44 02 01 04
ars.iledefrance.sante.fr

