

RÉUNION DE LANCEMENT RAAC

RÉHABILITATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE

Présentation de bilan – 19 Novembre 2019

Dr Sylvie Meisel
Chef de projet ARS



DR JEAN-JACQUES MORFOISSE
DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DE
L'ARS OCCITANIE

Plan de la présentation

- 1) Introduction du bilan
- 2) Bilan de la démarche
- 3) REX mise en place RAC
- 4) Première table ronde
- 5) REX mise en place du JO
- 6) De la RAC à l'ambulatoire
- 7) Deuxième table ronde
- 8) Innovation organisationnelle
- 9) Trophées
- 10) Conclusion

INTRODUCTION

RAC : un standard d'abord pour le patient

Devient acteur de son parcours

↳ Éducation, explications

Diffusion des bonnes pratiques de sociétés savantes

Avenir de la chirurgie, avec 70% de chirurgie ambulatoire en 2022 et 30% de RAC

Facteurs clefs de succès de la démarche

Votre participation à tous, et l'engagement fort de chaque établissement

Présence indispensable du quatuor chirurgien, anesthésiste, soignant, direction et implication

Groupes mélangeant public et privé, tailles différentes

=> qualité des échanges entre pairs

=> des bonnes idées chez chacun

Restitution

Tous ceux qui ont participé ont progressé, y compris les référents

Des solutions adaptées à l'organisation de chaque établissement

Bilan présenté de façon dynamique, dense

Merci à nos 2 consultants Adopale : Jonathan Krief et Luc Landman, qui continuent avec nous pour la vague 2

Une capitalisation qui sera accessible pour tous sur le site et utilisable pour ceux qui voudront se lancer dans la démarche

BILAN DE LA DÉMARCHE



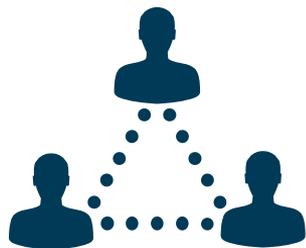
8 groupes



41 établissements



164 personnes



48 sessions collectives



246 points téléphoniques



3 journées thématiques

Rappel de la méthodologie en 4 phases



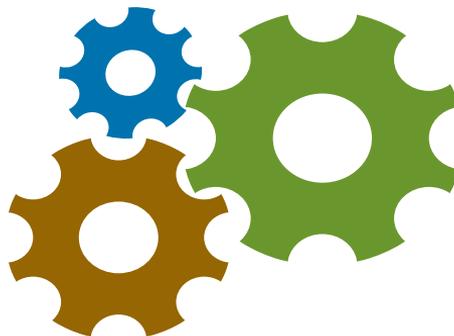
LA GOUVERNANCE DU PROJET

Adopale

- Equipe Adopale
- Experts

ARS

- Chef de projet



Etablissements

- 8 groupes de travail :
 - 1 établissement référent
 - 4 établissements candidats
- Pour chaque établissement :
 - Un quatuor: : cadre ou IDE référent, chirurgien, anesthésiste, direction
 - Un comité de pilotage en interne

Rappel de la méthodologie de la démarche

AUTODIAGNOSTIC

Novembre 2019-Février 2020



Groupe de travail



Visioconférence avec
chaque établissement

DÉFINITION DE L'ORGANISATION
CIBLE ET DU PLAN D' ACTIONS

Mars-Avril 2020



Réunion plénière



Journée thématique



ACCOMPAGNEMENT À LA MISE
EN ŒUVRE

Mai 2020-Mars2021



Phase 1: cadrage et lancement

Réunion plénière de lancement

- Réunion plénière présentant :
 - Les principes de la RAAC
 - La démarche et les modalités d'accompagnement
 - L'outil d'autodiagnostic formalisé de GRACE

Travaux à mener

- Début du remplissage de Grace Audit (20 dossiers)

Phase 2: Autodiagnostic



1^{ère} réunion

- Présentation de chaque établissement
- Formation à la gestion du projet et à ses enjeux, au pilotage et à la communication
- Retour sur l'outil d'autodiagnostic de GRACE
- Retour de l'établissement « référent » sur les protocoles en place
- Définition des dates des réunions de groupe

Travaux à mener

- Constitution de la gouvernance autour du projet
- Finalisation de l'autodiagnostic de GRACE
- Formalisation des résultats (trame fournie par Adopale)
- Analyse des résultats de l'autodiagnostic

2^{ème} réunion

- Présentation par chaque établissement des résultats de son autodiagnostic
- Présentation des actions classiques sur la RAAC et outils méthodologiques



Phase 3: Définition de l'organisation cible et du plan d'actions

Travaux à mener

- Formalisation de l'organisation cible et du plan d'actions associé (*trames fournies par Adopale*)

3^{ème} réunion

- Présentation par chaque établissement de son organisation cible et des grandes lignes du plan d'actions associé



Phase 4: Accompagnement à la mise en oeuvre

Mai 2020-Mars2021



Septembre



Janvier



Mars



Appui
individuel à la
mise en
oeuvre

- Points d'avancement entre les établissements et Adopale :
 - Avancement des différentes actions du plan d'actions et valeurs des indicateurs de pilotage
 - Points de blocages éventuels et solutions à déployer / ajustements à prévoir

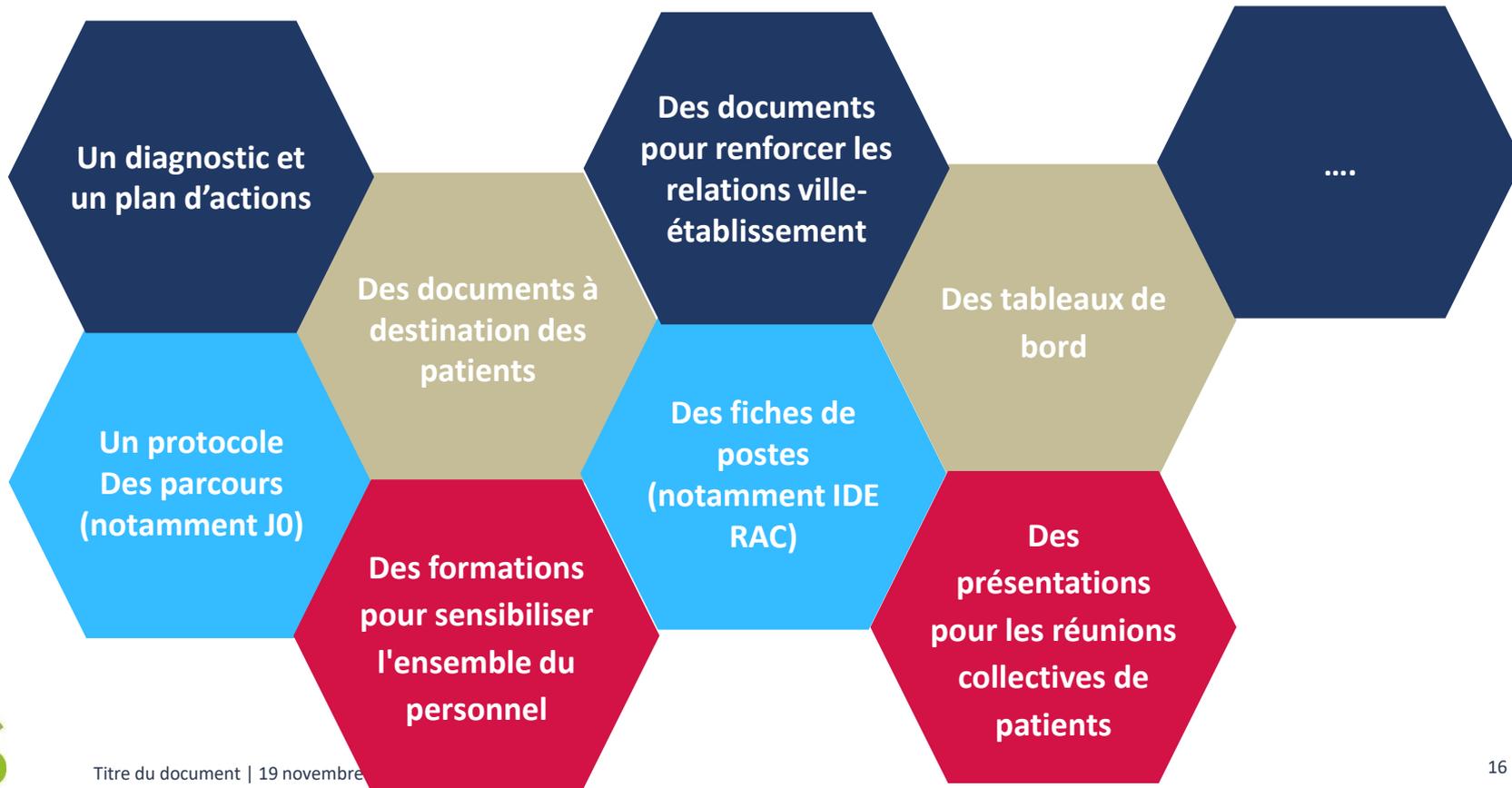
4^{ème} et 5^{ème}
réunion

- Présentation par chaque établissement de son avancement et retour sur les principales difficultés rencontrées
- Approfondissement d'une thématique : retour(s) d'expérience, outils et ateliers

Journées
thématiques

- 3 journées thématiques par spécialité, coanimées par l'équipe Adopale et 1 de ses experts :
 - Chirurgie colorectale
 - Orthopédie
 - Anesthésie

Vos productions



Vos résultats

Réduction DMS
Adhésion
Dynamique Interne
Satisfaction patient
Respect protocole
Ide RAC
Labellisation
Valorisation équipe

L'apport de la démarche

Echanges
Partages d'outils/documents
Structuration de la démarche
Actions classiques
Emulation
Visite de sites
Journées thématiques
Pluridisciplinaires

Evolution des DMS

La première phase du programme RAC a porté sur **3 spécialités** et a impliqué **35 établissements** :

- Gynécologie (4 GHM, 5 unités participantes)
- Colorectal (2 GHM, 13 unités participantes)
- Orthopédie (3 GHM, 27 unités participantes)

Au total, ce sont **40 unités** qui se sont intégrées au processus.

La réduction de la DMS n'est pas un objectif en soi, mais elle est souvent observée comme une conséquence de la mise en place de la RAC.

Les équipes les plus impliquées ont obtenues des réductions de DMS pouvant dépasser 4 jours

N.B : Une unité est comptée comme participante lorsqu'au moins 1 praticien entre dans la démarche. Cependant, l'extraction des données présentées plus bas à été faite **pour l'ensemble de l'activité** de chaque unité. Le panel est donc constitué de séjours « RAC » mais aussi de séjours « non RAC ». C'est une photo globale.

Exemple de gains de DMS en Orthopédie

Etablissement	GHM	Séjours 2017	DMS	Séjours 2019 (estimation)	DMS	Gain DMS
CH1	08C47_Prothèses de hanche pour traumatismes réc	33	11,36	24	7,17	4,20
CH2	08C48_Prothèses de hanche pour des affections au	33	7,30	40	4,30	3,00
Clinique 1	08C47_Prothèses de hanche pour traumatismes réc	13	12,38	10	9,60	2,78
Clinique 2	08C24_Prothèses de genou	376	6,38	356	3,90	2,48
Clinique 3	08C24_Prothèses de genou	340	7,07	342	4,66	2,41
Clinique 4	08C48_Prothèses de hanche pour des affections au	49	4,86	64	2,50	2,36
Clinique 1	08C48_Prothèses de hanche pour des affections au	82	5,95	102	3,65	2,30
CH2	08C24_Prothèses de genou	23	7,74	18	5,44	2,29
CH1	08C24_Prothèses de genou	39	7,87	30	5,67	2,21
CH3	08C48_Prothèses de hanche pour des affections au	119	7,14	130	4,94	2,20
CH4	08C24_Prothèses de genou	58	6,38	124	4,18	2,20
Clinique 5	08C47_Prothèses de hanche pour traumatismes réc	6	9,67	8	7,50	2,17
CH4	08C48_Prothèses de hanche pour des affections au	76	7,38	90	5,36	2,03
Clinique 2	08C48_Prothèses de hanche pour des affections au	272	6,44	264	4,42	2,02
Clinique 4	08C24_Prothèses de genou	59	5,08	90	3,18	1,91
Clinique 6	08C24_Prothèses de genou	499	4,96	592	3,08	1,88
Clinique 7	08C47_Prothèses de hanche pour traumatismes réc	78	10,36	74	8,51	1,85
CH5	08C48_Prothèses de hanche pour des affections au	148	4,36	194	2,55	1,82
CH6	08C24_Prothèses de genou	310	7,17	350	5,35	1,81

Exemple de gains de DMS en Digestif

Etablissement	GHM	Séjours 2017	DMS	Séjours 2019 (estimation)	DMS	Gain DMS
CH1	06C04_ Interventions majeures sur l'	41	16,85	26	10,69	6,16
CH2	06C03_ Résections rectales	40	12,95	14	7,71	5,24
CH3	06C03_ Résections rectales	7	18,43	2	13,50	4,93
Clinique 1	06C03_ Résections rectales	18	20,11	8	16,00	4,11
CH4	06C03_ Résections rectales	15	13,20	3	11,00	4,00
Clinique 2	06C04_ Interventions majeures sur l'	81	11,91	43	8,14	3,77
CH5	06C03_ Résections rectales	187	17,25	79	13,82	3,42
CH1	06C03_ Résections rectales	3	14,67	2	11,50	3,17
CH3	06C04_ Interventions majeures sur l'	138	17,66	50	14,74	2,92
Clinique 1	06C04_ Interventions majeures sur l'	115	14,93	53	12,21	2,72
Clinique 2	06C03_ Résections rectales	23	13,91	5	11,20	2,71
Clinique 3	06C04_ Interventions majeures sur l'	69	12,49	29	9,86	2,63
Clinique 3	06C03_ Résections rectales	34	14,38	10	11,90	2,48
Clinique 4	06C04_ Interventions majeures sur l'	120	12,86	60	10,48	2,38
Clinique 5	06C04_ Interventions majeures sur l'	198	14,08	100	12,05	2,03

Exemple de gains de DMS en Gynécologie

Etablissement	GHM	Séjours 2017	DMS	Séjours 2019 (estimation)	DMS	Gain DMS
CH1	13C14_Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes	14	11,14	10	4,80	6,34
CHU1	13C05_Interventions sur le système utéroannexiel pour tumeurs malignes	9	7,89	12	3,17	4,72
CH1	13C05_Interventions sur le système utéroannexiel pour tumeurs malignes	7	5,00	10	2,80	2,20
Clinique 1	13C05_Interventions sur le système utéroannexiel pour tumeurs malignes	12	3,00	6	1,33	1,67
CH1	13C03_Hystérectomies	86	4,70	66	3,27	1,42
Clinique 2	13C14_Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes	16	6,25	12	4,83	1,42
Clinique 2	13C03_Hystérectomies	101	3,77	76	2,39	1,38
Clinique 2	13C18_Myomectomies de l'utérus	18	4,11	20	2,80	1,31
CHU1	13C14_Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes	51	7,76	60	6,50	1,26
Clinique 1	13C14_Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes	61	6,82	72	5,69	1,13
CHU1	13C03_Hystérectomies	95	4,34	78	3,33	1,00

Bilan

Tous les établissements ayant mis en place la RAC ont connu des gains de DMS allant souvent de **0,5 à plus de 2 jours**.

Pour les établissements, selon que les équipes par spécialité sont toutes « Rac » ou que d'autres sont dans l'attente « d'infusion » et selon les gestes, la diminution de la DMS reste globalement supérieurs à 1j avec des extrêmes pouvant atteindre 4,5 ou même 6 jours

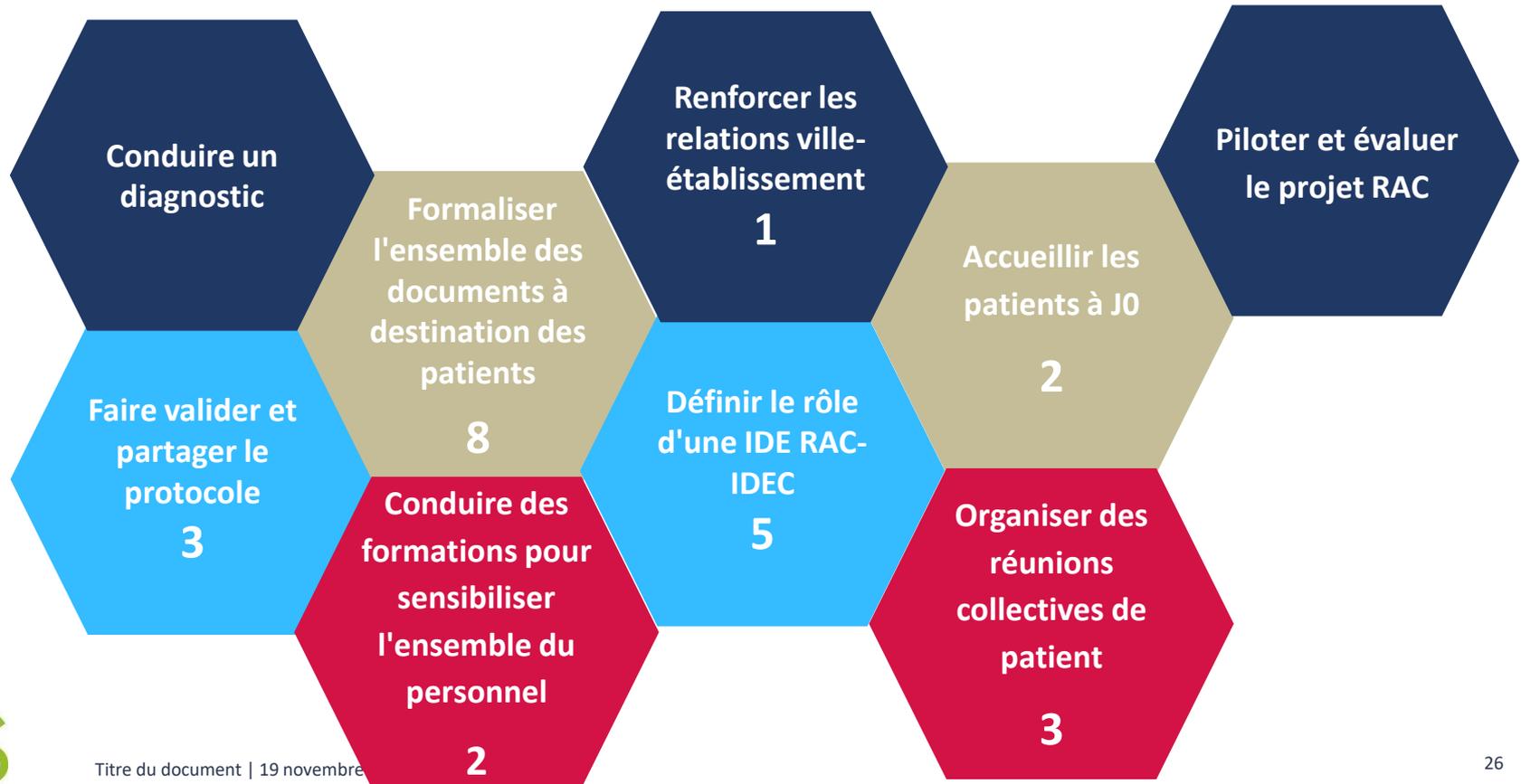
En parallèle, **l'activité ambulatoire sur ces GHM aura plus que doublé en 2 ans.**

CAPITALISATION

Description de la capitalisation

- 12 fiches pratiques sur les thèmes classiques de la RAC
- 2 outils développés en concertation avec les groupes (IDE RAC et J0)
- 24 documents sélectionnés pour servir d'exemples
- Accessible **par tous** directement sur le site internet de l'ARS
- Intégration de documents de la vague suivante

Thématiques de la capitalisation



MISE EN PLACE DE LA RAC AU CH D'AUCH



Centre Hospitalier d'Auch
EN GASCOGNE
Soigner & prendre Soins

PRAACO

Programme de Réhabilitation améliorée après chirurgie

Retour d'expérience

Réunion plénière de clôture

19 Novembre 2019

Présentation

- Centre Hospitalier d'Auch en Gascogne:
 - Hôpital pivot du territoire
 - 562 lits
 - 38 lits d'hospitalisation conventionnelle en chirurgie
 - 7 lits, 3 fauteuils en chirurgie ambulatoire
 - Particularités: territoire rural, étendu, population âgée et très âgée, isolement social fréquent



Groupe de travail - COPIL

- Mis en place en 04/2018
- Equipe pluridisciplinaire
- 12 réunions réalisées depuis 04/2018
- Rôle:
 - Définir le parcours patient
 - Rédaction des documents
 - Rédaction et actualisation des protocoles
 - Création de la journée PRAACO
 - Formation des personnels
 - Réalisation d'un tableau d'indicateur et suivi
 - Réalisation GRACE Audit (20 patients tous les 2 à 3 mois)



Consultation chirurgicale

J-90 à J-60

Phase pré opératoire

J-45 à J-30

JOURNEE PRAACO

Réhabilitation améliorée après une prothèse totale de genou

Livret d'information patient
Centre Hospitalier d'Auch en Gascogne



Centre Hospitalier d'Auch en Gascogne - Allée Marie Curie - BP 60362 - 32004 Auch Cedex - T 05 62 612 332
www.ch-auch.fr



Passeport RAAC
orthopédie



Cs anesthésiste

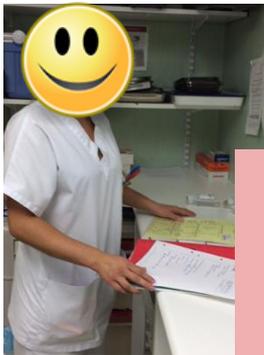


Illustration 3D - 3D Weave - TroisQuotz - Faceo

Entrée
J-1

Phase per opératoire

Phase post opératoire



Jeûne limité

Patient à pied au

PROTOCOLES

Redons

Objectifs:

Inclusion toutes PTH/PTG programmées

Sortie J4/J5 pour PTH/PTG programmées

Augmenter les retours à domicile



**MOBILISATION
PRECOCE**
(AS, IDE, Kiné)



**Domicile
PRADO** 20
%

SSR 80
%

Bilan

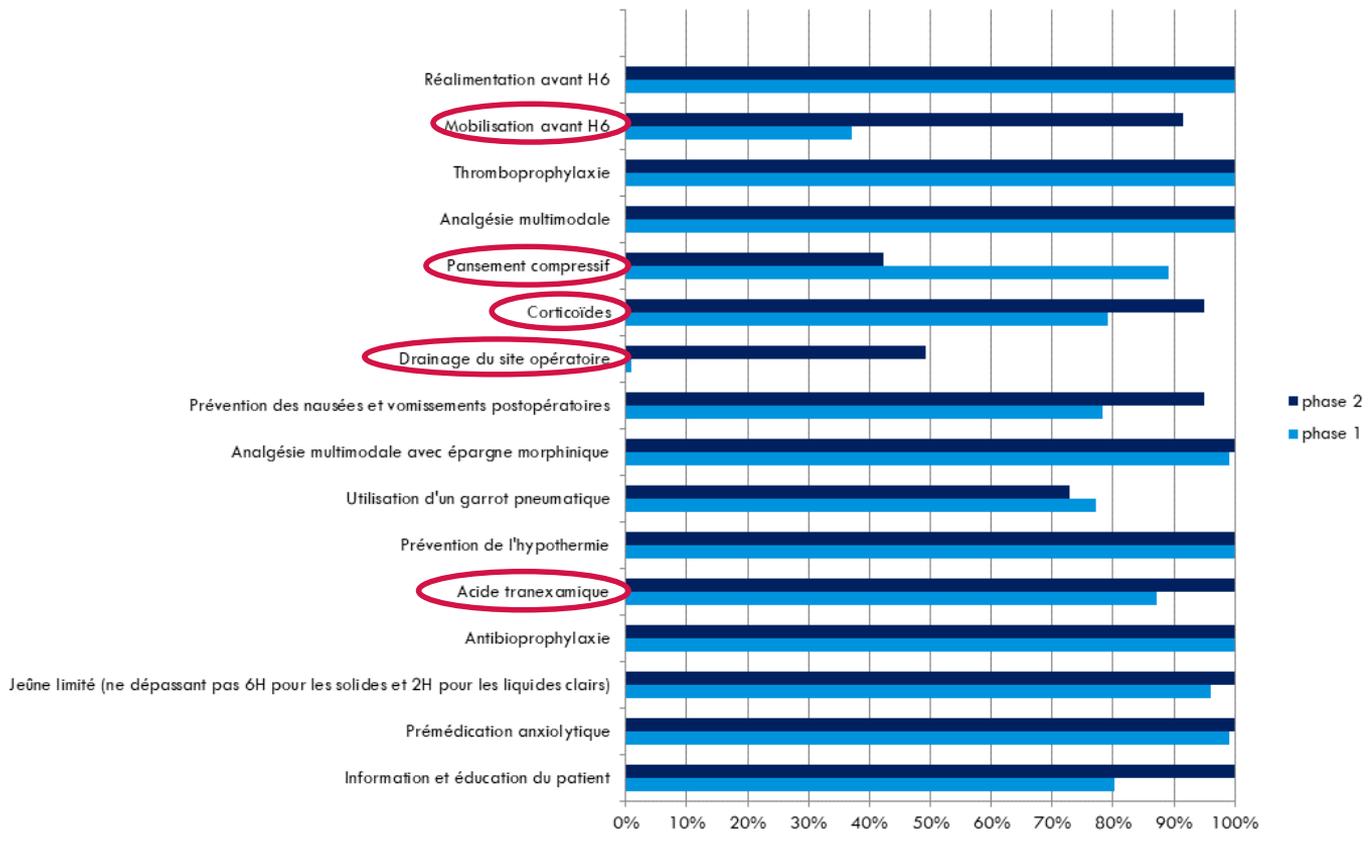
- Groupe de travail toujours actif
- Toutes les PTH et PTG programmées depuis le 10/12/2018 incluses dans PRAACO
- 87 patients inclus et opérés (50% PTH, 50% PTG) entre 12/2018 et 06/2019
- 36 réunions d'information PRAACO réalisées entre 01/2019 et 08/2019,
 - 3 à 6 patients par réunion,
 - 1 seul patient non venu
- IDE coordinatrice en place mais...
- Implication de l'ensemble des équipes paramédicales +++
- Bénéfices observés sur les patients non inclus dans PRAACO (urgences, autres types de chirurgie)
- **Obtention labellisation GRACE en 03/2019**



Centre Hospitalier d'Auch

EN GASCOGNE

Soigner & prendre Soins



■ phase 2
■ phase 1

=2019
=2018

Indicateurs de la démarche RAC

janv-19

avril-mai 2019

Durée moyenne de séjour PTH programmée

5,6

3,5

Durée moyenne de séjour PTG

5,8

5

Durée moyenne de séjour PIH/PTH urgences

7,5

4,5

Taux de retour à domicile PTH

28%

70%

Taux de retour à domicile PTG

14%

0

Bilan

- **Retour Journal de Bord patient:**
 - 100% ont bénéficié de la préparation pré opératoire PRAACO
 - 75% ont souhaité prendre des liquides clairs H-2
 - 80% des patients mangent et boivent réellement à Jo
 - 80% se mobilisent à Jo, 50% marchent réellement
 - 100% des patients marchent à J1 (Kiné)
 - Pic douleur à J2 avec description de douleur modérées dans 60% des cas

- **Questionnaire de satisfaction:**
 - Information = 100% des patients rassurés

Reste à poursuivre

- Pérenniser le poste de l'IDE coordinatrice (temps dédié)
- Favoriser les retours à domicile vs SSR (75% SSR - 25% RAD)
- Objectif de mise en place de l'Entrée Jo prévue pour 1^{er} semestre 2020
- Projet de création d'un salon dans le service (entrée/sortie)
- Amélioration de la communication en externe, Optimisation du travail avec le réseau de ville
- Développer la démarche dans les autres spécialités chirurgicales présentes au CH d'Auch

Conclusion

- Bénéfices de la démarche RAAC pour le patient, mais aussi pour les équipes
- Apport de l'accompagnement par l'ARS:
 - Aide méthodologique +++
 - Maintien des délais fixés pour la réalisation des actions => obligation d'efficacité
 - Bénéfice de l'expérience de l'établissement référent du groupe
 - Echange inter établissements, enseignements des expériences de chacun, partage++
 - Aide à la formation des équipes lors des journées monothématiques

MISE EN PLACE DE LA RAC MEDIPOLE SAINT ROCH

IMPLEMENTATION DE LA RAAC A MEDIPOLE SAINT ROCH

Restitution de la vague 1 - projet ARS
19 novembre 2019

- I. Activité orthopédie MSR 2018
- II. Initiation d'un parcours
- III. Opportunités
- IV. Déploiement du projet
- V. Indicateurs de résultat du projet
- VI. Facteurs de réussite
- VII. Conclusion

I. ACTIVITE ORTHOPEDIE MEDIPOLE 2018



EQUIPE MEDICALE

Le service d'orthopédie est composé de **36 lits** et divisé en **3 secteurs**

Equipe de chirurgie

11 Anesthésistes

- 🔊 Dr MIZZI
- 🔊 Dr ARAPAJOU
- 🔊 Dr ATTHAR
- 🔊 Dr BERTRAND
- 🔊 Dr CUINGNET
- 🔊 Dr FAVEL
- 🔊 Dr LEGOUX
- 🔊 Dr MASUREL
- 🔊 Dr TOURNOUD
- 🔊 Dr VIGIER
- 🔊 Dr WELTE

7 chirurgiens

- 🔊 DR VENDEMMIA
- 🔊 Dr BAYLE INIGUEZ
- 🔊 Dr MIROUS
(chirurgie du membre sup)
- 🔊 Dr MOUTTET
- 🔊 Dr NAUDI
(chirurgie du pied)
- 🔊 Dr PETER
- 🔊 Dr SIMONET

Equipe soignante

🔊 Une responsable d'unité de soins
:
Mme Laëtitia SEGUR

🔊 13 IDE
🔊 12,31 ETP

🔊 10 ASQ
🔊 9,35 ETP

🔊 kinésithérapeute

🔊 1 Secrétaire
médicale

Pour la RAAC : 2 IDE et 1 ASQ



Médipôle Saint Roch c'est :

- ❖ Environ **78 000** patients accueillis par an dont **21000** interventions chirurgicales
- ❖ **56,6 %** taux ambulatoire, avec une nette bascule de l'hospitalisation complète au profit de l'ambulatoire depuis plusieurs années.
- ❖ L'Orthopédie représente **18,61%** des chirurgies
- ❖ **309** Prothèses de genou et **292** prothèses de hanche programmées en 2018

EVOLUTION DE LA DMS 2015-2018

	2015		2016		2017		2018	
	NB	DMS	NB	DMS	NB	DMS	NB	DMS
prothèse de hanche	279	7,03	268	6,71	294	6,36	305	6,08
prothèse de genou	361	6,75	355	6,39	419	6,31	359	6,02

II. LES PRÉMICES D'UN PARCOURS

- ✎ Projet porté par un chirurgien orthopédique évoluant seul, sans protocole clairement établi, sans circuit patient défini et se heurtant à des équipes médicales et paramédicales non sensibilisées et non convaincues (résistance au changement).
- ✎ Parcours de soins non coordonné en amont et en aval
- ✎ Pas de ressources disponibles

III. OPPORTUNITES



- ✍ **Appel à projet de ARS**
 - Légitime la mise en place
 - Apport de méthodes et partage d'expérience

- ✍ **Réorganisation complète des services de chirurgie**
 - Dynamique d'équipe
 - Redéploiement des ressources

IV. DEPLOIEMENT DU PROJET





Déploiement du parcours RAC en orthopédie	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	nov-18	déc-18	janv-19	fev-2019	mars-19	[...]	sept-19	Dec-19
Réorganisation des unités de soins	■												
Création Unité pré-opératoire		■											
Autodiagnostic GRACE	■												
Recrutement IDE RAC	■												
Commission RAAC x2/an Objectif : Fédérer les équipes médicales - Valider les protocoles - Valider les missions des IDE RAC				■									
Formation IDE RAC Formation, formalisation protocole et promotion du parcours				■ 15-sept	■ 15-oct								
Ouverture UPO et consultation RAC					■ 15-oct								
Constitution des supports					■								
Auto évaluation GRACE et suivi indicateurs					■						■		
Labellisation GRACE: demande en décembre 2018								■					
Communication externe : EPU - Vidéo – Communiqué de presse								■					

Déploiement du parcours RAC chirurgie Colorectale

Janvier 2019

Mai 2019



Protocole colorectal

Validation commission RAC

Formation et promotion du parcours

Lancement RAC chirurgie colorectale

V. INDICATEURS DES RESULTATS DU PROJET

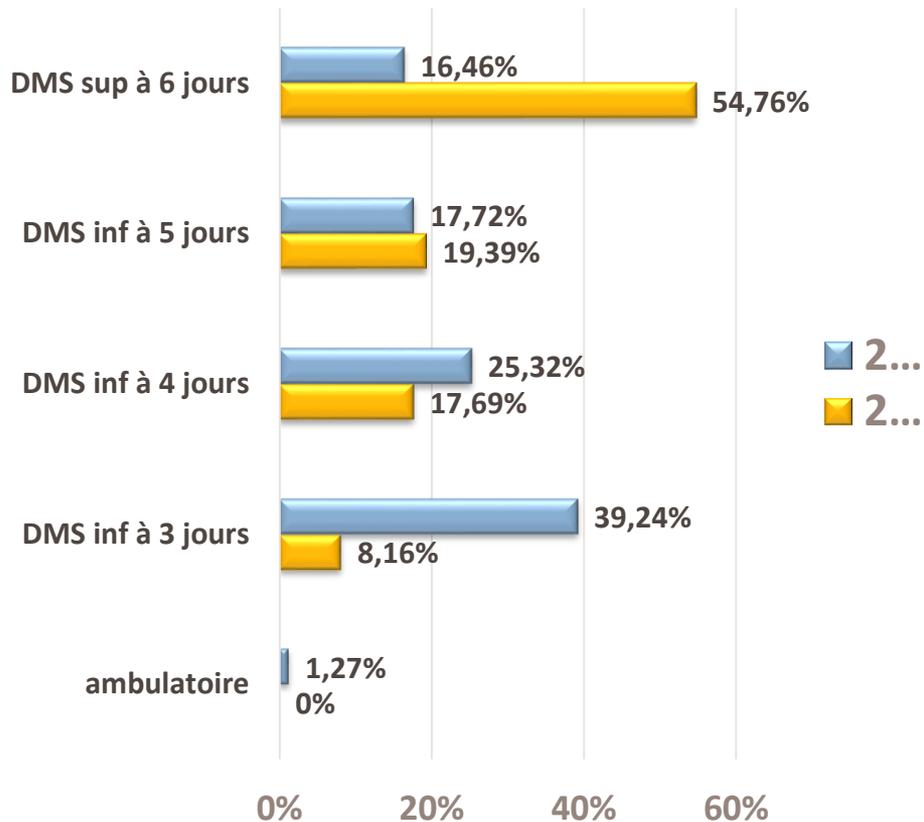




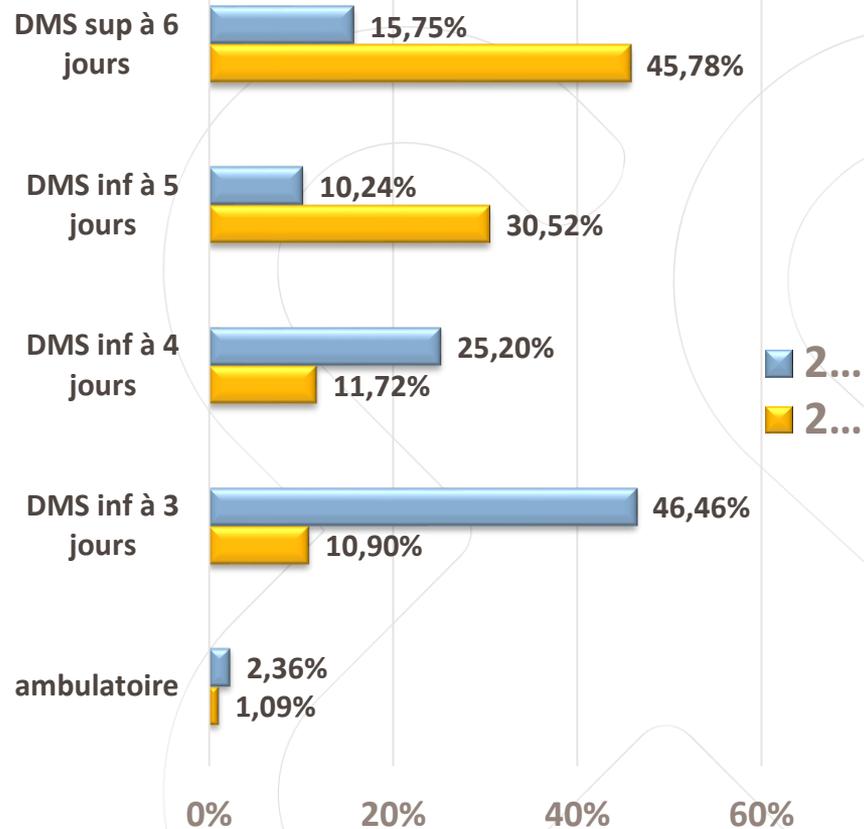
DMS	2018	2019
PTG	6,02	3,85
PTH	6,08	4,16



Ratio nombre PTH 08C48 / DMS



Ratio nombre PTG 08C24/DMS



VI. FACTEURS DE REUSSITE



- ✎ **Accompagnement méthodologique**
 - Structure le projet
 - Légitime le projet
 - Retour d'expérience : bénéfique d'une équipe de référent

- ✎ **Coordination des acteurs**
 - Elaboration d'un protocole commun à tous les acteurs
 - Cohésion d'équipe pluriprofessionnelle
 - Commission RAAC

- ✎ **Mise à disposition des ressources**
 - Recrutement et formation des IDE de consultation
 - Création de l'UPO

- ✎ **Communication**
 - Interne
 - Externe

VII. CONCLUSION





Le parcours RAC doit devenir le standard de notre établissement
La clé du succès: LE TRAVAIL D'EQUIPE



TABLE RONDE N°1

« Le but final de la RAC, c'est encore de faire des économies en réduisant le nombre de lits »

« Mettre en place la RAC=recruter une IDE RAC »

**« Mon établissement ne
peut pas se permettre de
recruter une IDE RAC »**

**« La RAC ne peut être mise en
place que pour les établissements
publics / les établissements privés**

« L'Ars ou le consultant sont actionnaires de l'association GRACE

» « La RAC, c'est du marketing »

« La RAC ne peut être mise en place que pour des patients jeunes,

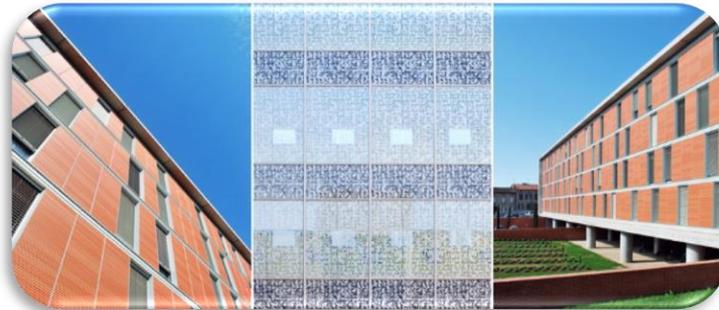
légers, habitant à proximité direct

de mon établissement »

MISE EN PLACE DU JO AU CH D'ALBI

Modernisation du parcours patient de chirurgie en un lieu d'accueil unique à J0

L'Unité pré opératoire (UPO)



Genèse du projet

Patient

Coordination du

parcours:

anticiper, organiser,
établir et gérer les

urgences

Sécuriser le parcours e
chirurgie conventionnelle
en appliquant les
recommandations de chir
ambulatoire

Préparer la sortie en
amont de
l'hospitalisation

Pas de plus value
d'hospitalisation à J-1

Equipe soignante

Sécuriser le parcours
patient de chirurgie
ambulatoire et
conventionnelle

Changement de
pratiques
professionnelles

Institution

Défaut de places
disponibles pour les
urgences chirurgicales

Défaut de place en
circuit long en
ambulatoire

Hébergement de
chirurgie sur les autres
pôles

Les objectifs du projet

- **Pour le Patient :**
 - Lieu unique d'accueil des patients de chirurgie programmés en pré opératoire
 - Fluidifier et sécuriser le parcours patient de chirurgie
 - Consultation IDE : information au patient + temps d'échange sur son parcours en chirurgie (réponse aux questionnement du patient)
 - Elaborer, harmoniser et compléter des dossiers patients à J-48h
 - Anticipation des sorties en pré op
 - Diminuer l'anxiété pré opératoire : échelonnage des arrivées des patients sur la journée : moins d'attente pour le patient en pré opératoire
 - Moins de patients de traumatologie hébergés sur les autres pôles
- **Pour les soignants :**
 - Standardiser et harmoniser les pratiques en pré opératoire
 - Appliquer les recommandations d'ambulatoire de l'appel de la veille à l'ensemble des patients de chirurgie
 - Charge en soins diminuée pour les IDE et AS sur les services d'hospitalisation conventionnelle et UCAA
 - Standardisation et réalisation de parcours patient
- **Pour l'institution :**
 - Meilleure satisfaction du patient (raccourcissement du séjour, moins d'attente avant acte chirurgical, diminution anxiété pré opératoire)
 - Diminution du nombre de nuits, la veille d'intervention chirurgicale
 - Disponibilité des lits améliorée notamment lors des mises en tension de l'Hôpital
 - Moins de patients hébergés dans les autres pôles

Impact de l'UPO sur les IDEC

Impact sur IDEC

Impact sur UPO

Impact sur
UCAA

Impact sur SSPI et
bloc opératoire

Impact sur chirurgie
conventionnelle

Impact sur les
fonctions
transversales

Impact sur les sorties

IDEC :

Création d'une nouvelle fonction IDE sur le pôle : IDEC ou IDE de coordination de parcours patient, en croisant une réflexion institutionnelle portant sur le maintien des professionnels nécessitant un aménagement de poste;

Objectifs:

- Élargissement de la constitution des dossiers patients à l'ensemble des chirurgies conventionnelles et à l'ambulatoire
- Proposition d'une consultation infirmière (IDEC) à la suite de la consultation d'anesthésie :
 - Recueil des informations nécessaires à la constitution des dossiers
 - rédaction de la macrocible d'entrée des patients de chirurgie conventionnelle et ambulatoire
 - Temps d'échange afin de lever les inquiétudes et le questionnement en suspens
 - Interlocuteur privilégié qui coordonne le parcours patient de la consultation à la sortie du patient

Impact de l'UPO sur l'ouverture de l'UPO

Impact sur IDEC

Impact sur UPO

Impact sur
UCAA

Impact sur SSPI et
bloc opératoire

Impact sur chirurgie
conventionnelle

Impact sur les
fonctions
transversales

Impact sur les sorties

UPO :

- ouverture jours ouvrés de 7h à 17h
- Accueil de tous les patients programmés éligibles de chirurgie

Organisation para médicale proposée

- 1 IDE en poste en 10h : 7h-17h
- 1 AS transversale UPO-UCAA en 10h : 8h-18h

Missions attendues

- Accueil des patients
- Evaluation clinique initiale
- Elargissement des recommandations de chirurgie ambulatoire à l'ensemble des patients de chirurgie conventionnelle : Appel de la veille

Impact de l'UPO sur l'UCAA

Impact sur IDEC

Impact sur UPO

Impact sur
UCAA

Impact sur SSPI et
bloc opératoire

Impact sur chirurgie
conventionnelle

Impact sur les
fonctions
transversales

Impact sur les sorties

UCAA : ouverture jours ouvrés de 9h à 19h

Organisation para médicale proposée

1 IDE en poste en 10h : 9h-19h

1 AS transversale UPO-UCAA en 10h : 8h-18h

Missions attendues de la structure :

- UCAA accueille uniquement des patients en surveillance post opératoire : 1 seul flux patient

Impact de l'UPO sur la SSPI et le bloc opératoire

Impact sur IDEC

Impact sur UPO

Impact sur
UCAA

Impact sur SSPI et
bloc opératoire

Impact sur chirurgie
conventionnelle

Impact sur les
fonctions
transversales

Impact sur les sorties



- 1 lieu unique d'accueil des patients en programmés:
 - simplification des recherches d'hébergement pour le programmé
 - 1 seul interlocuteur pour les appels de patient = IDE UPO
- Standardisation des dossiers patients et surveillance initiale
- Patients moins anxieux du fait qu'ils sont convoqués au plus près de leur chirurgie

Impact de l'UPO sur les unités de chirurgie conventionnelle

Impact sur IDEC

Impact sur UPO

Impact sur
UCAA

Impact sur SSPI et
bloc opératoire

Impact sur chirurgie
conventionnelle

Impact sur les
fonctions
transversales

Impact sur les sorties

Diminution de la charge en soins des IDE des unités d'hébergement :

- Pas de vérification de dossier en amont de l'hospitalisation et à l'entrée du patient
- Macro cible d'entrée réalisée par les IDEC
- Pas de préparation spécifique pour les patients en pré opératoire et éligibles à l'UPO
- Pas d'examen complémentaire la veille et le matin de l'intervention pour les patients éligibles à l'UPO
- Anticipation des sorties des patients : RAD, Prado, SSR, HAD (initiée par l'IDEC)
- Groupe de travail réalisé sur la pertinence et séquençage des soins (surveillance post-opératoire, post-anesthésique)

Diminution de la charge en soins des AS :

- Pas de toilette le matin pour les patients éligibles à l'UPO,
- Moins de repas à servir et d'aide au repas du midi

Impact de l'UPO sur les fonctions transversales



TRANSPORT INTERNE



Impact sur IDEC

Impact sur UPO

Impact sur UCAA

Impact sur SSPI et bloc opératoire

Impact sur chirurgie conventionnelle

Impact sur les fonctions transversales

Impact sur les sorties

Société de bionettoyage

- Les transferts des patients de l'UPO sont privilégiés en fauteuil
 - Économie de temps: trajet plus rapide
 - Préventions des risques professionnels : moins de charge lourde
 - Renouvellement de l'intégralité du parc de fauteuils roulants : achat de 12 fauteuils

- Relation plus personnalisée, stimulante et chaleureuse pour le patient
- Allègement de la charge de travail : « patient debout »
 - Aucune objection à réaliser davantage de sorties, le matin
 - Meilleure planification des sorties sur la journée pour l'ensemble de l'établissement

Impact de l'UPO sur les sorties

Impact sur IDEC

Impact sur UPO

Impact sur
UCAA

Impact sur SSPI et
bloc opératoire

Impact sur chirurgie
conventionnelle

Impact sur les
fonctions
transversales

Impact sur les sorties

RAD
et
EHPAD



SSR

Sociétés de
transports

Objectifs : faciliter la disponibilité des lits pour les retours de SSPI, en préparant en amont la sortie du patient, le matin :

- les retours à domicile ou en EHPAD sont privilégiés le matin sauf contre indication médicale
- Libération de place en fin de matinée permettant un accueil des patients post opératoires en début d'après midi
- les sorties sont anticipées vers SSR, PRADO, HAD

• Favoriser les sorties du CHA le matin et accueil des patients en SSR le matin

- Privilégier les transports de chirurgie du CHA le matin
- Majorité des transports anticipés pour les SSR des validations trajectoire en amont de l'Hospitalisation

Activités UPO

- Délai d'attente pour le bloc en fonction heure de convocation

H Convocation/H bloc (< 1h)	18-3-2019 au 26-3-2019		
147 patients	≤ 1h	118	80%
	≤ 15' (5')	21	14%
	≥ 1h	29	19%
	≥ 2h (3h10)	7	4%

A partir d'un suivi ponctuel sur 2 semaines

Intervention précédente plus longue (4)
Urgences intercalées (3)
Grève (9)

- Nombre de CS IDEC

Oct 2017- Fev 2018	Oct 2018- Fev 2019
0	7,4/jour

Activités UCAA

Période Oct 2017/Fev 2018	Externe	Hospitalise	Total	Taux rotation sur Total	Taux rotation sur Hospit	nb jours ouverts par mois
Octobre	35	208	243	1,4	1,2	22
Novembre	36	245	281	1,7	1,5	21
Décembre	30	192	222	1,4	1,2	20
Janvier	36	261	297	1,7	1,5	22
Février	24	224	248	1,6	1,4	20
Total période	161	1130	1291	1,5	1,3	105

Période Oct 2018/Fev 2019	Externe	Hospitalise	Total	Taux rotation sur Total	Taux rotation sur Hospit	nb jours ouverts par mois
Octobre	37	287	324	1,8	1,6	23
Novembre	33	264	297	1,8	1,6	21
Décembre	38	242	280	1,7	1,4	21
Janvier	38	275	313	1,8	1,6	22
Février	30	257	287	1,8	1,6	20
Total période	176	1325	1501	1,8	1,5	107

+16,3 % de PEC

Taux de rotation ↗



Activité chirurgie complète

	Oct 2017- Fev 2018	Oct 2018- Fev 2019	Ecart
Nbre de séjour	987	1033	+ 4,7% (46)
DMS	5,13	4,92	- 7,2%

	Oct 2017- Dec 2017	Oct 2018- Dec 2018	Jan 2018	Jan 2019
IPDMS (<1)	1,02	1,06	1	0,84

Patients programmés

Hospitalisation complète

	Oct 2017 – Jan 2018	Oct 2018 – Jan 2019
Séjour	577	571
DMS	3,45	3,34

Focus sur la Chirurgie Ortho programmée

	Jan- Sept 2018	Oct-Dec 2018	Jan 2019
DMS	4,29	3,96	2,87
IPDMS (<1)	0,73	0,69	0,53

Négociation du J+1 avec SSR

Taux d'occupation des unités de chirurgie conventionnelle

UF	UF Libelle	1	2	3	4	5	6	7	8	Moyenne
2051	chirurgie digestive	83%	86%	88%	89%	72%	76%	90%	87%	84%
2000	chirurgie orthopedique	77%	90%	87%	95%	84%	85%	87%	95%	87%

↳ taux d'occupation moyen, à activité égale : - hébergement et amélioration du parcours patient non programmé, sur un flux inconstant (meilleure absorption des pics d'activités)

- Nombre d'hébergement hors pôle de chirurgie

	Oct 2017- Fev 2018	Oct 2018- Fev 2019	Ecart
Patients hébergés hors chir	59	31	- 28 (-47,5%)
Nbre Hébergement non chir	86	142	+56 (+65%)

↗ Disponibilité des places pour urgences et autres spécialités autres que chirurgicale

FORCES

FAIBLESSES

INTERNES

Satisfaction des usagés et des personnels

Rôle de l'IDEC : patient mieux informés, anticipation de son devenir en amont de son hospitalisation

Diminution de la charge de travail des brancardiers (patient debout et en fauteuil)

Amélioration de charge en soins au sein des différentes équipes du pôle

Proposition d'une PEC type « marche en avant

Diminution de la DMS

Hôpital en tension avec le besoin de libération des places le matin, nécessite le recours à des lits tampons

Rôle de l'IDEC : fonction IDEC a pris de l'ampleur et délai de 1 semaine de préparation de dossier non atteint

UPO

OPPORTUNITES

MENACES

EXTERNES

Sortie le matin en RAD et EHPAD

Lissage de l'activité sur la journée pour le prestataire de bio nettoyage

Accompagnement ARS et RAAC

Sortie le matin en SSR

Disponibilité des transports externes

Les perspectives

- Réponses au x difficultés du SAU par l'offre de disponibilité de lit d'aval, sur les unités de chirurgie conventionnelle :
- ↘ taux d'occupation chirurgie conventionnelle, mais stable par le biais de l'hébergement pour d'autres secteurs d'activités



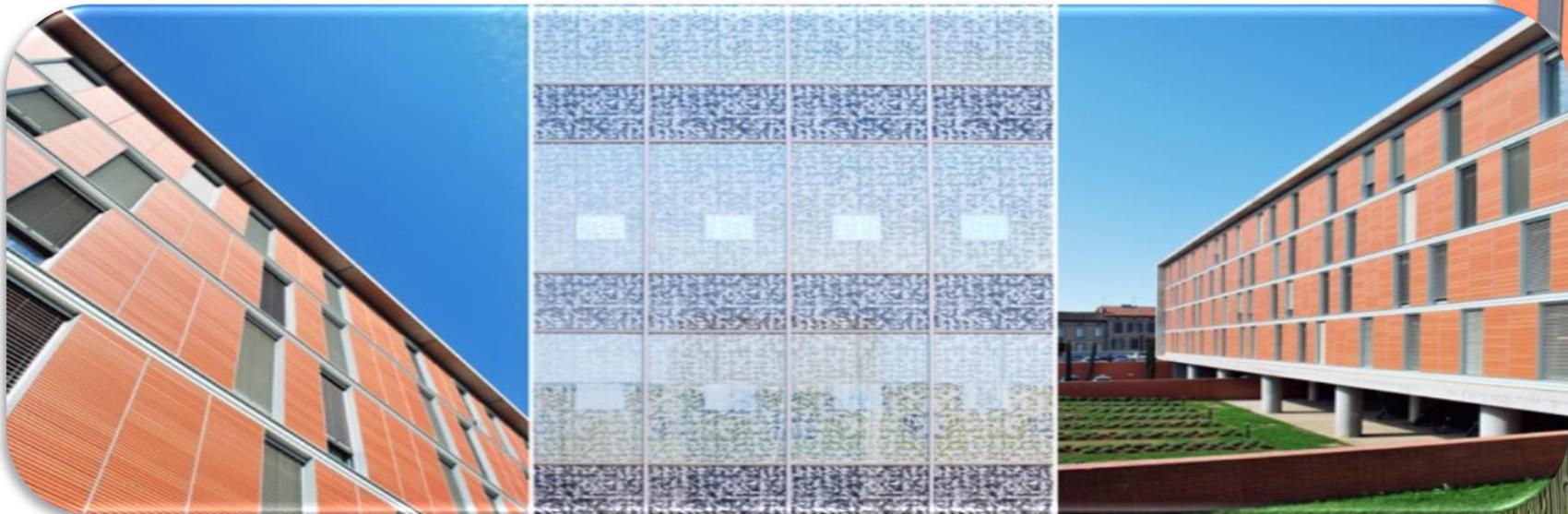
pilotage par le taux d'occupation n'est pas pertinent et demande à revoir les règles de pilotage et de gouvernance sur la disponibilité des lits



- service de chirurgie conventionnelle à 2 vitesses :
 - turn over majoré pour programmé
- DMS plus longue sur traumatologie et population âgée :
 - formation des équipes à la PEC gériatrique

En conclusion

Dans un établissement contraint dès lors que le flux patients augmente et la temporalité diminue (ambulatoire, raccourcissement des séjours), il est nécessaire de faire preuve de créativité



Merci de votre attention



MISE EN PLACE DU J0 A LA CLINIQUE DU PARC ET VIA DOMITIA



MISE EN PLACE DE L'ENTRÉE À JO

CLINIQUE DU PARC – CASTELNAU LE LEZ

MATTHIEU PONROUCH

ENTRÉE DU PATIENT EN HOSPITALISATION À J0

- Entrée le jour de la chirurgie.
- 1 heure avant une chirurgie légère.
- 1h 30 min avant une chirurgie lourde.
- Par un service ad hoc (type ambulatoire).
- Hospitalisation classique en chambre en post opératoire.

POURQUOI ?

- Aucun impact sur la veille de l'intervention (travail, vie de famille ...)
- Absence de prémédication la veille et le matin
- Diminution de l'anxiété globale
- Pas de visite pré opératoire la veille
- Pas d'utilisation de lit pour la nuit préopératoire.

CONSÉQUENCES ORGANISATIONNELLES

• Chirurgien:

- Indication opératoire
- Jour opératoire
- Heure de l'opération
- Demande de bilans
- Information au patient
- IDE RAAC

• Anesthésiste:

- Gestion du traitement
- Relais cardio/pneumo
- Demande de bilan/RAI
- Protocole anesthésique
- Information au patient

• Etablissement de soins

- Accueil dédié/ambu
- Appel J-2
- Protocole administratif
- Création de lit d'aval

CERCLE VERTUEUX

POUR LE CHIRURGIEN

- **Jour** : avant la consultation anesthésiste (et RAAC)
- **Heure** : avant l'appel de J-2
- Information au patient (douche, dépilation, importance du bilan, consentements éclairés)
- Information de l'IDE RAAC et prise RDV avec cette IDE.

POUR L'ANESTHÉSISTE:

- Gestion des arrêts/relais médicamenteux
- Prise de rdv cardio pneumo
- Demande de bilan/Bilan biologique/RAI si besoin
- Protocole anesthésique
- Information au patient

POUR L'ÉTABLISSEMENT:

- Afflux de patients concentré sur les premières heures de la journée
 - 6H45 - 9H
- Organisation des lits / planification des lits +++ « gestion des urgences »



CONCLUSION

- Amélioration de la prise en charge du patient / baisse du stress
- Plus faible impact sur la vie familiale et professionnelle du patient
- Optimisation du temps médical et paramédical

- Mais : anticipation constante / optimisation de la structure

DE LA RAC À L'AMBULATOIRE – MÉDIPOLE GARONNE

Prothèse totale de hanche - De la RAAC à l'Ambulatoire -



ARS Occitanie
19 . 11 . 2019

Dr Constance MARQUIS, Anesthésiste
Clinique Médipôle Garonne, Toulouse



Historique de notre programme ORAC

- Avril 2014** : Début de la réflexion RAAC, choix des PTH
- Mars 2015** : 1ère PTH ORAC, patients sélectionnés ++
- Janvier 2016** : 1ère PTG ORAC
- Novembre 2016** : 1ère PTH en ambulatoire

Janvier 2018 : **ORAC pour tous**

[Anesth Analg](#). 2016 Jun;122(6):1807-15. doi: 10.1213/ANE.0000000000001190.

Postoperative Morbidity and Discharge Destinations After Fast-Track Hip and Knee Arthroplasty in Patients Older Than 85 Years.

Pitter FT¹, Jørgensen CC, Lindberg-Larsen M, Kehlet H; Lundbeck Foundation Center for Fast-track Hip and Knee Replacement Collaborative Group.

DMS 3 jours

Allongement durée séjour :

Anémie préopératoire

Cannes préopératoire

RAAC = AMBU



Organisation

*Protocole
médical*

Moyens

Adhésion

*Evaluation des
pratiques*

Volonté

Autonomisation

*Evaluation du
devenir du patient*

Equipe

Prise en charge médicale



Phase préopératoire

Optimisation des dysfonctions d'organe

BMI < 40
Arrêt du tabac

Patient Blood management

Jeûne moderne

Phase per-opératoire

Analgésie multimodale
Epargne morphinique

Chirurgie 3.0

Anesthésie 3.0

Phase post opératoire

Démédicalisation

Mobilisation précoce

Suivi post opératoire

Prise en charge organisationnelle

AMBU

Consultation
chirurgicale

Consultation d'anesthésie
(3-4 semaines pré-op)

Demi-journée d'information
ORAC

Contact J-1
pour les entrées J0

HOSPITALISATION

Contact post
opérateur

Ligne téléphonique et adresse mail dédiées ORAC

Passeport Prothèses :

Doc administratifs
Ordonnance bio pré-op
Ordonnances post-op

- +/- bilan radio, cardio, angio ...
- Pré admission
- **Entretien IDE** : vérification dossier
- **Réunion d'information** collective (IDE, kiné, chir, anesth)

- Heure d'entrée
- Consignes jeûne, préparation cutanée ...

Démédicalisation

Si domicile

Ordo antalgique / anticoag

Bio à domicile

Tableau de suivi annuel



	2014	2015	2016	2017	2018	2019 1 ^{er} Sem
DMS	4.6	4.1	3.5	3.1	2.2	1,9 jours
Ambulatoire			0.001%	1%	1%	7,5 %

Conclusion



Evolution naturelle de la RAAC vers l'ambulatoire

Patients sélectionnés et préparés

GOLD STANDART DE DEMAIN



PROJET ACPO



- A** Analgésie
- C** Contrôlée
- P** par le Patient
- O** voie Orale

OBJECTIFS

Optimiser la gestion de la douleur.

Rendre le patient acteur de sa prise en charge.

Recentrer l'IDE dans son rôle d'éducation de la santé.



Changement de paradigme

Pour le PATIENT

Assistanat ———> Autonomisation

Pour le SOIGNANT

Administration ———> Accompagnant pédagogue

Pour LA CLINIQUE

Cohérence du projet ORAC, Projet transversal

Changement sécurisé

- **Sélection des patients**
- **Sécurisation du circuit médicament** par la pharmacie et de la traçabilité

Piluliers distincts, nominatifs, médicaments identifiables, traçabilité et prescription et évaluation quotidienne de l'autonomie

- **Information du patient**

Réunion ORAC et par IDE, contrat, plaquettes d'information, livret

- **Formation du personnel**

Rôle de l'IDE: accompagnement du patient AVANT son entrée en soins, communication thérapeutique





Groupe francophone
de Réhabilitation
Améliorée après Chirurgie



TABLE RONDE N°2

« Je fais déjà de la RAC, je n'ai pas besoin d'aller plus loin »

« La RAC, c'est faire sortir le patient alors qu'il n'est pas prêt à sortir, le renvoyer chez lui avec des douleurs, et laisser la médecine de ville s'en

« Je préfère passer mon temps à soigner des patients que de participer à des réunions sans intérêt »

« Cela m'étonnerait que les autres chirurgiens de l'établissement adhèrent à ces pratiques. Alors quel intérêt ? »

« La RAC ne peut être mise en place qu'avec une équipe suffisante et stable d'anesthésiste, sans aucun intérimaire »

« Mettre en place la RAC risque de faire fuir certains patients »

« La RAC ne concerne pas les patients sortant en SSR »

« Il n'y a qu'une seule manière de pratiquer la RAC= le protocole GRACE »

INNOVATION ORGANISATIONNELLE AU CH DE BÉZIERS

Conciliation médicamenteuse et stratégie d'épargne sanguine

Parcours RAAC chirurgie orthopédique CHB

Réunion ARS 19 Novembre 2019

Rationnel

- 30% des + de 75 ans : 10 molécules
- Iatrogénie médicamenteuse 30 à 40 % des hospitalisations + de 65 ANS
- CAQES
- Début CHB : septembre 2016

Conciliation médicamenteuse

Service de Chirurgie orthopédique

A L'ENTREE

- Chirurgie orthopédique Non Programmée
 - Cible CAQES 2019 = 300
 - réalisé 320 *(actualisé au 15/11/12)*
- Chirurgie orthopédique Programmée (>65ans)
 - Cible CAQES 2019 = 215
 - réalisé 226
 - Cible CAQES 2020=> Inclusion patient RAAC qq soit l'âge
 - Cible > 2019
 - Organisation de la consultation de préanesthésie par thématique un jour fixe
 - Perspective : chirurgie viscérale (RAAC)

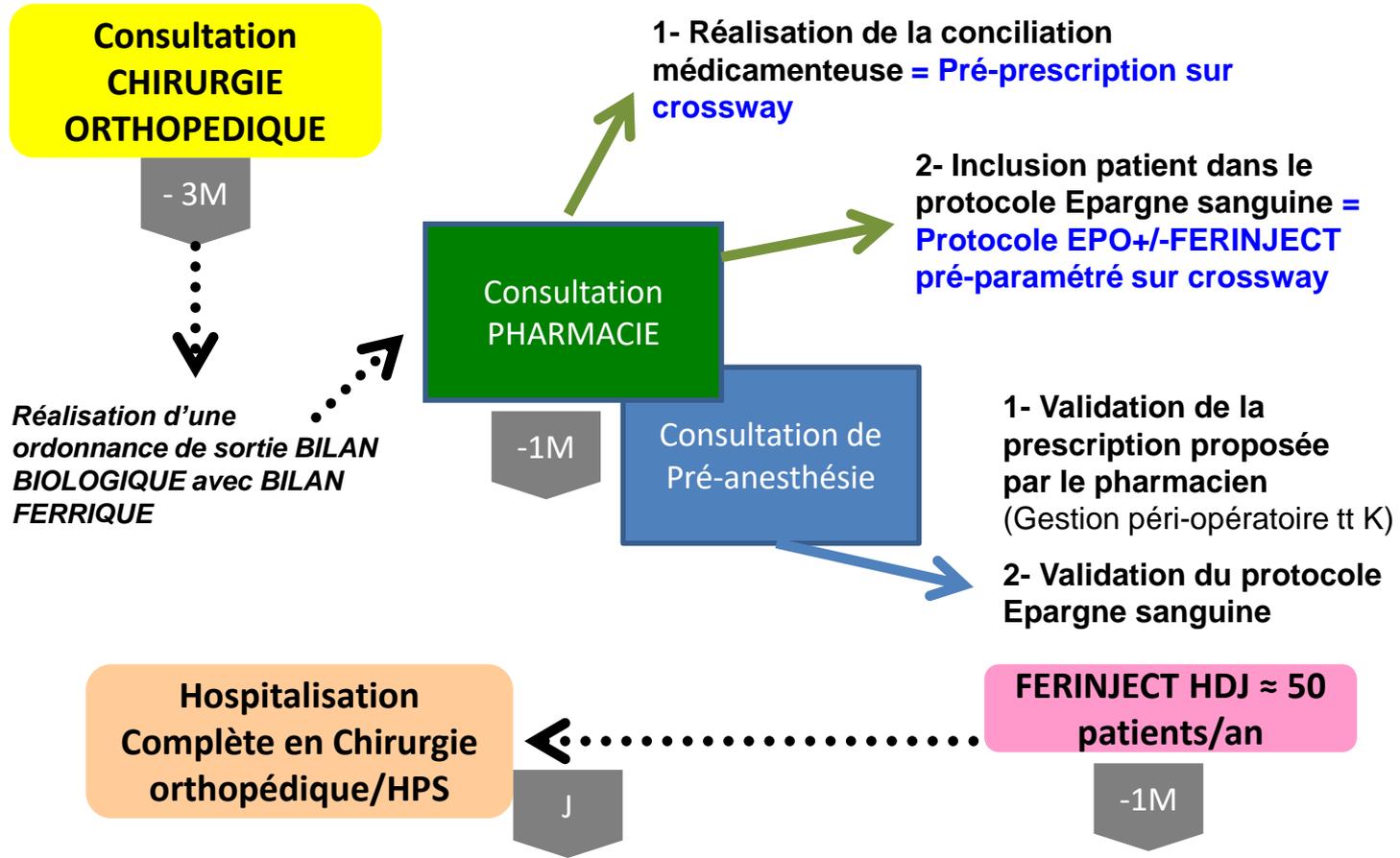
A LA SORTIE *(pour les transferts vers SSR/CCRF)*

- Chirurgie orthopédique (filière Programmée/Non Programmée)
 - Cible CAQES 2019 = 30
 - réalisé 53
 - Alimente le courrier de liaison avec une partie pharmaceutique

Stratégie d'épargne sanguine

- Diminue morbidité et mortalité
- 25 % des PTH , 45 % des PTG
- Début 2016 : chirurgie orthopédique prothétique programmée
- RAAC
- Création de consultations d'anesthésie thématiques

Schéma organisationnel Epargne Sanguine



Conclusion

- La RAAC
 - Renforcement d'une démarche déjà initiée
- Avenir
 - Autres spécialités
- Limites
 - Temps pharmacien

TROPHÉES

Trophées critères

- 1) Présentéisme et stabilité du quadrinôme désigné
- 2) Qualité des documents et respects des délais
- 3) Bonus Groupe dynamique
- 4) Bonus Innovation organisationnelle
- 5) Hors référents: diminution de la DMS

CONCLUSIONS

“*Merci,
de votre
attention.*”

