



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



RÉHABILITATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE

Dispositif d'accompagnement francilien

Retours d'expérience 2017 – 2020

2^{ème} édition - juin 2021

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



AVANT PROPOS

L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a lancé en 2017 un ambitieux programme d'accompagnement des établissements franciliens dans le déploiement de la RAC. Les résultats de la RAC sont dans la majorité des cas une amélioration de la convalescence, une réduction de la morbidité globale et par conséquent une réduction de la durée de séjour postopératoire.

Le premier accompagnement (2017-2018) a permis de faire émerger des bonnes pratiques retenues dans les différents centres. Celles-ci constituent une excellente illustration de ce qu'il faudrait faire et encourage les autres à reproduire ces schémas.

La dynamique a été poursuivie à partir de 2018 avec la mise en place d'un second accompagnement, élargi à de nouvelles spécialités et à de nouvelles structures et dont le présent document fait le bilan. Cette nouvelle itération a permis de confirmer un certain nombre d'enseignements relevés lors du premier accompagnement et de les illustrer à travers leur mise en œuvre au sein de structures nouvellement accompagnées. Il a également permis de faire émerger des nouvelles actions sur lesquelles il conviendra de capitaliser.

Lors de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19, l'activité de chirurgie a été fortement impactée par la crise, puisque qu'une partie des activités chirurgicales programmées et non urgentes, a été déprogrammée.

Ces déprogrammations représenteraient autour de 70% de l'activité chirurgicale. La reprise de l'activité chirurgicale s'est faite progressivement (à la suite du premier confinement) et a nécessité de repenser les organisations. Pour ce faire, les « approches globales » comme la RAC ou l'ambulatorio ont été privilégiées. En effet, ces prises en charges permettent de raccourcir les durées d'hospitalisation des patients. De plus, le nombre de lits disponibles n'est pas extensible et il risque d'être réduit par la nécessité de maintenir des lits dédiés à la prise en charge des patients atteints du COVID-19.

Consciente qu'il existe encore des marges de manœuvre quant au développement de la RAC, l'ARS Ile-de-France entend continuer à soutenir les établissements de santé franciliens dans son développement et un troisième accompagnement devrait voir le jour d'ici 2021.

Enfin, je tenais à remercier tout particulièrement les centres dits « référent » qui ont accompagné les centres dits « candidat » pendant ces deux accompagnements, en les nommant « ambassadeur » de la RAC en Ile-de-France.

Professeur Henri-Jean PHILIPPE
Référent chirurgie, ARS Ile-de-France

INTRODUCTION

De décembre 2018 à décembre 2020, 17 établissements « candidats » ont été appuyés par 5 établissements « référents » sur les chirurgies programmées orthopédiques (PTH/PTG), colorectales (bénigne ou maligne), gynécologiques (hystérectomie), urologiques (cystectomie) et césarienne programmée.

Ce projet a été l'occasion pour 22 établissements – tous statuts, toutes « situations géographiques » – de mener des actions articulées autour des axes de travail suivants :

L'organisation des parcours patients RAC, 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, diététiciens) 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, sur la base de protocoles qui demeurent difficiles à échanger entre établissements de santé référents et candidats.

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

TEMOIGNAGES

L'équipe projet de l'hôpital de Marne-la-Vallée (GHEF) a accepté de répondre à des questions ciblées. Elle a fait le choix d'inscrire son établissement dans la deuxième vague d'accompagnement RAC proposée par l'ARS Ile de France sur deux spécialités : la gynécologie (pour les hystérectomies) et l'obstétrique (pour les césariennes programmées).

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 ?

Au début de l'expérience, les avis étaient partagés entre enthousiasme et appréhension avec un intérêt variable en fonction des anesthésistes et des chirurgiens. Il existait de l'appréhension pour certains, et les vieilles habitudes pour d'autres. Mais au fur et à mesure de la mise en place de la RAC, l'implication des médecins est devenue plus importante.

Les échanges entre chirurgiens et médecins anesthésistes ont favorisé l'élaboration de protocoles communs, permettant ainsi d'harmoniser les pratiques et de faciliter la démarche.

De même, nos médecins anesthésistes ont pu bénéficier du retour d'expérience de la RAC en chirurgie colorectale, ce qui a permis de mieux intégrer la RAC dans les protocoles.

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 importantes et promotrices de la mise en place de la démarche RAC sont :

- L'information et la formation du personnel médical et paramédical sur les principes et modalités de la RAC, réalisée par les médecins pilotes et l'encadrement. Il s'agit de présenter et partager les protocoles afin de lever les craintes de certains ;
- L'information et l'accompagnement des patients tout au long du parcours de soins via les consultations avec le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmière de consultation dédiée. Cette information aussi bien orale qu'écrite a permis de vulgariser la démarche et mieux impliquer les patients ;
- La prise en charge harmonisée et efficace de la douleur per et post-opératoire, et son retentissement positif sur la réalimentation et la mobilisation précoce au cours du séjour.

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

La revue régulière des dossiers patients avec l'outil GRACE-Audit nous a permis d'évaluer initialement nos pratiques avant la mise en place de la RAC, retenir les points positifs correspondant aux recommandations de la RAC et mettre le point sur les faiblesses.

A partir de ces données, nous avons pu réfléchir à des actions d'amélioration, les mettre en place et évaluer leurs effets de manière objective et indépendante.

Les sessions collectives organisées avec les établissements participants à la démarche nous ont permis d'échanger nos expériences, de partager nos réflexions et même certains supports et documents. Cela a été bénéfique pour l'ensemble des participants et a permis un gain en temps et en effort.

Propos recueillis auprès du Dr Anis BEN ABDELAZIZ, gynécologue obstétricien à l'Hôpital de Marne-la-Vallée, ayant participé à la 2^{ème} vague d'accompagnement proposée par l'ARS en tant qu'établissement candidat pour deux groupes de spécialités : gynécologie (hystérectomies) et obstétrique (césariennes programmées).



SOMMAIRE

1. MÉTHODOLOGIE DU PROJET.....	8
2. SYNTHÈSE PAR SPÉCIALITÉ.....	9
3. TABLEAUX DE BORD.....	15
4. RESSOURCES PÉDAGOGIQUES.....	16
5. BONNES PRATIQUES IDENTIFIÉES.....	17
PRE-OPERATOIRE.....	19
PER-OPERATOIRE.....	23
POST-OPERATOIRE.....	27
COORDINATION / COMMUNICATION.....	33
LISTE DES ANNEXES.....	43
GLOSSAIRE.....	44
CONTACT AMBASSADEURS.....	45
REMERCIEMENTS.....	47

2. SYNTHÈSE PAR SPÉCIALITÉ

LES ENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. La poursuite des recommandations transversales pour toutes les spécialités

Les enseignements tirés de la première vague d'accompagnement se vérifient sur les spécialités nouvellement accompagnées au cours de la vague 2.

Ainsi, 11 recommandations GRACE pour la mise en place de la RAC sont transversales à toutes les spécialités :

- Avant toute intervention chirurgicale, il s'agit d'informer le patient sur sa prise en charge, éviter la prescription d'anxiolytique et pratiquer le jeûne limité;
- Au sein du bloc opératoire, ces recommandations transversales 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;
- La thromboprophylaxie et l'analgésie multimodale postopératoires sont également des recommandations que l'on retrouve dans les différentes prises en charge.

2. La valorisation de l'activité réalisée dans le cadre d'un programme RAC

- La mise en place d'un programme RAC représente une démarche d'amélioration des pratiques qui nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés de tous les acteurs autour du patient.
- Ainsi, afin de valoriser ces pratiques, une variable RAC est mise en place dans le recueil PMSI dès 2019. Elle est conditionnée notamment par l'existence d'un cahier des charges ou d'un protocole décrivant la procédure RAC pour chaque activité de chirurgie concernée et ayant fait l'objet d'une délibération par la CME de l'établissement.
- Ce codage, applicable à tous les séjours relevant de la RAC, est accompagné d'une mesure de soutien pour 19 activités. Elle vise à conserver la valeur du tarif du séjour qui correspond à son niveau de sévérité, quelle que soit sa durée. Cette mesure a vocation à être, à moyen terme, élargie à d'autres types de prises en charge.
- En parallèle du recueil d'activité, des indicateurs spécifiques pourraient être suivis pour s'assurer du maintien de la qualité des prises en charge.

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3972/notice_technique_atih-601-2-2021-hh.pdf

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

	... Le déploiement de la RAAC	... L'accompagnement
POINTS FORTS	- Amélioration des pratiques et des prises en charges - Collaboration multidisciplinaire plus importante - Sensibilité à la mesure de la performance et à l'atteinte des recommandations	- Mise en place d'un dialogue, collaboration entre les acteurs médicaux et paramédicaux - Partage d'expérience et émulation collective entre les établissements participants - Structuration de la démarche et soutien à la mise en place opérationnelle de la RAC, gain de temps dans la mise en œuvre du projet
POINTS DE PROGRESSION	- Renforcer le support institutionnel (implication de la direction et de la CME) - Améliorer la coordination interservices (bloc, brancardage, kinésithérapie, diététique...) et avec les acteurs de ville - Organiser des sessions d'information régulières pour les professionnels, notamment les nouveaux arrivants	- Identification des relais internes pour promouvoir et maintenir dans le temps l'organisation définie, implication plus élargie des professionnels du service lors des sessions individuelles - Réadaptation des modalités d'accompagnement : privilégier les rencontres collectives, dont certaines en mode distanciel pour favoriser les participations - Nouvelles spécialités : manque de comparaison avec d'autres centres, cahier d'audit GRACE à adapter à la spécialité ex : pré habilitation des parturientes ; arrêt du tabac, prévention de l'anémie)

4. L'impact de la crise COVID sur la mise en œuvre des plans d'actions RAC

L'importance du nombre de patients atteints par la COVID-19 et pris en charge dans le secteur hospitalier, a conduit l'ARS Ile-de-France à donner l'instruction le 13 mars 2020 de déprogrammer toute activité chirurgicale et médicale non urgente, afin, notamment de libérer des capacités structurelles spécifiques (bloc opératoire, SSPI) et humaines (IDE, médecins en renfort...).

Cette décision, et l'adaptation des organisations hospitalières à la crise sanitaire, ont eu un impact direct sur le déploiement de la RAC dans les services accompagnés, la mise en œuvre de certaines actions étant rendue impossible par l'application des mesures sanitaires d'urgences :

- Mobilisation des ressources pour la prise en charge des patients COVID;
- Baisse de l'activité de chirurgie programmée (déprogrammations, transfert d'activité);
- Bouleversement de l'organisation hospitalière et nécessité de sécuriser les circuits internes.
- Certaines actions en lien avec l'organisation du bloc opératoire par exemple (circuit patient debout, présence de l'accompagnant en salle pour les césariennes programmées...) ont donc dû être réadaptées, voire abandonnées.

VERBATIM

« Un protocole ça suffit »

« C'est pour réduire la DMS »

« Ne s'applique pas à tous les patients »

« La RAC c'est comme l'ambulatoire »

FAUX

« La RAC c'est pour les médecins »

« Mettre plus vite dehors les patients »

« La RAC fait peur aux patients »

« On ne peut pas faire de RAC en ambulatoire »

« Supprimer des lits »

« Tous les patients de RAC vont en SSR »

LES ENSEIGNEMENTS SPÉCIFIQUES PAR SPÉCIALITÉ

Pour chacune des spécialités accompagnées lors de la vague 2, les enseignements spécifiques sont présentés, ainsi que les GHM concernés par les séjours de patients implémentés dans l'outil d'autodiagnostic GRACE Audit.

Les actes CCAM représentant au moins 80% des dossiers implémentés par spécialité sont graphiquement représentés.

ORTHOPEDIE

La production ou l'actualisation des protocoles reste une étape intéressante au sein des équipes pour partager leur vision et se créer un socle commun.

La détection de l'anémie ou la carence martiale est mieux intégrée en amont des interventions. En découle, la mise en œuvre de programmes de correction pour limiter les risques en per-opératoire et pour faciliter les suites post-opératoires.

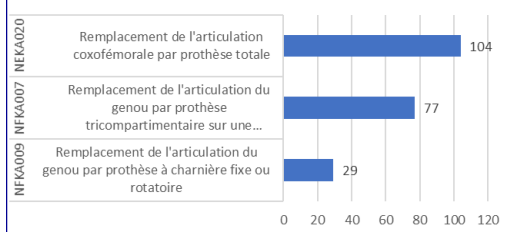
Des réflexions sur les pratiques de la transfusion et de l'épargne sanguine (limitation du nombre culots transfusés...) sont plus fréquemment mises en place.

Les plans d'actions intègrent plus fréquemment la gestion de la sortie du patient et son devenir à domicile (relation avec les acteurs de la ville, HAD, SSIAD...).

GHM concernés

- Prothèses de genou (08C24)
- Prothèses de hanche (08C48)

Top 3 des actes CCAM sur 251 dossiers



CHIRURGIE DIGESTIVE

Les premières actions choisies concernent principalement les équipes paramédicales : consultations IDE, jeûne moderne, mobilisation et réalimentation précoce. Mise en place rapidement, elles permettent un travail pluridisciplinaire essentiel pour la pérennisation de la démarche et apportent des améliorations visibles dans la prise en charge du patient.

La validation du protocole complet et définitif nécessite une concertation plus ample et une appropriation par les médecins.

Le monitoring de la volémie est un sujet abordé lors de chaque vague et qui demeure ardu à mettre en place, autant par l'aspect technique et financier (achat d'équipement) que par l'embarquement des anesthésistes.

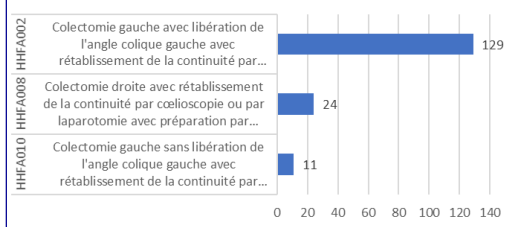
De plus, l'information des patients, même déjà existante, est à revoir et ajuster en fonction des dernières évolutions des recommandations. Elle reste par la suite à mettre à jour régulièrement.

Enfin, la démarche faite dans un établissement sur les chirurgies colorectales peut rapidement être étendue à la chirurgie bariatrique : les recommandations pour chaque spécialité ont une très forte proximité.

GHM concernés

- Résections rectales (06C03)
- Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon (06C04)

Top 3 des actes CCAM sur 203 dossiers



UROLOGIE

La démarche globale et notamment l'information préalable du patient permet une amélioration globale de la prise en charge : réduction du stress et de l'angoisse du patient, préparation psychologique pour la poche.

La mobilisation des équipes intervenant dans la prise en charge du patient est un sujet crucial mais complexe...

GYNECOLOGIE

La formalisation d'un protocole et d'un parcours patient associé reste le prérequis indispensable permettant de fédérer l'ensemble des acteurs.

La détection et la correction d'une anémie préopératoire est un point important qui contribue à la RAC notamment en gynécologie (item rajouté à la grille d'audit au cours de cette vague)

Des actions d'optimisations des parcours (arrivée à J0, Patient debout) ont bien été identifiées mais restent difficiles à mettre en œuvre pour des raisons diverses (coordination avec le bloc opératoire, organisation logistique).

Enfin, au vu de l'importance de la RAC en gynécologie, le CNGOF a proposé en janvier 2020 un programme spécifique. Les différents retours d'expériences de l'accompagnement RAC en Ile-de-France ont permis de documenter en partie ce programme : <http://www.cngof.fr/mooc/715-web-serie-rac>

OBSTETRIQUE

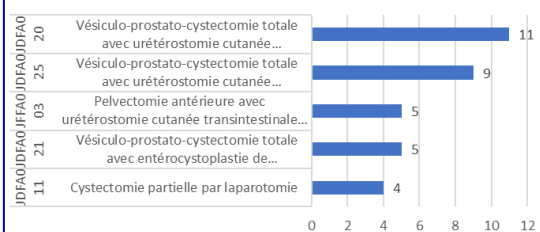
Les établissements accompagnés par l'ARS Ile-de-France dans cette 2^{ème} vague ont été les premiers à expérimenter le cahier d'audit GRACE pour la césarienne programmée. Certains items de la grille ont ainsi pu être réadaptés après l'autodiagnostic des services. Les recommandations GRACE sont au nombre de 21, dont 6 recommandations spécifiques à la prise en charge des parturientes (ex : présence de l'accompagnant au bloc, délivrance dirigée, allaitement maternel, ...).

L'autodiagnostic a mis en évidence des niveaux de maturité différents entre les 4

GHM concernés

- Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale (11C02)

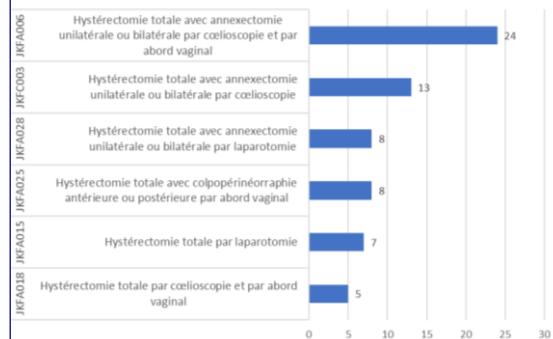
Top 5 des actes CCAM sur 42 dossiers



GHM concernés

- Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies (13C14, 13C15)
- Hystérectomies (13C03)

Top 6 des actes CCAM sur 113 dossiers



GHM concernés

- Césarienne programmée (14C06, 14C07, 14C08)

Le cahier d'audit GRACE pour les césariennes programmées ne prévoit pas de renseigner l'acte CCAM du séjour.

établissements candidats sur la mise en place de la RAC, permettant une émulation et des échanges collectifs riches. Le groupe a ainsi travaillé sur la formalisation de livrables communs (livret d'information et questionnaire de satisfaction RAC à destination des patientes). Le retrait de la sonde urinaire au bloc opératoire a également fait l'objet de nombreux échanges, figurant au plan d'actions des 4 services accompagnés.

RECOMMANDATIONS APPLICABLES POUR LA MISE EN PLACE DE LA RAC, PAR SPÉCIALITÉ

Recommandations	Orthopédie	Digestif	Gynécologie	Obstétrique	Urologie
Cahier préopératoire (préop)	4	8	9	6	9
Info / éducation du patient	x	x	x	x	x
Pas de prémédication anxiolytique	x	x	x	x	x
Jeûne limité	x	x	x	x	x
Apport d'hydrates de carbone		x	x		x
Suppléments nutritifs		x	x		
Immunonutrition		x	x		x
Pas de préparation colique		x	x		x
Détection et correction de l'anémie			x		
Contention 7 jours avant				x	
Réduction acidité gastrique				x	
Corticoïdes	x	x	x	x	x
Bilan nutritionnel					x
Préhabilitation					x
Cahier peropératoire (perop)	8	9	9	9	10
Prévention des nausées postop	x	x	x	x	x
Prévention de l'hypothermie	x	x	x	x	x
Pas de drainage	x	x	x	x	x
Analgésie multimodale perop	x	x	x	x	x
Antibioprophylaxie	x	x	x	x	x
Sonde U retirée en fin d'intervention		x	x	x	
Voie abord		x	x		x
SNG retirée en fin d'intervention		x	x		x
Optimisation du remplissage		x	x		x
Utilisation d'un garrot pneumatique	x				
Acide tranexamique	x				
Pansement compressif	x				
Présence accompagnant				x	
Apport de fluides IV				x	
Délivrance dirigée				x	
Péridurale thoracique					x
Monitoring de la décurarisation					x
Cahier postopératoire (postop)	4	5	5	6	5
Thromboprophylaxie	x	x	x	x	x
Analgésie multimodale postop	x	x	x	x	x
Ablation précoce du drain		x	x	x	
Réalimentation avant H6	x			x	
Réalimentation avant H24		x	x		x
Mobilisation avant H6	x			x	
Mobilisation avant H24		x	x		x
Allaitement maternel				x	
Prévention iléus postop					x
Nb total de recommandations	16	22	23	21	24

Pour plus d'informations sur le socle commun des recommandations RAC, et celles applicables à chaque spécialité : <https://www.grace-asso.fr/>

3. TABLEAUX DE BORD

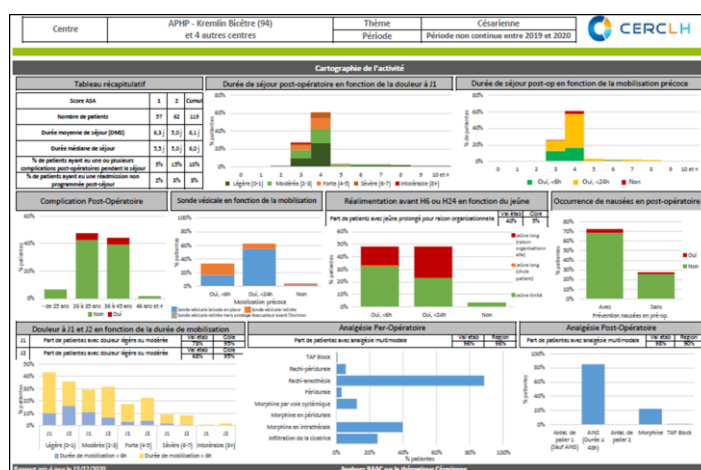
Les dossiers patients saisis par chaque établissement dans GRACE-AUDIT ont également fait l'objet d'un post-traitement par le cabinet CERCLH, pour permettre à chaque établissement candidat ou référent de disposer, sur une période donnée, d'un tableau de bord synthétique d'indicateurs de qualité de prise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

Les thèmes retenus, en concertation avec les experts de la démarche RAC, sont identiques à ceux de la première vague. Cf. guide v1 de janvier 2019 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/RAAC-accompagnement-francilien-rex-janv-2019.pdf>

Des adaptations ont été réalisées pour les nouvelles spécialités. Ainsi, CERCLH a travaillé avec le groupe de travail « césarienne programmée » (établissements candidats et référent) pour identifier les cibles pertinentes pour la spécialité :

Caractérisation des patientes selon leur état de santé per-opératoire (risque anesthésique ASA 1 et 2), leur âge, leurs complications post-opératoires et leur durée médiane de séjour ;

- Corrélation entre la douleur à J1 et la durée de séjour;
- Corrélation entre l'heure du 1er lever et la durée de séjour;
- Complications en fonction de l'âge de la patiente;
- Corrélation entre le retrait de la sonde au bloc/SSPI et l'heure du 1er lever;
- Réalimentation avant H6 et H24, en fonction du jeûne pratiqué;
- Apparition de nausée vomissement malgré la prévention au bloc;
- Douleur à la mobilisation à J1 et à J2;
- Types d'analgésie utilisés, en post op immédiat et en post op différé.



4. RESSOURCES PÉDAGOGIQUES

WEBINAIRE « RÉCUPÉRATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE (RAC) – RETOURS D'EXPÉRIENCE DE 2017 À 2020 »



Le webinaire du 5 novembre 2020 a rassemblé 150 professionnels, et a été l'occasion de présenter les retours d'expérience RAC pour plusieurs équipes franciliennes l'ayant mise en place, et d'échanger avec les équipes intéressées par son implémentation.

Voir la rediffusion via le lien ci-dessous :

<http://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/2020/10/20/recuperation-amelioree-apres-chirurgie-rac-retour-dexperience/>

Pour accéder directement à la vidéo :

https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=pPj1OEa_YVo&feature=youtu.be

PROGRAMME :

Animateurs - Pr Henri-Jean PHILIPPE, M. Arnaud LE MERRER, M. Stéphane RICQUIER

Introduction

Pr Karem SLIM, Président de GRACE

Les bilans de l'accompagnement

Stéphane RICQUIER, Président CERCLH

Evaluation de la RAC à l'AP-HP

Dr Anissa BELBACHIR, Anesthésiste-Réanimateur, Hôpital Cochin

Conditions d'implantation de la RAC

Audrey PETIT, psychologue

Pré-habilitation centrée sur la nutrition

Mme Anne-Laure SÉNÉCAT, Diététicienne Nutritionniste, CH Euvernon Montmorency

Groupe césarienne (mode projet, compagnonnage) – Equipe du GHEF

RAC et chirurgie infantile

Dr Liza ALI, Dr Louise MONTALVA, Service de Chirurgie viscérale et urologie pédiatriques – Hôpital Robert-Debré

Conclusions et discussions

5. BONNES PRATIQUES IDENTIFIÉES

L'audit diagnostic 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.

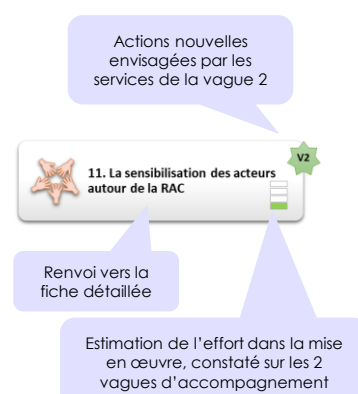
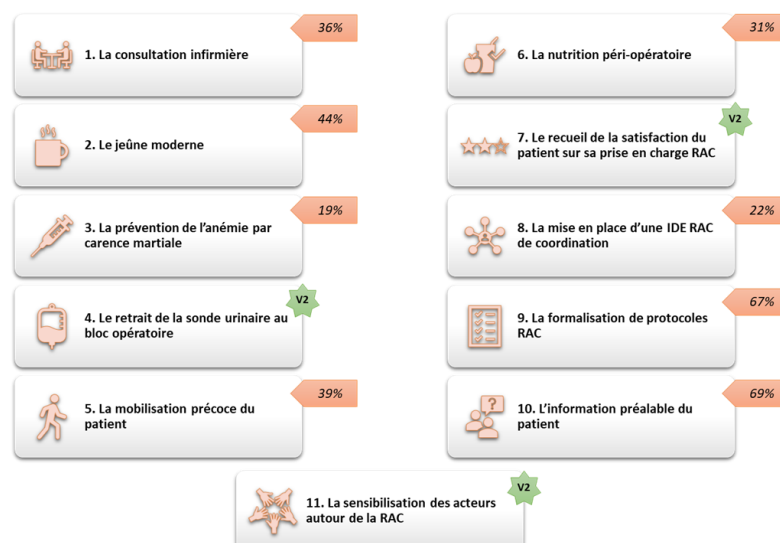
Un panel de bonnes pratiques à partager a été spécifiquement retenu avec les services candidats.

INTRODUCTION

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 services qui souhaitent développer la réhabilitation améliorée après chirurgie

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.



LES BONNES PRATIQUES MISES EN ŒUVRE DANS LE CADRE DES TRAVAUX

EN PRÉ-OPÉRATOIRE

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

EN PER-OPÉRATOIRE

3. La prévention de l'anémie par carence martiale
4. Le retrait de la sonde urinaire au bloc opératoire

EN POST-OPÉRATOIRE

5. La mobilisation précoce du patient
6. La réalimentation précoce
7. Le recueil de la satisfaction du patient sur sa prise en charge RAC

LA COORDINATION / COMMUNICATION

8. La mise en place d'une IDE RAC de coordination
9. La formalisation de protocoles RAC
10. L'information préalable du patient
11. La sensibilisation des acteurs autour de la RAC



Titre de bonne pratique



Exemples et illustrations concrètes



Définition



Indicateurs de suivi de la bonne pratique



Les enjeux et objectifs



Résultats escomptés



« Ils l'ont mis en œuvre »



Facteurs clés de succès

PRÉ-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

Informar 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

Cf. Guide V1 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-raac-dispositif-daccompagnement-francilien-retours>



HU PARIS IDF HENRI MONDOR AP-HP (94)

Chirurgie digestive

En amont de la mise en place les consultations IDE, ce service a choisi de développer plusieurs documents :

Pour les professionnels :

Le rappel des bonnes pratiques à destination des chirurgiens et des infirmières de consultations (mémo RAAC avant hospitalisation). Celui-ci détaille notamment le déroulement de la consultation IDE à travers les points à aborder et les documents à remettre (évaluation de l'autonomie du patient / évaluation sociale, gestion de l'alimentation per-opératoire, les informations sur la mobilisation précoce et sur l'arrivée et la sortie du patient).

Des checklists notamment pour l'infirmière RAC J-7 avant l'hospitalisation

Des mémos à donner aux patients sur :

La « Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAC) » avec une partie sur la consultations IDE :

LORS DE LA CONSULTATION INFIRMIÈRE

- Je comprends le déroulement de l'intervention chirurgicale et l'intérêt de la RAC;
- L'infirmière s'occupe de mon rendez-vous à la consultation d'anesthésie et je reçois la convocation à mon domicile et/ou par mail. Je reçois un SMS de rappel trois jours avant la consultation;
- L'infirmière prend un rendez-vous avec la stomathérapeute si nécessaire;
- L'infirmière prend un rendez-vous avec la l'assistante sociale si nécessaire.

La « préparation de mon intervention »

PRÉ-OPÉRATOIRE



ILLUSTRATION

Bonnes pratiques

Mémo RAAC avant hospitalisation
Parcours RAAC chirurgie colorectale
 A l'attention des chirurgiens, AMA et IDEC

1. Mémo Chirurgien

- ☐ Rédige son compte-rendu de consultation sur ORBIS (ATCD médicaux/chirurgicaux)
- ☐ Remet les documents d'information sur les risques opératoires (risques liés à une intervention en chirurgie digestive et risques anesthésiques)
- ☐ Réalise la traçabilité des risques opératoires et du recueil du consentement du patient dans le CR de la consultation
- ☐ Explique au patient l'infiltration peropératoire et l'analgésie peropératoire
- ☐ Informe le patient de la possibilité de désigner une personne de confiance et de donner ses directives anticipées
- ☐ Programme la date d'intervention sur Orbis Bloc à l'aide de la Fiche Hospitalisation préopératoire
- ☐ Remplit la fiche de Pré-hospitalisation
- ☐ Remplit la fiche de convocation (B1 284)
- ☐ Prévoit les modalités de sortie en privilégiant le PRADO en retour à domicile si nécessaire
- ☐ Remet le passeport RAAC avec les ordonnances

Ordonnances sur Orbis :

- ☐ Ordonnance bilan sanguin et examens complémentaires si nécessaire
- ☐ Ordonnance d'~~anesthésie~~ *anesthésie* (oral impact)
- ☐ Demande d'entente préalable de transport (patient demeurant à plus de 150 km)

2. Mémo infirmière de consultation

- ☐ Vérifie l'identité du patient à l'aide de la pièce d'identité présentée par le patient
- ☐ Vérifie les coordonnées du médecin traitant et des différents destinataires
- ☐ Complète la fiche de convocation (1 feuillet remis au patient, 2 feuillets pour le secrétariat hospitalier)
- ☐ Programmation du rendez-vous d'anesthésie (faxe la demande anesthésie)
- ☐ Informe le patient sur les conditions d'obtention d'une chambre particulière
- ☐ Remet les documents suivants :

Inform

Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)
 Mémo destiné aux patients intégrant le parcours RAAC en chirurgie colorectale

En arrivant en consultation de chirurgie colorectale



- Je présente une pièce d'identité officielle (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour)
- Je présente ma carte vitale, ma carte de mutuelle, mon attestation de CMU ou ma CMU complémentaire

Inform

Mémo « Préparation à mon intervention »
 Document d'information à l'attention des patients

Vous allez être hospitalisé(e) en vue d'une intervention chirurgicale colorectale (hospitalisation conventionnelle). Certains principes d'hygiène et d'alimentation sont à observer pour faciliter votre récupération après la chirurgie. Votre coopération est indispensable. Nous vous remercions de bien lire les consignes suivantes.

Mes affaires personnelles

Nous vous recommandons de venir avec le moins d'effets personnels possible.

De préférence, nous vous recommandons d'apporter :

- Vos traitements personnels et vos ordonnances
- 2 serviettes de toilettes et 2 gants de toilettes
- Une trousse de toilette
- Des vêtements souples, amples et faciles à enfiler
- Des chaussons qui tiennent le pied ou des baskets




INDICATEURS DE SUIVI

Nombre consultations réalisées par rapport au nombre de patients RAC,
 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

PRÉ-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 se révèle vectrice d'inconfort et de majoration de la résistance à l'insuline (déjà engendrée par le stress chirurgical) et de ses conséquences délétères.

HÔPITAL BICHAT - APHP



Chirurgie thoracique

Cf. Guide V1 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-raac-dispositif-daccompagnement-francilien-retours>

HÔPITAL SAINT-LOUIS – AP-HP



Chirurgie digestive

Cf. Guide V1 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-raac-dispositif-daccompagnement-francilien-retours>

CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE ET MARNE



Chirurgie orthopédique

Le groupe de travail a revisité le protocole actuel de jeûne en intégrant les recommandations sur les durées réduites pour les éléments liquides ou solides. Ces informations sont diffusées via un affichage dans le service et un dans le passeport opératoire remis au patient. Au cours de la 1^{ère} consultation ces informations sont également communiquées oralement.

PRÉ-OPÉRATOIRE



ILLUSTRATION

SITES FONTAINEBLEAU, MONTEREAU		Référence	SSM-MOP-PEC-CHIR-001
CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE ET MARNE		N° de version	1
PROTOCOLE		Autonomie réf.	
LE JEUNE PRÉOPÉRATOIRE DANS LA CHIRURGIE RÉGULÉE		Diffusion	09/08/2019
		N° page	Page 1 sur 2
Rédacteurs	M. LAMARA, Anesthésiste, Montreau-Fault-Yonne ; G. PERNOT, Cadre de santé de chirurgie et des consultations de chirurgie, Montreau-Fault-Yonne		
Vérificateur	N. BALLOUZ, Coordinatrice générale des soins, de la qualité et des relations avec les usagers		
Approbateur	N. HADJICHI, Chef de Pôle chirurgie		
Validation instances			
Abréviations :			

1. OBJET

Ce protocole a pour but d'uniformiser les pratiques professionnelles relatives à la prise en charge du patient devant subir une intervention chirurgicale programmée, afin de réduire le risque d'inhalation du contenu gastrique lors de l'anesthésie.

Le jeûne prolongé au-delà des durées recommandées diminue le confort du patient et présente un impact négatif sur la récupération postopératoire (déplétion des stocks de glucose de l'organisme, à l'origine d'une résistance à l'insuline qui serait corrigée à l'augmentation de la durée d'hospitalisation en chirurgie réglée).

2. DOMAINE D'APPLICATION

Tout service de chirurgie ou de gynécologie amené à accueillir des patients en vue d'un acte chirurgical programmé sous anesthésie générale.

Ce protocole ne s'applique pas à l'urgence ou toute cause ralentissant la vidange gastrique, qu'elle soit médicale, chirurgicale ou thérapeutique.

3. REFERENCES ET DOCUMENTS ASSOCIÉS

Recommandation de la S.F.A.R. (Société Française d'anesthésie et de Réanimation) de 2017 préopératoire

Inter-sites :

- Enregistrement SSM-ENR-PEC-CHIR-007 « Délais de jeûne recommandés en fonction du liquide » (S.F.A.R. 2017) »

4. DEFINITIONS

- Le jeûne se définit comme un arrêt total de l'alimentation avec maintien ou non de la consommation (Dictionnaire LAROUSSE).
- Le jeûne pré opératoire se définit comme la période où l'alimentation du futur opéré est arrêtée consommation d'eau. Le jeûne pré opératoire a pour but de réduire le risque d'inhalation du contenu de l'estomac.
- Repas léger : est considéré comme repas léger l'ingestion de pain ou biscottes, soupe, produits laitiers.
- Repas complet : est considéré comme repas complet l'ingestion au cours du repas de graisses et de protéines.
- Liquides clairs : on considère comme liquides clairs l'eau, le thé le café sans ajout de lait, jus de fruits sans pulpe.

5. DESCRIPTION DU PROCESSUS

Le jeûne pré opératoire a pour but de réduire le risque d'inhalation du contenu gastrique au cours d'une intervention chirurgicale sous anesthésie. Il est pratiqué dans les heures précédant une intervention. Selon le type de boissons ingérées, les délais sont plus ou moins longs.

- Pour les boissons de type « liquides clairs » : L'ingestion de liquides clairs est recommandée jusqu'à 2h avant l'heure prévue de la chirurgie. Ne sont pas considérés comme liquides clairs : alcool, boissons gazeuses, lait, jus de fruits avec pulpe.
- Pour les solides de type « repas léger » : Pour l'ingestion de repas de type repas léger, la durée de jeûne est de 6 heures.
- Pour un repas plus conséquent dit « repas complet », la durée de jeûne passe alors à 8 heures. (Cf. tableau récapitulatif SSM-ENR-PEC-CHIR-007 « Délais de jeûne recommandés en fonction du type d'aliment (S.F.A.R. 2017) »).

Exceptions :

Cette règle ne s'applique pas dès lors qu'il existe des facteurs de risques d'inhalation liés au patient ou à des circonstances et/ou de traitements spécifiques.

SITES FONTAINEBLEAU, MONTEREAU		Référence	SSM-MOP-PEC-CHIR-001
CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE ET MARNE		N° de version	1
PROTOCOLE		Autonomie réf.	
LE JEUNE PRÉOPÉRATOIRE DANS LA CHIRURGIE RÉGULÉE		Diffusion	09/08/2019
		N° page	Page 2 sur 2

Les principales affections impactant la vidange gastrique ou favorisant la régurgitation sont :

- Un reflux gastro-œsophagien (RGO) symptomatique chronique.
- Une hyperacidité acide (ulcère gastrique ou duodénal).
- Une hypomotilité motrice qui entraîne un ralentissement du tube digestif :
 - Pyrolyse et dysphagie (ralentissement du transit œsophagien)
 - Dyspepsie, nausées, éructations (vidange gastrique altérée).
- Syndrôme dysautonomique du diabète et gastroparésie avec retard de la vidange gastrique (parfois de présence de particules alimentaires dans le liquide gastrique, malgré un jeûne d'au moins 8 heures).
- Les maladies neurologiques : sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, myopathie, polynévrite, amyotrophie.
- Les maladies systémiques : sclérose en plaques, polyarthrite, myosite, amyotrophie.
- Les dystrophies musculaires progressives.
- Certaines médicaments : opioïdes, anticholinergiques, antispasmodiques, notamment tricycliques, phénothiazines, antidépresseurs, antidépresseurs, antipsychotiques, antipsychotiques, antipsychotiques, antipsychotiques.
- Les situations d'hydratation et/ou d'accompagnement d'un ralentissement significatif de la vidange gastrique.

Les antécédents de chirurgie bariatrique et autres :

- Gastroparésie par anneau ajustable : la remplissage de la poche gastrique constituée par l'intervention est plus rapide chez le sujet sain, mais à l'inverse la vidange est plus lente.
- By-pass gastrique : le « dumping syndrome » ou le syndrome « dumping » peut se manifester par des nausées, vomissements et diarrhées.
- Stomie gastrectomie peut entraîner également un syndrome de « dumping » ou l'apparition d'un reflux gastro-œsophagien.
- Vagotonie.

En cas de chirurgie programmée sur le terrain By-pass et sleeve les recommandations s'appliquent mais il est prudent d'allonger les délais de jeûne préopératoire.

Ne sont pas considérés comme exception :

- La grossesse : celle-ci n'altère pas la vidange gastrique, y compris chez les parturientes obèses, mais elle affecte la perméabilité intestinale.
- Début 2017, l'ASA demande l'ingestion de liquides clairs chez les parturientes bénéficiant d'une anesthésie péridurale médullaire en absence de diabète, d'obésité morbide ou de cirrhose.
- L'obésité sans comorbidité.

Les points à retenir :

- Le jeûne préopératoire : il n'existe pas de consensus concernant le jeûne. Si la vidange gastrique est ralentie pour les solides, elle ne l'est pas pour les liquides clairs.

Aux total ce qui faut retenir :

- La durée recommandée de jeûne est de :
 - 2 heures pour les liquides clairs.
 - 6 heures pour un repas léger.
 - 8 heures au moins pour un repas plus complet.
- (Cf. tableau récapitulatif SSM-ENR-PEC-CHIR-007 « Délais de jeûne recommandés en fonction du type de liquide ou de solide »).
- Dans tous les cas il est nécessaire de s'assurer que le patient comprend bien la règle.
- Consulter avec votre médecin pour l'impact de la prise de médicaments sur la vidange gastrique.
- La quantité de liquide bu ne doit pas être limitée.
- Accueil et boissons chaudes sont interdits.
- Fumer une cigarette avant la chirurgie n'augmente pas le risque d'avoir l'estomac plein et ne contre indique pas la réalisation de celle-ci.
- Une prophylaxe pharmacologique n'est pas recommandée.



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...).

PER-OPERATOIRE



3. LA PRÉVENTION DE L'ANÉMIE PAR CARENCE MARTIALE ET GESTION DU RISQUE TRANSFUSIONNEL



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, 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.

Protocoliser et partager les actions à mener selon le degré d'urgence des situations patients.



HÔPITAL COCHIN (75)

Orthopédie

Cf. Guide V1 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-raac-dispositif-daccompagnement-francilien-retours>



CENTRE HOSPITALIER DU SUD SEINE ET MARNE (77)

Chirurgie orthopédique

Evolution des pratiques entre les anesthésistes et les chirurgiens après échanges avec l'hôpital Lariboisière visant à utiliser du fer injectable pour limiter le risque transfusionnel pour des patients potentiellement hémorragiques.

Le médicament a été inscrit en accord avec la COMEDIMS au livret thérapeutique et le protocole d'administration a été élaboré avant une large information auprès des personnels médicaux et paramédicaux du service.

Dans le même temps, la réflexion a été étendue à l'analyse du risque transfusionnel et un travail d'actualisation de la procédure décrivant les étapes à réaliser suivant l'état du patient ainsi que les recommandations transfusionnelles.

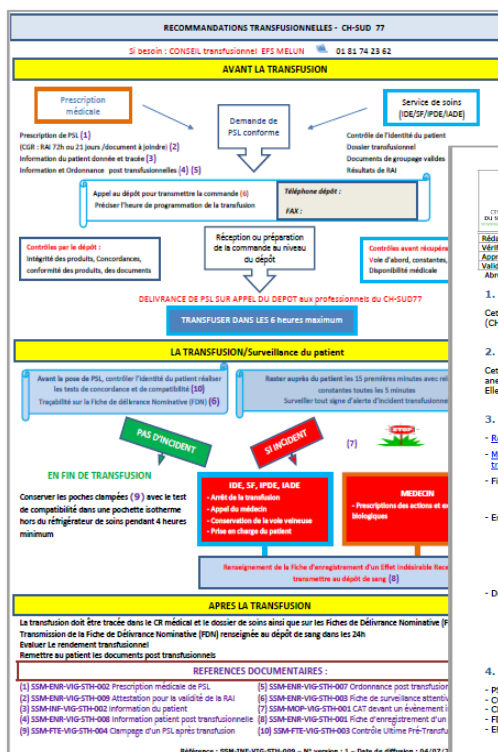
PER-OPERATOIRE

BONNES PRATIQUES IDENTIFIEES



ILLUSTRATION

Centre Hospitalier du sud Seine et Marne (77)



SITES FONTAINEBLEAU, MONTREAU, NEMOURS	Référence	SSM-PRC-VIG-STH-002
PROCEDURE	N° de version	1
LES BONNES PRATIQUES	Ancienne réf.	PRC-STH-004 (Montreuil)
TRANSFUSIONNELLES A DESTINATION DES	PRC-STH-008 (Montreuil)	
UNITES DE SOINS	Diffusion	04/07/2019
	N° page	Page 1 sur 7
Rédacteurs	A. OLIVIER, Cadre infirmier en Hémostase-Qualité - H. CONTAL, Pharmacien, Hémostase	
Vérificateurs	H. GUILVER, Ingénieur Qualité	
Approbateurs	T. BAYAZID, Présidente du CSH	
Validation Instances	CSH le 16 avril 2019	

1. OBJET

Cette procédure décrit les différentes étapes transfusionnelles au sein du Centre Hospitalier du Sud Seine-et-Marne (CH SUD 77) selon la législation en vigueur.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure est applicable par les médecins, cadres de santé, sages-femmes, puéricultrices, infirmiers anesthésistes, infirmiers. Elle doit être connue des professionnels des dépôts de sang.

3. RÉFÉRENCES ET DOCUMENTS ASSOCIES

- Règlement intérieur SSM-REG-VIG-STH-001 "Comité de Sécurité Transfusionnelle et Hémostase"
- Mode opératoire SSM-MOP-VIG-STH-001 "Conduite à tenir devant un effet indésirable receveur pendant la transfusion"
- Fiches techniques :
 - SSM-FTE-VIG-STH-003 "Contrôle Ultime Pré-Transfusionnel (CUPT)"
 - SSM-FTE-VIG-STH-004 "Clampage d'un produit sanguin labile après transfusion"
- Enregistrements :
 - SSM-ENR-VIG-STH-001 "Fiche d'enregistrement d'un effet indésirable receveur"
 - SSM-ENR-VIG-STH-002 "Prescription médicale de produits sanguins labiles"
 - SSM-ENR-VIG-STH-003 "Fiche de surveillance attentive"
 - SSM-ENR-VIG-STH-004 "Ordonnance post-transfusionnelle pour la recherche d'agglutinines irrégulières"
 - SSM-ENR-VIG-STH-005 "Information patient post-transfusionnelle"
 - SSM-ENR-VIG-STH-006 "Anesthésie pour la validité de la R.A.L."
- Documents d'information :
 - SSM-INF-VIG-STH-002 "Information patient sur la transfusion"
 - SSM-INF-VIG-STH-003 "Les bonnes pratiques transfusionnelles en 10 points - Guide pour l'infirmière"
 - SSM-INF-VIG-STH-004 "Livre d'information pour le prescripteur de PSL"
 - SSM-INF-VIG-STH-007 "Check-list pour toute transfusion de PSL"
 - SSM-INF-VIG-STH-009 "Schéma « recommandations transfusionnelles »"

4. ABRÉVIATIONS

- PSL : Produits Sanguins Labiles
- CSR : Concentré de Globule Rouge
- CP : Concentrés Plaquettaire
- FDN : Fiche de Délivrance Nominative
- EFS : Etablissement Français du Sang

5. RAPPELS

Les éléments clés de la sécurité transfusionnelle :

- Indication pertinente ;
- Prescription conforme ;
- Réalisation sécurisée du groupe sanguin et de la recherche d'anticorps irréguliers ;
- Contrôle à la réception des PSL ;
- Vérification ultime pré transfusionnelle ;
- Surveillance du patient ;
- Déclaration des effets indésirables receveurs et des incidents transfusionnels ;
- Suivi du patient.



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.

PER-OPÉRATOIRE



4. LE RETRAIT DE LA SONDE URINAIRE AU BLOC OPÉRATOIRE



Le drainage vésical des patients est mis en place pour des raisons chirurgicales (chirurgie pelvienne, incident peropératoire) ou anesthésiques (surveillance de la diurèse, analgésie péridurale).

Il n'est donc pas recommandé en systématique et, le cas échéant, devrait durer le moins longtemps possible.



ENJEUX / OBJECTIFS

Le retrait de la sonde urinaire est recommandé avant le retour en chambre, c'est-à-dire au bloc opératoire à la fin de l'intervention (au plus tard en SSPI) afin de faciliter la mobilisation précoce du patient en post-opératoire.



CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET (78)

Césarienne programmée

La reprise d'une autonomie précoce des patientes après césarienne a été l'un des axes de travail du CH de Rambouillet, comprenant notamment la mise en place d'une réalimentation précoce, l'obturation de la VVP, et l'ablation de la sonde urinaire au bloc opératoire.

Sur ce dernier point l'organisation mise en place est la suivante :

La sonde urinaire est retirée en SSPI, faisant l'objet d'une procédure formalisée et validée en Conseil de Bloc. La consigne est également rappelée dans la check-list « prise en charge césarienne RAC », insérée au dossier de la parturiente et qui la suit tout au long de son parcours.

La surveillance de la maman au retour en chambre est protocolisée et sécurisée par l'utilisation d'un bladder scan.

En SSPI comme en maternité, la procédure de retrait et le protocole de surveillance ont été diffusés auprès des équipes, avec des sensibilisations régulières prévues.

PER-OPERATOIRE



ILLUSTRATION

Protocole bladder scan pour les césariennes programmées
– APHP Hôpital du Kremlin Bicêtre

1/Sondage vésicale aller/retour à 8h de l'ablation de la sonde vésicale si le volume urinaire (bladder scan) est ≥ 800 ml

2/Indication bladder scan

A faire si absence de diurèse spontanée à H8 après le retrait de la sonde urinaire

Puis renouveler la mesure de 2 à 4h plus tard si le volume urinaire à H8 est < 800 ml



INDICATEURS DE SUIVI

- Taux de patientes ayant bénéficié du retrait de la sonde urinaire avant le retour en chambre.
- Taux de complications liées au retrait précoce de la sonde urinaire



RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Favoriser la mobilisation précoce du patient



FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS

Surveillance accrue et protocolisée des mictions lors du retour en chambre.

POST-OPERATOIRE



5. 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 RAC, 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 RAC mais qu'il réduit notamment et de manière significative l'incidence des complications respiratoires et thromboemboliques,.



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

Cf. Guide V1 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-raac-dispositif-daccompagnement-francilien-retours>



PÔLE SANTÉ DU PLATEAU – MEUDON (92)

Chirurgie Orthopédique

Lors de la consultation chirurgicale, il est remis au patient une prescription de kinésithérapie préopératoire. Dans le même temps, l'établissement a pris le temps d'informer les cabinets de kinésithérapeutes de ville de cette nouvelle disposition et des potentielles demandes des patients.

En interne, les professionnels ont été formés à la mobilisation précoce des patients dans les 24 heures de l'intervention.

Une plaquette d'information sur les exercices de rééducation est remise au patient pour s'entraîner par lui-même en complément éventuel des séances de kinésithérapie post-opératoire.

POST-OPERATOIRE



ILLUSTRATION



RAAC
Ensemble nous avons les clés de votre réussite !



Carnet de bord du patient
Programme de Réhabilitation Améliorée
Après une Chirurgie Orthopédique (RAAC)

NOM - PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
INTERVEN :
DATE D'IN :
DATE DE L :
HEURE D :

AVANT L'OPERATION

☐ J'ai reçu la plaquette d'informations sur la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

☐ J'ai bénéficié d'une consultation avec l'infirmière

☐ J'ai compris les différentes étapes de cette démarche et la nécessité de mon implication

☐ **Totalement** ☐ **Partiellement** ☐ **Pas du tout**

Si cela m'a été prescrit :

☐ J'ai acheté et apporté les bas de contention

☐ J'ai acheté et apporté les béquilles

☐ J'ai acheté et apporté mon attelle

Mon alimentation :

☐ Je ne prends plus de solides six heures avant l'intervention

☐ J'ai bu une boisson sucrée non gazeuse sans pulpe ou une briquette de jus (pomme ou raisin)

La veille de l'intervention : ☐ Oui ☐ Non

Le jour de l'intervention : ☐ Oui ☐ Non ☐ A quelle heure ?

☐ Si je fume, j'ai reçu l'information sur l'arrêt du tabac

☐ J'ai pris les dispositions utiles pour faciliter mon retour à domicile si nécessaire :

☐ J'ai organisé mes séances de rééducation ; le kinésithérapeute pourra venir dès mon retour à domicile

☐ J'ai organisé la venue de l'infirmière pour faire mes pansements et mes injections à mon domicile

PENDANT L'HOSPITALISATION

Le jour de l'opération → → → → → Heure du retour dans ma chambre :

Mon objectif : me réalimenter rapidement

☐ J'ai bu : ☐ Plusieurs verres d'eau ☐ Un peu d'eau ☐ Pas du tout

☐ J'ai mangé : ☐ Une collation ☐ Je n'ai rien mangé

☐ J'ai eu des nausées ou des vomissements : ☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Beaucoup

Mon objectif : me mobiliser

☐ Je me suis essai(e) : ☐ Plus d'1h ☐ Entre 1/2h et 1h ☐ Moins d'1/2h ☐ Pas du tout

☐ J'ai marché : ☐ Dans la chambre ☐ Dans le couloir ☐ Pas du tout

Mon objectif : ne pas avoir mal

Ma douleur AVANT MOBILISATION est de : 

Ma douleur EN MOUVEMENT est de : 

LES JOURS SUIVANTS

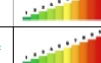
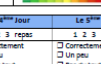
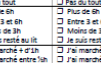
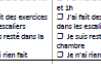
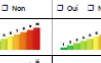
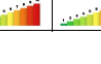
Mes objectifs

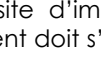
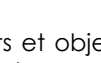
 M'hydrater et m'alimenter correctement

 Prendre 3 repas au fauteuil

 Passer au moins 6 heures hors du lit

 Evaluer mon niveau de douleur

	Le 1 ^{er} jour	Le 2 ^{ème} jour	Le 3 ^{ème} jour
J'ai pris	1 2 3 repas	1 2 3 repas	1 2 3 repas
J'ai mangé et bu	☐ Correctement ☐ Un peu ☐ Pas du tout	☐ Correctement ☐ Un peu ☐ Pas du tout	☐ Correctement ☐ Un peu ☐ Pas du tout
Je suis resté en dehors du lit	☐ Plus de 3h ☐ Entre 3 et 3h ☐ Moins de 3h ☐ Je n'ai pas quitté le lit	☐ Plus de 3h ☐ Entre 3 et 3h ☐ Moins de 3h ☐ Je n'ai pas quitté le lit	☐ Plus de 3h ☐ Entre 3 et 3h ☐ Moins de 3h ☐ Je n'ai pas quitté le lit
J'ai marché et fait des exercices d'auto-rééducation	☐ Dans le couloir plus d'1h ☐ Dans la chambre ☐ Pas du tout	☐ Dans le couloir plus d'1h ☐ Dans la chambre ☐ Pas du tout	☐ Dans le couloir plus d'1h ☐ Dans la chambre ☐ Pas du tout
Séance avec le kinésithérapeute	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Ma Douleur avant mobilisation			
Ma Douleur En mouvement			

	Le 4 ^{ème} jour	Le 5 ^{ème} jour	Le 6 ^{ème} jour	Le 7 ^{ème} jour
J'ai pris	1 2 3 repas	1 2 3 repas		
J'ai mangé et bu	☐ Correctement ☐ Un peu ☐ Pas du tout	☐ Correctement ☐ Un peu ☐ Pas du tout		
Je suis resté en dehors du lit	☐ Plus de 3h ☐ Entre 3 et 3h ☐ Moins de 3h ☐ Je n'ai pas quitté le lit	☐ Plus de 3h ☐ Entre 3 et 3h ☐ Moins de 3h ☐ Je n'ai pas quitté le lit	☐ Plus de 3h ☐ Entre 3 et 3h ☐ Moins de 3h ☐ Je n'ai pas quitté le lit	☐ Plus de 3h ☐ Entre 3 et 3h ☐ Moins de 3h ☐ Je n'ai pas quitté le lit
J'ai marché et fait des exercices d'auto-rééducation	☐ Dans le couloir plus d'1h ☐ Dans la chambre ☐ Pas du tout	☐ Dans le couloir plus d'1h ☐ Dans la chambre ☐ Pas du tout	☐ Dans le couloir plus d'1h ☐ Dans la chambre ☐ Pas du tout	☐ Dans le couloir plus d'1h ☐ Dans la chambre ☐ Pas du tout
Séance avec le kinésithérapeute	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Ma Douleur avant mobilisation				
Ma Douleur En mouvement				



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.

POST-OPERATOIRE



6. LA NUTRITION PÉRI OPÉRATOIRE



Le suivi nutritionnel fait partie intégrante des soins périopératoires pour limiter les complications post-opératoires (retard de cicatrisation, ré-hospitalisation...).

Passer de la réalimentation précoce à la pré habilitation nutritionnelle.



ENJEUX / OBJECTIFS

Dépister l'état nutritionnel en préopératoire.

Minimiser la durée du jeûne.

Rassurer le patient sur le bon déroulement de l'intervention et sa capacité à reprendre son alimentation.



GROUPE HOSPITALIER EAUBONNE MONTMORENCY (95)

Le sujet de la nutrition est pris en compte depuis 2017 en orthopédie et gynécologie. La pré-habilitation nutritionnelle est en cours de mise en œuvre depuis 2020 pour la chirurgie colorectale programmée. L'organisation suivante a été retenue :

Préopératoire : au cours de la consultation (environ 1 mois avant l'intervention)

- Remise d'un livret patient avec un chapitre « nutrition » comportant :
 - Conseils nutritionnels (alimentation équilibrée, enrichissement protéino-énergétique, fractionnement)
 - Absence de préparation colique sauf pour le rectum
 - Réalimentation précoce : boisson puis aliments solides
 - Absence d'alimentation thérapeutique restrictive en post-opératoire et à domicile
- Évaluation nutritionnelle (IMC, perte de poids, SEFI) et recherche de comorbidités
- En cas de cancer : mise en place d'une immunonutrition

Jour de l'intervention :

Jeûne strict h – 6 à h – 2 :

- 2 heures pour les liquides clairs ou solution glucidique
- 6 heures pour un repas léger

Post-opératoire :

- Réalimentation orale précoce
- Assistance nutritionnelle si :
 - ingesta < 60 % des besoins quotidiens
 - dénutrition
- Sortie à J3 – J4

POST-OPERATOIRE



ILLUSTRATION

Protocole de réalimentation



J 0 :

- ▶ Jeûne strict h – 6 à h – 2 :
 - ▶ 2 heures pour les liquides clairs ou solution glucidique
 - ▶ 6 heures pour un repas léger
- ▶ Post-opératoire :
 - ▶ 1 L d'eau à h + 6
 - ▶ Dîner : 2 CNO parfum neutre ou PYC enrichi
 - ▶ Chewing-gum

J 1 :

- ▶ Alimentation solide selon tolérance :
 - ▶ Potage enrichi + repas léger
- ▶ Assistance nutritionnelle selon stratification du Grade Nutritionnel

Stratification du risque nutritionnel	
GRADE NUTRITIONNEL 1 (GN 1)	- Patient non dénutri - ET pas de facteur de risque de dénutrition - ET chirurgie sans risque élevé de morbidité
GRADE NUTRITIONNEL 2 (GN 2)	- Patient non dénutri - ET présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition OU chirurgie à risque élevé de morbidité
GRADE NUTRITIONNEL 3 (GN 3)	- Patient dénutri - ET chirurgie sans risque élevé de morbidité
GRADE NUTRITIONNEL 4 (GN 4)	- Patient dénutri - ET chirurgie à risque élevé de morbidité

Protocole de réalimentation

- J 2 :**
- ▶ Alimentation orale normale selon tolérance
 - ▶ Certains aliments ralentissant la vidange gastrique et/ou le transit sont à éviter
 - ▶ Pas de régime en particulier
 - ▶ Privilégier les préférences alimentaires
- J 3 – J 4 :**
- ▶ Alimentation solide
 - ▶ Transit rétabli (gaz)
 - ▶ Patient acceptant la sortie



INDICATEURS DE SUIVI

- Taux d'application de la recommandation « Réalimentation précoce »



RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- Limitation de la durée de séjour du patient
- Evitement des ré interventions
- Conviction du service rendu au patient



FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS

- Adhésion des patients
- Formation du personnel à la détection de la dénutrition
- Travail d'équipe



7. LE RECUEIL DE LA SATISFACTION DU PATIENT SUR SA PRISE EN CHARGE RAC



A l'instar du questionnaire de satisfaction du patient hospitalisé, l'évaluation de la satisfaction du patient RAC a pour objectif de mesurer et améliorer la qualité du parcours d'une part au niveau des soins délivrés et d'autre part au niveau organisationnel.



ENJEUX / OBJECTIFS

- Mesurer la satisfaction des patients sur chacune des étapes du parcours RAC
- Identifier les points forts et les axes d'améliorations du service
- Améliorer de façon continue la qualité des soins et de l'organisation du parcours du patient



GHEF - HÔPITAL DE MARNE LA VALLÉE (77)

Gynécologie

Afin d'évaluer la pertinence du protocole RAC mise en œuvre dans le service, l'établissement a formalisé un questionnaire de satisfaction, inspiré de celui déjà utilisé pour les patientes hospitalisées.

Les items abordés, concernent l'ensemble des étapes du parcours de la patiente :

- En préopératoire : qualité de l'information délivrée en consultation de chirurgie, d'anesthésie, avant l'hospitalisation
- En peropératoire : niveau de confort, intimité, qualité de l'écoute des professionnels...
- En post-opératoire : sensation, douleur ressentie, qualité de l'écoute et de la prise en charge par les professionnels...
- A la sortie de l'hôpital : qualité des informations et du suivi réalisé.

Ce questionnaire est remis à la patiente à l'issue de son séjour, puis les résultats sont compilés au niveau du service afin d'en déduire les actions d'améliorations à mettre en œuvre par les acteurs.

Césarienne programmée

L'établissement, participant également à la démarche d'accompagnement pour les césariennes programmées, a également travaillé avec l'ensemble du groupe (établissements référent et candidats) à la formalisation d'un questionnaire de satisfaction commun afin d'évaluer l'impact physique et psychologique de la RAC sur les patientes et leur entourage.



Questionnaires de satisfaction RAC pour les hystérectomies (ci-dessus) et les césariennes programmées (ci-contre) – GHEF Marne La Vallée



- ## RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- ## FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS

- 32

COORDINATION / COMMUNICATION



8. LA MISE EN PLACE D'UNE IDE RAC DE COORDINATION



La consultation infirmière est une recommandation clé à mettre en place dans un parcours RAC. Sa mise en place demande de libérer un temps infirmier, au minimum pour ces consultations. Cependant, de nombreux établissements ont créé un poste d'IDE RAC 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.



CENTRE HOSPITALIER VICTOR DUPOUY, ARGENTEUIL (95)

Chirurgie orthopédique

Cf. Guide V1 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-raac-dispositif-daccompagnement-francilien-retours>



HÔPITAL PRIVÉ D'ANTONY (92)

Chirurgie colorectale

Cf. Guide V1 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-raac-dispositif-daccompagnement-francilien-retours>



HU PARIS IDF HÔPITAL AMBROISE PARÉ AP-HP (92)

Chirurgie digestive

Après la mise en place des premières consultations pour les patients en chirurgie colorectale et leur extension pour les patients en chirurgie bariatrique, cet établissement a souhaité consolider ce poste d'IDE, dans un premier temps uniquement sur les consultations, en le faisant évoluer vers un poste d'IDE coordinatrice.

Ce poste inclut notamment des missions complémentaires à l'information du patient. Il s'agit de :

- mettre en liens les différents acteurs (soignants et patients) pendant les phases pré, per et post-opératoires,
- suivre les patients après leur sortie par contact téléphonique,
- être une personne ressource concernant la RAC : s'assurer que les protocoles RAC sont intégrés à la GED, faciliter la communication et la mise à jour des connaissances auprès des équipes, accompagner et former d'autres infirmières RAC,
- Veiller au bon déroulement du programme RAC dans l'ensemble du parcours patient.

COORDINATION / COMMUNICATION



ILLUSTRATION

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAL DE PARIS FICHE DE POSTE	
INTITULE DU POSTE Infirmier (ère) Coordinatrice sans le cadre de la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) et Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales - EDS (Ministère des Solidarités et de la Santé)	
METIER INFIRMIER EN SOINS GENERAUX	
Présentation du poste : L'infirmière coordinatrice RAAC travaille au sein du DMU et plus particulièrement dans le service de chirurgie Générale digestive et oncologie. Elle travaille en collaboration avec les différentes équipes (hospitalisation, consultation, bloc et salle de réveil). Elle veille au bon déploiement et à la promotion de la RAAC dans l'ensemble du parcours du patient. Elle participe à l'éducation des patients notamment au sein d'une consultation dédiée et pendant toute la prise en charge du patient. L'infirmière intègre dans ses missions les activités liées à l'expérimentation « <i>épisode de soins</i> » qui porte sur la prise en charge des patients qui vont être opérés d'une CHIRURGIE COLIQUE.	
LIATSONS	
HIERARCHIQUE DIRECT (N+1) Cadre de santé CP DMU 6 (N+2) FONCTIONNELLES Equipes médicales et paramédicales de l'hospitalisation, de la consultation et du bloc opératoire, SSPI. Département Anesthésie Réanimation Equipes des services médicotextuelles, techniques et logistiques Service social, rééducateur Secrétariat hospitalier, Secrétariat médical	
ACTIVITES	
Missions principales : Missions RAAC Informier et éduquer le patient qui va être opéré d'une chirurgie colique Identifier les besoins du patient dans son environnement psychosocial et professionnel Mettre en liens les différents acteurs (soignants et patients) pendant les phases pré, per et post-opératoires Suivre les patients après leur sortie par contact téléphonique Etre une personne ressource concernant la RAAC : s'assurer que les protocoles RAAC soit sur la GED, faciliter la communication et la mise à jour des connaissances auprès des équipes, accompagner et accompagner d'autres infirmières RAAC Veiller au bon déroulement du programme RAAC dans l'ensemble du parcours patient	

Réaliser la traçabilité RAAC dans le dossier patient informatisé ORBIS
Mise à jour du tableau de suivi des patients inclus dans la RAAC
Participer à la démarche qualité du service sur la prise en charge RAAC en saisissant les données dans l'outil « *Grace audit* »

Missions EDS

Assurer l'inclusion des patients dans l'expérimentation « *Episode de soin* »
Rechercher l'ensemble des éléments et informations nécessaires au recueil pour la plateforme de l'épisode de soins au regard des indicateurs quantitatifs et qualitatifs
Assurer le reporting des données via une plateforme créée pour l'expérimentation.
Renforcer la communication Hôpital-Ville avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours de soins : hôpital, professionnels de santé en ville, SSR, patients, aidants
Créer un tableau de suivi des patients inclus dans l'EDS
Participer au groupe projet Episode de soins site Ambroise Paré
Communiquer et transmettre les informations et documents nécessaires au suivi du projet

Missions ponctuelles :

Participer aux groupes de travaux et réunions
Collaborer à l'élaboration et à la mise en application des procédures de soins
Partager ses connaissances dans le cadre de l'expertise avec les autres services du DMU
Participer à la formation continue



INDICATEURS DE SUIVI

- Taux d'adhésion au programme RAC
- Taux de ré-hospitalisation
- Taux de complication
- 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 RAC



FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS

- Afin de rendre effective la coordination de la prise en charge du patient, l'IDE RAC 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 RAC au parcours d'information du patient est également un facteur de succès de la coordination des acteurs.

COORDINATION / COMMUNICATION



9. LA FORMALISATION DE PROTOCOLES RAC



La formalisation d'un protocole de prise en charge d'un patient RAC 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

Cf. Guide V1 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-raac-dispositif-daccompagnement-francilien-retours>



GHEF - HÔPITAL DE MARNE LA VALLÉE (77)

Chirurgie gynécologique

L'établissement a rédigé un protocole RAC pour les actes d'hystérectomie selon différentes voies d'abord (vaginale, coelioscopique et abdominale), intégrant toutes les actions à mettre en place ainsi que le parcours de la patiente depuis la consultation de chirurgie jusqu'à sa sortie d'hospitalisation et sa consultation de contrôle.

De plus, le protocole a été implémenté dans le Dossier Patient Informatisé, permettant une meilleure disponibilité et un suivi de son application tout au long du parcours de la patiente.

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 RAC.



Tableau 1. Hystérectomie vaginale	
	Hystérectomie vaginale
Préopératoire	• Correction d'une anémie 12lg • Hypnose 1 semaine avant si anxiété • Boissons claires autorisées jusqu'à H-2 • Bas de contention (à commencer 5-7 jours)
Per-opératoire	Antibioprophylaxie selon protocole • <u>Option 1 : A+R</u> ○ Rachiantechnique : Bupivacaine hyperbare 10-12,5 mg + sufentanil 2,5ug + morphine 100 µg ○ Remplissage vasculaire par cristalloïdes ≤ 500ml et phénylèneptine ou éphédrine pour maintenir PAMs 20% • <u>Option 2 : anesthésie générale</u> ○ Induction par propofol + sufentanil ○ Intubation ou masque lègal ○ dexaméthasone = 8 mg ○ Cristalloïdes 4 ml/kg/h ○ Paracétamol 1 g/h, + néfopam + 20 mg + en fin d'intervention
SSPI	• Boissons autorisées en SSPI • A/EVS/EVA > 3/10 (kétoprofène - 100mg IV +ou- tramadol IV) • A/EVA > 3/10 (20min après kétoprofène - titration de morphine*) Abandon de la séance vésicale déjà réalisée OU à la sortie de la SSPI (sauf avis contraire Gynéco) • ondansétrom 4 mg IV NVPO • Omission de la 2ème dose de la SSPI

5. Développement de la procédure		
Période pré-opératoire	Période d'hospitalisation/peri-opératoire/SPR	Période post-opératoire
EN CONSULTATION GO - Programmer par le chirurgien gynécologique obstétricien de l'intervention - Édition de la feuille issue de Biocall - Remise de la fiche d'information «GOS» au patiente + copie avec date et signature à insérer dans le dossier médical «Détachement» • Bilan pré-op • NBS + Fertilisants à bascule • Ombilicques pour le post-op • Bx de contention (Aesculap abdominal) • Traitement à bascule • Hygiène Bédaine - La GO renvoie la fiche de consultation et oriente la patiente vers la secrétaire du pôle ou l'IDG de consultation	ACCUEIL DE LA PATIENTE - Insérer dans le dossier - Prescription du protocole RAAO « standard » dans le OSI - Rempiler les fiches de renseignements, recueil de données, macrolabé adhésif - Vérifier le dossier (concentrement, personne de confiance, consultation d'antécédents, carte de groupes, examens divers...) «Régularisation de traitement personnel » ordonnances - Parénetes atuais - Préparation de l'agenda - Fiche de liaison bica (jae grille de score + 222 BCD) ou « Documents » à ajouter » compléter la fiche de liaison et imprimer	RETOUR EN CHAMBRE - Application du protocole RAAO - Tracabiliser de la mobilisation et de l'alimentation en temps réel à partir du protocole RAAO dans la planification de soins - Préparation de la sortie par le médecin et l'IDG - Programmer l'appel de la patiente à 37h dans l'agenda (préciser : $\geq 7 \geq$)
	TRANSFERT AU BLOC : La patiente peut éventuellement aller au bloc direct	APPEL A 37 : - Pour les patientes hospitalisées en 2500 (Mat.3) - A 37h l'IDG contacte la patiente et remplit le formulaire avec l'appel 37 dans crossway - Pour les patientes hospitalisées en Oncologie c'est la secrétaire du pôle qui programme l'appel et en informe l'IDG des consultations
PATIENTE APPRÊT CONSULTATION EN UP 2044 (CINCO) (BNET) : - L'IDG ou l'AS des consultations reçoit la patiente et vérifie le dossier «Coordonnées» • Personne à prévenir • Personne de confiance • Consentement éclairé mutuel	SPR : Prescription du protocole RAAO, hystérectomie par l'endoscistite	A 37 : 12h ou l'AS des consultations effectue l'appel et remplit le formulaire dans crossway. - CRU avec mention RAAO - Transmission au DM pour «majoration» RAAO
Informations pré-opératoires : - Jeune, diète, bixone, macrolabé, objets de valeur, sauge - Quelque RAAO hystérectomie - Or Price de rendez-vous + d'antécédents + remise des documents pour la CS - d'antécédents (questionnaire et dépliant « information hypnose)		

Protocole RAC Hystérectomie – GHEF Marne La Vallée



- 

- Favoriser l'homogénéité des pratiques



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

COORDINATION / COMMUNICATION



10. L'INFORMATION PRÉALABLE DU PATIENT



L'information au patient en amont de son hospitalisation est essentiel dans un programme RAC. Les documents imprimés constituent un des éléments importants au passage de cette information.

De nombreux établissements ont développé des brochures et plaquettes données 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

Cf. Guide V1 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-raac-dispositif-daccompagnement-francilien-retours>



HOPITAL BEAUJON – APHP (75)

Pôle de maladies de l'appareil digestif

Cf. Guide V1 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-raac-dispositif-daccompagnement-francilien-retours>



HU EST PARISIEN HOPITAL TENON - APHP (75)

Chirurgie obstétrique

L'établissement a formalisé un dépliant d'information à destination des futures mamans ayant une césarienne programmée. Il s'inscrit dans le parcours de la parturiente et le circuit de l'information organisé dès la prise de décision de la césarienne.

Le document est remis lors de la consultation IDE, accompagné d'une explication orale sur les modalités d'admission, du déroulé de l'intervention et des suites en hospitalisation. C'est aussi l'occasion pour l'IDE de lui remettre son dossier d'information RAC, reprenant étape par étape le parcours de prise en charge et les différentes consignes sous forme de check-list.

L'information orale, notamment des consignes de jeûne préopératoire, est réitérée lors du rendez-vous d'explorations fonctionnelles à J-1.

COORDINATION / COMMUNICATION



HU EST PARISIEN HOPITAL TENON - APHP (75)

Chirurgie obstétrique

L'établissement a formalisé un dépliant d'information à destination des futures mamans ayant une césarienne programmée. Il s'inscrit dans le parcours de la parturiente et le circuit de l'information organisé dès la prise de décision de la césarienne.

Le document est remis lors de la consultation IDE, accompagné d'une explication orale sur les modalités d'admission, du déroulé de l'intervention et des suites en hospitalisation. C'est aussi l'occasion pour l'IDE de lui remettre son dossier d'information RAC, reprenant étape par étape le parcours de prise en charge et les différentes consignes sous forme de check-list.

L'information orale, notamment des consignes de jeûne préopératoire, est réitérée lors du rendez-vous d'explorations fonctionnelles à J-1.



ILLUSTRATION

Vous aurez des évaluations régulières de votre douleur par l'infirmière ou la sage-femme. Si ces traitements ne suffisent pas, un comprimé de morphine en faible concentration sous forme de gélule vous sera proposé. Tous ces traitements sont compatibles avec l'allaitement.

Vous pourrez vous habiller et vous lever environ 6 heures après l'anesthésie avec l'accord de l'infirmière ou de la sage-femme. Une sonde urinaire est posée lors de votre césarienne et sera retirée avant votre retour en chambre.

À tout moment, une infirmière pourra intervenir pour vous aider et vous guider afin de favoriser votre récupération. L'équipe d'anesthésie présente 24h sur 24 pourra intervenir également en cas de difficulté.

La naissance est un moment exceptionnel, même lorsqu'une césarienne est nécessaire.

Nous vous souhaitons un séjour heureux dans notre maternité.



Service d'Anesthésie-Réanimation
Dr Julien Bousset
Dr Julien Burey

Service de Gynécologie Obstétrique
Dr Marie Bornes
Dr Audrey Rosefort

Hôpital Tenon
« rue de la Chine 75020 Paris »
☎ 01 56 01 70 00
Pour en savoir plus : www.tenon.aphp.fr

Être accompagnée dans sa maternité

ETRE INFORMÉE

Récupération Améliorée Après une Césarienne (RAAC)

Vous allez bénéficier d'une césarienne programmée à l'hôpital Tenon, où vous serez soignée par une équipe périnatale pluridisciplinaire. Vous pourrez bénéficier du programme de "récupération accélérée".

Cela vise à vous rendre votre autonomie en quelques heures après la naissance et vous permettre de vous occuper pleinement de votre bébé.

Ce programme nécessite votre pleine adhésion et participation.

N'hésitez pas à poser toute question à l'obstétricien, l'anesthésiste ou la sage-femme.

Dépliant d'information RAC Césarienne programmée à destination des parturientes – Hôpital TENON (APHP)

Comment se déroule une césarienne programmée avec récupération améliorée ?

Ce programme est fondé sur les données scientifiques les plus récentes et notre expérience. Il comporte le retrait rapide des perfusions et sondes, la reprise précoce des boissons et de l'alimentation tout en contrôlant votre douleur pour mieux la soulager.

La veille de votre césarienne

Vous ne devez plus manger après minuit mais vous pouvez boire des liquides clairs (eau, thé ou café sans lait, jus de fruit sans pulpe) en petites quantités, jusqu'à 2h avant votre admission à l'hôpital. Le matin, vous devez prendre une douche.

Vous devrez vous rendre le matin même à 8h30 aux urgences de la maternité où vous serez accueillie avec votre conjoint(e) par l'équipe de la salle de naissance. On vous donnera un comprimé effervescent visant à réduire l'acidité de l'estomac.

À l'arrivée au bloc opératoire

L'anesthésiste-réanimateur s'assurera qu'aucun événement de santé notable n'est intervenu depuis la consultation pré-anesthésique et contrôlera si besoin les derniers résultats des bilans réalisés. On placera une perfusion au niveau de votre avant-bras.

Vous serez ensuite installée en position assise, le dos bien arrondi, pour que l'anesthésiste procède à l'anesthésie locorégionale (péridurale, rachianesthésie) en positionnant le bas de votre dos.

Parmi les produits injectés, il y a des dérivés de la morphine dont l'action se prolongera après la césarienne pour limiter la douleur. Une fois l'injection réalisée, vous ressentirez de la chaleur, des fourmis puis une impression d'anesthésie sur votre corps pouvant « faire penser à du coton ».

Cette impression dure environ deux heures et s'étend généralement jusqu'au niveau des seins.

Pour contrôler cette anesthésie, on vous demandera de différencier les sensations de toucher et de froid sur certaines parties de votre corps.

Une sonde urinaire sera placée sans que vous ne ressentiez de douleur. Des champs opératoires (grands draps bleus) seront disposés sur votre corps. Vous pourrez être accompagnée par votre conjoint(e).

La césarienne

Après vérification de l'anesthésie, l'obstétricien donnera naissance à votre enfant. Vous ressentirez des sensations de mouvements dans votre corps puis une pression à l'instant de la naissance que vous pouvez aider en soufflant doucement.

La sage-femme vous présentera votre enfant. Il ne pleure pas toujours immédiatement. Dès que possible, il sera installé sur votre peau ou celle de votre conjoint(e). La délivrance a lieu très rapidement après la naissance.

Vous recevrez des médicaments pour faire contracter l'utérus, des antalgiques, des médicaments contre les nausées et des antibiotiques.

La césarienne dure habituellement de 30 minutes à 1 heure.

la réhabilitation après votre césarienne c'est :

- un traitement antalgique de qualité
- une déambulation 6 heures après césarienne
- un retrait des cathéter et des perfusions
- la reprise de l'alimentation et de la boisson

Après la naissance

Une surveillance de 2 heures est ensuite réalisée en salle de surveillance post interventionnelle où tout est fait pour que vous puissiez être à nouveau avec votre enfant et initier la mise au sein si vous le souhaitez. On vérifiera régulièrement votre état de santé, la rétraction de l'utérus et la quantité des saignements.

La perfusion sera retirée avant votre retour en chambre et le cathéter simplement obturé et conservé pour quelques heures par sécurité.

Dès lors, vous serez autorisée à boire de petites quantités d'eau puis à manger après 1 à 2 heures.

Vous pourrez prendre un traitement contre la douleur comme vous le feriez à la maison. Ce traitement vous sera donné par l'infirmière. Les antalgiques seront à prendre régulièrement pendant les 48 premières heures qui sont classiquement les plus douloureuses.

COORDINATION / COMMUNICATION



CLINIQUE MONT-LOUIS – GROUPE OC SANTÉ (75)

Chirurgie Orthopédique

La clinique a élaboré la fiche d'information à l'attention de ses patients inclus dans les parcours RAC. Elle détaille les différents temps du séjour et les implications pour le patient. Le document est remis dès la consultation chirurgicale.

En interne, le document permet de valoriser et harmoniser un discours unique entre les professionnels que le patient pourra rencontrer au cours de son séjour.



ILLUSTRATION



CLINIQUE MONT-LOUIS
 Médecine, Chirurgie
 8-10 rue de la Folie-Mégault
 75011 PARIS
 Tél : + 33 (0)1 43 56 56 56
www.clinique-mont-louis.fr

**Fiche d'information patient
sur la Réhabilitation
Améliorée Après Chirurgie**

La **Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)** est une évolution dans la prise en charge anesthésique, chirurgicale, infirmière et kinésithérapique visant à promouvoir une mobilisation rapide, une réadaptation accélérée et à rendre les suites opératoires plus simples.

Cette **ÉVOLUTION** de la prise en charge (avant, pendant et après l'intervention chirurgicale) pourrait raccourcir la durée du séjour après la chirurgie et réduire les risques. Il existe maintenant une littérature médicale abondante démontrant l'**EFFICACITÉ** et la **SÉCURITÉ** de ce type de programme.

Votre rôle dans cette prise en charge est primordial et vous devenez l'acteur **PRINCIPAL** de vos soins. Votre participation **ACTIVE** commence dès les premières consultations médicales avant l'opération pour se poursuivre pendant et même au-delà du séjour à la Clinique. Vous êtes impliqué directement dans la procédure de récupération précoce de la manière suivante :

AVANT L'INTERVENTION

- En participant à cette phase de préparation préalable à la chirurgie appelée **Pré-habilitation**.
- En ayant lu et compris le principe des procédures de RAAC et en intégrant le fait que ces procédures ne sont pas faites pour s'vous chasser de la clinique mais plutôt pour éviter un séjour inutilement prolongé.
- En s'engageant à participer **ACTIVEMENT** aux procédures.
- En suivant les prescriptions de boisson claires jusqu'à deux heures avant l'intervention.
- En préparant **AVANT** votre hospitalisation, en accord avec l'équipe médicale, toutes les mesures préalables à votre sortie dans de bonnes conditions.

APRÈS L'OPÉRATION ET PENDANT VOTRE SÉJOUR À L'HÔPITAL

- En faisant l'effort de vous lever du lit, avec l'aide du personnel soignant, le jour de l'opération.
- En suivant, autant que possible, les prescriptions de réalimentation rapide.
- En quittant la chambre pour marcher dans le couloir du service dès que possible.
- En signalant tout événement anormal.
- En évaluant, toutes les mesures de **SÉCURITÉ** et de **CONTRÔLE** de la douleur post opératoire seront prises pendant votre séjour, avant, pendant (injections anesthésiques dans les tissus ou au contact des nerfs) et après votre chirurgie (anti-douleurs à mode d'action différents) pour assurer votre **CONFORT** pendant cette phase de mobilisation précoce.

QUAND SORTEZ VOUS ?

Votre sortie est préparée avant votre entrée à la Clinique. La sortie est possible dès qu'un certain nombre de conditions sont réunies : douleur maîtrisée, déplacements sur de courtes distances maîtrisés, conditions médicales compatibles.

APRÈS VOTRE SORTIE DE L'HÔPITAL

- Bien sûr, il faut un peu de temps pour récupérer d'une intervention chirurgicale. Toutefois, en vous efforçant de retrouver aussi rapidement que possible vos activités habituelles... vous favoriserez votre récupération. **Restez ACTIF !**
- Tout le monde ne progresse pas au même rythme, si vous vous sentez fatigué(e), n'hésitez pas à vous reposer.
- La douleur doit rester votre guide, allez plus loin si vous vous sentez bien, ralentissez si la douleur est trop présente.
- Gardez le moral ! Restez en contact avec votre entourage familial et amical !

La RAAC - En résumé...

Il n'existe aucune contre indication à la RAAC.

Vous devenez l'acteur **PRINCIPAL** de votre prise en charge.

Elle permet d'améliorer la qualité des soins et une meilleure convalescence.

Elle permet de diminuer la durée d'hospitalisation et les complications globales.

La littérature médicale récente a démontré les bénéfices et la sécurité de la RAAC.

Plus d'informations et une vidéo explicative sur <http://www.grace-asso.fr/grace-et-vous/vidéos>

Fiche information patient RAC en orthopédie – Clinique Montlouis

COORDINATION / COMMUNICATION



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 au patient : chirurgien, anesthésiste, personnel soignant et administratif, encadrement, établissement d'amont...

COORDINATION / COMMUNICATION



11. LA SENSIBILISATION DES ACTEURS AUTOUR DE LA RAC



La réussite d'une démarche RAC, nécessite une implication de l'ensemble des professionnels de santé intervenant sur le parcours du patient. Pour ce faire, des actions de communication et de sensibilisation doivent être menées auprès d'eux, afin que ceux-ci s'approprient les enjeux et les objectifs de la démarche.



ENJEUX / OBJECTIFS

- Informer et sensibiliser les acteurs sur les recommandations de la RAC et le changement nécessaire d'habitudes anciennes
- Renforcer la coordination des acteurs et leur capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire



CHI POISSY-SAINT-GERMAIN (78)

Gynécologie

L'adhésion des professionnels participant à la prise en charge de la patiente, reste un des facteurs clés de succès le plus important pour la mise en place d'un parcours RAC. Pour y parvenir, l'établissement a recours à des actions de communication et de sensibilisation portant sur le protocole RAC formalisé.

Cela peut concerner des recommandations clés (exemple : le jeûne moderne) ou le parcours complet (impliquant l'implémentation de toutes les recommandations attendues).

Ainsi, l'établissement propose de réaliser une vidéo permettant de communiquer et de sensibiliser l'ensemble des acteurs une fois que le parcours de la patiente RAC en hystérectomie sera mis en place.



HOPITAL EUROPÉEN DE PARIS (93)

Urologie

L'établissement a rédigé un support d'information destiné à l'ensemble des professionnels intervenant sur la prise en charge du patient.

- Présentation de la démarche : origine, intérêts, nouveauté du parcours patient
- Description du rôle de chacun dans la prise en charge
- Nécessité du travail en coordination de tous les intervenants
- Description des évolutions majeures de la prise en charge pour chaque phase : pré-opératoire / per-opératoire / post-opératoire

COORDINATION / COMMUNICATION



ILLUSTRATION

AVANT L'OPÉRATION

A JEUN
depuis 00h00

▶ **Ne PAS manger**

▶ **Ne PAS boire**

Ni lait
Ni eau
Ni soda
Ni alcool
Ni jus de fruit
Ni thé ou café

▶ **Ne PAS fumer**
vu en consultation

A JEUN +
1 boisson non gazeuse
2h avant l'opération

1 verre d'eau minérale plate
OU
1 tasse de thé ou café

▶ Ne PAS manger, fumer, boire (de l'eau gazeuse, du lait, du jus de fruit, du soda, ou du alcool)

sauf SI le médecin anesthésiste le préconise :

Avant toute opération il est nécessaire de venir à jeun (ne pas manger, boire ou fumer à partir de minuit)

SAUF si le médecin anesthésiste vu en consultation préconise un verre d'eau minérale non-gazeuse, ou un thé ou café sans lait, 2h avant l'opération pour une meilleure récupération.

Support de communication sur le jeûne moderne utilisé à destination des professionnels – CHI Poissy

GVM Hôpital Européen de Paris

euro pa
EQUIPE D'UROLOGIE DE PARIS AUBERVILLIERS

Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

Fast Track Surgery

La RAAC : un nouveau parcours

- ▶ Urologue.
- ▶ Anesthésiste.
- ▶ Cadre de santé / IDE référente.
- ▶ Infirmière de consultation dédiée.
- ▶ Kinésithérapeute.
- ▶ Psychologue.
- ▶ Diététicienne.
- ▶ Equipe soignante (infirmière, aide-soignante)



Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

- ▶ Travail d'équipe pluridisciplinaire coordonnée.
- ▶ Optimiser l'hospitalisation et les soins.
- ▶ Préparation optimale du patient.

Extrait du support de communication RAC – Hôpital Européen de Paris



INDICATEURS DE SUIVI

- Taux de professionnels de santé ayant reçu l'information sur le protocole RAC



RÉSULTATS ESCOMPTÉS

- Meilleure appropriation du protocole RAC par les professionnels



FACTEURS CLÉS DE SUCCÈS

- Protocole RAC formalisé et validé

LISTE DES ANNEXES

L'ensemble des annexes listés ci-dessous, sont accessibles en téléchargement, sur la page Internet de l'ARSIF dédiée à la RAC :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/la-rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie-rac>

Pré-opératoire

1. La consultation IDE : une étape clé de l'éducation du patient
 - 1.1. Mémo RAAC avant hospitalisation (professionnels)_HU Henri Mondor APHP
 - 1.2. Mémo patient RAAC_HU Henri Mondor APHP
 - 1.3. Mémo "préparation à mon intervention"_HU Henri Mondor APHP
2. Le jeune moderne
 - 2.1. Protocole jeune préopératoire dans la chirurgie réglée_CH Sud Seine et Marne

Per-opératoire

3. La prévention de l'anémie par carence martiale
 - 3.1. Les bonnes pratiques transfusionnelles à destination des unités de soins (procédure)_CH Sud Seine et Marne
 - 3.2. Recommandations transfusionnelles (schéma)_CH Sud Seine et Marne

Post-opératoire

5. La mobilisation précoce du patient
 - 5.1. Carnet de bord du patient_Pôle de santé du Plateau
- 7 Le recueil de la satisfaction du patient sur sa prise en charge RAC
 - 7.1. Questionnaire de satisfaction patientes RAAC hystérectomies _Hôpital Marne-la-Vallée GHEF
 - 7.2. Trame de questionnaire de satisfaction patientes RAAC césariennes programmées_Groupe Césarienne programmée

Coordination / communication

8. La mise en place d'une IDE RAC de coordination
 - 8.1. Fiche de poste IDE de coordination RAAC_HU Paris Ambroise Paré APHP
9. La formalisation de protocoles RAC
 - 9.1. Protocole RAC Hystérectomie - Volet anesthésique_Hôpital Marne-la-Vallée GHEF
 - 9.2. Protocole RAC Hystérectomie - Parcours de la patiente_Hôpital Marne-la-Vallée GHEF
10. L'information préalable du patient
 - 10.1. Dépliant d'information RAC Césarienne programmée à destination des parturientes_Hôpital Tenon APHP
 - 10.2. Fiche d'information patient sur la RAC en orthopédie_Clinique Mont-Louis
11. La sensibilisation des acteurs autour de la RAC
 - 11.1. Support de communication sur le jeune moderne utilisé à destination des professionnels_CHI Poissy
 - 11.2. Support de communication RAC pour les professionnels_Hôpital Européen de Paris

GLOSSAIRE

- AP-HP** : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
- ARSIF** : Agence Régionale de Santé Ile de France
- AS** : Aide Soignant(e)
- 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.
- ASH** : Agent de Service Hospitalier
- CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux
- CH** : Centre Hospitalier
- CHI** : Centre Hospitalier Intercommunal
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CME** : Commission Médicale d'Etablissement, ou Conférence Médicale d'Etablissement pour les établissements privés)
- CNGOF** : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- COMEDIMS** : COMmission du MEdicament et des DIspositifs Médicaux Stériles
- DMS** : Durée Moyenne de Séjour
- GED** : dispositif institutionnel de GEstion Documentaire
- GHEF** : Groupement Hospitalier de l'Est Francilien
- GHM** : Groupe Homogène de Malades
- HAD** : Hospitalisation à Domicile
- HdJ** : Hôpital de Jour
- IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
- MAR** : Médecin Anesthésiste réanimateur
- ORCA** : Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire en Ile-de-France
- PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- 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
- RAC ou RAAC** : Réhabilitation Améliorée après Chirurgie
- SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile
- SSPI** : Salle de Soins Post-Interventionnels
- SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- VVP** : Voie Veineuse Périphérique

CONTACT AMBASSADEURS

Le tableau ci-dessous recense les professionnels de santé qui ont participé à l'accompagnement des services en apportant leurs compétences et retours d'expérience dans le développement de la RAC, au cours des échanges avec les établissements candidats.

L'ARS a souhaité poursuivre la dynamique instaurée en proposant de les nommer « Ambassadeurs de la RAC ».

Il sera possible à tout service de chirurgie de prendre contact avec un des ambassadeurs selon sa spécialité et d'obtenir ainsi toute l'information utile à la mise en œuvre d'un projet RAC.

Dans le même temps, le cabinet CERCLH se met à la disposition des ambassadeurs et des services pour toute question d'ordre méthodologique : stephane.ricquier@cerclh.com

Spécialité	Etablissement	Référent(s)	Fonction	Mail
Digestif	GH Paris Saint Joseph (75)	Pascal ALFONSI	Anesthésiste	palfonsi@hpsi.fr
		Jérôme LORIAU	Chirurgien	jlوريا@gmail.com
Digestif	CH Victor Dupouy Argenteuil (95)	Jean-Claude COUFFINHAL	Coordonnateur chirurgical	jean-claude.couffinhal@ch-argenteuil.fr
		Dalinda GORI	Cadre de santé	dalinda.gori@ch-argenteuil.fr
		Bernard VACHER	Chirurgien viscéral (Colorectal / Thyroïde)	bernard.vacher@ch-argenteuil.fr
Digestif	Centre hospitalier Sud francilien (91)	Jan Martin PROSKE	Chirurgien viscéral	jm.proske@chsf.fr
		Marie-Paule SAULI	Directrice des soins	marie-paule.sauli@chsf.fr
Gynécologie	HU Est Parisien Hôpital Tenon APHP (75)	Cyril TOUBOUL	Chirurgien	Cyril.touboul@aphp.fr
		Olga SZYMKIEWICZ	Anesthésiste	olga.szymkiewicz@aphp.fr
		Moufida TIAB	Cadre de santé	moufida.tiab@aphp.fr
Gynécologie	GHEM - Hôpital Simone Veil (95)	Vincent VILLEFRANQUE	Chirurgien	vincent.villefranke@ch-simoneveil.fr
		Safia ZIOUI	Anesthésiste	safodoc@yahoo.fr

CONTACT AMBASSADEURS

Spécialité	Etablissement	Référent(s)	Fonction	juinl
Orthopédie	Clinique Saint Louis (78)	Valérie GONTHIER	IDE Référente	iderrac@cslpoissy.fr
		Estelle MAHE	Cadre de santé	emahe@cslpoissy.fr
Orthopédie	GH Paris Saint Joseph (75)	Pascal ALFONSI	Anesthésiste	palfonsi@hpsj.fr
		Pomme JOUFFROY	Chirurgien	pjouffroy@hpsj.fr
Orthopédie	HU Paris Centre Hôpital Cochin APHP (75)	Anissa BELBACHIR	Anesthésiste	anissa.belbachir@aphp.fr
		Philippe ANRACT	Chirurgien	philippe.anract@aphp.fr
		Marie-Christine BERTIN	Masseur Kinésithérapeute	bertin.mariechristine@aphp.fr
		Magali BEQUET	IDE	magalibequet10@gmail.com
Orthopédie	HU Paris Hôpital Raymond Poincaré APHP (75)	Valeria MARTINEZ	Anesthésiste	valeria.martinez@aphp.fr
		Nejma MABROUK-ZERGUINI	Anesthésiste	nejma.zerguini@aphp.fr

REMERCIEMENTS





AGENCE REGIONAL DE SANTE D'ILE DE FRANCE
Immeuble Curve – 13 rue du Landy, 93000 SAINT DENIS
Tél. 01 44 02 00 00 – FAX 01 44 02 01 04
Ars.iledefrance.sante.fr