

ITW – équipe récupération améliorée

f p g



Ivane Audo, médecin généraliste à Lanester nous présente le projet de Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC).

GECO Lib' : Vous travaillez actuellement sur un projet de retour rapide après chirurgie ambulatoire à Lorient. Pourquoi avez-vous souhaité travailler sur ce thème en particulier ?

Ivane Audo : En mars 2016, les PS libéraux ont été contactés par l'HAD de Lorient pour les informer que la Clinique Mutualiste de Lorient lançait une concertation sur le sujet, l'HAD pensant, suivant la MP 29 (prise en charge en HAD des post-chir) qui venait de sortir, que les patients entrant dans le programme seraient pris en charge à domicile par ses soins. J'ai donc étudié la question et lu beaucoup d'articles sur le sujet. Je me suis aperçue alors que le but de la RAAC était de diminuer la DMS en chirurgie, or l'HAD est une hospitalisation qui coûte 196,00€/j en moyenne (plus pour le post chir). Beaucoup d'établissements appliquent ce programme en France sans coordination avec les PS habituels du patient (CAPIO, VIVALTO DOM, etc...)et certains établissements restent en contact avec les patients après leur retour à domicile via des applications sur smartphone ou tablette... connectées à des serveurs qui analysent les réponses et «sonnent» le chirurgien si certaines réponses ne sont pas correctes !!! Le côté humain rassurant pour le patient, souvent âgé, et gage de la qualité des soins était complètement shunté, le médecin traitant notamment n'étant pas mis dans la boucle ni en amont ni en aval de la chirurgie. J'ai donc souhaité monter un groupe de travail pluri-professionnel (médecin, chirurgien, anesthésiste, IDE, kiné, pharmacien) afin que chacun puisse exprimer son avis et Geco Lib' a proposé de faire le lien et de nous aider. Il en est ressorti que tous étions intéressés par le sujet, notamment pour pouvoir gérer l'amont et l'aval de l'hospitalisation

du patient qui sera de retour à domicile le lendemain d'une chirurgie dite lourde (différence avec la chirurgie ambulatoire).

En amont, par la mise au courant du projet de tous les intervenants habituels, aidants naturels inclus; par la constitution de fiches de liaisons inter-pro notamment pour l'éligibilité médicale ET sociale du patient ; par la décision précoce de la date de sortie du patient (hors événement indésirable) en fonction de la date opératoire afin que tous les soignants aient prévu la prise en charge sur leurs agendas, et surtout pour pouvoir préparer le patient physiquement et moralement afin de le rassurer sur le déroulé de cette prise en charge à domicile.

En aval, pour que tous les soignants soient disponibles pour cette prise en charge, qui reste lourde sur la 1ère semaine post chirurgie ; pour que le patient soit entouré correctement afin d'éviter une ré-hospitalisation

Ce projet permet de créer un lien entre les différents soignants, le patient et sa famille, et d'assurer une coordination primordiale pour la qualité de la prise en charge du patient, tous les soignants étant au courant de tous les éléments importants concernant le patient et sa chirurgie.

GECO Lib' : Concrètement, comment va se mettre en oeuvre le projet ?

IA : Ce projet sera porté par une Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en voie de constitution, CPTS qui inclura les professionnels de Santé libéraux mais aussi les établissements MCO et sera en lien avec le social. Nous allons mettre en place des réunions d'information pour les professionnels mais aussi pour les usagers et les collectivités, ces dernières étant indispensables pour la mise en place des aides à la vie courante si le patient est seul ou «mal entouré». Dans ce cas, la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie) via le PRADO (PRogramme d'Accompagnement du Retour A Domicile) chirurgie pourra également intervenir, en rappelant que sa fonction première est de trouver des soignants aux patients qui en sont dépourvus.

Un livret sera délivré au patient et aux soignants afin que tous les acteurs soient informés du déroulé de la prise en charge, et ceci dès la décision de l'acte chirurgical et de l'évocation de la possibilité de l'inclure dans le programme RAAC.

Nous attendons le feu vert de l'ARS car il est indispensable qu'un coordinateur soit embauché pour faire le lien entre tous les acteurs. Or pour le moment, aucun budget n'est octroyé.

GECO Lib' : Par quelles étapes êtes vous passés et quel chemin vous reste-t-il à parcourir ?

IA : Les premières étapes sont franchies : le lien entre les professionnels de santé, libéraux et d'établissements ; La constitution du dossier avec description du déroulé de la prise en charge dans ses moindres détails, qui a été validé par l'ensemble des soignants concernés, à destination des soignants profession par profession mais aussi à destination du patient et de son entourage (validé par les associations d'usagers); L'estimation du budget avec donc embauche d'un coordinateur (IDE) mais aussi valorisation des actes des soignants pour des actes longs habituellement faits en hospitalisation (DMS habituelle de 8 jours pour une prothèse de genou).

La DGOS et la CNAM sont intéressés par le projet, la déclaration de Mr Revel concernant la création d'un fond national, donc pérenne, pour les projets innovants venant confirmer leur intérêt. La création envisagée d'un forfait à l'épisode de soins vient de ce projet, même si le fait que le forfait soit donné à l'établissement et non aux soignants libéraux ne nous convient pas. A nous maintenant de nous battre pour que le forfait soit donné à la CPTS porteuse du projet et qu'il y ait une enveloppe pérenne pour rémunérer le coordinateur. Le financement reste l'étape qui déclenchera le début de la mise en application réelle de ce projet.

GECO Lib' : Comment GECO Lib' vous a accompagné ? Qu'est-ce que cela vous a apporté ?

L'aide apportée par Geco lib' a été précieuse pour la structuration du projet. O. Briantais, Delphine In et H. Le Hetet ont été présents à chaque réunion, nous permettant de mettre nos idées «en ordre» et de voir ce qui était faisable et ce qui ne l'était pas. Olivia a fait le budget, commenté et validé par toute l'équipe projet, ainsi que le préambule présentant ce projet RAAC avec l'aide de H. Le Hetet dont l'expérience acquise avec le projet [chir ambu de Cesson](#) nous a permis d'avancer plus vite et d'aller à «l'important».

Ils nous ont également permis de présenter le projet à la DGOS et à l'ARS en nous rendant crédibles aux yeux des instances.

L'équipe projet du Territoire Lorient-Quimperlé :

- Dr FX Gunepin et O. Cantin, chirurgiens orthopédiques
 - Dr C. Leyrissoux, URPS Pharmaciens Bretagne
 - Dr A. Berthier et I. Audo, URPS ML Bretagne
 - E. Boucher, URPS Kinés Bretagne
 - Ch. Le Doussal et A. Lorho, URPS IDE Bretagne
 - Dr H. Le Hetet, O. Briantais, D. In, GECO Lib'
-