

ARS Grand Est

Développement de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie
(RAAC)

Journée de lancement

Bienvenue à tous !

Réunion du 28 Février 2019

Plan

- 1. Introduction et motivation de l'ARS**
- 2. Déploiement de la RAAC : les clés de la réussite**
- 3. Présentation de la démarche**
 - 3.1 Les groupes et les acteurs de la démarche**
 - 3.2 Rôles et implication des acteurs**
 - 3.3 Etapes et déroulement**
 - 3.4 Le calendrier**
- 4. Première étape : Autodiagnostic**
- 5. Question/réponses**
- 6. Conclusion**

1. Introduction et motivation de l'ARS

Introduction et motivation de l'ARS

RAAC : Volonté de promouvoir ce mode de prise en charge

Objectif du PRS Grand Est

RAAC : Amélioration de la qualité de prise en charge des patients

Equipe médico-soignante centrée sur le parcours de soins

Démarche d'accompagnement d'envergure reposant sur :

- ➔ Le volontariat
- ➔ Le partage d'expérience
- ➔ Un véritable engagement des services : participation aux réunions, travaux préparatoires aux réunions, engagement auquel l'ARS sera attentive.

2. Déploiement de la RAAC :

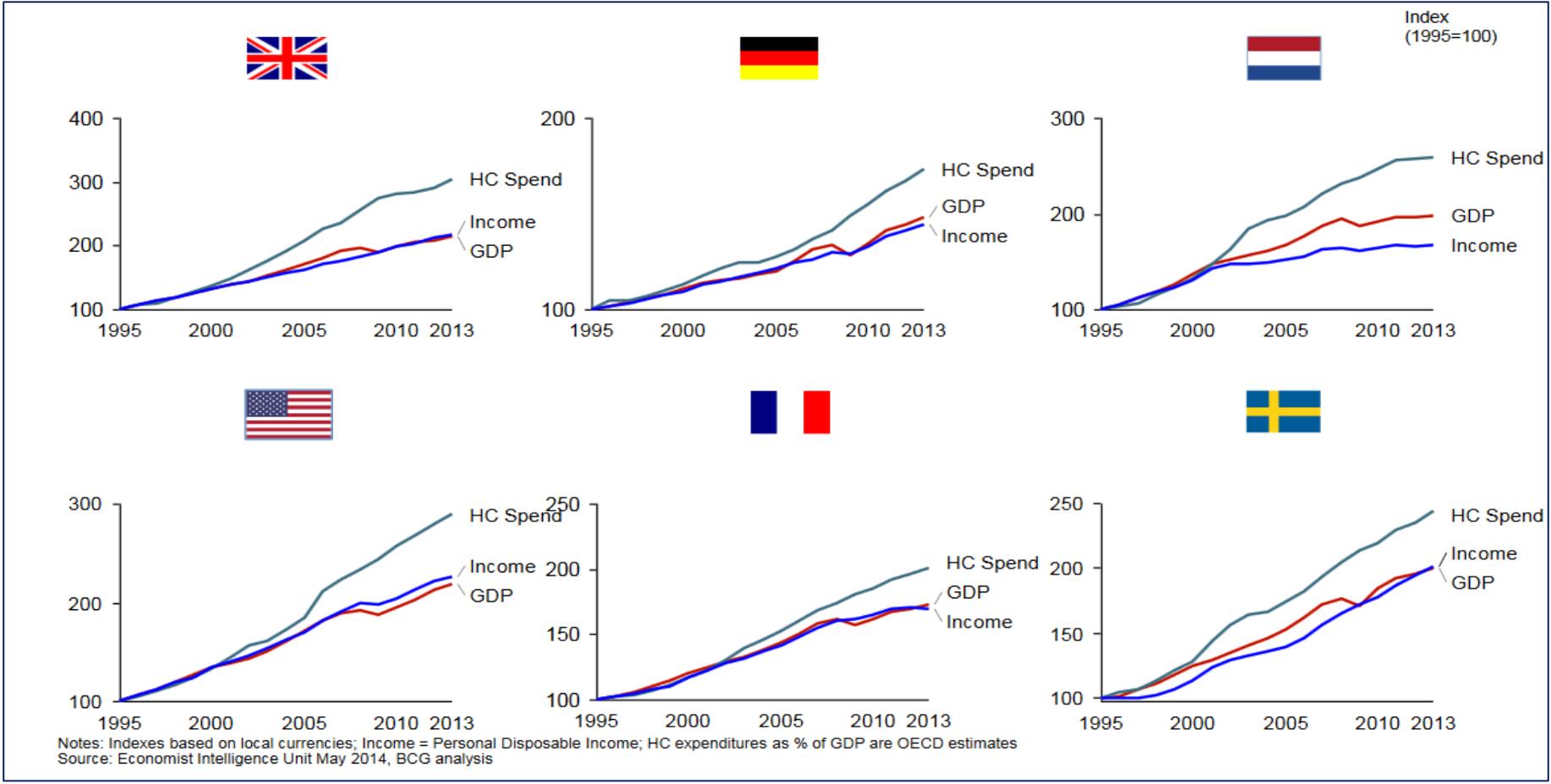
Les clés de la réussite

- **Contexte et enjeux des systèmes de Santé**
- Proposition de définition, objectifs, résultats
- **Méthodologie**



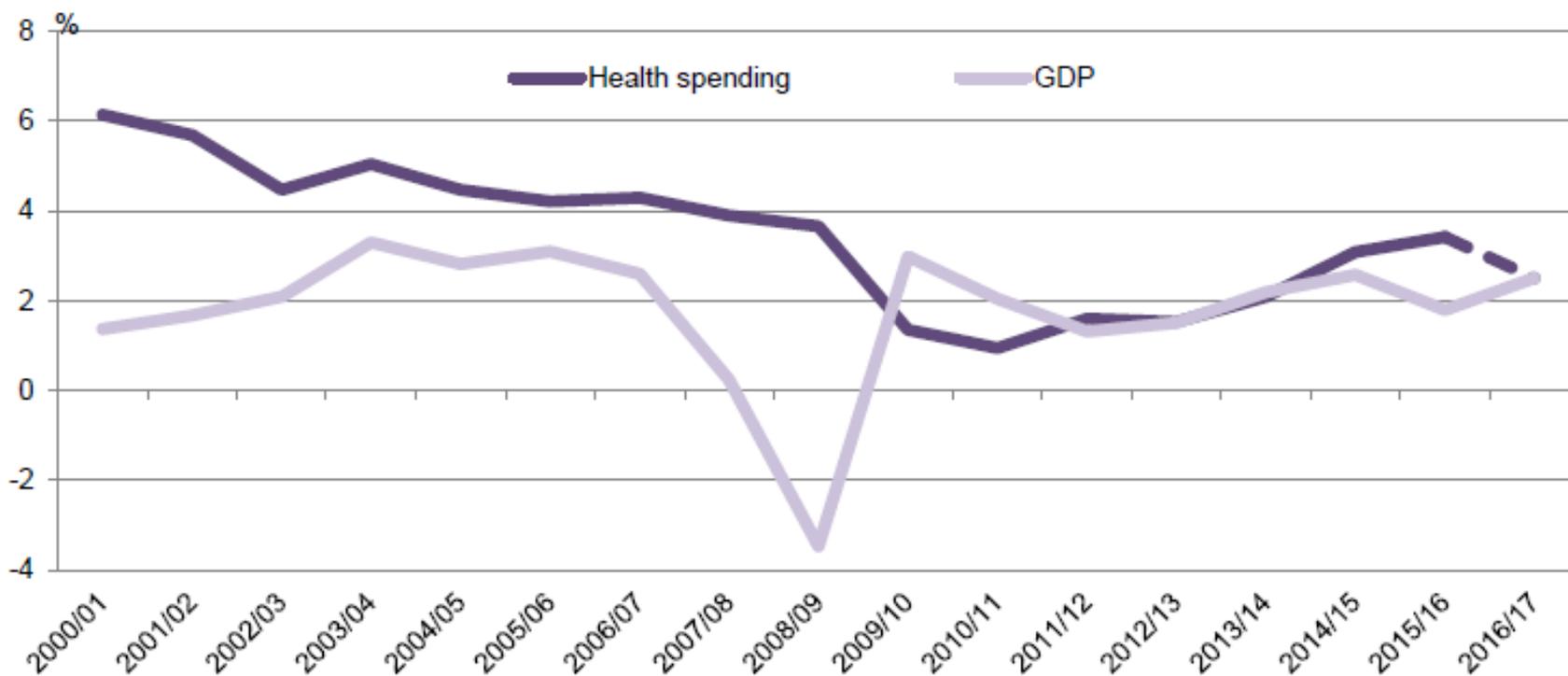
Une pression économique croissante

DCSi vs PIB et revenus per capita



Alignement des Dépenses de Santé et PIB

Croissance comparée DCSi et PIB pays OCDE



Source: OECD Health Statistics 2018.

Des ressources perdues !



20%

Ressources perdues ?

Les patients ne reçoivent pas les justes soins?

- Duplication des soins et services
- Evènements indésirables évitables
- Dégradation de la valeur du soins : non efficace, inapproprié, coût inadapté

Les résultats pourraient être obtenus avec moins de ressources?

- Soins non actualisés (RFE)
- Prix élevés non justifiés (marque/générique)
- Allocation des ressources inadaptée (Hosp –ambu)

Les ressources sont inutilement détournées des soins?

- Gestion administrative inadaptée
- Fraude, abus , corruption



Une variabilité dans les résultats cliniques

2X variation in 30-day mortality rate from heart attack in US hospitals



4X variation in bypass surgery mortality in the UK hospitals



5X variation of major obstetrical complications among US hospitals



9X variation in complication rates from radical prostatectomies in the Dutch hospitals



18X variation in reoperation rates after hip surgery in German hospitals



20X variation in mortality after colon cancer surgery in Swedish hospitals



36X variation in capsule complications after cataract surgery in Swedish hospitals



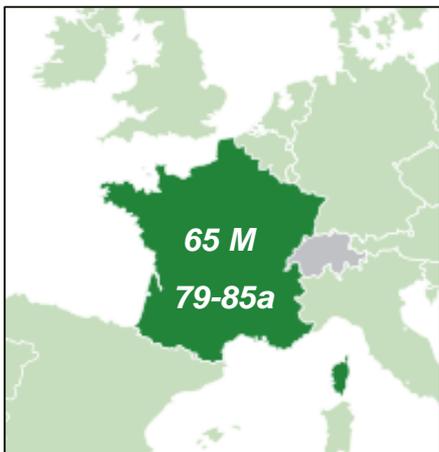
Source OECD – M. P.

Une surcapacité liée à l'organisation des soins

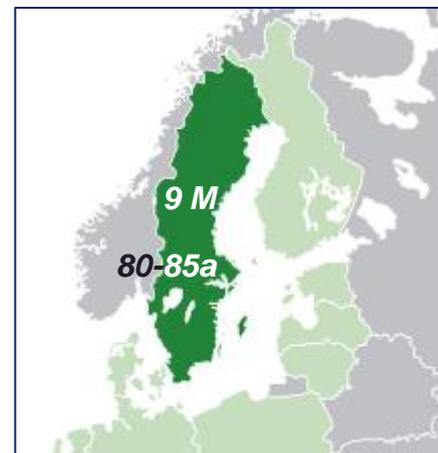
Lits H/ hab : **6,3‰**
 Sorties H : 166‰



Lits H/ hab : **2,7‰**
 Sorties H : 163‰



Tx de chir ambulatoire : 45%
 IAAS 2009 – 37 procédures



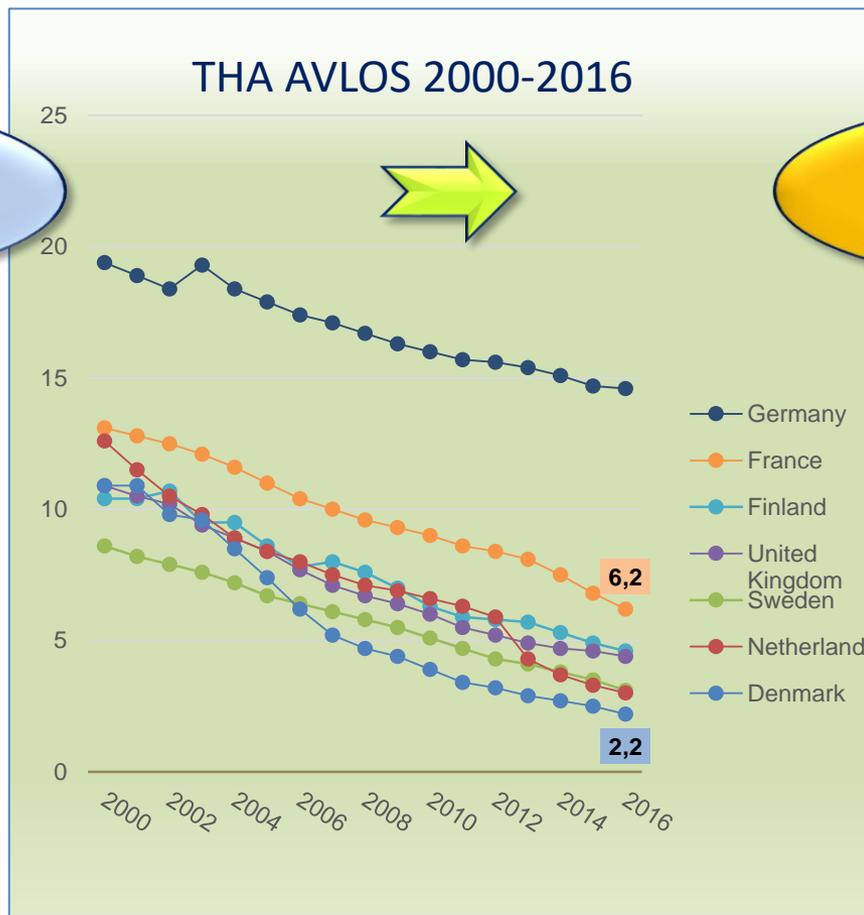
Tx de chir ambulatoire: 73%
 IAAS 2009 – 37 procédures

Sources : OCDE (2011-2018), *Health at a Glance: Europe*,

Une surcapacité liée à l'organisation des soins

Réduction DMS

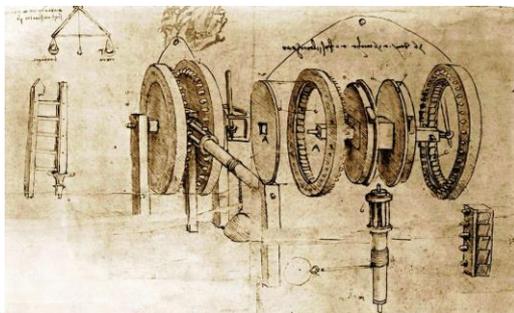
Processus de soins
 RAAC - Ambu



Sources : OCDE (2011-2018), *Health at a Glance: Europe*,



Enjeux = Processus de soins !



2. Déploiement de la RAAC :

Les clés de la réussite

- Contexte et enjeux des systèmes de Santé
- **Proposition de définition, objectifs , résultats**
- Méthodologie

Une autonomie précoce permise par une intervention sans douleur et sans risque



« Pain and risk free intervention »



- 1 – Réduction du stress chirurgical
- 2 – Gestion multimodale de la douleur + épargne morphinique

« Why the patient is still in the hospital ? »



- 3 -Autonomie précoce du patient
 - Information
 - démédicalisation
 - Mobilisation
 - Nutrition

« What are your results ? »



- 4 – Audit
- 5 – Indicateurs de résultats (processus, cliniques , expériences)

Réduction de la morbidité en chirurgie colorectale réglée

The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials.

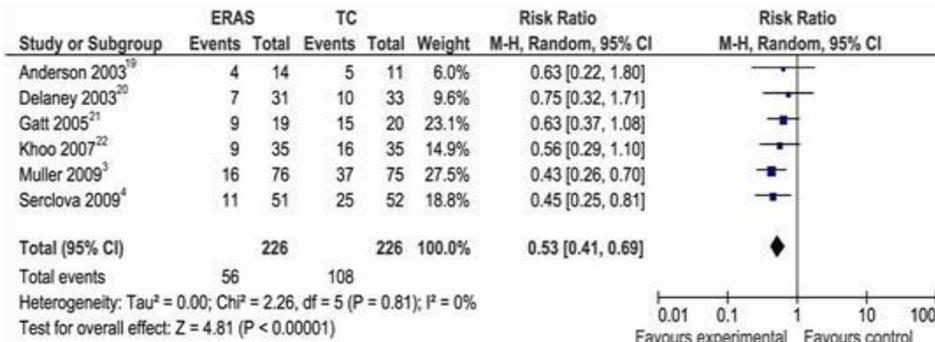
Source :

[Varadhan KK](#), [Neal KR](#), [Dejong CH](#), [Fearon KC](#), [Ljungqvist O](#), [Lobo DN](#).

Division of Gastrointestinal Surgery, Nottingham Digestive Diseases Centre NIHR Biomedical Research Unit, Nottingham University Hospitals, Queen's Medical Centre, Nottingham NG7 2 UH, UK

[Clin Nutr](#). 2010 Aug;29(4):434-40.

Meta-analysis: complications



Varadhan K et al Clin Nutr 2010

452 patients
 Complications post opératoires
Risque relatif 0,53 (IC 0,44-0,64)
 Mortalité et réadmission NS

Mortalité et réadmission NS

Réduction de la morbidité et mortalité à J+30 Chirurgie réglée PTG / PTH

Reduced short-term complications and mortality following Enhanced Recovery primary hip and knee arthroplasty : results from 6,000 consecutive procedures

Source

Acta Orthopaedica 2014; 85 (1): x-x.

Sameer K Khan, Ajay Malviya, Scott D Muller, Ian Carluke, Paul F Partington, Kevin P Emmerson, and Mike R Reedk

Department of Trauma and Orthopaedics,

Northumbria Healthcare NHS Foundation Trust, Ashington, Northumberland, UK.

2 types de parcours soins: Traditionnel		RRAC	
Périodes	: 2004-08		2008-11
Effectifs	: 3000		3000
Résultats			
Tx de transfusion	: 23%	7,6%	(p < 0,001)
IDM incidence 30j post op	: 0,9%	0,4%	(p < 0,03)
Décès 30j	: 0,5%	0,1%	(p < 0,03)
<i>Durée moyenne de séjour</i>	: <i>6 jours</i>	<i>3 jours</i>	(p < 0,01)



« This is the largest series of consecutive and **unselected** primary hip and knee arthroplasties reported to date, and confirms that Enhanced Recovery is practical, safe for patients »

Réduction de la mortalité à 2 ans chirurgie réglée PTG / PTH

Reduced medium-term mortality following primary total hip and knee arthroplasty with an enhanced recovery program. A study of 4,500 consecutive procedures..

Source

[Acta Orthop.](#) 2013 Feb;84(1):40-3.

[Savaridas T](#), [Serrano-Pedraza I](#), [Khan SK](#), [Martin K](#), [Malviya A](#), [Reed MR](#)

Northern Deanery Orthopedic Training Programme, UK. TSavaridas@doctors.net.uk

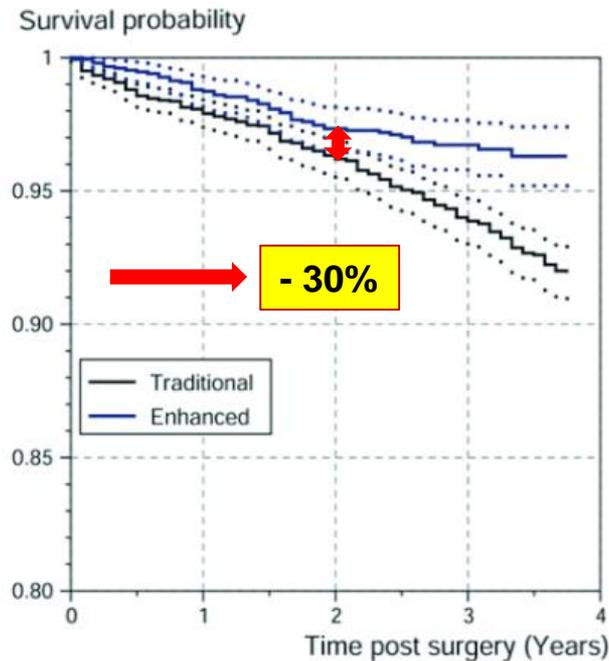
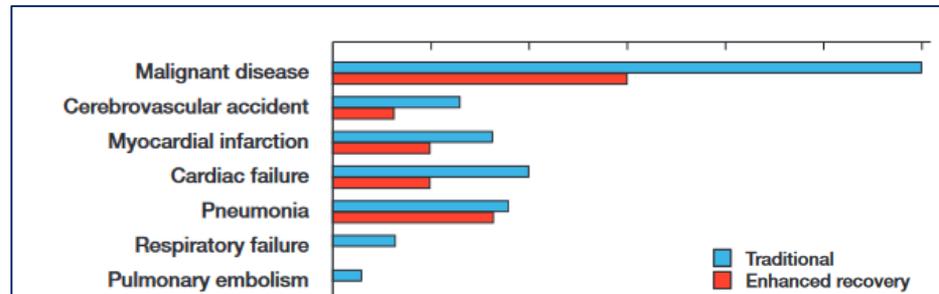


Table 2. Comparison of mortality rates in the two groups

	TRAD (n = 3,000)	ER (n = 1,500)	p-value (chi-squared test)
Dead by 1 year	63 (2.1%)	19 (1.3%)	0.05
Dead by 2 years	114 (3.8%)	40 (2.7%)	0.05



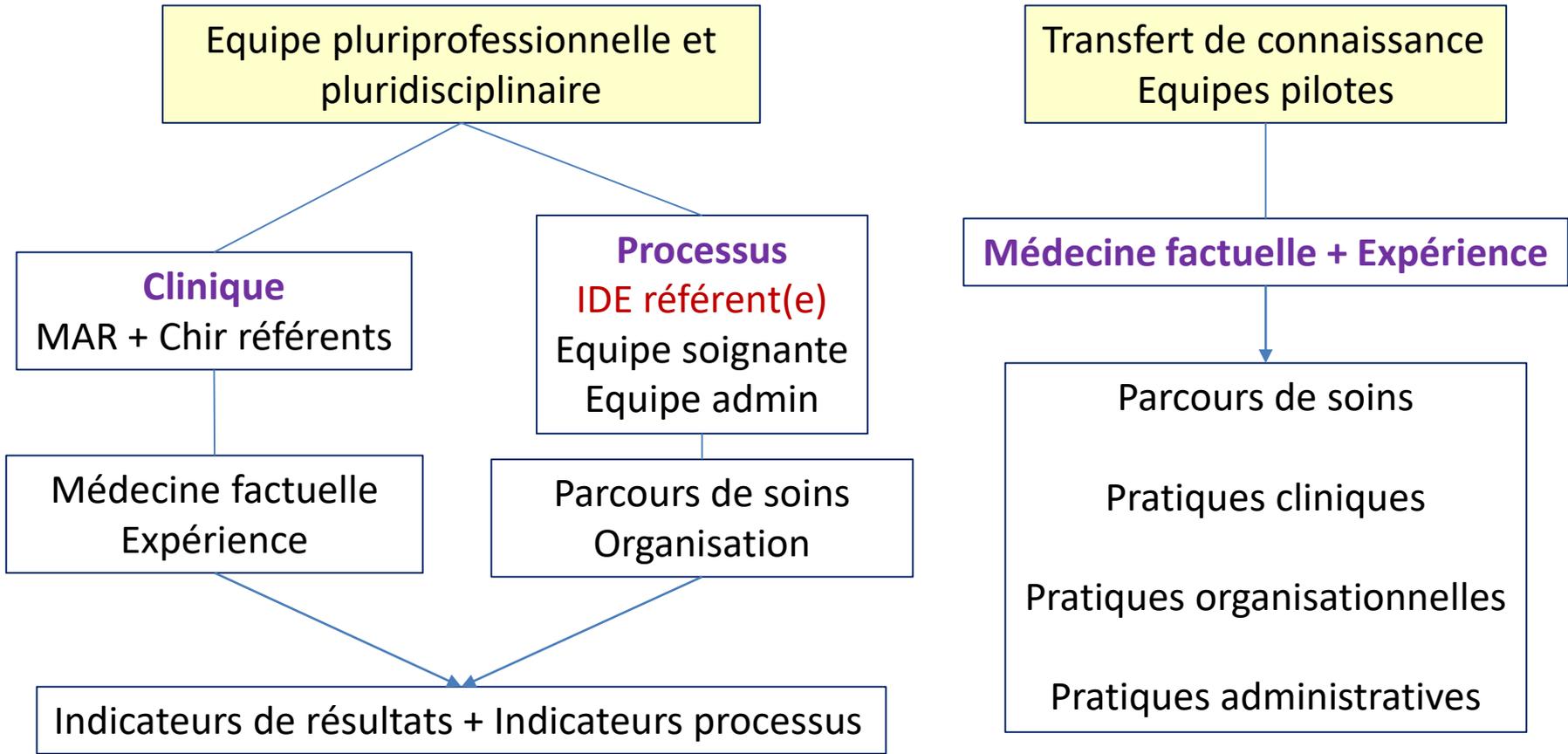
Survival Probabilities $\pm 95\%$ C.I.

2. Déploiement de la RAAC :

Les clés de la réussite

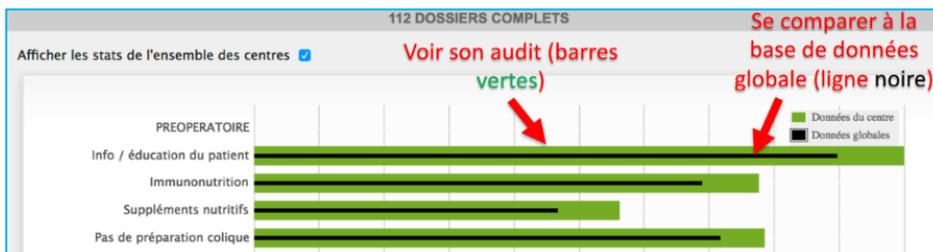
- Contexte et enjeux des systèmes de Santé
- Proposition de définition
- **Méthodologie**

Les changements des pratiques sont cliniques et organisationnels

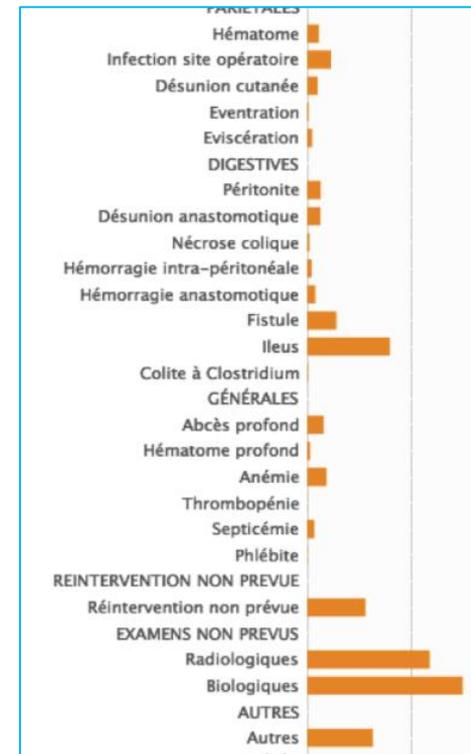


Mesurer ce qui est fait - Evaluer ses résultats

Audit GRACE

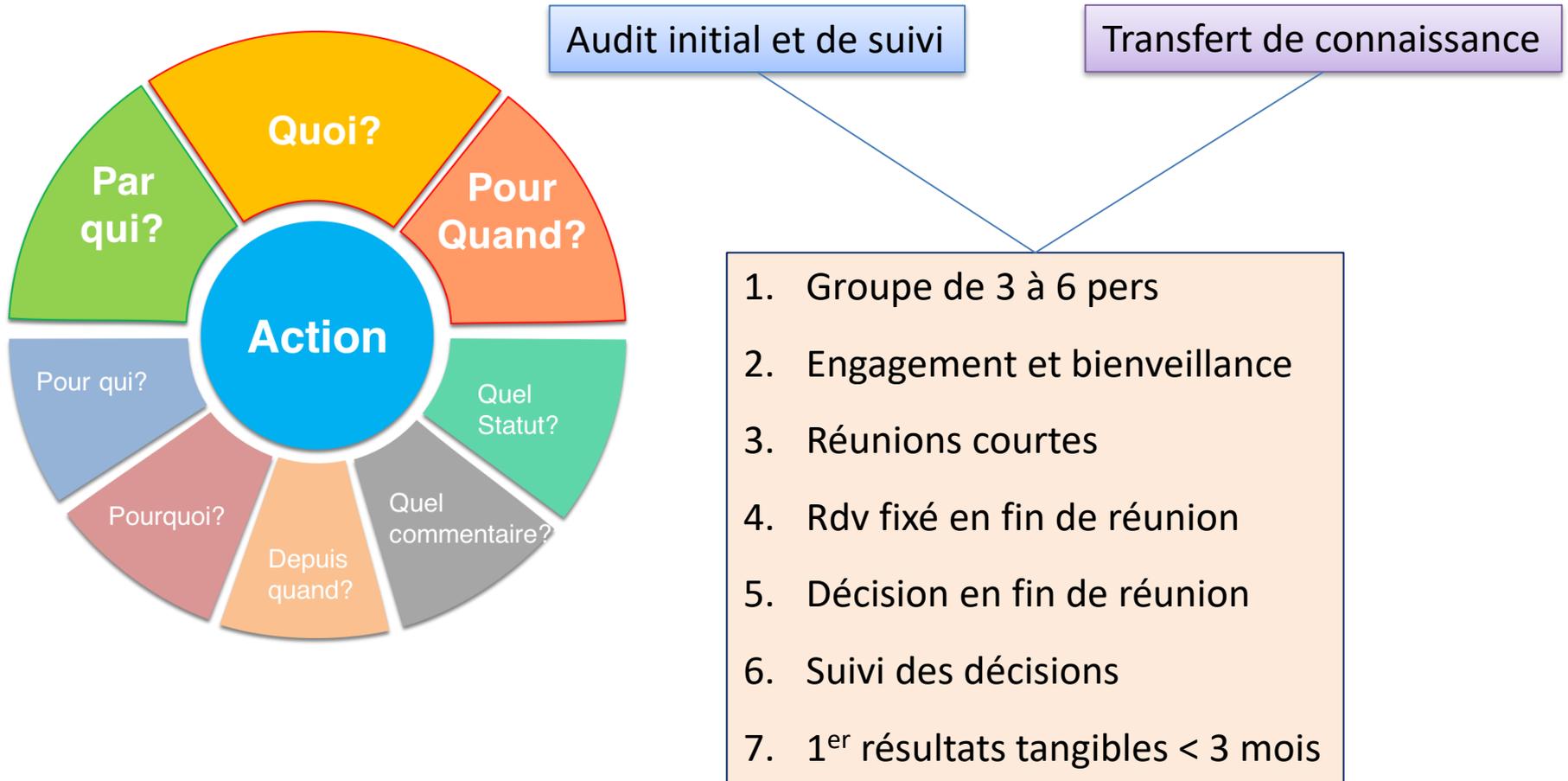


Audit et indicateurs de résultats



- 1 – Implémentation des RFE
- 2 – Résultats cliniques (Morbidity sur 3mois (Réhospit.))
- 3 – Résultats patients (PROM PREM)
- 4 – Résultats processus (DMS)

Plan d'action et suivis



Identifier les freins et les blocages pour les traiter !

Implementation of ERAS and how to overcome the barriers

International Journal of Surgery 7 (2009) 6–19

Arman Kahokehr, Tarik Sammour, Kamran Zargar-Shoshtari, Lisa Thompson, Andrew G. Hill.

Revue de la littérature et retour d'expérience monocentrique de 3 ans (programme RRAC colorectal)
Focus sur les obstacles et les moyens de les lever

Conclusion

L'implémentation et la poursuite d'un programme ERAS colorectal est ***un challenge !***

Identification des leviers

- 1 – *Formation des patients* (consultation IDE préop, objectifs patients)
- 2 – Le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire (*harmonie et dynamique* entre les acteurs, sécurité des soins),
- 3 – Elargissement de l'implication de l'anesthésiste dans la prise en charge *périopératoire*
- 4 – Dépasser les traditions et les dogmes (le programme ERAS = *standard* de soins)
- 5 – *Formation continue* des équipes soignantes (turn over des équipes, déviation du protocole)
- 6 – *IDE référente ERAS* : accompagner les équipes IDE, adoption et suivi du protocole, éviter les écarts
- 7 – Faire *évoluer les protocoles* avec les nouvelles preuves scientifiques.

Le financement de la RAAC

Campagne tarifaire 2019

- suppression des bornes basses 2,3,4 parcours identifiés RAAC
- PTG, PTH, Colectomie pour cancer, hystérectomie ...

Payement à l'Episode De Soins :

- rémunération collective du parcours ajustée au risque patient
- rémunération ETP IDE parcours
- rémunération d'une garantie réhospitalisation
- PTG, PTH, Colectomie pour cancer

Les messages du programme d'accompagnement

1. **L'enjeux = parcours de soins**
2. **Une définition claire de l'objectif = autonomisation précoce du patient**
3. **Le changement est clinique et organisationnel**
4. **Mesurer et évaluer pour améliorer et sécuriser nos processus**
5. **Plan d'action = court simple utile**
6. **Engagement et bienveillance**

3. Présentation de la démarche

3.1. Les groupes et acteurs

Les groupes et les acteurs



Dr Claire TRICOT



Hugo FAURE GEORS Rachel DORANGEVILLE



Directeur de mission IRIS Conseil Santé :
Dr Charles PETITOT



Consultant référent :
Loïc LE MENN



Référent scientifique :
Dr Jean Felix VERRIER



Consultant référent :
Alaa REDISSI

Experts médicaux (chirurgien, anesthésiste)

Groupe n°1
Digestif et urologie

Service de chirurgie référent G1
CHU de Nancy

SCC1 : CHU de Strasbourg
(urologie)

SCC2 : GHSV Sainte-Barbe

SCC3 : Clinique St-François

SCC4 : CH de Verdun

SCC5 : GH Selestat-Obernai

Groupe n°2
Digestif et urologie

Service de chirurgie référent G2
CHU de Strasbourg

SCC1 : CH de
Sarreguemines

SCC2 : CH Epinal
- CH Remiremont

SCC3 : Hôpital Saint Avold

SCC4 : CH de Haguenau

SCC5 : CHU de Nancy
(urologie)

Groupe n°3
Gynécologie

Service de chirurgie référent G3
CRLCC Godinot

SCC1 : CH de Haguenau

SCC2 : CHU de Strasbourg

SCC3 : GHRMSA (*Mulhouse*)

Groupe n°4
Orthopédie

Service de chirurgie référent G4
CHU de Strasbourg

SCC1 : Clinique St-François

SCC2 : CHU de Nancy

SCC3 : CH de Remiremont

SCC4 : CH de Troyes

Groupe n°5
Orthopédie

Service de chirurgie référent G5
FMD Schweitzer

SCC1 : GHRMSA (*Mulhouse*)

SCC2 : CH de Sarrebourg

SCC3 : CHR Mercy
- CHR Bel Air

SCC4 : GH Selestat-Obernai

SCC5 : CHIOV Neufchâteau

Cabinet Conseil -

Groupes de Travail



Consultants support logistique
Sadeka MAHAMODRAZA & Thomas BELLAICHE



Les critères de sélection et de constitution des groupes

- ❑ **Critères de sélection des candidats** pour la première vague d'accompagnement :
 - Le niveau d'activité du service sur les actes visés
 - Equipe complète de référents constitués (Chirurgien/MAR/IDE/Cadre/Direction)
 - Un nombre suffisant de services de la même discipline
 - L'existence d'un service référent

- ❑ **Critères de sélection des référents** :
 - Service labellisé GRACE ou ERAS
 - Equipe complète de référents constitués (Chirurgien/MAR/IDE-Cadre/Direction)

- ❑ **Critères de constitution des groupes** :
 - Spécialités identiques ou proches (digestif/urologie pour deux groupes)
 - Favoriser les échanges inter-établissements
 - Proximité géographique autant que possible

Groupe 1 et 2 : Digestif et Urologie

Groupe 1

CH de Verdun

Clinique St François Hagenau

CHU de Nancy

CHU de Strasbourg

GHSV Ste Barbe

GH Sélestat - Obernai

Service de chirurgie référent

Service de chirurgie candidat

Groupe 2

Hôpital St Avold

CH Sarreguemines

CH Hagenau

CHU de Nancy

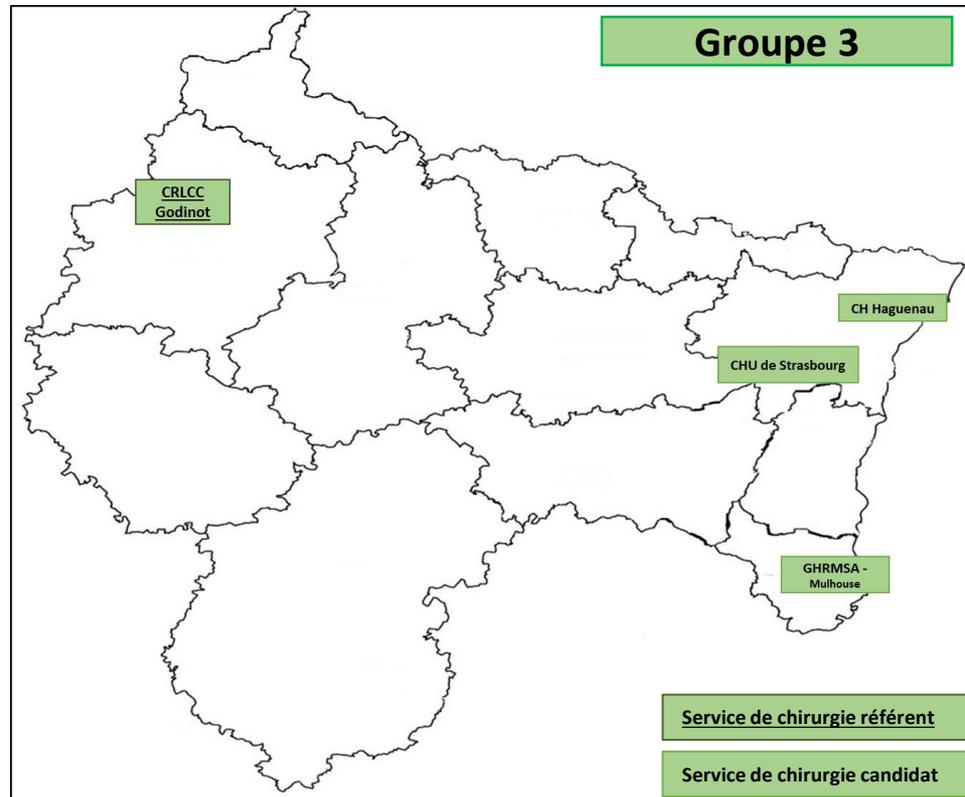
CHU de Strasbourg

CH Epinal - CH Remiremont

Service de chirurgie référent

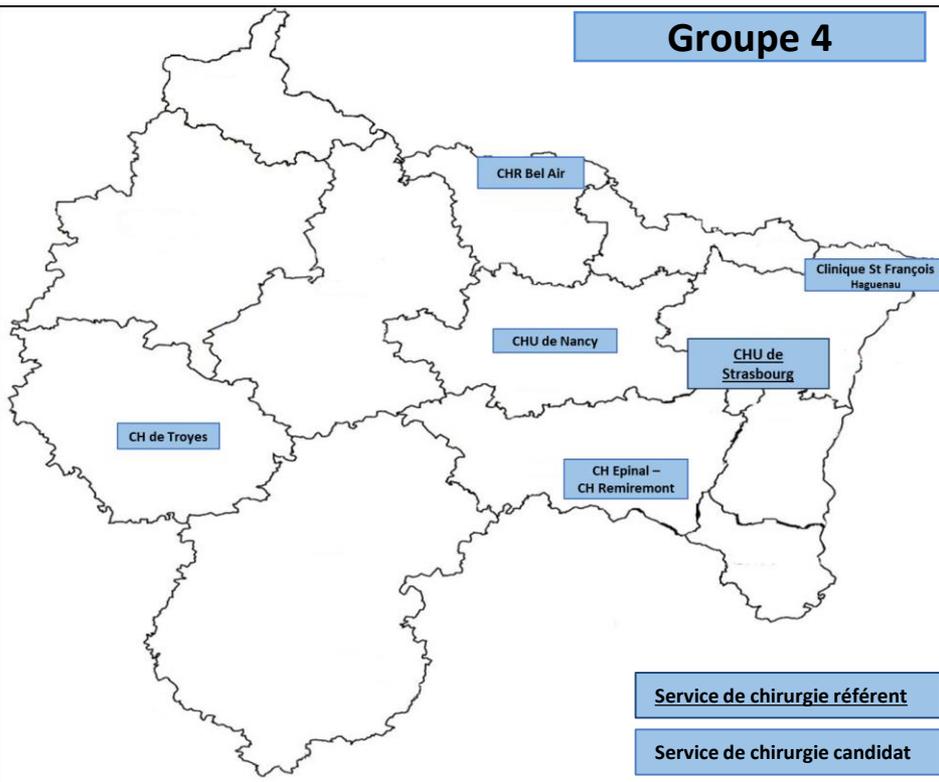
Service de chirurgie candidat

Groupe 3 : Gynécologie

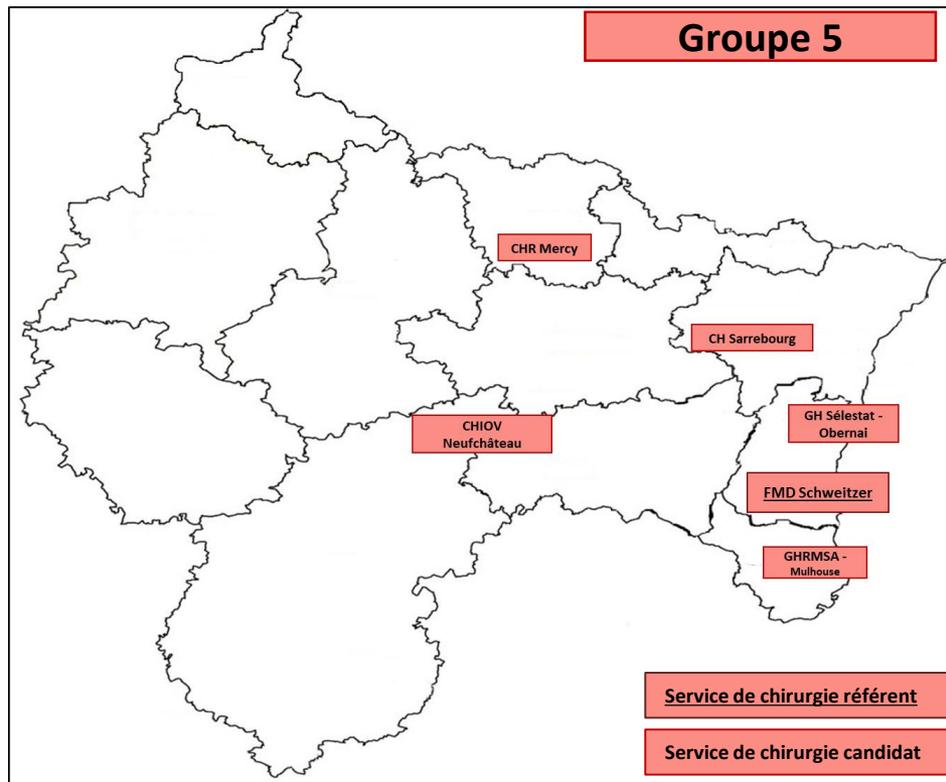


Groupe 4 et 5 : Orthopédie

Groupe 4



Groupe 5



3. Présentation de la démarche

3.2. Rôle et implication des acteurs

Rôle des services de chirurgie référents

SERVICE REFERENT Pratique avancée de la RAAC

- Partage de leur parcours de soins
- Partage des protocoles cliniques mis en œuvre :
 - Préparation du patient avant l'hospitalisation
 - Préopératoire
 - Peropératoire
 - Postopératoire
 - Suivi après hospitalisation
- Partage d'astuces « pratico-pratiques » : techniques, organisation, implication des équipes et pilotage

Rôle des consultants

SERVICE REFERENT
Pratique avancée de
la RAAC

CONSULTANTS REFERENTS
(+ experts médicaux)
Transfert de connaissance/expérience

SERVICE CANDIDAT
Développe la RAAC

- Structurer la démarche RAAC : étapes, calendrier, outils, évaluation, suivi
- Structurer et organiser le transfert « technologique » et de savoir-faire vers les services candidats
- Faciliter les échanges d'expériences entre les services
- Faire intervenir les experts médicaux à la demande en privilégiant les services de chirurgie référents

Rôle des services de chirurgie candidats

SERVICE CANDIDAT Développe la RAAC

- Poursuivre activement les étapes de la démarche
- Maintenir la même équipe de référents sur la durée de la démarche
- Evaluer les résultats tout au long de la démarche
- Signaler au consultant référent toutes les difficultés rencontrées de nature à compromettre les résultats

Le Directeur référent du SCC : SPONSOR de la démarche

- **Soutient l'équipe** référente tout au long de la démarche
- Est **garant** du bon de déroulement de la démarche
- Est **porteur** des discussions relatives aux ressources et investissements nécessaires au déploiement de la RAAC
- **Participe aux séances** de travail personnalisées (2 séances) et en groupe (4 séances)

3. Présentation de la démarche

3.3. Etapes et déroulement

Des interlocuteurs privilégiés

SERVICE REFERENT
Pratique avancée de la RAAC

CONSULTANTS REFERENTS
 (+ experts médicaux)
 Transfert de connaissance/expérience

SERVICE CANDIDAT
Développe la RAAC

- 1 directeur référent
- 1 chirurgien référent
- 1 anesthésiste référent
- 1 IDE ou cadre référent

Pour chaque établissement candidat et référent :

- 1 consultant référent :
Loïc LE MENN ou Alaa REDISSI
- 1 consultant en appui logistique (outil & déroulement, hotline) :
Sadeka MAHAMODRAZA & Thomas BELLAICHE

- 1 directeur référent
- 1 chirurgien référent
- 1 anesthésiste référent
- 1 IDE ou cadre référent

Choisir un interlocuteur interne « organisation et logistique » - IDE ou cadre

Choisir un interlocuteur interne « organisation et logistique » - IDE ou cadre

Les étapes – Vue globale

Participation SCR
* : réalisés en une étape

2 mois

Phase 1
Autodiagnostic
→ Le point de départ

- Saisir des dossiers patients dans la base GRACE-Audit
- Renseigner un questionnaire maturité / organisation
- Décrire le chemin clinique actuel* (par SCC)
- Présentation et échange sur les bonnes pratiques (GT1)
- Restitution de l'autodiagnostic avec mise en évidence des axes de travail (GT2)

2 mois

Phase 2
Organisation cible et plan d'actions
→ Le point d'arrivée et les étapes

- Définir une cible, le chemin clinique RAAC cible*
- Mesurer les écarts entre la cible et le chemin clinique actuel*
- Construire le plan d'actions cible
- Visite du service de chirurgie référent
- Ajuster le plan d'actions (par SCC)
- Présentation des plans d'actions et priorisation (GT3)

8 mois

Phase 3
Mise en œuvre et évaluation
→ Le chemin clinique RAAC est en place et s'améliore !

- Accompagner et piloter le déploiement
- Mettre en place des outils d'évaluation
- Initier le lien ville-hôpital : organisation d'une rencontre
- Bilan à mi-parcours, retour d'expérience, ajustement des plans d'actions (GT4)
- Réunion de clôture – Bilan

Les étapes – Le chemin clinique : Cœur de la démarche

1/2

① Identification du point de départ – état des lieux : volume, pratiques, organisation...

② Définition de la cible et des objectifs RAAC – Identification du périmètre de la prise en charge pour l'application du parcours RAAC et de critères d'éligibilité

③ Elaboration du
Chemin
Clinique actuel

construit en
mentionnant les écarts-
risques par rapport aux
objectifs et à la cible

④ Plan d'actions pour atteindre
la cible et les objectifs

**Chemin
Clinique cible RAAC**

« patient autonome et
mobile le jour de
l'opération, et sans
douleur »

Récupération précoce

Sortie non médicalisée,
critères de sortie atteints

⑤ Mise en place d'un mode
d'évaluation (mesure, audit)

Les étapes – Le chemin clinique : Cœur de la démarche 2/2

Les points abordés :

- Critères d'éligibilité au parcours RAAC
 - Description complète de l'ensemble du parcours patient
 - Préparation des patients
 - Processus Pré, Per et Post OP
 - Sortie
 - Suivi
 - Evaluation
- ➔ **Éléments cliniques et organisationnels**

Des travaux personnalisés et en groupe

Par SCC

2 séances de travail personnalisées sur les chemins cliniques et construction du plan d'actions par service candidat :

- animées par le consultant référent +/- expert médical

Accompagnement personnalisé à distance sur 12 mois : guidage, échanges de données, points d'avancement, réponse aux questions, suivi des indicateurs et plans d'actions

- avec le consultant référent
- et le consultant en appui logistique

En Groupe

4 séances de travaux en groupe pour chaque groupe (GT1 à GT4)

- en présence du service référent
- animées par le consultant référent

1 visite du service référent :

- avec des rencontres par métier et une mise en commun

1 rencontre ville / hôpital par zone géographique-spécialité

Phase 1

Participation SCR

Autodiagnostic

➔ Le point de départ

OBJECTIFS

Savoir d'où je pars ?

Quels objectifs je me fixe ?

Comment j'évolue
? depuis le début de la
démarche

Comment je me situe ? par
rapport aux autres services
qui développent la RAAC
(groupe et France)

1) Enregistrement de 10 dossiers patients sortis (Base GRACE)

Mais saisie de dossiers patients tout au long de la démarche
+ Quelques données patients complémentaires enregistrées dans
un tableau.

2) Un questionnaire « organisation » sur le parcours patient

Sera renseigné tous les 6 mois et en fin d'accompagnement

3) Description du chemin clinique actuel : éléments cliniques et organisationnels (par SCC)

Séance de travail en groupe pluridisciplinaire interne à chaque
établissement

Présentation et échange sur les bonnes pratiques (GT1) & point d'avancement autodiagnostic

Présentation du chemin clinique RAAC appliqué par le SCR
Présentation des protocoles GRACE

Restitution de l'autodiagnostic avec mise en évidence des axes de travail (GT2)

Établissement guidé et
autonome

le chemin
clinique
actuel

un rapport
par SCC

Phase 1

Zoom sur le groupe de travail N°1 avec le SCR

□ Présentation et échange sur les bonnes pratiques & point d'avancement sur l'autodiagnostic

→ Retour d'expérience sur les chemins cliniques par les SCC

→ Présentation du chemin clinique RAAC par le SCR

- 1) Parcours de soins et organisation
- 2) Protocole d'anesthésie
- 3) Protocole de chirurgie
- 4) Accent sur les « **trucs et astuces** » et les zones de frottement

→ Présentation des protocoles GRACE : cible à atteindre par les SCC

→ Point d'avancement de l'autodiagnostic

Phase 1

Zoom sur le groupe de travail N°2 avec le SCR

□ Restitution de l'autodiagnostic avec mise en évidence des axes de travail

- Présentation de la **synthèse de l'autodiagnostic**
- Définition des **axes de travail** par SCC pour atteindre le chemin clinique RAAC cible

Le rapport d'autodiagnostic

Un tableau de bord et un diagnostic qualitatif avec des données sur :

- Le profil patient
- Les éléments clés du processus déjà intégrés et mis en place
- Les résultats

Organisation cible et plan d'actions

→ Le point d'arrivée et les étapes

OBJECTIFS

Définir la cible

Définir la feuille de route pour l'atteindre

Définition du chemin clinique RAAC cible (par SCC)

un chemin clinique cible par SCC

Identification des écarts entre la cible et le chemin clinique actuel (par SCC)

Séance de travail en groupe pluridisciplinaire interne à chaque établissement

Construction du plan d'actions cible (par SCC) à 3 mois

un plan d'actions par SCC

Visite du service de chirurgie référent (en groupe)

Ajustement du plan d'actions (par SCC)

Présentation des plans d'actions et priorisation (GT3)

Phase 2

Zoom sur la visite du SCR

☐ Visite du centre référent : multiplier les échanges et VOIR

→ Deux temps de rencontre :

- Par métier : anesthésistes, chirurgiens, IDE/cadres, directeurs
- Commun : les équipes RAAC du SCR et des SCC

Phase 2

Zoom sur le groupe de travail N°3 avec le SCR

□ Présentation des plans d'actions et priorisation des actions

- Présentation des **plans d'actions** des SCC (actions, gains attendus, pilotes, dates objectifs)
- Contribution à la **priorisation des actions** porteuses de résultats durables à court terme
(– de 3 mois)
- **Apport d'expérience** sur des actions ciblées par le SCR
- Mise en place des **outils de suivi et d'évaluation** : indicateurs, audit ciblé...

Notre expérience

- Un plan d'action à court terme, avec des résultats à 3 mois : on garde le rythme, on met en place rapidement ce qui a été validé, et on mesure les résultats
- Des actions à plus long terme peuvent conduire à un enlisement de la démarche... avec des difficultés de pilotage

Phase 3

Participation SCR

Mise en œuvre et évaluation
→ Le chemin clinique RAAC est en place et s'améliore !

OBJECTIFS

Déployer

Evaluer

Ajuster

Effectuer un bilan

Accompagner, suivre et piloter le déploiement (par SCC)

plan d'actions mis à jour

Mettre en place des outils d'évaluation (par SCC)

Initier le lien ville-hôpital : organisation d'une rencontre – amorcer un plan d'actions « parcours RAAC » (en groupe)

Bilan à mi-parcours, retour d'expérience, ajustement des plans d'actions (GT4)

Bilan intermédiaire actions / résultats

Réunion de clôture – Bilan

Phase 3

Zoom sur le groupe de travail N°4 avec le SCR

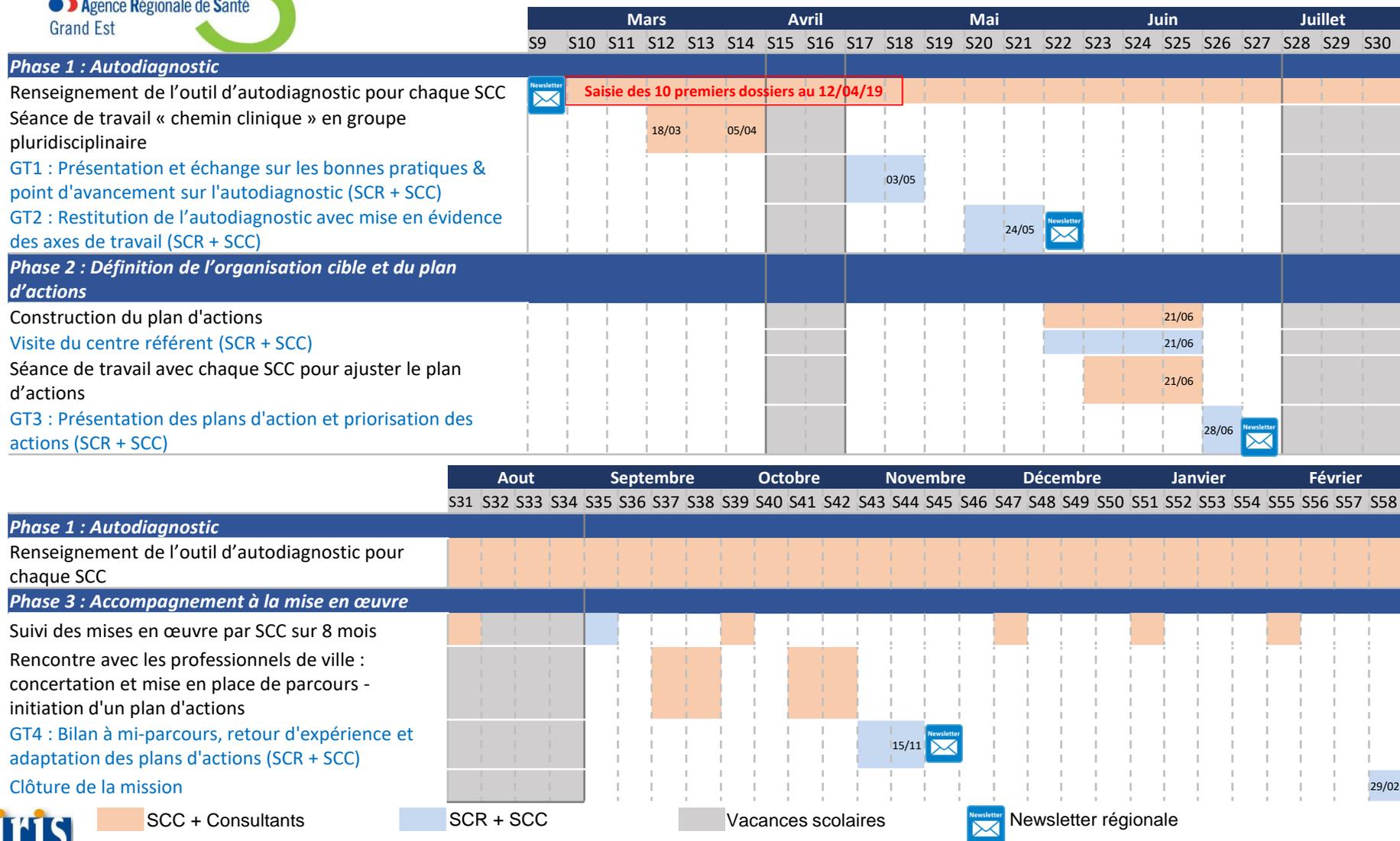
□ Bilan à mi-parcours, retour d'expérience, ajustement des plans d'actions

- Point d'avancement : résultats, points forts, difficultés rencontrées et points d'amélioration
- **Evaluation par rapport au démarrage de la démarche** (base GRACE & questionnaire)
- Apport d'expérience sur des actions ciblées

3. Présentation de la démarche

3.4. Le calendrier

Le Calendrier complet



SCC + Consultants

SCR + SCC

Vacances scolaires

Newsletter régionale

Le calendrier des principales rencontres

Etape	Date prévisionnelle
Séance de travail : élaboration du chemin clinique par SCC	entre le 18/03 et le 05/04
Groupe de travail n°1 : Présentation et échange sur les bonnes pratiques	entre le 23/04 et le 03/05
Groupe de travail n°2 : Restitution de l'autodiagnostic avec mise en évidence des axes de travail	entre le 13/05 et le 24/05
Visite du centre référent	entre le 27/05 et le 28/06
Ajustement du plan d'actions	entre le 27/05 et le 28/06
Groupe de travail n°3 : Présentation des plans d'actions et priorisation des actions	entre le 24/06 et le 28/06
Groupe de travail n°4 : Bilan à mi-parcours, retour d'expérience, ajustement des plans d'actions	en décembre 2019
Réunion de clôture	en mars 2020

4. Première étape : Autodiagnostic

Mail

En début de semaine prochaine, pour chaque groupe :

- Diffusion du support de présentation de la démarche et calendrier
- Diffusion des coordonnées du groupe (consultants / services candidats / service référent)
- Diffusion des instructions pour démarrer l'autodiagnostic

Allo

Sur les deux prochaines semaines (entre le 04/03 et 15/03), prise de contact avec les services candidats :

- Présentation des outils pour l'autodiagnostic (dans un premier temps prise de contact avec l'IDE ou cadre)
- S'accorder sur les dates des séances de travail par service candidat

avec les services référents :

- Organisation du premier groupe de travail : présentation du chemin clinique RAAC du service

Démarrage de l'autodiagnostic



12/04/19

1) Connexion à la base GRACE et démarrage de la saisie de dossiers patients



- 10 dossiers patients devront avoir une date de sortie > 3 mois (dossiers pris en compte pour le diagnostic de départ – suivi jusqu'à 90 jours)

+ Quelques données complémentaires par patient seront à saisir dans un tableau



- Puis poursuite de saisie de dossiers tout au long de la démarche



12/04/19

2) Un questionnaire « organisation » sur le parcours patient



- 1 questionnaire à renseigner au départ : maturité/communication, ressources/moyens, pilotage & outils, points d'organisation sur chaque étape du parcours

- Puis à renseigner tous les 6 mois



18/03 –
05/04/19

3) Description du chemin clinique actuel et définition de la cible

- 1 étape de préparation interne
- 1 séance de travail en groupe pluridisciplinaire animée par le consultant référent et un consultant expert médical

5. Questions/Réponses



6. Conclusion

La force du groupe pluridisciplinaire pour une démarche RAAC

- L'artisanat peut se pratiquer tout seul.
- La science se pratique à plusieurs.
- Nul ne détient toutes les compétences.
- Beaucoup de métiers différents dans nos établissements.
- Elle n'est pas naturelle car peu enseignée... et pratiquée.
- Sortir des hiérarchies historiques pour plus d'humilité (statut → contribution).





**Mieux vaut être un acteur normal dans une équipe
extraordinaire**

**Qu'un acteur extraordinaire dans une équipe
normale**

**Imaginez un acteur extraordinaire dans une équipe
extraordinaire !**

C'est parti !

Bonne route ! ☺