

Ne restez pas la journée au lit !



Marcher combat l'enraidissement des **articulations** et permet de refaire travailler les **muscles** après l'immobilisation du bloc opératoire.

Un des posters du code de la route des couloirs du service de chirurgie digestive d'HEH



1^{er} jour d'exercice après une chirurgie thoracique



La salle d'exercice physique à l'Hôpital Lyon Sud



4h après retour du bloc

Réhabilitation Améliorée après Chirurgie Aux HCL



Bilan à 8 ans et projets

Véronique Faujour
Direction des Coopérations et de la Stratégie

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

Culture de la Réhabilitation Améliorée après Chirurgie aux HCL

8 années d'implémentation – bilan et projets

Les premiers protocoles dans la RAC ont été déployés aux HCL dès 2012 avec quelques services précurseurs :
en chirurgie digestive (Hôpital Lyon Sud et Hôpital Edouard Herriot)
en orthopédie (H Renée Sabran et Hôpital de la Croix Rousse).

Le développement de la RAC a été un objectif inscrit en 2013 dans le projet d'établissement CAP 2017. Sa montée en charge est une cible poursuivie dans le projet Pulsations.

Rappel des enjeux sur le développement des pratiques de préhabilitation et réhabilitation améliorée après chirurgie :

Ce mode de prise en charge concentre d'une part, une stratégie multimodale de techniques anesthésiques et chirurgicales qui cherchent à minimiser l'impact du stress péri-opératoire pour le patient et à diminuer les risques post-opératoires. D'autre part, l'originalité tient dans une plus grande collaboration interdisciplinaire des personnes en contact avec le patient, de la secrétaire médicale au chirurgien, en passant par l'aide-soignant, l'infirmière et l'anesthésiste sans oublier d'associer le patient lui-même à son chemin clinique pré et post-opératoire.

Il vise un seul et unique objectif : le rétablissement plus rapide du patient comparée aux pratiques conventionnelles, d'où son nom : améliorée.

Quelle que soit la chirurgie on retrouve des principes communs dans ces protocoles :

- La pré habilitation du patient à sa chirurgie, qui consiste à diminuer tout risque et handicap avant la chirurgie et améliorer quand c'est possible ses "insuffisances" : il est formé et préparé mais aussi « conditionné » pour mieux récupérer. Par exemple : on l'aide à retrouver des capacités respiratoires et physiques avant même sa chirurgie par un entraînement personnalisé (fait aux HCL en chirurgie digestive et thoracique), on traite sa carence nutritionnelle
- l'évitement d'une sédation préopératoire, souvent non justifiée.
- le jeûne pré opératoire très limité et la consommation de boissons carbohydatées, dans la limite de 2 heures avant l'intervention ;
- la procédure chirurgicale la moins invasive possible, jusqu'à réduire ou supprimer sondes et drains en post opératoire ;
- la procédure anesthésique avec une liste d'actions qui abaissent le niveau de stress opératoire péri opératoire ;
- l'analgésie multimodale avec très souvent une infiltration du site opératoire permettant d'atténuer la douleur au réveil.
- tout au long du séjour hospitalier jusqu'à un retour plus rapide au domicile, la lutte contre la douleur est une constante préoccupation des médecins et soignants. Car c'est aussi l'absence de douleur qui facilite les mouvements et les exercices physiques.
- la réalimentation rapide du patient, la mise au fauteuil et l'accompagnement à la marche le jour même de la chirurgie ou le lendemain sont intégrés dans les protocoles standards.

C'est bien souvent le rétablissement rapide du patient ainsi que la diminution des taux de complication au cours du séjour qui sont à l'origine de la réduction de la durée de séjour et une baisse des coûts d'hospitalisation. Les publications apportent la preuve que cette sortie plus rapide du patient n'est pas suivie d'une augmentation des taux de réadmissions.

Plus les chirurgies sont complexes et risquées, plus le bénéfice des pratiques RAC devient un enjeu important. C'est effectivement là où s'exerce la chirurgie de recours, où les patients compliqués sont adressés dans nos établissements que l'enjeu en journées lits économisées est bien supérieur aux gains d'une ou deux journées liés à des substitutions de chirurgie ambulatoire. Aux HCL, si la substitution reste à achever, elle ne peut en aucun cas apporter l'équivalent bien supérieur de la RAC dans la chirurgie lourde.

En 2019 :

- la chirurgie ambulatoire représente 21 000 séjours sur les 65 000 séjours de chirurgie mais elle ne représente que 34 M€ de revenus, soit 10 % du revenu annuel de la chirurgie : 330 M€
- 14 500 séjours de chirurgie de plus de 5 nuits dont la valeur moyenne facturée est de 10 200 €. Ce sont dans ces séjours longs comme ceux de 3 à 5 nuits que résident nos plus gros gisements en journées lits alors que nous en avons déjà beaucoup gagnés dans le développement de nos programmes RAC déjà déployés.

Ce rapport est un bilan d'étape à fin 2019 qui explique pourquoi nous sommes positionnés parmi les CHU en tête de peloton et nous sommes visibles au niveau national. Notre approche est managériale, une véritable conduite stratégique commune à nos établissements et équipes de direction. C'est cette tendance qu'il convient de maintenir pour maintenir une position et un leadership des HCL dans ce domaine.

1 – Les précurseurs et le début de l’histoire

Les premiers engagements qui ont été pris au niveau de la Direction Générale avec la DCS, ont été d’encourager et de miser sur les projets pilotes. Au fil des années, les équipes ont été dotées d’infirmières de coordination et/ou de temps de kinésithérapeutes. Ces engagements se sont déroulés sur les périodes 2012 à 2019.

A titre d’exemples :

- Attribution d’IDE de coordination, à HEH, dans le service de chirurgie digestive du Pr Adham et financement d’une formation initiale et achat de logiciel, lui permettant de devenir centre de référence ERAS® et centre de formation pour les établissements français (démarche et outil logiciel ERAS développée par la Suède au niveau de l’Europe) dès 2013.
- Attribution d’une IDE de coordination dans le service de chirurgie générale et digestive à l’Hôpital Lyon Sud, à partir de 2014. Toujours très impliquée, l’IDE de l’équipe insuffle une dynamique de groupe, encouragée par le Pr Cotte, à l’origine de cette implémentation après un passage par Bruxelles. Le GHS a désormais 3 IDE de coordination, dont 2 autofinancées par le PAM, qui sont opérationnelles dans les unités de chirurgie digestive, de chirurgie orthopédique et en urologie.
- Attribution d’un ½ temps de Kinésithérapeute à l’Hôpital de la Croix Rousse, en soutien du projet du Pr Lustig qui initie les protocoles RAC en chirurgie prothétique de la hanche. On observe au fil des 3 premières années d’implémentation, une diminution importante de la DMS (gain de 1.5 à 3 jours). Au changement de chef de service, en 2017, l’équipe s’engage sur une montée en charge du programme sur la chirurgie prothétique du genou. L’attribution de poste d’IDE intervient dans le cadre d’une DAN 2019.

L’arrivée le jour même de la chirurgie a amplifié le phénomène de préparation du patient et a renforcé les actions d’organisation et de mobilisation des personnels non médicaux. Lyon Sud a mis en service son premier projet pilote d’accueil en J0 en 2015.

Ce savoir-faire a été déployé dans tous les sites de chirurgie des groupements. Le service d’orthopédie de l’Hôpital Renée Sabran, qui déjà en 2013, avait les DMS les plus courtes de tous les sites d’orthopédie adultes des HCL et importé la pratique après avoir visité une équipe danoise fin des années 2010 avait ses patients qui arrivaient la veille de la chirurgie. Il a ouvert son salon d’arrivée J0 qu’en 2019, exclusivement pour cette activité. Le site progresse encore en DMS en 2019.

Dans les années 2013 à 2016, les collaborateurs des HCL ont multiplié les interventions dans les colloques et de congrès professionnels. L’HAS a cité nos programmes dans sa note de cadrage 2014 et son rapport 2016 sur la RAC ainsi que la CNAMTS dans trois de ses rapports annuels Produits et Charges dont le premier en 2014, pour le vote au parlement de l’ONDAM 2015. Nos services deviennent des services très visités

En interne, la DCS communique auprès de toutes les directions pour que ces pratiques soient connues. Ainsi quel que soit le métier, l’encadrement des HCL a l’occasion de prendre connaissance, sur la période 2014 à 2016 de projets RAC, en y intégrant des problématiques architecturales, biomédicales, d’introduction des produits et dispositifs médicaux favorisant la RAC (2 rencontres COMEDIMS).

2 - L’essaimage et la montée des escaliers

Pendant les périodes 2016 à 2019, l’implémentation et l’accompagnement s’est poursuivi. Des dossiers Activités Nouvelles pour le déploiement de protocoles RAC ont été présentés par presque tous les groupements, tous n’ont pas été élus mais la culture RAC a pris.

Certains projets ont même été autofinancés ou partiellement financés, y compris par les enveloppes d’intéressement des PAM. Cela a été le cas pour l’Hôpital Lyon Sud qui, sur plusieurs années a engrangé des gains en journées lits à la fois, liés à la RAC mais aussi par la substitution de séjours chirurgicaux courts (1 à 2 nuits avec une arrivée la veille) en chirurgie ambulatoire. Ces gains ont permis de réduire le nombre d’unités de chirurgie tout en ayant une croissance en volume de séjours (ortho, digestif, uro).

En chirurgie thoracique, le projet a été accompagné et développé en gestion de projet avec le directeur référent du PAM et la DCS en 2015.

Précédé d’une visite dans deux sites experts (l’hôpital Tenon et l’APHM), l’équipe a réussi son implémentation en deux ans. Le site a obtenu le financement d’une IDE de coordination. L’acquisition de 15 drains thoraciques portatifs sur 3 ans a été autofinancée (sauf 3 – subvention ARS) : le service n’en avait qu’un seul et les autres systèmes de drainage étaient fixés au mur, soit une impossibilité d’encourager la verticalisation et la mobilisation du patient (pédalier en fauteuil et déplacement dans les couloirs et escaliers).

Les HCL ont participé aux actions d'accompagnement de la RAC (3 campagnes successives) promues par l'ARS Auvergne Rhône Alpes. Les tuteurs ont été : l'orthopédie à la croix rousse (retenue 2 fois), la chirurgie digestive à Lyon Sud, (retenue 2 fois), la chirurgie thoracique (une seule campagne ARS), l'urologie (en cours).

Ils ont 3 représentants aux réunions de sélection des candidatures et aux réunions de pilotage de l'ARS.

Au cours des programmes de tutoring, praticiens et soignants ont été amenés à témoigner sur leur implication. Cela a permis d'entretenir la veille et de challenger les équipes résidentes. Ces témoignages ont renforcé le sentiment de fierté et de qualité professionnelle des soins dispensés.

La Direction de la Communication et de la Marque a soutenu les démarches, aidé les services dans la customisation des dépliants RAC et la mise en ligne de différents petits films faisant la promotion sur le WEB de nos prises en charge.

Le pilotage inter sites

Lors du démarrage des programmes RAC, la DCS avait installé un COPIL RAC HCL, comme il en existe un en chirurgie ambulatoire. Il s'est réuni 4 fois mais il n'a pas paru suffisamment fédérateur pour le maintenir. Il a été abandonné.

La DCS a par la suite développé un autre outil de management transversal à l'automne 2018 : les Ateliers Kiné, IDE et APA (moniteurs d'éducation physique adaptée) RAC. A notre connaissance, c'est le seul qui existe au sein d'un CHU. Ces ateliers ont pour but de faciliter les contacts et partager les expériences RAC entre professionnels de soins directement en contact avec les patients. Les cadres de soins ne sont présents que pour une faible partie des services concernés.

Il faut savoir qu'il y a des écarts de pratiques entre unités de chirurgie digestive, urologique et orthopédique. Le but est donc de rassurer les professionnels non médicaux entre eux et de permettre les passerelles sur des outils et des méthodes. Les ateliers ont permis de progresser :

- dans l'acquisition de matériel de mobilisation des patients pour sécuriser les stations debout,
- dans les parcours patients et l'emploi des outils numériques HCL (Easily et Mocas)
- dans la variété et la panoplie des outils et méthodes pour inciter les patients à faire les exercices physiques (avant pendant et après la chirurgie)
- dans l'écoute des patients, en les sollicitant (enregistrements réalisés et partagés) pour tenir compte de leur expérience et en tirer des enseignements pour améliorer nos messages pour mieux les soigner et sensibiliser à leur réhabilitation.

Le 5ème atelier aura lieu en septembre prochain. La thématique sera le parcours patient en urologie avec Mocas (EASILY) à Lyon Sud, la RAC et le Covid, le développement de programme de recherche sur la préhabilitation à la chirurgie pour étudier cette thématique de façon transversale (projet du Pr Passot, Lyon Sud).

Un nouvel atelier de cadres de soins et directeurs référents des PAM des unités de chirurgie qui pratiquent la RAC, aura lieu tout début octobre.

Il est organisé à plusieurs titres pour :

- répondre au turnover. Beaucoup de cadres de soins et de directeurs référents de PAM qui ont accompagné les unités de chirurgie sur la période 2014 2019 ont changé. Le but est de partager le projet médical de développement de la RAC et la valeur qui en est attendue y compris avec les cadres dans leurs rôles propres ;
- partager mais aussi comprendre comment se développent les projets et les progrès qui ont été faits. La RAC étant une somme d'actions collectives, la vigilance reste fondamentale sur la compliance dans le respect des protocoles. Beaucoup d'établissements ont investi des projets et programmes qui se sont délités (le service de chirurgie digestive de St Etienne à titre d'exemple) ;
- comprendre pour les services non encore implémentés que la démarche n'est pas simple à mettre en œuvre, qu'il ne s'agit pas d'un talent isolé d'un anesthésiste et d'un chirurgien mais de problèmes d'équipe ;
- soutenir les futurs programmes et toujours progresser dans les anciens. Nous avons également un turn over de nos chirurgiens et anesthésistes et notre mobilisation et vigilance à soutenir la ligne de la RAC est un choix de Direction Générale, qui doit toujours être rappelé.

3 - Les résultats et les preuves

3.1 En orthopédie

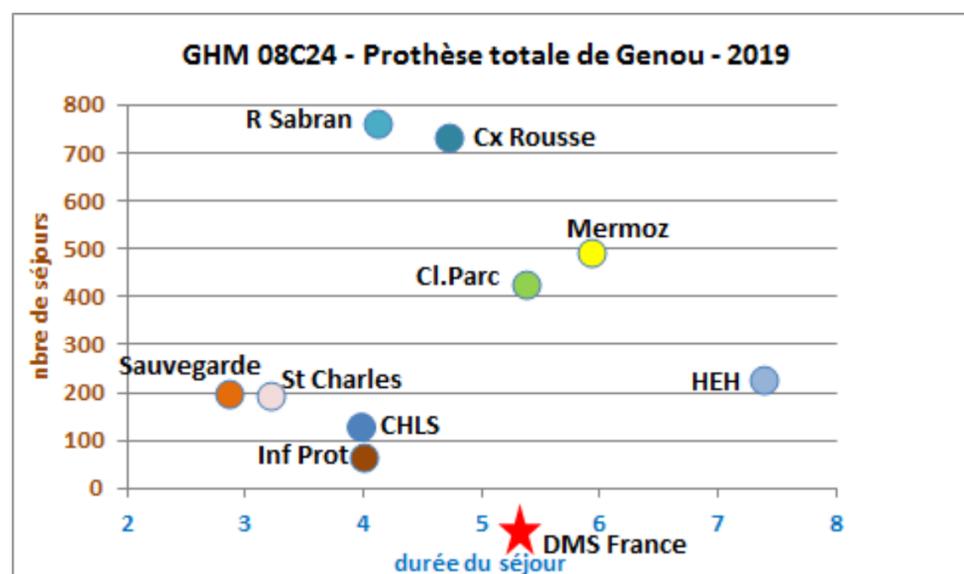
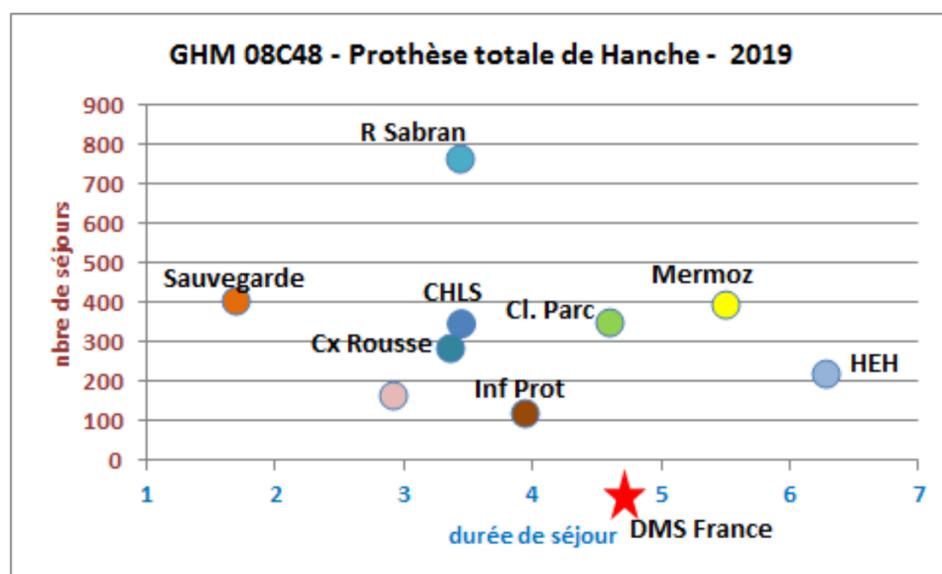
En orthopédie, aucun doute, même si HEH se trouve à mi parcours, tous les services adultes ont pu diminuer les DMS et gagner l'équivalent de journées lits de l'ordre de la moitié de leurs besoins en lits sur les chirurgies majeures prothétiques hors fractures.

PT Hanche	2014			2019		
	séjours	DMS	journées lits	séjours	DMS	journées lits
H Lyon Sud	365	7,53	2 748	347	3,44	1 194
X Rousse	178	6,02	1 072	287	3,36	964
H R Sabran	623	5,01	3 121	769	3,43	2 638
HEH	181	10,27	1 859	223	6,27	1 398

PT Genou	2014			2019		
	séjours	DMS	journées lits	séjours	DMS	journées lits
H Lyon Sud	188	8,28	1 557	129	3,98	513
X Rousse	466	7,47	3 481	733	4,72	3 460
H R Sabran	641	6,11	3 917	761	4,11	3 128
HEH	187	9,97	1 864	227	7,38	1 675

La DMS des HCL (tous sites d'orthopédie) est majorée par les résultats moins performants d'HEH. Le site n'a pas totalement fait sa mutation même si de nets progrès ont été enregistrés en 2019. Il a bénéficié récemment d'un renfort en IDE de coordination.

Les HCL, comparés aux cliniques lyonnaises, sont très bien positionnés.



Avant les réformes tarifaires de 2017 puis 2019, les établissements qui traitaient très rapidement des patients à profil de sévérité 2 et qui sortaient avant 3 nuitées, perdaient la valorisation de la sévérité 2. Les HCL ont donc aussi perdu un peu financièrement. Le nombre de ces séjours étant de l'ordre de 25%, en sévérité 2 (quasiment rien en 3 et 4), tous ne sortaient pas à J2, loin de là. Cela n'a pas été la discipline la plus pénalisée.

Le fait de bénéficier des sévérités, quelles que soient les durées de séjour a permis à Croix Rousse de bénéficier d'un bonus de 17 400 euros, Lyon Sud 34 600 euros et Renée Sabran de 10 600 euros.

Ce qui est surtout intéressant économiquement, ce n'est pas cette réforme, qui concerne peu de séjours, c'est surtout qu'avec la montée en charge de la RAC, d'année en année, le rendement de la valeur de la journée brute du fait du raccourcissement de la durée de séjour a beaucoup augmenté.

On peut ainsi dire qu'en orthopédie, où les complications chirurgicales sont rares que le rendement à la journée lit a quasi été doublé par deux, pour nos trois sites qui pratiquent la RAC en routine (une fois déduit les frais de bloc). Un séjour payé 4 600 euros sur 1 ou 2 est plus rentable que sur 4, si on n'a rien changé dans la prise en charge au bloc ou en unité de soins.

Comment faire pour aller plus loin dans cette discipline ?

Il est encore possible de raccourcir la DMS. Pour la PTH, la cible ambulatoire est possible pour 10 à 30 % de la patientèle selon son profil, plutôt 10 à 15 % pour la PTG le reste des patients : J+1 et 1+2 jusqu'à 50% des patients.

Les HCL se devront d'assurer les chirurgiens sur la capacité à bien prendre en charge le patient et bien le préparer et suivre en toute sécurité, le retour à son domicile. Injecter du temps de coordination pèsera dans la balance pour préparer un plus gros volume de patients à leur chirurgie, on ne pourra pas capturer tous les gains.

Avec ceux-ci, nous pourrions soit :

- développer des séjours : encore faut-il avoir un marché et des possibilités de recrutement et du temps de bloc : c'est le projet de Croix Rousse
- procéder à des réductions capacitaires. Il faudra donc faire évoluer le logiciel de perception de la grandeur d'un service qui confond quantité de lits au détriment de quantité de séjours : une culture encore difficile à faire passer.
- Soutenir les équipes par des achats d'équipements innovants (robot, ingénierie de bloc etc) si on doit stimuler l'intérêt à agir...

3.2 En Chirurgie Thoracique

Les progrès dans la durée de séjour en lien avec le développement de nos pratiques RAC se sont traduits par une diminution de la DMS d'en moyenne 2 jours sur les séjours les plus fréquents.

La DCS a mis au point, avec le DIM, un suivi personnalisé sur les actes en les identifiant par 4 catégories : segmentectomie, lobectomie, bi lobectomie et pneumonectomie avec un contrôle des taux de ré hospitalisation.

Lors du déploiement, nous avons dû supporter des pertes financières sur la rémunération des séjours en lien avec les règles tarifaires (les mêmes que pour l'orthopédie), à une réserve près : il y a beaucoup plus de patients à profils de sévérité 2, 3 et 4. Jusqu'en 2016, les lobectomies qui pouvaient sortir à J3 restaient un peu plus longtemps pour conserver le tarif de sévérité 2. Cela ne concernait qu'un petit volume de séjour mais l'écart tarifaire était de 2 400 euros alors que, parallèlement, les dépenses de consommables au bloc liées au développement des lobectomies en vidéo thoracotomie augmentaient.

En synthèse, ces légères pertes de revenus ont été compensées par une augmentation de l'activité (+ 100 séjours) et une diminution de la consommation en lits de soins critiques dont nous avons besoin pour la chirurgie cardio vasculaire.

G H E - Hôpital Louis Pradel	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
04c02 interventions majeures sur le thorax	486	608	582	622	593	623	595
DMS	9,6	9,9	10,38	9,27	8,1	8	7,7
04C03 autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire	72	57	71	89	65	78	78
DMS	6,5	5,5	8,66	5,2	4,8	3,3	4,9
04C04 interventions sous thoracosopies	228	161	156	161	226	194	261
DMS	8,2	8,8	9,04	8,2	7,3	7	7,9
total des 3 GHM de chirurgie thoracique	786	826	809	872	884	895	934

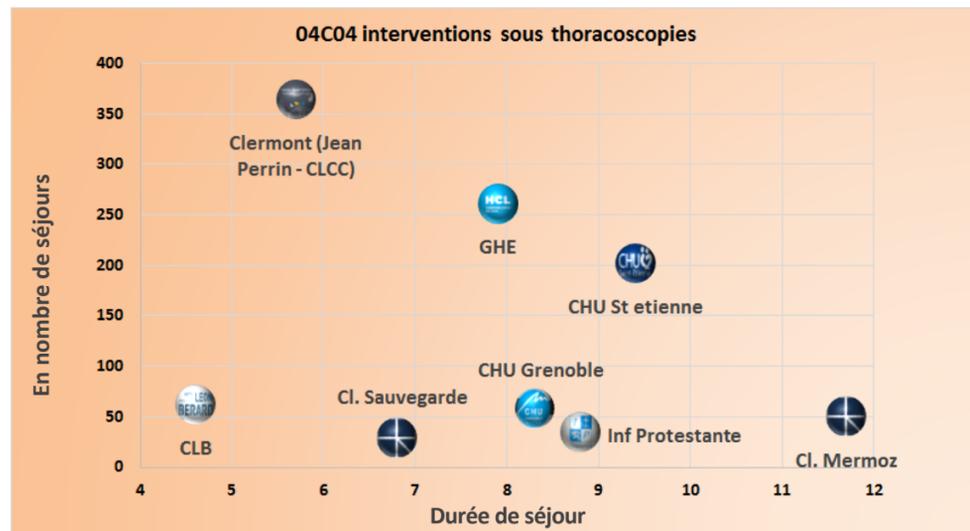
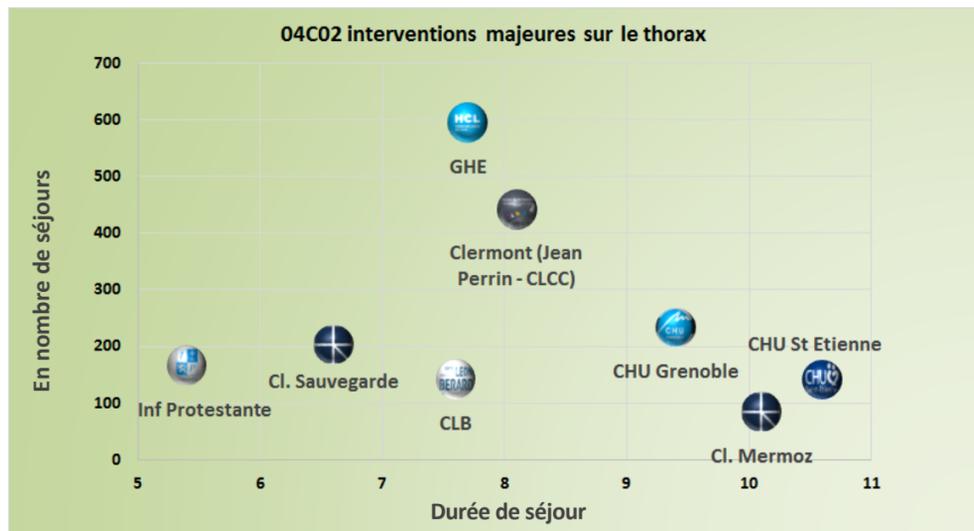
En 2020, il ne viendrait plus l'idée à l'équipe de procéder à un retour en arrière dans les pratiques.

Le recours à l'infirmière de coordination pour préparer le patient est une règle et le service s'est organisé pour le systématiser. Le patient est suivi lors de son retour à domicile par un appel systématique. Sa sortie est préparée avec le PRADO, quand le patient n'est pas en mesure de le faire par lui-même.

A Lyon, 5 établissements pratiquent la chirurgie thoracique carcinologique.

Séjours des structures lyonnaises concurrentes	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
GHE H Louis Pradel	786	826	809	872	884	895	934
CLB	95	167	189	206	198	218	233
Clinique Mermoz	110	135	136	127	142	144	134
Sauvegarde	177	144	121	125	100	145	232
Inf Protestante	334	269	308	263	280	234	201
total des structures lyonnaises	1502	1541	1563	1593	1604	1636	1734

Notre positionnement est plus qu'encourageant d'autant que les HCL concentrent les séjours en recours.



Comment faire pour aller plus loin dans cette discipline ?

- Le développement de passerelles avec la ville et les soins infirmiers à domicile sont certainement les pistes à creuser.
- Il faudrait aussi amplifier nos pratiques de détection de la dénutrition (taux très élevé pour les cancers) et investir dans du temps de consultation de nutritionniste en amont de la chirurgie. La contrepartie serait un gain en DMS par un rétablissement post chirurgical plus rapide.

Il est possible que l'acquisition d'un robot de chirurgie thoracique et son installation à L Pradel puisse nous faire gagner en DMS (très mini invasif) mais les coûts supplémentaires liés à son fonctionnement ne compenseront certainement pas les gains liés à la durée en séjour, à moins que nous puissions utiliser les lits pour un développement d'activité. Le cancer du poumon est une pathologie dont les effectifs sont en croissance. Le marché n'est pas prêt de se tarir, comme on le voit sur l'ensemble des séjours de la chirurgie thoracique.

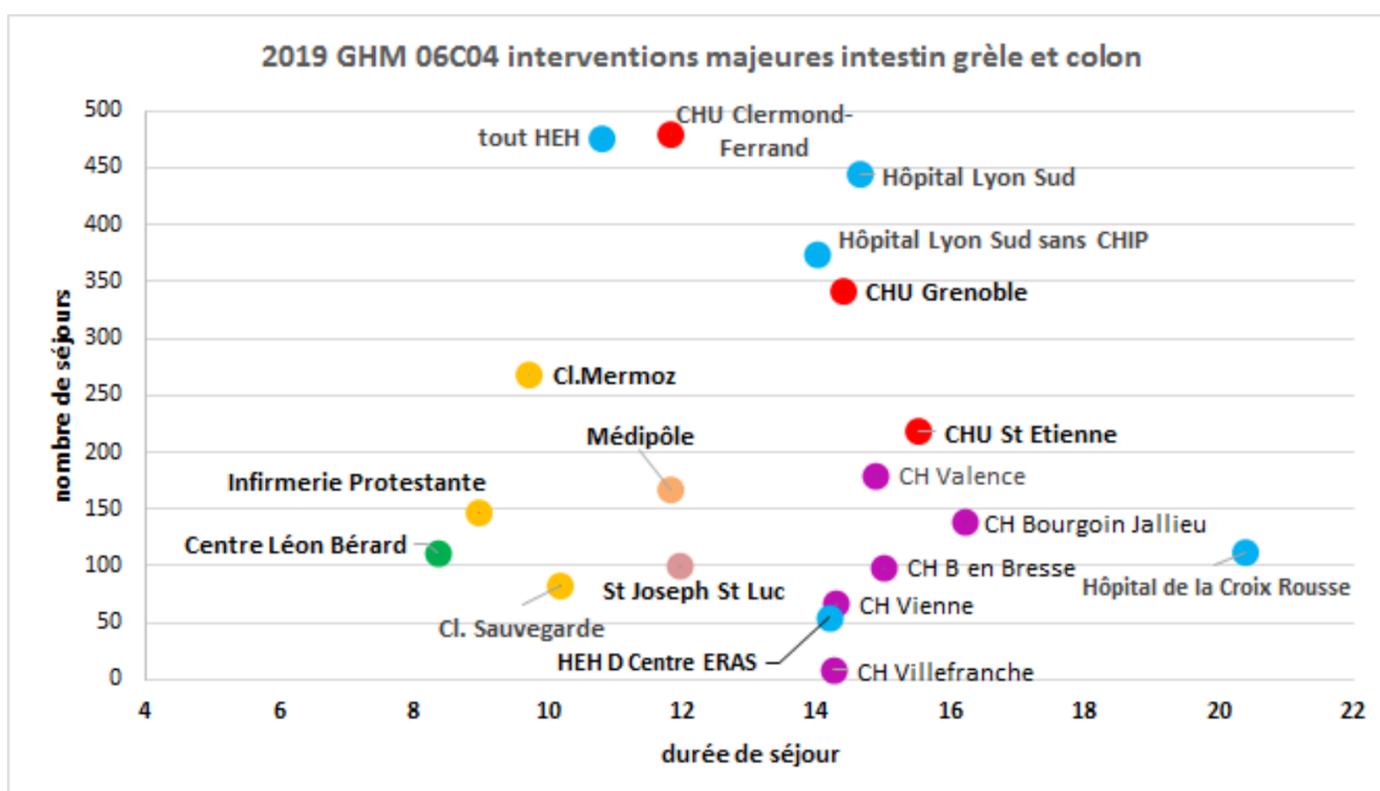
3.3 En chirurgie digestive et hépato biliaire

3.3.1 En chirurgie colorectale

Les résultats pour les HCL sont quasi identiques à ceux de la majeure partie des CHU. Comparés aux cliniques lyonnaises et PSPH, nos durées sont plus longues.

Dans la figure ci-après, le GHM « interventions majeures de l'intestin grêle et le colon » montre notre position. C'est dans ce GHM qu'on trouve 85% des colectomies, « berceau des protocoles RAC » : les premières publications du Pr H Kelhet sur la colectomie datent des années 1990.

Pour des comparaisons entre sites, il est difficile de faire le tri entre les chirurgies tumorales lourdes et celles qui sont plus simples ainsi que d'autres types de chirurgies pour lesquelles les patients seront pris via le service des urgences, chirurgies qui ne sont pas les plus complexes.



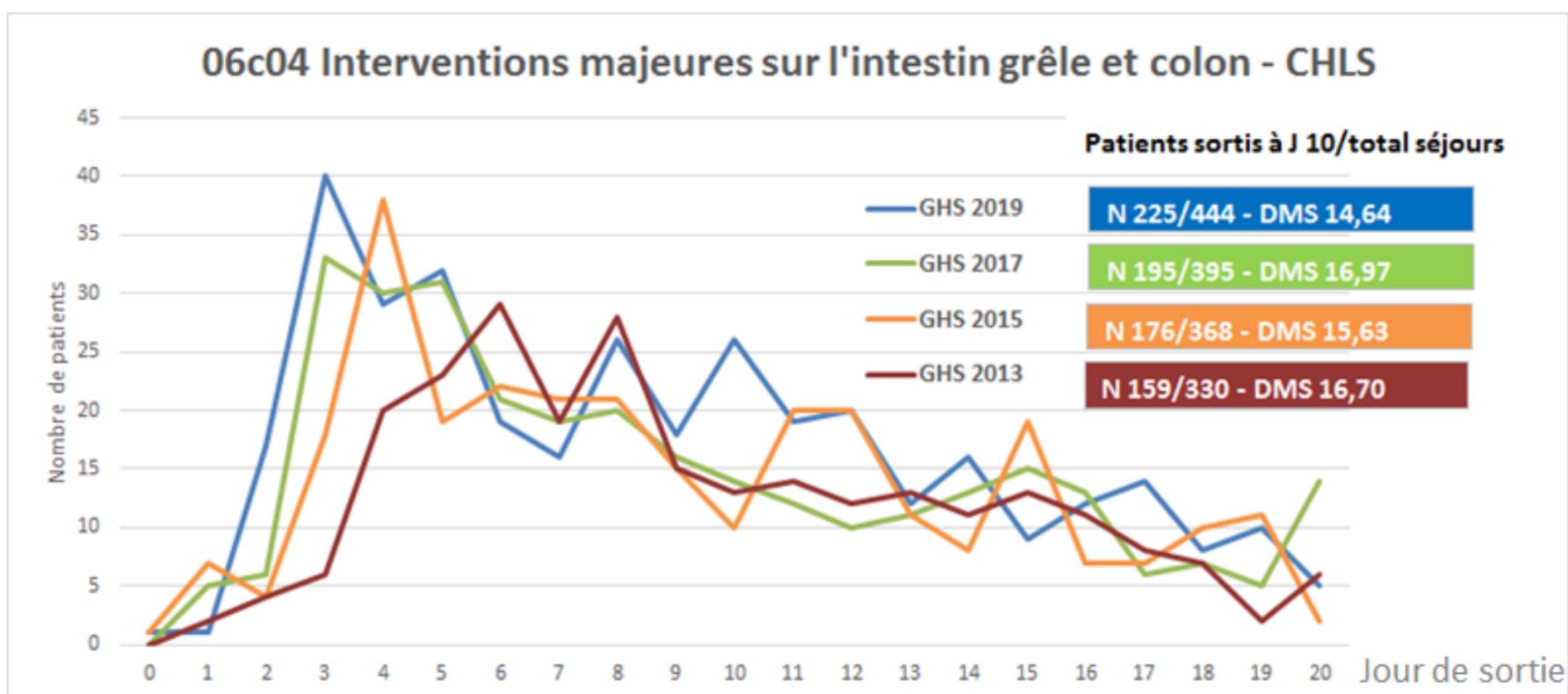
La DCS trace depuis 2012, volumes et DMS de ce GHM mais aussi toute une liste d'actes chirurgicaux, ce qui « parle » plus aux chirurgiens. Cela permet de suivre les évolutions dans le temps de notre implémentation RAC.

Pour les CHU, c'est Clermont Ferrand, qui pratique également la CHIP (chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale) qui a la DMS la plus courte. Nous n'avons pas pu extraire de sa DMS générale, les séjours déduits de ses CHIP. Mais pour Lyon Sud, cela a été fait. On voit que ce n'est pas si discriminant alors que Lyon Sud a le taux de séjours CHIP le plus élevé de France (69 dans ce GHM en 2019 soit 29% de l'effectif total français = 193).

Depuis 2 ans, le site a introduit une préhabilitation à la chirurgie. Elle bénéficie à des patients qui auparavant auraient été récusés. Les séjours sont plus longs, et les profils à risques de complications. Pour autant, l'année 2019 est encore une année qui a connu une diminution pour le site du sud.

La figure ci-dessous nous permet de l'évolution des pratiques de Lyon Sud, avec une maîtrise du raccourcissement de la date de sortie des patients à partir de 2013, jusqu'en 2019 avec le pointage de 4 années.

Suivi de la durée de séjour à l'Hôpital Lyon Sud des séjours du GHM 06C04



On se concentrera sur trois observations :

le premier pic de sortie en 2013 est de 20 patients à J4 et 30 à J5 (marron). En 2015, 38 patients sortent à J4 (orange) et en 2019, ce sont 40 patients qui sortent à J3 (bleu), le volume de sortie plus précoce ne fait que croître.

Le service qui prenait en charge 330 patients dans ce case mix en 2013 a augmenté son recrutement plus de 100 séjours en 2019. La renommée de l'équipe est en pleine croissance.

En revanche, à la différence de certaines cliniques, nous n'avons quasiment pas de sorties en ambulatoire ni à J1 J2,

Patients sortants	06C04 interventions majeures intestin grêle						
	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
à J 5	120 27%	122 26%	105 27%	110 28%	87 20%	71 20%	55 12%
à J 3	59 13%	56 12%	44 11%	46 12%	30 8%	13 4%	12 4%
à J 2	19 4%	15 3%	11 3%	15 4%	12 3%	8 2%	6 2%
à J 1	2 0%	6 1%	5 1%	5 1%	8 2%	7 2%	2 1%

Comment faire pour aller plus loin dans cette discipline ?

Les progrès qui restent à faire sont très certainement en lien avec les patients moins complexes qui doivent pouvoir entrer dans un circuit plus court encore et des pratiques ambulatoires pour une partie d'entre eux. Le recrutement existe, nous ne pouvons pas avoir que du recours....

Les patients pris en urgence peuvent très certainement bénéficier d'une partie des protocoles RAC, le volume des séjours d'HEH mérite qu'on s'y penche.

Les grosses différences de DMS entre Croix Rousse et les deux autres sites adultes ont été discutées à plusieurs reprises. Les PUPH du service expliquent que les patients sont différents et plus lourds.

3.3.2 En Chirurgie Hépato Biliaire

Le GHM où se trouve toutes les chirurgies hépato biliaires lourdes mélange les séjours de résection hépatique avec les séjours de résections pancréatiques, il est donc impossible de procéder à des comparaisons entre sites différents à partir du GHM.

La DCS a procédé à un tri à partir d'une liste d'actes sélectionnés par les chirurgiens de la discipline et un travail avec le pôle de santé publique. Comme pour la chirurgie colorectale, l'activité est suivie depuis 8 ans. Mais il est quasi impossible de comparer avec les autres établissements de soins puisque ce sont rarement des actes isolés mais une addition d'actes faits au bloc pour un même patient.

3.3.2.1 En Chirurgie pancréatique

Sur cette liste d'actes, l'indice de performance de la durée moyenne de séjour des HCL est très au-dessus de l'IP moyen en France. Cela est vrai pour tous les groupements qui prennent en charge cette chirurgie de recours, généralement très concentrée sur les CHU. Pour autant, certaines cliniques lyonnaises pratiquent ces chirurgies. Capturent-elles les séjours plus simples ? Nous n'avons pas d'explication mais nous constatons que notre volume de recrutement a diminué entre 2013 et 2019.

ces indicateurs sont extraits de PMSI Pilot

Synthèse sur chirurgie pancréatique

HEH	nombre	DMS PMSI	IP DMS	VMCT €	chif aff K€	CA/jour brut €	âge moyen	tx décès	journées
HEH	44	24,36	1,40	19 928	877	818	59,0	2,27	1 072
C Rousse	38	26,71	1,41	22 199	844	831	66,1	7,89	1 015
H Lyon Sud	37	25,00	1,29	19 157	708	766	63,6	2,70	925
HCL	120	25,14	1,36	20 328	2 439	809	62,3	4,17	3 017
la base nationale. Il est calculé en fonction des actes et sévérité du séjour									
HCL 2013	160	26,01	1,24	20 253	3 240	778	61,4	4,38	4 161

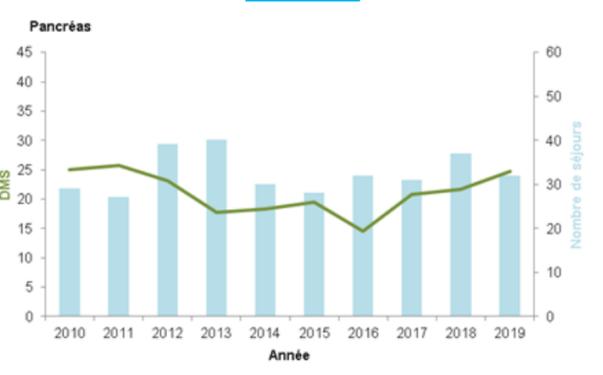
Ces chirurgies ont un taux de complications élevé (plus d'un tiers des séjours dans toutes les publications internationales). Les pratiques RAC ont pour cible de minorer les risques de complications mais ne peuvent les éliminer toutes. Quelques patients peuvent à eux seuls modifier très fortement l'IPG vu le faible volume de séjours par groupement. Les patients sont généralement pris en charge en post interventionnel dans les unités de soins critiques et les protocoles RAC pour le per et post opératoires nécessitent beaucoup de vigilance et de suivi.

Le suivi des volumes et de la DMS

HEH



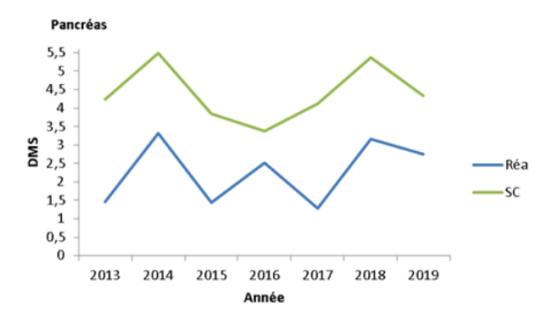
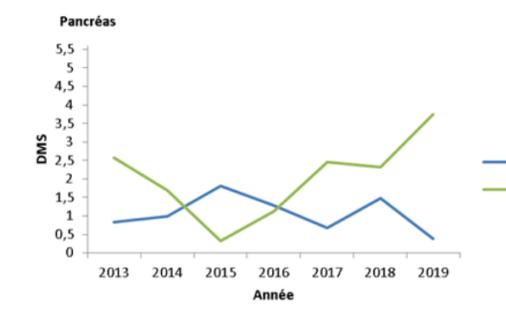
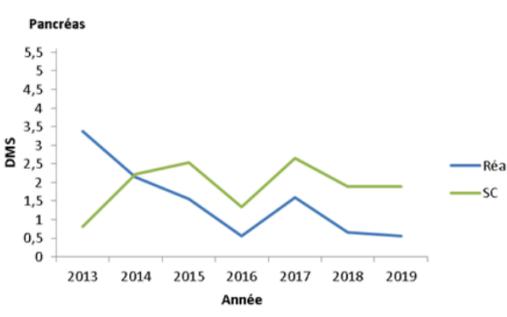
HLS



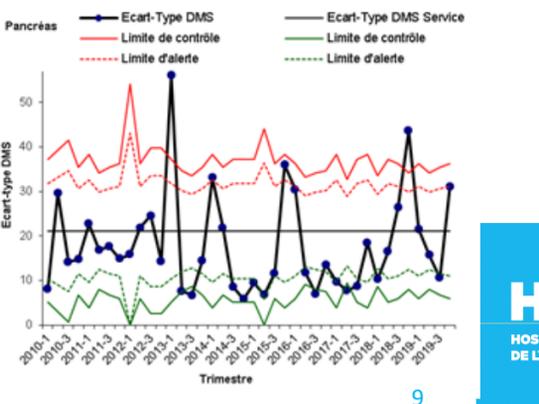
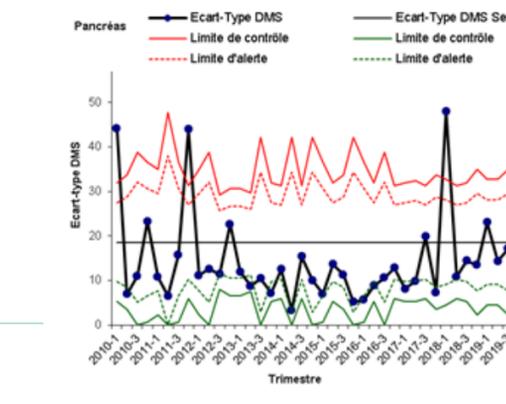
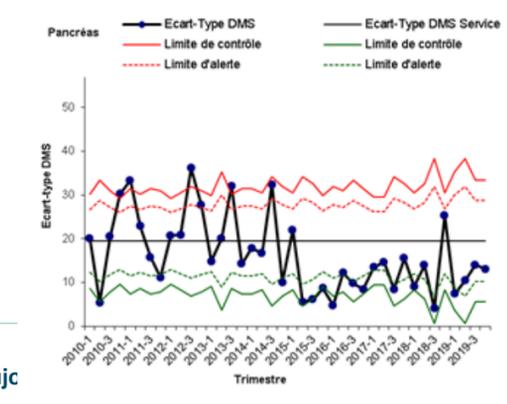
Croix Rousse



Recours aux soins critiques



La carte de contrôle Ecart type DMS



La DCS a sollicité dès 2014, le service des données de santé, au DIM, pour observer dans le temps le recours aux unités de soins critiques en chirurgie pancréatique et coloproctale. Ce travail a d'ailleurs été reproduit pour la cystectomie. La carte de contrôle (dernier graphe) a été mise en place en accord avec les praticiens des services. Ils reçoivent les résultats à chaque mise à jour.

L'outil permet de suivre le comportement de l'indicateur DMS afin d'en analyser les variations au cours du temps. En précisant les limites acceptables de ses variations (ligne rouge = seuil d'alerte), la carte de contrôle autorise une interprétation plus objective de l'indicateur, permettant d'aboutir à des décisions basées sur des règles statistiques, non sur des impressions. En particulier, la carte de contrôle permet de détecter la présence de variations inhabituelles par trimestre dans la prise en charge du patient, non aléatoires et pour lesquelles une cause peut être retrouvée.

A Lyon Sud, on observe une pente irrégulière mais soutenue de réduction de la DMS sur la totalité du séjour et, à partir de 2012, un plateau de stabilisation témoigne d'un processus de prise en charge maîtrisé à partir de cette période excepté une alerte en 2018. C'est la même chose à HEH mais à partir de 2015. Les graphes avec des valeurs d'écart types montrent que ceux-ci sont faibles et stables. Les variations sont en revanche beaucoup plus fréquentes à Croix Rousse.

Autre phénomène, la tendance à décélérer le recours aux soins critiques a été plus marquée sur les groupements d'HEH et de Lyon Sud qu'à Croix Rousse.

Pour une direction d'établissement, le nombre de places, le taux d'utilisation et l'armement en personnels d'une unité de réanimation et de surveillance continue post chirurgicale, généralement très coûteuse en fonctionnement et difficilement équilibrée financièrement fait partie de choix décisionnels forts. En nombre insuffisant, les places manquantes brident l'activité chirurgicale. Insuffisamment remplies alors qu'elles disposent d'un personnel normé par lit, elles deviennent des lieux de déficit d'exploitation. Une journée de réanimation chirurgicale a un coût d'exploitation aux HCL (frais de bloc déduits dans le coût à la journée) entre 1800 et 2200 euros selon les groupements.

Ces outils d'observation peuvent donc être précieux pour des programmes de construction ou de restructuration de bâtiments pour accueillir les chirurgies qui requièrent des besoins en réanimation et surveillance continue.

Comment faire pour aller plus loin dans cette discipline ?

- Poursuivre ce suivi pour les chirurgies très lourdes et être attentionné sur les pratiques des établissements concurrents.
- Soutenir les initiatives de préhabilitation à la chirurgie, un programme est en cours à HEH

3.3.2.1 En Chirurgie hépatique

Sur une liste d'actes sélectionnés avec les chirurgiens de la discipline, l'indice de performance de la durée moyenne de séjour des HCL est bon. Cela est vrai pour tous les groupements. Le volume de séjours est resté stable entre 2013 et 2019.

ces indicateurs sont extraits de PMSI Pilot

Synthèse sur chirurgie hépatique et voies biliaires

2019	nombre	IP DMS	DMS PMSI	VMCT €	chif aff K€	CA/jour brut €	âge moyen	tx décès	journées
HEH	41	0,99	14,2	15 670	642	1 102	57,6	2,44	583
croix rousse	93	0,86	13,3	16 052	1 493	1 211	62,8	7,53	1 233
H Lyon Sud	107	0,99	16,2	17 094	1 829	1 058	62,9	3,74	1 729
HCL	258	0,93	14,3	16 205	4 181	1 130	58,4	4,65	3 700
17 séjours en pédiatrie									
Indicateur de performance basé sur la DMS (correspond à l'IPG HCL) : quand on est en dessous de 1, on est plus rapide comparé à la base nationale									
HCL 2013	241	1,03	18,7	16 530	3 983	883	58,1	5,39	4 507

Depuis que Croix Rousse a implémenté les protocoles RAC en chirurgie hépatique en 2018, la DMS a beaucoup diminué alors que c'est ce site qui est la référence des HCL dans les tumeurs primitives du foie.

Entre 2013 et 2019, nous avons légèrement perdu sur la rémunération des séjours ~ 500 €/séjour. Les séjours sont de l'ordre de 16 000 euros mais la diminution du temps de séjour en réanimation et/ou en soins critiques, si elle a représenté une perte en produits, elle se concrétise même avec ce constat, en un gain économique. Contrairement aux croyances, il n'est pas « intéressant » financièrement d'avoir des patients qui font des passages en soins critiques. Une journée de réanimation coûte plus cher que le produit qu'elle rapporte à la journée (supplément+ part du tarif du GHS). La RAC est donc une pratique à promouvoir dans ce contexte puisque qu'elle cherche à minorer les risques de complications et des temps allongés en soins critiques.

En tout état de cause, le rendement par journée brute apparait clairement : de 883 Euros en 2013, de chiffre d'affaire par journée, les HCL sont en 2019, sur des séjours à + ou - 1100 euros la journée.

Comment faire pour aller plus loin dans cette discipline ?

RAS, maintenir notre position.

3.4 En Urologie

Bien que les deux services d'HEH et Lyon Sud travaillent de concert à un projet médical commun en urologie, la culture de la RAC est différente entre les 2 services.

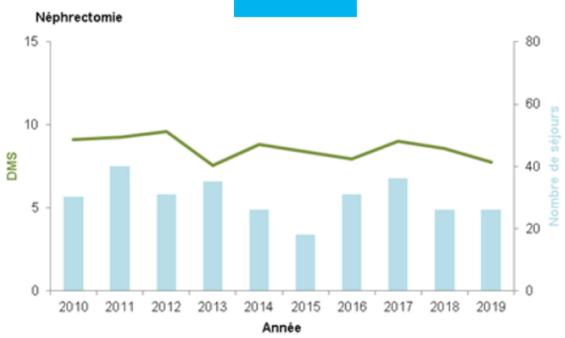
C'est dans le domaine de la néphrectomie, sous la houlette du Pr Paparel, qu'elle a été déployée pour l'incrémenter dans toutes les chirurgies dans le service de Lyon Sud. Les chirurgiens d'HEH pouvaient constater les différences de pratiques puisque jusqu'à une date récente, ils venaient pratiquer la chirurgie robotique, seul site disposant d'un équipement Da Vinci. Les suites opératoires des patients opérés par les chirurgiens d'HEH restaient prises en charge dans les unités d'urologie du Sud. Il sera donc intéressant de voir, si en 2020 et 2021, passé la période post-covid, les résultats en néphrologie sous robotique, désormais pratiquée à HEH sont identiques entre les deux groupements.

Sur ce site, un programme avait été initié en 2016 sur la cystectomie. Il est tombé en « désuétude », au départ du chef de clinique, dans un établissement privé lyonnais. Il a été repris, en 2019, sous la houlette du Pr Colombel, notamment du fait que l'ARS a accepté la double candidature en site référent de Lyon Sud et d'HEH.

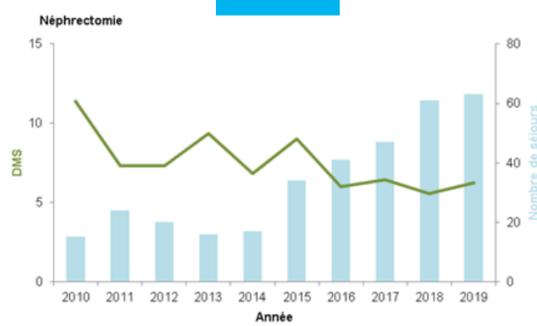
Le suivi des volumes et la DMS

Néphrectomies 2010 - 2019

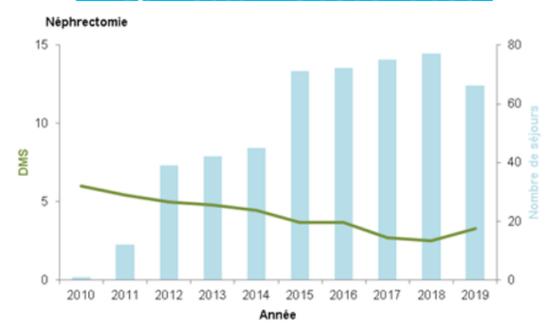
HEH



HLS

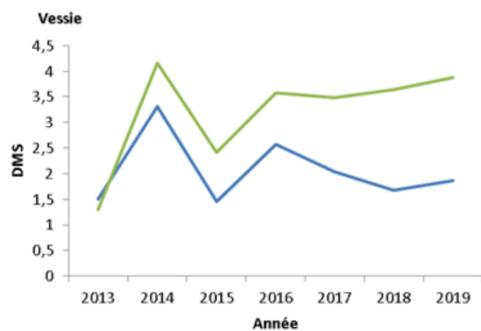


HLS et HEH Néphrectomie sous robot

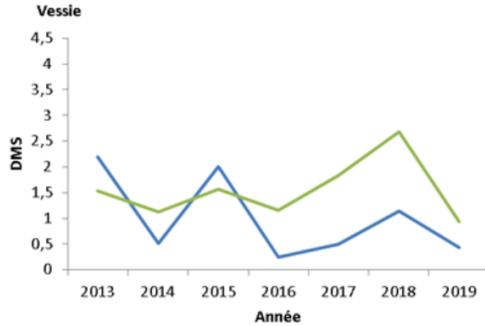


Cystectomies 2019 à 2019

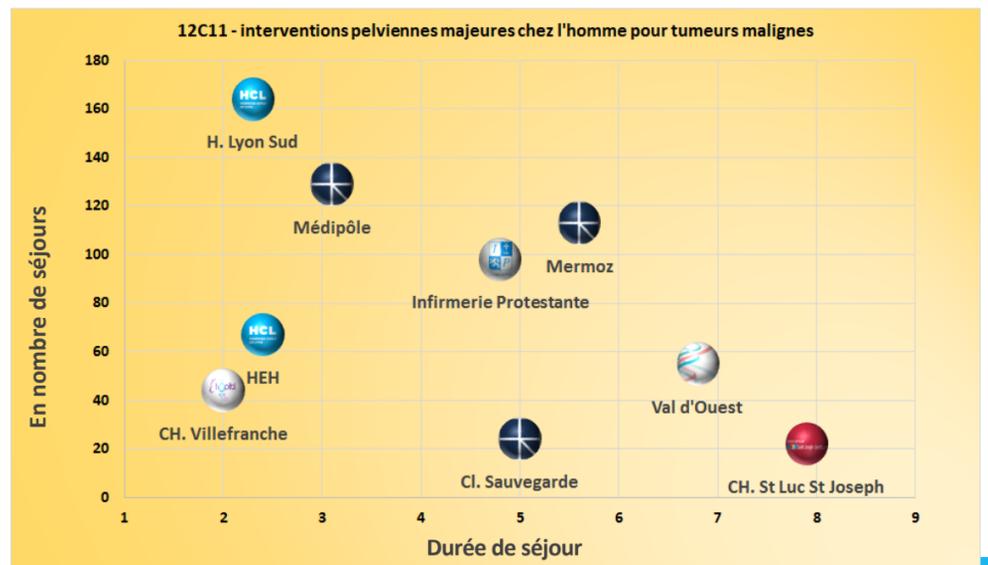
HEH



Recours aux soins critiques



Nous avons deux GHM qui nous permettent de nous comparer par rapport à la DMS des concurrents lyonnais ainsi que les centres hospitaliers voisins, il s'agit de GHM traceurs des pratiques RAC.



Lyon Sud a perçu 29 609 euros de bonification tarifaire sur ce GHM

Lyon Sud a perçu 14 447 euros de bonification tarifaire sur ce GHM

Sur les chirurgies majeures et très lourdes, c'est L'Hôpital Lyon Sud qui se positionne non seulement sur le volume mais aussi sur la durée en première position. C'est dans ce GHM qu'on retrouve à la fois les néphrectomies pratiquées sous robotique par les équipes d'HEH également et les chirurgies de la vessie.

La chirurgie tumorale de la prostate positionne nos deux sites sur des durées de séjour comparables mais le site Lyon Sud, orienté sur la chirurgie carcinologique capte les plus gros volumes de Lyon.

Pour sa performance en durée, Lyon Sud a obtenu en 2019, une sur valorisation tarifaire sur les patients de sévérité 2 à 4, sans que ce soit le cas pour HEH. C'est qu'en fait, même pour des patients au profil plus sévère, les durées de prise en charge sont vraiment très courtes (13 séjours à 9 200 euros et 22 séjours à 7140 euros avec des DMS de 2 jours – très fort rendement à la journée brute).

Comment faire pour aller plus loin dans cette discipline ?

C'est sur HEH qu'il faudra concentrer les efforts sur les démarches de réhabilitation. Ceci est d'autant plus important que si un projet pouvait voir le jour en transplantation rénale, la collaboration avec l'équipe d'anesthésie sera fondamentale. Actuellement, l'équipe est convaincue qu'un passage systématique en soins critiques pour la cystectomie présente une valeur médicale supérieure à celle d'une non systématisation. Il serait souhaitable d'en apporter la preuve en service médical rendu, les écarts avec Lyon Sud sont catégoriques (voir graphe page 11).

4 – le reste à faire

Sur les années 2020 et 2021 :

- Poursuivre la gestion de projet RAC orthopédie à HEH pour une pratique en routine en 2021.
- Poursuivre l'urologie à HEH
- Implémenter la RAC en chirurgie vasculaire programmée à Louis Pradel (grosse chirurgie aortique)
- En chirurgie carcinologique ORL à Croix Rousse : un programme de réduction de la dénutrition des patients a démarré en 2019, il s'agit de poursuivre par des actions complémentaires mais la démarche est déjà un des grands axes de la RAC, pour ce profil de patients, qui présente fréquemment ce facteur de risque
- Conduire un projet inter site : Césarienne en RAC sur tous nos sites d'obstétrique. Le site de la Croix Rousse pourrait être moteur.
- Développer un protocole standard RAC dans la chirurgie de la tumeur de l'ovaire.

Quels autres programmes sont susceptibles d'être développés ?

- En Transplantation Rénale. Les HCL sont le plus gros centre de transplantation de France sur cet organe. Un programme de cette ampleur permettrait de le distinguer sur cette spécialité. Le premier CHU ayant développé la RAC en transplantation est l'APHP en transplantation hépatique à la Pitié-Salpêtrière.
- En chirurgie cardiaque : un projet est conduit à la clinique de la Sauvegarde, probablement plus facile après avoir conduit le projet de la chirurgie vasculaire.
- En chirurgie du rachis adulte

Au niveau architectural

- Installer des salles d'exercice physique post chirurgie pour éviter que les patients ne s'éparpillent dans tous les couloirs, dans nos sites d'HEH, de Croix Rousse et de Louis Pradel, comme sur le modèle de Lyon Sud. Ces salles permet de regrouper les patients, de les encadrer avec un effectif APA, connaissant les protocoles de rééducation et permet aux patients de se motiver entre eux. Ceci permettra de libérer du temps de masseurs kinésithérapeutes : une ressource rare pour se concentrer sur les patients qui méritent des soins plus personnalisés

En management transversal

- Maintenir les séquences d'ateliers, lieux de partage de pratiques qui suivent les évolutions et l'état de l'art et permet des passerelles inter sites.