



La Récupération Rapide Après Chirurgie

IFSI Haguenau – 22 juin 2017



Sommaire



Qui sommes-nous ?



Le Groupe Capiro :

Entreprise suédoise fondée (1994) sur une idée clé :
apporter des solutions médicales et organisationnelles (maîtrise des dépenses)

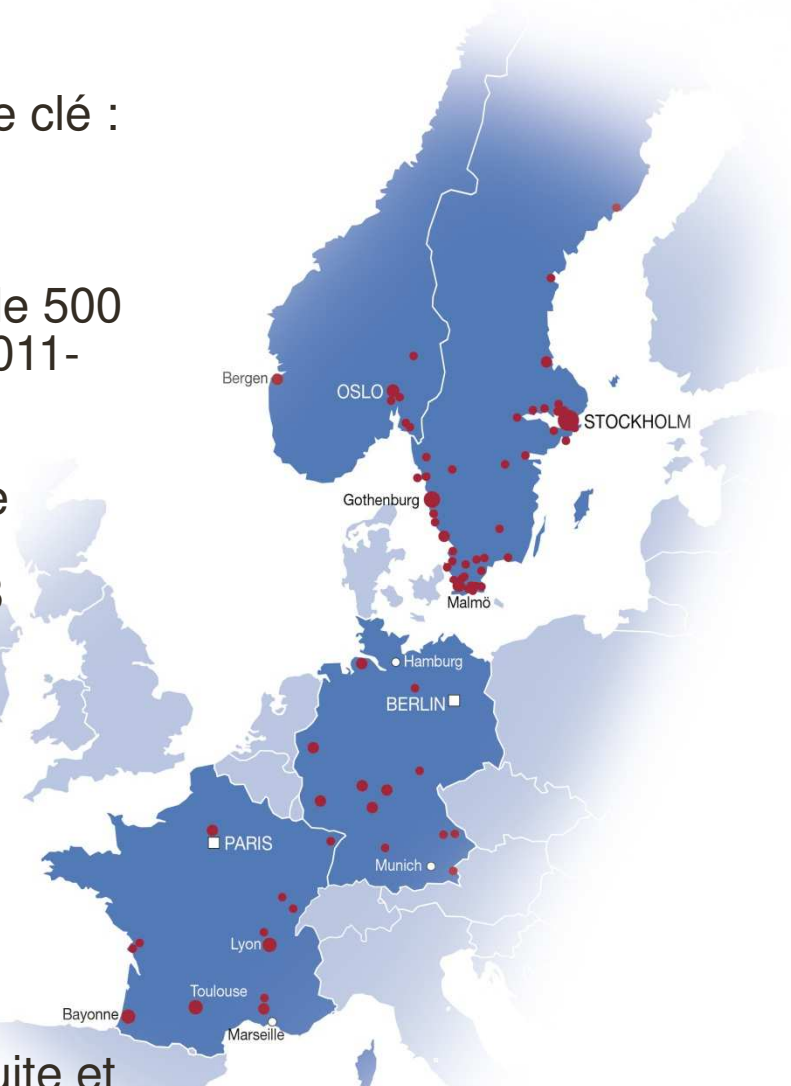
Investisseur de long terme dans le secteur (+ de 500 millions d'€ investis en France sur la période 2011-2018, hors acquisitions)

Suède: Un hôpital d'urgences en délégation de service public, 2 hôpitaux locaux, 30 cliniques spécialisées, 75 centres de santé primaires, 18 cliniques psychiatriques

Norvège: 8 centres médicaux et 2 cliniques spécialisées

France: 22 cliniques, dont 7 avec service d'urgences

Allemagne: 5 hôpitaux d'urgences locaux, 4 cliniques spécialisées, 1 centres de soins de suite et de réadaptation, 7 centres ambulatoires.



- 3.000 médecins et chirurgiens
- 12.360 employés, 174 sites
- 4,6 millions de patients soignés
- Chiffre d'affaires : 1,4 milliards €

Notre stratégie

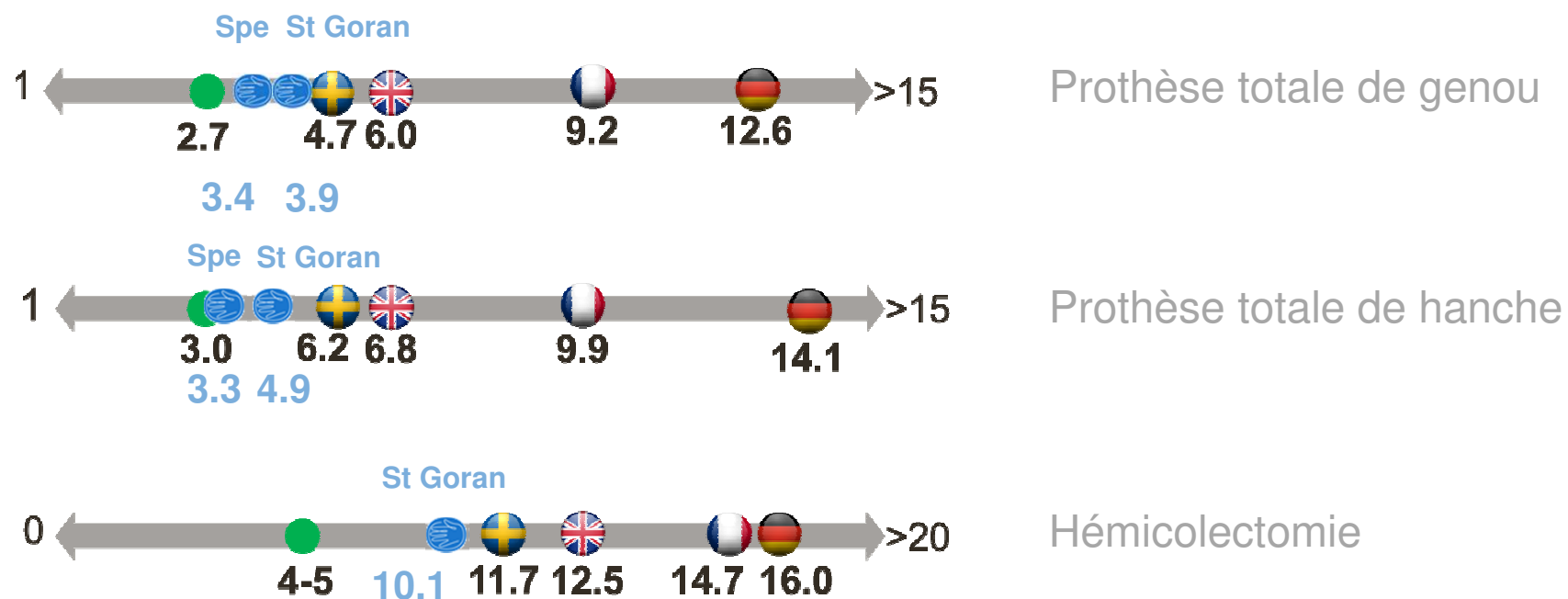


Comparaisons de DMS ciblées



Durée Moyenne de séjour (nombre de jours)

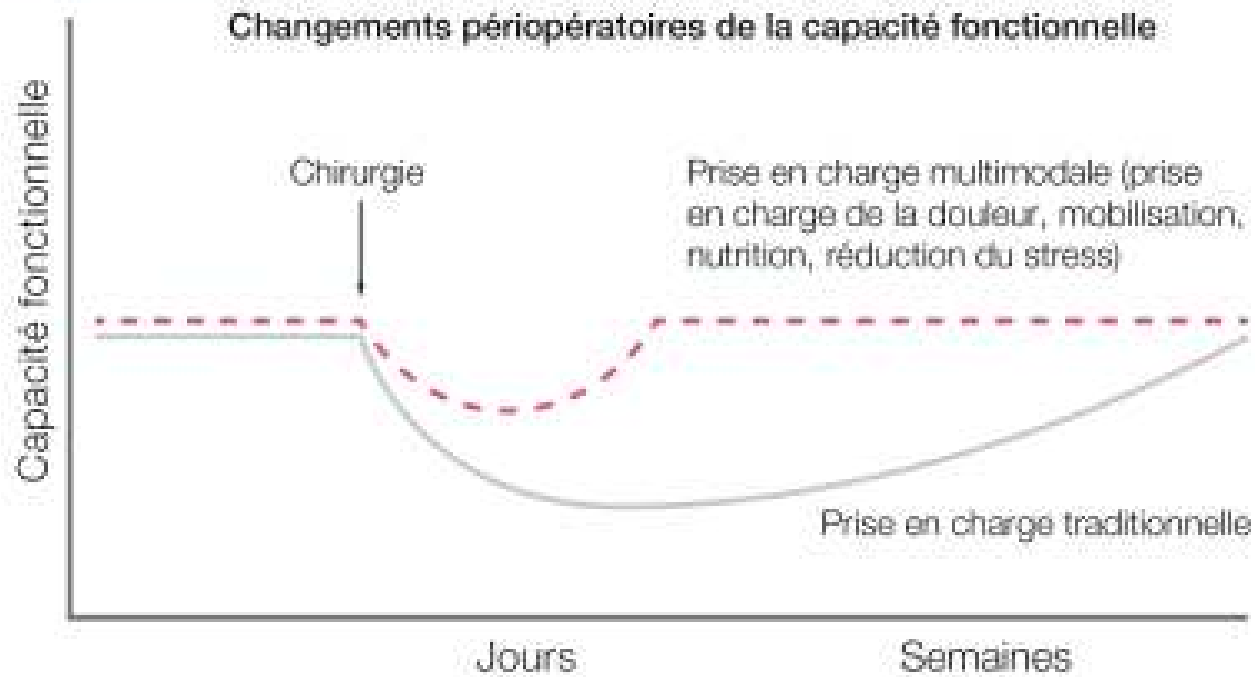
- Best practice
- Country position
- Capiro



L'explication : la Récupération Rapide Après Chirurgie Capio

La médecine moderne conduit à une récupération rapide après une intervention

Effet des méthodes modernes multimodales sur la capacité fonctionnelle des patients



Source : Professor Henrik Kehlet

Chirurgie 2.0



**➔ Amélioration du service médical rendu
Épargne des ressources**

La RRAC : Un mode de prise en charge centré autour du patient



- Un **parcours optimisé** autour du patient « **acteur préparé** »
- Une **information** renforcée du patient
- Une prise en charge **protocollisée** (chemin clinique cadencé tracé)
- Le questionnement de l'utilité (EBM) de chacune des étapes (~~DOGME~~)
- Une **gestion des risques intégrée** au parcours (NVPO, PSL)
- Une prise en charge par une **équipe pluridisciplinaire**
- Des techniques chirurgicales **mini-invasives**
- Des techniques **analgésiques multimodales** modernes
- Une **douleur traitée au plus proche de sa cause** (~~MORPHINE~~)
- **L'arrêt des drains et sondes systématiques**
- Une **réalimentation** et une **mobilisation précoces** (~~PTE~~, TV)
- **Réduction réponse systémique à l'agression chirurgicale**
- **La sortie sécurisée** dès atteinte du score d'éligibilité
- Une **évaluation** du dispositif (J+1 à J+90)



UN PARCOURS DE SOINS OPTIMISE AUTOUR DU PATIENT « ACTEUR »



J 0 = admission le jour de l'intervention



ADMISSION du PATIENT AU JUSTE MOMENT

- Bénéfice pour tous les patients en particulier Pec des patients vulnérables (enfants / PA)
- Durée de séjour adaptée
- Différence avec pec ambulatoire ? Nécessité de l'admission à j-1 ?
- Qualité : moins attente, risque infectieux réduit, stress car préparation en amont
- Dort chez lui « *on est quand même mieux chez soi* » ...
- Qualité et Gain relationnel



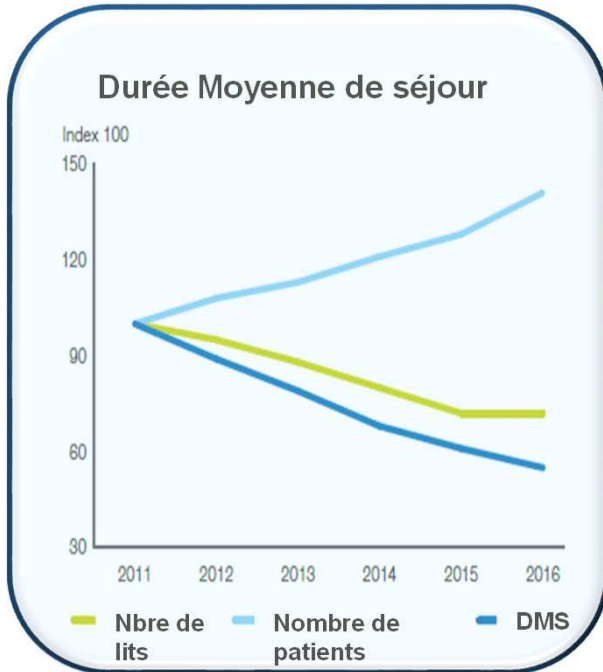
Nos résultats

L'ambulatoire innovant lourd

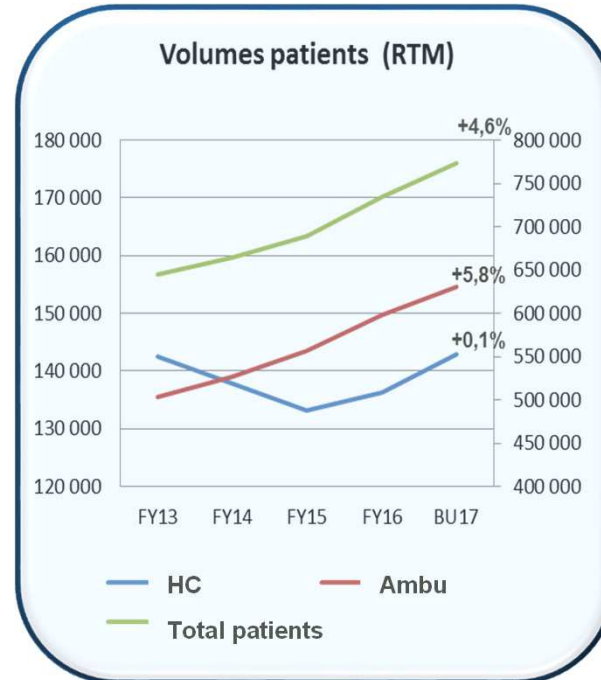


Mars 2012	• Prothèse de genou	1 ^{ère} en France
Novembre 2012	• Prothèse de hanche	1 ^{ère} en France
Février 2013	• Colectomie	1 ^{ère} mondiale
Septembre 2013	• Hystérectomie totale élargie (coelio)	
2013	• Hernie discale lombaire	
Août 2014	• Prothèse totale de l'épaule	
Juin 2016	• TAVI	1 ^{ère} en France

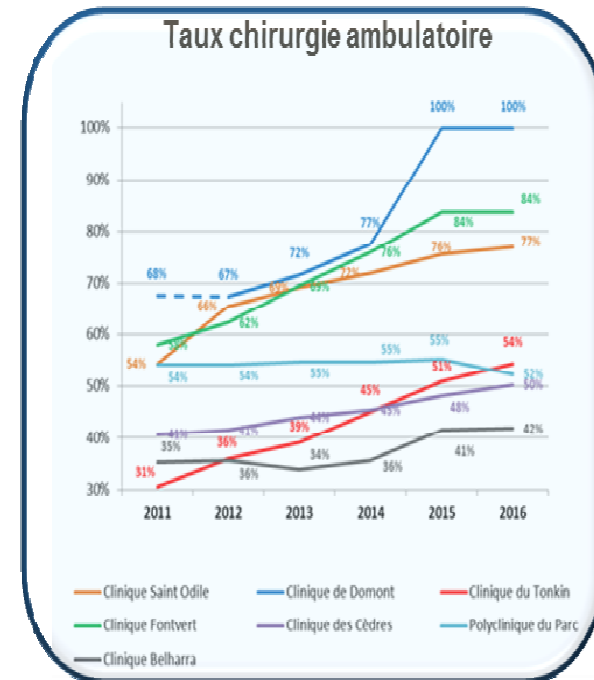
DES EVOLUTIONS MAJEURES



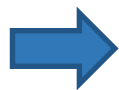
Une DMS en baisse constante



Transfert HC vers ambulatoire



Augmentation du taux de chirurgie ambulatoire



De organisations efficaces conformes aux nouveaux modes de prises en charge

Des flux spécifiques en fonction des parcours de soins

Une architecture adaptée aux évolutions en cours et futures



LABELLISATION DES EQUIPES Capiro

Pourquoi :

- permet de valoriser le travail accompli sur 1 PEC
- nécessite de revoir le processus complet d'1 PEC

Comment :

- 1/2 à 1 journée par PEC pour la visite de labellisation
- Visite basée sur le cahier des charges RRAC
- PEC remplit 80% des critères du Cahier des Charges RRAC
- audit est mené par 2 auditeurs de l'équipe RRAC
- méthodologie du type « patient traceur »
 - Revue des dossiers + échange (30 min) avec au moins 2 patients opérés dans le mois précédent + équipe paramédicale et médicale + référent RRAC/CUM
- Un Comité de Labellisation F Demesmay, P Durand, R Amalberti se prononce sur la labellisation
- Suivi : mise en œuvre des pistes d'amélioration, et renouvellement après 2 ans



CAHIER DES CHARGES STANDARD

pré-requis	1	Engagement des équipes médicales : chirurgiens
	2	Engagement des équipes médicales : anesthésistes
	3	Formation des équipes soignantes planifiée et tracée
	4	Equipe pluridisciplinaire opérationnelle (anesthésiste, chirurgien, RUS, + IDE Douleur, kiné, diététicien... au besoin)
Pré Hospit	5	Utilisation des protocoles (chemin clinique – anesthésie)
	6	Patient (+ famille) informé (oral + écrit)
	7	Patient formé sur son chemin clinique RRAC + objectifs fixés en préop.
	8	Consultation IDE préopératoire
	9	Hémoglobine préop \geq 12g/l pour les femmes et 13g/l pour les hommes
	10	en cas de chirurgie majeure : mesure systématique de l'IMC et albuminémie + consultation nutritionniste si IMC < 18,5 ou perte de poids de 10% ou alb < 30g/l
	11	Patient préparé pour la chirurgie (diabète, HTA, fonction rénale)
	12	Retour au domicile
	13	Sortie planifiée, préparée
Pré op	14	Patient admis le jour de l'intervention (tolérance 1 ^{er} patient excepté)
	15	Respect des règles du jeûn : 6h solides, 2h liquides. Protocolisé
	16	Boissons sucrées pré-op (400ml) 2h avant intervention, 7ml / kg pour les enfants
	17	Réchauffement cutané actif préopératoire
	18	Pas de prémédication systématique (hors gabapentine, prégabaline)
PerOp	19	Contrôle ciblé de la prévention des NVPO (score d'Apfel ou Dexaméthasone +/- Droleptan)
	20	Anesthésiques d'élimination rapide (AG) / Rachi-anesthésie / péridurale
	21	Analgésie Régionale (ALR1 et/ou ALR2 et/ou ALR3 cf ci-dessous) ALR1 - Analgésie régionale (rachi, péridurale < 48h) ALR2 - Analgésie régionale (bloc péré nerveux, Transverse Abdominal Plan block, choral, adducteurs, Bloc interscapulaire) ALR3 - Analgésie locale (chirurgien – ex : infiltration locale d'analgésie – LIA, KT péri-cicatriciel)
	22	Analgésie systémique (Dexamétasone, Kétamine, Nefopam, paracétamol, AINS)
	23	Remplissage vasculaire per-op individualisé (0 surcharge, 2 à 3 ml/kg/h) et protocolisé
	24	Prévention active de l'hypothermie (matelas chauffant / couverture chauffante perop & SSPI)
	25	Pas de drain systématique / ablation < 24h
Post op	26	Reprise précoce de l'alimentation orale (J0) protocolisée.
	27	Eviter la surcharge hydrique post-op ; 0 Perf en sortie de SSPI (ou < 24h) protocolisé
	28	Antalgiques niv 1 par voie orale (J0) – paracétamol + AINS (si absence C.I.) +/- Nefopam: systématique & protocolisé
	29	Antalgiques niv 3 par voie orale (J0) selon EVA - (N3 : oxycodone \gg morphine per os à libération immédiate) protocolisé
	30	Eviter les opiacés IV systématiques dans la gestion de la douleur (PCA morphine)
	31	Evaluation de la douleur et des NVPO (échelle et traçabilité), idéalement tracés par le patient
	32	Tenue vestimentaire civile confortable à J0 / J1 au plus tard
	33	Mobilisation planifiée précoce (J0) + objectifs patient (2h hors du lit) idéalement tracés par le patient
	34	Mobilisation planifiée précoce (J1) + objectifs patient (6h hors du lit) idéalement tracés par le patient
Post Hospit'	35	Check list de sortie (critères cliniques de retour à domicile validés) protocolisée
	36	Informations écrites (CRH / CRO / ordonnances) transmises au patient à sa sortie et/ou mail sécurisé au MG type Apicrypt
	37	Appel de suivi à domicile protocolisé
	38	Permanence téléphonique 24h/7j protocolisée
	39	Suivi de la mise en œuvre du protocole RRAC (Audit régulier d'une dizaine de dossiers)



Les acquis pour le gestionnaire



- **Switch culturel => Placement // Flux**
- **Nouvel outil d'analyse => Chemin clinique**
- **Protocolisation de la médecine (art)**
- **Travail en équipe**
- **Logique qualité + démarche de labélisation**
- **Suivi => satisfaction patient**
- **Capacité de projection des besoins**
- **Communication => Présence presse**



L'aspect financier de la démarche :



Dimensionnement de l'établissement (lits, places, personnels, etc.)

E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Q	R	S	T	U
Indicateurs par GHM		Réalisé au 22/11/2016 Rapport RRAC					Réalisé au 25/04/2017 Rapport RRAC					Budget 2017			
Intervention	% exhaustivité N-1	CPI	DMS	Tx Ambu	Nb séjours	CPI	DMS	Tx Ambu	Nb Séjours	% > BB (Potentiel journées)	CPI cible	DMS cible	Tx Ambu cible	% > BB (Potentiel journées)	
Endovasculaire	20,6%	51%	3,3	0%	208	51%	3,3	0%	176	271	65%	3,20	0%	128	
PTH	3,7%	81%	3,4	0%	114	81%	3,1	0%	126	57	95%	3,01	0%	257	
RTUP	2,5%	67%	5,20	28,57%	30	67%	3,5	30,22%	17	9	80%	2,66	0%	164	
PR	6,2%	58%	5,5	0%	84	58%	5,0	0%	79	89	70%	5,00	0%	239	
PTG	3,7%	85%	2,5	33,16%	219	85%	1,9	35,21%	196	32	95%	2,60	0%	268	

ETP payés
Clinique Saint Odile

- Préparation des budgets :

Income Statement	Full Year											
	Actual	%	Actual	%	Actual	%	RTM	%	Forecast 3	%	Budget	%
kEUR	1312		1412		1512		1609		1612		1712	
Total net sales	13 899	100,0	14 579	100,0	14 081	100,0	13 397	-7,1	13 604	100,0	14 385	100,0
Organic sales growth, %	260,8	1,9	679,9	4,9	-497,6	-3,4	-1 024,3	-7,1	-477,7	-3,4	0,0	0,0
Direct cost												
Doctors and other revenue drivers cost	0		0		0		0		0		0	
Clinical staff cost	-3 939	28,3	-3 635	24,9	-3 604	25,6	-3 491	26,1	-3 618	26,6	-3 535	24,6
Non-clinical staff cost	-71	0,5	-99	0,7	-92	0,7	-39	0,3	0		0	
Personnel cost	-4 010	28,9	-3 734	25,6	-3 696	26,2	-3 530	26,4	-3 618	26,6	-3 535	24,6
Material and services cost	-3 014	21,7	-2 968	20,4	-2 813	20,0	-2 707	20,2	-2 716	20,0	-2 705	18,8
Other direct cost	-4 668	33,6	-5 020	34,4	-5 106	36,3	-5 203	38,8	-5 469	40,2	-5 945	41,3
Total direct cost	-11 692	84,1	-11 721	80,4	-11 615	82,5	-11 441	85,4	-11 804	86,8	-12 186	84,7
Gross result	2 207		2 857		2 466		1 956		1 800		2 199	
Gross margin, %	15,9		19,6		17,5		14,6		13,2		15,3	

	ETP PAYES				
	2013	2014	2015	2016 FCS	2017 BU
Doctors	0	0	0	0	0
Theatre staff	20	18	18	19	21
Ward staff	63	54	52	51	51
Other staff	4	4	5	5	5
Direct Personnel	86	77	75	75	77
Support	38	41	40	39	38
Total direct	124	117	115	113	114
Overhead	14	13	14	15	14
Total Paid FTE	139	131	129	128	128

Réduction DMS



Plan d'action Réduction DMS Clinique Saint Odile

ACTIVITE CHIRURGIE et autres activités sélectionnées (dont interventionnel et obstétrique)

Rapport RRAC 2016 (12 mois glissants)

Racine GHM	GHM	Effectifs Journ.	Effectifs Dossiers	BB Réf. (Nv 1)	DMS	Jours > BB Réf. ** (Nv 1 & 2)	Exhaustivité ***
01C06	Interventions sur le système vasculaire précérébral	496	90	3	5,5	227	17,3%
11C02	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale	381	46	4	8,3	159	12,1%
12C11	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes	469	81	4	5,8	125	9,5%
11C13	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques	218	37	2	5,9	107	8,2%
08C24	Prothèses de genou	546	210	4	2,6	89	6,8%
05C10	Chirurgie majeure de revascularisation	211	29	4	7,3	87	6,6%
12C04	Prostatectomies transurétrales	148	79	2	5,7	70	5,3%
08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	389	118	4	3,3	50	3,8%
12C12	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour affections non malignes	82	8	4	10,3	45	3,4%
05C15	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde	55	6	1	9,2	43	3,3%
03C11	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées	92	47	1	2,0	41	3,1%
11C11	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires	110	24	0	4,6	38	2,9%
05C11	Autres interventions de chirurgie vasculaire	99	13	3	7,6	34	2,6%
03C10	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées	176	146	1	1,2	30	2,3%
11C03	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale	60	12	3	5,0	20	1,5%

TOTAL
gain théorique (Rts) **3532** **946** **3,73** **1165** **89 %**

Objectif 2017

Nb dossiers	DMS	% succès	Nb dossiers	beddays
75	4,17	80 %	60	250
26	6,87	85 %	22	152
53	5,00	90 %	48	239
37	5,17	72 %	27	138
103	2,60	100 %	103	268
15	6,30	20 %	3	19
77	2,66	80 %	62	164
90	3,01	95 %	86	257
4	10,00	-	0	0
4	10,27	-	0	0
46	1,00	55 %	25	25
24	2,46	-	0	0
17	6,78	-	0	0
157	1,07	-	0	0
5	4,54	-	0	0
			0	0
			0	0

733 **3,48** **435** **1 511**

Gains Journées attendus

gain attendu (jours)	Timing	Méthode
80	01/07/2017	Sortie plus rapide
31	01/05/2017	Déploiement protocole RRAC
38	01/05/2017	Déploiement protocole RRAC
61	01/05/2017	Déploiement protocole RRAC
0	01/04/2017	Déploiement protocole RRAC
3	01/07/2017	Déploiement protocole RRAC
187	01/07/2017	Déploiement protocole RRAC
25	01/06/2017	Déploiement protocole RRAC
0		
0		
24	01/04/2017	Déploiement protocole RRAC
0		
0		
0		
0		
0		
0		

449
1

SOURCE : onglet DMS Fichier xl MU budget presentation

L'aspect financier de la démarche :



ETP payés
Clinique Saint Odile

2. Préparation des budgets :

	ETP PAYES				
	2013	2014	2015	2016FC3	2017BU
Doctors	0	0	0	0	0
Theatre staff	20	18	18	19	21
Ward staff	63	54	52	51	51
Other staff	4	4	5	5	5
Direct Personnel	86	77	75	75	77
Support	38	41	40	39	38
Total direct	124	117	115	113	114
Overhead	14	13	14	15	14
Total Paid FTE	139	131	129	128	128

Income Statement	Full Year											
	Actual	%	Actual	%	Actual	%	RTM	%	Forecast 3	%	Budget	%
<i>KEUR</i>	1312		1412		1512		1609		1612		1712	
Total net sales	13 899	100,0	14 579	100,0	14 081	100,0	13 397	-7,1	13 604	100,0	14 385	100,0
<i>Organic sales growth, %</i>	260,8	1,9	679,9	4,9	-497,6	-3,4	-1 024,3	-7,1	-477,7	-3,4	0,0	0,0
Direct cost												
Doctors and other revenue drivers cost	0		0		0		0		0		0	
Clinical staff cost	-3 939	28,3	-3 635	24,9	-3 604	25,6	-3 491	26,1	-3 618	26,6	-3 535	24,6
Non-clinical staff cost	-71	0,5	-99	0,7	-92	0,7	-39	0,3	0		0	
Personnel cost	-4 010	28,9	-3 734	25,6	-3 696	26,2	-3 530	26,4	-3 618	26,6	-3 535	24,6
Material and services cost	-3 014	21,7	-2 968	20,4	-2 813	20,0	-2 707	20,2	-2 716	20,0	-2 705	18,8
Other direct cost	-4 668	33,6	-5 020	34,4	-5 106	36,3	-5 203	38,8	-5 469	40,2	-5 945	41,3
Total direct cost	-11 692	84,1	-11 721	80,4	-11 615	82,5	-11 441	85,4	-11 804	86,8	-12 186	84,7
Gross result	2 207		2 857		2 466		1 956		1 800		2 199	
<i>Gross margin, %</i>	15,9		19,6		17,5		14,6		13,2		15,3	

Synthèse transversales des actions en matière de RRAC



Actions	Objectif détaillé	Score initial	Score cible	Commentaires	Actions	Qui	Date début	Fin planifiée	% action réalisé
Organisation	Admission à JO pour toute la chirurgie	61%		spécialités prioritaires = orthopédie du membre inférieur + vasculaire	rédaction chemins cliniques avec les praticiens	IG / DP / SP	mai-16	déc-16	en cours
	Admission à JO pour toute la chirurgie				rencontre par spécialités	IG / CP	mai-16	juil-16	en cours
	Admission à JO pour toute la chirurgie				EPP pertinence d'hospitalisation à J-1	NS / IG	juin-16	juil-16	en cours
Scores de sortie	80 % des scores de sortie tracés dans Médiboard pour les hospitalisés	0			rédaction de check list de sortie à intégrer dans les chemins cliniques	IG	juil-16	déc-16	non débuté
Suivi du patient à domicile (QPI)	70% des patients seront suivis après leur sortie				mise en place de la plate forme patient e-fitback	IG	sept-16		en cours
Analyse Pertinence Durée de Séjour	Pertinence durée des séjours ciblés seront réalisés Rachis, PTG, PTH				Création comission RRAC	IG	juil-16		non débuté
Labels									
rédaction chemins cliniques					liste des actes prioritaires	IG / HPM	mai-16		FAIT
		2	34		rédaction des chemins cliniques	IG / DG / SP	mai-16	déc-16	en cours
création livrets d'info patients		1	34				juin-16	déc-16	non débuté

SOURCE : Tableau de bord RRAC – Onglet « Actions transversales »

II-A Conséquence gain DMS



Consequences gain DMS

Fermeture de lit prévue	date	Nb of beds closed	Impact FTE Full Year	Impact FTE* 2017	Impact EBIT
Chirurgie 2	01/01/2017	5		-1,9	60
		5	0	-1,9	60

** Attention FTE base 12 mois*

SOURCE : onglet productivité Fichier xl MU budget presentation

II-B Bridge MS & ETP



Personnel costs

	2016 FC3	effets prix				Volume	Productivité		Autre Dt Restructuring	2017BU	
		CICE	GVT	NAO	Sous-Traitance		Avlos/Transf.	Autres plans			
Direct Personnel	-3 618	-3	-38			-40	60	150	-45	-3 535	0
Support Services	-1 799	-2	-19		-127	72		29	-37	-1 883	0
Overhead	-994	-1	-11						0	-1 006	0
Total Personnel costs	-6 412	-6	-68	0	-127	32	60	179	-83	-6 425	0
		0,1%	1,1%	0,0%	2,0%	-0,5%	-0,9%	-2,8%	1,3%	0,2%	0

FTE

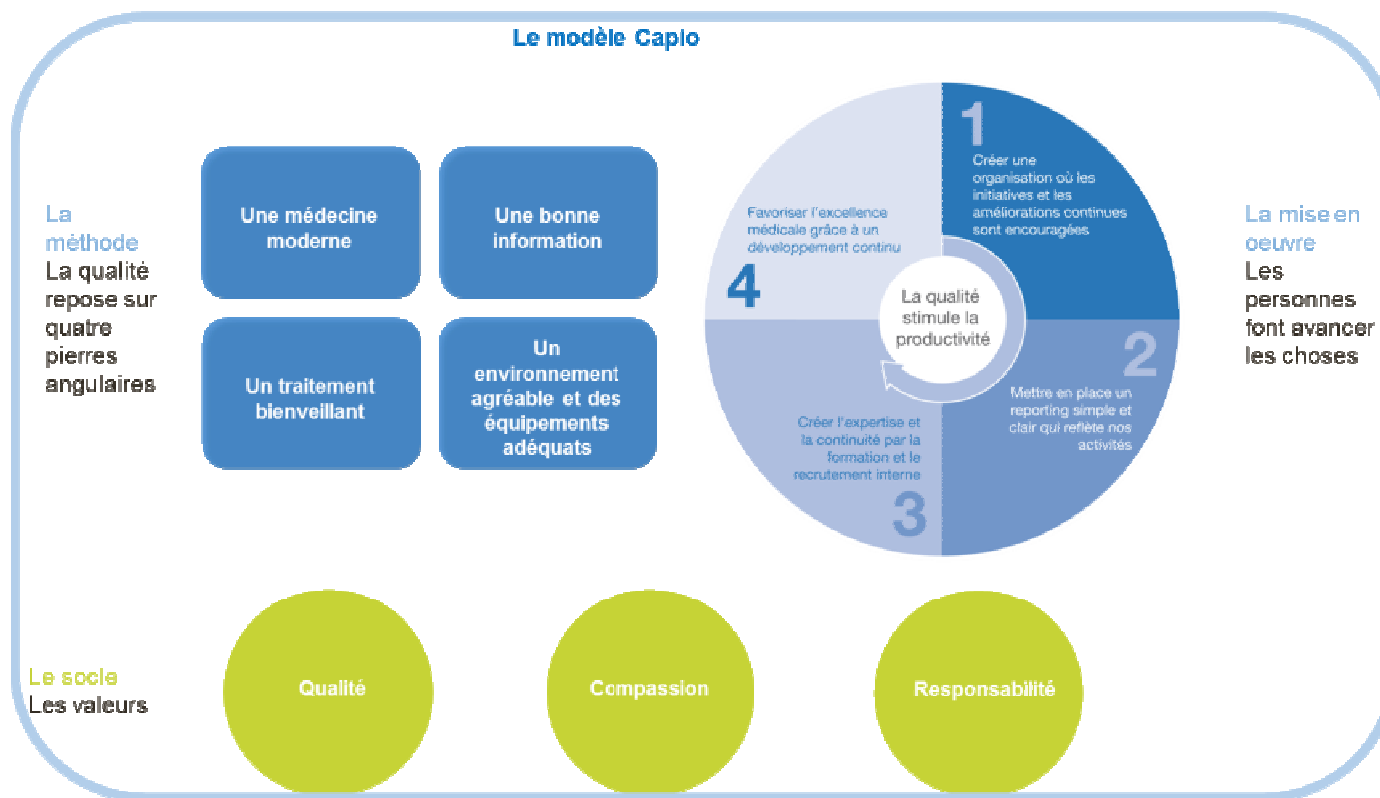
	2016 FC3	effets prix				Volume	Productivité		Autre Dt Restructuring	2017BU	
							Avlos/Transf.	Autres plans			
<i>Medecin</i>	0									0	0
<i>bloc</i>	19					1			1	21	0
<i>services</i>	51									51	0
<i>ambu</i>	5									5	0
Direct Personnel	75					1	0	0	1	77	0
Support Services	39					-2			1	38	0
Overhead	15								-1	14	0
Total paid FTE	128					-1	0	0	1	128	0
						-0,8%	0,0%	0,0%	0,8%	100,0%	0

SOURCE : onglet staff costs Fichier xl MU budget presentation

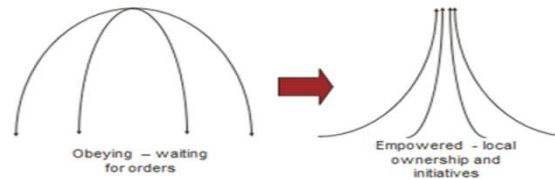
Développement d'une Culture d'entreprise spécifique



Le modèle Capio, Une stratégie médicale et organisationnelle



Notre culture



Encouragé à prendre des initiatives

Notre stratégie médicale : Qualité et médecine moderne



Un mode de prise en charge innovant centré autour du patient



L'aspect humain est aussi important que les dernières avancées médicales

Une médecine moderne

Une bonne information

Un traitement bienveillant

Un environnement agréable et des équipements adéquats



Un patient bien informé est un patient confiant



Un programme immobilier quinquennal pour améliorer la qualité de nos infrastructures

Merci de votre attention



Discussion



Capiro

Qualité, Compassion, Responsabilité