



# LA PRÉHABILITATION DANS LES PARCOURS DE CHIRURGIE

Dispositif d'accompagnement francilien

**Retours  
d'expériences  
2022 – 2024**

**1<sup>ère</sup> édition -  
Septembre  
2024**



---

# SOMMAIRE

## AVANT-PROPOS

## INTRODUCTION

## TÉMOIGNAGES

1. Méthodologie du projet
2. Comment évaluer les pratiques ?
3. Synthèse des actions envisagées par les services
4. Les modèles d'organisation
5. L'expériences de 3 services accompagnés
6. Les ressources pédagogiques

## GLOSSAIRE

## Avec le soutien précieux des équipes de CERCLH et de l'ORCA



## Et la mobilisation du comité des experts



**Pr Morgan LE GUEN** (Hôpital Foch)



**Dr Anissa BELBACHIR** (APHP Hôpital Cochin)



**Pr Pascal ALFONSI** (Hôpital Paris Saint Joseph)



**Dr Charlotte NALINE** (CH de Versailles)



**Dr Véronique FRANCOIS** (APHP Hôpital Lariboisière)



**Dr Cindy NEUZILLET et Mme Eva-Ester MOLINA BELTRAN** (Institut Curie)

---

# AVANT PROPOS

La Préhabilitation est un concept de soin canadien décrit initialement en 2014 dont l'enjeu est l'optimisation du patient en préopératoire notamment dans sa composante musculaire et de capacité fonctionnelle à l'effort. Ainsi le Pr Carli a proposé un programme de soins dans le mois précédant une intervention lourde associant exercices physiques, nutrition avec apports protéiques et soutien psychologique <sup>(1)</sup>.

La suite de cette aventure a démontré un intérêt en termes de gain fonctionnel à l'effort, notamment chez les patients identifiés comme plus fragiles, puis en termes de réduction des complications postopératoires et de la mortalité dans certaines situations. Aujourd'hui, cette préhabilitation associe une prise en charge médicale des différentes comorbidités (gestion de l'anémie, équilibration du diabète...) et complète parfaitement les parcours de RAC<sup>(2)</sup>.

Dès lors, le sujet intéresse nombre d'équipes et le propos de ce document est d'exposer les piliers de la préhabilitation et les moyens de mettre en œuvre ce programme à la fois en théorie et à partir d'expériences d'établissements franciliens qui ont bénéficié d'un accompagnement avec l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS IDF) et CERCLH.

Les éléments positifs sont le succès du projet dans la majorité des équipes soutenues, la valeur d'un projet collectif associant médecins, paramédicaux et institution, ainsi que les retours enthousiastes des patients inscrits dans ce programme. Bref, l'optimisation du parcours de soins suggéré fortement par la HAS<sup>(3)</sup> avec la notion de pertinence du soin ou tel que mis en avant par certaines sociétés savantes telles que la SFAR avec son référentiel récent trouve ici tout son sens<sup>(4)</sup> !

Poursuivons et amplifions donc ce mouvement !

**Professeur Morgan LE GUEN**

Anesthésiste Hopital Foch (92)

(1) Gillis C. et al. Anesthesiology 2014;121:937-47

(2) Chielsa G. et al. British Journal of Anaesthesia 2022;128: 434e448

(3) [Haute Autorité de Santé - Programme national pertinence \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr)

(4) Bloc S. et al. SFAR RFE 2023 Programme d'optimisation du parcours périopératoire du patient adulte

---

# INTRODUCTION

La Récupération Après-Chirurgie (RAC) englobe un ensemble de mesures préopératoires, peropératoires et postopératoires visant à préparer le patient et à réduire les agressions liées à la chirurgie, et ainsi à améliorer la récupération postopératoire. Elle joue un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge chirurgicale des patients, et est aujourd'hui une évidence pour les équipes chirurgicales.

Depuis 2017, l'ARS IDF s'est engagée à accompagner le développement de la RAC dans la région, avec plus d'une quarantaine d'établissements de santé franciliens accompagnés. Dans l'objectif de poursuivre son engagement dans l'amélioration de la prise en charge chirurgicale des patients, l'ARS a lancé plusieurs actions pour soutenir et développer la première phase de la RAC, qui est la préhabilitation. Ces actions ont consisté à :

- organiser un webinaire en 2021, qui a permis de donner la parole aux experts, notamment le Pr Franco Carli de l'université McGill à Montréal, fondateur du concept de la préhabilitation, pour expliquer les principes et les bénéfices de cette pratique ;
- depuis 2022, lancer le premier accompagnement en France, avec le cabinet CERCLH et des établissements franciliens référents, dont l'objectif est d'apporter des réponses aux enjeux d'organisation médicale ainsi qu'aux enjeux d'organisation pour les patients et les établissements ;
- en 2023, lancer un appel à projets afin d'accompagner les établissements de santé dans la mise en œuvre des plans d'actions dans le cadre de la mise en place de la préhabilitation.

Ainsi, le présent rapport a pour objectif de faire le point sur les enseignements tirés de l'accompagnement fruit de la collaboration entre l'ARS IDF, le cabinet CERCLH, et les établissements de santé franciliens, afin de répondre aux mieux à la multitude des questions soulevées ces dernières années et soutenir la mise en place de la préhabilitation.

L'ARS IDF reste engagée pour l'amélioration de la prise en charge chirurgicale des patients en poursuivant les accompagnements lancés au niveau de la région, notamment autour de la RAC et de la préhabilitation.

Bonne lecture.

[hamza.lafdili@ars.sante.fr](mailto:hamza.lafdili@ars.sante.fr)  
[mohamed.ashraf@ars.sante.fr](mailto:mohamed.ashraf@ars.sante.fr)

Département Plateaux Médico-Techniques  
Pôle Efficience, Direction de l'Offre de Soins (DOS)  
Agence Régionale de santé Ile de France

---

# TEMOIGNAGES

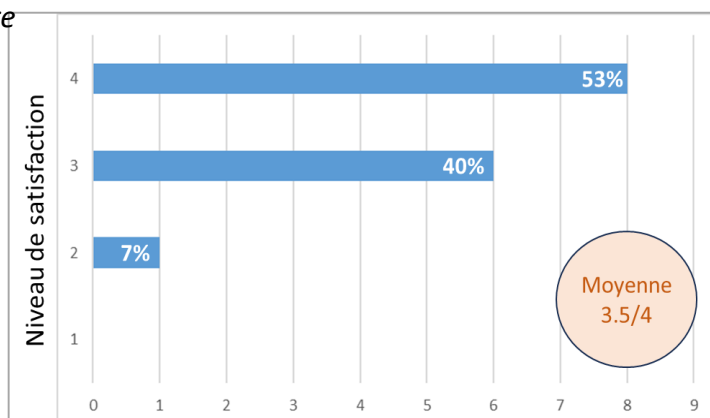
« Excellent accompagnement permettant d'aboutir sur un projet difficile à intégrer dans la structure hospitalière de par des contraintes RH, des contraintes de lieu et la difficulté du changement »

« Echanges réguliers / Réponses aux questions rapides et précises »

« Les réunions collectives et individuelles nous ont permis d'avancer et de voir notre progression »

« Les échanges avec les différents services »

« Expertise »



« Echanges riches , disponibilités , conseils

« Accompagnement personnalisé, très réactifs pour trouver des solutions (mettre en contact les différents établissements permet d'avancer dans le projet), avoir un soutien sur plusieurs mois permet d'éviter le relâchement des équipes dans la création de projet »

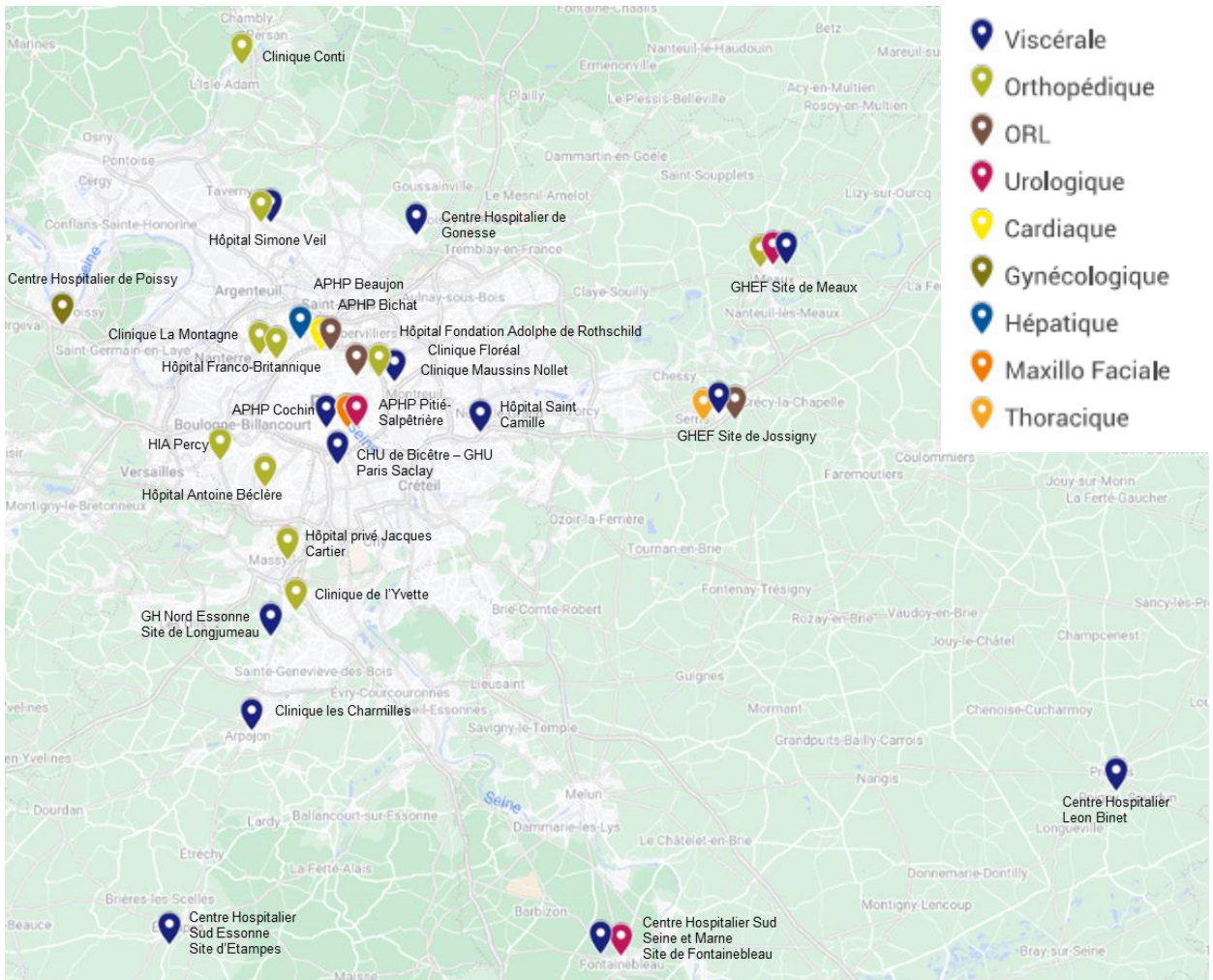
Enquête de satisfaction auprès des services candidats, Mars 2024



# 1. Méthodologie du projet

## PRÉSENTATION DES ÉTABLISSEMENTS

Les 30 services de chirurgie qui ont candidaté au projet de la préhabilitation sont répartis par spécialité et / ou par proximité géographique en 5 groupes de travail. Pour chacun des groupes un établissement référent a été désigné.



## Les référents médicaux



Pr Morgan LE GUEN



Dr Anissa BELBACHIR



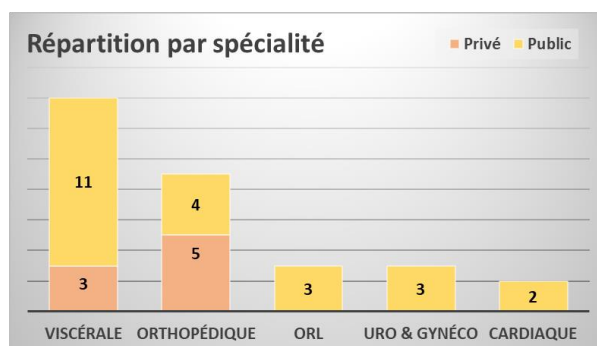
Pr Pascal ALFONSI



# 1. Méthodologie du projet

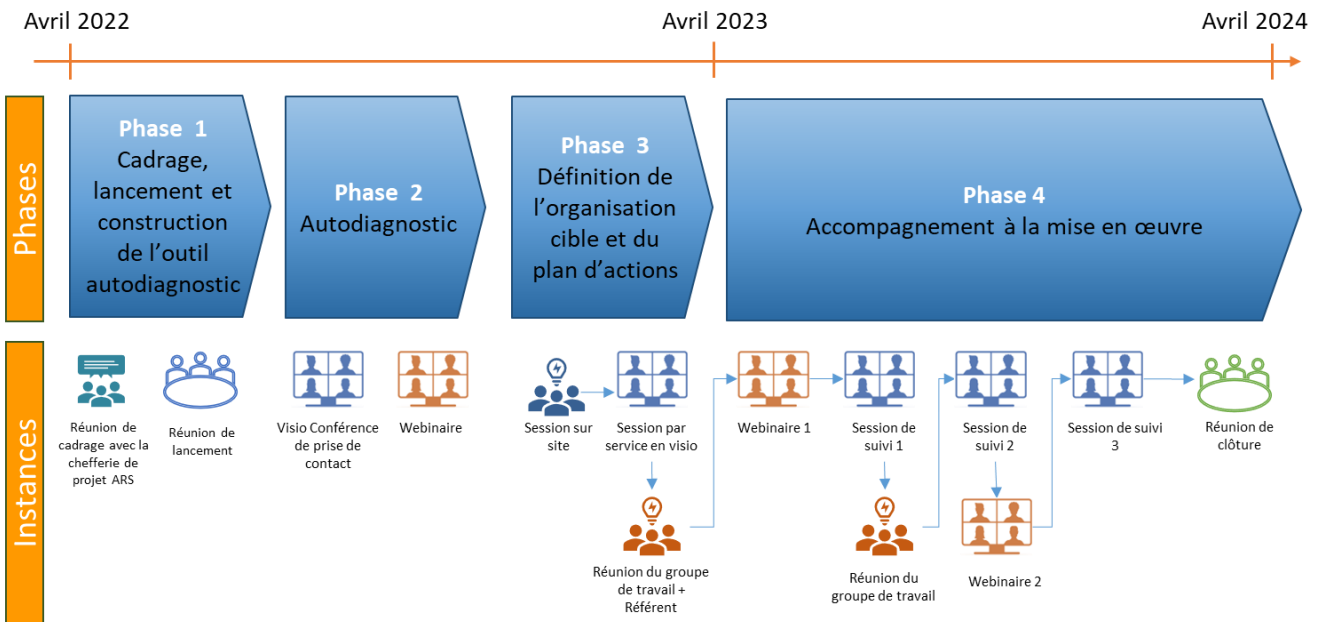
## PRÉSENTATION DES SERVICES SELON LA SPECIALITE

Spécialité	Statut / Etablissement	Service	
Cardiaque	<b>Public</b>		
	Hopital Bichat Claude Bernard	Chirurgie cardiaque	
	Hopital de la Pitié-Salpêtrière	Chirurgie cardiaque	
ORL	<b>Public</b>		
	Hopital Bichat Claude Bernard	Chirurgie oto rhino laryngologie et chirurgie cervico faciale	
	Hopital de la Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale	
	Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild	oto rhino laryngologie	
Orthopédique	<b>Privé</b>		
	Clinique Conti	Chirurgie orthopédique	
	Clinique de l'Yvette	Chirurgie orthopédique	
	Clinique La montagne	Chirurgie orthopédique	
	CLINIQUE MAUSSINS NOLLET	Chirurgie orthopédique	
	Hôpital Privé Jacques Cartier	Chirurgie orthopédique - Rachis	
	<b>Public</b>		
	HIA PERCY	Chirurgie orthopédique	
	Hôpital Antoine Béclère	Chirurgie orthopédique traumatologie	
	Hôpital Franco Britannique	Chirurgie orthopédique	
	Hôpital Simone Veil (95)	Chirurgie orthopédique	
	Uro & Gynéco	<b>Public</b>	
		Centre Hospitalier de Poissy	Chirurgie gynécologique
Centre Hospitalier Sud Seine et Marne		Chirurgie urologique	
Hopital de la Pitié-Salpêtrière		Chirurgie urologique	
Viscérale	<b>Privé</b>		
	Clinique FLOREAL	Chirurgie digestive	
	Clinique les Charmilles	Chirurgie digestive	
	Hôpital Saint-Camille	Chirurgie viscérale	
	<b>Public</b>		
	AP-HP Centre. Hôpital Cochin	Chirurgie digestive	
	Centre Hospitalier de Gonesse	Chirurgie viscérale	
	Centre Hospitalier Léon BINET	Chirurgie viscérale	
	Centre Hospitalier Sud Essone	Chirurgie viscérale et digestive	
	Centre Hospitalier Sud Seine et Marne	Chirurgie viscérale et digestive	
	CHU de Bicêtre - GHU PARIS Saclay	Chirurgie viscérale et digestive	
	GHEF site de Marne la vallée	Chirurgie viscérale	
	GHEF site de Meaux	Chirurgie viscérale et digestive	
	Groupement hospitalier nord Essonne Site de Longjumeau	Chirurgie viscérale et digestive	
Hôpital BEAUJON	Chirurgie Hépatobilio-Pancréatique & Transplantation Hépatique		
Hôpital Simone Veil (95)	Chirurgie générale et digestive		



# 1. Méthodologie du projet

## DÉROULEMENT DU DISPOSITIF



Session de travail sur le site du service candidat animée par CERCLH et avec l'appui des experts



Session de travail en visio avec un service candidat animée par CERCLH et avec l'appui des experts



Session Collective en physique animée par l'ARS, CERCLH, les experts et tous les services candidats



Session de travail en physique avec un groupe de 6 services candidats animée par CERCLH et avec l'appui des experts



Session de travail en visio avec les 6 services candidats animée par CERCLH et avec l'appui des experts

# 1. Méthodologie du projet

## QUICK SCAN : MESURER LA MATURITE DE L'ORGANISATION

L'outil a vocation à donner une représentation initiale de la situation de la préhabilitation dans un service et permettre ainsi d'orienter les actions à mettre en œuvre par la suite. De manière préférentielle, l'outil est à remplir en équipe pluridisciplinaire.

Ce questionnaire n'est pas un référentiel normatif des pratiques organisationnelles.

Questions		Réponse 1	Réponse 2	Réponse 3	Commentaires
<b>Organisation de la préhabilitation</b>					
A	A.1 Une démarche RAC est en place				
	A.2 Le(s) responsable(s) de la coordination est(sont) identifié(s)				
	A.3 Le(s) responsable(s) de la coordination est(sont)				
	A.4 Un IDEC ou IPA de parcours est identifié				
	A.5 Les critères d'éligibilité liés au patient sont définis				
	A.6 Les critères d'éligibilité liés au type d'intervention sont définis				
	A.7 Le lieu d'accueil est identifié				
	A.8 Le parcours de préhabilitation du patient est défini				
	A.9 La procédure de programmation du parcours est rédigée				
	A.10 Un livret d'accueil (passeport) du patient est rédigé				
	A.11 Un carnet de préhabilitation est rédigé				
	A.12 Un contact de suivi est organisé avec le patient pendant sa préhabilitation				
	A.13 Un compte-rendu médical est rédigé				
<b>Dépistages</b>					
B	B.1 Anémie				
	B.2 Carence martiale				
	B.3 Dénutrition				
	B.4 Addiction alcool				
	B.5 Addiction tabac				
	B.6 Dépendance, perte d'autonomie				
	B.7 Autonomie fonctionnelle				
<b>Spécialistes</b> Précisez les spécialistes intervenant sur le parcours de préhabilitation (Réponse 1). Pour ceux-ci, qualifiez le niveau d'accès (Réponse 2)					
C	C.1 Nutritionniste				
	C.2 Endocrinologue				
	C.3 Diététicienne				
	C.4 Tabacologue				
	C.5 Psychologue				
	C.6 Gériatre				
	C.7 Kinésithérapeute				
	C.8 STAPS				
	C.9 Pneumologue				
	Autres spécialistes, précisez :				
	C.10 Spécialiste ...				
	C.11 Spécialiste ...				
	C.12 Spécialiste ...				
C.13 Spécialiste ...					

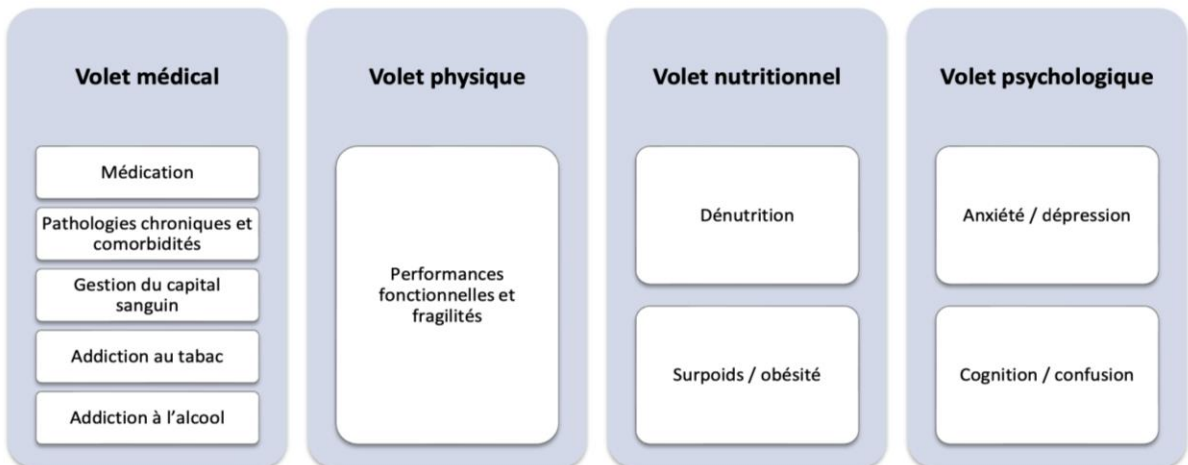
---

## 2. Comment évaluer les pratiques ?

Autant les accompagnements au développement de la RAC se sont appuyés sur des recommandations de l'association GRACE, autant dans ce nouveau dispositif, il était nécessaire de préparer un socle commun pour parler un langage commun.

Nous présentons ici le travail mené en collaboration avec le groupe d'experts. Il est le reflet de leurs expériences et d'éléments de la littérature scientifique. Sans prétendre à une exhaustivité, ce socle de connaissance facilitera la réflexion sur les nouvelles organisations.

### Les piliers de la pré habilitation



Dans les pages suivantes, chacun des piliers de la préhabilitation est détaillé et sont indiqués à titre de retour d'expérience des modalités d'évaluation applicables aux patients.

## 2. Comment évaluer les pratiques ?

Ce volet d'optimisation médicale est intervenu plus tard dans le parcours préhabilitation car il recoupe en pratique des éléments de la RAC. Toutefois, le positionnement en amont de l'intervention donne un sens à l'intégrer ici. Les éléments majeurs sont le sevrage des addictions (tabac, alcool, ...), la gestion de l'anémie (Patient Blood Management). Ensuite, chaque centre va proposer des éléments propres à son organisation, aisés à mettre en œuvre ou ayant du sens dans la prise en charge des patients préhabilités : cas de l'orthophonie pour la chirurgie ORL majeure....

*Evaluation du traitement personnel du patient en consultation par le médecin anesthésiste (ou gériatre)*



### Médication

- Conciliation médicamenteuse

*Repérage des comorbidités en consultation médicale*



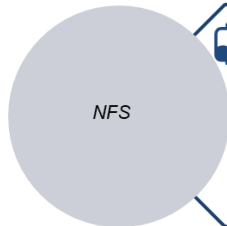
### Pathologies chroniques et comorbidités

- Stabilisation des traitements

### Autres pratiques constatées :

- Sevrage morphinique (Hôpital Cochin)
- Traitement des douleurs préopératoires neuropathiques (Hôpital Cochin)
- Repérage de cardiopathie et orientation en HdJ cardiologie (Hôpital Cochin);
- Repérage de l'apnée du sommeil et orientation pour examen de polygraphie ventilatoire (Hôpital Paris Saint-Joseph, patient obèse);
- Equipe mobile de gériatrie, ECG et échographie du cœur avec des délais raccourcis (Hôpital Foch, digestif et thoracique)

## 2. Comment évaluer les pratiques ?

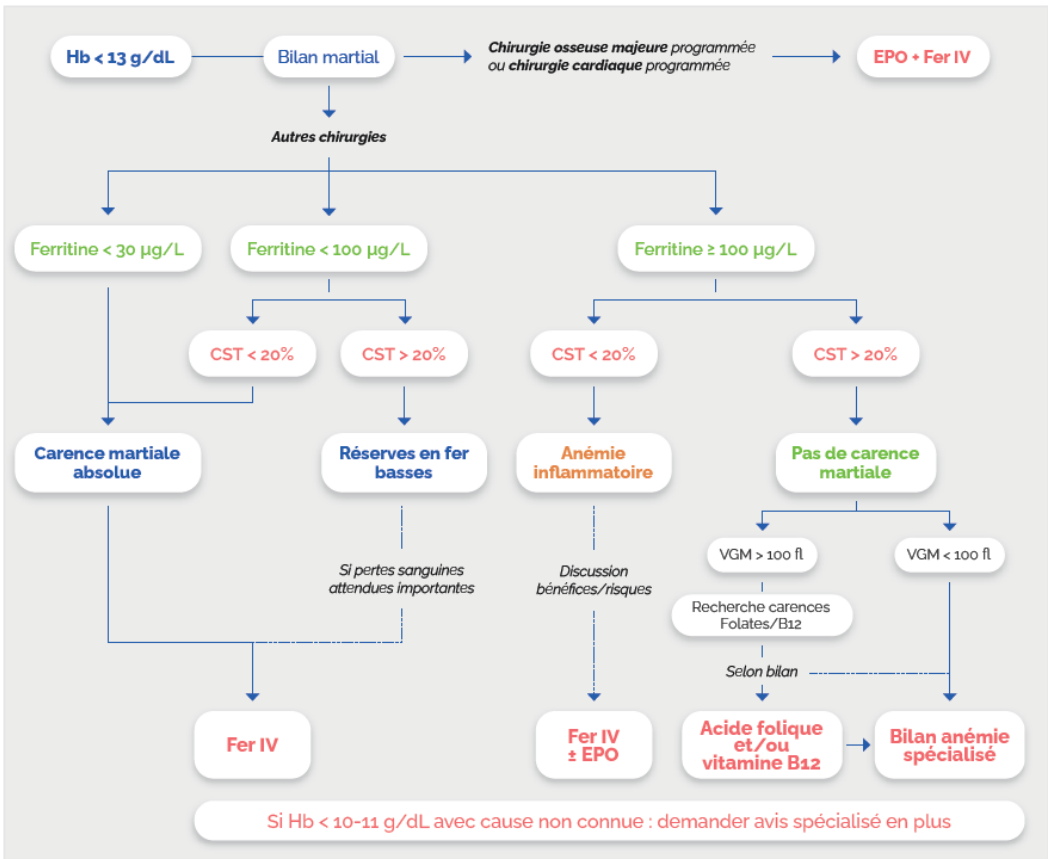


**Gestion du capital sanguin**

- Seuils de traitement anémie et/ou carence martiale :
  - Hb < 13 g/dL
  - Ft < 30 µg/L et CST < 20 %, ou Ft < 100 µg/L et/ou CST < 20 %
- Injection de Fer IV pré opératoire en HdJ ou HAD, +/- EPO

Autres pratiques constatées :

- Prescription du bilan biologique complet (ferritine, transferrine, CST, B9, B12, vit D) lors de la 1<sup>ère</sup> consultation avec l'oncologue, évaluation et correction des carences par l'IPA, réévaluation du bilan une fois par mois (Institut Curie, cancérologie)



**Recommandations HAS 2022 : Algorithme utilisable pour le diagnostic et la classification de l'anémie dans la période préopératoire**

**Addiction au tabac**

• Sevrage tabagique par patch

• Revue de littérature : Un arrêt du tabagisme :

- de 6 à 8 semaines avant l'intervention entraîne la disparition du risque de complications opératoires dues au tabac.
- de 3 à 4 semaines avant l'intervention apporte sur tous les paramètres opératoires un bénéfice.
- de 12 à 48 heures avant une intervention permet une baisse du taux de CO circulant et donc une meilleure oxygénation.

Autres pratiques constatées :

- Orientation vers addictologue (centre d'addictologie à l'Hôpital Cochin, addictologue à l'Institut Curie, IDE addictologie à l'Hôpital Foch)

**Addiction à l'alcool**

- Conseil et soutien psychologique,
- Prise en charge des manifestations déplaisantes de l'alcool : tachycardie, nausées et vomissements, sensations de malaise et hypotension (disulfirame à faible dose)
- Prise en charge des symptômes de sevrage

Autres pratiques constatées :

- Bilan hépatique en consultation d'anesthésie, prise en charge en centre d'addictologie et réévaluation préopératoire du bilan (Hôpital Cochin)
- Orientation vers addictologue (Institut Curie, Hôpital Foch)

### Dépendance à la nicotine : test de Fagerström

	Dans les 5 premières minutes	3
► Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
► Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
► À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
► Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
► Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
► Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Score de votre test ▶		
<p>► <b>Score de 0 à 2 :</b> vous n'êtes pas dépendant(e) de la nicotine. Vous pouvez vous arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois vous redoutez cet arrêt, prenez conseil auprès de votre pharmacien ou de votre médecin traitant.</p> <p>► <b>Score de 3 à 4 :</b> vous êtes faiblement dépendant(e) de la nicotine.</p> <p>► <b>Score de 5 à 6 :</b> vous êtes moyennement dépendant(e). L'utilisation de substituts nicotiques va augmenter vos chances de réussite. Demandez conseil à votre médecin traitant ou à votre pharmacien pour choisir le traitement le plus adapté à votre cas.</p> <p>► <b>Score de 7 à 10 :</b> vous êtes fortement ou très fortement dépendant(e) de la nicotine. L'utilisation de substituts nicotiques est recommandée pour vous aider à surmonter votre dépendance à la nicotine. Le traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, prenez conseil auprès de votre médecin traitant ou de votre pharmacien.</p>		

### Test de repérage précoce de la consommation d'alcool DETA

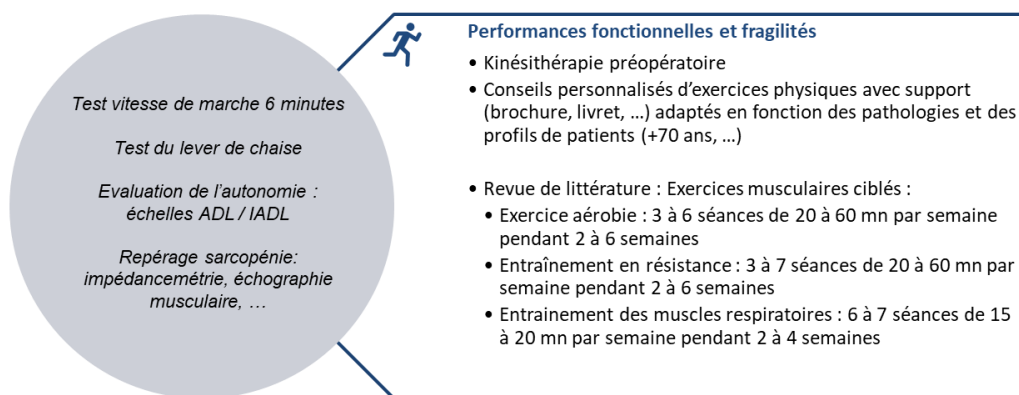
Questions	Réponses
Avez-vous déjà ressenti le besoin de <b>diminuer</b> votre consommation de boissons alcoolisées ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
Votre <b>entourage</b> vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez <b>trop</b> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>
Avez-vous déjà eu besoin d' <b>alcool</b> dès le matin pour vous sentir en forme ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• Non</li> </ul>

#### Résultats :

- **1 seule réponse positive :** votre consommation d'alcool semble occasionnelle et modérée. Vous pouvez facilement vous passer d'alcool sans que cela ne pose de problème particulier.
- **2 réponses positives ou plus :** votre consommation est excessive. Réduisez-la sans tarder pour éviter de développer un alcoolisme chronique (si ce dernier n'est pas déjà installé). Il vous est fortement conseillé de consulter un spécialiste de l'alcool.



Ce volet à l'origine du programme est parfois complexe à mettre en œuvre et repose sur une équipe de kinésithérapeutes experts. Il propose des exercices en résistance (bandes élastiques...) et en endurance (marche active...) avec un effort conséquent souvent mesuré par l'échelle de Borg. Les modalités d'action sont diverses : autonome, supervision, cours collectifs, applications dédiées...



Test vitesse de marche 6 minutes

Test du lever de chaise

Evaluation de l'autonomie :  
échelles ADL / IADL

Repérage sarcopénie:  
impédancemétrie, échographie  
musculaire, ...



#### Performances fonctionnelles et fragilités

- Kinésithérapie préopératoire
- Conseils personnalisés d'exercices physiques avec support (brochure, livret, ...) adaptés en fonction des pathologies et des profils de patients (+70 ans, ...)
- Revue de littérature : Exercices musculaires ciblés :
  - Exercice aérobie : 3 à 6 séances de 20 à 60 mn par semaine pendant 2 à 6 semaines
  - Entraînement en résistance : 3 à 7 séances de 20 à 60 mn par semaine pendant 2 à 6 semaines
  - Entraînement des muscles respiratoires : 6 à 7 séances de 15 à 20 mn par semaine pendant 2 à 4 semaines

#### Autres outils de repérage / diagnostic utilisés :

- Time Up and Go (TUG)
- Vitesse de marche sur 10 mètres
- Test d'équilibre (tenue unipodale)
- Test de l'escalier
- Dynamométrie des membres supérieurs et inférieurs

#### Repérage de la fragilité :

- Score G8 ou CFS (clinical frailty scale)
- Performance Status
- Auto-questionnaire de repérage de la fragilité

#### Autres pratiques constatées :

- Evaluation et programme de pré habilitation par le service de Médecine Physique et de Réadaptation (Hôpital Cochin pour les patients sur chaise roulante ou brancard, Hôpital Foch avec épreuve d'effort sur bicyclette ou tapis roulant incliné),
- Activité Physique Adaptée à domicile toutes les semaines (Institut Curie, CH de Versailles)
- Exercices d'équilibre « Exergames » sur tablette à domicile (CH de Versailles pour les patients de +80 ans)
- Programme circuit gym à l'hôpital (2 à 3 séances par semaine) élaboré par kiné ou STAPS, avec machines de musculation adaptées (Hôpital Lariboisière pour les patients de +70 ans)
- Séances collectives d'exercices supervisés à l'hôpital, ou exercices dans des salles de sport certifiées (Hôpital Foch)

Distance en mètres	Bonne mobilité aucune limitation fonctionnelle	Le test 6 minutes	Le test 6 minutes	marche Peu ou pas de mobilité
		Limitation minimale (82%)	Limitation modérée	Limitation sévère
femmes 60 à 69 ans	+ 530	De 425 à 530	De 150 à 425	Inférieur à 150 mètres
femmes 70 à 79 ans	+ 470	De 375 à 470	De 150 à 375	Inférieur à 150 mètres
hommes 60 à 69 ans	+ 580	De 465 à 580	De 150 à 465	Inférieur à 150 mètres
homme 70 à 79 ans	+ 520	De 415 à 520	De 150 à 415	Inférieur à 150 mètres



IRBMS

## Test de marche 6 minutes

Source : IRBMS (<https://www.irbms.com/test-de-marche-de-six-minutes-6mwt/>)

**L'ESPOIR CENTRE**  
Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles spécialisées
TEST DU LEVER DE CHAISE - 1 MIN

**MATERIEL**

- Chaise de 46-48 cm de hauteur, sans accoudoirs
- Oxymètre de pouls pour monitorer SpO<sub>2</sub> et FC

**QUAND ?**

- En post soins aigus (réanimation, soins continus)

**CONSIGNES**

**Se lever d'une chaise et se rasseoir le plus grand nombre de fois possible en 1 min**

- Chaise stabilisée contre le mur
- Genoux écartés (largeur bassin) + hanches à 90° de flexion
- Mains sur les hanches
- Le patient touche la chaise avec ses fesses en étant assis, mais il n'a pas besoin de s'asseoir complètement en arrière sur la chaise
- Le patient effectue le plus de répétitions possibles en 1min
- A 45 s, le thérapeute dit au patient : « *il vous reste 15 s jusqu'à la fin du test* »
- Pas de test de familiarisation nécessaire (Reychler, 2018)
- Pas d'encouragements
- Nombre de transferts complets

**INTERPRETATION**

- Sensible à un programme de Réhabilitation Respiratoire (RR) (Vaidya, 2016)
- MCID (Différence Minimale Cliniquement Importante) après RR :
  - ✓ BPCO ou Pneumopathie Interstitielle : 3 leviers (Vaidya, 2016 ; Crook, 2017)
  - ✓ Mucoviscidose : 6 leviers (Radtko, 2016)
- Prédit la survie à 2 ans chez le BPCO (Puhan, 2003) :
  - ✓ > 19 répétitions : + de chance de survie
  - ✓ < 12 répétitions : risque de décès

**OXYGENOTHERAPIE**

- Désaturation (SpO<sub>2</sub> < 90%) lors du test peut poser une indication d'O<sub>2</sub> lors de la réhabilitation respiratoire
- Education associée nécessaire

**VALIDITE - FIABILITE**

**BPCO :**

- Fiabilité Test-Retest Excellente 0.99 (Crook, 2017)
- Validité de construit Modérée 0.59 – 0.70 (Crook, 2017)
- Bonne corrélation au TM6 (0.75), mais stress cardio moindre (Ozalevli, 2007)
- Bonne corrélation à la force du Quadriceps (Rausch-Osthoff, 2014)

**Pathologie Pulmonaire Interstitielle :**

- Dyspnée plus importante et désaturation moins sévère par rapport au TM6
- Objectif 50 % de moins les désaturations (≈ 4 pts de SpO<sub>2</sub> par rapport au TM6 (Briand et al, 2007)

**Mucoviscidose :** Fiabilité Test-Retest Excellente 0.98 (Radtko, 2016)

**NORMES** (Strassmann, 2013)

Age group (years)	Number of lifts (median)				
	≥75	65-74	55-64	45-54	≥75
20-34	27	4	30	37	72
35-44	29	4	36	39	56
45-54	38	4	47	56	72
55-64	37	4	47	56	72
65-74	25	3	41	51	69
≥75	20	3	44	52	70
20-34	38	3	45	53	67
35-44	32	3	41	48	61
45-54	39	3	37	48	59
55-64	29	2	31	40	51
65-74	19	2	33	48	59
≥75	16	2	31	37	45

**VARIANTE – 3 MIN**

- (Aguilaniu, 2014)
- Matériel : Chaise de 48 cm de hauteur, sans accoudoirs
- Réalisation : Rythme imposé 1' (12,15,20), puis libre

**Validité :**

- Bonne corrélation avec TM6 (SpO<sub>2</sub> et FC)
- Sensibilité au changement ? MCID ?

**RÉFÉRENCES**

1. Crook, G. (2017). The 6-minute walk test: a review of its use in the assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*, 14(2), 103-111. doi:10.1080/15458610.2017.1328888

2. Crook, G. (2017). The 6-minute walk test: a review of its use in the assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*, 14(2), 103-111. doi:10.1080/15458610.2017.1328888

3. Crook, G. (2017). The 6-minute walk test: a review of its use in the assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*, 14(2), 103-111. doi:10.1080/15458610.2017.1328888

4. Crook, G. (2017). The 6-minute walk test: a review of its use in the assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*, 14(2), 103-111. doi:10.1080/15458610.2017.1328888

5. Crook, G. (2017). The 6-minute walk test: a review of its use in the assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*, 14(2), 103-111. doi:10.1080/15458610.2017.1328888

6. Crook, G. (2017). The 6-minute walk test: a review of its use in the assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*, 14(2), 103-111. doi:10.1080/15458610.2017.1328888

7. Crook, G. (2017). The 6-minute walk test: a review of its use in the assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*, 14(2), 103-111. doi:10.1080/15458610.2017.1328888

8. Crook, G. (2017). The 6-minute walk test: a review of its use in the assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*, 14(2), 103-111. doi:10.1080/15458610.2017.1328888

9. Crook, G. (2017). The 6-minute walk test: a review of its use in the assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*, 14(2), 103-111. doi:10.1080/15458610.2017.1328888

10. Crook, G. (2017). The 6-minute walk test: a review of its use in the assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*, 14(2), 103-111. doi:10.1080/15458610.2017.1328888

Rédaction : Zaczek A. Relecture : Al Marzak S, Prieur G.

[www.centre-espoir.com](http://www.centre-espoir.com)

Source : Association Espoir (<https://www.centre-espoir.com/infographie-test-deffort/>)

## Test du lever de chaise

**Évalue de manière objective les activités de la vie quotidienne (AVQ).**

Un score de 6 indique une autonomie complète. Un sujet âgé dont le score est inférieur à 3 est considéré comme dépendant.

**Echelle ADL de Katz**

ACTIVITÉS		État
Toilette (lavabo, bain ou douche)	1	Besoin d'aucune aide.
	0,5	Besoin d'aide pour une seule partie du corps (dos, jambes ou pieds).
	0	Besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.
Habillage (prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur compris ; utilise boutons et fermeture Éclair)	1	Besoin d'aucune aide.
	0,5	Besoin d'une aide uniquement pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture Éclair.
	0	Besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou reste partiellement ou complètement déshabillé(e).
Aller aux W.-C. (pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)	1	Besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux W.-C. : canne, fauteuil roulant, etc.).
	0,5	Besoin d'une aide.
	0	Ne va pas aux W.-C.
Locomotion	1	Besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).
	0,5	Besoin d'une aide.
	0	Ne quitte pas le lit.
Continence	1	Contrôle complet des urines et des selles.
	0,5	Accidents occasionnels.
	0	Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.
Alimentation	1	Besoin d'aucune aide.
	0,5	Besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain.
	0	Besoin d'aide complète ou alimentation artificielle.

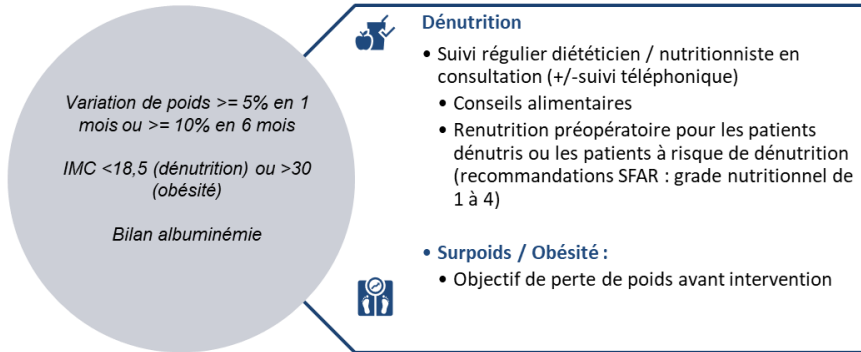
**Évalue le comportement et l'utilisation des outils usuels.**

Score de 0 à 5 pour les hommes et de 0 à 8 pour les femmes

**Echelle IADL de Lawton**

ACTIVITÉS	DÉFINITIONS	COTATION	
		HOMMES	FEMMES
Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
Courses	Achète seul la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
Cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seul des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
Linge	Lave tout son linge seul		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
Transports	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

L'objectif principal vise un apport protéique suffisant, d'environ 1,2 g/kg/j, permettant la prise de masse musculaire. Cet apport passe par un meilleur équilibre alimentaire analysé par l'équipe diététique et par des apports exogènes protéiques comme les sportifs.



Autres outils de repérage / diagnostic utilisés :

- EVA Ingesta
- Recueil d'enquête alimentaire (3 derniers jours)

Autres pratiques constatées :

- Séances éducatives sur la gestion de l'alimentation individuelles ou collectives avec max 3 patients (Institut Curie)

**Recommandations HAS 2019 :**

**Algorithme d'évaluation nutritionnelle (à l'hôpital ou en ambulatoire) chez l'adulte ( $\geq 18$  ans et  $< 70$  ans)**

**Une dénutrition est-elle présente ?**

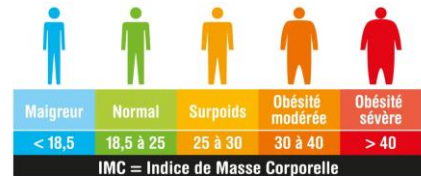
Critères pour le diagnostic de dénutrition : présence d'au moins **un critère phénotypique et un critère étiologique**.

**Critères phénotypiques (un seul critère suffit) :**

- > perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois ou  $\geq 10\%$  en 6 mois ou perte  $\geq 10\%$  par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- > IMC  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup> ;
- > réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaires.

**Critères étiologiques (un seul critère suffit) :**

- > réduction de la prise alimentaire  $\geq 50\%$  pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :
  - o à la consommation alimentaire habituelle quantifiée,
  - o ou aux besoins protéino-énergétiques estimés.
- > absorption réduite (maldigestion/malabsorption) ;
- > situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) :
  - o pathologie aiguë ou
  - o pathologie chronique évolutive ou
  - o pathologie maligne évolutive.



$$IMC = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille} \times \text{taille (en m)}}$$

**Synthèse des recommandations HAS 2007 pour la personne âgée ( $\geq 70$  ans)**

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous.

Dénutrition	Dénutrition sévère
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de poids : <math>\geq 5\%</math> en 1 mois, ou <math>\geq 10\%</math> en 6 mois</li> <li>• Indice de masse corporelle : IMC <math>&lt; 21</math></li> <li>• Albuminémie <sup>1</sup> <math>&lt; 35</math> g/l</li> <li>• MNA global <math>&lt; 17</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de poids : <math>\geq 10\%</math> en 1 mois ou <math>\geq 15\%</math> en 6 mois</li> <li>• IMC <math>&lt; 18</math></li> <li>• Albuminémie <math>&lt; 30</math> g/l</li> </ul>

1. Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

Le patient s'engage dans un processus de soins avec une temporalité longue. Ce volet vise à réduire l'anxiété du patient et à assurer sa motivation tout au long du programme.

Questionnaire APAIS de mesure de l'anxiété

Echelle de mesure anxiété et dépression HADS

Echelle de dépression gériatrique GDS

**Anxiété / Dépression**

- Information et discussions pour lever l'anxiété sur l'opération
- Consultation psychologue / psychiatre
- Traitement médicamenteux
- Revue de littérature : prise en charge de l'anxiété 4 semaines avant l'intervention :
  - Pharmacologie habituelle de la prémédication,
  - Un appel par semaine un mois avant l'intervention (réduire l'anxiété et augmenter l'adhérence thérapeutique)

*Autres pratiques constatées :*

- Exercices de relaxation respiratoire (Hôpital Foch)
- Evaluation de la qualité de vie (score QLQ-C30) en consultation IPA et intervention assistante sociale selon besoins (Institut Curie)

Score Mini-Mental State (MMS ou MMSE)

Score de Delphi (repérage syndrome confusionnel)

**Cognition / Confusion**

- Suivi gériatrique et neuropsychologique
- Alerte des équipes d'hospitalisation pour anticiper et adapter la prise en charge

### Score de Delphi

Variables	Points
Age	
60-69 ans	0
70-79 ans	1
> ou égal à 80 ans	2
Dépendance pour la marche	2
Indépendance pour la marche	0
Alcoolisme chronique	1
Pas d'alcoolisme chronique	0
Chirurgie en urgence	1
Chirurgie programmée	0
Laparotomie	2
Coelioscopie	0
Pas d'admission en soins intensifs	0
Admission en soins intensifs	3
CRP > 10 à mg/L	1
CRP < 10 à mg/L	0
Pas d'antécédent de syndrome confusionnel	0
Antécédents de syndrome confusionnel	2
Déficit auditif	1
Pas de déficit auditif	0

Un score supérieur à 7 constitue un haut risque de syndrome confusionnel.



## 2. Comment évaluer les pratiques ?

### Questionnaire APAIS

(Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale)

Item		1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie					
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4	Je suis préoccupé par l'intervention					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

Chaque item se cote de 1 (absence) à 5 (extrême). Les items 1, 2, 4, 5 cotent l'anxiété. Pour obtenir le score d'anxiété, on additionne ces 4 items. Les sujets sont considérés comme anxieux lorsqu'ils ont un score strictement supérieur à 11 pour ces 4 items. Les items 3 et 6 cotent le désir d'information. Pour obtenir le score de désir d'information, on additionne ces 2 items. Un score de 2 à 4 impliquerait un « refus d'information », un score entre 5 et 7 un « désir moyen d'information », un score supérieur à 7 un « désir avide d'information ». Il existe une corrélation entre les plus anxieux et ceux qui demandent le plus d'information.

#### Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
- (si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

#### Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

#### Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

#### Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

#### Langage

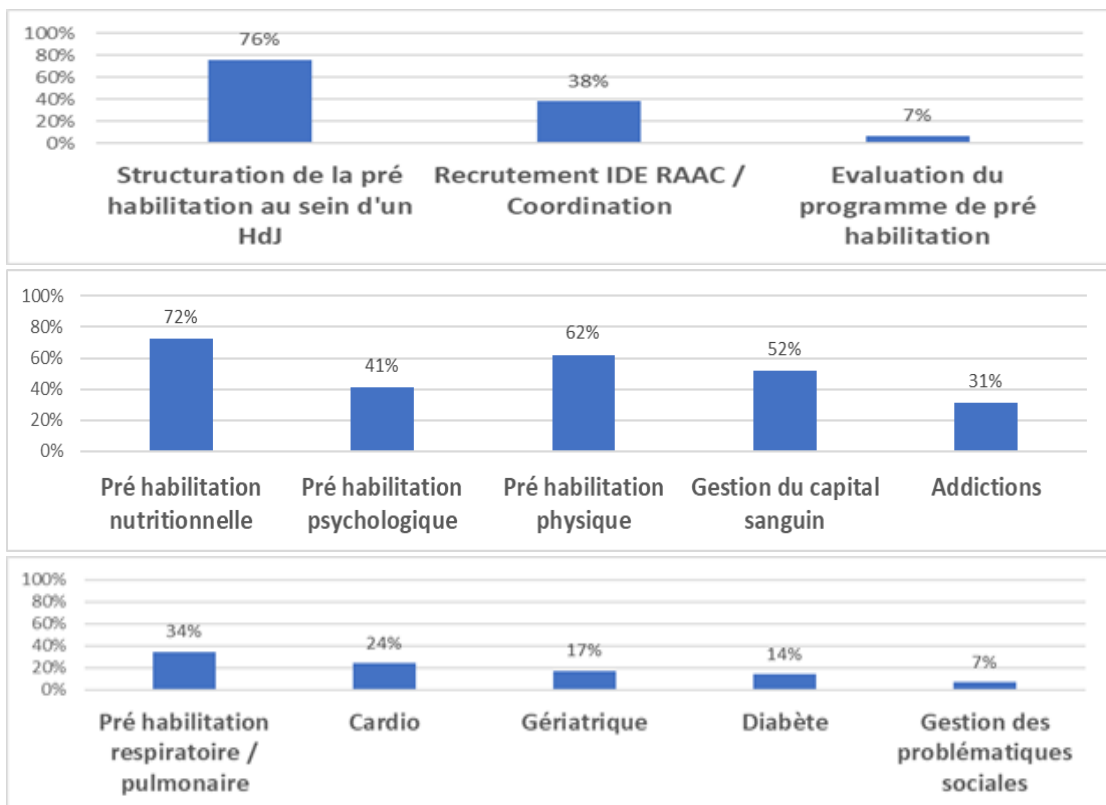
22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?
24. Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
- Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

## MMSE (Mini Mental State Examination)

### 3. Synthèse des actions envisagées par les services

Les actions présentées ci-après sont le résultat des réflexions conjointement menées par les équipes des services et les retours d'expérience des référents médicaux ou des consultants.

Les graphiques ci-dessous reprennent l'indication du % des services qui se sont engagés dans l'action



D'autres thématiques ont été également abordées telles que :

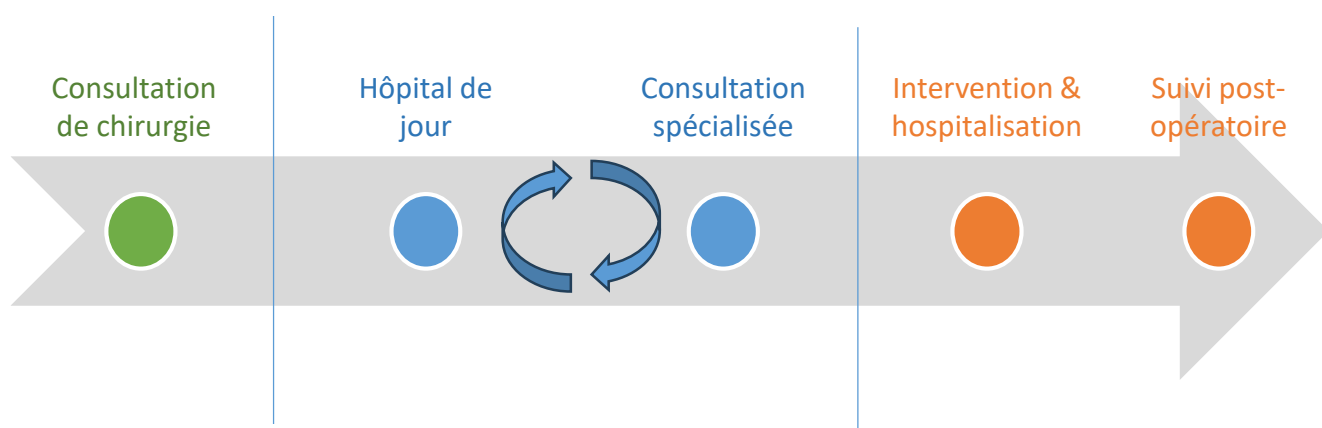
- Evaluation post-op du patient
- Mise en place d'un staff pluridisciplinaire
- Gestion douleur : anticipation préop (Lyrica)
- Information du patient sur son intervention et sur la préhabilitation
- Constitution d'un réseau de professionnels autour de la pré habilitation
- Prévention de l'iléus post-opératoire
- Orthophonie
- Stomathérapie



---

### 3. Synthèse des actions envisagées par les services

Le schéma ci-dessous présente de manière générique un parcours de préhabilitation. Les services candidats se sont inspirés de celui-ci pour imaginer et construire le parcours adapté à leur contexte. Ce qu'on retrouve de manière systématique c'est le souhait de réaliser en un temps court l'ensemble des étapes du parcours



## 4. Les modèles d'organisation

A partir d'un questionnaire sur les indicateurs et les actions mises en œuvre (ou souhaitées), nous présentons ci-après les résultats selon différents axes d'analyse

### 1. La coordination du parcours est réalisée par ...

Spécialités	IDE de parcours	Médecin	Partagée Médecin + IDE	Total général
Chirurgie gynécologique			1	1
Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique			1	1
Chirurgie maxillo-faciale			1	1
Chirurgie ORL			1	1
Chirurgie orthopédique	2	1	3	6
Chirurgie viscérale		1	4	5
<b>Total général</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>15</b>

- 73% des services sont animés par des binômes
- Certains services s'appuient sur d'autres profils tels que directeur des soins, cadre de santé, ou anesthésiste

### 2. La mobilisation des professionnels dans le parcours

Spécialité	Anesthésiste-Réanimateur	Addictologue	Autre	Cadre de soins	Cardiologue	Chirurgien	Diététicien (ne)	IDE	Kinésithérapeute	Psychologue	Professionnels mobilisés en interne
Chirurgie gynécologique	1			1		1		1			4
Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique	1	1		1		1	1	1	1	1	8
Chirurgie maxillo-faciale	1	1	1	1		1	1	1	1	1	9
Chirurgie ORL	1			1		1	1	1	1	1	7
Chirurgie orthopédique	1	1					1	1	1		5
Chirurgie orthopédique	1		1				1	1	1		5
Chirurgie orthopédique	1	1		1		1	1	1	1		7
Chirurgie orthopédique	1			1		1	1	1		1	7
Chirurgie orthopédique	1			1	1	1	1	1			6
Chirurgie orthopédique	1	1		1		1	1	1	1	1	8
Chirurgie viscérale						1					1
Chirurgie viscérale	1	1		1		1	1	1	1	1	8
Chirurgie viscérale	1			1		1		1			4
Chirurgie viscérale	1	1		1		1	1	1	1	1	8
Chirurgie viscérale	1	1				1	1	1	1	1	7
	93%	53%	13%	73%	7%	87%	80%	93%	73%	53%	

- En interne, 6 professionnels sont mobilisés dans plus de ¼ des services, avec une quasi-constance pour IDE et MAR
- Selon les services, il est mobilisé entre 4 et 9 professionnels au sein de l'établissement
- Pour la moitié des services, il est fait appel à des professionnels externes tels que : médecin du sport, cardiologue, diététicienne, kinésithérapeute, psychologue, addictologue ou IDE libéral.

### 3. Le parcours patient se déroule en ...

HDJ	Service chirurgical	Consultation d'anesthés	Lits identifiés et dédiés
60%	33%	33%	27%

- Même si l'HDJ est prisé, les services sont 60% à n'occuper qu'un lieu et 33% partagent l'accueil du patient dans 2 lieux.

### 4. Les actions intégrées dans le parcours du patient

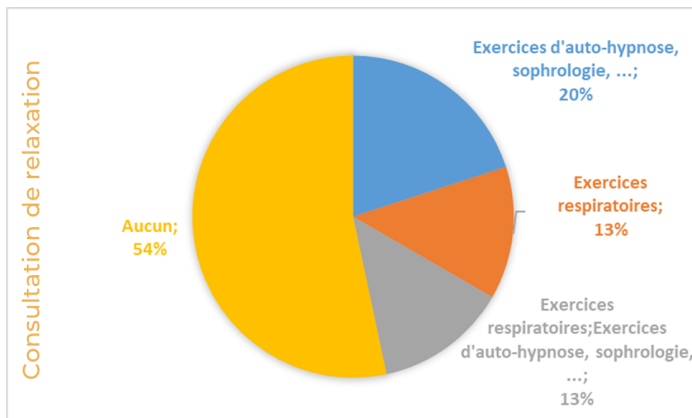
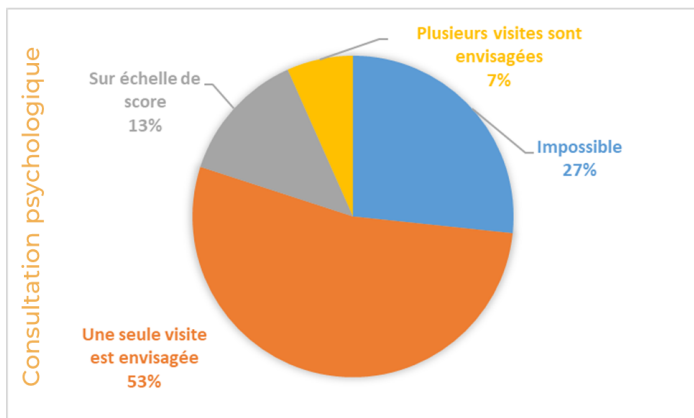
En préopératoire

Spécialité	ID	Gestion de l'anémie	Sevrage tabagique	Equilibrage du diabète	Sevrage autres addictions	Bilan initial avec épreuve d'effort	Nb Actions réalisées en préhabilitation
Chirurgie gynécologique	16	1	1				2
Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique	8	1	1		1		3
Chirurgie maxillo-faciale	13	1	1		1	1	4
Chirurgie ORL	15	1	1				2
Chirurgie orthopédique	3	1	1	1	1		4
Chirurgie orthopédique	4	1		1		1	3
Chirurgie orthopédique	5	1	1		1		3
Chirurgie orthopédique	7	1	1				2
Chirurgie orthopédique	9	1		1		1	3
Chirurgie orthopédique	18	1	1	1	1		4
Chirurgie viscérale	6	1				1	2
Chirurgie viscérale	10	1	1	1	1		4
Chirurgie viscérale	11	1	1	1			3
Chirurgie viscérale	12	1	1	1	1		4
Chirurgie viscérale	17	1	1	1	1		4
		<b>100%</b>	<b>80%</b>	<b>53%</b>	<b>53%</b>	<b>27%</b>	

Spécialité	ID	Gestion de l'anémie	Sevrage tabagique	Equilibrage du diabète	Sevrage autres addictions	Bilan initial avec épreuve d'effort	Nb Actions réalisées en préhabilitation
Chirurgie gynécologique	16	1	1				2
Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique	8	1	1		1		3
Chirurgie maxillo-faciale	13	1	1		1	1	4
Chirurgie ORL	15	1	1				2
Chirurgie orthopédique	3	1	1	1	1		4
Chirurgie orthopédique	4	1		1		1	3
Chirurgie orthopédique	5	1	1		1		3
Chirurgie orthopédique	7	1	1				2
Chirurgie orthopédique	9	1		1		1	3
Chirurgie orthopédique	18	1	1	1	1		4
Chirurgie viscérale	6	1				1	2
Chirurgie viscérale	10	1	1	1	1		4
Chirurgie viscérale	11	1	1	1			3
Chirurgie viscérale	12	1	1	1	1		4
Chirurgie viscérale	17	1	1	1	1		4
		<b>100%</b>	<b>80%</b>	<b>53%</b>	<b>53%</b>	<b>27%</b>	

## 4. Les actions intégrées dans le parcours du patient

### En préopératoire



### Nombre de services par spécialités réalisant une préhabilitation cognitive

Spécialités	Non	Oui	Total général
Chirurgie gynécologique	1		1
Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique	1		1
Chirurgie maxillo-faciale	1		1
Chirurgie ORL		1	1
Chirurgie orthopédique	1	5	6
Chirurgie viscérale	3	2	5
<b>Total général</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>15</b>

### Nombre de services par spécialités réalisant une consultation diététique

Spécialités	Non	Oui	Total général
Chirurgie gynécologique	1		1
Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique		1	1
Chirurgie maxillo-faciale		1	1
Chirurgie ORL		1	1
Chirurgie orthopédique		6	6
Chirurgie viscérale	2	3	5
<b>Total général</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>15</b>

## Apport protéique selon les services

	Apports spécifiques	Enrichissement des repas	Immuno-nutrition	Aucun	Nombre d'apports
Chirurgie gynécologique				x	0
Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique	x	x	x		3
Chirurgie maxillo-faciale		x	x		2
Chirurgie ORL	x	x	x		3
Chirurgie orthopédique	x	x			2
Chirurgie orthopédique	x	x			2
Chirurgie orthopédique	x				1
Chirurgie orthopédique		x			1
Chirurgie orthopédique	x				1
Chirurgie orthopédique	x	x			2
Chirurgie viscérale	x				1
Chirurgie viscérale	x	x			2
Chirurgie viscérale		x	x		2
Chirurgie viscérale	x				1
Chirurgie viscérale		x	x		2
	<b>67%</b>	<b>67%</b>	<b>33%</b>	<b>7%</b>	

---

## 5. L'expériences de 3 services accompagnés



Service de chirurgie orthopédique



Service de chirurgie hépato-bilio-pancréatique



Service de chirurgie ORL et cervico faciale

## Présentation de l'établissement & du service

- GHEF: groupement hospitalier Meaux/Marne-la-Vallée/Coulommiers
- Activité **PTH et PTG: 500 patients/an** sur le site de Meaux
- **Ecole des patients**
- Infirmière Ecole des patients
- Intégration de l'accompagnant-aidant
- Journée unique en hôpital de jour
- Education thérapeutique et autonomisation du patient
- Changement du schéma de pensée: projet de sortie

## Bilan après 2 ans ...

### SUCCEs

- Travail en **équipe chirurgicale** et uniformisation des pratiques
- Stabilisation des équipes de kinésithérapeutes
- Collaboration resserrée avec le département d'anesthésie
- Redonner du sens au soin
- **Le groupe: une pratique inédite**

### DIFFICULTES

- Travailler en HDJ de **médecine**
- Organisation
- Journée intense pour les patients

- Etendre l'activité Ecole des patients

PROCHAINS DEFIS

## De quoi êtes-vous le plus fier ?

- Modification des pratiques: **travail en équipe des chirurgiens**
- **Stabilisation** des équipes de kinésithérapeutes
- **Plébiscite des patients et des accompagnants-aidants**
- Dynamique pour tout le service: actualisation, **protocoles**
- **Redonner du sens au soin pour les équipes en salle**
- **Focus** sur un groupe de patients au sein du service



## Présentation de l'établissement & du service

### L'origine du projet

- L'expérience du chef de service dans l'efficacité de la réhabilitation après chirurgie (RAC) aux Hospices Civils de LYON ( 2016-2021)
- Bénéfice pour les patients dans le cadre de la chirurgie HPB souvent très lourde
- Diminution de la morbi-mortalité postopératoire
- Diminution de la durée d'hospitalisation utile dans le contexte de pénurie de soignants et de lits d'hospitalisation
- Thématique fédératrice entre les soignants, les disciplines et l'administration

## Bilan après 2 ans ...

### SUCCES

- Collaboration pluridisciplinaire (Anesthésie-Diététicienne-Psychologue-UTAMA)
- Organisation de réunions pluridisciplinaires sur le thème de réhabilitation et préhabilitation
- Projet médical et paramédical du service
- Ouverture de poste d'IDE de coordination de RAAC au sein de la consultation d'HBP.
- Décision collégiale sur les protocoles et supports de communication
- Evolution et réajustements satisfaisants au fur et à mesure des retours de patients-parcours de soin
- Convergence avec le programme de RAC en cours de mise en place

### DIFFICULTES

- Pas d'HJD
- Délai court entre la consultation chirurgicale et l'intervention chirurgicale dans le contexte de pathologies cancéreuses (95% de nos patients)
- Addictologie: Réticence, voire refus de quelques patients pour un avis par un spécialiste
- Probable saturation rapide à venir du poste unique d'IDEC

### PROCHAINS DEFIS

- Fusionner préhabilitation et RAC pour tous nos patients (sauf urgences)
- Former d'autres / futurs soignants à ce processus de préparation avant la chirurgie
- Répertoire d'APA avant le bloc ( Voir avec des centres sportifs -faire des affiliations)
- Logistique et personnels manquants pour la prise en charge des patients les plus lourds

## De quoi êtes-vous le plus fier ?

- Evolution technique et parcours de soin plus fluide.
- Nouvelle dynamique collective.
- Premiers retours des patients satisfaisants sur la PEC préopératoire → Les patients se sentent plus rassurés, en confiance.

# Exemples de supports de communication destinés aux patients

- Livret de préhabilitation
- Fiche d'utilisation du respiflo
- Passeport RAAC
- Brochures d'informations

## BIEN PRÉPARER SA CHIRURGIE DIGESTIVE

Service de chirurgie colorectale et digestive  
Service de chirurgie hépatobiliaire pancréatique & transplantation hépatique

2024

Hôpital Beaujon  
ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAL DE PARIS

Notre intervention chirurgicale est programmée et vous avez été informé par votre chirurgien que vous allez bénéficier de la préhabilitation et réhabilitation ambulatoire après chirurgie (RAAC) pratiquée au sein du service de chirurgie Hépatobiliaire pancréatique, transplantation hépatique et coloproctologie.

Afin de vous guider dans cette préparation et la préhabilitation avant la chirurgie et d'optimiser votre état physique et psychologique, nous vous avons créé toutes les informations essentielles.

Il vous explique les attentes et les différentes étapes de préparation.

### QU'EST-CE QUE LA PRÉHABILITATION?

La préhabilitation est un programme de préparation avant l'intervention chirurgicale. Elle s'effectue quelques semaines précédant l'opération afin de minimiser les complications du patient et de permettre une récupération rapide. Ce programme repose sur l'autonomie du patient car il est le principal acteur de sa prise en charge.

**JE SUIS LE PRINCIPAL ACTEUR DE MA GUÉRISON!**

## ET SI ON SE LEVAIT !

⚠ Il faut impérativement rester le moins possible allongé au lit au cours de la journée !

Essayez d'aller au fauteuil au moins 6 à 8 heures/jour.

Asseyez-vous à table pour prendre votre repas.

Marchez dans le couloir au moins 3 fois/jour en faisant un aller-retour.  
Plus vous bougez, plus vous récupérez rapidement et plus vous diminuez les complications post-opératoires.

N'oubliez pas que vous êtes acteur de votre récupération physique.

Hôpital Beaujon AP-HP

## PASSEPORT REHABILITATION AMELIOREE APRES LA CHIRURGIE

ETIQUETTE PATIENT

Consultation Chirurgie  
Consultation Anesthésie  
Consultation d'éducation pré-thérapeutique / IDE  
CHIRURGIE  
Préparation physique pré-opératoire  
Hospitalisation  
Retour à domicile, Rééducation post-op, Kinésithérapie de V

## Présentation de l'établissement & du service

- Centre expert du traitement chirurgical et de la reconstruction des cancers des voies aéro-digestives supérieures. Ils sont la 4ème cause de cancer en France.
- Patients de 50 à 64 ans, mais peut toucher des patients plus jeunes (cancers de la cavité buccale, cancers associés à l'HPV, cancers du cavum).
- 18 lits dont un lit dédié aux soins palliatifs, deux lits identifiés HDJ pré habilitation et également 6 fauteuils accueil J0.

## Bilan après 2 ans ...

### SUCCES

- Expertise médicale ;
- Coordination interdisciplinaire ;
- Programme d'ETP, groupe d'échange et projets de service multiples ;
- Suivi actif des patients.

### DIFFICULTES

- Ressources (appel à projet) ;
- Adhésion des patients ;
- Recrutement
- Manque de disponibilité ;

### PROCHAINS DEFIS

- Surmonter les difficultés grâce à une meilleure communication et des ressources adéquates
- Peut-être élargir la pré habilitation aux patients non chirurgicaux

## De quoi êtes-vous le plus fier ?

- Développement de notre communication et de notre prise en charge grâce à des outils intuitifs.
- L'impact sur les patients : ils n'attendent plus passivement la chirurgie, ils deviennent acteurs de leur parcours. Les retours des questionnaires de satisfaction le confirment.

## 6. Les ressources pédagogiques

### QUICK SCAN

L'outil peut être téléchargé sur le site de l'ORCA ou demander par mail à l'adresse [contact@cerclh.com](mailto:contact@cerclh.com)

Accompagnement des services de chirurgie dans le développement des pratiques de Réhabilitation Après Chirurgie (RAC), avec un accent particulier sur la pré-habilitation

ARS CERCLH

Check Scan de caractérisation de la Préhabilitation RAC dans les établissements

Questions	Réponse 1	Réponse 2	Réponse 3	Commentaire
<b>Organisation de la préhabilitation</b>				
A.1. Les équipes RAC ont un espace				
A.2. Les responsables de la coordination ont un rôle clé				
A.3. Les responsables de la coordination ont un rôle				
A.4. Le rôle de l'ARS est primordial				
A.5. Les équipes dédiées ont un rôle primordial				
A.6. Les équipes dédiées ont un rôle primordial				
A.7. Les équipes dédiées ont un rôle primordial				
A.8. Les équipes dédiées ont un rôle primordial				
A.9. Les équipes dédiées ont un rôle primordial				
A.10. Les équipes dédiées ont un rôle primordial				
A.11. Les équipes dédiées ont un rôle primordial				
A.12. Les équipes dédiées ont un rôle primordial				

### WEBINAIRE « La préhabilitation dans le parcours chirurgical du patient » - 18 avril 2023



Le webinaire a rassemblé 110 professionnels, et a été l'occasion de présenter les retours d'expérience RAC pour plusieurs équipes franciliennes l'ayant mise en place, et d'échanger avec les équipes intéressées par son implémentation.

#### Pour accéder au replay :

<https://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/replay/webinaire/replay-rac/replay-du-webinaire-prehabilitation-dans-le-parcours-chirurgical-du-patient/>

### Programme du webinaire



Quels sont les enjeux de la préhabilitation du patient avant une intervention chirurgicale ?

Pr Henri-Jean PHILIPPE, référent Chirurgie ARS IDF



Où en est la préhabilitation en Ile de France ?

Stéphane RICQUIER, Président CERCLH



Pourquoi mettre en place la préhabilitation ?

Dr Morgan Le Guen, Anesthésiste, Hôpital Foch (92)



Comment la mettre en place ?

- APHP, Hôpital de la Salpêtrière (75), Dr Jean Philippe FOY, Chirurgien maxillo-facial
- CH de Gonesse (95), Dr Daniela BANCIU, Chirurgien viscéral
- CH de Versailles (78), Dr Caroline VALENTIN, Dr Héliène GUIBERT, Dr Charlotte NALINE
- Hôpital Franco-Britannique (92), Dr Amine ZAOUÏ, Chirurgien orthopédie
- Grand Hôpital de l'Est Francilien (77), Dr Pauline LEDINOT, chirurgien orthopédie
- Hôpital privé Saint-Camille (94), Mme Tiffany CARREIRA
- APHP Hôpital de Cochin, Dr BELBACHIR, Pr ANRACT, Chirurgien orthopédie



Webinaire Préhabilitation 18/04/23

## Séminaire annuel ORCA du 29 novembre 2023 – Université de Paris Cité – Site de Necker



L'Observatoire de la Chirurgie ARS IDF a mis en avant la récupération après chirurgie (RAC), pilier du parcours chirurgical des patients, et ce séminaire sera l'occasion d'aborder les diverses thématiques relatives à ce sujet, dont la préhabilitation.

Des témoignages d'établissements accompagnés ont permis de valoriser le dispositif d'accompagnement et de partager avec les participants les conditions de réussite d'un tel projet ainsi que les premiers résultats des actions engagées.

**Pour accéder au replay :**

<https://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/replay/seminaire-2/replay-webinaire-seminaire-de-lobservatoire-de-la-chirurgie/>

## WEBINAIRE de clôture de l'accompagnement du 20 mars 2024



Le webinaire a rassemblé 80 professionnels et a été l'occasion de présenter les retours d'expérience des services de chirurgie en Ile de France.

Il présentait également un focus spécifique des premiers résultats mis en œuvre par 3 d'entre eux.

**Pour accéder au replay :**

<https://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/replay/webinaire/replay-du-webinaire-sante-numerique-et-chirurgie-dispositifs-medicaux-2/>

## SOMMAIRE

- 01. Mot d'accueil**  
Mohamed ASHRAF, DOS ARS
- 02. Actualité de la préhabilitation**  
Pr. Morgan LEGUEN, Anesthésiste, Hôpital Foch
- 03. Retours sur le dispositif d'accompagnement**  
Virginie MASSAUT, Cheffe de projet
- 04. Synthèse des réalisations des établissements**  
Stéphane RICQUIER, Président CERCLH
- 05. Présentation de 3 retours d'expérience**  
Hôpital Beaujon, service de chirurgie hépato-bilio-pancréatique  
Hôpital de Meaux, service de chirurgie orthopédique  
Hôpital Bichat, service de chirurgie ORL et cervico faciale
- 06. Et pour la suite ...**  
Hamza LAFDILI, DOS ARS



Réhabilitation améliorée  
après chirurgie (RAAC) :  
Dispositif d'accompagnement francilien

Retours d'expériences

Janvier 2019

ars

  
RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



RÉHABILITATION AMÉLIORÉE  
APRÈS CHIRURGIE

Dispositif d'accompagnement francilien

Retours d'expérience 2017 – 2020

2<sup>ème</sup> édition - juin 2021

ars  
Agence Régionale de Santé  
Île de France

## L'ARS et les programmes d'appui à la RAC

Précédemment l'ARS avait mis en place deux dispositifs d'accompagnements des établissements franciliens dans la découverte des bénéfices de la RAC et le partage des bonnes pratiques constatées sur le terrain.

Ces expérimentations ont fait l'objet de 2 publications :

Phase 1 : janvier 2017 à juillet 2018 - 20 services « candidats » et 10 services « référents ».

Phase 2 : novembre 2018 à juin 2020 - 25 services et 5 services « référents ».

Celles-ci sont disponibles sur le site de l'ARS :  
<https://www.orca-chirurgie-ambulatoire-ars-idf.fr/rac-documents-rac/>

ou sur le site de CERCLH :  
<https://cerclh.com/2021/03/10/rehabilitation-amelioree-apres-chirurgie/>





---

# GLOSSAIRE

- AP-HP** : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
- ARSIF** : Agence Régionale de Santé Ile de France
- AS** : Aide Soignant(e)
- ASA** : Le score ASA (American Society of Anesthesiology) est un résultat utilisé pour déterminer l'état de santé préopératoire d'un individu afin d'évaluer les risques d'infections post-opératoires et les risques liés à l'anesthésie.
- ASH** : Agent de Service Hospitalier
- CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux
- CH** : Centre Hospitalier
- CHI** : Centre Hospitalier Intercommunal
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CME** : Commission Médicale d'Etablissement, ou Conférence Médicale d'Etablissement pour les établissements privés)
- CNGOF** : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- COMEDIMS** : COMmission du MEdicament et des DIspositifs Médicaux Stériles
- DMS** : Durée Moyenne de Séjour
- GED** : dispositif institutionnel de GEstion Documentaire
- GHEF** : Groupement Hospitalier de l'Est Francilien
- GHM** : Groupe Homogène de Malades
- HAD** : Hospitalisation à Domicile
- HdJ** : Hôpital de Jour
- IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
- MAR** : Médecin Anesthésiste réanimateur
- ORCA** : Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire en Ile-de-France
- PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- PRADO** : PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile après hospitalisation, initié par l'Assurance Maladie.
- PTG** : Prothèse Totale de Genou
- PTH** : Prothèse Totale de Hanche
- RAC ou RAAC** : Réhabilitation Améliorée après Chirurgie
- SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile
- SSPI** : Salle de Soins Post-Interventionnels
- SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- VVP** : Voie Veineuse Périphérique



---

# CONTACTS

## ARS

- Mohamed ASHRAF, Chargé de projets  
Département Plateaux Médico-Techniques  
Pôle Efficience, Direction de l'Offre de Soins (DOS)
- Mail : [mohamed.ashraf@ars.sante.fr](mailto:mohamed.ashraf@ars.sante.fr)

## CERCLH

- Stéphane RICQUIER, Président
- Mail : [stephane.ricquier@cerclh.com](mailto:stephane.ricquier@cerclh.com)
- Tel. 06 87 84 02 69



