



Pourquoi mettre en place la préhabilitation?

Retours d'expériences



Retour d'expérience du service de Chirurgie Maxillo Faciale de l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière

Dr Jean-Philippe FOY



Pré-habilitation des patients en chirurgie oncologique et reconstructrice maxillo-faciale

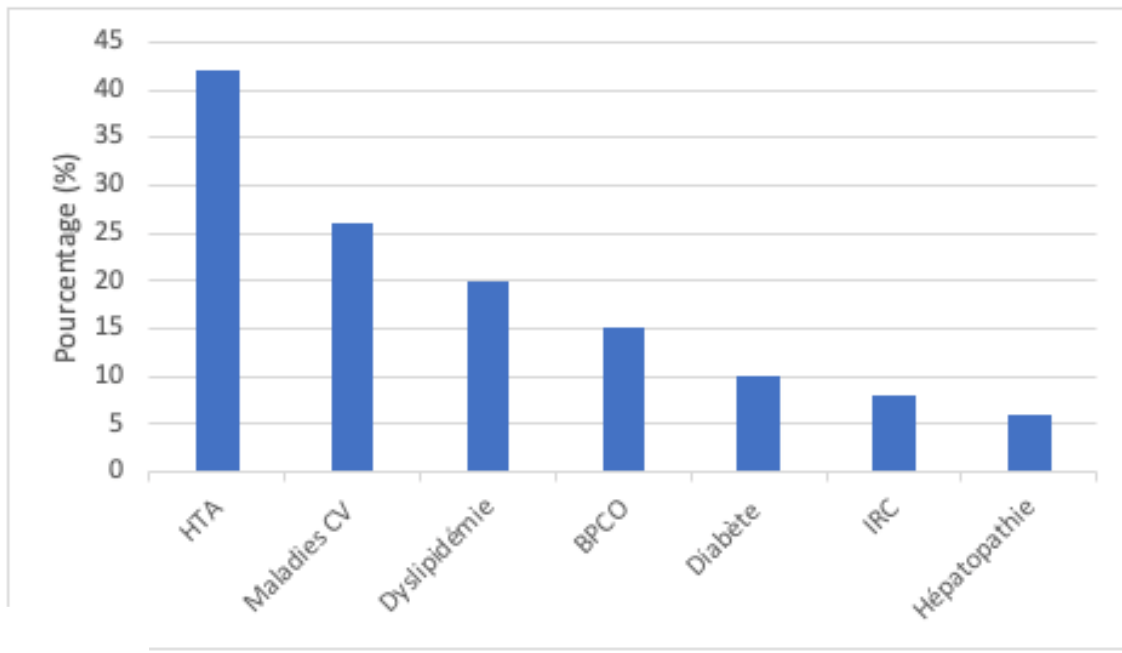
Service de chirurgie maxillo-faciale (C. Bertolus)
Service d'anesthésie-réanimation (V. Degos)

Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris



Etat des lieux : reconstruction par lambeau libre en CMF

- Tabagisme et OH actif > 50%
- Score ASA 2 (64%) > ASA 3 (24%) > ASA 1



| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Complications médicales : | 47 (39,5) <i>(n = 119)</i> |
| Pneumopathie | 30 (25,2) |
| Métabolique | 8 (6,7) |
| Neurologique | 6 (5) |
| Cardiovasculaire | 5 (4,2) |
| Infection sur KT, PAC, picline | 5 (4,2) |
| ACFA | 4 (3,4) |
| OAP | 3 (2,5) |
| Digestive | 3 (2,5) |
| Embolie pulmonaire | 2 (1,7) |
| Pneumologique (hors pneumopathie) | 2 (1,7) |

Pourquoi optimiser la RAAC ?

TABLE 2 Perioperative outcomes in the eras and control groups

| | Total <i>n</i> (%) | ERAS group <i>n</i> (%) | Control group <i>n</i> (%) | <i>p</i> value |
|--|-----------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| No. of patients | 400 | 200 | 200 | |
| Mean operating room time (h) | 9.24 ± 2.32 | 9.08 ± 2.32 | 9.41 ± 2.30 | 0.023 |
| Intraoperative total intravenous fluid (ml) | 2765 ± 1129 | 2240 ± 800 | 3288 ± 1168 | < 0.001 |
| ICU admission postoperatively | 36 (9.0) | 8 (4.0) | 28 (14.0) | < 0.001 |
| Mean hospital stay (days) | 7.9 ± 3.4 | 7.2 ± 2.3 | 8.7 ± 4.2 | < 0.001 |
| Overall complications (per patient) | 91 (22.8) | 37 (18.6) | 54 (27.0) | 0.045 |
| Cardiac complications (cardiopulmonary resuscitation, myocardial infarction, supraventricular tachycardia) | 3 (0.8) | 2 (1.0) | 1 (0.5) | 0.623 |
| Respiratory complications (pneumonia, re-intubation, intubation > 48 h, pulmonary embolism) | 27 (6.8) | 9 (4.5) | 18 (9.0) | 0.073 |
| Neurologic complications (cerebrovascular accident, coma > 24 h, altered mental status) | 20 (5.0) | 2 (1.0) | 18 (9.0) | < 0.001 |
| Urinary tract infection | 4 (1.0) | 1 (0.5) | 3 (1.5) | 0.623 ^a |
| Overall medical complications (per patient) | 44 (11.0) | 12 (6.0) | 32 (16.0) | 0.001 |
| Transfusion within 72 h | 110 (27.5) | 45 (22.5) | 65 (32.5) | 0.025 |

30

Items du programme de RAMC

Clinical Review & Education
 JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery | Review
 Optimal Perioperative Care in Major Head and Neck Cancer Surgery With Free Flap Reconstruction
 A Consensus Review and Recommendations
 From the Enhanced Recovery After Surgery Society



1. EDUCATION

2. NUTRITION

3. PREMÉDICATION

4. HYPOTHERMIE

5. PROTOCOLE ANESTHÉSIQUE

6. PREVENTION NVPO

7. THROMBOPROPHYLAXIE

8. ANTIBIOPROPHYLAXIE

9. REMPLISSAGE

10. ANALGESIE

11. ADMISSION EN USI/REA

12. TRACHEOTOMIE

2. NUTRITION

13. SURVEILLANCE LAMBEAU

14. MOBILISATION

15. PLAIE/CICATRICE

16. SONDE URINAIRE

17. REHABILITATION. PULM.

PRE-OPERATOIRE

PER-OPERATOIRE

POST-OPERATOIRE

Programme RAAC - CMF



AUTEURS

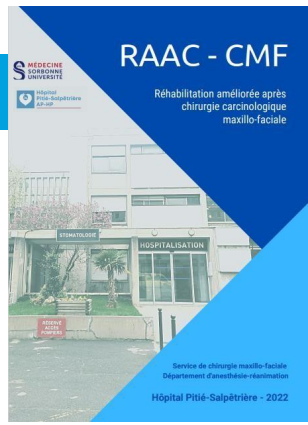
Dr Jean-Philippe Foy (chirurgie maxillo-faciale - CMF)
Dr Claire Gourbeix (anesthésie-réanimation - Pôle Tête et Cou)

SOUS LA DIRECTION DE

Pr Chloé Bertolus (chirurgie maxillo-faciale)
Pr Vincent Degos (anesthésie-réanimation - Pôle Tête et Cou)

GROUPE DE RELECTURE

Chloé Amouyal (diabétologie), Hélène Audouin (cadre), Dorothee Bedock (nutritionniste), Khadija Belkebir (anesthésie-réanimation), Mourad-Azzedine Benassarou (CMF), Rémy Bernard (anesthésie-réanimation), Jebrane Bouaoud (CMF), André Chainé (CMF), Marine Coninckx (CMF), Jean-Michel Constantin (réanimation chirurgicale), Amine Daoudi (anesthésie-réanimation), Caroline Demeule (psychologue), Emmanuelle Dolla (anesthésie-réanimation), Pauline Faucher (nutritionniste), Malory Favreau (anesthésie-réanimation), Laura Fitoussi (anesthésie-réanimation), Constance Fenoll (IDE de coordination), Philippe Galli (CMF), Angélique Girod (CMF), Pauline Glasman (anesthésie-réanimation), Reine Guibert (IDE de coordination), Maryline Halter (anesthésie-réanimation), Monica Ioan (anesthésie-réanimation), Adeline Kerbrat (CMF), Lionel Kerhuel (anesthésie-réanimation), Chrystelle Lagardère (cadre), Karine Lusau-Kalandi (assistante-sociale), Isabelle Madec (cadre), Corinne Martin (kinésithérapeute), Régine Mauchauffée (IADE), Antoine Monsel (réanimation chirurgicale), Tan Mai Nguyen (CMF), Camille Papillon (cadre), Alexandra Pisano (IDE), Mathieu Raux (anesthésie-réanimation), Yamina Sanaa (diététicienne), Thomas Schouman (CMF)



Programme RAAC-CMF: pré-opératoire

| PHASE PRE-OPERATOIRE | | | | | | | | | | |
|--|-----|----|----|----|----|----|----|----|---|-----------|
| | | | | | | | | | | ETIQUETTE |
| Date de consultation d'anesthésie : | | | | | | | | | | |
| JOURNEE J | <-7 | -7 | -6 | -5 | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 |
| EDUCATION | | | | | | | | | | |
| Information VAINCCRE* | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| DIABETOLOGIE (si patient diabétique) | | | | | | | | | | |
| Consultation pré-opératoire | | | | | | | | | | |
| Dosage Hb glyquée | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| NUTRITION | | | | | | | | | | |
| Dépistage / Correction dénutrition | | | | | | | | | | |
| Dépistage / Correction carence martiale | | | | | | | | | | |
| Prescription Oral Impact | | | | | | | | | | |
| Limitation du jeûne H-6 (solides) / H-2 (l.clairs) | | | | | | | | | | |
| Carbohydrates (jus de pomme H-2) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| PREMEDICATION | | | | | | | | | | |
| Limitation prémédication. Alprazolam le cas échéant. | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| REHABILITATION RESPIRATOIRE | | | | | | | | | | |

* Information VAINCCRE : programmes de Vidéos d'Annonce et d'Information sur les Cancers de la Cavité oRaE

| INTERVENTION CHIRURGICALE | OUI / NON |
|---|-----------|
| PREVENTION HYPOTHERMIE | |
| Monitoring température | |
| Réchauffement actif ext + int | |
| | |
| PREVENTION NVPO | |
| Dexaméthasone +/- dropéridol | |
| AIVOC propofol | |
| | |
| ANTIBIOPROPHYLAXIE perop | |
| | |
| FLUID MANAGEMENT | |
| Monitoring par Vigiléo (fibula, scapula, grand dorsal) | |
| | |
| EPARGNE MORPHINIQUE | |
| Lidocaïne-Kétamine / MgSO4 ²⁻ | |
| ALR | |
| Cathéter d'infiltration | |
| AINS | |



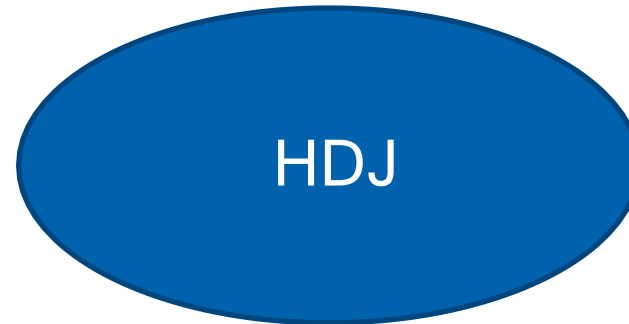
Programme RAAC-CMF: post-opératoire

| PHASE POST-OPERATOIRE (cocher + si fait, - si non fait) | | ETIQUETTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Date opératoire : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JOURNEE J | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | |
| KINESITHERAPIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Respiratoire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motrice | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MOBILISATION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fauteuil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Appui | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALIMENTATION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eau per os | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BYC/Mouliné | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nutrition entérale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ablation SNG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gastrostomie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABLATION REDON/SONDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redons cervico-faciaux | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redons site prélèvement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sonde vésicale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Catheter naropéine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doppler implantable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| RELAIS ANTALGIQUES IV / PO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANTIBIOTIQUES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANTICOAGULATION PREVENTIVE (H + 12) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VITALITE LAMBEAU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRACHEOTOMIE* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ventilation pression + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Changement de canule | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ablation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fermeture orifice | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PANSEMENT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Attelle site donneur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ablation bourdonnet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Pré-habilitation: nos enjeux et motivations

- Nutritionnel
- Physique
- Respiratoire



Préhabilitation: population cible

| | Critères retenus par le service |
|--|---|
| Liés aux profils de patients : <ul style="list-style-type: none">• Age• Pathologie(s)• Comorbidité(s)• ... | <ul style="list-style-type: none">• Patient pris en charge pour un cancer des VADS ou une complication de la prise en charge de son cancer (ex/ osteoradionécrose mandibulaire) |
| Liés à la chirurgie : <ul style="list-style-type: none">• Spécialité(s)• Types d'intervention• ... | <ul style="list-style-type: none">• Reconstruction cervico-faciale par lambeau libre |

Parcours cible

| Quand | Quoi | Qui |
|---|---|--|
| J0 | <ul style="list-style-type: none"> Information chirurgicale pré-opératoire par IDEC et chirurgien | <ul style="list-style-type: none"> Tous les patients |
| J0-J7 | <ul style="list-style-type: none"> Consultation avec l'anesthésiste Bilan pré-op nutritionnel | <ul style="list-style-type: none"> Tous les patients |
| <ul style="list-style-type: none"> J0- J15 (après la consultation avec l'anesthésiste) | <ul style="list-style-type: none"> HDJ avec consultations: Diététicienne / psychologue / kinésithérapeute / addictologue / IDE RAAC + fer inject si besoin - + Immunonutrition si besoin | <ul style="list-style-type: none"> Tous les patients (4 patients par semaine) Cf Critères de prescription pour fer inject + immu |
| <ul style="list-style-type: none"> Avant chirurgie | <ul style="list-style-type: none"> Evaluation en oncogériatrie | <ul style="list-style-type: none"> > 75 ans |
| <ul style="list-style-type: none"> Avant chirurgie | <ul style="list-style-type: none"> Bilan dentaire par chirurgien oral avec panoramique dentaire | <ul style="list-style-type: none"> Tous les patients |
| <ul style="list-style-type: none"> Avant chirurgie | <ul style="list-style-type: none"> Consultation en pneumologie - Sur site ou adressé en médecine libérale - Avec EFR | <ul style="list-style-type: none"> Si BPCO, emphysème |

Fiches d'action

| N° fiche | Objectif de la fiche |
|----------|--|
| 1 | Mise en place d'une HDJ |
| 2 | Bilan et pré-habilitation respiratoire |
| 3 | Pré-habilitation physique (2 ^{ème} cs kiné, sport...) |



Retour d'expérience du service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier de Gonesse

Dr Daniela BANCIU





| | Critères retenus par le service |
|---|---|
| Liés aux profils de patients : <ul style="list-style-type: none"> • Age • Pathologie(s) • Comorbidité(s) • ... | <ul style="list-style-type: none"> • 18 et plus : personnes majeures • Asa 1-3 • Comorbidités (équilibrées) : hypertension, diabète déséquilibré, obésité, dénutrition... |
| Liés à la chirurgie : <ul style="list-style-type: none"> • Spécialité(s) • Types d'intervention • ... | <p>Critères d'inclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie oncologique digestive (colo rectale+ gastrique) • Chirurgie de la paroi en dehors d'UCA (éventrations nécessitant une hospitalisation >48h) <p>Exclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASA >4; refus du patient (refus d'adhésion à la préhabilitation); (Contre-Indication chirurgicale ou anesthésique) • Intervention en urgence et urgence différée (sténose; < 2 semaines) |
| Autres critères | <ul style="list-style-type: none"> • Consentement (Adhésion au programme) • Entourage • Compréhension • Moyens de contact en post op (téléphone, MT...) • Délai d'accès aux acteurs du parcours de soins facilité (aussi bien au sein de l'établissement qu'avec les acteurs de la ville : ex. CPTS, ...) |



Parcours cible (en cours de travail)

| Quand | Type de PEC | Quoi | Qui |
|---|---|--|---|
| <p>J- 21 <i>Au minimum</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • CS Chirurgie | <ul style="list-style-type: none"> • Info + consentement éclairé • Bilan bio : nutritionnel, ferritine, CST, Hb glyquée+ général • 1ere évaluation nutritionnelle: questionnaire • Evaluation addiction: tabac, alcool, ... | <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgien |
| <p><i>Entre J-18 à J-15</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • CS Pré-anesthésique (CPA) | <ul style="list-style-type: none"> • Repérage : Dénutrition, Anémie, Addiction, Cardiopathie, SAOS, Fragilité ; troubles cognitifs (mini COG) • Info + consentement • Optimisation comorbidités et traitement • Anxiété: échelle APAIS | <ul style="list-style-type: none"> • Médecin Anesthésiste Réanimateur |
| <p><i>Entre J-18 à J-15</i> <i>Après la CPA, le même jour</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Consultation IDEC • En cours- fiche de poste rédigée, réunion avec la direction des soins programmée | <ul style="list-style-type: none"> • Organisation du parcours • Information du patient • PEC anxiété • Première évaluation de la fragilité | <ul style="list-style-type: none"> • IDEC |
| <p><i>Entre J-18 à J-1</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Réunion avec les cadres de cs ext pour désigner un bureau IDEC | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Médecine Physique et Réadaptation (MPR) | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation (test de marche, ...)- ! Une première évaluation de besoin de réhabilitation physique peut être faite par IDEC? • Conseils personnalisés suite à la consultation avec le kiné • Kinésithérapie ou remise carnet d'exercices | <ul style="list-style-type: none"> • Kiné |
| | <ul style="list-style-type: none"> • CS spécialisée | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation troubles cognitifs et fragilité • Evaluation cardiaque • Arrêt tabac et alcool • Evaluation nutritionnelle (IMC < 21) • Evaluation et optimisation diabète- HDJ diabétologie | <ul style="list-style-type: none"> • Gériatre • Cardiologue • Pneumologue/ addictologue • Diététicienne • Diabétologue |
| <p><i>A J-15 et J-7</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Traitement nutrition | <ul style="list-style-type: none"> • Compléments alimentaires | |
| <p><i>J-3 ou J0</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Correction Anémie / CM | <ul style="list-style-type: none"> • Correction Anémie / CM | <ul style="list-style-type: none"> • IDE HDJ/SSPI |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Nutrition Parentérale | |



Retour d'expérience du service de chirurgie viscérale de l'Hôpital Simone Veil Eaubonne Montmorency

Dr Lionel CHARRE

Mme Sarah IDELOT





Préhabilitation du patient

- Postulat de départ

Pour mener à bien ce projet, il est nécessaire d'obtenir :

- l'investissement de chacun
- une bonne compréhension des objectifs de la RAC
- un partenariat fort entre les différents intervenants dans le cadre de la prise en charge globale du patient

- Réflexion sur la construction du parcours patient en préhabilitation

Objectif : définir de manière précise le parcours patient afin de proposer une prise en charge efficiente en fonction de ses besoins



Parcours cible

| Quand | Type de PEC | Quoi | Qui |
|---|--|--|---|
| J- 42 | • CS Chirurgie | <ul style="list-style-type: none"> • Bilan Biologique / étiologique / carence / nutritionnel / vitaminique (en fonction de la Num et de l'interrogatoire) • Information Préhabilitation et RAAC • Programmation chirurgicale (si bilan étiologique complet) • Intégrer le médecin traitant dans la prise en charge | • Chirurgien |
| Au plus tard à J-28 | • 2 ^{ème} CS Chirurgie | <ul style="list-style-type: none"> • En fonction des résultats des bilans : Le chirurgien déclenche les prises en charge : anémie CM, nutrition (compléments, parentérale, immunonutrition, ...), Kiné (sur la base de l'interrogatoire, voie d'abord chirurgicale, ...) Programmation chirurgicale | • Chirurgien |
| Entre J-28 et J-21 | • CS Anesthésie Proche de la CS Chirurgie (mais toujours après) | <ul style="list-style-type: none"> • CS anesthésie : Confirmation de la date, du type de chirurgie, du type d'anesthésie Vérification des bilans Modifications des traitements Examens complémentaires : bilan cardio, echo coeur | • Anesthésiste |
| Entre J-28 et J-7 | • PEC | <ul style="list-style-type: none"> • HDJ Carence et/ou Anémie (à partir de J-28 jusqu'à J-7) • Bilan endocrino : HDJ Diabéto (à partir de J-28 à J-21) • Bilan cardio • CS Gériatre ⇒ Idéalement regrouper HDJ Diabéto, Cardio et gériatrie • CS addictologie (à partir de J-21 : idéalement c'est 1 mois de sevrage) • Kiné : prescription pour qu'ils le fassent en ville • Psychologue | <ul style="list-style-type: none"> • Infirmières HDJ • Endocrinologue • Cardiologue • Gériatre • Addictologue • Kiné • Psychologue |
| A J-7 Quelquefois à J-2 pour les rectum et préparation par PEG | • 3 ^{ème} CS Chir (pas systématique) | <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle et vérification des PEC • S'assurer qu'il a bien compris les infos, ... | • Chirurgien |
| J-1 ou J0 (idéalement) | <ul style="list-style-type: none"> • Ultime vérification des PEC • Admission pour intervention | <ul style="list-style-type: none"> • Ultime vérification des PEC • Admission pour intervention | • Service de chirurgie viscérale |



| Thématiques | Pistes d'actions |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Traitement Anémie et/ou Carence Martiale | <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une HDJ pour correction anémie et CM dans le service |
| <ul style="list-style-type: none"> HDJ Nutrition, Diabeto, Cardio et Gériatrie | <ul style="list-style-type: none"> Mener une réflexion sur la mise en place HDJ Nutrition, Diabeto, Cardio et gériatrie <ul style="list-style-type: none"> Organiser la prise en charge nutritionnel des patients obèses et/ou dénutris (hors bariatrique) => accès à la diététicienne à organiser Organiser la prise en charge des patients atteints de diabète => accès à l'endocrinologue à organiser |
| <ul style="list-style-type: none"> Suivi psychologique | <ul style="list-style-type: none"> Organiser la prise en charge psychologique des patients de la ville dans la filière oncologie qui est déjà structurée sur cet aspect |



Retour d'expérience du Centre Hospitalier de Versailles

Dr Caroline VALENTIN

Dr Hélène GUIBERT

Dr Charlotte NALINE





CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES

Pré habilitation

- HDJ gériatrique ouvert depuis : 2011.
- HDJ MCO (6 lits) - HDJ SSR (en moyenne 14 patients par session, 4 sessions par an)
- Pré-habilitation oncologique et orthopédique depuis 2017.
- Évaluation systématique en HDJ MCO, adressé par les oncologues ou spécialistes ou UPOG (Dr Naline)
- Proposition d'une prise en charge en pré habilitation.
- Organisation : Mardi et jeudi après-midi pendant 6 semaines avec 2 ateliers de 35-40 min.
 - Un atelier physique (APA)
 - Un atelier :
 - Stimulation cognitive
 - Entretien thymique
 - Gestion du stress
 - Evaluation diététique avec suivi
- Consultation avec évaluation finale et proposition de plan de soins.

2020 : 18 prises en charge dont 11 % oncologiques avant chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie.

Expérience PTH/PTG (2019)

- 6 patients inclus
- 3 PTH / 3PTG
- Moyenne d'âge 86,5 ans
- Comorbidités : 2,6
- Syndromes gériatriques : 1,6
- Nombre de médicaments : 7
- MMS 27,3

=> patients âgés fragiles avec peu de troubles cognitifs

- Etude prospective sur 2 mois (Covid), monocentrique, observationnelle
- 10 patients (7 inclus), âge moyen de 79,5 ans et IMC : 29,89
 - Amplitudes articulaires préservées/aucun trouble cognitif/dysthymie 14%
 - Recrutés sur le listing de la consultation d'orthopédie par appel téléphonique
- Critère de jugement principal
 - Evaluation de l'adhésion par deux supports :
 - EARS (Exercises Adherence Rating Scale)
 - Fréquence de réalisation de l'autoprogramme des exercices
- Critère de jugement secondaire :
 - La douleur
 - Le bénéfice physique
 - La satisfaction

- **Evaluation de l'adhésion sur 7 patients :**
 - Objectif sur l'EARS : 50% des patients ont réalisé les exercices aussi souvent que prescrits
 - 71% ont intégré les exercices dans la routine journalière
 - Réalisation des exercices en moyenne 1 jour sur 2 sur 1 mois
- **Evaluation des critères secondaires :**
 - Pas de majoration de la douleur
 - Patients satisfaits de la prise en charge
 - Amélioration de la vitesse de marche et amélioration sur le renforcement musculaire dans 29% des cas

PTG/PTH analyse

Bilan de fin d'HDJ pour tous les patients:

- meilleure endurance (29% en alternance, constante en HDJ seule)
- meilleur équilibre
- moins d'anxiété
- 1 patiente non adhérente au programme pour troubles thymiques

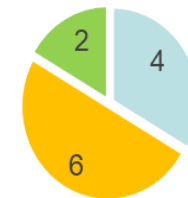
Expérience PTC/PTH analyse

PTG/PTH analyse

Sur 13 patients

- DMS en chirurgie similaire (3,7 jours)
- À 3 mois , 2 ré hospitalisations (luxation de hanche, fracture de rotule)
- Reprise de la marche pour tous les patients
- Baisse des douleurs pour tous les patients
- Satisfaction de tous les patients
- Pose d'une 2^e prothèse du genou pour 2 patients

devenir

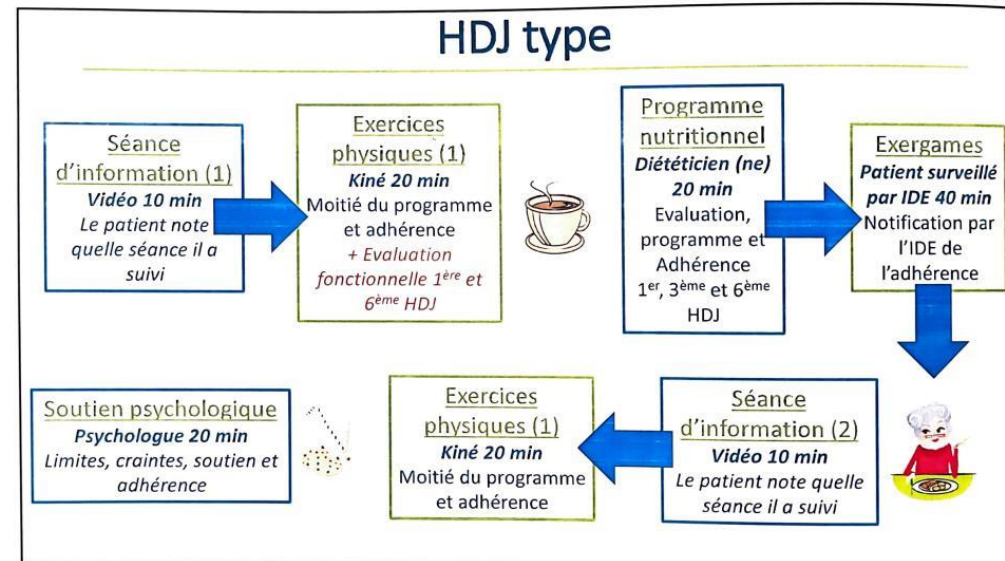


■ dom ■ SSR ■ HDJ

PTG/PTH analyse

- Adhérence du patient dès le début de la prise en charge:
 - Peu de troubles cognitifs
 - Évaluer la thymie
- Impression de même impact HDJ/dom ou HDJ seul
- DMS en orthopédie similaire avec des sorties à domicile, HDJ et SSR pour des patients plus fragiles
- Reprise de l'autonomie et baisse de la douleur pour tous les patients à 3 mois

- Etude de faisabilité de la pré habilitation chez des patients âgés (> 75 ans) avant PTH ou PTG
- Centre de référence : Pitié Salpêtrière et le Géron d'IF
- 5 centres
- Pour le moment, 10 inclusions pour notre site
- Fin des inclusions : décembre 2023



- Transport et temps de trajet car fatigabilité de la population prise en charge
- Pas de troubles cognitifs trop importants
- Planification onco /chimio et délai du traitement et asthénie secondaire

MERCI DE VOTRE ATTENTION

CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES

