

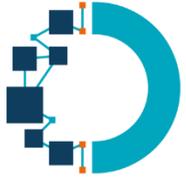


Jeudi 12 juin 2025

Novotel Lac – Bordeaux

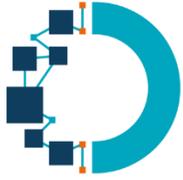
Brice RICHEZ – Institut Bergonié

3^{es} Rencontres des SOS en Nouvelle-Aquitaine

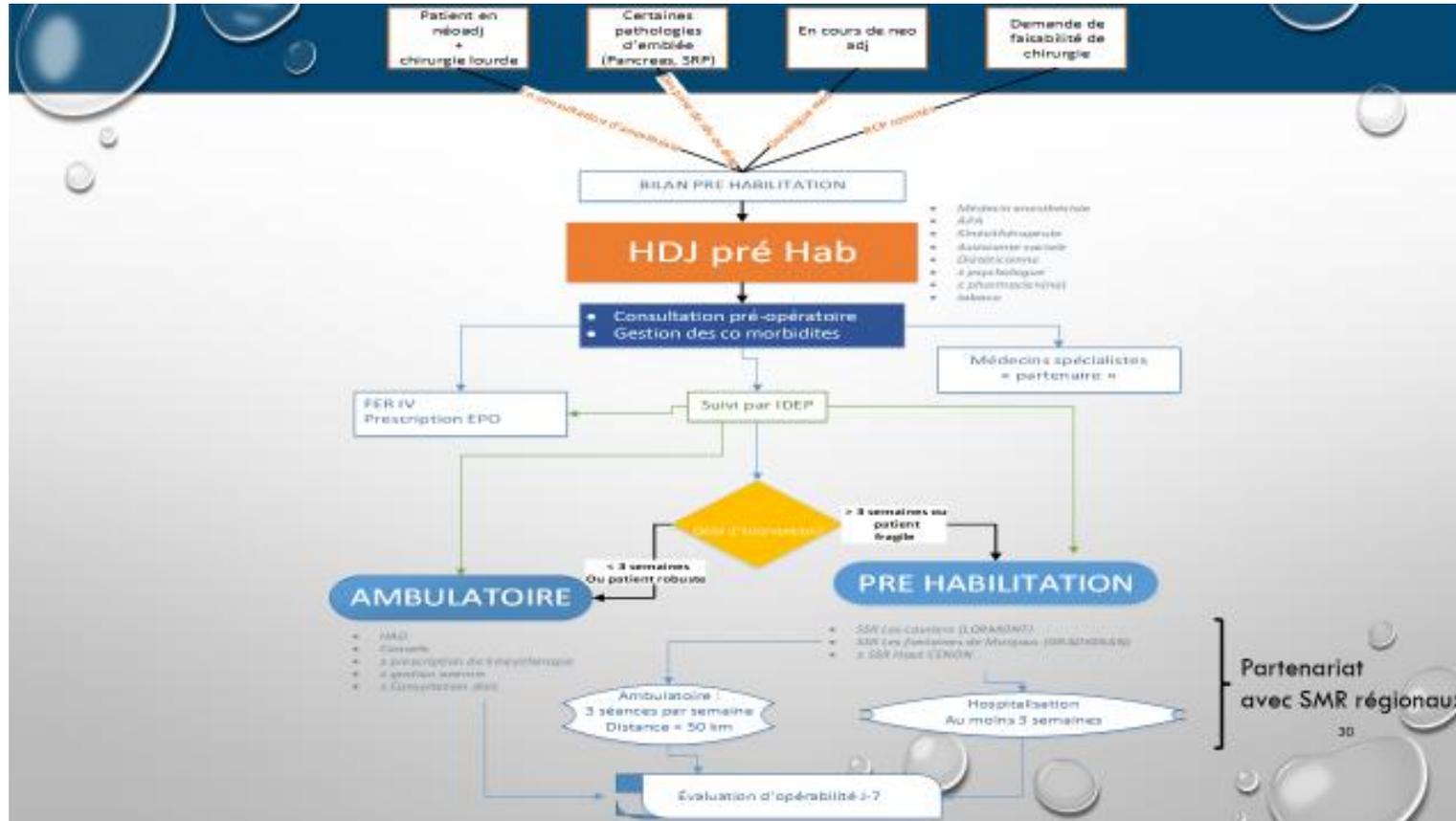


Liens d'intérêts

- Aucun



Le parcours de préhabilitation à Bergonié



Equipe PREHAB:

- 1 médecin anesthésiste-réanimateur
- 1 médecin SSR: 1 semaine / 2
- diététicienne
- moniteur APA
- psychologue ALD
- assistante sociale ALD
- IDE parcours

2 après-midis d'HDJ:

- chirurgie lourde
- onco-gériatrie



La préhabilitation : comment la mettre en place?

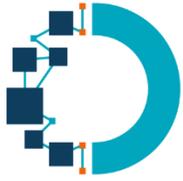
Convaincre les parties prenantes: chirurgien, oncologue, direction

Modéliser parcours

Identifier besoins spécifiques

Planifier implémentation

Science de l'implémentation



Justification de la préhabilitation : phase préparatoire

Association entre complications post-opératoires et risque de:

-récurrence précoce (Hépatocarcinome Zhang. BMC Cancer 2015) OR = 2.223 (IC à 95 % : 1.161-4.258)

-survie globale et survie sans récurrence (Carcinome gastrique. Chen. Cancer Control 2021)(Cancer colorectal. Aoyama. Cancer Med 2017)

Association entre anémie, dénutrition/sarcopénie, activité physique (VO2max), comorbidités et complications post-opératoires, mortalité post-opératoire

Sont des **facteurs de risque modifiables que la préhabilitation améliore** → efficacité démontrée

- **La préhabilitation vise à réduire les complications post-opératoires, la DMS, à améliorer la qualité de vie des patients: revue de la littérature**
- **Identification parties prenantes: chir/onco/diet-kiné...direction**
- **Contexte établissement**

Prévalence de ces FDR dans la population oncologique:

-dénutrition: 20-70%

-anémie: 25-75%

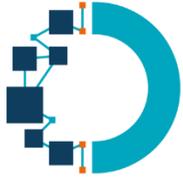
Les 3 axes indispensables, chaque élément renforçant l'efficacité des autres:

-dénutrition, Patient Blood Management (anémie et transfusion)

-amélioration des capacités physiques, lutte / sarcopénie

-soutien psychologique

-+/- gestion diabète déséquilibré, BPCO, tabagisme...



Construction d'un parcours de soin : conception

Ressources humaines:

- médecin** anesthésiste-réanimateur
- médecin SSR 1 semaine / 2
- IDE parcours**
- diététicienne, APA, psychologue** (temps dédié)
- +/-: assistante sociale, tabacologue, pharmacien, pneumologue, endocrinologue

Moyens matériels: calorimétrie indirecte, impédancemétrie, hand grip test, spirométrie

Quand: **4 semaines minimum avant chirurgie**

Patients cibles: **onco-gériatrie / chirurgie lourde**

Patient accompagné

Modalité de réalisation du programme:

- CS endocrinologue, pneumologue
- à domicile**: disponibilité/qualité des kiné/APA
- HDJ ou hospitalisation complète**: SSR?

Réévaluation toutes les semaines / IDE parcours

Savoir contre-indiquer une chirurgie

Modèle HDJ:

- unité de lieu et de temps: bilan complet, ressources en personnel disponibles
- financement

- **Définition du contenu et élaboration du parcours type**
- **Modalités pratiques: présentiel, télémedecine...**
- **Mise à disposition des personnels, du matériel, des locaux...**



Implémentation est une science

Communication :

- présentation CME
- soirées scientifiques: oncologue, chirurgien, IDE, diététicienne...
- présentation des objectifs aux intervenants, structures extérieures
- changement de pratique : EPO?

Gestion du temps, s'adapter aux parcours:

- chimiothérapie néo-adjuvante : RCP
- chirurgie première: savoir décaler
- adressage extérieur: réseau Onco-NA

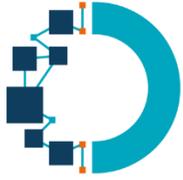
- **Lancement (sans tarder)**
- **Déploiement complet d'emblée ?**
- **Mettre en place un programme cohérent, coordonné et réaliste**

Financement :

- HDJ
- injection fer IV
- matériel: dons, PPI

Lancement, suivi, évaluation et ajustements:

- plusieurs phases
- pas d'IDE
- problème ressources diététiciennes
- support informatique défaillant
- problème des ressources extérieures, du financement → création d'un réseau partenaire avec SSR, kiné/APA, prestataires de services



Leviers :

Littérature SOS,
PREHAB: NEJM...

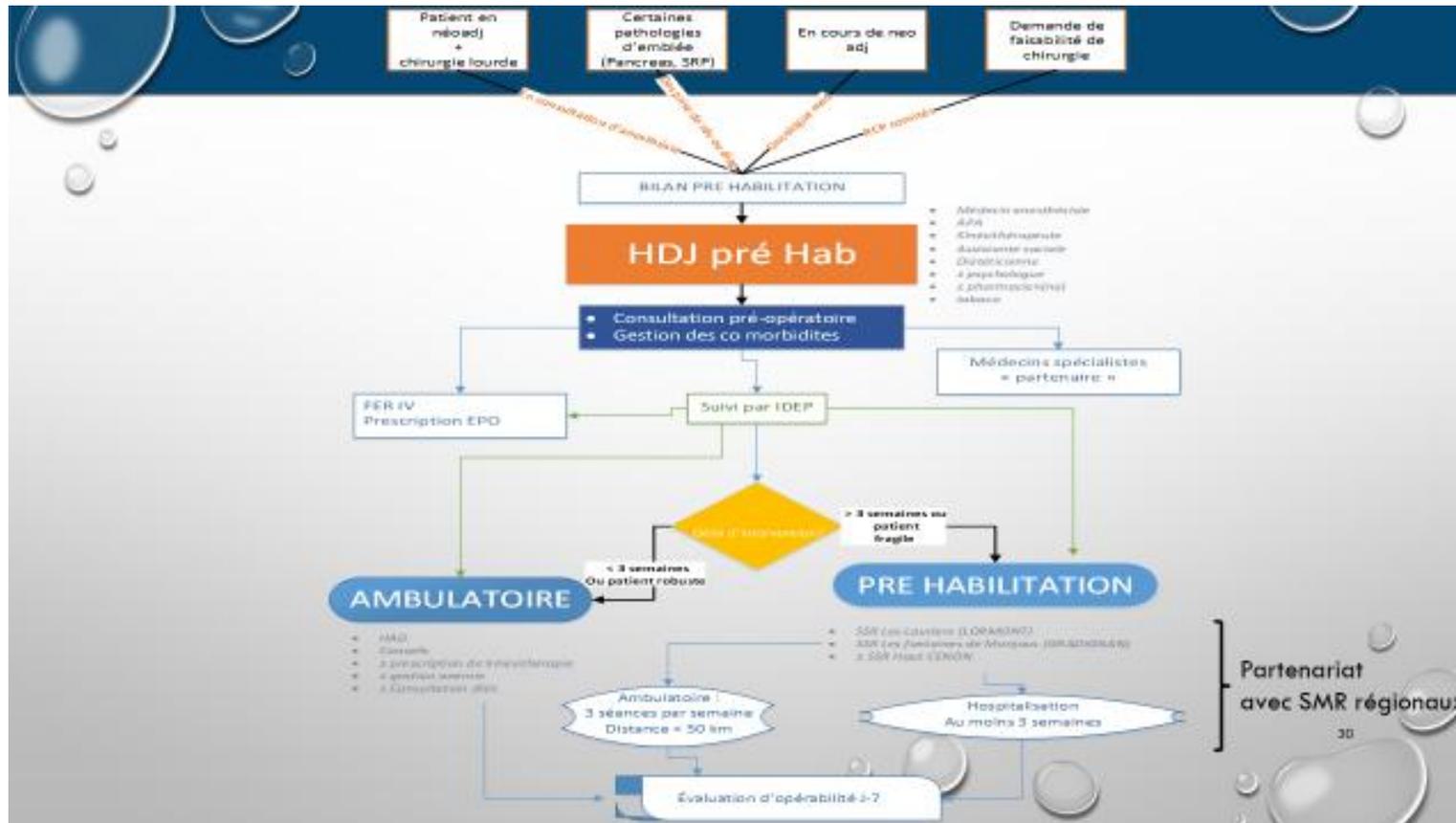
Textes réglementaires:
HAS, SFAR...

HDJ financé

Parcours structuré: SOS

Acceptabilité excellente

Sujet à la mode



Freins:

Résistance au changement
(EPO, orga)

Coordination complexe,
manque de moyen, délais
(plusieurs mois CS)

Difficulté de financement
de certains actes en libéral

Objectifs différents
(oncogériatrie/anesthésie)

Obstacles sociaux:
isolement, déplacements



Synthèse et perspectives

- Bilan de la mise en place :
 - Démarrage long mais bonne adhésion (patients, professionnels, direction +++)
 - HDJ: programmation 4-6 semaines avant chirurgie/efficacité
 - Programme: manque de professionnels et de structures d'aval → **réseau**
 - Approche multidisciplinaire et personnalisée
- Perspectives :
 - Outils d'évaluation et d'adaptation du programme
 - Création et structuration d'un réseau régional

