



**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2018-2019**

Date du Jury : **octobre 2019**

---

**La mise en place du « patient  
debout » au bloc opératoire du centre  
hospitalier d'Avignon : un enjeu  
organisationnel, de soins et  
d'amélioration de la prise en charge  
globale du patient**

---

**Victoire LEFEBVRE**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier tout particulièrement mon maître de stage, André Durand, directeur des ressources humaines du centre hospitalier d'Avignon, pour sa gentillesse, son soutien, et sa disponibilité tout au long du stage.

Je remercie également toute l'équipe de direction, auprès de laquelle je me suis sentie très bien intégrée et qui m'a confié des dossiers très variés et riches en enseignements. Sur le sujet du bloc opératoire, tous mes remerciements vont notamment à Jean-Noël Jacques, directeur du centre hospitalier, et Thérèse Isenbrandt-Hamy, directrice des soins et directrice référente du pôle bloc.

Parce qu'elle est la force vive du projet « patient debout », je remercie très chaleureusement Anny Durand, cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire, avec qui le travail réalisé a été passionnant et très motivant. Je souhaite également remercier Véronique Llagonne, cadre supérieure du pôle bloc, pour son soutien et son intérêt pour le projet, ainsi que l'ensemble des personnes du bloc opératoire et de l'unité de chirurgie ambulatoire qui ont participé à la réflexion sur le patient debout.

Pour son expertise et ses conseils, je remercie le Professeur Jean-Pierre Béthoux, qui a accepté d'être mon référent mémoire et avec lequel les échanges sur le patient debout, la chirurgie ambulatoire, l'hôtel hospitalier ou encore la résistance au changement ont été très enrichissants.

Mes remerciements vont par ailleurs aux différentes personnes avec lesquelles j'ai pu échanger sur la mise en place du patient debout dans leur établissement, ce qui a éclairé notre réflexion au centre hospitalier d'Avignon.

Enfin, je remercie mes parents médecins de m'avoir transmis cet intérêt fort pour les questions de santé, et notamment pour les enjeux du bloc opératoire. Leurs retours d'expérience et leurs remarques avisées ont été précieux dans la construction de ce mémoire.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 L'accompagnement du patient debout au bloc opératoire est une modalité de prise en charge récente développée dans différents établissements de santé .....	5
1.1 Un changement dans la vision du patient et la remise en cause de pratiques anciennes .....	5
Le brancardage : un réflexe systématique de contrôle des flux de patients hospitalisés.....	5
« Debout, je suis un patient, allongé, je suis un malade ».....	6
1.2 De nombreux intérêts pour le patient, les soignants et l'hôpital.....	6
Les bénéfices pour le patient .....	7
Les bénéfices pour les soignants.....	7
Les bénéfices pour l'organisation hospitalière.....	8
1.3 Une mise en place récente dans quelques hôpitaux à partir de l'expérience d'établissements de santé privés à but non lucratif.....	10
1.4 Une innovation organisationnelle faisant écho aux évolutions de la prise en charge chirurgicale .....	10
L'accompagnement des enfants au bloc en voiturette électrique .....	11
La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC).....	11
L'arrivée du patient opéré à J0 .....	12
Le salon d'accueil .....	13
L'hôtel hospitalier.....	13
2 Plus qu'une simple modalité logistique, la démarche du « patient debout » amène à repenser tout un parcours en mobilisant de nombreux acteurs au centre hospitalier d'Avignon .....	15
2.1 L'unité de chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire, des environnements complexes et fortement interconnectés.....	15
L'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital d'Avignon.....	15
Le bloc central .....	15
2.2 Un projet porté par l'unité de chirurgie ambulatoire.....	18
Méthodologie du projet .....	18
Freins rencontrés au démarrage du projet .....	19
Evaluation du projet.....	21
2.3 Une approche suivant le parcours du patient opéré en ambulatoire.....	21

3	Les réflexions sur le parcours des patients opérés à l'hôpital conduisent à s'interroger sur la performance des organisations à tous les niveaux .....	27
3.1	Des facteurs limitants qui complexifient la mise en œuvre effective .....	27
	Une modalité de prise en charge productrice de déchets .....	27
	La gestion simultanée des flux de patients debout, couchés et en fauteuil .....	28
	Faire face à la résistance au changement .....	29
3.2	L'extension de la démarche à l'hospitalisation conventionnelle .....	32
3.3	Un projet faisant écho au développement du concept d'expérience patient.....	34
	Conclusion.....	37
	Bibliographie.....	39
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 : Affiche de communication aux équipes sur le projet patient debout au centre hospitalier d'Avignon .....	II

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

AP-HP : Assistance publique-hôpitaux de Paris

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-soignant

CHA : Centre hospitalier d'Avignon

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLCC : Centre de lutte contre le cancer

DMS : Durée moyenne de séjour

ETP : Equivalent temps plein

FIR : Fonds d'intervention régional

HAS : Haute autorité de santé

HCL : Hospices civils de Lyon

IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

IBODE : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

MOOC : Massive open online course (formation en ligne ouverte à tous)

RAC : Réhabilitation améliorée après chirurgie (anciennement appelée RAAC)

RSE : Responsabilité sociétale des entreprises

SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation

SLIN : Service de lutte contre les infections nosocomiales

SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle

TNU : Temps non utilisé

TVO : Temps de vacation offert

UCA : Unité de chirurgie ambulatoire





## Introduction

En pénétrant dans l'hôpital pour y recevoir des soins, une personne devient de fait un patient. Ce changement de statut modifie le regard des autres, mais également le regard sur soi-même. Plus encore, le patient peut être vu comme malade, c'est-à-dire diminué, distingué des bien portants. Cette position du patient comme malade affecte la capacité physique et psychologique de la personne, mais aussi sa capacité sociale, sa place dans la société et dans le regard des autres. Ruwen Ogien explique dans *Mes Mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie* que « *tomber [...] malade, c'est changer d'univers mental et social, débarquer dans une terre étrangère, un monde extérieur, dont nous devons découvrir et comprendre les symboles, les rites et les lois.* »<sup>1</sup> Dans ce contexte, le malade doit se conformer aux règles du monde hospitalier et au rôle qu'on lui assigne. Ainsi, on peut lui imposer un vêtement : « *Je sais qu'avant l'opération j'ai dû passer à la douche, me badigeonner de Bétadine, enfiler mon déguisement de malade : charlotte en treillis verdâtre sur les cheveux, chaussons en tissu synthétique aux pieds, tige de coton blanche à petits motifs bleus (qui représentent quoi ?) attachée au cou et ouverte à l'arrière comme un bavoir géant* »<sup>2</sup>, celle-ci ne respectant pas toujours ses attentes, en dévoilant sa nudité. Il ne se déplace plus de façon autonome, comme il peut pourtant le faire dans sa vie extra-hospitalière : « *Scan. Puis retour dans ma chambre en chaise roulante (alors que je me sentais parfaitement bien et que rien ne m'empêchait d'y aller par moi-même en marchant tranquillement).* »<sup>3</sup> Ainsi, on le prive partiellement de son autonomie et de sa liberté pour le prendre en charge, au point qu'il peut s'en sentir affecté négativement et déplorer cette place qui lui a été attribuée : « *Etre malade est en train de devenir mon vrai métier, mais j'aimerais bien être licencié.* »<sup>4</sup>

C'est justement à partir du constat que les patients peuvent voir leur dignité, leur liberté, leur indépendance, leur estime de soi atteintes du fait d'une affection et de sa prise en charge que les pouvoirs publics et les producteurs de soins ont cherché à atténuer ces effets et à humaniser les soins le plus possible. Ainsi, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dispose que « *la personne malade a droit au respect de sa dignité* » (article L. 1110-2 du code de la santé publique), ce qui signifie que les producteurs de soins doivent lui porter la plus grande considération. La charte de la personne hospitalisée rappelle l'importance du

---

<sup>1</sup> *Mes Mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie*, Ruwen Ogien, Editions Albin Michel, Paris, 2017, p.69.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.106.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p.111.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p.188.

respect des droits des malades, notamment de celui de la dignité, dans son principe 2 : « *Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins* », qui assure au patient le respect de sa dignité et la qualité de sa prise en charge au sens large ; et dans son principe 8 : « *La personne hospitalisée est traitée avec égards* », avec notamment le respect de son intimité. La prise en charge n'a donc plus pour seul objectif la qualité des soins et leur résultat sur la maladie traitée, mais aussi le respect de la personne. Dans ce contexte, de nombreuses initiatives ont vu le jour pour améliorer l'accueil des patients, leur information et leur participation aux soins, leur confort, les interactions avec les professionnels, l'apaisement de leurs souffrances.

L'expérience des patients opérés s'est également transformée avec le développement de la chirurgie ambulatoire, avec sortie du patient le jour même de son intervention. Elle présente de nombreux bénéfices pour la santé et le bien-être des patients, notamment une diminution des infections associées aux soins, une meilleure récupération, et une amélioration du confort et de la satisfaction du patient, qui peut repartir chez lui sans passer de nuit à l'hôpital.<sup>5</sup> Cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle a de plus l'intérêt de mobiliser moins de ressources pour les établissements de santé. Elle a donc pris une place croissante dans l'activité hospitalière, la ministre des solidarités et de la santé Agnès Buzyn annonçant en octobre 2017 un objectif de 70% d'actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire, contre 54% actuellement.<sup>6</sup> Ce changement de paradigme s'accompagne d'une évolution des structures, des modes de prise en charge et d'accueil des patients, et également des techniques chirurgicales et anesthésiques.

L'évolution des attentes et des pratiques de prise en charge des patients opérés conduit les établissements de santé à repenser le parcours de leur patient au cours de leur prise en charge hospitalière. Pour améliorer le bien-être du patient opéré et répondre à l'augmentation d'activité en chirurgie ambulatoire, le centre hospitalier d'Avignon a ainsi souhaité mettre en place l'accompagnement des patients de chirurgie ambulatoire à pied jusqu'au bloc. Traditionnellement, le patient arrive par ses propres moyens à l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA), puis il est transporté par brancard. Pourtant, un patient valide est capable de marcher de l'UCA jusqu'au bloc, et même jusqu'à la salle d'intervention, pour s'installer lui-même sur la table d'intervention, avec l'aide du

---

<sup>5</sup> HAS et ANAP, « La chirurgie ambulatoire en 12 questions », Avril 2012, consulté le 26/07/2019 sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/la\\_chirurgie\\_ambulatoire\\_en\\_12\\_questions.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf)

<sup>6</sup> « Buzyn fixe l'objectif de 70 % de la chirurgie réalisée en ambulatoire en 2022 », *Le Monde*, 5 octobre 2017, consulté le 26/07/2019 sur : [https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/10/05/buzyn-fixe-l-objectif-de-70-de-la-chirurgie-realisee-en-ambulatoire-en-2022\\_5196776\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/10/05/buzyn-fixe-l-objectif-de-70-de-la-chirurgie-realisee-en-ambulatoire-en-2022_5196776_1651302.html)

personnel du bloc. Son retour à l'UCA après l'intervention peut s'effectuer en brancard ou en fauteuil, voire à pied dans certains cas.

Ce projet invite à revoir dans son ensemble le processus de prise en charge du patient opéré en ambulatoire, et l'organisation du bloc opératoire dans ses différentes dimensions (logistique, intégration avec l'amont et l'aval du bloc, ressources humaines et compétences, systèmes d'information, spécificités de fonctionnement des différents secteurs...). On verra ainsi qu'un enjeu à première vue logistique (brancardage vs. venue à pied) impacte en réalité toute l'organisation du parcours d'un patient au bloc opératoire. Le projet « patient debout » offre l'opportunité de rechercher un parcours le plus adéquat possible aux attentes techniques de la chirurgie et de l'anesthésie, aux attentes des professionnels de santé et des patients, et articulé avec les exigences organisationnelles et contraintes des secteurs concernés, dans l'objectif d'améliorer l'accueil et les conditions de prise en charge du patient opéré en ambulatoire.

Dans un premier temps, on reviendra sur les origines récentes de l'accompagnement du patient debout au bloc opératoire dans les établissements de santé et les nombreux avantages que cela présente, puis la démarche au centre hospitalier d'Avignon, mobilisant de nombreux acteurs, sera présentée. Enfin, on analysera les perspectives apportées par ce projet sur la performance organisationnelle en chirurgie.



# **1 L'accompagnement du patient debout au bloc opératoire est une modalité de prise en charge récente développée dans différents établissements de santé**

## **1.1 Un changement dans la vision du patient et la remise en cause de pratiques anciennes**

### **Le brancardage : un réflexe systématique de contrôle des flux de patients hospitalisés**

Le transport des patients hospitalisés en brancard peut s'expliquer par la diminution de la mobilité pour certains patients, qu'elle soit induite ou non par la pathologie, les blessures, ou l'état qui les conduit à l'hôpital (orthopédie, traumatologie, douleurs, perte d'autonomie liée à l'âge, stress intense, etc.) ou par l'utilisation de produits de santé réduisant leurs capacités physiques ou leur vigilance, comme les prémédications pré-opératoires, l'utilisation d'appareils lourds, encombrants ou entravant la mobilité, ou encore les effets secondaires des médicaments administrés. Ainsi, ce recours au brancard peut être justifié dans certains cas.

Cependant, il apparaît que l'usage du brancard n'est pas nécessairement réfléchi en fonction de ces paramètres de mobilité du patient, et qu'il est devenu le mode de déplacement des patients « standard », appliqué à tous les patients, qu'ils aillent réaliser un examen d'imagerie, qu'ils se rendent au bloc opératoire pour une intervention, ou qu'ils soient transférés d'un service d'hospitalisation à un autre. Plusieurs explications sont possibles. D'une part, cette pratique est devenue usuelle, routinière, et permet de sécuriser les habitudes des professionnels et de gagner du temps en évitant une prise de décision. D'autre part, l'utilisation de brancards permet aux agents de contrôler le flux des patients qui doivent se déplacer, en garantissant qu'il n'existe qu'un mode de transport possible, et en donnant à la ou les personnes qui poussent le brancard le contrôle des déplacements du patient, de leur vitesse, et de leur temporalité. Ce moyen de transport est par ce fait plus pratique et plus maîtrisable pour les soignants.

## « Debout, je suis un patient, allongé, je suis un malade »<sup>7</sup>

Le patient est la personne prise en charge par un ou des professionnels de santé, tandis que le malade est atteint d'une affection qui diminue ses capacités. Ce statut de malade est porteur d'une signification sociale qui modifie le regard porté sur lui. Or, un patient placé dans un brancard est de facto mis dans une position de malade, en cela que le déplacement couché et poussé par une tierce personne n'est pas habituel pour une personne bien portante et signale un changement, voire un état diminué. Le patient allongé dans un brancard est passif, regarde le plafond, et perd ses repères spatiaux familiers. Il change aussi de posture dans le regard du soignant, qui doit baisser les yeux pour interagir avec lui. Avec le patient debout, ce rapport entre patient et soignant est transformé : le soignant est à la même hauteur que le patient, il peut le regarder et interagir avec lui de la même façon qu'avec n'importe quelle personne. Le patient perçoit son environnement dans la même position que dans sa vie quotidienne, et ainsi être moins bouleversé par l'univers hospitalier, et peut avancer à son rythme. De plus, le patient peut garder ses lunettes, son dentier, son appareil auditif, et/ou sa perruque jusqu'à la salle d'intervention. Il se présente donc aux personnes qui l'entourent comme dans son quotidien, avec la pleine possession de ses capacités sensorielles et la maîtrise de son apparence. C'est ce que l'on appelle le patient 3D : debout, digne, détendu.<sup>8</sup>

### 1.2 De nombreux intérêts pour le patient, les soignants et l'hôpital

L'accompagnement du patient debout au bloc, s'il est avant tout pensé pour améliorer le parcours et le vécu des patients opérés, présente également un intérêt pour améliorer les conditions de travail du personnel qui prennent en charge ces patients, mais aussi des avantages pour l'organisation des structures opératoires et péri-opératoires de l'hôpital.

---

<sup>7</sup> Centre hospitalier de Douai, « Nouveau dispositif Patient Debout », 1er juin 2018, consulté le 25/07/2019 sur : <https://www.ch-douai.fr/notre-etablissement/actualites/L'activit%C3%A9%20m%C3%A9dicale/etre-un-patient-debout/>

<sup>8</sup> Support de présentation du Dr Hervé Rosay, « Le patient debout au bloc opératoire : Un malade acteur », Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard, Lyon, 2016, consulté le 14/02/2019 sur : [https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr\\_rosay\\_-\\_le\\_patient\\_debout\\_au\\_bloc\\_operatoire.pdf](https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr_rosay_-_le_patient_debout_au_bloc_operatoire.pdf)

## **Les bénéfices pour le patient**

Le changement de posture du patient permet qu'il soit d'égal à égal avec les soignants et d'être davantage respecté dans sa dignité. En outre, le fait de pouvoir se déplacer par ses propres moyens lui redonne de l'autonomie et le rend acteur dans sa prise en charge. La marche et les échanges avec le personnel peuvent réduire son stress préopératoire, mais aussi lui permettre de poser des questions et de mieux comprendre les soins qu'il reçoit.

De plus, pour que le patient puisse aller à pied au bloc, il ne doit pas être prémédiqué, c'est-à-dire recevoir une première sédation avant le départ au bloc. L'arrêt du recours systématique aux prémédications est déjà une recommandation de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), comme cela participe à une meilleure récupération post-opératoire.<sup>9</sup>

Enfin, en se déplaçant accompagné d'un agent et en ayant la possibilité d'attendre son admission en salle d'intervention assis dans une salle d'attente aménagée plutôt que dans un brancard, le patient peut bénéficier d'équipements (écrans, diffusion de musique, casques d'auto-hypnose, etc.) et discuter avec les soignants et les patients, rendant l'attente et les transferts plus conviviaux et interactifs. Ces échanges humanisent et personnalisent la prise en charge pour chaque patient.

## **Les bénéfices pour les soignants**

L'accompagnement du patient debout représente un véritable levier de qualité des soins et de la prise en charge, du fait des bénéfices apportés au patient. La sécurité des soins est renforcée par une participation facilitée du patient à la check-list opératoire, comme le patient échange davantage avec les soignants et que ses facultés sensorielles, notamment l'ouïe, ne sont pas réduites par le retrait d'éventuelles prothèses.

Par ailleurs, le « patient debout » transforme fortement la fonction de brancardage en un accompagnement du patient, et inscrit véritablement le déplacement du patient dans le parcours de soins en l'humanisant et en lui donnant un sens fort. Le travail des agents d'accompagnement du patient vers le bloc est ainsi valorisé et source d'une amélioration de la prise en charge.

---

<sup>9</sup> Anne-Lise Favier, « Debout, jusqu'au bloc opératoire ! », Objectif Soins et Management, septembre 2015, n°238, p.40-41.

Pour le personnel chargé d'accompagner le patient vers le bloc, puis dans la salle d'intervention, il y a une réduction de la manutention des patients et des brancards. Le patient s'installant lui-même sur la table d'intervention, le personnel en salle n'a plus à porter le patient sur la table. En conséquence, les troubles musculo-squelettiques liés à la manutention peuvent être prévenus.

Le « patient debout » présente aussi un gain de temps potentiel, comme plusieurs patients peuvent être amenés simultanément, et que les temps de transport et de transfert peuvent être optimisés pour des patients parfaitement valides. Par exemple, une personne jeune sans réduction de mobilité venant se faire retirer les dents de sagesse pourra marcher d'un pas vif et s'installer sans difficulté sur la table d'opération, ce qui prendrait davantage de temps si les soignants devaient pousser un brancard lourd et la porter du brancard à la table.

Enfin, un effet « collatéral » observé dans d'autres établissements est que la venue de patients non prémédiqués et pouvant davantage observer ce qui les entoure du fait de la station debout ou assise a conduit les personnels des blocs opératoires à faire preuve de vigilance dans leurs interactions avec leurs collègues, et à éviter les éclats de voix – alors que le bloc est traditionnellement une zone de fort stress pour les personnels, qui peut générer des échanges vigoureux et des altercations. Ainsi, certains blocs sont devenus plus calmes, avec des conditions de travail plus apaisées et une communication plus respectueuse entre soignants.

### **Les bénéfices pour l'organisation hospitalière**

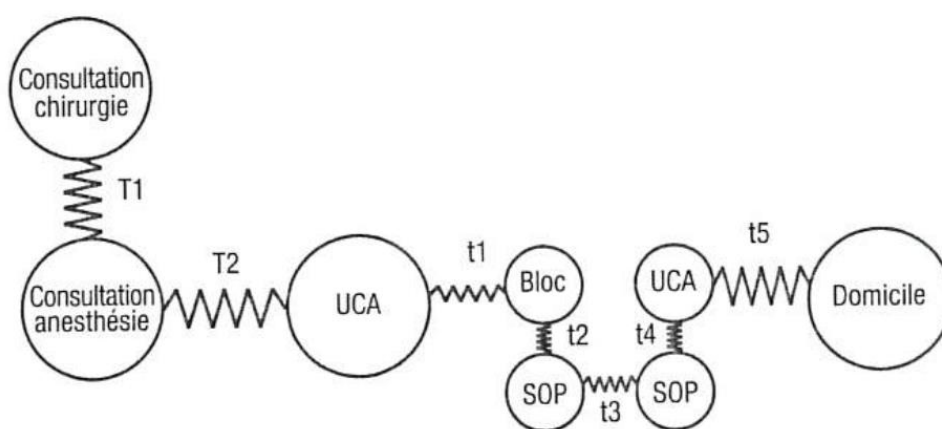
Le bloc opératoire est un plateau technique de pointe, coûteux en ressources, et nécessitant un travail important d'organisation, en termes d'architecture, de ressources humaines hautement spécialisées, de logistique (équipement, traitement d'air et d'eau, maintenance technique, stérilisation, dispositifs médicaux, déchets, bionettoyage), de planification et de programmation opératoire, ou encore de gestion des urgences.

En réduisant le brancardage et les temps de transfert, le « patient debout » participe à l'optimisation des flux de patients au bloc, donc à une meilleure utilisation de l'outil qu'est le bloc. Il contribue au démarrage des salles à l'heure, à la diminution du temps de brancardage, à la rapidité des transferts de patients de l'unité d'hospitalisation ou de chirurgie ambulatoire au bloc, en un mot à la fluidité dans le déroulement du



programme opératoire avant et entre les interventions. Il a été observé qu'obtenir des délais d'attente courts en chirurgie ambulatoire est corrélé à une meilleure utilisation des ressources du bloc et à un gain de productivité pour les équipes.<sup>10</sup> Selon cette approche par flux, le « patient debout » peut permettre d'optimiser les délais t1 (temps entre le départ de l'UCA et l'arrivée au bloc) et t2 (temps entre l'arrivée au bloc et l'arrivée en salle d'opération) (cf. infra).

## FIGURE 2 Chirurgie ambulatoire Modélisation simple du parcours de soins



Ne sont pris en compte que les délais entre chaque étape.  
UCA = unité de chirurgie ambulatoire - SOP = salle d'opération  
T1 = délai de consultation inaugurale de chirurgie/consultation d'anesthésie.  
T2 = délai de consultation anesthésie/admission en unité de chirurgie ambulatoire.  
t1 à t4 = temps péri-opératoires (admission au bloc, admission en salle d'intervention, durée opératoire, durée du séjour en salle de soins post-interventionnelle) - t5 = délai de retour à domicile.

Source : Samir Sharshar, Io Sharshar, Jean-Christophe Phelep, Alain Sommer, « Programmation et efficacité du bloc opératoire », *Gestions hospitalières*, mars 2017, n° 564, p. 157.

Plus généralement, les mesures visant à réduire le stress induit par une intervention et à augmenter la compréhension du patient sur sa prise en charge, comme la mise en place du patient debout ou de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC, cf. infra), entraînent une meilleure récupération et une meilleure gestion globale des flux de

<sup>10</sup> Samir Sharshar, Io Sharshar, Jean-Christophe Phelep, Alain Sommer, « Programmation et efficacité du bloc opératoire », *Gestions hospitalières*, mars 2017, n° 564, p. 165.

patients, ceux-ci restant moins longtemps hospitalisés et subissant moins de complications post-opératoires.<sup>11</sup>

### **1.3 Une mise en place récente dans quelques hôpitaux à partir de l'expérience d'établissements de santé privés à but non lucratif**

Après avoir découvert l'accompagnement du patient debout au bloc dans des hôpitaux nord-américains et britanniques ainsi que dans des hôpitaux africains<sup>12</sup>, quelques établissements publics à but non lucratif français l'ont mis en place il y a une dizaine d'années, souvent à l'initiative de leur service d'anesthésie : l'institut Paoli Calmettes à Marseille en 2009, le centre de lutte contre le cancer Léon Bérard à Lyon en 2010, ou encore l'institut mutualiste Montsouris à Paris en 2014. Dans ces établissements, le « patient debout » a suscité une très forte satisfaction, à la fois des patients et des soignants : par exemple, 94% des patients en étaient satisfaits en 2012 au centre Léon Bérard, ainsi que 83% des soignants, avec une forte progression dans le temps, et 98% des patients se sont déclarés satisfaits à l'institut mutualiste Montsouris en 2015.

Depuis, plusieurs établissements de santé publics et privés se sont lancés dans la mise en place du « patient debout », comme par exemple les Hospices Civils de Lyon, l'hôpital Saint Louis à l'AP-HP, le centre hospitalier d'Albi, le centre hospitalier de Douai, ou encore la clinique ELSAN de Soyaux. Ces projets ont parfois été mis en place dans le cadre d'autres démarches (réhabilitation améliorée après chirurgie et salons d'accueil notamment, cf. infra).

### **1.4 Une innovation organisationnelle faisant écho aux évolutions de la prise en charge chirurgicale**

Le « patient debout » facilite et améliore le parcours du patient jusqu'au bloc, et se rapproche de différentes innovations dans le parcours chirurgical.

---

<sup>11</sup> MOOC « Réhabilitation améliorée après chirurgie », Université Aix-Marseille, France Université Numérique (FUN), mai-juin 2019.

<sup>12</sup> Support de présentation du Dr Hervé Rosay, « Le patient debout au bloc opératoire : Un malade acteur », Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard, Lyon, 2016, consulté le 14/02/2019 sur : [https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr\\_rosay\\_-\\_le\\_patient\\_debout\\_au\\_bloc\\_operatoire.pdf](https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr_rosay_-_le_patient_debout_au_bloc_operatoire.pdf)

Dans la lignée du constat des bénéfices de la chirurgie ambulatoire évoqués en introduction, l'intérêt de séjours hospitaliers raccourcis – tout en maintenant la qualité des soins et la surveillance d'éventuelles complications – et plus adaptés au mode de vie des patients en hospitalisation conventionnelle (c'est-à-dire passant au moins une nuit à l'hôpital) a été démontré.<sup>13</sup> Parmi ces nouvelles modalités de prise en charge du patient opéré, on trouve notamment l'accompagnement des enfants en voiturette électrique au bloc, la RAC, l'accueil à J0, les salons d'accueil, et l'hôtel hospitalier.

### **L'accompagnement des enfants au bloc en voiturette électrique**

Afin de rendre l'arrivée au bloc opératoire plus ludique et moins traumatisante pour les enfants, de nombreux hôpitaux proposent d'amener les enfants jusqu'à la salle d'intervention dans de petites voitures électriques pouvant être dirigées par les enfants eux-mêmes ou par le personnel qui les accompagne. Ces voiturettes ressemblent le plus souvent beaucoup à de véritables voitures en version miniature, et font du trajet vers le bloc un jeu. C'est en quelque sorte le pendant pédiatrique du « patient debout », en ce sens qu'il vise à réduire l'anxiété des enfants – vis-à-vis de l'opération, mais aussi de la séparation des parents dans un environnement inconnu – en les rendant actifs dans le processus. Le centre hospitalier d'Avignon a mis en place les voiturettes électriques aux urgences pédiatriques, en service de pédiatrie, à l'unité de chirurgie ambulatoire et au bloc opératoire, suite à un don, en septembre 2018.

### **La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC)**

La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC) est une approche qui se base sur les données scientifiques les plus récentes, selon le principe de *evidence-based medicine* ou médecine fondée sur les preuves ou encore médecine factuelle. La RAC part du constat que tout acte chirurgical constitue une agression, qu'il faut réduire au maximum pour favoriser la récupération. Elle s'appuie sur diverses mesures d'ordre chirurgical, anesthésique, paramédical et organisationnel, et repose sur trois piliers :

- La définition de protocoles pré, per et post opératoires ;
- La participation active du patient à sa prise en charge ;
- Une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée, en équipe.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Jean-Yves Jenny, « "La RAAC bouscule les habitudes des chirurgiens" », *Techniques hospitalières*, janvier-février 2019, n° 774, p. 27-28.

<sup>14</sup> MOOC « Réhabilitation améliorée après chirurgie », Université Aix-Marseille, France Université Numérique (FUN), mai-juin 2019 ; Karem Slim, « Les programmes de réhabilitation améliorée

Cette démarche a pour objectifs l'autonomisation plus rapide du patient, un retour au domicile plus précoce, et une diminution des complications et des réhospitalisations. Elle est applicable à tous les patients, et doit prendre en compte leurs spécificités (grand âge, facteurs de risque particuliers, etc.). La démarche RAC n'est possible qu'avec l'implication de l'ensemble des personnels prenant en charge le patient, dès la consultation de chirurgie : chirurgien, anesthésiste, IBODE et IADE, IDE et AS du service d'hospitalisation, kinésithérapeutes, diététiciens, etc.

Au centre hospitalier d'Avignon, un protocole de RAC a été mis en place en juin 2019 en chirurgie thoracique pour les exérèses pulmonaires majeures, dans l'objectif de diminuer le taux de complications post-opératoires et de diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) de deux jours.

### **L'arrivée du patient opéré à J0**

L'accueil à J0 permet de faire arriver le patient le jour même de son intervention, et non plus la veille de l'intervention, comme cela est fréquemment pratiqué. Cela permet d'éviter au patient une nuit d'hospitalisation supplémentaire quand elle n'est pas nécessaire médicalement, mais nécessite d'organiser l'accueil du patient avant son intervention dans la journée, alors que les équipes soignantes des unités d'hospitalisation connaissent souvent une charge de travail importante le matin (toilettes, administration des médicaments, prise des constantes, visite, etc.). L'accueil à J0 permet également d'améliorer le confort du patient, qui peut ainsi passer la nuit précédant l'intervention chez lui.

L'accueil des patients opérés à J0 peut être organisé en un point d'accueil centralisé pour différentes spécialités, à l'instar de l'organisation de la chirurgie ambulatoire en une unité dédiée, afin de décharger les services hospitaliers de cette fonction d'accueil avant l'intervention et d'organiser le brancardage des patients vers le bloc d'un point unique.

---

s'imposent, en 2019, à toute équipe chirurgicale », Techniques hospitalières, janvier-février 2019, n° 774, p. 23-26.

## **Le salon d'accueil**

Le salon d'accueil est une modalité d'accueil du patient avant son passage au bloc. Il s'agit d'un salon aménagé avec des fauteuils confortables, pour accueillir les patients se faisant opérer le jour même, en ambulatoire et/ou en hospitalisation conventionnelle, dans un lieu distinct de l'unité d'hospitalisation. Il permet de décharger les soignants des services de l'accueil des patients avant leur intervention, et peut permettre de centraliser l'accueil de tous les patients opérés lorsqu'il rassemble chirurgie ambulatoire et traditionnelle. Dans les salons d'accueil mis en place aux Hospices civils de Lyon, les patients partent debout au bloc. Leurs affaires personnelles sont transférées directement vers le service d'hospitalisation par le personnel.

Ces salons d'accueil connaissent un fort développement. Ils permettent de proposer un accueil plus agréable pour les patients, de centraliser l'accueil des patients opérés, et de faciliter la gestion des lits. La réflexion sur l'accueil des patients se poursuit également avec la possibilité d'un accueil directement au bloc pour certains actes, comme ceux d'ophtalmologie, afin de fluidifier les rotations entre les interventions et de raccourcir le temps de passage à l'hôpital.

## **L'hôtel hospitalier**

Certains patients sont parfois hospitalisés pour des raisons plus pratiques que médicales, s'ils habitent loin de leur lieu de soins, ou s'ils doivent bénéficier d'une visite de contrôle ou d'un examen la veille ou le lendemain d'un acte ou d'une hospitalisation. Dans ce cas, un hébergement non médicalisé peut leur être proposé, dans un hôtel hospitalier. L'hôtel hospitalier ressemble en tous points à un hôtel classique et se trouve à proximité de l'hôpital pour faciliter les déplacements.<sup>15</sup> Sa mise en place est encore expérimentale et fait l'objet de financements spécifiques par le fonds d'intervention régional (FIR) ou par les caisses primaires d'assurance maladie.

L'hôtel hospitalier présente plusieurs intérêts : l'amélioration du confort des patients, qui bénéficient d'un cadre plus accueillant et peuvent être accompagnés d'un proche, l'amélioration de la prise en charge des patients résidant loin de l'hôpital, la

---

<sup>15</sup> France Assos santé, « L'Hôtel-patients : un sas pour l'hospitalisation ? », 29 juin 2016, consulté le 05/08/2019 sur : <https://www.france-assos-sante.org/2016/06/29/lhotel-patients-un-sas-pour-lhospitalisation/>

réduction de la durée d'hospitalisation, la réduction du coût des nuits en hôtel hospitalier, et l'augmentation de la disponibilité des lits d'hospitalisation. Les flux de patients sont plus fluides, comme le patient est à proximité et peut plus facilement arriver à l'heure ou repartir sans difficultés. L'hôtel hospitalier peut aussi permettre de temporiser en cas d'interférence de l'urgence avec le programmé, et de faciliter l'arrivée du patient. Enfin, le patient est plus autonome que s'il était hospitalisé, et le passage à l'hôpital se situe moins en rupture avec sa vie quotidienne, comme il peut garder ses habitudes de vie (heures de repas et de coucher, activités, etc.).

Toutes ces évolutions peuvent être mises en place de façon concomitante – ou non – avec le « patient debout », et partagent plusieurs caractéristiques :

- Une volonté de positionner le patient comme acteur de ses soins ;
- Un objectif de récupération plus rapide ;
- Une réduction du temps de passage à l'hôpital, donc de l'inconfort pouvant résulter de l'hospitalisation par rapport à la vie quotidienne, de l'exposition aux infections associées aux soins, ou du risque de troubles cognitifs induits par une hospitalisation prolongée pour les personnes âgées ;
- Et le bousculement d'habitudes pour les professionnels qui prennent en charge les patients.

## **2 Plus qu'une simple modalité logistique, la démarche du « patient debout » amène à repenser tout un parcours en mobilisant de nombreux acteurs au centre hospitalier d'Avignon**

### **2.1 L'unité de chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire, des environnements complexes et fortement interconnectés**

#### **L'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital d'Avignon**

L'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) dispose d'un accueil et de 23 places dédiés à l'ambulatoire. Elle connaît une forte activité, avec une hausse de 51,92% des interventions réalisées en ambulatoire entre 2014 et 2018. Le taux de rotation des places est de 1,18 en 2018, en baisse depuis 2016 (1,41). La charge de travail est particulièrement importante le matin, avec 8 à 10 patients pouvant être pris en charge au bloc opératoire à 8h, heure de démarrage des salles. L'UCA se situe au même étage que le bloc opératoire, en proximité directe, ce qui constitue un élément facilitant pour la mise en place du « patient debout ».

#### **Le bloc central**

Le bloc central de l'hôpital d'Avignon compte 12 salles, dont 4 dédiées à la chirurgie ambulatoire, avec une entrée spécifique. En pratique, la chirurgie ambulatoire est pratiquée dans toutes les salles. La majorité de l'activité interventionnelle y est réalisée, sauf pour les actes de cardiologie, obstétrique, radiologie interventionnelle et endoscopies bronchiques sans anesthésie générale, qui sont réalisés dans des blocs séparés. L'activité du bloc est très importante, avec 14 441 interventions en 2018, dont 6 139 en ambulatoire. Le taux de chirurgie ambulatoire est donc de 49,8%. La programmation et la régulation sont complexes, comme le non programmé représente environ 25% de l'activité du bloc chaque jour.

Dans le cadre d'une recherche d'optimisation du bloc opératoire, les indicateurs de performance du bloc ont été calculés pour l'année 2018, uniquement à partir de l'activité programmée du bloc, selon la méthodologie de calcul de l'ANAP.<sup>16</sup>

Indicateur	Définition	Résultat CHA	Cible définie par l'ANAP
<b>Taux d'ouverture</b>	Rapport entre le temps de vacation offert au bloc opératoire (TVO) et le temps conventionnel ANAP (54h par salle par semaine, soit une ouverture du bloc 10 heures par jour 5 jours par semaine et 4 heures le samedi matin)	50,6%	85%
<b>Taux d'occupation des vacations</b>	Rapport entre le temps des interventions se déroulant au sein d'une vacation et le temps de vacation offert (TVO)	79,1%	85%
<b>Taux de fin précoce</b>	Rapport entre le temps non utilisé (TNU) en fin de vacation et le temps de vacation offert (TVO)	9,4%	<5%
<b>Taux de débordement</b>	Rapport entre le temps opératoire réalisé en dehors des vacations, hors permanence de soins, et le temps de vacation offert (TVO)	2,1%	<5%
<b>Taux de démarrage tardif</b>	Rapport entre le temps non utilisé (TNU) en début de vacation et le temps de vacation offert (TVO)	4,9%	<5%
<b>Taux inter-interventions</b>	Rapport entre le temps non utilisé (TNU) en cours de vacation et le temps de vacation offert (TVO)	6,7%	<5%

Plusieurs priorités de travail ont été définies à partir de ces indicateurs :

- Le taux d'ouverture de 50,6% signale une marge capacitaire pour faire augmenter l'activité du bloc, en étudiant la possibilité d'augmenter le temps de vacation offert (TVO).

<sup>16</sup> ANAP, « Guide des indicateurs. Outil d'analyse des blocs opératoires », 2016.



- Le taux d'occupation des vacances pour le programmé de 79,1%, le taux de fin précoce de 9,4%, et le taux inter-interventions de 6,7% indiquent que l'occupation des vacances et l'enchaînement du programme pourraient être optimisés au regard des cibles définies par l'ANAP, par un travail sur l'allocation des vacances et sur les durées prévisionnelles d'intervention par acte, ainsi que par un gain de fluidité dans l'enchaînement des interventions. Pour développer ce point, une analyse par spécialité est en cours.

Les indicateurs de performance du bloc opératoire révèlent donc un besoin d'optimisation des vacances et de fluidification des différents flux pour éviter la perte de temps, notamment sur des tâches à faible valeur ajoutée, et ajuster l'armement des salles en personnel en conséquence.

D'autres problématiques ont également été soulevées par les acteurs du bloc au cours de réunions (gouvernance, médecins et personnel non médical) : les retards au démarrage, le lien avec les services supports (pharmacie, stérilisation), ou encore les conditions de travail du personnel du bloc (stress, activité importante, absentéisme).

L'absentéisme est effectivement très fort au bloc. Il s'élève à 11% sur le pôle bloc – comprenant le bloc central, l'unité de chirurgie ambulatoire, le service d'anesthésie et l'unité douleur – contre 9,9% sur l'établissement en 2018. Il s'agit d'un des pôles les plus touchés par l'absentéisme, avec une hausse de 3,3% entre 2017 et 2018. La différence entre l'absentéisme du pôle bloc et celui de l'établissement s'explique principalement par les congés de longue maladie et les congés de longue durée (+156,1% en jours d'absence entre 2017 et 2018) et les accidents du travail, du trajet, et maladies professionnelles (+97% en jours d'absence entre 2017 et 2018), principalement sur le bloc. L'absentéisme en 2018 équivaut à 20,1 ETP. Son coût a progressé de 8% entre 2017 et 2018, avec une forte hausse des mensualités de remplacement (+45%). Si l'absentéisme ne s'explique pas uniquement par des causes internes, il est toutefois un marqueur des difficultés rencontrées par le personnel du bloc.

Le projet s'inscrit donc dans une réorganisation plus large du bloc, avec notamment un travail sur l'amplitude d'ouverture du bloc, l'attribution des vacances opératoires, les durées moyennes prévisionnelles des interventions, et l'ouverture des salles en décalé (une moitié à 8h, l'autre moitié à 8h30). Le projet « patient debout » participe ainsi à faciliter l'acheminement des patients et le déroulé fluide du programme opératoire tout au long de la journée.

## 2.2 Un projet porté par l'unité de chirurgie ambulatoire

### Méthodologie du projet

La cadre de santé de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) a initié la démarche du « patient debout » au centre hospitalier d'Avignon après avoir assisté à une présentation lors d'une formation. Dans la phase de réflexion préalable à la mise en œuvre, un petit groupe composé de la cadre de l'UCA, du chef de pôle adjoint et chef de service d'anesthésie, d'un anesthésiste, du cadre régulateur du bloc, d'une IDE de l'UCA et de moi-même s'est rendu au centre de lutte contre le cancer Léon Bérard à Lyon, afin de visiter l'unité de chirurgie ambulatoire, et découvrir l'accueil des patients opérés à J0 et le parcours des patients à pied jusqu'au bloc. Le centre Léon Bérard dispose d'une expérience de près de dix années, et l'accompagnement des patients à pied jusqu'au bloc opératoire, pour la très grande majorité d'entre eux, est désormais très ancré dans les pratiques. Les échanges avec différents professionnels (cadres, médecins, brancardiers...) ont permis de clarifier les différents enjeux de la mise en place du patient debout et de fixer un cap pour l'équipe d'Avignon.

À la suite de cette visite sur site, plusieurs entretiens téléphoniques avec des équipes d'autres centres hospitaliers ayant mis en place plus récemment le « patient debout » ont permis d'échanger avec des hôpitaux, qui pour certains étaient très avancés dans la démarche et pour d'autres en étaient au commencement. La cadre de l'UCA et moi-même avons ainsi étudié quelles modalités d'accompagnement à pied au bloc avaient été retenues dans d'autres établissements, quels résultats avaient été observés, et ce qui fonctionnait ou non selon les personnes interrogées. Ces retours d'expérience nous ont permis de déterminer des orientations à suivre et des points à éclaircir.

Ensuite, plusieurs rendez-vous avec les chirurgiens et les anesthésistes, et plusieurs réunions de travail avec les personnes du bloc et de l'UCA volontaires ont été menées pour présenter le « patient debout » et pour étudier et choisir les modalités précises de l'accompagnement à pied : tenues, aménagement du sas d'accueil du bloc, etc. Ces réunions ont permis d'associer différents professionnels (médecins, cadres, IBODE, IADE, AS, ASH) au projet, d'entendre leur point de vue et leurs idées sur la mise en place, et de retenir des orientations consensuelles.

Les porteurs du projet ont de plus rencontré l'équipe du service de lutte contre les infections nosocomiales (SLIN) afin de présenter l'accompagnement debout et de

convenir d'un parcours respectant les normes d'asepsie du bloc opératoire, validé par le praticien hygiéniste de l'établissement.

Une analyse des coûts estimés a également été réalisée avec la directrice des achats et de la logistique et une acheteuse, parallèlement à la réponse à un appel à projets de l'ARS Provence-Alpes-Côte-D'azur sur financement du fonds d'intervention régional (FIR). Le dossier de demande comportait une description détaillée du projet d'accompagnement du patient à pied au bloc et de mise en place d'alternatives aux prémédications médicamenteuses en vue de réduire l'anxiété préopératoire des patients, un calendrier, l'évaluation et les coûts associés, et l'engagement de la direction, de la commission médicale d'établissement, et du personnel du bloc opératoire et de l'UCA.

L'accompagnement du patient debout au bloc opératoire a d'abord été mis en place pour les patients de chirurgie ophtalmologique et de chirurgie de la main en décembre 2018, ce qui représente une dizaine de patients par jour. Il sera déployé sur l'ensemble des spécialités au second semestre 2019.

### Freins rencontrés au démarrage du projet

La mise en place du « patient debout » modifie des pratiques ancrées pour les professionnels et l'organisation hospitalière, et rencontre de facto des freins dans sa mise en œuvre, notamment des réticences de la part des acteurs impactés. Celles-ci sont résumées ci-dessous :

Acteurs concernés	Facteurs de blocage	Observations
<b>Patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Résistance au changement</li> <li>- Crainte de tomber</li> <li>- Stress intense</li> </ul>	<p>En pratique, ces craintes sont rarement observées chez les patients.</p> <p>Une IDE de l'UCA a demandé à une vingtaine de patients sur une journée s'ils accepteraient d'aller à pied au bloc si cela leur était proposé. Seuls 2 patients ont émis des réticences ; l'un d'eux a changé d'avis après qu'elle lui</p>

		ait expliqué plus précisément le principe de l'accompagnement à pied au bloc.
<b>Personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitudes et résistance au changement</li> <li>- Crainte de réduction de personnel de brancardage</li> <li>- Crainte d'une augmentation de la charge de travail pour le personnel du bloc</li> <li>- Croyance que le patient debout ne concerne qu'une minorité de patients</li> <li>- Crainte que les patients puissent être perturbés par la vision de l'intérieur du bloc, des patients intubés, ou des équipements</li> </ul>	
<b>Direction</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coût du projet : augmentation des consommables à usage unique (tenues, contenants pour les objets personnels), coût d'élimination des déchets, aménagement des espaces d'accueil et d'attente</li> </ul>	

Pour convaincre les différents personnels impliqués dans la prise en charge des patients opérés en ambulatoire, un important travail de communication sur l'intérêt du projet a été réalisé, notamment au bloc, au moyen de réunions, d'information par les cadres et de la réalisation d'une affiche (annexe 1). Les réunions de travail, ouvertes à tous, ont permis la concertation, pour concilier les besoins de chacun et lever les difficultés.

Le démarrage de l'accompagnement à pied au bloc pour les patients d'ophtalmologie et de chirurgie de la main dans un premier temps a permis de montrer aux équipes la faisabilité et l'intérêt de la démarche, notamment pour effectuer des rotations rapides dans les salles d'intervention où un grand nombre de patients est pris en charge dans un temps assez courts.

### **Evaluation du projet**

Plusieurs indicateurs ont été retenus pour suivre et évaluer la démarche après sa mise en place :

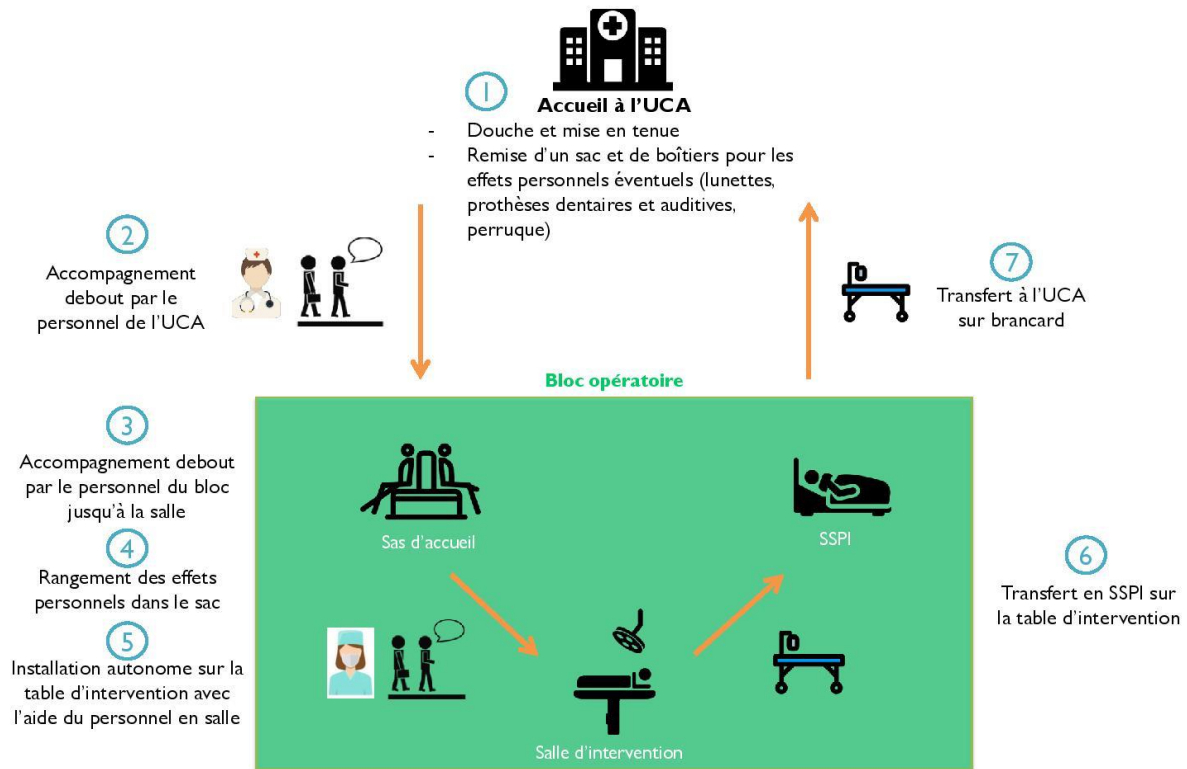
- Taux de satisfaction des patients ;
- Taux de satisfaction des agents ;
- Part des patients arrivant debout au bloc sur le total de patients opérés ;
- Nombre de spécialités concernées ;
- Nombre d'événements indésirables en lien avec la démarche « patient debout » ;
- Nombre de plaintes et réclamations en lien avec la démarche « patient debout ».

Le suivi quantitatif et qualitatif du projet permettra de réajuster les modalités de prise en charge et d'accompagnement des patients au regard des éventuels besoins exprimés.

### **2.3 Une approche suivant le parcours du patient opéré en ambulatoire**

La mise en place du patient debout invite à réétudier l'ensemble du parcours du patient opéré en ambulatoire. Différentes étapes du parcours ont ainsi été revues lors de ce projet.

## Le circuit du patient debout au bloc opératoire



Le patient est informé en amont de son admission sur l'accompagnement à pied jusqu'au bloc opératoire, en consultation de chirurgie, d'anesthésie et/ou lors de l'appel de la veille par un IDE de l'unité de chirurgie ambulatoire. L'interlocuteur – chirurgien, anesthésiste, IDE – propose au patient d'aller debout au bloc si ses capacités de mobilité le lui permettent. À ce stade, il convient de fiabiliser le processus d'éligibilité en définissant des critères précis et adaptés (par exemple, le patient se déplace-t-il en toute autonomie lors de sa venue en consultation ? Peut-il traverser un couloir seul ou avec l'aide d'un tiers ?), pour éviter les chutes. Le parcours à pied jusqu'au bloc est expliqué précisément au patient. Des flyers ou affiches d'information peuvent être proposés. Le patient peut refuser d'aller debout au bloc.

Dans les deux cas, il convient d'assurer la traçabilité du souhait du patient, qu'il accepte ou qu'il refuse, afin qu'il soit connu des équipes de l'unité de chirurgie ambulatoire et du bloc opératoire. Le mode d'acheminement du patient au bloc peut être renseigné dans le logiciel de programmation opératoire, et/ou dans le logiciel d'anesthésie, à condition que l'information soit visible pour tous les personnels participant à la prise en charge jusqu'à l'installation en salle d'opération. Elle doit également être visible dans le dossier médical du patient utilisé par l'unité de chirurgie ambulatoire. Il peut

donc y avoir un enjeu d'interopérabilité des systèmes d'informations, pour que cette information circule d'un logiciel à un autre.

## **1. L'accueil du patient à l'unité de chirurgie ambulatoire**

À l'arrivée du patient à l'UCA le jour de son intervention, il est de nouveau informé et son consentement à venir à pied au bloc est recueilli par le personnel de l'UCA, qui lui distribue une tenue pour le bloc et des contenants pour ses effets personnels.

La tenue du patient opéré doit être choisie avec attention pour concilier les impératifs d'hygiène du bloc, la dignité du patient et la praticité pour le patient et pour le personnel. En effet, la tenue doit être couvrante, adaptée en taille, et respecter l'intimité du patient. Elle doit être également permettre de se mouvoir facilement. Les chaussons sont antidérapants pour éviter les glissades. Une sur-blouse peut être proposée en hiver pour les patients ayant froid. La tenue du patient debout doit être discutée avec le personnel du bloc, car elle doit être adaptée selon le type d'intervention. Par exemple, l'utilisation d'un pantalon n'est pas adéquate et peut gêner les soignants pour une chirurgie digestive, gynécologique, ou du membre inférieur. Ainsi, plusieurs options ont été étudiées au centre hospitalier d'Avignon : chemise et slip à usage unique, ensemble tunique-pantalon à usage unique, ou encore chemise et pantalon en option. Pour respecter les protocoles d'hygiène, le patient debout porte une paire de chaussons antidérapants et une paire de sur-chaussures, qu'il ôte à l'entrée du bloc opératoire. À ce jour, le choix de la tenue n'a pas encore été arrêté, car des tests sont en cours pour déterminer la tenue la plus adaptée.

Le patient peut conserver jusqu'à l'entrée en salle d'intervention certains de ses effets personnels, qui contribuent à son autonomie et à sa dignité : les lunettes, les prothèses auditives, le dentier, ou encore la perruque. Pour ce faire, il se voit remettre à l'UCA ou dans le sas d'accueil du bloc des contenants pour ses effets personnels, sous la forme de boîtiers à usage unique. L'acheminement d'effets personnels jusqu'à la salle d'intervention, qui consiste à introduire au bloc opératoire des éléments extérieurs, doit de ce fait être validé par le service d'hygiène. Au centre hospitalier d'Avignon, il a été établi que l'explication du processus et la remise des contenants et d'un sac seraient réalisés par le personnel de l'UCA.

L'utilisation de prémédications visant à tranquilliser et à sédaté légèrement le patient avant l'arrivée au bloc n'est désormais plus recommandée et limitée à certains cas, notamment en cas de stress très important. Pour pouvoir se rendre à pied au bloc, le patient ne peut être prémédiqué au risque de limiter sa capacité à se déplacer de façon

autonome. Cependant, l'acte opératoire est très souvent générateur d'anxiété, c'est pourquoi des alternatives à la prémédication existent pour diminuer le stress lié à une opération, telles que la lumphothérapie, la musicothérapie ou encore l'hypnose, qui peuvent être proposées en préopératoire, voire en peropératoire pour certaines interventions sous anesthésie locale. Ainsi, pour réduire l'anxiété des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire, différentes méthodes de gestion du stress préopératoire pourront être mises en place au centre hospitalier d'Avignon :

- La diffusion de programmes de relaxation musicale, basés sur les principes de l'hypno-analgésie, au moyen de tablettes et casques, à l'unité de chirurgie ambulatoire ;
- L'utilisation de lunettes de lumphothérapie proposant des programmes associant stimulation lumineuse et relaxation par la voix, la musique et les sons, en pré, per et post-opératoire, à l'unité de chirurgie ambulatoire et au bloc opératoire.

La détection des patients anxieux, réalisée en consultation d'anesthésie, sera confirmée au cours de l'appel de la veille et à l'arrivée du patient en chirurgie ambulatoire, et les différents appareils pourront être proposés. Ces méthodes dites douces pourront ainsi compenser les prémédications anciennement administrées et participer au bien-être global des patients opérés en ambulatoire.

## **2. L'accompagnement du patient à pied jusqu'à l'entrée du bloc**

Une fois mis en tenue et muni de boîtiers et d'un sac pour ses éventuels effets personnels, et après avoir bénéficié s'il le souhaite de dispositifs non médicamenteux de réduction du stress préopératoire, le patient est accompagné par un membre du personnel de l'UCA jusqu'à l'entrée du bloc opératoire dédiée à l'ambulatoire. Il est alors pris en charge par l'aide-soignant d'accueil du bloc opératoire dans un sas d'accueil, qui doit être aménagé pour que le patient puisse attendre confortablement qu'on vienne le chercher pour le conduire dans la salle d'intervention. Le patient peut éventuellement échanger avec d'autres patients en attente d'être opérés. Au CHA, l'attente au bloc opératoire est généralement courte pour les patients d'ambulatoire, et n'excède pas 5 à 10 minutes. Un aménagement du sas d'accueil et d'attente d'ambulatoire est prévu, avec des chaises confortables, la diffusion d'un fonds sonore de musique apaisante, et éventuellement la vidéo-projection au mur d'images relaxantes de nature, afin de créer une atmosphère conviviale, douce et reposante.



### **3. L'accompagnement du patient à pied jusqu'à la salle d'intervention**

Le personnel des salles opératoires (IBODE, IADE, AS, anesthésiste ou chirurgien) vient à la rencontre du patient dans le sas d'accueil et l'accompagne à pied jusqu'à la salle d'intervention. Pendant la marche, le soignant peut échanger avec le patient et vérifier une nouvelle fois les éléments de la check-list opératoire (identité du patient, côté à opérer, contre-indications de dernière minute), offrant une meilleure confidentialité au patient que lorsque ces questions sont posées dans la salle d'attente, à proximité des autres patients. Discuter en marchant peut contribuer à réduire l'anxiété et également à attirer la concentration du patient sur le soignant plutôt que sur l'environnement du bloc, qui peut être facteur de stress.

### **4. Le rangement des effets personnels du patient à l'arrivée dans la salle d'intervention**

Une fois le patient arrivé dans la salle d'intervention, les effets personnels (lunettes, prothèses auditives, dentier, perruque) sont placés dans un sac qui lui a été remis à l'UCA en même temps que les boîtiers. Le sac contenant les effets personnels est fermé après remplissage et stocké à proximité du dossier médical papier du patient, puis déplacé en même temps que le dossier papier. Une étiquette du patient peut être apposée sur le sac pour faciliter l'identification des effets personnels. Le trajet du sac de la salle d'intervention à la SSPI puis à l'UCA doit faire l'objet d'une vigilance pour éviter la perte d'objets précieux pour le patient. Le patient pouvant conserver avec lui ses lunettes ou encore son appareil auditif est moins vulnérable et diminué dans ses capacités sensorielles, il est ainsi davantage autonome et digne jusqu'au « dernier moment » avant le début de l'intervention.

### **5. L'installation du patient sur la table d'intervention**

Le patient qui arrive debout dans la salle d'intervention peut s'installer de façon autonome sur la table d'intervention, avec l'aide du personnel en salle, ce qui réduit la manutention pour les soignants. Le patient conscient et actif participe toujours à sa check-list et peut confirmer le côté à opérer au moment de l'installation.

### **6. Le transfert en SSPI en fin d'intervention**

À la fin de l'intervention, le patient est transféré en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) sur la table d'intervention, puis on le déplace de la table à un

brancard de l'UCA. Les brancards de l'UCA sont acheminés en SSPI par l'équipe de l'UCA. Une dizaine est déposée peu après huit heures le matin, pour les premiers patients opérés, puis ils sont amenés au fil de l'eau pendant la journée.

## **7. Le retour à l'UCA**

Le retour de SSPI à l'unité de chirurgie ambulatoire se fait sur brancard, rien n'étant changé à ce stade. Une réflexion est cependant en cours pour un retour en fauteuil, lorsque cela est possible, par exemple pour les patients ayant reçu une anesthésie locale.

La transformation du parcours du patient opéré pour l'accompagner à pied au bloc mobilise ainsi de nombreux personnels, dans l'unité de chirurgie ambulatoire et dans le bloc : anesthésistes, chirurgiens, IDE, IBODE, IADE, AS. De nombreux enjeux d'organisation sont à revoir, c'est pourquoi le projet a nécessité des réunions avec des représentants de l'ensemble de ces personnels pour définir un parcours prenant en compte les impératifs du travail de chacun.

### **3 Les réflexions sur le parcours des patients opérés à l'hôpital conduisent à s'interroger sur la performance des organisations à tous les niveaux**

#### **3.1 Des facteurs limitants qui complexifient la mise en œuvre effective**

L'accompagnement du patient à pied au bloc opératoire soulève plusieurs enjeux et problématiques pouvant freiner sa mise en œuvre.

##### **Une modalité de prise en charge productrice de déchets**

L'accompagnement à pied au bloc nécessite une tenue adaptée au déplacement et respectant l'intimité du patient. Il n'est pas possible par exemple d'utiliser une chemise ouverte sur l'arrière, alors qu'elle peut être utilisée lors d'un déplacement en brancard. Par conséquent, la tenue doit être couvrante, mais aussi pratique pour la réalisation des gestes du personnel du bloc, en pouvant être retirée ou découpée facilement. Elle doit également respecter les protocoles d'hygiène du bloc, c'est pourquoi le patient doit changer de chaussons en entrant au bloc, ou porter une paire de surchaussures par-dessus les chaussons, qu'il retire à l'entrée du bloc, pour limiter les contaminants provenant du sol. Ainsi, ces différentes caractéristiques peuvent conduire à utiliser un matériel à usage unique, jetable, notamment pour les contenants des effets personnels, générant des déchets supplémentaires.

Cela soulève deux problématiques : d'une part, le traitement des déchets a un coût pour l'hôpital, d'autre part, la production de déchets supplémentaires va à l'encontre des principes du développement durable, dont certains établissements comme le centre hospitalier d'Avignon ont fait une politique institutionnelle. Le coût de gestion des déchets produits doit être étudié afin de juger de l'opportunité de retenir des tenues à usage unique. Les tenues peuvent être lavables, à condition qu'elles ne soient pas endommagées lors du passage au bloc (dans le cas de tuniques par exemple, les anesthésistes et IADE ont besoin d'un accès au thorax pour monitorer le patient et peuvent découper une tunique jetable pour simplifier cet accès, ce qui n'est pas possible si les tuniques sont réutilisables). Mais le choix des tenues doit répondre à des impératifs de praticité pour les personnels, sans quoi elles peuvent devenir des obstacles lors de la mise en œuvre et ne pas être utilisées.

Les contenants et sacs prévus pour ranger les effets personnels à l'entrée dans la salle de bloc peuvent être choisis selon des critères de développement durable, avec des matériaux recyclables ou biodégradables. Cependant, ces matériaux se révèlent souvent plus chers que le plastique, ce qui n'incite pas les établissements de santé à les acheter.

Le coût des déchets produits et la politique de développement durable de l'établissement sont des critères qui doivent être pris en compte dans le choix des tenues et contenants pour les patients. Cependant, d'autres critères comme le respect des protocoles d'hygiène du bloc, le respect de l'intimité des patients, et la praticité pour le personnel ne doivent pas être négligés.

### **La gestion simultanée des flux de patients debout, couchés et en fauteuil**

Bien que l'accompagnement du patient à pied au bloc opératoire ait vocation à se généraliser et à devenir le mode d'accompagnement au bloc principal, certains patients se rendront néanmoins au bloc en brancard ou en fauteuil, ce qui signifie que l'accompagnement en brancard et en fauteuil doit être pris en compte lors de la révision du mode de déplacement du patient vers le bloc.

La coexistence de plusieurs modes d'accompagnement au bloc peut être délicate à gérer pour les soignants. En effet, il faut pouvoir distinguer le mode d'accompagnement retenu pour chaque patient, en le retraçant sur informatique ou dans un dossier patient. La distinction peut également passer par un système plus visuel, par exemple avec l'utilisation de bracelets d'identité de couleurs différentes ou l'inscription d'une marque distinctive très visible sur le dossier du patient. Ces éléments doivent permettre aux agents de l'unité de chirurgie ambulatoire de savoir rapidement s'ils doivent accompagner le patient à pied, en fauteuil ou en brancard au bloc, sans avoir à rechercher cette information trop longtemps.

De plus, la redéfinition du parcours du patient vers le bloc doit prévoir la gestion des différents flux de patients de façon concomitante. Cela signifie notamment que l'aménagement d'espaces tels que le sas d'attente à l'entrée du bloc doit prévoir de la place pour le passage des brancards, mais aussi un espace pour l'attente des patients en brancard et en fauteuil. L'organisation de ces différents flux doit aussi composer avec le flux des urgences, qui représente 25 à 30% du programme réalisé au bloc opératoire, et pour lequel le mode d'accompagnement peut être mal défini du fait même de l'urgence.

Cette part importante de non programmé dans l'activité quotidienne du bloc opératoire peut rehausser la part de patients venant en brancard au bloc opératoire.

Cependant, après la mise en place du « patient debout » sur l'ensemble des spécialités chirurgicales, il apparaît qu'une majorité de patients peuvent se rendre à pied au bloc opératoire. Au centre de lutte contre le cancer Léon Bérard, à Lyon, plus de 95% des patients se rendent à pied au bloc opératoire. Une estimation de la proportion de patients éligibles au « patient debout » a été réalisée au centre hospitalier d'Avignon avec l'ensemble des patients passés à l'unité de chirurgie ambulatoire au cours d'une semaine (annexe 2), montrant que 93 % des patients pourraient se rendre à pied au bloc. Ainsi, malgré l'existence d'un flux restant de patients en brancard et en fauteuil à prendre en compte, une large majorité du flux de patients vers le bloc pourrait se faire à pied.

### **Faire face à la résistance au changement**

La résistance au changement est le principal enjeu à lever pour mettre en place l'accompagnement du patient debout. Comme le déplacement du patient en brancard au bloc est la norme depuis très longtemps, on n'imagine pas amener le patient autrement, et cela bouleverse les habitudes des soignants. En effet, les habitudes sécurisent les soignants, car elles leur donnent un cadre confortable, des réflexes pour agir dans les situations usuelles. Cependant, elles peuvent aboutir à des routines, à force de répétition. Il est alors difficile de changer une routine, car cela constitue une déstabilisation du cadre de travail des personnes concernées.

De plus, l'accompagnement à pied fait pénétrer le patient dans le bloc opératoire dans une position où il peut davantage observer le bloc et analyser ce qui s'y passe. Cela constitue en quelque sorte une « rupture de l'intimité d'acteurs dans une enceinte fermée »<sup>17</sup>, car les personnels du bloc voient les patients debout comme de potentiels observateurs, dans un lieu habituellement refermé sur lui-même, et ajustent leurs comportements. C'est ainsi qu'a été observé dans certains blocs un effet collatéral non anticipé lié au « patient debout » : les échanges entre professionnels, qui sont parfois tendus du fait des difficultés et du stress générés par les interventions, sont devenus plus apaisés, plus respectueux, ce qui a amélioré les relations entre les personnels du bloc opératoire.

---

<sup>17</sup> Support de présentation du Dr Hervé Rosay, « Le patient debout au bloc opératoire : Un malade acteur », Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard, Lyon, 2016, consulté le 14/02/2019 sur : [https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr\\_rosay\\_-\\_le\\_patient\\_debout\\_au\\_bloc\\_operatoire.pdf](https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr_rosay_-_le_patient_debout_au_bloc_operatoire.pdf)

Une étude a été conduite au CHU de Nice sur les perceptions des patients et des différents professionnels sur l'accompagnement du patient à pied, au moment du lancement du projet et à un an.<sup>18</sup> Les réticences au projet venaient principalement des professionnels, concernant notamment le manque d'information au début du projet – alors même que de nombreuses réunions et entretiens avaient été conduits pour informer l'ensemble des personnels concernés – ainsi que la crainte de perte des objets personnels et l'augmentation de la charge de travail des agents. Au bout d'un an, ces craintes ont été fortement réduites, les professionnels ne souhaitant pas de retour en arrière et approuvant majoritairement l'accompagnement à pied au bloc, notamment du fait de la personnalisation de l'accueil du patient. La totalité des brancardiers s'est déclarée satisfaite de la mise en place du « patient debout », du fait d'une diminution de la manutention, d'un gain de temps, d'un meilleur respect de l'intimité du patient, notamment au niveau de sa tenue, et du fait que cela rend le patient acteur dans la prise en charge.

L'étude montre par ailleurs un décalage important entre le vécu des patients et l'opinion des professionnels à ce sujet. En effet, si 98% des patients se sont déclarés satisfaits ou très satisfaits par l'accompagnement à pied, les professionnels ont jugé qu'il pouvait être anxiogène pour le patient (25% chez les IDE et les médecins), et que la traversée du bloc pouvait être dangereuse en raison de l'encombrement des couloirs (20%). Ils ont également soulevé de possibles difficultés logistiques avec un manque de brancards au retour du bloc. Ainsi, les professionnels ont supposé l'existence de craintes chez les patients qui n'ont pas été rencontrées en pratique. Les réticences exprimées en début de projet ont de plus été levées une fois que les professionnels ont mis en œuvre le projet.

La résistance au changement des professionnels peut donc avoir plusieurs raisons ; elle peut être liée à une résistance à l'innovation, vue comme mal maîtrisée ou comme superflue, ou liée à un manque de motivation ou d'implication. Il est donc nécessaire de se pencher sur celle-ci lors de la conduite d'un projet remettant en cause les habitudes. Plusieurs actions peuvent ainsi participer à lever les freins exprimés par les professionnels<sup>19</sup> :

- Tout d'abord, ce type de projet nécessite une approche par la co-construction entre les différents professionnels concernés : le personnel du bloc, celui de l'unité de chirurgie ambulatoire, les brancardiers, les médecins (chirurgiens et

---

<sup>18</sup> Lydie Levraut, Marc Raucoles, Sophie Laloum, Muriel Houée, « Le patient debout », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Volume 33, Supplément 2, Septembre 2014, p. A419, consulté le 26/07/2019 sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765814009654>

<sup>19</sup> Karem Slim, *Réhabilitation améliorée après chirurgie. RAC : la comprendre et la mettre en œuvre*, Elsevier Masson, 2018, 144 pages.

anesthésistes) et la direction. En faisant participer les différents acteurs de la prise en charge du patient opéré et en échangeant sur les perceptions, les contraintes et les besoins de chacun dans l'exercice de son métier, il est possible de trouver des solutions aux difficultés rencontrées et de retenir des modalités d'accompagnement du patient facilitant le travail des agents. De plus, l'implication des personnels concernés dans le projet facilite leur motivation et leur adhésion lors de la mise en œuvre.

- Il est également important de beaucoup informer et communiquer au personnel. D'une part, cela permet de convaincre des intérêts du projet pour chacun (patients rapidement prêts au bloc, réduction du brancardage, etc.) par rapport à la situation actuelle et de donner des clés de compréhension du projet à tous. Ainsi, on montre qu'on propose des améliorations concrètes par rapport au fonctionnement en cours. D'autre part, on limite la désinformation et les rumeurs, qui peuvent nuire au projet. Par exemple, du fait de la concomitance des projets « patient debout » et RAC en chirurgie thoracique au centre hospitalier d'Avignon, une confusion a été observée entre ces deux projets chez certains professionnels, qui pensaient que l'administration d'un jus de pomme au patient en SSPI s'inscrivait dans le projet « patient debout », alors qu'elle faisait partie du protocole de RAC. Les réticences liées à cette mesure ont donc été reportées par erreur sur le projet « patient debout ». Pour mieux communiquer, l'équipe projet a donc conduit plusieurs réunions d'information avec les différents professionnels, et réalisé une affiche d'information sur le projet et ses avantages pour les patients et les différents professionnels.
- Disposer d'appuis forts dans la conception puis dans la mise en œuvre de l'accompagnement à pied au bloc, de leaders convaincus du projet et perçus comme légitimes par les différents professionnels, contribue à faire reconnaître le projet en lui-même comme étant solide, sérieux et présentant un réel intérêt. Ces leaders peuvent avoir une force de persuasion auprès des autres professionnels, qui les estiment et reconnaissent leur action.

Également, la mise en œuvre peut être facilitée par le calendrier retenu :

- En démontrant par l'exemple l'intérêt du projet : une phase de test peut être prévue, sur une spécialité ou un type de prise en charge, afin que les professionnels constatent l'intérêt de la démarche « en vie réelle ». Par

exemple, le démarrage pour les patients de chirurgie ophtalmologique présentait un intérêt fort pour accélérer la rotation des patients, dans des vacations opératoires très remplies avec des opérations de très courte durée.

- En prévoyant une mise en œuvre par étapes : il peut être difficile de démarrer le « patient debout » sur l'ensemble des patients opérés, les différents secteurs ou blocs pouvant avoir des organisations différentes. Ainsi, le démarrage sur la chirurgie ambulatoire peut permettre de lancer le projet, avant un déploiement sur les patients en hospitalisation conventionnelle, pour lesquels le fonctionnement du brancardage peut être différent. De plus, au fil des étapes, les porteurs de projet peuvent suivre et évaluer régulièrement le dispositif, afin de mettre en avant les résultats obtenus et susciter l'intérêt des secteurs pour lesquels le « patient debout » n'a pas encore été mis en place.

La conduite du projet en lien étroit avec les personnels concernés est essentielle pour définir un parcours patient faisable et durable, et réussir la mise en œuvre effective, en améliorant la satisfaction des patients comme celle des professionnels.

### **3.2 L'extension de la démarche à l'hospitalisation conventionnelle**

Le projet « patient debout » est en cours de mise en place au centre hospitalier d'Avignon pour les patients de chirurgie ambulatoire, ce qui présente notamment un intérêt fort pour la gestion d'un flux de patients croissant au vu de l'évolution de l'activité. Mais l'accompagnement au bloc debout représente également un enjeu intéressant pour les patients en hospitalisation traditionnelle. En effet, le « patient debout » peut être mis en place dans tous types d'établissements et pour des chirurgies légères comme lourdes. En guise d'illustration, le centre de lutte contre le cancer Léon Bérard réalise uniquement de la chirurgie cancérologique, considérée comme lourde, et l'accompagnement debout concerne plus de 95% des patients opérés, en ambulatoire comme en hospitalisation traditionnelle.<sup>20</sup>

La mise en place pour les services d'hospitalisation conventionnelle comporte de nombreux intérêts pour le centre hospitalier d'Avignon :

---

<sup>20</sup> Support de présentation du Dr Hervé Rosay, « Le patient debout au bloc opératoire : Un malade acteur », Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard, Lyon, 2016, consulté le 14/02/2019 sur : [https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr\\_rosay\\_-\\_le\\_patient\\_debout\\_au\\_bloc\\_operatoire.pdf](https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr_rosay_-_le_patient_debout_au_bloc_operatoire.pdf)



- Facilitation des flux verticaux dans les tours d'hospitalisation : les services d'hospitalisation conventionnelle se trouvent dans les étages de la tour B, dédiée à la chirurgie, tandis que le bloc opératoire et l'unité de chirurgie ambulatoire se trouvent au 1<sup>er</sup> étage de cette même tour. Les patients hospitalisés sont ainsi acheminés en brancard par les ascenseurs dédiés au transport des patients. Avec l'accompagnement à pied au bloc, un brancardier peut accompagner plusieurs patients en même temps dans l'ascenseur vers le bloc, ce qui permettrait de diminuer l'attente devant les ascenseurs, et par conséquent les possibles retards et attentes liés au brancardage.
- Diminution de la manutention des patients, similaire à celle exposée pour les patients de chirurgie ambulatoire.
- Réduction des déplacements pour les brancardiers, qui peuvent accompagner plusieurs patients en même temps.

Cependant, l'extension du « patient debout » pose aussi un certain nombre de difficultés logistiques :

- Le choix du mode d'accompagnement : comment signaler aux brancardiers que le patient peut aller à pied au bloc ? L'information pourrait être indiquée dans le dossier patient informatisé, auquel cas l'équipe paramédicale informe le brancardier prenant en charge le patient qu'il peut aller à pied au bloc.
- La gestion des déplacements des brancardiers : comment organiser le déplacement de plusieurs patients simultanément ? Actuellement, les brancardiers sont contactés par téléphone pour amener les patients au bloc. Avec ce fonctionnement en « manuel », l'accompagnement de patients de plusieurs services dans le même temps est difficile à mettre en œuvre.
- La gestion du parc de brancards : après avoir conduit les patients à pied au bloc opératoire, les brancardiers doivent acheminer des brancards en salle de surveillance post-interventionnelle pour leur retour, ce qui nécessite d'anticiper les retours du bloc, de disposer de brancards non rattachés à un service en particulier, et de disposer de temps pour déplacer les brancards sans saturer les ascenseurs. Le flux des brancards doit donc être étudié au préalable.

La mise en place du « patient debout » conduit à repenser la fonction brancardage plus largement, notamment en hospitalisation conventionnelle. Le métier est transformé vers une fonction d'accompagnement – les brancardiers du centre Léon Bérard de Lyon ont d'ailleurs été renommés « équipiers » du fait de l'évolution de leur métier. La gestion de l'accompagnement des patients peut être facilitée par l'utilisation d'un logiciel de

gestion centralisée du brancardage, permettant notamment de faciliter l'appel des patients au bloc (par un simple clic), d'optimiser les déplacements des brancardiers en calculant des itinéraires pertinents et en intégrant l'accompagnement de plusieurs patients, et de suivre les déplacements des patients en temps réel. Cette gestion centralisée passe également par l'utilisation d'un parc de brancard lui aussi centralisé, c'est-à-dire non attaché à un service, pour en simplifier l'usage pour les brancardiers.

La mise en place du patient debout en hospitalisation conventionnelle pourrait également être simplifiée par une arrivée du patient à J0 de son intervention dans un lieu dédié, comme cela centralise l'accueil des patients opérés en un seul point, possiblement à proximité du bloc. Ainsi, les brancardiers du bloc opératoire n'effectueraient les trajets des patients vers le bloc que d'un lieu unique, et pourraient plus facilement accompagner plusieurs patients à la fois, même s'ils relèvent de spécialités différentes.

Ainsi, on observe que les impacts et les difficultés de mise en œuvre sont variables selon la configuration des locaux (distance, ascenseurs) et l'organisation du brancardage. Cependant, l'accompagnement du patient à pied au bloc opératoire conserve un intérêt fort pour les patients, et peut permettre une facilitation de l'acheminement des patients pour les personnels.

### **3.3 Un projet faisant écho au développement du concept d'expérience patient**

L'« expérience patient » est une démarche permettant de partir du point de vue du patient pour lui assurer un séjour répondant au mieux à ses attentes et à la qualité de sa prise en charge. Elle peut se définir comme « l'ensemble des interactions d'une organisation de santé avec un patient et ses proches susceptibles d'influencer leur perception tout au long de leur parcours de santé ».<sup>21</sup> Elle est influencée par les attitudes des intervenants, mais aussi par l'histoire et la culture des personnes accueillies. Il existe trois approches pour objectiver l'expérience patient : le récit des personnes, leur observation ou encore l'utilisation de données et d'indicateurs.

Cette démarche permet d'apprendre du patient et de ses ressentis, et nécessite une approche bienveillante et empathique, dans le but de faire évoluer les organisations et les pratiques au service du patient : « Chercher à voir à travers les yeux du patient

---

<sup>21</sup> Définition du Beryl Institute, citée dans : Cynthia Raymackers, Amah Kouevi, Jean-Guillaume Marquis, Lisa Payet, « L'expérience patient : Nouvelle clé de transformation des établissements ? », *Gestions hospitalières*, n° 582, janvier 2019, p. 38.

permet de collaborer avec lui et d'entreprendre des changements qui conduisent à de meilleurs résultats de santé et à une utilisation plus pertinente des ressources. »<sup>22</sup> Elle valorise donc le rôle des patients et de leurs proches dans la qualité et la sécurité des soins, et les fait participer à tous les niveaux de l'organisation, par exemple avec le patient traceur ou le recueil informatisé de la satisfaction des patients hospitalisés e-Satis.

Si la mise en place du patient debout n'entre pas dans une démarche institutionnelle globale et formalisée de développement de l'expérience patient, elle contribue à améliorer l'expérience patient des personnes prises en charge à l'unité de chirurgie ambulatoire, en cela qu'elle s'attache à renforcer l'autonomie et la dignité des patients opérés, à partir du constat observé par le personnel de l'UCA que certains patients vivent difficilement le fait d'être vus sans dentier ou perruque, n'apprécient pas les tenues pour aller au bloc qui ne sont pas assez couvrantes, et se sentent isolés du fait de la position couchée qui les oblige à regarder le plafond et qui ne facilite pas les échanges avec les personnes debout. L'encadrement de l'UCA a ensuite découvert au cours d'une formation l'accompagnement à pied au bloc et les retours très positifs des patients ayant bénéficié de ce mode de prise en charge, ce qui lui a paru répondre aux problématiques observées.

De plus, malgré l'arrêt des prémédications, le stress pré-opératoire est pris en compte par le développement d'alternatives « douces », dans le but de diminuer l'anxiété des patients et de rendre leur passage au bloc plus agréable. Les espaces d'accueil des patients au bloc sont repensés pour être plus accueillants et conviviaux. Ainsi, le ressenti des patients sur l'environnement du bloc est amélioré, et leur stress mieux pris en charge, favorisant ainsi leur confort et leur récupération.

---

<sup>22</sup> *Ibid*, p. 37.



## Conclusion

La mise en place de l'accompagnement du patient à pied au bloc opératoire est un projet a priori simple et uniquement logistique : les patients se rendent désormais à pied au bloc, au lieu d'y aller en brancard. En réalité, le lancement d'une telle démarche est plus complexe, car elle remet en cause une pratique ancienne et très ancrée, et elle a un impact sur l'ensemble du parcours, que ce soit l'accueil du patient, l'organisation du brancardage, les protocoles d'hygiène au bloc, les modalités de la prise en charge, ou encore le traitement du stress pré-opératoire.

Dans ce cadre, l'implication de l'ensemble des personnels impactés est essentielle, pour aboutir à un parcours du patient vers le bloc plus favorable au bien-être du patient, mais aussi adapté aux besoins des personnels qui le prennent en charge. C'est pourquoi la réflexion a associé les acteurs concernés au centre hospitalier d'Avignon, et une mise en œuvre progressive sur les différentes spécialités est en cours.

L'accompagnement à pied invite à s'intéresser à l'expérience vécue par le patient quand il se rend au bloc, et à rechercher une organisation de la prise en charge qui soit la plus favorable au patient possible. Plus encore, repenser les organisations du point de vue du patient permet en parallèle d'optimiser l'organisation du point de vue du personnel, de la logistique, de l'établissement. Cette réflexion conduit à s'interroger sur les raisons qui ont conduit à retenir une organisation en particulier, et à donner du sens à la prise en charge. L'étude des besoins et les attentes de chacun à chaque étape du parcours du patient permet ensuite de concilier l'ensemble en offrant au patient une prise en charge la plus respectueuse possible.

La prise en charge des patients opérés étant en constante évolution, les établissements de santé doivent ainsi améliorer continuellement l'accueil et la prise en charge des patients, pour répondre aux innovations, comme la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC), et être au plus près des attentes des usagers et des professionnels. Cette exigence envers les patients est d'autant plus forte que le passage au bloc opératoire pour une intervention est un moment clé de la prise en charge du patient en chirurgie et générateur de stress. L'accompagnement des patients dans cette étape permet de limiter les effets physiologiques et psychologiques de l'intervention et de participer à une meilleure récupération, tout en améliorant le confort global du patient.

Le patient n'est alors plus dans la position d'un malade privé de sa mobilité, mais davantage respecté dans son autonomie et sa dignité, en pleine possession de ses capacités sensorielles, locomotrices, mais aussi sociales, et en mesure d'échanger avec les soignants et les autres patients, dans une approche plus humaine et plus personnalisée. C'est dans cet objectif de proposer au patient un accueil et une prise en charge plus respectueux que l'ensemble des personnels hospitaliers peut se retrouver et se fédérer, autour de valeurs communes.

---

## Bibliographie

---

### Articles

Patrick Breack, « Comprendre et concevoir le bloc opératoire », *Techniques hospitalières*, janvier-février 2019, n° 774, p. 13-18.

Karem Slim, « Les programmes de réhabilitation améliorée s'imposent, en 2019, à toute équipe chirurgicale », *Techniques hospitalières*, janvier-février 2019, n° 774, p. 23-26.

Jean-Yves Jenny, « "La RAAC bouscule les habitudes des chirurgiens" », *Techniques hospitalières*, janvier-février 2019, n° 774, p. 27-28.

Cynthia Raymackers, Amah Kouevi, Jean-Guillaume Marquis, Lisa Payet, « L'expérience patient : Nouvelle clé de transformation des établissements ? », *Gestions hospitalières*, n° 582, janvier 2019, p. 37-43.

Patrick Giret, Sylvain Aoustin, Bertrand Debaene, Stéphane Michaud, Séverine Masson, « Une unité de chirurgie programmée de courte durée. L'optimisation du parcours patient », *Gestions hospitalières*, n° 582, janvier 2019, p. 54-56.

Valérie Moulins, Emilie Lebée-Thomas, « L'expérience patient du groupe Cleveland Clinics : Au cœur de l'excellence américaine », *Gestions hospitalières*, n° 582, janvier 2019, p. 57-59.

Bérengère Deforge, Gilles Duluc, Julie Garnon, François Mourey, Mihail Ott, « Le parcours "patient debout" : L'expérience de l'hôpital Saint-Louis », *Gestions hospitalières*, mars 2018, n° 574, p. 135-137.

« Buzyn fixe l'objectif de 70 % de la chirurgie réalisée en ambulatoire en 2022 », *Le Monde*, 5 octobre 2017, consulté le 26/07/2019 sur : [https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/10/05/buzyn-fixe-l-objectif-de-70-de-la-chirurgie-realisee-en-ambulatoire-en-2022\\_5196776\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/10/05/buzyn-fixe-l-objectif-de-70-de-la-chirurgie-realisee-en-ambulatoire-en-2022_5196776_1651302.html)

David Mendes, Annick Delpech, « Le concept du "patient starter" au centre hospitalier de Vienne », *Techniques hospitalières*, mars-avril 2017, n° 762, p. 61-62.

Samir Sharshar, Io Sharshar, Jean-Christophe Phelep, Alain Sommer, « Programmation et efficacité du bloc opératoire », *Gestions hospitalières*, mars 2017, n° 564, p. 156-165.

François Richard, Catherine Tardy, « Optimiser l'organisation des blocs opératoires : une priorité pour l'AP-HP », *Gestions hospitalières*, octobre 2016, n° 559, p.456-459.

Caroline Guignot, « Patient Debout : une approche logique et digne », *Actu Soins*, 10 août 2016, consulté le 14/02/2019 sur : <https://www.actusoins.com/278249/patient-debout%E2%80%AF-approche-logique-digne.html>

Anne-Lise Favier, « Debout, jusqu'au bloc opératoire ! », *Objectif Soins et Management*, septembre 2015, n°238, p.40-41.

Lydie Levraut, Marc Raucoules, Sophie Laloum, Muriel Houée, « Le patient debout », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Volume 33, Supplément 2, Septembre 2014, p. A419, consulté le 26/07/2019 sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765814009654>

Vannessa Fage-Moreel, Pascale Hirn, Adeline Jenner, « Optimisation pour une ambition. Gestion et réorganisation des blocs opératoires », *Gestions hospitalières*, novembre 2012, n° 520, p. 543-548.

Jonathan Krief, « L'organisation des blocs opératoires. La remise à plat des vacations : une opération clé », *Gestions hospitalières*, décembre 2009, n° 491, p. 617-621.

## **Ouvrages**

Karem Slim, *Réhabilitation améliorée après chirurgie. RAC : la comprendre et la mettre en œuvre*, Elsevier Masson, 2018, 144 pages.

Ruwen Ogien, *Mes Mille et une nuits. La maladie comme drame et comme comédie*, Editions Albin Michel, Paris, 2017, 251 pages.

## **Etudes, rapports et guides**

ANAP, « Mettre en œuvre la démarche « patient debout » au bloc opératoire », consulté le 14/02/2019 sur : <http://bloc-operatoire.anap.fr/publication/2138-mettre-en-oeuvre-la-demarche-patient-debout-au-bloc-operatoire>

ANAP, « Guide des indicateurs. Outil d'analyse des blocs opératoires », 2016.

Groupe francophone de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (GRACE), Manuel « Implémentation d'un programme de réhabilitation améliorée après chirurgie », 2016.

HAS et ANAP, « La chirurgie ambulatoire en 12 questions », Avril 2012, consulté le 26/07/2019 sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/la\\_chirurgie\\_ambulatoire\\_en\\_12\\_questions.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf)



## Mémoires

Raphaël Terrenoire (EDH), « Améliorer la performance du bloc opératoire par une utilisation efficiente des ressources disponibles : l'exemple du centre hospitalier intercommunal de Toulon-La-Seyne-sur-Mer », EHESP, octobre 2017.

Claire Charmet (EDH), « Développer l'activité chirurgicale d'un établissement public de santé : Analyse de situation et propositions pour le Centre hospitalier d'Avignon », EHESP, décembre 2008.

## Documents internes au centre hospitalier d'Avignon

Charte de fonctionnement du bloc opératoire du centre hospitalier d'Avignon.

Cartographie du processus de prise en charge du patient au bloc opératoire du centre hospitalier d'Avignon.

## Autres : supports de formation, ressources en ligne

MOOC « Réhabilitation améliorée après chirurgie », Université Aix-Marseille, France Université Numérique (FUN), mai-juin 2019.

Centre hospitalier de Douai, « Nouveau dispositif Patient Debout », 1<sup>er</sup> juin 2018, consulté le 25/07/2019 sur : <https://www.ch-douai.fr/notre-etablissement/actualites/L'activit%C3%A9%20m%C3%A9dicale/etre-un-patient-debout/>

Stéphane Chabanais, « La démarche "patient debout", Retour d'expérience ANAP et Centre Clinical Soyaux ELSAN, septembre 2017.

Support de présentation du Dr Hervé Rosay, « Le patient debout au bloc opératoire : Un malade acteur », Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard, Lyon, 2016, consulté le 14/02/2019 sur : [https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr\\_rosay\\_-\\_le\\_patient\\_debout\\_au\\_bloc\\_operatoire.pdf](https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr_rosay_-_le_patient_debout_au_bloc_operatoire.pdf)

France Assos santé, « L'Hôtel-patients : un sas pour l'hospitalisation ? », 29 juin 2016, consulté le 05/08/2019 sur : <https://www.france-assos-sante.org/2016/06/29/lhotel-patients-un-sas-pour-lhospitalisation/>



---

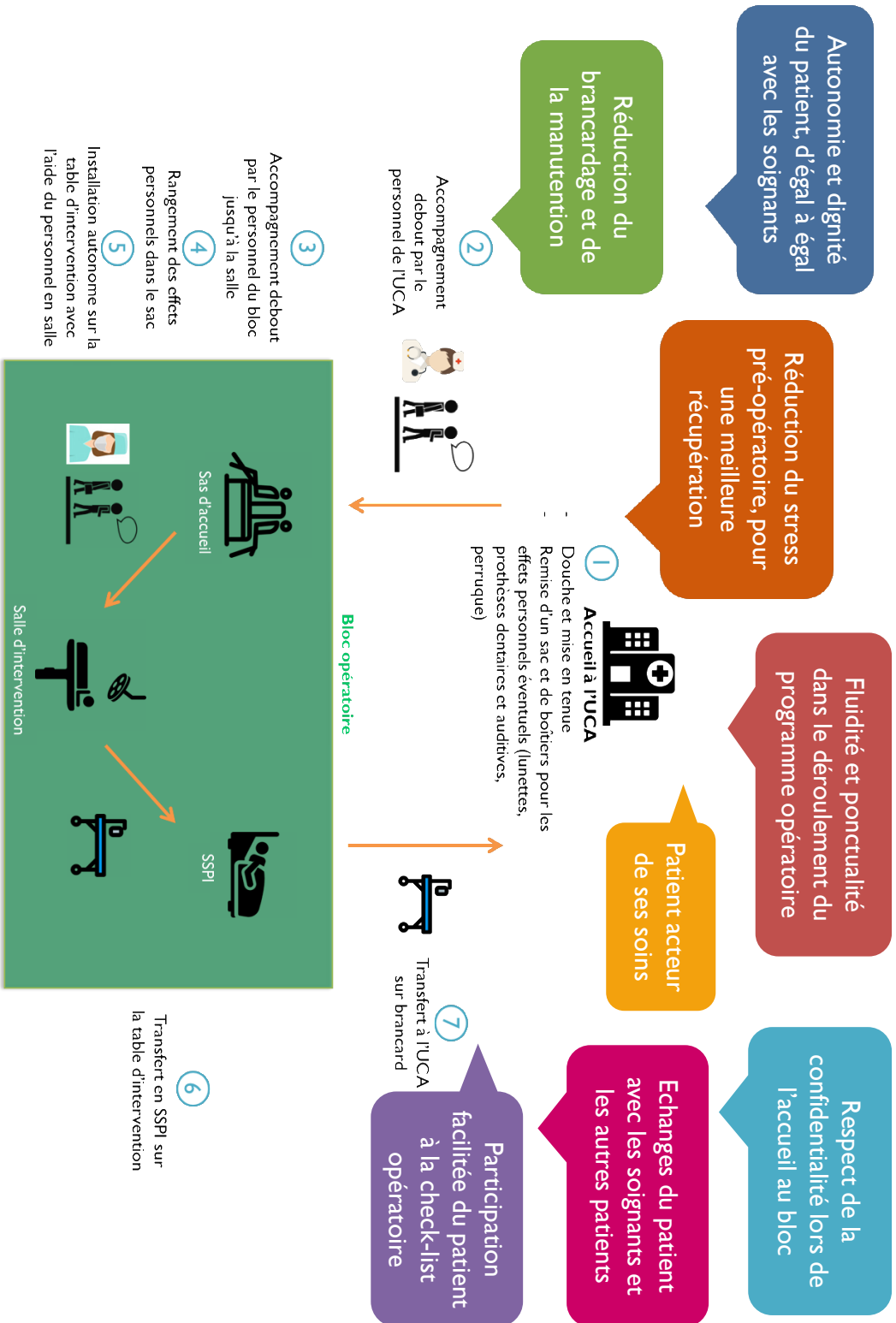
## Liste des annexes

---

1. Affiche de communication aux équipes sur le projet patient debout au centre hospitalier d'Avignon
2. Etude de la part estimée de patients éligibles à l'accompagnement à pied au bloc opératoire au centre hospitalier d'Avignon

# Annexe 1 : Affiche de communication aux équipes sur le projet patient debout au centre hospitalier d'Avignon

## Pourquoi amener le patient debout en salle d'intervention ?



## Annexe 2 : Etude de la part estimée de patients éligibles à l'accompagnement à pied au bloc opératoire en chirurgie ambulatoire au centre hospitalier d'Avignon

Etude réalisée sur une semaine d'activité par l'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA)

	Nombre de patients opérés en chirurgie ambulatoire	Nombre de patients éligibles au patient debout	Nombre de patients pouvant être accompagnés en fauteuil	Nombre de patients préférablement transportés en brancard au bloc
Lundi 19/08	17	16		1
Mardi 20/08	17	15		2
Mercredi 21/08	14	14		
Jeudi 22/08	16	14	1	1
Vendredi 23/08	19	18		1
<b>Total</b>	83	77	1	5
	100%	<b>92,8%</b>	1,2%	6,0%



LEFEBVRE

Victoire

Octobre 2019

## Directeur d'hôpital

Promotion 2018-2019

# LA MISE EN PLACE DU « PATIENT DEBOUT » AU BLOC OPERATOIRE DU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON : UN ENJEU ORGANISATIONNEL, DE SOINS ET D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

### **Résumé :**

Pour améliorer le bien-être du patient opéré et répondre à l'augmentation d'activité en chirurgie ambulatoire, le centre hospitalier d'Avignon a souhaité mettre en place l'accompagnement des patients de chirurgie ambulatoire à pied jusqu'au bloc.

Habituellement, le patient arrive par ses propres moyens à l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA), puis il est transporté par brancard. Pourtant, un patient valide est capable de marcher de l'UCA jusqu'au bloc, et même jusqu'à la salle d'intervention, pour s'installer lui-même sur la table d'intervention, avec l'aide du personnel du bloc. Il peut également conserver certains de ses effets personnels (lunettes, prothèses dentaires et auditives, perruque) jusqu'à l'entrée en salle d'intervention.

Le patient n'est alors plus dans la position d'un malade privé de sa mobilité, mais davantage respecté dans son autonomie et sa dignité, plus détendu, en pleine possession de ses capacités sensorielles, locomotrices, mais aussi sociales, et en mesure d'échanger avec les soignants et les autres patients, dans une approche plus humaine et plus personnalisée.

Cette approche présente également un intérêt pour le personnel prenant en charge le patient à pied, car elle réduit le brancardage et la manutention des patients, et permet de fluidifier le flux de patients vers le bloc.

Le projet « patient debout » offre ainsi l'opportunité de rechercher un parcours le plus adéquat possible aux attentes techniques de la chirurgie et de l'anesthésie, aux attentes des professionnels de santé et des patients, et articulé avec les exigences organisationnelles et contraintes des secteurs concernés, dans l'objectif d'améliorer l'accueil et les conditions de prise en charge du patient opéré.

### **Mots clés :**

Patient debout ; chirurgie ambulatoire ; bloc opératoire ; brancardage.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*