

# Accompagnement des patientes debout vers le bloc opératoire au CHU de Bordeaux

**Sanitaire**

Date de publication : 10 avril 2025

## Généralités

Objectif :

La prémédication anxiolytique systématique depuis les années 1980 est allée de pair avec un transport des patients en brancard vers le bloc opératoire. Récemment, plusieurs études ont remis en question cette prémédication médicamenteuse. Et l'accompagnement des patients en marchant vers le bloc opératoire a également montré une amélioration de l'anxiété préopératoire en comparaison à une prise en charge standard consistant à des anxiolytique et un transfert couché en brancard.

En complément de la diminution de l'anxiété préopératoire, d'autres bienfaits sont observés liés à ce nouveau mode de transfert, tant pour les patients que pour les soignants :

- Diminution des médicaments anxiolytiques et de leurs possibles effets secondaires
- Réhabilitation rapide
- Participation active, avec respect de l'autonomie de la patiente et une meilleure relation patient-soignant
- Diminution des manutentions pour les soignants, avec diminution du risque de lombalgies chroniques
- Amélioration des flux

En termes de développement durable, les bénéfices sont donc:

- moins de prescriptions médicamenteuses d'anxiolytiques
- moins de draps utilisés (car pas de brancard donc pas de draps associés)
- amélioration du bien être du patient et du bien être professionnel.

La patiente est prise en charge en ambulatoire le jour de son intervention. Sous réserve de son accord, le transfert vers le bloc opératoire s'effectue à pied, accompagnée par un brancardier. Elle conserve, si nécessaire, ses dispositifs médicaux personnels (lunettes, appareil auditif) ainsi que son dossier médical. Une perfusion est mise en place en amont, via un cathéter obturé, afin de ne pas entraver sa mobilité.

À son arrivée dans le SAS d'accueil du bloc opératoire, un espace d'attente confortable a été aménagé, avec des fauteuils et un coin lecture, afin de garantir les meilleures conditions d'accueil.

Le moment venu, la patiente rejoint la salle d'opération à pied, accompagnée. Le cathéter est alors raccordé à la tubulure de perfusion. À l'issue de l'intervention, elle est transférée sur sa table d'opération en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

Pour les interventions légères (orthogénie, ponction d'ovocytes), et dès lors que la patiente remplit les critères de retour vers le service, un retour en marchant est également proposé. Les équipes soignantes s'assurent de l'absence de douleur en position debout et procèdent à une mesure de la tension artérielle. Si ces critères sont remplis et que la patiente donne son accord – ce qui est le cas dans 83 % des situations –, le transfert est réalisé à pied avec l'accompagnement d'un brancardier. En cas de besoin, un fauteuil roulant ou un brancard est utilisé.

Etapes de mise en oeuvre

Plusieurs réunions multidisciplinaires ont été nécessaires pour représenter les médecins anesthésistes, les chirurgiens, les infirmiers des services d'hospitalisation, ceux du bloc opératoire et ceux de salle de réveil, ainsi que les brancardiers. Ces réunions ont permis de définir la tenue des futures opérées, le parcours des fauteuils nécessaires au cas où, et les brancards nécessaires en salle de réveil.

Le projet a nécessité l'achat de deux brancards qui sont laissés en permanence en salle de réveil alors que les brancards étaient ceux de l'équipe de brancardier avant ce changement.

## Essaimage

### Les principaux leviers

- Acceptation des équipes
- Circuit des brancards/fauteuils à prévoir le cas échéant

### Les principaux freins

## Contact

Une question ? Besoin d'informations ? Contacter l'établissement :

marion.griton@chu-bordeaux.fr

## L'établissement

**Date de mise en œuvre : 22 mars 2024**

**Durée du projet : 3 mois**

**CHU BORDEAUX 33000**

**Type de structure :** Sanitaire / Public

**Obligation réglementaire :** Non

**Déclenchement**
Le déclencheur de cette bonne pratique a été: - La volonté d'amélioration du bien être des patientes - L'élaboration de la première phase d'un projet de récupération améliorée après la chirurgie.

## La mise en oeuvre

**Facilité de mise en oeuvre**

8/10

**Remplace une pratique existante**

## Les impacts

**Sur l'environnement :** Impacts positifs

Moins d'anxiolytiques; moins de draps utilisés.

**Sur les professionnels :** Impacts positifs

Moins de risques professionnels (risque de lombalgies), meilleure relation avec la patiente qui est debout à côté de nous.

**Sur les usagers :** Impacts positifs

Satisfaction des patientes dans 95% des cas.

**Sur l'organisation :** Impacts positifs

Moins de temps de brancardage, moins de retards au bloc opératoire.

**Sur le médico-économique :** Pas d'impacts

## Les ressources

**Temps**

A considérer

**Personnel (équipe projet, déploiement...)**

Peu

**Des compétences en interne**

Peu

**Des compétences externes (prestations externes)**

Peu

**Des équipements, du matériel**

A considérer

**Des financements (internes et externes)**

Suivant l'organisation en place

A considérer

**Parties prenantes associées**

- [ ] Direction
- [ ] Administration
- [ ] Services techniques
- [x] Professionnels
- [ ] Bénéficiaires
- [ ] Tutelles

**Conditions de succès**

**Projet inscrit dans la politique de l'établissement**

Projet de récupération améliorée après la chirurgie