

SYMPOSIUM[π] SOIN

La verticalité pour valoriser l'humain : *à hauteur des yeux !*

Expérience en EMS / Expérience au bloc opératoire



Joao Kangui, auxiliaire de santé, **Shirley Villard-Saugy**, ICCUS, **Laetitia Bugnon**, ASSC,
Benoît Ferrand, infirmier instrum., **Orlando Antunes Da Cruz**, infirmier anesth.

Humanitude®

Articulation du projet sur 4 dimensions

Un cadre significatif : une philosophie de soin, de lien avec, **4 piliers** :

- 1) La parole
- 2) Le regard
- 3) Le toucher
- 4) **La verticalité**

Des outils cliniques :

- La capture sensorielle
- Manutention relationnelle
- Toucher tendresse
- Toilette évaluative

Des connaissances :

- Anatomie
- Physiologie
- Neurosciences

Des valeurs : 5 principes

1. Zéro soin de force, sans abandon de soin
2. Respect de l'intimité et de la singularité
3. **Vivre et mourir debout**
4. Ouverture vers l'extérieur
5. Lieu de vie, lieu d'envie

Verticalité en Humanitude®

Prendre soin debout en EMS !

- ▶ La majorité des personnes en EMS peuvent être accompagnées debout.
- ▶ La majorité des accompagnements peuvent être réalisées debout ou assis/debout.

Au moins **20 minutes par jour** de verticalisation → pour éviter la **grabatisation**

EMS : Motivations / Freins

Freins	Motivations
Représentations des professionnels et des familles	Accompagnement de partenariat « faire avec »
Crainte du risque de chute	Facilité pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) du reste de la journée
Crainte « de faire mal »	
Evaluation erronée de la capacité des résidents « faire à la place »	
Perte de temps	

Parcours : L'accueil

EMS

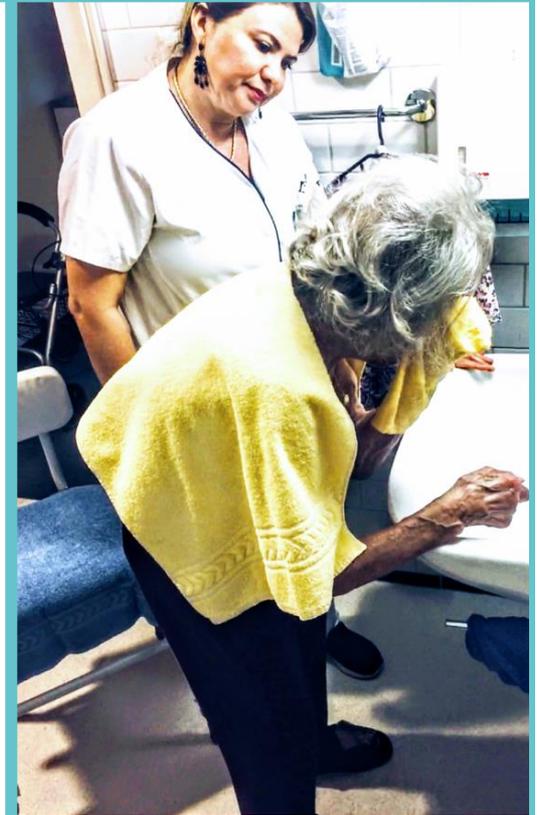
- ▶ Evaluation
- ▶ Proposition
- ▶ Acceptation



Parcours : L'accompagnement

EMS

- ▶ Etre debout
- ▶ Verticalité
- ▶ Partenariat
- ▶ Communication
- ▶ Accompagnement



Parcours : La satisfaction

EMS

- ▶ Patient / Résident
- ▶ Soignants
- ▶ Familles



1ers résultats : EMS (observations)

Impacts positifs :

- ▶ Evite la « grabatisation »

(Actuellement une seule personne considérée comme grabataire en EMS)

- ▶ Diminution des escarres

- ▶ Diminution des états anxieux

1ers résultats : EMS (observations)

Avantages :

- ▶ Facilite la communication
- ▶ Facilite l'alimentation & l'hydratation

Plus values :

- ▶ Les résidents souhaitent à nouveau marcher
- ▶ Communication « face à face », entre Humains



**Extension du projet
à l'hôpital :**

Acheminement des
patients debout au
bloc opératoire

Verticalité & besoins des patients

Unité d'hospitalisation, observations :

- ▶ **L'autonomie** ... sont de réels besoins pour les patients !
- ▶ **La participation active aux soins**

Les témoignages reçus concernant les prises en charge de chirurgie ambulatoire relatent de façon grandissante un besoin d'être vu comme **une personne** plutôt qu'un « malade ». D'autant plus, en ophtalmologie où les patients sont souvent en bonne santé.

Les concepts de verticalité dans les soins ont donc été assez rapidement vus comme une possibilité d'améliorer la **satisfaction des patients**.

Si les conditions de sécurité le permettent, pourquoi ne pas offrir un accompagnement thérapeutique différent ? même si cela implique de bousculer les habitudes et de casser les codes hospitaliers !

Patient debout au bloc opératoire



Env. **70%** des patients opérés à l'hôpital ophtalmique !

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Patients volontaires (sur proposition)	Refus du patient
Patients sans OM spécifiques (position)	Patient très âgé (à évaluer)
Patients stables, interventions simples	Patients complexes (complications, ...)
Patients sans troubles de la mobilité et sans handicaps pouvant impacter la sécurité	Patient à mobilité réduite, handicaps, algies et/ou troubles cognitifs pouvant impacter la sécurité
Patients non prémédiqués	Prémédication (anxiolytique et/ou sédatif)
	Patient « trachéotomisé »
	Multiples équipements (perfusions)

Transposition des concepts de verticalité au bloc opératoire



- ▶ Verticalité au bloc opératoire
- ▶ Le patient debout

Définition ?
Implication ?
Adaptation ?

Patient debout au bloc opératoire

↑ **Sécurité des patients** : les patients sont alertes, peuvent répondre aux questions, participer de façon active à leur prise en charge, ils sont également capables de signaler des erreurs ou de l'inconfort à tout instant.

↑ **Humanité dans les soins** : favorise les échanges soigné-soignant, signifie l'importance et la place du patient dans la relation, horizontalité des regards, retour à des relations « plus naturelles » générant moins de déséquilibre et donc moins de stress.

↑ **Dignité** : le port des orthèses juste à la table d'intervention, favorisation de l'autonomie, respect et importance des choix des patients.

Patient debout au bloc opératoire

Notre expérience

Patients prévus pour des injections intra-vitréennes : les patients ont la possibilité de marcher jusqu'à la table d'intervention.

Principaux constats ?

- ▶ Satisfaction d'un véritable besoin pour de nombreux patients
- ▶ Bénéfices du contact à hauteur des yeux
- ▶ Accueil plus personnalisé et spontané
- ▶ Ambiance plus détendue / démystification du bloc opératoire
- ▶ Diminution d'anxiété

Il existe de multiples moyens d'améliorer la qualité des soins.

↑ **relation** et **d'humanisation des soins** et ↓ de médication et de mécanisation des soins.



Patient debout au bloc opératoire

Bénéfices patients

- Moins de prémédication
- Renforcement de la sécurité des soins
- Patients davantage acteurs de leur prise en charge
- Humanisation des soins
- Philosophie du lien, soutien, accompagnement
- Diminution de l'angoisse grâce à la mobilité et la visualisation de l'environnement
- Ramener la perception du patient et celle du soignant sur un pied d'égalité !

Bénéfices soignants

- Diminution de la manipulation des lits/fauteuils (pénibilité physique, accidents)
- Harmonisation et simplification des pratiques
- Humanisation des rapports soignants-soignés (sens donné à la relation)
- Développement des compétences d'accompagnement et de gestion du stress



Bénéfices institution

- Efficience du flux patient (organisation, logistique)
- Meilleure gestion du temps (réduction attente, fluidité)
- Diminution des coûts (- médicaments, temps surv.)
- Nouvelle dynamique institutionnelle
- Augmentation de la qualité des soins

Patient debout au bloc opératoire

Pièges à éviter ?

- ▶ Ne pas promouvoir le concept « patient debout » comme un effet de mode !
- ▶ Les patients, les soignants ainsi que l'institution doivent être convaincus.
- ▶ Préparer la transition avec l'ensemble des acteurs.
- ▶ Gérer les processus de changement impactant la culture professionnelle.
- ▶ Evaluer périodiquement la satisfaction des patients et des collaborateurs.

*Avancer pas à pas ...
Capitaliser sur les acquis !!*

*Instaurer une dynamique positive ...
... écouter encourager, valoriser ...*



Verticalité

2 sites : 2 projets

1 Fondation

1 Orientation

CHANGEMENT DE PARADIGME

Conclusion

Evolution des soins

« Faire pour »



« Agir avec »



« Etre avec »

Bibliographie

- ▶ Besson G. (2010). L'accueil au bloc opératoire : dix secondes, quatre phases. *Interbloc*, 29, 197-8.
- ▶ Biddiss, E., Knibbe, T. J., McPherson, A. (2014). The Effectiveness of Interventions Aimed at Reducing Anxiety in Health Care Waiting Spaces : A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Trials. *Anesthesia & Analgesia*, 119 (2), 433–448.
- ▶ Buleon C. (Octobre 2017). *Concept du patient debout au bloc opératoire*. Communication présentée à Paris. CHU Caen.
- ▶ Girard C. (2015). *Le patient debout au bloc opératoire*. Communication présentée à Lyon. Centre Léon Berard.
- ▶ Institut Gineste-Marescotti. *Humanitude : La méthodologie des soins Gineste-Marescotti*.
- ▶ Gineste, Y., Pellissier, J. (2007). *Humanitude*. Nouvelle Edition : Armand Colin.
- ▶ Humphrey, J.A., Johnson, S. L., Patel, S., Malik, M., Willis-Owen, C., Bendall, S. (2015). Patients' preferred mode of travel to the orthopaedic theatre. *World journal of orthopedics* (6), 360-2.
- ▶ Maharjan S. B., Shah S., Dahal R., Gurung R., Shah J. N. (2018). Elective surgery patients walk to operating room instead of wheeled in on trolley : patient centered care. *Journal of Patan Academy of Health Sciences*, 5 (1), 35-39.
- ▶ Messiant, F. (2016). J'arrive à pied au bloc opératoire. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 20 (6), 295-299.
- ▶ Nagraj, S., Clark, C. I., Talbot, J., & Walker, S. (2006). Which Patients would Prefer to Walk to Theatre ?. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 88(2), 172–173.
- ▶ Parrouffe M. L., Guyader J-M, Hayi-Slayman D., Prothet J., Le Goff C., Bouffard Y, Christin F., Rimmelé T. (2015.) Venir à pied au bloc opératoire : les patients sont satisfaits et plus sereins. *Anesthésie & Réanimation*, 1 (1), 357-358.
- ▶ Rosay H. (2016). *Le patient debout au bloc opératoire : Un malade acteur*. Centre Léon Berard Lyon. Communication présentée au prix de l'innovation 2016, Rhône-Alpes, France.
- ▶ Voedts S., Etienne V., Khalil N., Boufflers E., Hamdani A., Leroux-Bromberg N., Ahmeidi A., Delbrouck D., Desmaretz J-L, Marx P., Tresch-Bruneel E., Lefebvre-Kuntz D. (2015). Aller au bloc opératoire en marchant, une pratique innovante à généraliser ?. *Anesthésie & Réanimation*, 1 (1), 357-358.

