



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Ecole Régionale d'Infirmiers de Bloc Opérateur

C.H.U Nancy

LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT OBESE AU BLOC OPERATOIRE HORS CHIRURGIE BARIATRIQUE



Exposition «Fix » de Mou Baiyan à Kassel octobre 2012

Remerciements

Je remercie ma guidante Madame LANGARD Thérèse d'avoir accepté d'encadrer ma recherche et de m'avoir guidée dans la conduite de ce travail. Je la remercie également pour son soutien et sa disponibilité.

Je remercie les patientes rencontrées en table ronde et en entretien individuel d'avoir accepté de répondre à mes questions et ce en toute sincérité.

Je remercie les personnels des différents blocs opératoires d'avoir pris un peu de temps pour répondre à mes questionnaires.

Je remercie mes parents, mon mari, mes enfants et mes amies Céline et Christelle pour leur soutien, leur écoute, leur aide.

SOMMAIRE

I INTRODUCTION	1
II PROBLEMATIQUE	1
III MODELE D'ANALYSE	3
1. Cadre théorique	3
2. Cadre conceptuel	8
3. Cadre d'analyse	15
4. Hypothèses spécifiques	16
5. Indicateurs pertinents choisis	17
IV METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	17
1. Les participants	17
2. Le matériel.....	18
3. Le déroulement de la collecte.....	19
V L'ANALYSE DES RESULTATS	20
1. L'échantillon	20
2. La méthode d'analyse.....	20
3. Taux de réponse	20
4. Les résultats.....	20
VI INTERPRETATION DES RESULTATS	27
1. Critique des résultats	27
2. Discussion des résultats.....	28
3. Conclusion sur l'hypothèse principale	28
4. Conclusion sur les hypothèses spécifiques	28
5. Mise en relation des résultats avec la recherche exploratoire	29
6. Portée des résultats	30
7. Limites des résultats	30
VII CONCLUSION	30
VIII BIBLIOGRAPHIE	32
IX ANNEXES	34
ANNEXE 1 : Circulaire D.H.O.S/E 4 2005-82 du 11 février 2005 relative à la création de pôles interrégionaux spécialisés dans l'accueil des personnes obèses.....	35
ANNEXE 2 : Rapport BERLAND 2003 : « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétence ».....	40

ANNEXE 3 : Loi H.P.S.T n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, aux territoires.....	43
Article L 6144-1	
Article L 6111-2	
ANNEXE 4 : Le questionnaire.....	45

I INTRODUCTION

Le choix du sujet de ce travail est lié à des difficultés de prise en charge du patient obèse au bloc opératoire que j'ai rencontré au cours de mon exercice professionnel. Je me suis sentie démunie, impuissante, déçue et en colère ce qui a engendré la question suivante :

- Pourquoi la prise en charge de l'obèse au bloc opératoire est-elle insuffisante, approximative ?

Au vu des études nationales sur l'évolution de l'obésité, nous serons amenés de plus en plus à prendre en charge des personnes obèses au bloc opératoire.

Les objectifs de cette recherche sont de répondre à mes propres interrogations, d'améliorer mes connaissances sur le sujet, reconnaître les causes d'une prise en charge aléatoire afin de mettre en place des actions correctives ou d'amélioration pour proposer des soins de qualité dans le respect de la gestion des risques.

Le type de cette recherche est quantitatif.

Ce travail de recherche consiste à étudier les connaissances des agents du bloc opératoire, les équipements et l'organisation de celui-ci par le biais d'une méthode descriptive dont l'outil est le questionnaire, en m'appuyant sur la question de départ : « comment peut-on améliorer la prise en charge de la personne obèse au bloc opératoire hors chirurgie bariatrique ? »

Les résultats de cette enquête permettront de valider ou non mes hypothèses.

II PROBLEMATIQUE

Le thème général de cette recherche porte sur la prise en charge de la personne obèse au bloc opératoire hors chirurgie bariatrique.

Mes premières lectures m'ont permis de découvrir des articles parlant de la prise en charge de la personne obèse au bloc opératoire traitée par des médecins anesthésistes. J'ai donc lu des articles de l'encyclopédie médico-chirurgicale comme « Anesthésie chez le patient obèse »¹, « Prise en charge péri-opératoire du patient obèse »² ou encore « Environnement et positionnement du patient obèse au bloc opératoire »³. Ces articles traitent de l'augmentation de l'obésité, des comorbidités inhérentes à la

¹ HABERER J-P. *Anesthésie chez le patient obèse*. EMC Endocrinologie-Nutrition, 10-506-I-10, 2010

² GOUBAUX B, BRUDER N, RAUCOULES-AIME M. *Prise en charge péri opératoire du patient obèse*. EMC Anesthésie Réanimation, 36-650-C-10

³ BAZIN J.E, FUTIER E. *Environnement et positionnement du patient obèse au bloc opératoire*. MAPAR (Mise Au Point en Anesthésie et Réanimation. 2009

pathologie, des précautions et des risques liés à celle-ci. Ils parlent également des positions à éviter ou au contraire à privilégier lors des installations et sur quels points de surveillance il faut insister. Si nos collègues anesthésistes semblent s'être intéressés au sujet et être très au clair, les sujets traités par la confrérie infirmiers de bloc opératoire constituent un vide. Si l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) parle du problème de Santé Publique que représente l'obésité et que cette maladie, quand elle s'est installée est difficile à traiter, les enquêtes Obépi⁴ réalisées tous les 3 ans font une étude épidémiologique Nationale sur le surpoids et l'obésité. Les articles en matière de prise en charge infirmière péri-opératoire sont rares. J'ai trouvé un seul article parlant du sujet, intitulé : « La prise en charge de l'obésité au bloc opératoire »⁵. Cet article a été écrit par une I.B.O.D.E⁶ travaillant à Mulhouse. Il explique qu'en dehors des blocs qui sont dédiés à la chirurgie bariatrique, la prise en charge du patient obèse reste encore trop aléatoire et négligée. La non maîtrise de la connaissance de la pathologie, de ses risques et des précautions à prendre peuvent entraîner des conséquences très préjudiciables pour le patient ainsi que pour les professionnels et l'établissement. Etant donné que ce seul article en la matière ne me suffisait pas, j'ai donc continué mes recherches et je me suis tournée vers mes collègues I.B.O.D.E rencontrés au cours de mes différents stages. En 2012 le constat reste le même : nous restons démunis face à la personne obèse quand le bloc opératoire ne pratique pas la chirurgie de l'obèse.

J'ai donc continué mes recherches exploratoires. J'ai observé avec plus d'attention la Circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S) de 2005⁷ relative à la création de pôles interrégionaux spécialisés dans l'accueil des personnes obèses, il y a eu création de 8 pôles.

Sept ans après, on constate que d'autres centres ne sont pas dotés de moyens pour prendre en charge la personne obèse malgré les recommandations de l'instruction : « *Néanmoins, étant donné la prévalence de cette pathologie, tous les départements devront, à moyen terme, pouvoir prendre en charge les patients obèses dans les meilleures conditions pour le patient mais également pour le personnel hospitalier* ».

D'où mon interrogation :

- Quels sont les freins à la mise en place de ces moyens ?

Par cette problématique, ma question de départ se transforme en une question de recherche ainsi formulée : **Comment peut-on améliorer la prise en charge de la personne obèse au bloc opératoire hors chirurgie bariatrique ?**

Une méthode déductive m'a permis de poser comme hypothèse principale que les pratiques au bloc opératoire, lors de la prise en charge d'un patient obèse ne respectent pas les critères de qualité et de gestion des risques énoncés dans la

⁴ Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité réalisée par l'INSERM, TNS HEALTHCARE et le laboratoire ROCHE

⁵ MATHIEU S. *La prise en charge de l'obésité au bloc opératoire*. Interbloc tome XXVII, n°1, mars 2008

⁶ Infirmière de Bloc Opératoire diplômée d'Etat

⁷ Annexe 1

littérature médico-chirurgicale, dans le cadre juridique ainsi que dans le cadre de la réglementation des différentes autorités.

Des questionnaires distribués dans différents blocs opératoires spécialisés et pluridisciplinaires me permettront de confirmer ou non l'hypothèse formulée ci-dessus.

III MODELE D'ANALYSE

1 - CADRE THEORIQUE

« L'obésité une maladie à part entière », voici le titre d'un article du journal « Le Point » publié en janvier 2010.

L'obésité, problème de santé publique, est en constante augmentation. Elle est décrite comme un phénomène épidémique touchant la population française et mondiale. Selon l'enquête Obépi réalisée en 2009 (prochaine enquête 2012), il y aurait une aggravation de la prévalence de l'obésité dans la société française avec 14,5 pour cent des français qui seraient obèses (IMC > 30 kg/m²) contre 13,1 pour cent en 2006 (enquête réalisée tous les 3 ans ayant débutée en 1997). Les résultats de l'enquête 2012 ne sont pas encore publiés à ce jour. La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. L'augmentation de l'obésité est particulièrement importante dans la tranche d'âge des 25-34 ans (+19,5 pour cent). Toutes les catégories socio-professionnelles sont touchées par cette augmentation (à vitesse inégale) et ce quelle que soit la catégorie d'agglomération (rurale ou urbaine). En ce qui concerne les régions, certaines sont plus touchées que d'autres : le Nord avec la plus forte prévalence (20,5 pour cent), **puis l'Est (17 pour cent)** et le Bassin Parisien (16,6 pour cent). Ce sont également les régions qui ont subi la plus forte évolution entre 1997 et 2009.

Pour conclure, la taille de la population française a augmenté de ½ cm en 12 ans, son poids de plus de 3 kilogrammes et son tour de taille de 5 centimètres et ce quel que soit l'âge, le sexe, la région, la profession et le niveau d'éducation.

a) rappel historique

On parle beaucoup ces dernières années de l'obésité mais Hippocrate en faisait déjà référence 4 siècles avant J-C, où il l'associe avec un risque de mort subite.

Plus tard, au 2^{ème} siècle, Gallien emploie le terme de « polysarkia », qui selon lui : « nuit à la santé des hommes en entraînant un essoufflement et une gêne physique et qui doit se traiter par l'exercice physique, le régime et les plantes ».

Mais ce n'est qu'au début du IX^{ème} siècle que l'obésité rentre dans le champ de la médecine avec Adolphe Quetelet, savant belge, qui définit le poids idéal à partir d'une formule : l'indice de masse corporelle (IMC ou BMI en anglais : Body Masse Index). Cet indice se calcule en fonction de la taille et du

poids comme suit : poids en kg/ taille au carré. Monsieur Quetelet a établi une classification :

- IMC<18,5 : maigre ;
- IMC entre 18,5 et 25 : corpulence normale ;
- IMC entre 25 et 30 : surpoids ;
- IMC entre 30 et 35 : obésité modérée ;
- IMC entre 35 et 40 : obésité sévère ;
- IMC supérieur à 40 : obésité morbide ;

En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît l'obésité comme maladie. La maladie étant selon l'O.M.S un état d'altération du bien-être physique, psychologique et social.

L'obésité réunit bien les critères cités dans la définition avec pour l'altération de l'état de santé une apparition de pathologies associées comme le diabète de type 2 (7 fois plus en cas d'obésité), l'hypertension (4 fois plus en cas d'obésité), une dyslipidémie (3 fois plus), l'apnée du sommeil et l'arthrose. Elle augmente aussi les risques de maladies cardio-vasculaires parallèlement à l'augmentation du tour de taille (supérieur à 100 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme), entraîne un risque accru pour certains cancers (endomètre, sein et colon). S'ajoute le retentissement psychologique avec une certaine discrimination et l'isolement social.

En France, en 2009, 14,5 pour cent des français sont obèses contre 8,7 pour cent en 1997. L'obésité continue d'augmenter régulièrement à un taux de 0,5 pour cent par an.

b) La personnalité de l'obèse

Il me paraît important d'aller au-delà des apparences. Pour prendre en charge un patient dans sa globalité, il faut essayer de comprendre comment il fonctionne, le processus qui l'a mené à son état d'obésité.

Pour cela, j'ai rencontré l'étudiante en psychologie et une des psychologues du Centre hospitalier Universitaire de Nancy Brabois. Elles suivent les patients lors de leurs démarches en vue d'une chirurgie bariatrique. Le suivi est pré et post opératoire et travaillent en collaboration avec un médecin psychiatre. Je me suis entretenue avec elles. Elles m'ont fait part de leur expérience et m'ont orienté vers certains ouvrages. Ma guidante de mémoire Madame Langard qui est diététicienne nutritionniste a suivi une formation d'éducation thérapeutique, de relation d'aide/écoute active et une formation sur l'approche cognito comportementale à Paris avec le GROS⁸. Elle suit également les patients durant

⁸ Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids. Association ayant vocation d'un lieu de réflexion, d'échanges et de formation.

le parcours les menant à la chirurgie. Elle m'a également aidée par des explications et des orientations littéraires à mieux comprendre la « personnalité » de la personne obèse. Ce que je vais décrire n'est pas une généralité mais je veux montrer que l'on peut parler d'obésité « mentale » car l'obésité cache une réelle souffrance psychologique. D'après un article de l'Est républicain de juin 2012⁹, une étude de cohorte a été réalisée au sein de l'unité Médico-chirurgicale de l'obésité du C.H.U de Nancy. L'échantillon était composé de 772 patients. Les résultats montrent que 81 pour cent des patients ont vécu au moins un épisode de troubles psychiques, un antécédent traumatique.

Le Docteur G. Apfeldorfer¹⁰ a écrit de nombreux ouvrages sur l'obésité et son origine. Dans le livre « *je mange donc je suis, surpoids et troubles du comportement alimentaire* », il parle de l'alexithymie qui est l'impossibilité de reconnaître, d'identifier et de verbaliser ses émotions. Il dit que les émotions comme la colère, la peur et la tristesse sont des émotions légitimes et qu'elles sont nécessaires aux processus d'ajustement au monde extérieur et qu'il ne faut pas les court-circuiter parce qu'elles sont douloureuses. Selon Apfeldorfer : « *La personne obèse a tendance à réprimer, dénier ses affects négatifs. L'acte de manger lui permet en quelque sorte d'anéantir son agressivité, voire de la retourner contre lui* ». J'ai appris au contact des psychologues qu'il y a plusieurs manières de réguler les émotions par l'alimentation : l'hyperphagie prandiale, le grignotage et le Night Eating Syndrome.

Je n'en dirai pas plus sur le versant psychologique de la personne obèse dont je ne suis pas spécialiste, je voulais juste en parler pour bien montrer que derrière cet « être costaud » se cache un être fragile.

c) Les réponses de l'Etat

Face à ce problème de santé publique préoccupant, le gouvernement a mis en place un cadre réglementaire à visée préventive, curative et d'amélioration de la prise en charge de la personne obèse en milieu hospitalier. La circulaire DHOS/E 4 2005-82 du 11 février 2005 est relative à la création de pôles interrégionaux spécialisés dans l'accueil des personnes obèses ainsi qu'un plan d'équipements nécessaires à l'accueil de ces personnes. Dans un rapport au Président de la République de décembre 2009, la Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité fait des propositions à visée correctrice de l'état de santé des Français. Ces mesures font partie du nouveau plan 2010-2012 selon quatre axes :

- prévenir et dépister ;
- prendre en charge ;
- organiser la gouvernance et renforcer une communication positive ;
- améliorer les connaissances et l'évaluation.

⁹VERNIER M. H. *L'obésité cache une souffrance*. L'Est Républicain du 16 juin 2012

¹⁰ Psychiatre et psychothérapeute spécialiste dans l'étude des comportements alimentaires et dans le traitement de ses dysfonctionnements

De ce plan découle les campagnes de prévention que l'on peut voir lors des spots publicitaires télévisés, cinématographiques avec je cite :

- « mangez 5 fruits et légumes par jour » ;
- « évitez de manger trop salé, trop sucré » ;
- « mangez, bougez ».

La demande des députés d'interdire la publicité pour les aliments trop gras ou trop sucrés dans les programmes télévisés pour enfants afin de juguler l'épidémie qui sévit en France n'a pas abouti.

d) La perception des soignants

Le rapport des soignants aux personnes obèses reste encore à travailler. L'inesthétique de ce corps, les idées préconçues sur le « gros », la non « normalité » ne sont-ils pas une entrave à la qualité du soin ? Est-ce dû à l'ignorance ? à la méconnaissance de la pathologie ? Dans l'esprit de tout à chacun, l'obèse est une personne qui « bouffe » toute la journée, vautrée sur son canapé ! Et que s'il est dans cet état-là, c'est de sa faute ! L'obésité est souvent synonyme d'inactivité, de laisser aller et de non propreté. Mais l'obésité est une souffrance. Quatre-vingt pour cent des personnes obèses ont subi un traumatisme grave. Neuf pour cent ont subi des abus sexuels, dix-sept pour cent des violences indirectes et soixante pour cent des carences affectives précoces. La personne obèse souffre doublement : elle a honte de ce corps, honte de ne pouvoir contrôler ses pulsions hyperphagiques et elle doit subir le regard et le jugement des autres. Une meilleure connaissance de cette pathologie améliorerait sûrement la prise en charge de l'obèse remplaçant ainsi moquerie et désintérêt par empathie et implication.

e) Au sein de notre société

Nous vivons dans une société d'abondance, de consommation où l'on prône la minceur à travers la mode, les magazines et les publicités. Au milieu de ce paradoxe où est la place de l'obèse ?

Depuis deux ans environ, on peut voir à la télévision des émissions sur les cures d'amaigrissement, des séries à l'américaine où l'on voit la personne obèse en souffrance physique et psychologique demander de l'aide à un coach sportif pour l'aider à maigrir. Ces émissions sont-elles faites dans un but de soutien et d'aide ou au contraire dans un but lucratif où le « gros » est montré comme une bête de foire ?

On peut quand même penser que les mentalités tendent à évoluer car on voit de plus en plus d'événements se créer autour de la rondeur comme « belle toute nue », les concours de « Miss rondes » et la publicité pour des collants « Generous » pour les femmes aux courbes généreuses.

f) D'autres pays, d'autres cultures

Les critères de beauté sont différents d'un pays à un autre, d'une culture à une autre. C'est pourquoi contrairement à notre culture du mince, les femmes en Mauritanie sont gavées et engraisées. Dans ce pays, la femme obèse est un idéal de beauté et un signe de prospérité. Pour Mohammed, professeur de littérature arabe, « *aucun homme, quel qu'il soit, ne peut cacher son admiration devant une grosse femme. Elle embellira le foyer et en signera le bien-être. Quant aux maigres, on peut sentir leurs os comme s'il s'agissait d'hommes déguisés en femmes* ». ¹¹

g) La rondeur dans l'art

Au cours des siècles, de nombreux artistes peintres ou sculpteurs ont pris comme modèles des femmes obèses ou « bien en chair ». Ils les caractérisent de rondes, terme moins péjoratif. On retrouve au XVIème siècle, le peintre Giovanni Mannozi Llamado, au XVIIème siècle le peintre Pierre Paul Rubens avec « Les trois grâces »(1639) qui représente trois déesses et fille de Jupiter au service de Vénus, déesse de l'amour. Elles sont nues et clairement « bien en chair ». Dans un article de psychologie.com, le Docteur Gérard Apfeldorfer, fait l'analyse de ce tableau et dit :

*« Les visages sont ronds et empâtés, les bras épais ; elles ont des poignées d'amour, un ventre mou et sans muscle, des fesses et des cuisses envahies par une cellulite.... Enfin, les mollets sont ronds et solides, ce qui paraît normal, en raison du poids à supporter ». Il pousse l'analyse plus loin et rajoute : « **Face à de telles femmes, aujourd'hui, la réprobation serait générale. Mais comment peut-on se négliger à ce point ? Ces déesses devraient, sans perdre une minute, entreprendre un régime amaigrissant draconien, faire de la gymnastique pour muscler un peu tout ça, et prendre illico rendez-vous avec un chirurgien esthétique en vue d'une liposuccion. Bien entendu, en attendant que ces traitements drastiques portent leurs fruits, on ne saurait trop leur conseiller de se terrer chez elles et, lorsqu'elles seraient contraintes de sortir, de s'habiller avec des vêtements larges et informes, noirs de préférence, afin d'épargner une vision douloureuse à leurs congénères.***

*Si telles sont sans doute les premières impressions face à ce tableau, très vite, on sent que quelque chose ne colle pas dans cette façon de voir. **On ne peut s'empêcher de se dire, parallèlement à ce premier dégoût, que nos trois Grâces sont, aussi, remarquablement belles.** Leur maintien, leur port de tête, leur sourire et l'apparent contentement de soi qui émane d'elles ne laissent planer aucun doute : elles se sentent belles et nous le font savoir. Si bien que l'on tombe effectivement en admiration devant ces visages épanouis et séducteurs, ces ventres maternels, ces cuisses larges et charpentées.... En définitive, nos déesses sont-elles belles, ou bien laides ?..... Mais ce que je voudrais surtout faire remarquer, c'est que **si, lorsque nous y regardons à deux fois, nous les trouvons belles en dépit de nos propres stéréotypes, c'est parce que nos trois Grâces nous y forcent. Assurées de leur beauté, elles font en sorte que nous les voyons comme elles se voient** ».*

Au XXème siècle, le peintre Auguste Renoir peint les tableaux « Femme nue en plein air »(1900) et « Femme nue couchée »(1906) et Heinz Guth, peintre contemporain suédois peint beaucoup de BBW(BigBeautifulWoman) avec comme tableaux de référence « les trois grâces » et « Miss Flora ».

Il y a également l'artiste canadienne Janet Rotenberg qui peint des femmes opulentes, ses œuvres sont inspirées de son propre vécu car celle-ci a été

¹¹MOHAMED ALI AL-MAALI, AL-QABAS.Mauritanie : Souffrir pour être belle et grosse. Cridem.org. avril 2008.

longtemps grosse et a été la cible de la phobie ambiante contre les gros. Elle a décidé de consacrer ses œuvres à la vie des gros. Dans son tableau : « Ladies in Wading », elle dépeint des femmes rondes en paix avec elles-mêmes, profitant de la piscine d'un motel. En arrière-plan sur une affiche, on peut voir une femme de corpulence normale mais celle-ci est reléguée au second plan.

Chez les sculpteurs aussi, Hélène Labrie fait des figurines en bronze de femmes rondes avec par exemple les sculptures intitulées : « Délicatesse », « le siège du siège », « Sortie de bain » mais également l'artiste chinois Mou Baiyan avec son exposition intitulée « Fix » où l'on peut voir une sculpture d'un homme asiatique nu, énorme, débordant en haut d'une échelle regardant à l'intérieur d'une galerie d'art.

On constate que l'obésité n'est pas qu'un phénomène actuel mais qu'il était déjà représenté dans les siècles précédents par différents artistes.

Le fait d'être « bien en chair » ou gros fut à une époque synonyme de bonne santé, de fertilité et de prospérité, et est à l'inverse aujourd'hui un état de mauvaise santé.

Outre la beauté qui reste un critère subjectif, la personne obèse met en péril son état de santé, entraînant des dépenses de santé supplémentaires de par toutes les comorbidités.

L'obésité est sociale, culturelle, économique mais elle est aussi personnelle donc psychique. Elle entraîne chez le sujet une baisse de l'estime de soi.

2 - CADRE CONCEPTUEL

Après avoir décrit l'obésité dans différentes dimensions, il convient de faire émerger les concepts propres à mon sujet.

a) L'obésité

Définition du Larousse : excès de poids par augmentation de la masse de tissu adipeux.

Encyclopédie Universalis : L'obésité se définit comme un excès de masse grasse entraînant des inconvénients pour la santé. Elle est associée à un risque accru de mortalité et de morbidité, en particulier par maladies cardio-respiratoires (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire), métaboliques (diabète, hyperlipidémies), ostéoarticulaires, inflammatoires, ainsi que par une fréquence accrue de cancers. À ces conséquences somatiques s'ajoutent des inconvénients psychologiques et sociaux qui peuvent altérer la qualité de vie.

Outre le concept de l'obésité qui est ici le nerf de mon sujet, je décrirais aussi la prise en charge du patient, la consultation I.B.O.D.E ainsi que la qualité, la gestion des risques et la sécurité du patient qui sont à mon sens extrêmement liées et indissociables.

b) Prise en charge

Définition du Wiktionnaire : action de prendre sous sa responsabilité une personne ou un objet. En médecine : action de prodiguer des soins à une personne présentant des symptômes dus à une maladie ou à un accident.

On ne peut pas parler de prise en charge du patient sans parler de la démarche de soins infirmiers. Sur le site de Soins Infirmiers.com, la définition est la suivante : la démarche de soins infirmier est un processus faisant appel à la méthode d'analyse et de résolution de problèmes pour former une suite ordonnée d'opérations qui a pour finalité la prestation de soins individualisés, continus et adaptés aux besoins d'une personne.

La démarche de soins infirmiers trouve son origine en 1960 avec *Virginia Henderson*¹² qui publie un ouvrage sur les besoins des individus et les soins infirmiers. Elle répertorie 14 besoins fondamentaux et décrit la démarche de soins suivant différentes étapes théoriques :

1. Le recueil de données et l'analyse bio-psycho sociale, la recherche des antécédents médico-chirurgicaux psychologiques de la personne;
2. L'analyse de celles-ci aboutissant à la détermination des problèmes de santé (en regard des 14 besoins de Virginia HENDERSON), en recherchant les différentes manifestations de ces problèmes ainsi que leurs causes;
3. La formulation d'objectifs de soins ;
4. La détermination des interventions infirmières avec une planification de soins ;
5. La mise en œuvre des actions du plan de soins ;
6. L'évaluation (efficacité/tolérance);
7. Le réajustement.

Les quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson regroupent une dimension à la fois biologique et physiologique, psychologique et sociale et même spirituelle.

Chez la personne obèse, un grand nombre de ces besoins sont perturbés, dont :

1. Respirer (premier besoin) : ces patients souffrent d'apnée du sommeil ;
2. Boire et manger (2^{ème}) : ces patients sont addicts à la nourriture et souffrent d'hyperphagie ;

¹² Infirmière américaine à l'origine du modèle des 14 besoins fondamentaux (1897-1996)

3. Se mouvoir, et maintenir une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquat (4^{ème}) : ils ont des difficultés à se déplacer de par leur poids et ont souvent des problèmes articulaires inhérents à la surcharge pondérale ;
4. Dormir, se reposer (5^{ème}) : le sommeil est de mauvaise qualité à cause des apnées du sommeil ;
5. Etre propre, soigné et protéger ses téguments (8^{ème}) : les soins d'hygiène sont difficiles à réaliser réellement ou dans l'esprit de l'autre ;
6. Communiquer avec ses semblables (inclut également la capacité de s'insérer dans un groupe social, à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité)(10^{ème}) : discrimination ;
7. S'occuper en vue de se réaliser ; capacité d'une personne à avoir des activités ludiques ou créatrices, des loisirs, à les impliquer dans son autoréalisation et conserver son estime de soi.(12^{ème}).

Après l'énumération de tous les besoins perturbés de la personne obèse, on se rend compte que sept besoins sur quatorze peuvent être perturbés soit cinquante pour cent ce qui est non négligeable médicalement et humainement parlant.

c) La consultation

Définition du Larousse : la consultation est l'action de consulter quelqu'un, de lui demander son avis.

La définition de Wikipédia : La consultation infirmière est un dispositif de prise en soin global, ayant vocation à répondre à plusieurs données ou problèmes présentés par une personne, dans le cadre du vécu de sa maladie. Les objectifs de la consultation sont multiples et permettent à la personne et au professionnel infirmier d'organiser un suivi individualisé et étalé dans le temps devant un problème de santé et ses conséquences, d'y apporter des éléments de réponse et d'en évaluer l'atteinte.

La consultation infirmière existe depuis la fin des années 1970 et a débuté avec les infirmières stomathérapeutes. Elle tend à s'élargir aux domaines de la diabétologie et de la prise en charge de la douleur.

Dans le cadre des Pratiques Avancées, le rapport Berland¹³ parle entre autre des consultations pré et post opératoires qui pourraient être réalisées par l'I.B.O.D.E .

Dans le programme d'enseignement de l'E.R.I.B.O.D.E¹⁴, dans le contenu du Module 4, deuxième point on trouve : Définition, analyse de la fonction de l'infirmier de bloc opératoire : conduite d'entretien lors des visites ou des consultations pré-opératoires.

La consultation I.B.O.D.E constitue à mon sens une aide primordiale dans la prise en charge du patient. Elle permet de connaître le patient, d'évaluer les risques. Elle aide à avoir une prise en charge individualisée afin d'offrir des soins de qualité, en sécurité en respectant les besoins du patient.

La consultation I.B.O.D.E appliquée à la personne obèse permettrait de connaître son IMC, de planifier en amont sa prise en charge péri-opératoire, de vérifier le matériel nécessaire à l'intervention, de demander au chirurgien si celui-ci a besoin de matériel

¹³Rapport Berland-2003-« coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ». Annexe 2

¹⁴ Ecole Régionale d'infirmiers de Bloc Opératoire Diplômées d'Etat

particulier, de transmettre l'information à l'ensemble de l'équipe du bloc opératoire, de les sensibiliser sur les points critiques de la prise en charge.

La consultation I.B.O.D.E utilise les critères des Fiches de compétences et en particulier la FCo1, FCo2, FCo3 et FCo4¹⁵.

Pour conclure, la consultation permettrait de répondre aux besoins de santé de la population et d'assurer à chacun la qualité et la sécurité du soin.

d) Qualité

Définition de la qualité des soins selon Donabedian : « *maximisent le bien être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins* »¹⁶.

Définition de l'O.M.S : « *Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contact humain à l'intérieur du système de soins* ».

Selon l'Institut de Médecine des Etats-Unis, c'est : « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* ».

Historiquement la qualité est issue du monde de l'industrie et s'est diffusée progressivement vers les secteurs de services dont la santé.

La qualité a pris son essor dans le monde hospitalier avec l'ordonnance du 24 avril 1996¹⁷ qui mit en place une démarche d'accréditation des établissements de santé par l'A.N.A.E.S¹⁸(H.A.S¹⁹ aujourd'hui).

Ces objectifs étaient de promouvoir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé.

Ceci s'applique aux établissements publics et privés.

La qualité est aussi un critère de certification et le cadre juridique de l'organisation interne des établissements en matière de qualité et de sécurité des soins sont simplifiées. Le président de la Commission Médicale d'Etablissement est conjointement en charge avec le Directeur de l'établissement de sa politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.²⁰

La loi H.P.S.T relaye l'ordonnance du 24 avril 1996 et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.²¹

¹⁵ Adapter les soins infirmiers au contexte du bloc opératoire et/ou des secteurs associés dans le cadre d'une démarche de soins. Inter bloc. Tome XXII, n°4, décembre 2003.

¹⁶ **DONABEDIAN-A** (1966) *Evaluating the quality of medical care*. Milbank memorial fund Quarterly volume 44. N°3 PP166-203

¹⁷ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Article L 710-5.

¹⁸ Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé.

¹⁹ Haute Autorité de Santé

²⁰ Loi HPST. Article L6144-1. Annexe 3.

²¹ Loi HPST. Article 6111-2. Annexe 3.

L'amélioration continue de la qualité prend modèle sur *la roue de Deming* qui utilise la méthode PDCA (Plan, Do, Check, Act).



- **Plan**

Planifier et préparer le travail à effectuer. Etablir les objectifs, définir les tâches à exécuter.

- **Do**

Faire, réaliser. Exécuter les tâches prévues. Il peut être intéressant de limiter l'ampleur et la portée des tâches à exécuter afin de disposer d'un meilleur contrôle (processus répétitif).

- **Check**

Vérifier les résultats. Mesurer et comparer avec les prévisions.

- **Act**

Agir, corriger, prendre les décisions qui s'imposent. Identifier les causes des dérives entre le réalisé et l'attendu. Identifier les nouveaux points d'intervention, redéfinir les processus si nécessaire.

L'article R.4312-10 paragraphe des Devoirs généraux du Code de la Santé Publique qui régit l'exercice de la profession d'infirmière précise un des rôles propres de celle-ci en matière de qualité :

« Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles ».

La qualité est étroitement liée avec la gestion des risques et font partie des critères de certification de l' H.A.S. Ils ont un seul et même but : assurer la sécurité des patients.

e) **Gestion des risques :**

Définitions du Larousse :

Le risque est un danger, un inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé.

La gestion (du latin gestio) est une action ou une manière de gérer, d'administrer, de diriger, d'organiser quelque chose.

Selon l'H.A.S, la gestion des risques est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé.

La gestion des risques entre dans la certification de ceux-ci.

L'H.A.S promeut une approche globale de la gestion des risques.

Dans le manuel de certification V2010, il apparaît 5 critères liés à la gestion des risques qui sont :

- **Le critère 1.e** définit une politique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- **Le critère 8.b** soutient la désignation d'un coordonnateur de la gestion des risques.
- **Le critère 8.a** renforce la mise en place et le suivi d'un programme unique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prenant en compte les orientations stratégiques, le CPOM²², le CBU²³, les événements indésirables, les résultats de la certification...
- **Le critère 8.f** sur la gestion des événements indésirables s'intègre dans la politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins de l'établissement et constitue une approche rétrospective de la gestion des risques.
- **Le critère 8.d** sur l'évaluation des risques **a priori**, priorise la démarche d'amélioration de la qualité et sécurité des soins et constitue une approche prospective de la gestion des risques. Cette analyse des risques conduit à une hiérarchisation au niveau institutionnel ou au niveau des secteurs d'activité afin de prioriser les plans d'actions à mettre en place.

Pour le bloc opératoire, la gestion des risques est répertoriée sous le critère 26a du manuel de certification.

- **Critère 26a : organisation du bloc opératoire**

« Le bloc opératoire constitue, du fait de sa complexité organisationnelle, un secteur à risque pour le patient, justifiant la mise en place d'une gestion des risques garantissant la sécurité des actes.....les équipements de la salle d'opération en état de fonctionnement, du matériel chirurgical et anesthésique adapté et stérilisé dans le respect des normes.

L'organisation coordonnée est formalisée en concertation entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

²² Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

²³ Contrat de Bon Usage

*Afin de rendre l'intervention plus sûre et de réduire l'occurrence des événements indésirables évitables, l'organisation du bloc opératoire doit prévoir la mise en place d'outils ayant fait la preuve de leur efficacité, tels que la check-list de l'OMS sur la sécurité chirurgicale.....l'I.B.O.D.E vérifie la stérilisation des dispositifs et l'absence de **difficultés concernant l'instrumentation, etc....Tout dysfonctionnement d'équipement est signalé... ».***

Deux articles du Code de la Santé Publique relatif aux règles d'exercice de la profession d'infirmier sont relatifs à la gestion des risques.

Article R. 4311-5

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage ».

Article R. 4311-11

« L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;

2° Elaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;

3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;

4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;

5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

Les risques inhérents à la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire sont multiples :

- Les risques accrus de chutes lors des transferts et des installations ;
- Le risque augmenté d'hypothermie due à l'augmentation de la surface corporelle ;
- La compression voir la rhabdomyolyse favorisées par certaines positions et la durée de la chirurgie ;
- Le risque accru d'altération, d'étirements des nerfs, en particulier ulnaire, poplité externe et le plexus brachial dû à la masse graisseuse ;
- Augmentation du risque de brûlures quand les tissus touchent le métal de la table ;

- Augmentation du risque de perte de textiles ;
- Risque augmenté d'infections dû à une incision plus longue, à la durée opératoire plus longue, aux traumatismes tissulaires plus intenses et à la moindre résistance du tissu adipeux à l'infection ;
- Risque d'inhalation accru lors de l'induction.
- Risque de ne pas réussir à perfuser, à intuber ;
- Risques liés à certaines positions : éviter le décubitus dorsal strict car risque d'altération de la ventilation, position de Trendelenburg à proscrire car diminue la capacité respiratoire résiduelle.

Les risques sont classés selon leur gravité, leur fréquence et leur détectabilité et sur quatre niveaux.

La connaissance des risques liés à l'obésité permet de proposer des soins de qualité respectant la sécurité du patient.

f) La sécurité du patient

Définition de l'O.M.S : *absence, pour un patient, d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé(2009).*

Définition de l'H.A.S : *La sécurité du patient a pour objectif de réduire le nombre d'événements indésirables liés aux soins. On appelle événement indésirable tout événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé.*

Tous ces concepts développés ci-dessus contribuent à une prise en charge adaptée, individualisée et de qualité du patient au sein du bloc opératoire et de façon plus générale au sein de l'établissement de santé.

3. CADRE D'ANALYSE

Ce travail de recherche concerne l'obésité chez l'adulte ayant un IMC supérieur ou égal à 40.

Mon cadre d'étude est le bloc opératoire toutes chirurgies confondues hormis la chirurgie bariatrique afin d'éviter des biais d'enquête.

Le bloc opératoire est un ensemble de locaux spécifiques, dédiés à la réalisation d'actes chirurgicaux.

Les personnes concernées par l'enquête sont les Infirmières diplômées d'Etat(I.D.E), les Infirmières de Bloc Opératoires diplômées d'Etat(I.B.O.D.E) et les Infirmières Anesthésistes diplômées d'Etat (I.A.D.E). J'ai choisi ces trois catégories pour voir si il y avait une différence au niveau des connaissances théoriques et pratiques en fonction des qualifications du personnel sur la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire et si oui lesquelles.

Mes recherches sur le sujet se situent sur une période de treize mois c'est-à-dire d'octobre 2011 à fin novembre 2012. Mon sujet de travail de fin d'études correspond

à un problème de Santé Publique actuel en constante augmentation, poussant à une réflexion quotidienne et qui pourrait en fonction des nouvelles constatations de l'enquête Obépi 2012 entraîner de nouveaux textes de loi.

Au départ nous avons choisi de réaliser des entretiens auprès des patientes obèses. Par l'intermédiaire de ma guidante de mémoire Madame Langard qui suit les patientes en pré et post-opératoires de chirurgie bariatrique, j'ai pu rencontrer deux patientes en entretien individuel et sept personnes en table ronde (cinq en post-opération et deux en pré-opération). La plus jeune du groupe avait 24 ans, la plus âgée 55 ans. Pour les entretiens individuels l'une avait 37 ans et l'autre 50 ans. Les personnes rencontrées sont uniquement des femmes. Que ce soit l'entretien individuel ou la table ronde, ceux-ci étaient animés par Madame Langard et je n'étais que spectatrice. Je me suis présentée et leur ai expliqué la raison de ma présence. Elles ont répondu sans problème aux différentes questions que je leur ai posé, sans retenu et en toute sincérité. Nous voulions savoir si au cours de leur vie d'obèse, elles avaient eu besoin d'aller au bloc opératoire pour une intervention X et si elles avaient remarqué des difficultés dans leur prise en charge au sein du bloc ou si elles avaient pu se sentir mal à l'aise suite à des regards ou des remarques désobligeantes. A notre grande surprise, nous avons pu constater à travers leurs réponses qu'elles n'ont jamais souffert ni de moqueries, ni de difficultés de prise en charge.

Suite à ces réponses auxquelles nous ne nous attendions pas, nous avons longuement discuté avec Madame Langard car les réponses ne reflétaient pas la réalité, la réalité que je vivais au bloc côté soignant. La difficulté à prendre en charge la personne obèse est bien réelle mais heureusement pour ces patients ils ne s'en rendaient pas compte car tout était dit lorsqu'ils dormaient et ils ne pouvaient ni voir ni palper notre désarroi voire notre impuissance. Suite à cette journée passée au contact de ces dames, nous avons décidé de réaliser des questionnaires destinés aux équipes paramédicales des blocs opératoires pour avoir leurs avis, leurs ressentis, leurs sentiments sur la question.

Notre outil est donc le questionnaire.²⁴

C'est une analyse multicentrique, quantitative et descriptive.

4 - LES HYPOTHESES SPECIFIQUES

Comme déjà évoqué dans la problématique, l'hypothèse principale de ce travail est que les pratiques au bloc opératoire, lors de la prise en charge d'un patient obèse ne respectent pas les critères de qualité et de gestion des risques énoncés dans la littérature médico-chirurgicale, dans le cadre juridique ainsi que dans le cadre de la réglementation des différentes autorités.

Mes hypothèses spécifiques sont que :

- Absence de moyens matériels destinés à la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire.

²⁴ Annexe 4.

- Le personnel paramédical n'est pas prévenu que le patient est obèse et ne peut donc pas prendre les dispositions adéquats.
- Les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire.

Les variables sont : le type de formation, le statut de l'établissement.

5 - LES INDICATEURS PERTINENTS CHOISIS

Dans ce thème de prise en charge du patient obèse au bloc opératoire, les inquiétudes principales restent la gestion des risques et la dispensation de soins de qualité.

Nous avons plusieurs indicateurs pouvant permettre la surveillance des risques.

La présence et l'utilisation de matériel dédié à la personne obèse peut être facilement surveillé par une observation des personnels au quotidien. L'évaluation des pratiques professionnelles est un outil efficace de surveillance.

La déclaration des événements indésirables est le reflet des mauvais fonctionnements.

La visite de certification de l'H.A.S suit l'application et le respect des critères de gestion des risques listés dans les grilles.

IV METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. Les participants

Ce sont les infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat travaillant au sein d'un bloc opératoire, les infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'Etat et les infirmier(e)s de bloc opératoire diplômé(e)s d'Etat.

a) Les variables intermédiaires contrôlées

Pour atteindre mes objectifs et éviter d'avoir des biais au niveau des réponses, j'ai choisi des critères d'inclusion et d'exclusion.

Mes critères d'inclusion sont :

- Des établissements de type différents pour une étude multicentrique.
- Des blocs opératoires de différentes spécialités.
- Les I.D.E, les I.A.D.E les I.B.O.D.E : le type de formation effectué peut modifier les réponses.

Mon critère d'exclusion :

- Tous les blocs opératoires pratiquant la chirurgie bariatrique.

b) L'échantillonnage

L'échantillonnage a lieu dans les départements de la Meurthe-et-Moselle, de la Moselle et du Bas-Rhin.

Les types d'établissements choisis sont :

- Les hôpitaux publics
- Les établissements privés à but lucratif (cliniques)
- Les établissements privés à but non lucratif et participant au service public hospitalier (P.S.P.H²⁵ et F.E.H.A.P²⁶).

c) L'éthique

Les questionnaires ont été distribués après avoir obtenu l'autorisation de diffusion de la Direction des Soins des Etablissements et avec l'accord des cadres des blocs opératoires concernés.

Afin de respecter l'anonymat, les questionnaires ne sont pas nominatifs et les résultats de ceux-ci sont utilisés aux seuls fins de ce travail d'étude.

d) L'échantillon

L'échantillon est composé de huit établissements dont cinq publics, deux P.S.P.H et un privé à but lucratif. Le nombre total de blocs opératoires dans lesquels ont été envoyés les questionnaires est au nombre de dix (trois blocs opératoires ont été sollicités au sein d'un établissement public).

Afin de balayer un maximum de spécialités, les établissements ont été choisis en outre en fonction de leurs spécialités qui sont : traumatologie, orthopédie, pluridisciplinaire, gynécologie, O.R.L, cardiologie, vasculaire et urologie, digestif.

e) Les limites

L'absence de réponse pour l'autorisation de diffusion des questionnaires fut un frein à l'étude, en effet un établissement privé sollicité pour l'enquête n'a pas répondu à ma demande.

Au C.H.U de Nancy, nous avons été limité dans le nombre de blocs opératoires à interroger. J'ai été autorisée à diffuser les questionnaires dans trois blocs.

2. Le matériel

a) Enumération du matériel

L'objectif de ma recherche est de savoir :

²⁵ Etablissements Privés Participant au Service Public Hospitalier
²⁶ Fédération des Etablissements Hospitaliers d'Aide à la Personne

- Si les professionnels du bloc opératoire sont confrontés régulièrement à la prise en charge de personnes obèses
- S'ils se trouvent démunis face à la situation et quelles en sont les causes.

Pour pouvoir répondre à mes objectifs, j'ai choisi le questionnaire.

Le questionnaire consiste à poser une série de questions précises, à une population déterminée afin de recueillir des informations susceptibles d'enrichir notre réflexion. Il permet d'interroger de nombreux professionnels, répartis sur un large territoire géographique en un temps relativement restreint.

b) Construction de l'outil de la collecte

Le questionnaire a été construit avec l'aide d'un ami I.B.O.D.E Cadre. Je lui ai parlé de mes attentes, de mes objectifs et nous l'avons travaillé ensemble.

Je l'ai ensuite mis en forme dactylographique.

Avant la diffusion du questionnaire, je l'ai montré à deux I.B.O.D.E et au Dr Reibel²⁷ qui pratique la chirurgie bariatrique pour avoir un avis sur la pertinence de mes questions.

c) Validité de l'outil

Mon modèle de questionnaire a été validé par ma guidante Madame LANGARD Thérèse et par l'équipe pédagogique de l'école Monsieur KOEHLER Marc. Tous deux ayant apporté des modifications de style ou de présentation.

d) Description de l'outil

Il s'agit de dix-neuf questions fermées et de quatre questions ouvertes, composant les quatre thèmes suivants :

- Des caractéristiques de la population : diplôme, ancienneté au bloc, secteur d'activité (public, privé, P.S.P.H) et les spécialités chirurgicales dans lesquelles elle exerce.
- La formation des personnels.
- Le matériel au bloc.
- L'organisation et la communication.

3. Le déroulement de la collecte

Les différents cadres de bloc ont été contactés par téléphone pour convenir d'une date afin de déposer les questionnaires ou pour les prévenir de mon envoi des questionnaires par la poste.

Les questionnaires destinés aux blocs opératoires de Meurthe-et-Moselle ont été directement déposés par mes soins au Cadre de Santé du bloc concerné et récupérés une quinzaine de jours après.

²⁷ Chirurgien digestif pratiquant la chirurgie bariatrique CHU de Nancy

En ce qui concerne les établissements de Moselle, les questionnaires ont été envoyés par la poste avec une enveloppe affranchie pour le retour des outils de recherche. Pour un des établissements mosellans, les questionnaires ont été déposés par une collègue élève I.B.O.D.E après accord du Cadre de Santé (établissement où ma collègue travaille).

Pour l'établissement du Bas-Rhin, j'ai déposé les questionnaires moi-même après avoir convenu d'une date avec la Cadre du bloc et m'ont été restitués par courrier.

A l'occasion d'un stage au mois d'octobre j'ai récupéré des questionnaires qui ne m'avaient pas été renvoyés dans la quinzaine comme je l'avais demandé mais je les ai pris quand même, les résultats m'importaient plus que le non-respect des délais.

V L'ANALYSE DES RESULTATS

1. L'échantillon

Il se compose de dix blocs opératoires pour certains spécialisés et pour d'autres pluri disciplinaires dans les départements de la Meurthe-et-Moselle, de la Moselle et de du Bas-Rhin.

Les populations interrogées sont les I.D.E, les I.B.O.D.E et les I.A.D.E.

2. La méthode d'analyse

L'analyse des questionnaires a été réalisée avec l'aide d'une matrice d'exploitation sur le logiciel d'exploitation Excel.

3. Taux de réponse

Sur 245 questionnaires distribués, 119 ont été remplis, ce qui constitue un taux de réponse de 48,57 pour cent (questionnaires distribués au mois d'août, en période de congés).

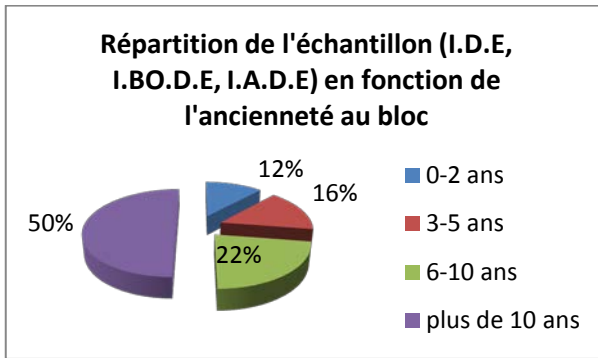
Lors de l'analyse des questionnaires, je me suis aperçue que certains participants travaillent également au sein de blocs opératoires pratiquant la chirurgie de l'obèse. Afin d'éviter des biais dans l'enquête, ceux-ci ont été exclus de l'étude.

Il reste au final 102 questionnaires exploitables pour mon travail de recherche.

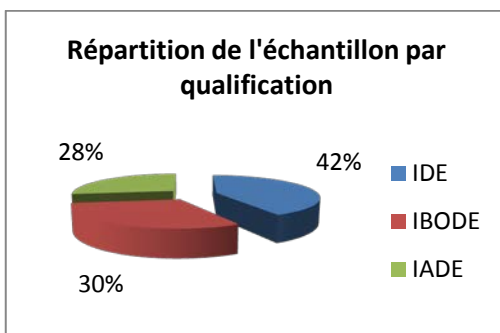
4. Les résultats

Le questionnaire est composé d'une partie étude de l'échantillon, une partie formation du personnel avec une question sur le ressenti des professionnels, une sur les équipements et une dernière partie sur la gestion/organisation.

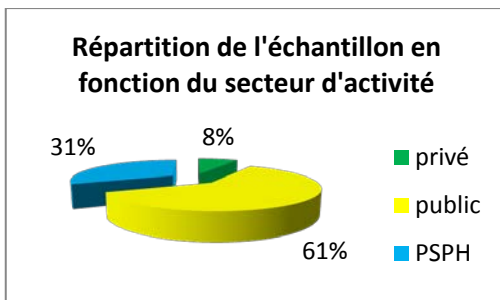
a) La répartition de l'échantillon



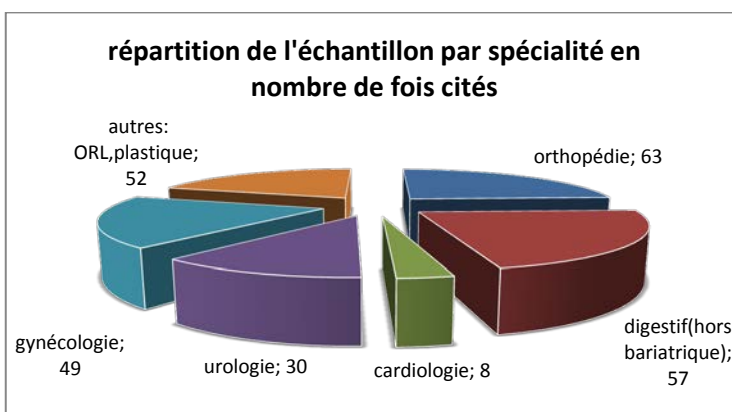
L'échantillon est représenté en majorité par des personnes expérimentées au bloc opératoire.



L'échantillon est représenté majoritairement par des I.D.E, ce qui n'est pas surprenant car aucun texte de lois oblige à recruter des I.B.O.D.E pour travailler au bloc opératoire.



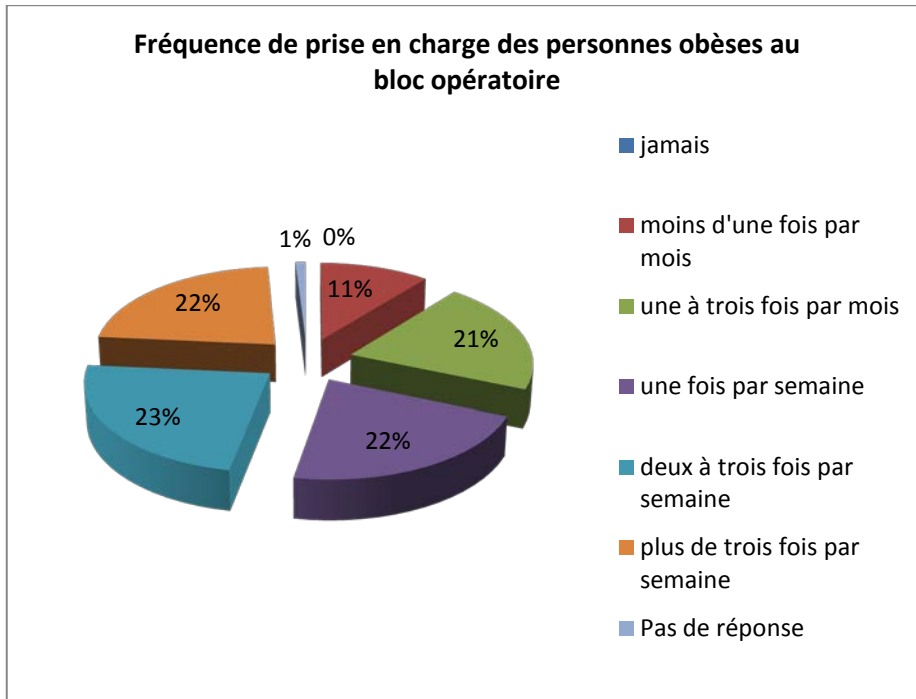
L'échantillon est représenté en priorité par les établissements publics et P.S.P.H.



Toutes les spécialités sont représentées à peu près à part égale avec toutefois une minorité pour l'urologie et la cardiologie.

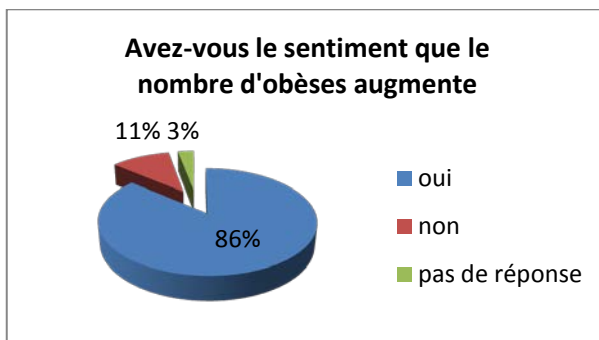
b) Formation et ressenti du personnel

- Fréquence de prise en charge de patients obèses au bloc opératoire :



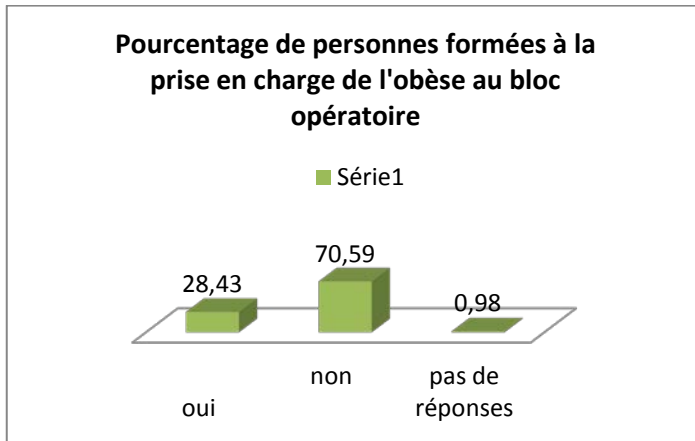
La fréquence de prise en charge du patient obèse est élevée. 67 pour cent des blocs reçoivent au moins un obèse par semaine.

- Ressenti des personnels sur l'augmentation du nombre d'obèses :



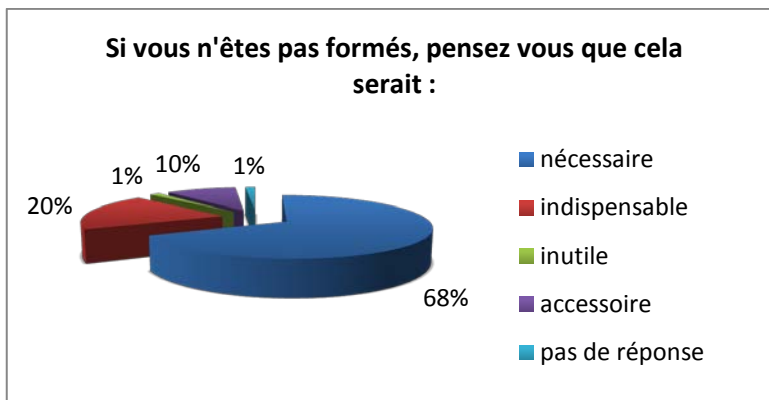
Les résultats sont représentatifs et correspondent bien avec les résultats de l'enquête *Obépide 2009* : L'obésité est en augmentation.

- Formation des personnels à la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire :



Pratiquement trois quarts des personnes ne sont pas formées à la prise en charge de l'obèse au bloc opératoire.

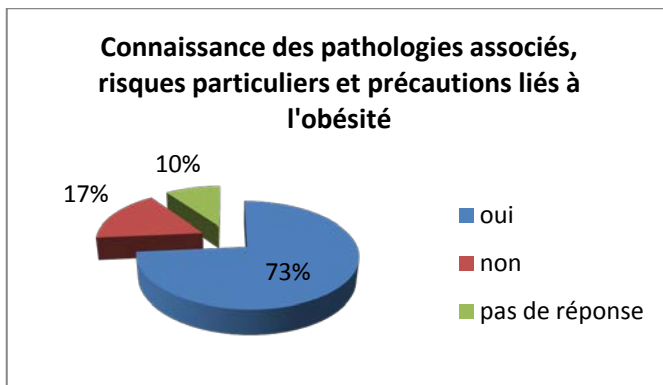
- Pour les 28 pour cent de personnes ayant bénéficiées d'une formation, les types de formation les plus souvent cités sont le compagnonnage par l'équipe (cité douze fois) et les écoles (faculté de médecine, IFSI²⁸, ERIBODE et école d'anesthésie) (cité 23 fois).
- Pour les 71 pour cent de personnes non formées à la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire, celles-ci pensent qu'une formation serait :



La frontière est minime entre nécessaire et indispensable. On peut voir que les agents sont plus que favorables à une formation.

- Les connaissances des agents :

²⁸ Institut de Formation en Soins Infirmiers

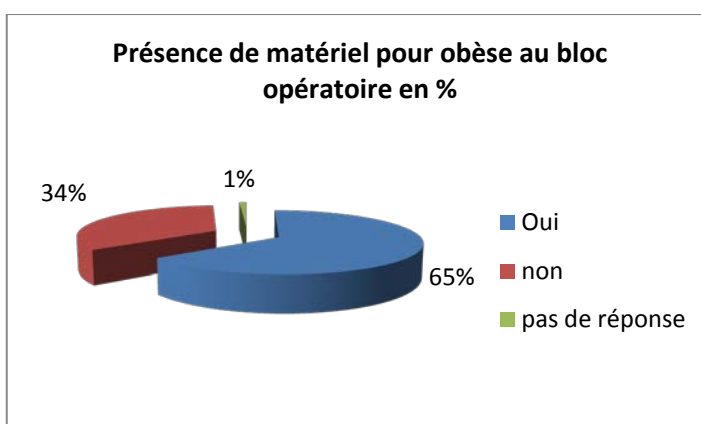


58 pour cent des I.D.E, 74 pour cent des I.B.O.D.E et 96 pour cent des I.A.D.E prétendent connaître les pathologies associées, les risques particuliers et les précautions à prendre. Quand on leur demande de les citer, on s'aperçoit :

- Qu'ils sont très au clair avec les comorbidités de l'obésité (diabète cité 59 fois, l'hypertension artérielle citée 47 fois, l'apnée du sommeil citée 15 fois et les lésions articulaires citées 15 fois).
- Que les risques et les précautions sont très peu cités (risques de chutes accrues(cités cinq fois), positions à éviter(cités six fois), les risques augmentés de brûlures en cas où la peau touche le métal de la table(cités deux fois), la mobilisation et installation difficile(citées huit fois), avoir du matériel adapté (cité 14 fois) et que les obèses doivent toujours être considérés comme « estomac plein » (cité 14 fois). Certains ont parlé des difficultés rencontrées comme la difficulté à perfuser, à intuber et à ventiler.

c) Les équipements

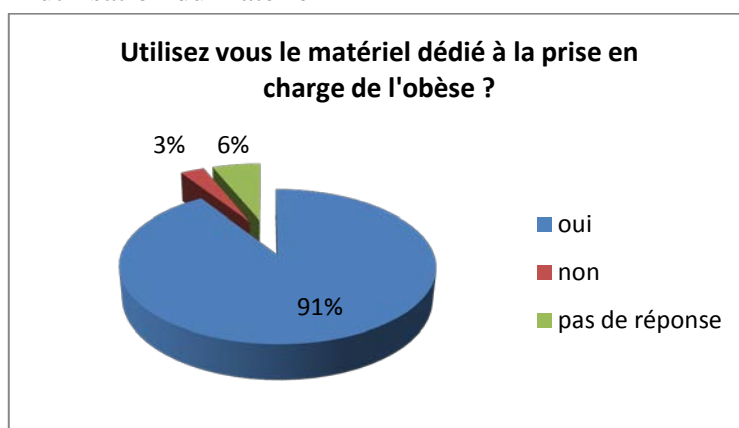
- Présence de matériel pour obèses au bloc opératoire



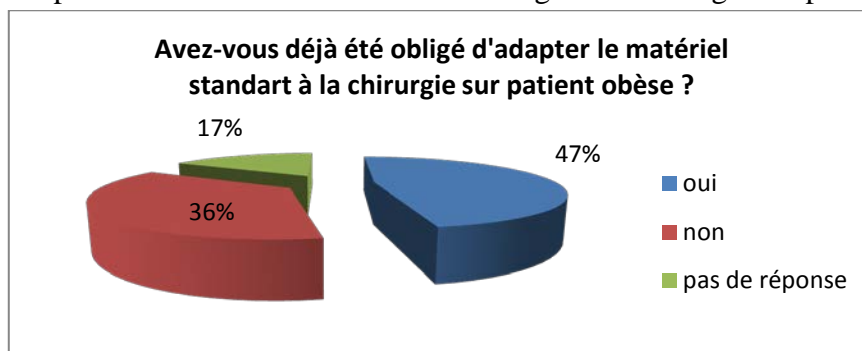
Selon le résultat d'enquête plus de la moitié des blocs sont équipés de matériel pour prendre en charge des obèses au bloc opératoires.

Si l'on affine la recherche pour savoir qui des établissements publics, P.S.P.H ou privés sont les mieux équipés, les résultats positifs à la question y a-t-il du matériel spécifique dans votre bloc opératoire pour la prise en charge de l'obèse sont :

- 64 pour cent pour le public
 - 68 pour cent pour le P.S.P.H
 - 50 pour cent pour le privé.
- Les matériels existants les plus souvent cités sont : les tables d'opérations (45 fois), les brassards à tension (29 fois), les instruments/ écarteurs (29 fois), le roll board (5 fois), les trocars cœlioscopie (14 fois), les extensions de tables (28 fois), le garrot (dix fois), les sangles de contention (six fois), les brancards (une fois) et le matériel d'anesthésie à type de manche de laryngoscope court, de masques faciaux (12 et 4 fois).
 - L'utilisation du matériel



- Adaptation du matériel standard de chirurgie à la chirurgie sur patient obèse



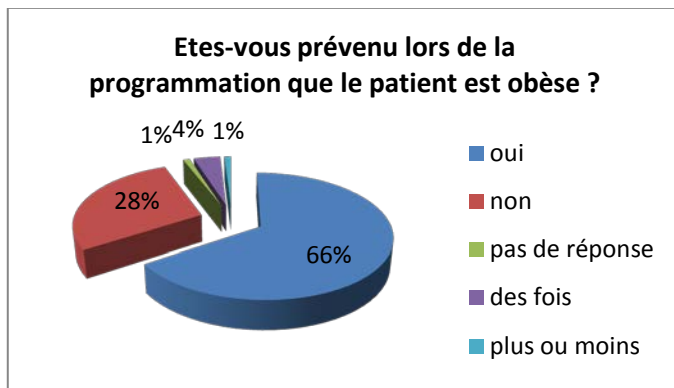
Malgré la présence de matériel présent pour la prise en charge du patient obèse, certains établissements sont amenés à adapter leur matériel.

Les matériels qui ont dû être adaptés sont : les tables, les cales, les sangles, les jambières, les garrots que l'on fait tenir avec du scratch et des appui-bras que l'on bloque avec des tabourets, les gouttières, matériel pour cœlioscopie ainsi que les écarteurs et valves (les plus souvent cités).

- Capacité de portage des tables
88 pour cent des personnels connaissent la capacité de portage de leur table d'intervention.

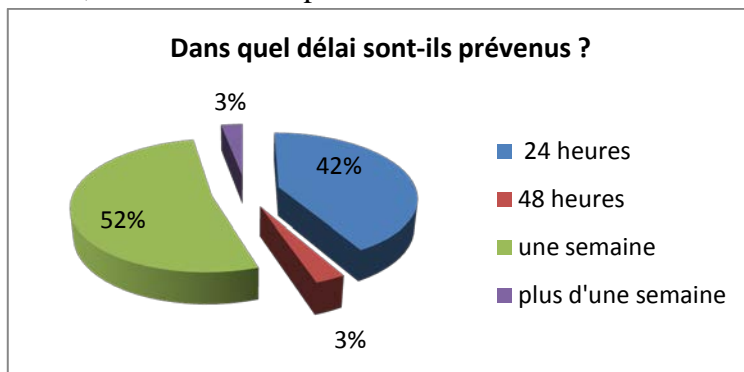
d) La gestion et l'organisation

- Les agents sont-ils prévenus lors de la programmation que le patient est obèse ?



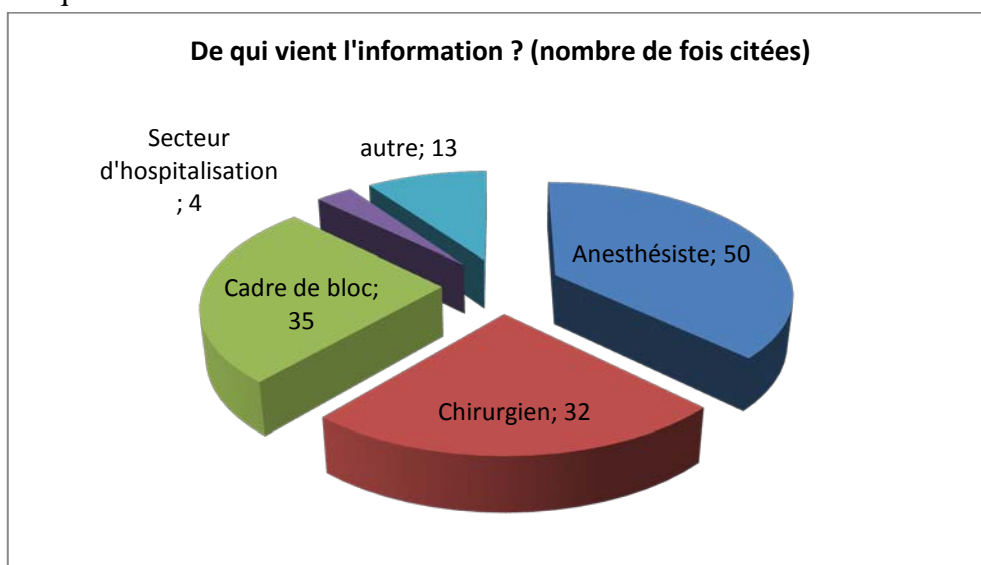
Dans plus de la moitié des cas les personnels sont informés.

- Si oui, combien de temps à l'avance ?



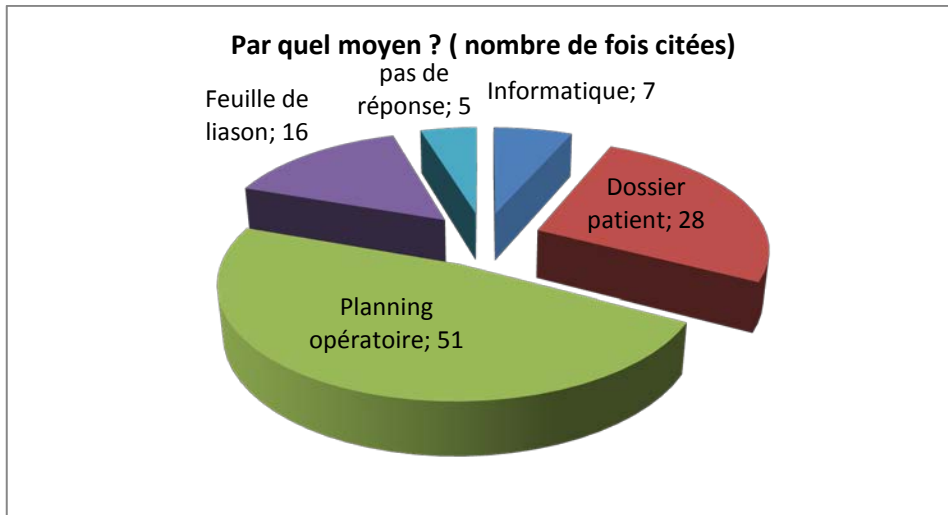
Dans la moitié des cas, les agents sont prévenus une semaine auparavant. Ce délai est plus que raisonnable. Par contre le délai de 24 heures est limite.

- De qui vient l'information ?

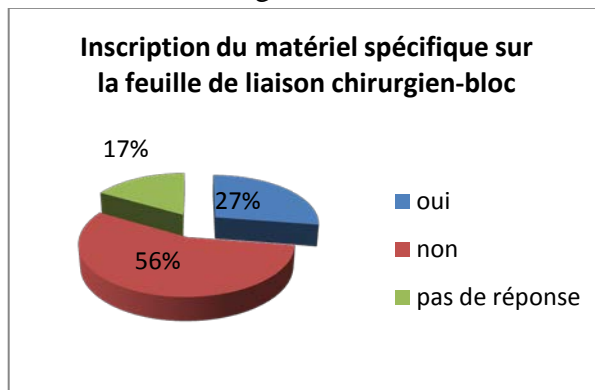


Le quartier «autre » inclut l'agent lui-même quand il se retrouve face au patient, le secrétariat, le staff, le cadre I.A.D.E.

- Par quel moyen ?



- Est-ce que le matériel spécifique à l'intervention est indiqué sur la feuille de liaison chirurgien-bloc ?



Il y a un défaut de transmission dans 56 pour cent des cas.

Cette analyse nous conduit à une interprétation des résultats. Ce chapitre a pour objet de faire ressortir de façon claire la signification des résultats et de valider ou d'invalider mes hypothèses de départ.

VI INTERPRETATION DES RESULTATS

1. Critique des résultats

Pour la présentation générale du questionnaire, nous aurions pu en haut du questionnaire faire une ou deux phrases de présentation : me présenter aux agents et leurs expliquer les objectifs de ce questionnaire. Nous avons beaucoup compté sur les Cadres de bloc pour la présentation de l'outil de recherche aux agents. Ce fût une erreur de ma part. Je comprends tout à fait que l'on n'ai pas envie de remplir un questionnaire quand on ne sait pas pourquoi !

Nous aurions dû aussi préciser ce que nous entendions sous le mot « obèse » et citer la fourchette d'IMC.

Nous aurions pu rajouter une question ouverte sur ce qui pourrait selon eux les aider à améliorer la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire.

Pour la question 9, nous n'aurions pas dû employer l'adjectif « indispensable » car la signification est pratiquement similaire à l'adjectif « nécessaire ».

Pour la question 14, nous n'aurions pas dû poser cette question, elle n'est pas pertinente et n'est d'aucune utilité pour le travail de recherche car l'obésité n'est pas mesurée en kilogrammes mais en IMC.

Pour la question 19, nous aurions dû rajouter un item « pas de feuille de liaison » aux possibilités de réponses car beaucoup ont répondu « non » mais on ne sait pas si cela signifie que « non » ce n'est pas noté sur la feuille ou « non » car la feuille n'existe pas.

2. Discussions des résultats

Deux points importants sont ressortis de l'étude :

- Les personnels exerçant au bloc opératoire ont le sentiment que le nombre d'obèses augmente dans 86 pour cent des réponses. Ce sentiment confirme comme nous l'avons dit précédemment les résultats de l'étude épidémiologique Obépi 2009.
- 67 pour cent des blocs opératoires étudiés reçoivent au moins un obèse par semaine.

Nous allons maintenant vérifier les hypothèses posées pour ce travail.

3. Conclusion sur l'hypothèse principale

Le reflet général des réponses permettent de confirmer l'hypothèse principale : les pratiques au bloc opératoire, lors de la prise en charge d'un patient obèse ne respectent pas les critères de qualité et de gestion des risques énoncés dans la littérature médico-chirurgicale, dans le cadre juridique ainsi que dans le cadre de la réglementation des différentes autorités.

4. Conclusion sur les hypothèses spécifiques

- **Absence de moyens matériels destinés à la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire**

L'hypothèse de l'absence de moyens matériels aux blocs opératoires est confirmée : dans notre étude 34 pour cent des blocs ne disposent pas de matériel spécifique à la prise en charge de l'obèse et 47 pour cent ont dû adapter du matériel standard à la chirurgie de l'obèse. On peut souligner dans l'analyse que malgré la présence de moyens matériels, certains blocs ont tout de même été amenés à adapter leur matériel, ce qui pourrait dire que le matériel est en nombre insuffisant. Les moyens matériels adaptés à la prise en charge de l'obèse présents au sein des blocs

opératoires les moins souvent cités sont : les trocarts cœlioscopie, les planches de transfert, les garrots pneumatiques et les sangles de contention.

A la question : Avez-vous été obligé d'adapter le matériel de chirurgie standard à la chirurgie sur patient obèse, 17 pour cent n'ont pas répondu. On pourrait imaginer qu'ils n'ont pas osé répondre de peur d'avouer qu'ils aménagent le matériel en fonction des besoins ou tout simplement ont trouvé la question non appropriée.

Parallèlement à ces résultats, 65 pour cent des établissements sont déjà pourvus de matériel adapté à la prise en charge de l'obèse et les établissements les plus favorisés sont les établissements P.S.P.H. L'investissement économique est propre à chaque établissement et dépend de leurs contrats d'objectifs et moyens.

➤ **Le personnel paramédical n'est pas prévenu que le patient est obèse et ne peut donc pas prendre les dispositions adéquates**

66 pour cent des personnes disent être prévenues de l'obésité du patient et ce dans 52 pour cent des cas une semaine à l'avance et dans 42 pour cent des cas 24 heures avant.

Les personnes conduisant l'information sont en grande partie les anesthésistes souvent par l'intermédiaire du programme opératoire.

On peut conclure que cette hypothèse est infirmée.

➤ **Les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire**

Dans l'enquête réalisée 71 pour cent des agents ne sont pas formés à la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire. En effet 68 pour cent d'entre eux pensent qu'une formation serait nécessaire et 20 pour cent indispensable (total 88 pour cent). Il semblerait que les personnels soit particulièrement favorables à une formation.

Nous pouvons conclure que l'hypothèse est confirmée.

En parallèle, les 28 pour cent d'agents formés l'ont été par le biais du compagnonnage et par les écoles comme I.F.S.I, E.R.I.B.O.D.E et école d'I.A.D.E.

Sur l'ensemble des personnes formées (29 personnes), 4 d'entre elles sont des I.D.E soit 14 pour cent, 5 des I.B.O.D.E soit 17 pour cent et 20 des I.A.D.E soit 69 pour cent.

L'enquête concerne 43 I.D.E, 4 d'entre elles sont formées soit 9 pour cent, 31 I.B.O.D.E, 5 d'entre elles sont formées soit 16 pour cent et enfin 28 I.A.D.E, 20 d'entre eux sont formés soit 71 pour cent.

L'enquête montre également que 73 pour cent des professionnels connaissent les pathologies associées à l'obésité mais en regardant de plus près les réponses, nous nous apercevons que les connaissances concernent les comorbidités de l'obésité mais très peu les risques et les précautions à prendre.

Il semblerait que les I.B.O.D.E et les I.A.D.E soient mieux formées que les I.D.E.

La prise en charge de l'obèse au bloc n'est pas uniquement tributaire des formations mais de la motivation et de l'implication de chacun mais ce n'est pas le sujet de mon travail de recherche.

5. Mise en relation des résultats avec la recherche exploratoire

Comme nous l'avons précisé dans la problématique, les principaux articles traitant le sujet de la prise en charge péri-opératoire de l'obèse sont écrits par nos confrères

anesthésistes. Ceux-ci semblent s'être principalement intéressés au sujet et être très impliqués. Nous retrouvons des résultats similaires dans l'enquête :

- Le taux d'I.A.D.E formés à la prise en charge de l'obèse au bloc est élevé ;
- Les personnes informant le bloc opératoire que le patient est obèse est majoritairement l'anesthésiste.

D'ailleurs à l'école d'anesthésie, les élèves reçoivent un certains nombres d'heures d'enseignements théoriques dans le cadre de la prise en charge de l'obèse au bloc opératoire. Je cite :

- Identification des sites d'anesthésies, protocole d'ouverture, procédure et ouverture de salle 2 heures.
- Ergonomie, organisation de l'environnement du site d'anesthésie 2 heures.
- Installation du patient et prévention des complications liées à la position 4 heures.
- Anesthésie du patient obèse 4 heures.
- Chirurgie viscéral 7heures dont 2 heures consacrées à la chirurgie bariatrique.

L'école d'I.B.O.D.E ne propose que trois heures pour parler des techniques opératoires de chirurgie bariatrique mais malheureusement pas de la prise en charge et installation du patient obèse. Ne serait-il pas possible de modifier le programme ?

6. Portée des résultats

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire hors chirurgie bariatrique.

Il semblerait qu'elle soit toujours insuffisante mais sur le chemin de l'amélioration.

Les matériels spécifiques sont présents dans les blocs à 65 pour cent. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer les résultats de notre enquête avec ceux d'une enquête précédente afin de voir s'il y avait eu une amélioration, une augmentation des moyens matériels et des personnels formés.

Nous espérons avoir pu sensibiliser et peut-être pousser à un questionnement, une réflexion les personnes ayant remplies le questionnaire. Ce travail de recherche peut contribuer modestement à sensibiliser et à informer ceux qui voudront bien le lire et pourquoi ne pas être un élément de comparaison pour d'éventuels travaux futurs.

7. Limites des résultats

Les résultats recueillis ne concernent que des établissements de Meurthe-et-Moselle, de Moselle et un établissement alsacien. Il aurait été intéressant de faire une enquête plus vaste, couvrant un plus grand nombre de régions.

VII CONCLUSION

Ce travail d'intérêt professionnel a pour thème la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire hors chirurgie bariatrique. A partir de la question de départ : « *Pourquoi la prise en charge de l'obèse au bloc opératoire est-elle insuffisante, approximative ?* », des différentes lectures, d'observations, de mon expérience

professionnelle et d'entretiens informels, une problématique a été formulée et a donné la question de recherche suivante : **Comment peut-on améliorer la prise en charge de la personne obèse au bloc opératoire hors chirurgie bariatrique ?**

La première partie de ce travail intitulée modèle d'analyse, a permis de cerner le sujet sous différents angles ainsi que les concepts s'y rattachant.

Pour ce travail de recherche un questionnaire a été élaboré dans le but de savoir si les personnels des blocs opératoires étaient confrontés à une prise en charge régulière de personnes obèses, d'identifier les difficultés qu'elles soient d'ordre matérielles, formatives ou organisationnelles. L'analyse des résultats a montré une prise en charge régulière de personnes obèses au bloc opératoire, des carences de moyens matériels encore présentes, des personnels non formés et demandeurs de formation et une information des personnels correcte mais pouvant être optimisée. Ces résultats ont permis d'identifier les causes probables responsables de la prise en charge aléatoire de la personne obèse au bloc opératoire.

Ces résultats pourront être utilisés pour servir de comparatif lors d'un prochain travail de recherche traitant un sujet similaire. Ce travail pourrait être élargi à une étude nationale ou aux pays dont la prévalence de l'obésité est élevée comme par exemple l'Allemagne, la Grande-Bretagne et les Etats-Unis.

Ce travail permet l'ouverture sur une autre question : Quel est la plus-value de la consultation I.B.O.D.E lors de la prise en charge du patient obèse au bloc opératoire ?

VIII BIBLIOGRAPHIE

Livres :

APFELDORFER G. Je mange, donc je suis. Surpoids et troubles du comportement alimentaire. Petite bibliothèque Payot, 2008, 364 pages.

LENG MC, DUQUESNE F. Stratégies de soins. Du diagnostic infirmier au plan de soins. 2^{ème} éd. Pradel, 1993, 108 pages.

Revue :

HAROCHÉ A. Est-il facile de se faire soigner quand on est obèse ? Inter bloc, tome XXVII, n°4, décembre 2008.

MATHIEU S. La prise en charge de l'obésité au bloc opératoire. Inter bloc, tome XXVII, n°1, mars 2008.

GOUBAUX B, BRUDER N, RAUCOULES-AIME M. Prise en charge péri opératoire du patient obèse. EMC Anesthésie-Réanimation, 2004, 36-650-C-10.

HABERER JP. Anesthésie chez le patient obèse. EMC Endocrinologie-Nutrition, 2010, 10-506-I-10.

Référentiel métier de l'infirmier de bloc opératoire. Inter bloc, tome XXII, n°4, décembre 2003.

GRANGEARD-POLARD C. Obésité mentale ? La clinique lacanienne, 2008/1, n°13, p 129-146.

DUMET N. J'engloutis, je vis, je suis. De l'hyperphagie à la subjectivation. Cahiers de psychologie clinique, 2006/1, n°26, p 69-83.

KETAWA W, ALOULOU J, CHARFI N, ABID M, AMAMI O. Prévalence et facteurs corrélés à une faible estime de soi chez le sujet obèse. Obésité. Springer. Volume 5, n°3, 2010, p 45-50.

En ligne :

BAZIN JE, FUTIER E. Environnement et positionnement du patient obèse au bloc opératoire. En ligne www.mapar.org.

JEANBLANC A. L'obésité une maladie à part entière. En ligne www.lepoint.fr(consulté le 15/08/2012).

INSERM/TNS HEALTHCARE (KANTARHEALTH) ROCHE. Obépi 2009. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. En ligne www.rocche.fr (consulté le 13/11/2011).

INSERM. Obésité. En ligne www.inserm.fr(consulté le 13/11/2011).

Quatorze besoins fondamentaux selon Virginia Henderson. En ligne www.wikipedia.org (consulté le 15/01/2012).

O.M.S. Obésité et surpoids.2011. En ligne www.who.int (consulté le 15/01/2012).

H.A.S. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médical de premier recours. En ligne www.has-santé.fr (consulté le 28/01/2012).

DUMET N. La différence incarnée. Cahiers de psychologie clinique 1/2002, n°18, p 29-44. En ligne www.cairn.info (consulté le 15/08/2012).

VERNIER MH. L'obésité cache une souffrance.2012. En ligne www.estrepublicain.fr (consulté le 15/08/2012).

CAZEAU C. Obésité et chirurgie orthopédique. 2011. En ligne www.chirurgie-du-pied.fr (consulté le 01/01/2013).

Obésité. En ligne www.wikipedia.org (consulté le 04/09/2012).

AL-MAALI M A, AL QABAS. Mauritanie : souffrir pour être belle et grosse.2008. En ligne www.cridem.org (consulté le 04/09/2012).

GreG. Profil de fonction I.B.O.D.E.2006. En ligne www.unaibode.fr(consulté le 13/11/2012).

La peinture. En ligne www.obnet-chez-alice.fr (consulté le 07/10/2012).

Publications officielles :

Circulaire D.H.O.S/E 4 2005-82 du 11 février 2005 relative à la création de pôles interrégionaux spécialisés dans l'accueil des personnes obèses. En ligne www.sante.gouv.fr.

Rapport au Président de la République. Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité. 2009. En ligne www.ladocumentationfrancaise.fr.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privé. Art L-710-1-1 et Art L 710-5. En ligne www.legifrance.gouv.fr.

Loi H.P.S.T n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, aux territoires. Art L 6111-2. En ligne www.legifrance.gouv.fr.

Rapport d'Etape professeur BERLAND : Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences. Octobre 2003. En ligne www.ladocumentationfrancaise.fr.

Décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique. Livre III : auxiliaires médicaux, titre premier : profession d'infirmier(e). En ligne www.legifrance.gouv.fr.

IX ANNEXES

**ANNEXE 1 : Circulaire D.H.O.S/E 4 2005-82 du 11 février
2005 relative à la création de pôles interrégionaux
spécialisés dans l'accueil des personnes obèses.**

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Sous-direction de la qualité
et du fonctionnement des établissements de santé
Bureau de l'ingénierie
et des techniques hospitalières (E4)

Circulaire DHOS/E 4 2005-82 du 11 février 2005 relative à la création de pôles interrégionaux spécialisés dans l'accueil des personnes obèses

NOR : SANH0530072C

Date d'application : immédiate.

Annexes :

- I. Définition et prévalence de l'obésité.
- II. Répartition géographique des pôles d'accueil.
- III. Proposition de schéma fonctionnel d'un pôle d'accueil.
- IV. Plan d'équipement.

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre] ; Mesdames et Messieurs les préfets (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

Les constantes anthropomorphiques de la population évoluant, il est demandé de mettre en oeuvre au niveau interrégional une organisation permettant la prise en charge dans les établissements de santé des personnes obèses et notamment celles atteintes d'obésité morbide (*cf.* définitions en annexe I).

En 2003, la France comptait plus de 5,3 millions de personnes obèses et 14,4 millions de personnes en surpoids et la prévalence de l'obésité était de 11,3 % (une répartition régionale est jointe en annexe I). Force est de constater que le parc des équipements médicaux des établissements de santé n'est pas adapté à la prise en charge des patients en surpoids ou souffrant d'obésité. Les patients atteints d'obésité morbide sont souvent complètement exclus du système de soins.

Pour remédier en urgence à cette inégalité d'accès au système de soins de la population souffrant d'obésité, il est proposé de créer 8 pôles interrégionaux d'accueil spécialisés répartis sur l'ensemble du territoire. Ces pôles seront situés dans les villes de Lille, Rennes, Paris, Nancy, Limoges, Lyon, Toulouse, Marseille comme précisé sur la carte jointe en annexe II.

Les 8 CHU retenus devront disposer des moyens techniques, humains et organisationnels permettant la prise en charge de cette catégorie de patient, tant sur le plan technique que psychologique. En complément de cette prise en charge médicale, ces pôles d'accueil doivent être équipés d'une consultation pédagogique de nutrition afin de travailler davantage sur la prévention de cette pathologie.

Sur le plan technique, les CHU retenus doivent s'équiper d'au moins un exemplaire de table d'examen et de table d'opération capables de supporter des masses de plus de 300 kilos ainsi que de lits médicalisés, de fauteuils et de sanitaires dans les salles d'attentes et les chambres d'hospitalisation, adaptés à cette population de patient. Il est par ailleurs évident que cette pathologie ne peut pas être réellement prise en charge sans les moyens techniques facilitant les manipulations et le levage des patients par le personnel lors des soins et des transferts. Un plan d'équipement

type d'un pôle d'accueil des patients obèses, avec une indication du coût d'acquisition, ainsi que des fiches détaillées des installations et équipements nécessaires, sont proposés en annexe III et IV.

Au niveau interrégional, au moins un exemplaire de véhicule sanitaire devra également être disponible pour assurer le transport de patients souffrant d'obésité morbide dans les meilleures conditions de sécurité et de confort.

S'agissant de l'imagerie médicale, les équipements déjà installés ne permettent pas de pratiquer d'examen diagnostique autre que des échographies et certains examens de radiologie conventionnelle sur les patients obèses. En outre, l'offre industrielle ne permet pas encore de répondre correctement à la prise en charge de tous les patients car il subsiste des contraintes techniques tels le diamètre des tunnels et la masse admissible des tables. Cependant, attendu que les CHU sont déjà pourvus d'un remnographe (IRM), pour répondre aux besoins de la population, il est fortement recommandé d'implanter un remnographe à champ ouvert en complément de celui déjà installé sur les CHU retenus. Il est à noter qu'un remnographe à champ ouvert facilite la prise en charge de patients à mobilité réduite, souffrant de claustrophobie ainsi que la pratique d'actes interventionnels.

Sans négliger les résultats de la prévention de l'obésité qui a déjà été initiée, à court terme la priorité est allouée à la création de ces huit pôles d'accueil spécialisés. Néanmoins, étant donné la prévalence de cette pathologie, tous les départements devront, à moyen terme, pouvoir prendre en charge les patients obèses dans les meilleures conditions pour le patient mais également pour le personnel hospitalier.

*Le ministre des solidarités,
de la santé et de la famille,
P. Douste-Blazy*

ANNEXE I DÉFINITIONS

L'obésité et l'obésité morbide se définissent à partir du calcul de l'indice de masse corporelle ou IMC selon la formule suivante :

$$\text{IMC} = \text{poids(kg)}/[\text{taille(m)}]^2$$

Poids normal : IMC compris entre 18,5 et 24,9

Excès pondéral : IMC entre 25 et 29,9

Obésité : IMC entre 30 et 34,9

Obésité sévère : IMC entre 35 et 39,9

Obésité morbide : IMC supérieure ou égale à 40

Tableau 1 : répartition de l'obésité par région

Tableau 1. - Répartition de l'obésité par région

	ObEpi 1997	ObEpi 2000	ObEpi 2003	ÉVOLUTION en 3 ans (2000-2003)	ÉVOLUTION en 6 ans (1997-2003)
Nord	12,8 %	13,5 %	15,3 %	13,3 %	19,5 % (*)
Bassin parisien (1)	9,2 %	11,0 %	12,8 %	16,4 %	39,1 % (*)

Est	8,2 %	11,4 %	11,3 %	-0,9 %	37,8 % (*)
Sud-Est	8,2 %	8,8 %	10,1 %	14,8 %	23,2 % (*)
Sud-Ouest	7,7 %	8,7 %	10,3 %	18,4 %	33,8 % (*)
Méditerranée	7,5 %	9,8 %	10,9 %	11,2 %	45,3 % (*)
Ouest	6,9 %	7,6 %	9,7 %	27,6 %	40,6 % (*)
Région parisienne (2)	6,7 %	8,6 %	11,4 %	32,6 %	70,1 % (*)

(*) Il y a donc une augmentation de 70 % entre 1997 et 2003 de la proportion de personnes obèses dans la région parisienne.

(1) Zone géographique délimitée par les grandes villes suivantes : Amiens, Le Havre, Reims, Troyes, Orléans, Rouen.

(2) Petite et grande couronnes.

Source : ObEpi 2003.

ANNEXE II RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PÔLES SPÉCIALISÉS DANS L'ACCUEIL DES PERSONNES OBÈSES

ANNEXE III PROPOSITION DE SCHÉMA FONCTIONNEL D'UN PÔLE D'ACCUEIL POUR PATIENTS OBÈSES

- a) Salle d'attente : fauteuils de salle d'attente (× 10).
 - b) Anesthésie bloc opératoire : table d'opération (× 1).
 - c) Réanimation : lits médicalisés (× 2).
 - d) Imagerie médicale : IRM aimant ouvert à bas champ magnétique (× 1).
 - e) Salle de soins et d'examen : table d'examen (× 1).
 - f) Hospitalisation (3 chambres) : lits médicaux 250 kilos (× 3) ; lit médical 450 kilos (× 1) ; portique 400 kilos (× 1) ; fauteuils de repos (× 2) ; salles de bains et sanitaires (× 3).
- Equipements transversaux : chariots (× 2) ; brassards de tension (× 5) ; sanitaires (× 5) ; lève-malade (× 2).

ANNEXE IV TABLEAU 2. - PLAN D'ÉQUIPEMENT NÉCESSAIRE POUR LA CRÉATION D'UN PÔLE D'ACCUEIL

ÉQUIPEMENT	VOLUME PAR PÔLE	COÛT À L'ACQUISITION Euro (HT)	COÛT EN RENOUVELLEMENT Euro (HT)
Table d'opération	1	1 × 35 000 = 35 000	1 × 10 000 = 10 000
Table examen	1	1 × 7 500 = 7 500	1 × 1 500 = 1 500
Fauteuil de repos	2	2 × 2 400 = 4 400	2 × 2 000 = 4 000

Lits 250 kilos	5	$5 \times 3\,000 = 15\,000$	$5 \times 800 = 4\,000$
Lit 500 kilos	1	$1 \times 7\,000 = 7\,000$	$1 \times 4\,800 = 4\,800$
Portique 400 kilos	1	$1 \times 8\,450 = 8\,450$	$1 \times 8\,450 = 8\,450$
Lève malade 300 kilos	2	$2 \times 6\,852 = 13\,704$	$2 \times 3\,000 = 6\,000$
Balance 300 kilos	1	$1 \times 2\,000 = 2\,000$	$1 \times 1\,800 = 1\,800$
Brassard de tension	5	$5 \times 150 = 750$	$5 \times 50 = 250$
Matelas anti-escarre	6	$6 \times 1\,000 = 6\,000$	$6 \times 500 = 3\,000$
Salle de bain	3	$3 \times 3\,200 = 9\,600$	$3 \times 1\,500 = 4\,500$
Chariot 200 kilos	2	$2 \times 3\,000 = 6\,000$	$2 \times 1\,500 = 3\,000$
Total		115 404	51 300
Total pour 8 centres		923 232	410 400

Fiches détaillées des équipements et installations nécessaires

ANNEXE 2 : Rapport BERLAND 2003 : « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ».

MISSION

**« COOPERATION DES PROFESSIONS DE SANTE : LE
TRANSFERT DE TACHES ET DE COMPETENCES »**

**Rapport d'étape présenté par
Le Professeur Yvon BERLAND**

1.3.6 Coopération entre les professions de santé dans le domaine chirurgical

1.3.6.1 Des transferts de compétences qui s'ignorent

Comme pour les consultations infirmières il existe quelques exemples en France de délégations de tâches chirurgicales non formalisées à des infirmiers. Cela va de la pause d'un plâtre à l'ablation de broches osseuses ou à la « fermeture » des malades. Par contre, il existe une barrière peu perméable entre l'intérieur et l'extérieur du bloc opératoire. En dehors de centres de chirurgie ambulatoire, peu d'infirmières de bloc exercent une activité régulière de consultation et/ou de soins pré ou post-opératoires.

1.3.6.2 Une nécessaire réflexion.

Les chirurgiens toutes spécialités confondues vont comme les médecins spécialistes vers une diminution sensible de leurs effectifs qui seront par ailleurs de plus en plus féminisés.

Le rapport Domergue a évoqué le transfert de compétences en chirurgie comme une solution à envisager pour faire face aux difficultés annoncées.

La réflexion concernant ce transfert de compétences doit impliquer les infirmières de bloc opératoire diplômées d'état (IBODE).

Les IBODE sont des infirmières spécialisées, formées en 18 mois (3 ans de formation initiale et 18 mois de formation complémentaire). On recense suivant la profession environ 4500 IBODE. L'arrêté du 22 Octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire présente le programme de formation. Ce programme a pour objectif de développer des compétences d'infirmier spécialisé dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Un infirmier de bloc opératoire apte à exercer les rôles d'infirmier circulant instrumentiste et aide-opératoire.

- Un infirmier de bloc opératoire apte à prendre en compte la gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement du secteur où il exerce et notamment la lutte contre les infections nosocomiales.

- Un infirmier de bloc opératoire bénéficiant d'un savoir professionnel lui permettant d'affirmer son identité professionnelle. Leur formation consiste à une formation à la fois théorique et pratique.

Les IBODE souhaitent une large concertation avec les chirurgiens sur la délégation d'actes chirurgicaux. Un questionnaire est adressé aux IBODE par la profession afin d'organiser une conférence débat au mois d'octobre au Centre Georges Pompidou avec les chirurgiens, notamment ceux dirigeant les écoles d'IBODE.

Les chirurgiens directeurs d'Ecoles que j'ai rencontrés sont prêts à conduire cette réflexion souhaitée par les IBODE et souvent par eux-mêmes afin d'évaluer l'intérêt de mettre en place des délégations de compétences qui pourraient se traduire par un gain de temps médical. Parmi les délégations de compétences sont évoquées :

- en pré-opératoire: l'information (Hygiène, infections nosocomiales...)

-en per-opératoire: l'installation du malade en position opératoire, la mise en place des champs opératoires, l'aide opératoire, certaines sutures notamment cutanées.

-en post-opératoire : suivi des pansements, visites.

**ANNEXE 3 : Loi H.P.S.T n° 2009-879 du 21 juillet 2009
portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à
la santé, aux territoires.**

Article L 6144-1

Article L 6111-2

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

« Art.L. 6144-1.-Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

« Art.L. 6111-2.-Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

« Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. »

ANNEXE 4 : Le questionnaire

**Prise en charge des patients obèses au bloc opératoire
hors chirurgie bariatrique
Personnes cibles : IBODE – IDE – IADE**

1 - POPULATION

Vous êtes :

Diplôme / Spécialité : IDE IBODE IADE
Ancienneté au bloc : 0-2 ans 3-5 ans 6-10 ans + de 10 ans
Secteur privé **public** **PSPH**
Spécialités chirurgicales orthopédie digestif cardiologie
urologie gynécologie autres Citez :

2 - FORMATION

A quelle fréquence prenez-vous en charge des personnes obèses au bloc opératoire ?

Jamais moins d'1 fois/mois 1 à 3 fois/mois
1 fois/ semaine 2 à 3 fois/semaine plus de 3 fois/semaine

Avez-vous le sentiment que le nombre de personnes obèses augmente ?

Oui Non

Etes-vous formés à la prise en charge des personnes obèses au bloc opératoire ?

Oui Non

Si oui, comment avez-vous été formés ?

Intramuros : formateurs médicaux/chirurgicaux
formateurs paramédicaux compagnonnage par l'équipe
 Extramuros : formateurs extérieurs
faculté de médecine, IFSI, ERIBODE centre de formation continue

Si vous n'êtes pas formé(e), pensez-vous que cela serait :

Nécessaire Inutile
Indispensable Accessoire

Connaissez-vous les pathologies associées à l'obésité, les risques particuliers et les précautions à prendre lorsque l'on opère un obèse ?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous les citer ?

-
-
-
-

3 - MATERIEL

Y a-t-il des matériels spécifiques dans votre bloc pour la prise en charge de patients obèses ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

-
-
-
-

Les utilisez-vous ? Oui Non

Avez-vous déjà été obligé(e) d'adapter le matériel standard à la chirurgie sur patient obèse ?

Oui Non

Si oui, lesquels et pourquoi ?

-
-
-

Connaissez-vous le poids maximum supporté par vos tables d'opérations ?

Oui Non

Si oui, citez :

4 - ORGANISATION COMMUNICATION

Etes-vous prévenu(e) lors de la programmation que le patient est obèse ?

Oui Non

Si oui, combien de temps à l'avance ?

24 heures 48 heures

une semaine plus d'une semaine

De qui vient l'information ?

Anesthésiste Chirurgien Cadre de bloc Secteur d'hospitalisation

Autre Citez :

Par quel moyen ?

Informatique Dossier patient Planning opératoire Feuille de liaison

Est-ce que le matériel spécifique à l'intervention est indiqué sur la feuille de liaison chirurgien-bloc :

Oui Non

Merci de votre collaboration.