MINISTERE DE LA SANTE

REGION LORRAINE

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

DE NANCY

PROPOSITION D'UN FASCICULE DE KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE A L'USAGE DES FUTURS OPERES ABDOMINAUX.

Service Hospitalier de Rééducation
C. H. U. - BRABOIS
NANCY - VANDŒUVRE

M.A. PLANCHE C.S.K

05 MAI 1997

Rapport de travail écrit personnel
présenté par : **Christelle BLANC**
étudiante en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'état
de masseur-kinésithérapeute
1996-1997.

SOMMAIRE

Pages

RESUME

1. INTRODUCTION **1**

1.1. Revue bibliographique 1

1.2. Les raisons de ce fascicule 3

1.2.1. Observations personnelles 3

1.2.2. Le comportement des patients 3

1.2.3. Ce qu'en pensent les kinésithérapeutes 4

1.3. Les buts de ce fascicule 4

2. MATERIEL ET METHODE **5**

2.1. Présentation du fascicule 5

2.2. Elaboration du fascicule 6

2.2.1. Le ton et l'organisation 6

2.2.2. Explications données 7

2.2.3. Exercices proposés 8

2.2.4. Les B.P.C.O 9

2.2.5. Test auprès des malades - améliorations et changements 10

2.3. Distribution et explications fournies 10

2.3.1. Quels malades ? 10

Pages

2.3.2. Présentation aux patients 10

2.3.3. Questions posées par les malades à la réception du fascicule 11

3. EVALUATION DU FASCICULE 12

3.1. Critères 12

3.2. Elaboration du questionnaire à l'attention des kinésithérapeutes 13

3.3. Distribution du questionnaire aux kinésithérapeutes 14

3.4. Elaboration du questionnaire à l'attention des malades (ANNEXE III) 15

3.5. Distribution du questionnaire aux malades 16

4. RESULTATS 16

4.1. Réponses des kinésithérapeutes 16

4.1.1. Critères d'accessibilité et questions suscitées 16

4.1.2. Utilisation 17

4.1.3. Répercussions 18

4.1.4. Critiques et points positifs 19

4.1.4.1. Critiques 19

4.1.4.2. Points positifs 20

4.1.5. Utilité 20

4.2. L'avis des patients 20

4.3. Synthèse 21

5. DISCUSSION 22

Pages

5.1. Améliorations 22

5.2. Possibilités d'utilisation 23

6. CONCLUSION 24

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

Les futurs opérés abdominaux ne connaissent pas toujours les répercussions respiratoires que peut engendrer l'intervention dont ils vont bénéficier ; c'est pourquoi, nous proposons un fascicule ayant pour but de les informer.

Celui-ci expose en premier lieu les suites opératoires auxquelles ils peuvent s'attendre, il propose des conseils d'hygiène de vie et des exercices à réaliser seul selon la phase pré- ou post-opératoire où ils se trouvent. Son objectif est d'améliorer la préparation de ces patients.

Nous l'avons remis à une population de patients pour lesquels une préparation kinésithérapique était prévue . Nous avons soumis à ces malades un questionnaire et un autre plus complexe aux kinésithérapeutes, ceci afin d'évaluer la portée et les conséquences de ce fascicule.

Dans l'ensemble, kinésithérapeutes et patients l'ont bien accueilli (60 % des malades s'en sont servi et cette utilisation a été correcte). Les kinésithérapeutes expliquent que le Q.I. trop bas de certains patients a rendu son emploi impossible. Toutefois ils y sont majoritairement favorables et ont perçu une amélioration sensible du travail des patients avant et après l'intervention. Ils seraient prêts à inclure ce fascicule dans leur prise en charge.

Avec quelques améliorations, il est donc utilisable en service hospitalier mais en raison de l'application des ordonnances d'avril 1996, le temps d'hospitalisation diminue et il serait intéressant d'adapter ce fascicule à l'usage des kinésithérapeutes exerçant en cabinet libéral.

1. INTRODUCTION

1.1. Revue bibliographique

En parcourant la bibliographie, nous nous apercevons que de nombreux auteurs, médecins ou kinésithérapeutes, s'accordent à dire que la chirurgie abdominale engendre des perturbations importantes de la fonction respiratoire, qui sont une des premières causes de morbidité et de mortalité postopératoires. (4, 10)

Ces complications pulmonaires découlent de plusieurs facteurs :

- liés à la chirurgie : le type et la durée de l'intervention, l'importance des pertes sanguines et l'incision, surtout sus-ombilicale qui diminue les différents volumes et provoque un syndrome restrictif (6, 7).
- l'anesthésie : diminue la capacité résiduelle fonctionnelle, la clairance muco-ciliaire ; modifie le rapport ventilation/perfusion, provoque une hypersécrétion bronchique et une atélectasie dans 90 % des cas qui subsiste dans 30 % des cas ; cette atélectasie entraînant une altération des échanges gazeux (10).
- Les antécédents et le terrain :
    - le tabagisme de longue durée a des répercussions immunologiques, augmente l'expectoration et la sécrétion bronchique
    - l'obésité, morbide quand le poids du corps est supérieur à 30 % du poids théorique, engendre une diminution de la compliance thoracique, des syndromes d'apnée du sommeil et des problèmes cardio-vasculaires (hypertension artérielle systémique ou pulmonaire, augmentation du volume sanguin circulant et du métabolisme basal)

- la malnutrition et les troubles métaboliques diminuent les performances du diaphragme
- l'âge et les antécédents cardiaques et de maladies respiratoires telles que B.P.C.O., asthme et emphysème pulmonaire
- les pathologies associées : neurologique (S.E.P.) et musculaire (myasthénie)

- les facteurs postopératoires : les antalgiques, comme la morphine qui déprime les centres respiratoires, provoquent l'interruption du transit ; la douleur induit une dyskinésie diaphragmatique, elle empêche également la toux. Il en résulte une hypoxémie, une hypo- ou une hypercapnie, une hypoventilation et une hypersécrétion, il y a une stagnation des sécrétions, un encombrement et une infection.

La nécessité de la kinésithérapie respiratoire, reconnue efficace comme technique de désencombrement lors de la conférence de consensus de Lyon en 1995, ne fait aucun doute en postopératoire pour lutter contre l'hypoventilation et maintenir l'hématose (10, 14).

Depuis 1954, plusieurs articles font état de la kinésithérapie préopératoire et démontrent son efficacité (4, 7, 10, 13, 14). D'autre part ils privilégient sa valeur de préparation physique pour optimiser l'état du patient, mais également la mise en confiance (12) et l'éducation du patient (1). Elle est, pour l'instant, préférentiellement prescrite aux patients dits à risques.

Alors que dans différents articles la kinésithérapie postopératoire est décrite et détaillée, la kinésithérapie préopératoire n'y est que citée dans ses grandes lignes (7, 8).

1.2. Les raisons de ce fascicule

1.2.1. Observations personnelles

Le service de réanimation chirurgicale du C.H.U. de Brabois, reçoit des opérés abdominaux (chirurgie digestive, chirurgie des voies urinaires, chirurgie vasculaire) qui présentent des antécédents respiratoires (tels que B.P.C.O., post-tabagique) ou cardiaques. Parmi ces patients certains ont bénéficié d'une préparation, d'autres non.

Bien sûr, chaque patient est différent au niveau de sa participation, de ses antécédents, de l'histoire de sa maladie, de sa motivation et de son investissement ; mais d'un point de vue purement respiratoire et en dehors de toute autre complication, nous avons observé que, d'une manière générale, les patients préparés réalisent mieux et plus rapidement les exercices, la rééducation est plus dynamique et on peut espérer diminuer la durée du séjour en réanimation.

1.2.2. Le comportement des patients

Nous avons rencontré trois types de patients nécessitant de la kinésithérapie respiratoire :

- des patients aux antécédents pulmonaires qui connaissent l'utilité de la kinésithérapie.
- le deuxième regroupe des patients dits « à risques » ayant des antécédents d'obésité, d'éthylo-tabagisme, souvent porteurs d'un syndrome obstructif et/ou restrictif. Chez ces personnes prenant assez peu soin d'elles, le but de la préparation n'est pas toujours compris.
- le troisième type rassemble les patients opérés en urgence.

1.2.3. Ce qu'en pensent les kinésithérapeutes

Les kinésithérapeutes des services de chirurgie digestive prennent en charge régulièrement des patients en préopératoire. Le temps de préparation de ces patients varie de 2 jours à une semaine, rarement plus, or, selon les auteurs huit jours sont le minimum requis (2). Parfois la kinésithérapie préopératoire est réalisée en cabinet libéral.

Toutefois en deux jours (ce qui est le cas le plus fréquent) toute la partie de préparation physique afin d'optimiser les capacités pulmonaires du patient, n'est pas réalisable : le délai étant trop court pour qu'il y ait une efficacité. L'entraînement aux modes ventilatoires n'est pas aisé, et souvent ils sont mal assimilés par le patient. Les exercices indispensables au désencombrement et à la ventilation efficace en postopératoire ne sont pas automatisés.

1.3. Les buts de ce fascicule

Les buts de ce fascicule découlent des paragraphes précédents dans lesquels nous exposons toutes les raisons qui nous en ont donné l'idée. Il tentera de pallier au peu de temps accordé aux kinésithérapeutes (ce qui est en inadéquation avec la théorie développée dans la bibliographie (2)) et à l'incompréhension de beaucoup de patients.

Nous voulions, à l'aide de ce fascicule, expliquer au malade le pourquoi de la kinésithérapie préparatoire, la nécessité de la kinésithérapie respiratoire postopératoire, et l'amener à s'engager activement dans sa guérison. Le support écrit lui permet de réaliser seul, toutes les 2 heures, comme cela est préconisé (10), des exercices appris avec le kinésithérapeute.

Ce fascicule a pour but d'être un support pédagogique, sans occulter ni remplacer la présence du kinésithérapeute (7, 8) et de faciliter son travail : c'est une sorte d'aide-mémoire utile entre les séances de kinésithérapie.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Présentation du fascicule

Intitulé «Opérés du ventre, soignez votre souffle», destiné à toute personne dont l'intervention nécessite une laparotomie, et comportant 11 pages recto, le fascicule se présente sous la forme de questions/réponses agrémentées de dessins stylisés (ANNEXE I).

Après la page de garde, portant le titre et une courte introduction présentant le fascicule, celui-ci se décompose en trois parties : avant l'opération, après l'opération et le glossaire.

La première partie est organisée en trois sections :

- des explications d'ordre général à propos de l'intervention.
- des conseils d'hygiène de vie.
- des propositions d'exercices à faire seul.

La deuxième partie apporte les conseils à suivre en postopératoire et se veut rassurante .

Le glossaire, troisième partie, revient sur les termes employés dans le fascicule, qui demandent explications.

A la fin se trouve un questionnaire, à l'attention des malades, nous permettant de tester ce fascicule auprès d'eux.

2.2. Elaboration du fascicule

2.2.1. Le ton et l'organisation (ANNEXE I)

Ce fascicule est destiné à un large public, il doit toucher l'individu de tout niveau culturel, de tout âge, plus ou moins soucieux de sa santé et plus ou moins informé de son affection. Il se veut accessible et avenant pour tous les patients. C'est pourquoi, le choix du ton est important pour ne pas être condescendant, ni complexe, ni trop simpliste tout en restant rassurant. Nous avons décidé d'emprunter dès le titre un ton humoristique, qui devrait encourager le lecteur.

De même, nous avons sélectionné un système de questions/réponses afin d'éviter des lourdeurs de rédaction, d'aérer la présentation et de le rendre plus vivant en lui donnant un semblant d'interactivité.

Toujours dans l'intention de ne pas rendre la lecture trop fastidieuse, nous avons créer un glossaire nous libérant d'explications qui auraient engendré des longueurs et pouvant être consulté par les malades désireux d'approfondir le sujet. Ce glossaire autorise l'emploi de termes scientifiques sans avoir à les vulgariser ; ainsi nous restons précis et sérieux, ce qui semble mettre en confiance les patients.

Les dessins tentent d'éclairer les explications : « un bon schéma vaut parfois mieux qu'un long discours », ils se veulent simples et gais, compréhensibles et plaisants. Ils ont également un rôle de convivialité pour aborder un sujet difficile et angoissant.

2.2.2. **Explications données** (ANNEXE I)

Nous avons essayé d'adopter pour les explications « un crescendo » dans nos phrases, afin de ne pas effrayer les futures opérés. Par exemple pour répondre à la question de la douleur, nous avons d'abord expliqué les raisons, puis nous avons introduit la douleur immédiatement associée au traitement antalgique.

Pour plus de rigueur dans nos explications, nous nous sommes appuyés sur la bibliographie (2, 3, 4, 9, 10, 12). Celle-ci très vaste, trop scientifique et directe pour figurer dans le fascicule, nous a obligé à cerner ce qu'il importe au patient de savoir. Nous parlons des suites opératoires : les causes de la douleur, son traitement, les répercussions pulmonaires et des facteurs de risques que sont le tabac, l'obésité, l'âge et les problèmes respiratoires. Nous avons insisté sur le rôle rassurant du kinésithérapeute : conseils, enseignement, éducation, guide, entraînement.

N.B. : En ce qui concerne la question du tabagisme, de récentes études montrent que l'arrêt du tabac n'est profitable que s'il a lieu 8 semaines avant l'opération ; et que l'arrêt dans les 48 heures précédant l'intervention est néfaste (10). Toutefois, dans le fascicule nous prévenons sur les méfaits du tabac et conseillons son arrêt « le plus tôt possible » ; nous prenons cette attitude en désaccord avec ce qui est dit dans la littérature, d'une part afin de ne pas décourager ceux qui ont cessé avant de prendre connaissance du fascicule, d'autre part nous savons (par des observations) que les « grands fumeurs » bien souvent n'arrêtent pas et ne suivront donc pas notre conseil ; enfin dans l'esprit pédagogique de ce livret il nous est difficile de dire : « fumer est néfaste, mais continuez : c'est moins mauvais que de stopper ».

2.2.3. **Exercices proposés** (ANNEXE I)

Nous avons veillé à ce que les exercices décrits dans le fascicule soient facilement réalisables seul et sans danger. Il sont tirés de la bibliographie et ils sont calqués sur la pratique. Ils sont fondés sur l'entraînement aux différents modes de ventilation pour améliorer la fonction pulmonaire, sur l'assouplissement de la cage thoracique et sur les différentes techniques d'expectoration.

Nous précisons le moment pré ou postopératoire, leur durée, le nombre de leur utilisation, leurs modalités d'emploi après l'intervention et le but recherché.

Nous conseillons aux patients de faire au moins trois de ces exercices par série de 10, chaque heure en les variant. En effet, le patient hospitalisé a le temps et il s'agit d'exercices peu fatiguants qui, réalisés à une cadence de 2 secondes pour l'inspiration et 3 secondes d'expiration, sont effectués en 20 minutes. Sur une heure, cela laisse le temps de se reposer ; il faut considérer que pendant les visites, les repas et la digestion, les soins, le patient ne travaille pas. Nous leur indiquons de les continuer au moins un mois après l'intervention.

Nous proposons le travail de la respiration costale, qui sera utile immédiatement après l'opération pour éviter la douleur et protéger les sutures. Cet exercice est suggéré associé ou non à des mouvements d'abduction des membres supérieurs pour mobiliser le grill costal, assouplir la cage thoracique et pour inciter l'augmentation des volumes ; le but en postopératoire étant de ventiler à haut volume courant et basse fréquence afin de favoriser l'hématose et de lutter contre l'encombrement (3).

Nous expliquons aussi le travail de la respiration abdomino-diaphragmatique en préopératoire pour optimiser les capacités du poumon et le travail du diaphragme et en postopératoire différé récupérer la fonction diaphragmatique.

L'enseignement de la toux à glotte ouverte, nécessite un entraînement par imitation du kinésithérapeute. Souvent difficile à faire comprendre, elle permet après l'intervention l'expectoration avec moindre douleur et sans irritation. Elle peut être utilisée avant l'intervention par les patients déjà encombrés.

Nous préconisons une bonne hydratation, la marche, la montée d'escaliers. Nous informons sur les précautions à prendre pour protéger les sutures, sur la prise d'aérosols et sur les exercices musculaires à effectuer lors de l'alitement afin de favoriser la circulation sanguine et d'entretenir la musculature.

2.2.4. Les B.P.C.O.

Nous avons spécialement attiré l'attention des patients atteints de B.P.C.O. ayant déjà bénéficié de kinésithérapie respiratoire sur la nécessité de travailler la respiration costale. En effet, ils sont entraînés à la ventilation abdomino-diaphragmatique ; et nous allons engendrer chez eux une «dissonance cognitive»* avec risque d'incompréhension puisque nous tentons d'automatiser un autre mode ventilatoire : la ventilation costale. Il est donc important de les en avertir.

*N.B. : Théorie selon laquelle la coexistence, chez un même individu, d'éléments de connaissance qui ne s'accordent pas, entraîne de sa part un effort pour les faire mieux s'accorder d'une façon ou d'une autre.

2.2.5. Test auprès des malades - améliorations et changements

Le fascicule a été distribué à 2 patients de chirurgie digestive, nous leur avons demandé après lecture, de répondre au questionnaire se trouvant à la fin (ANNEXE I et § 3.4).

Les réponses obtenues ont été positives pour nous et il n'y a pas eu de questions supplémentaires de la part des patients, ni même de demande de compléments d'explications.

Nous n'avons donc rien changé au contenu du fascicule si ce n'est le titre : « Opérés de l'abdomen, soignez votre souffle » que nous avons transformé en : « Opérés du ventre, soignez votre souffle » afin d'être encore plus accessibles à tous les patients.

2.3. Distribution et explications fournies

2.3.1. Quels malades ?

Le fascicule s'adresse à l'ensemble des patients dont l'intervention nécessite une laparotomie : chirurgie digestive, chirurgie des voies urinaires ou vasculaire.

Les patients que nous avons sélectionnés comme population cible sont ceux pour lesquels une préparation kinésithérapique à l'intervention est prévue.

2.3.2. Présentation aux patients

Les patients ont reçu le livret de deux manières :

- soit nous sommes allés le leur remettre en main propre, en le définissant comme un travail réalisé par une étudiante en vue de l'obtention du diplôme d'état ; nous leur avons fourni des explications sur son utilité et son mode d'emploi. Nous leur avons proposé de le lire, de s'en servir et de donner ensuite leurs impressions par le questionnaire (§ 3.4.) soulignant son intérêt de « feed-back » pour nous. Nous les avons également encouragés à en discuter avec leur kinésithérapeute et à lui poser des questions afin que ce fascicule remplisse son rôle pédagogique et de complément au travail du kinésithérapeute.

- soit, les deux mois de stage étant écoulés, nous l'avons présenté aux 5 kinésithérapeutes concernés, nous leur avons exposé les raisons de ce travail, les buts recherchés, et la nécessité de faire remplir le questionnaire se trouvant en dernière page du livret. Nous leur avons demandé de le faire parvenir aux patients ayant les critères requis. Nous leur avons évidemment fait confiance pour ce qui est des précisions à donner, répondre aux questions des malades et veiller à son utilisation.

2.3.3. Questions posées par les malades à la réception du fascicule

Elles ont porté sur des problèmes pratiques tels que la date de ramassage du questionnaire.

La plus fréquente étant : « le retrouverez-vous si je suis parti au bloc, et si je ne reviens pas dans cette chambre par la suite ? » La seconde question qui est revenue en permanence est : « est-ce que je peux le garder et l'emmener chez moi quand je sortirai ? », ce qui d'ores et déjà démontre le côté rassurant d'un support écrit explicatif.

Tous ont montré de l'enthousiasme à participer au travail d'une étudiante, ce qui a facilité notre demande et a suscité chez eux une grande attention à notre égard.

3. EVALUATION DU FASCICULE

3.1. Critères

Pour obtenir une évaluation objective, nous avons proposé aux kinésithérapeutes et aux malades un questionnaire.

Les points d'évaluation qui nous ont semblé importants sont :

- la clarté.
- la facilité de compréhension et l'accessibilité.
- la suffisance des explications données.
- l'utilisation par les patients du fascicule : avant et après l'intervention, de manière correcte ou non et l'amélioration de leur travail.
- les répercussions psychologiques et physiques : le patient s'en porte-t-il mieux ?
- l'expérience du thérapeute : critiques, améliorations, ce qu'ils ont apprécié, s'en serviraient-ils ?
- L'utilité de ce fascicule

N.B. : A propos des répercussions psychologiques et physiques, c'est un bilan subjectif qui est effectué, car nous avons manqué de temps pour élaborer et mettre en oeuvre un protocole

rigoureux, confrontant 2 populations. Mais nous pensons pouvoir nous fier à l'expérience des kinésithérapeutes de Brabois, qui côtoient ces patients quotidiennement et depuis longtemps, et qui sont donc habilités à juger si oui ou non il y a eu un retentissement chez les patients.

3.2. Elaboration du questionnaire à l'attention des kinésithérapeutes

Ce questionnaire comporte 23 questions, pour faciliter l'analyse des réponses, les questions sont le plus souvent fermées avec comme choix de réponse : oui, non, ou parfois.

Il comporte : (ANNEXE II)

- 4 questions à propos de la compréhension et des questions supplémentaires qui ont été soulevées par les patients ; nous demandons aux kinésithérapeutes celles qui réapparaissent le plus souvent afin d'envisager de les traiter.
- il y a 6 questions sur l'utilisation de ce fascicule : la fréquence et la manière. Nous avons introduit à cet endroit la question : « Si vous deviez faire un rapport sur 10, vous diriez que .../10 patients l'ont utilisé », ce qui nous permet d'estimer la portée de ce travail ; mais à ce niveau doit être pris en compte le rôle d'incitation du thérapeute à se servir du livret. Il y a d'autre part une question ouverte où ils expliquent les raisons de non utilisation qui va nous renseigner sur la possibilité de pallier à cette carence (si elle ne vient pas d'un manque d'intérêt du patient).
- pour juger de l'efficacité de ce livret, nous demandons de préciser le retentissement qu'il a eu sur le travail des patients : à quels niveaux, que ce soit en pré- ou post-opératoire.

- les répercussions physiques et psychologiques (pré- et post-opératoires) font l'objet de 4 questions fermées.
- Le questionnaire pose 3 questions ouvertes, faisant appel à la pratique des kinésithérapeutes, au sujet des critiques et modifications qu'ils souhaiteraient, leur avis étant indispensable pour envisager des améliorations.

Les trois dernières questions induisent la conclusion sur l'utilité et l'éventualité d'un emploi constant de ce fascicule dans les services concernés ; c'est-à-dire si de l'étude nous pouvons passer à une utilisation systématique.

3.3. Distribution du questionnaire aux kinésithérapeutes

Lors de la rencontre avec les kinésithérapeutes des services concernés, nous leur avons présenté le fascicule et demandé de le remettre aux patients (§ 2.3.2.), et nous leur avons soumis le questionnaire (ANNEXE II) en leur expliquant ce que nous en attendions (c'est à dire l'avis de professionnels sur ce travail).

Nous avons fourni à chaque kinésithérapeute un exemplaire du fascicule afin qu'il en prenne connaissance librement et réponde à nos questions et à celles des patients.

Nous avons eu cette entrevue fin décembre, en attendant un retour à la fin du mois de janvier 1997, ceci leur laissant le temps d'apprécier les avantages et les inconvénients de notre travail ainsi que ses résultats. D'autre part, ce temps nous a paru raisonnable pour espérer acquérir une population représentative.

3.4. Elaboration du questionnaire à l'attention des malades (ANNEXE III)

Les critères d'évaluation restent les mêmes que pour les kinésithérapeutes mais le questionnaire est beaucoup moins complexe pour deux raisons :

- tout comme le fascicule, il doit être accessible pour que nous obtenions de tous des réponses à nos questions afin que nos conclusions soient valables.
- il ne doit pas être rébarbatif ou trop long pour ne pas ennuyer des personnes qui sont à la fois malades et anxieuses .

Il comporte 5 questions fermées et 2 ouvertes (ANNEXE III).

Les questions fermées (au choix entre oui ou non) permettant une analyse plus rapide et plus simple portent respectivement sur :

- la clarté
- l'utilité
- la facilité d'utilisation
- le contenu des explications
- la réponse à la totalité des questions qu'ils se posent.

Les deux dernières font chacune l'objet d'une question ouverte afin que les patients puissent exprimer leurs interrogations non satisfaites (ou peut-être celles que le livret leur a suggéré).

3.5. Distribution du questionnaire aux malades

Le questionnaire se trouvant agrafé à la fin du fascicule, il est donc donné aux patients par le thérapeute dès la prise en charge préopératoire.

Le délai accordé pour la réponse est assez court : car nous souhaitons qu'il soit remis avant l'opération. Ceci évitant qu'il ne s'égare (les malades nécessitant parfois un séjour dans un service de réanimation), que les patients s'inquiètent de savoir s'il nous est parvenu, et qu'ils entrent « tranquillement » en phase postopératoire.

Il est à remarquer que le même questionnaire nous a servi à deux étapes de ce travail :

- lors du pré-test sur une population « échantillon » de 2 patients (§ 2.2.5.)
- au moment du test du livret sur une population plus représentative afin de valider notre travail.

4. RESULTATS

4.1. Réponses des kinésithérapeutes

Sur les cinq kinésithérapeutes des services concernés tous ont répondu au questionnaire.

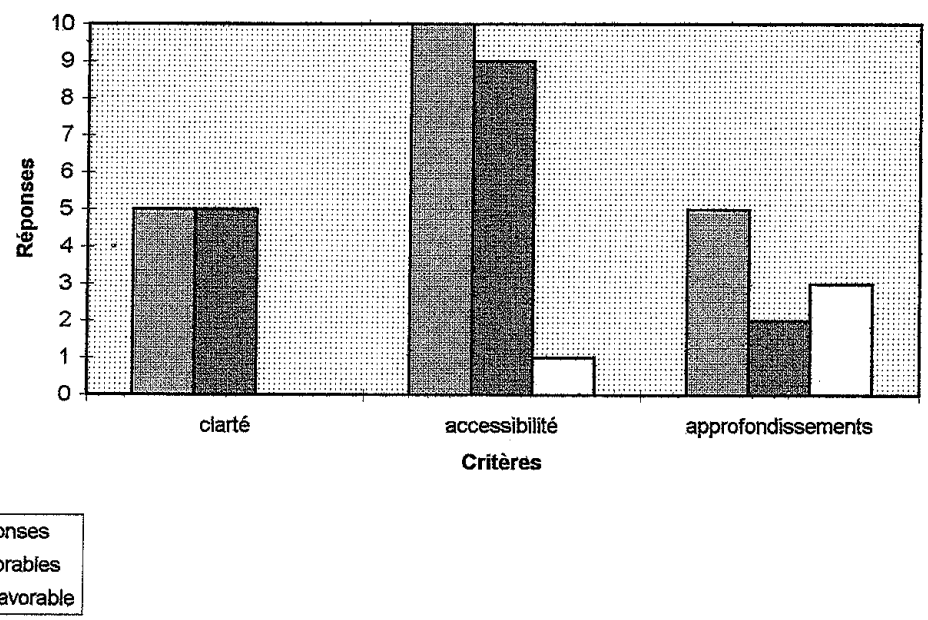
4.1.1. Critères d'accessibilité et questions suscitées (Fig. 1)

L'ensemble des kinésithérapeute trouve le fascicule clair, en revanche la majorité pense qu'il n'est pas accessible à tous les patients. Notamment le kinésithérapeute de chirurgie

digestive souligne qu'il s'adresse à des personnes motivées et ayant un Q.I. minimum ce qui n'est pas le cas de la majeur partie des patients traités; cela nous parait important car notre fascicule est destiné en priorité aux personnes de ce secteur.

D'autre part il a soulevé quelques questions de la part des patients, en particulier sur l'intérêt de certains exercices.

figure 1 : Accessibilté aux patients.



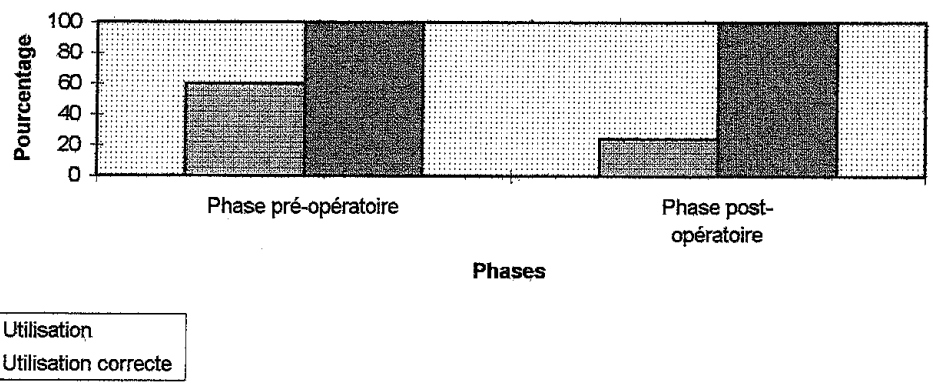
4.1.2. **Utilisation** (Fig. 2)

Une majorité des patients aurait utilisé le fascicule en préopératoire (60 %) ; pour ceux qui ne l'ont pas fait les kinésithérapeutes invoquent un niveau intellectuel trop faible, un manque de

coopération et une incompréhension des problèmes respiratoires postopératoires. Tous font état d'un temps d'hospitalisation préopératoire trop court.

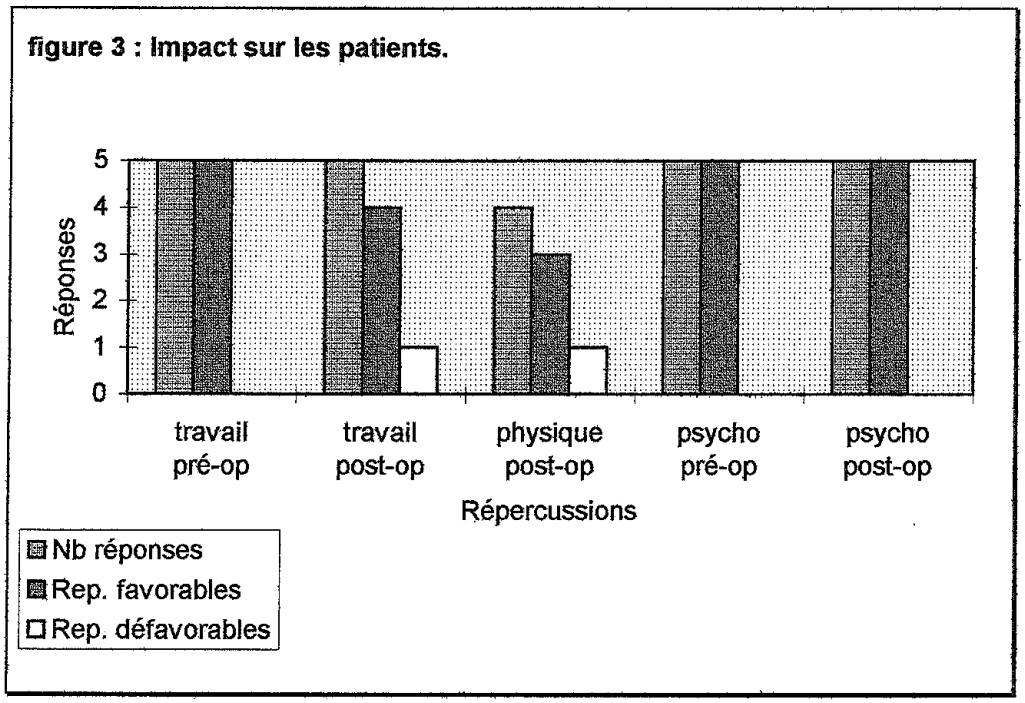
En revanche, seulement 40 % des patients ont pensé à reprendre ce livret en postopératoire. Que ce soit avant ou après l'intervention, l'utilisation a été correcte.

figure 2 : Utilisation en phases pré et post-opératoire.



4.1.3. Répercussions (Fig. 3)

Il y à trois types de répercussions pré- et post-opératoires qui sont regroupées dans la figure 3, celle-ci démontre un bilan positif dans l'ensemble. Le fascicule amène, selon les kinésithérapeutes, une meilleure prise en charge personnelle face à la rééducation, une compréhension plus rapide des exercices à effectuer et un entraînement. Il engendre aussi une prise de conscience de l'importance du problème posé et de la nécessité de la préparation kinésithérapique.



4.1.4. Critiques et points positifs

4.1.4.1. Critiques

Une des critiques du fascicule est qu'il présume d'un certain niveau intellectuel et d'une motivation, ce qui n'est pas le cas de tous les patients.

Les kinésithérapeutes proposent également de supprimer l'introduction, de trouver un format plus pratique et de développer un paragraphe sur l'aérosolthérapie et les produits utilisés.

4.1.4.2. Points positifs

Il suscite l'intérêt des malades, il est facile d'accès, clair, précis et original.

Les kinésithérapeutes ont apprécié le ton humoristique, le côté distrayant des schémas et la disposition en questions /réponses.

4.1.5. Utilité

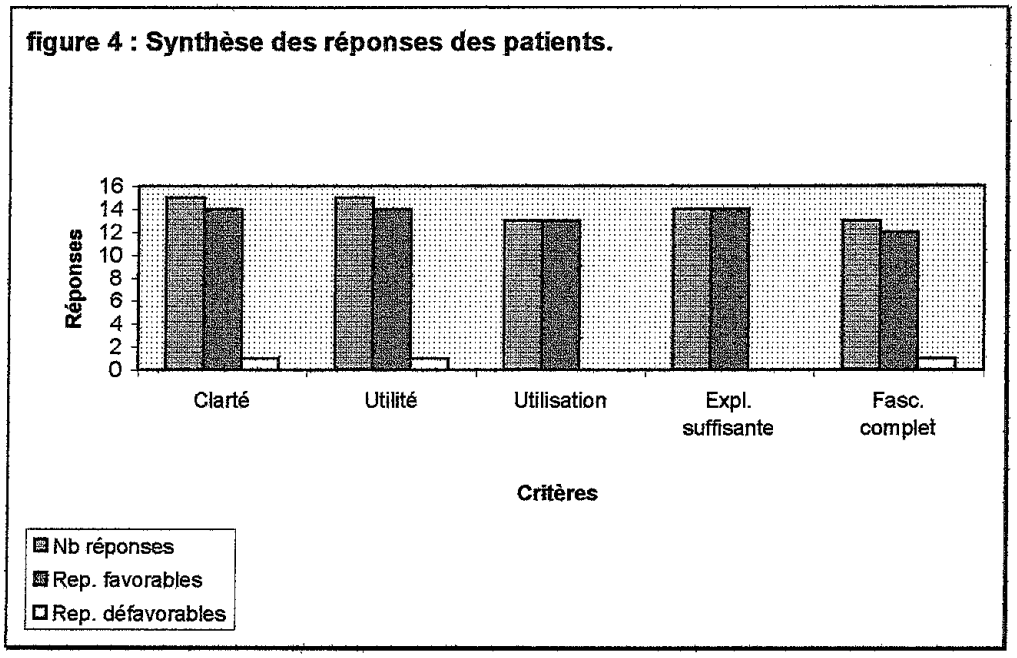
L'ensemble des kinésithérapeutes trouve ce livret utile et se déclare prêt à s'en servir régulièrement.

4.2. L'avis des patients

Quinze patients ont rendu le questionnaire (sur quinze distribués), les réponses selon les différents critères sont regroupées à la figure 4.

Ce tableau montre qu'une majorité des patients est plutôt satisfaite de ce livret. Deux seulement l'ont trouvé trop complexe.

Aucune question supplémentaire engendrée par ce livret n'a été mentionnée.



4.3. Synthèse

De cet essai de un mois, il ressort que nous avons sensibilisé 60% des patients. Les kinésithérapeutes trouvent le fascicule trop complexe pour certains de leurs patients. Toutefois il l'ont jugé utile, clair, précis, original et intéressant les malades.

Ils sont favorables à une association de ce fascicule à la prise en charge des malades. Malheureusement tous regrettent de disposer d'un temps préopératoire trop court, voire inexistant.

5. DISCUSSION

5.1. Améliorations

Le problème majeur est d'être accessible à tous, pour l'instant seulement 60% des patients sont effectivement sensibles à notre travail ; la question qui se pose est : « pouvons-nous mieux faire sans risquer de perdre une certaine rigueur scientifique et sans devenir trop simpliste ? » Faut-il trouver un autre moyen de toucher les personnes dont le Q.I. est trop faible, comme un deuxième fascicule simplifié ou une bande dessinée ?

Nous avons décidé de ne pas développer le paragraphe sur l'aérosolthérapie car tous n'en ont pas besoin et cela surchargerait le fascicule. Le cas échéant, le kinésithérapeute donne les indications nécessaires.

Il serait judicieux de plus insister sur la phase postopératoire afin d'encourager le patient à consulter le livret dans cette période.

Pour une utilisation plus aisée nous proposons de le transformer en un format « cahier », d'y ajouter des couleurs, et de supprimer l'introduction.

Nous transformons la dernière phrase de la page 3 (ANNEXE I) en « ... vous devez être acteur de votre traitement. » et à la page 4, à propos de la respiration abdominale, le mot « autorisation » par « avec l'aide ».

5.2. Possibilités d'utilisation

En un mois, nous espérions une population cible plus importante que celle obtenue : 15 patients seulement.

Entre le moment de l'élaboration de notre projet et notre étude, des modifications sont apparues quant au mode d'hospitalisation des patients opérés. La conjoncture économique et l'application des ordonnances d'avril 1996 incitent à raccourcir le temps d'hospitalisation. Il s'en suit une nouvelle orientation de la kinésithérapie préopératoire, qui serait prescrite à domicile.

C'est pourquoi nous proposons de transformer le fascicule en une brochure d'information contenant des exercices réalisables sans l'aide d'un kinésithérapeute. Celle-ci serait remise au patient lors de la consultation précédant l'intervention. Elle pourrait être assortie d'un film vidéo diffusé lors de la consultation (dans la salle d'attente ou dans une pièce regroupant des personnes dans le même cas). Ce film mettrait en scène une séance de kinésithérapie préopératoire avec l'explication détaillée des exercices décrits dans la brochure. Un kinésithérapeute serait présent dans la salle pour répondre aux interrogations.

Le fascicule peut toutefois rester valable dans le cas où la kinésithérapie préopératoire serait réalisée en cabinet libéral. Il serait alors souhaitable qu'il existe un lien, une communication entre le kinésithérapeute hospitalier et le kinésithérapeute installé. Une bonne information permettrait à ce dernier d'en prendre connaissance et pourquoi pas de s'en aider.

6. CONCLUSION

Ce fascicule a plu aux kinésithérapeutes qui lui ont trouvé de nombreux points positifs (§ 4.1.4.1.) tant sur le fond que sur la forme. Il constitue une référence, un support que le patient peut toujours consulter en cas de doute.

Il a également fait l'unanimité des patients qui étaient motivés ou capables de le comprendre (60 %).

Nous regrettons qu'il n'ait pu s'adresser à tous les futurs opérés de l'abdomen, mais le résultat semble correct quant à son efficacité. Les kinésithérapeutes ont apprécié son effet bénéfique : un entraînement plus régulier, une meilleure réalisation des exercices, leur automatisation plus rapide, des patients moins timorés en pré- et post-opératoire et un état physique moins détérioré après l'intervention (Fig. 3).

Le fascicule a donc atteint son objectif. Il ne doit pas se substituer au kinésithérapeute, mais lui fournir une aide précieuse.

Il serait intéressant d'y apporter les modifications nécessaires, et d'adapter sa diffusion aux nouvelles orientations de l'hospitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. **AUBRETON S.** - Bilan kinésithérapique pré-opératoire d'un opéré de l'oesophage. - Cah. Kinésithér., 1986, fasc. 120, n°4, p. 44, 45.
2. **AUBRETON S.** - Rééducation postopératoire d'un opéré de l'oesophage thoracique. - Cah. Kinésithér., 1986, fasc. 120, n°4, p. 51, 52.
3. **AVINZAC J.P..** - Kinésithérapie pré-opératoire en chirurgie digestive. - Cah. Kinésithér., 1996, fasc. 182, n°6, p. 61 - 64.
4. **DELPLANQUE D., ANTONELLO M.** - Techniques de kinésithérapie en réanimation et soins intensifs. - Kinésithérapie et réanimation respiratoire : de la réanimation au retour à domicile. - 1ère éd. - Paris : Masson, 1994. - p.86 - 101.
5. **DUBREUIL B., MONTRAVERS Ph., MOLLIEX S.** - Modifications respiratoires après chirurgie abdominale et thoracique. - Conférences d'actualisation : anesthésie - réanimation. - Paris : Masson, 1994. - p. 270, 271, 274, 275.
6. **GAUTHIER J.C.** - La kinésithérapie postopératoire après chirurgie abdominale sans complications. - Ann. Kinésithér., 1980, 7, p. 505.
7. **GOUIN, MARTIN, AUFFRAY** - Principes généraux d'anesthésie en chirurgie abdominale chez l'adulte. - Encycl. Méd. Chir., Paris, Anesthésie réanimation. - 36580 A10 - 3 - 1984. - p. 2, 3.
8. **PANSARD J.L.** - Fonction respiratoire et chirurgie abdominale. - Editions techniques - Encycl. Méd. Chir., Paris, Pneumologie - 6066 A10 - 7 - 1992.

9. **PANSARD J.L.** - Fonction respiratoire et chirurgie abdominale - Actuar n°24, p. 50, 51.

10. **REZAIGUIA S., JAYR C.** - Prévention des complications après chirurgie abdominale. - Ann. Fr. Anesth. Réanim., 1996, 15, p. 623 - 646.

11. **ROUKEMA J.A., CAOL E.J., PRINS J.** - The prevention of pulmonary compliactions after upper abdominal surgery in patients with noncompromised pulmonary status. - Arch. Surg., 1988, 123, p. 30 - 34.

12. **SELOT P.** - Kinésithérapie et chirurgie abdominale. Encycl. Méd. Chir., Paris, Kinésithérapie, 26550 A10 - 12 - 1989, p. 3, 4.

13. **STEIN M., CASSARA E.** - Preoperative pulmonary evaluation and therapie for surgery patients. - JAMA, 1970, p. 787 - 790.

14. **THOREN L.** - Post-operative pulmonary complications : observation of their prevention by means of physiotherapie. Acta. Chir. Seand., 1954, p. 107, 193 - 205.

15. **VANDENBROUCQUE G., BENHAMOU D., TROCHE G., ANTONELLO M.** - Retentissements respiratoires des péritonites : place de la kinésithérapie. - Méd. Mal. Infect., 1995, 25 Spécial 114 - 20, p. 116 - 117.