
Année 2018 - 2019

Mémoire de fin d'études
Pour l'obtention du
Diplôme Interuniversitaire
De
Chirurgie Ambulatoire

Etude et Analyse de la préférence des patients quant à leur mode de transport vers le bloc opératoire, dans le cadre d'une prise en charge en Unité de Chirurgie Ambulatoire, pour une intervention de gynécologie.

M^{me} Isabelle Le Noan

*« Une vision qui ne s'accompagne pas d'action n'est qu'un rêve.
Une action qui ne découle pas d'une vision c'est du temps perdu.
Une vision suivie d'action peut changer le monde. »*

Nelson Mandela

SOMMAIRE

1	Introduction.....	3
1.1	Contexte scientifique, état des lieux.....	3
1.2	Objectifs.....	4
2	Matériel et méthode	5
2.1	Recueil de données	5
2.2	Population d'étude.....	5
2.2.1	Critères d'inclusion.....	6
2.2.2	Critère de non inclusion	6
2.3	Définition du critère de jugement.....	6
2.4	Définitions des variables explicatives (ou covariables).....	6
2.5	Description de l'outil psychométrique.....	7
3	Analyse statistique	7
3.1	Statistiques descriptive	7
3.2	Analyse principale	7
3.3	Analyses secondaires.....	8
4	Résultats.....	8
4.1	Description de l'échantillon d'étude	8
4.2	Résultat de l'analyse principale.....	9
4.3	Résultat de l'analyses secondaires.....	11
4.3.1	Critères de mobilité, caractéristiques physiques et prise de traitement.....	11
4.3.2	EXPERIENCE ANTERIEURE AU BLOC OPERATOIRE.....	13
4.3.3	ANALYSE LIKERT.....	13
5	Discussion.....	19
5.1	Synthèse des résultats.....	19
5.2	Forces et limites de l'étude	20
5.3	Discussion des résultats	21
6	Conclusion	22

Bibliographie

Annexe

1 Introduction

1.1 Contexte scientifique, état des lieux.

La littérature médicale apporte la notion de chirurgie ambulatoire dès le début du XX^{ème} siècle. Ce n'est réellement que vers les années 1970 qu'elle se développe rapidement. En France, la chirurgie ambulatoire se développe à la fin des années 90, après la Loi du 31 Juillet 1991, qui définit la chirurgie ambulatoire comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Il y a 20 ans, des études anglaises ou canadiennes montraient déjà que la prise en charge axée sur patient et son implication dans le processus de soin est un atout majeur pour la qualité des soins¹.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est un engagement infini pour le système de santé, et il évolue avec la société. L'intégration du patient dans sa prise en charge, et à chaque étape de son parcours de soin, est un axe de travail fondamental depuis plusieurs années. Effectivement, Le patient acteur de sa pris en charge, le patient qui a le choix, est un élément indispensable à l'amélioration de la qualité des soins.

La prise en charge ambulatoire est une nouvelle culture de soins, c'est un changement de paradigme pour les personnes soignées, mais également pour les soignants. Elle nécessite d'avoir une dynamique réflexive importantes, à toutes les étapes de la prise en charge centrée sur la patient ; elle fait naître de nouveaux métiers au sein des équipes soigantes.

Une prise en charge centrée sur le patient équivaut à l'étude et l'analyse de ses besoins, en nous ramenant aux fondamentaux, au « *cœur de métier* » de soignants, à travers notamment, des 14 besoins de Virginia Henderson², inspirée de Maslow (1954).

Grâce à la prise en charge ambulatoire, et particulièrement la chirurgie ambulatoire, il n'est plus question de « *faire sur le patient* » mais de « *faire avec le patient* » ; la notion de « *prendre soin avec le patient* » prend tout son sens. Et s'interroger sur ses préférences, ses ressentis devient indispensable. C'est le travail d'une équipe qui gravite autour d'un patient, pour qu'il devienne le protagoniste de sa prise en charge.

*« Auparavant [...] une vision directement inspirée du paradigme médical d'alors, centré sur le corps malade, sur une conception de la santé comme « absence de maladie », sur des « besoins du malade » déterminés par le soignant. Un prendre-soin qui était un « faire sur ». [...] Mais il reste encore pratiqué par des soignants obnubilés par le travail sur le corps; il reste ainsi souvent ressenti par des personnes sortant de tel ou tel service hospitalier avec le sentiment d'avoir été traité « comme un objet » ou « comme une chose ».*³

Une perspective centrée sur la personne soignée, comme l'approche perceptuelle de Combs (1976) Fawcett (1995) (théoriciens infirmiers américains) explique que : « *une personne agit en fonction de ses représentations et de ses perceptions face à une situation. Le comportement de chaque*

¹ Keegan-Doody, « Walk or Be Driven? »

² Favetta et Feuillebois-Martinez, « « Prendre soin et formation infirmière » ».

³ Pellissier, « Réflexions sur les philosophies de soins ».

personne est déterminé, non pas par des faits objectifs, mais par sa propre perception et interprétation des faits ».

La compréhension du comportement du patient à partir de son propre point de vue, oriente le soignant pour comprendre ce qu'il vit dans le moment présent, afin d'ajuster la prise en charge à la situation telle qu'elle est perçue par le patient.

Alors, si la satisfaction du patient et de sa famille, ainsi que la qualité et la sécurité des soins chirurgicaux (diminution des infections nosocomiales), dans le cadre d'une prise en charge en ambulatoire n'est plus à prouver, le respect de la personne soignée et de son autonomie sont des questions d'éthique clinique. Sa conséquence la plus directe en est la règle du consentement libre et éclairé.

La majorité des patients se rendent au bloc opératoire en brancard, accompagnés d'un brancardier ou d'un autre soignant.

Le mode de transport allongé fait partie de la « tradition », c'est un rituel. Donner le choix au patient d'y aller en marchant est un changement de paradigme, de pratique, qui nécessite un réel travail d'équipe. Ce n'est plus une prise en charge axée sur le fonctionnement institutionnel mais axée sur les besoins de patient.

L'émergence de l'Evidence-Based Medicine (EBM), ou médecine fondée sur des preuves scientifiques est indispensable. Les soignants définissent leur positionnement entre, le devoir de rigueur scientifique, et le respect de l'autonomie de la personne soignée. Cependant, il faut garder à l'esprit la différence qui existe entre les études scientifiques où sont comparés des groupes de "patients moyens" et, la "vraie vie", où le soignant s'adresse à une personne face à lui.

Les axes de travail concernant le respect du confort, de la pudeur, du bien-être, de la diminution de l'exposition du patient aux stimuli pouvant induire de l'anxiété sont nombreux. L'intérêt de favoriser un climat de confiance par la communication et l'amélioration des lieux d'accueil et d'attente n'est plus à prouver. Mais on ne parle pas du transfert et du fait que cela puisse être un élément déterminant dans la prise en charge du patient.

Les résultats d'une étude de 2015 démontrent que, dans toutes les spécialités chirurgicales confondues, une forte proportion de patients préfère marcher jusqu'au bloc opératoire si on leur en donne le choix. Cependant, la population de gynécologie montre une égalité de préférence entre le transport fauteuil/brancard et en marchant⁴.

A ce jour, dans cette révolution du système de santé en faveur de la chirurgie ambulatoire, quelle est la préférence de mode de transport vers le bloc opératoire du patient pris en charge en Unité de Chirurgie ambulatoire (UCA), pour une intervention en Gynécologie : Le fauteuil/brancard ou bien la marche ?

1.2 Objectifs

L'objectif principal de notre travail est de décrire la préférence du patient pris en charge en Unité de chirurgie ambulatoire, quant au mode de transport utilisé pour se rendre au bloc opératoire, dans le cadre d'une intervention programmée de chirurgie gynécologique.

⁴ Nagraj et al., « Which Patients Would Prefer to Walk to Theatre? »

Les objectifs secondaires de cette étude sont d'identifier les déterminants susceptibles d'influencer ce choix dans la population ciblée, et de réaliser une analyse exploratoire des perceptions et représentations personnelles du patient, quant au fait d'aller au bloc opératoire en marchant.

2 Matériel et méthode

2.1 Recueil de données

Pour répondre à nos objectifs, nous réalisons une étude pilote prospective dont les données sont recueillies à l'aide d'un questionnaire⁵ anonyme comprenant à la fois, des questions ouvertes, et des questions fermées (données sociodémographiques, mode de transfert jusqu'au bloc opératoire, échelle de LIKERT).

Le questionnaire à remplir par le participant comporte 17 questions qui recueillent des données démographiques (âge, poids, sexe, taille), des données d'information opératoire, des données d'information sur la mobilité habituelle (utilisation de cannes, déambulateur,...), sur l'état physique habituel (essoufflement, trouble de l'équilibre...) et sur la prise habituel d'un traitement (anxiété, cardio...).

Il comporte également un tableau d'évaluation d'affirmation sur le fait d'aller au bloc opératoire en marchant pour 6 critères : la diminution du stress, le respect de l'intimité et de la pudeur, le maintien de l'autonomie, le risque de chute, l'exposition au froid et la diminution de la fatigue pour le soignant qui accompagne.

Le questionnaire est donné et rempli de manière anonyme par le participant, après son accueil au sein de l'UCA, avant le passage au bloc opératoire, le jour de l'intervention ou lors d'une consultation paramédicale antérieure, sans information ciblée sur le sujet.

Les données sont collectées sur une période de 3 mois du 15 Mars 2019 au 15 Juin 2019, dans les UCA des 11 hôpitaux français impliqués dans l'étude.

Les données collectées sont auto rapportées par le participant en binaire OUI/NON, sauf pour les variables poids, âge et taille.

Les données collectées sont enregistrées dans un format informatique tabulaire codé (Excel®), puis analysées à l'aide du logiciel R Studio Version 3.6.0

Une lettre d'information avec une note explicative est donnée aux cadre de santé et aux soignants qui délivrent et récupèrent les questionnaires.

Une brève explication est notée au début du questionnaire pour que le participant comprenne l'objectif de cette étude.

2.2 Population d'étude

La population globale de l'étude se compose de participants programmés en UCA pour une intervention de chirurgie gynécologique, orthopédique du membre supérieur ou du membre inférieur, viscérale/digestive ou ophtalmologique, dans 11 hôpitaux publics ou privés français et ayant répondu au questionnaire.

⁵ Annexe

Seuls sont pris en compte les questionnaires remplis en totalité, sans réponse multiple.

Notre population ciblée se compose de participants programmés pour une intervention de gynécologie exclusivement.

La population étudiée est répartie en 4 échantillons

Echantillons :

Numéro 1 : Participant préférant aller au bloc opératoire en marchant

Numéro 2 : Participant préférant aller au bloc opératoire en fauteuil ou en brancard

Numéro 3 : Participant qui n'a pas de préférence (*groupe « peu importe »*)

Numéro 4 : Participant qui ne sait pas

2.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions seront : Participant pris en charge en UCA, majeur, pour une chirurgie gynécologique, ayant répondu au questionnaire dans la phase préopératoire de la prise en charge.

2.2.2 Critère de non inclusion

Ne seront pas inclus les participants:

- Sous tutelle ou curatelle
- Présentant un handicap moteur empêchant la marche jusqu'au bloc opératoire
- Pris en charge pour une interruption volontaire de grossesse

2.3 Définition du critère de jugement

Le critère de jugement principal est la préférence auto rapportée des patients quant au mode de transport pour se rendre au bloc opératoire (debout ou fauteuil/brancard).

2.4 Définitions des variables explicatives (ou covariables)

Les déterminants susceptibles d'influencer la préférence du mode de transport dans la population de participants programmés pour une intervention de gynécologie en ambulatoire sont multiples :

- L'âge
- L'IMC (calculé à partir du poids et de la taille auto rapportés)
- Un antécédent d'intervention chirurgicale
- Une expérience antérieure de trajet en marchant vers le bloc opératoire
- L'utilisation d'une aide au déplacement (cane, béquilles, déambulateur)

- La prise d'un traitement contre
 - L'anxiété
 - La dépression
 - Le diabète
 - Une maladie cardio vasculaire

- Un ou plusieurs symptômes « chroniques »
 - Essoufflement
 - Douleur à la marche
 - Difficulté à la marche
 - Trouble de l'équilibre
 - Trouble de la vue

2.5 Description de l'outil psychométrique

Il s'agit d'un auto questionnaire de type LIKERT pour 6 affirmations : «*Tout à fait d'accord* », «*plutôt d'accord* », «*sans opinion* », «*plutôt pas d'accord* », «*pas d'accord du tout* ».

Le participant exprime son degré d'accord à 6 affirmations associées au fait d'aller au bloc opératoire en marchant : la diminution du stress, le respect de l'intimité et de la pudeur, le maintien de l'autonomie, le risque de chute, l'exposition au froid, la diminution de la fatigue pour le soignant qui accompagne, pour les différents échantillons de la population

3 Analyse statistique

3.1 Statistiques descriptive

Les variables quantitatives sont décrites à l'aide de la moyenne et de l'écart type en cas de distribution normale, ou à l'aide de la médiane et de l'écart interquartile en cas d'écart à la normalité ; les variables qualitatives sont décrites en termes de proportions.

3.2 Analyse principale

Les résultats de l'analyse principale sont exprimés en termes de proportion pour chacune des modalités de choix du mode de transport : [DEBOUT], [FAUTEUIL/BRANCARD], [PEU IMPORTE]. Les pourcentages sont rapportés avec leur intervalle de confiance à 95%.

La notion de «*non opposé* » à aller au bloc opératoire en marchant est attribuée arbitrairement à l'échantillon de population n'ayant pas de préférence quant au mode de transport pour aller au bloc opératoire : [NON OPPOSE].

3.3 Analyses secondaires

Les différences de caractéristiques entre les groupes sont explorées en analyse univariée, avec un risque de première espèce fixé à 5%. Nous utilisons des tests classiques de comparaison de proportions pour les variables qualitatives (test du Chi2 ou test de Fisher si les conditions d'application ne sont pas respectées). La comparaison des variables quantitatives est effectuée à l'aide du test de Student (ou de Wilcoxon-Mann Whitney) si les conditions d'application ne sont pas respectées).

- Probabilité que la prise d'un traitement ait une influence sur la préférence du participant de vouloir aller au bloc opératoire en marchant ou en fauteuil/brancard.
- Probabilité qu'un critère de mobilité, d'état habituel ou la prise d'un traitement ait une influence sur le choix du participant de vouloir aller au bloc opératoire en marchant ou en fauteuil/brancard.
- Probabilité que l'âge et l'IMC aient une influence sur le choix
- Probabilité que d'être déjà allé au bloc en marchant ait une influence sur le choix
- Comparaison de 3 sous-groupes (accord/désaccord) : évaluation d'affirmation sur le fait d'aller au bloc opératoire en marchant pour 6 Critères : la diminution du stress, le respect de l'intimité et de la pudeur, le maintien de l'autonomie, le risque de chute, l'exposition au froid, la diminution de la fatigue pour le soignant qui accompagne.

4 Résultats

4.1 Description de l'échantillon d'étude

Le **tableau 1** présente les caractéristiques de l'échantillon d'étude représentant une population composé de 247 participants, exclusivement des femmes car aucun participant homme n'a répondu au questionnaire.

La proportion de participant ayant déjà été opéré est de 89,47% ; dans cet échantillon de 221 participants, 7,29% sont déjà allés au bloc opératoire en marchant.

Les proportions de participants prenant un traitement quotidien, présentant une difficulté à la marche ou un symptôme chronique pouvant induire sur la marche, est inférieur à 10% ; sauf pour la prise d'un traitement pour le Cœur/Tension ou la proportion est de 10,93%.

Population de l'étude n= 247		
âge moyen (année)	44,34	
poids moyen (kg)	67,18	
taille moyenne (cm)	164,84	
IMC médian	23,2	
Expérience antérieure		
déjà opéré	221	89,47
déjà allé en marchant	18	7,29
Critère physique		
difficulté à la marche	17	6,88
utilise une aide à la marche	4	1,62
Prise d'un traitement		
anxiété	20	8,10
dépression	14	5,67
diabète	7	2,83
cœur/HTA	27	10,93
Symptôme chronique		
essoufflement	12	4,86
douleur à la marche	13	5,26
trouble de l'équilibre	7	2,83
trouble de la vue	11	4,45

Tableau 1

4.2 Résultat de l'analyse principale

Le **Tableau 2** est la représentation graphique de la préférence des participants quant au mode de transport pour se rendre au bloc opératoire, dans le cadre d'une prise en charge en ambulatoire pour une intervention en Gynécologie.

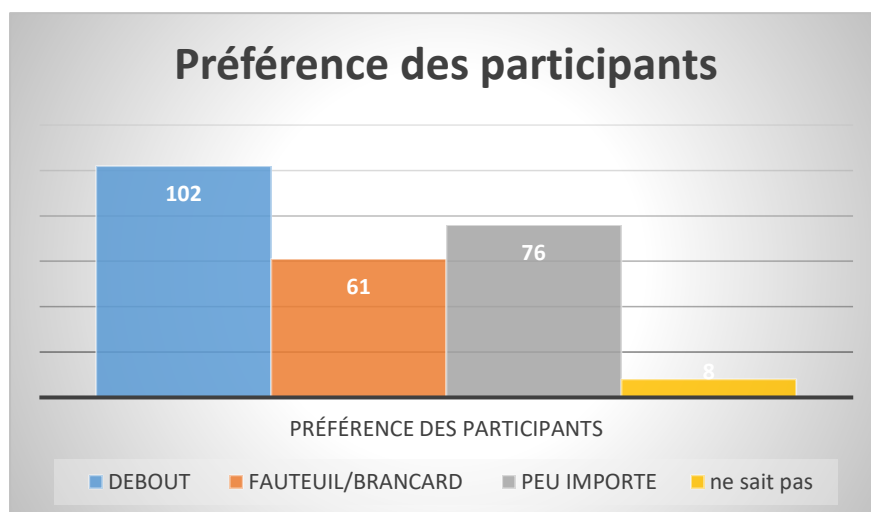


Tableau 2 Préférence des participants quant au mode de transport pour se rendre au bloc opératoire n=247

La proportion des patients qui considère de pas connaître leur préférence est très faible (3,24%). Dans le but de pouvoir réaliser une étude comparative des préférences, le choix est fait d'exclure cette partie de l'échantillon d'étude trop faible.

Le **Tableau 3** est la représentation graphique du nouvel échantillon de population d'étude n= 239 participants.

- L'échantillon numéro 1 [**DEBOUT**] représente la portion de participants préférant se rendre au bloc opératoire en marchant : n= 102 soit 42,68%.
- L'échantillon numéro 2 [**FAUTEUIL/BRANCARD**] représente la proportion de participants préférant se rendre au bloc opératoire en brancard ou fauteuil : n= 61 soit 25,52 %.
- L'échantillon numéro 3 [**PEU IMPORTE**] représente la proportion de participants n'ayant pas de préférence, entre les deux modes de transports proposés, pour se rendre au bloc opératoire : n= 76 soit 31,80 %.

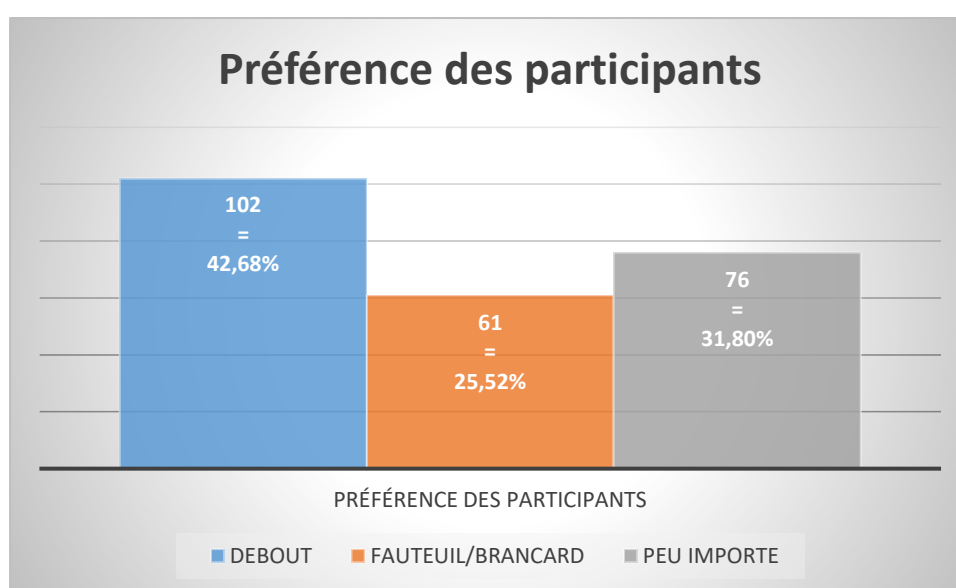


Tableau 3 Préférence des participants quant au mode de transport pour se rendre au bloc opératoire n=239

Nous considérons arbitrairement que la population de l'échantillon numéro 3 [PEU IMPORTE] n'est pas opposée à aller au bloc opératoire en marchant, sans pour autant considérer ce mode de transport comme une préférence.

La population de patient qui n'est pas opposée à aller au bloc opératoire en marchant regroupe les échantillons de population numéro 1 et 3 et représente l'échantillon numéro 4 [NON OPPOSE] soit n= 178 (74,48%).

- La proportion de patient souhaitant y aller **DEBOUT** est significativement plus importante que celle ayant choisi d'y aller en **FAUTEUIL/BRANCARD** (p=0,002).

IC du % fauteuil dans la population Debout VS fauteuil/brancard = [0,3-0,45]

IC du % debout dans la population Debout VS fauteuil/brancard = [0,55-0,70]

- La proportion de patient souhaitant y aller **DEBOUT** n'est pas significativement plus importante que celle ayant choisi d'y aller en **PEU IMPORTE** (p=0,06) (*à la limite de la significativité*)

IC du % peu importe dans la population Debout VS peu importe = [0,35-0,50]

IC du % debout dans la population Debout VS peu importe = [0,50-0,65]

- La proportion de patient souhaitant y aller en **FAUTEUIL/BRANCARD** n'est pas significativement plus importante que celle ayant choisi d'y aller en **PEU IMPORTE** (p=0,23)

IC du % peu importe dans la population fauteuil/brancard VS peu importe = [0,47-0,64]

IC du % fauteuil dans la population fauteuil/brancard VS peu importe = [0,36-0,53]

- La proportion de patient souhaitant y aller en **FAUTEUIL/BRANCARD** est significativement minoritaire par rapport à la population **NON OPPOSE** à y aller en marchant (p<0,0001)

IC du % fauteuil dans la population fauteuil/brancard Vs non opposé = [0,20-0,32]

4.3 Résultat de l'analyses secondaires

4.3.1 Critères de mobilité, caractéristiques physiques et prise de traitement

Le **Tableau 4** présente les résultats de l'analyse secondaire univariée des caractéristiques des participants des groupes [DEBOUT] et [FAUTEUIL/BRANCARD]. Cette analyse ne permet pas de mettre en évidence des différences significatives entre ces deux groupes.

L'âge moyen, la proportion de participants déjà opérés, la prise d'un traitement habituel ou la présence d'un symptôme n'affectent pas le choix des participants.

	GROUPE DEBOUT		GROUPE FAUTEUIL/BRANCARD		p value
	n=102		n=61		
AGE (ans)	45,53	± 14,41	41,97	±13,47	0,12
IMC (MEDIANE)	23,09	[20,81 - 26,03]	23,03	[20,7 - 25,78]	0,62
n et % OPERATION ANTERIEURE	88	86%	49	80%	0,32
n et % EN MARCHANT	10	9,8%	4	6,56%	0,47
Prise de traitement	n	%	n	%	
ANXIETE	8	7,84%	6	9,84%	0,66
DEPRESSION	5	4,90%	4	6,56%	0,73
DIABETE	3	2,94%	3	4,92%	0,67
CŒUR/TENSION	10	9,80%	6	9,84%	0,99
Symptome chronique	n	%	n	%	
ESOUFLEMENT	6	5,88%	5	8,20%	0,75
DOULEUR A LA MARCHÉ	5	4,90%	2	3,28%	0,71
TROUBLE DE L'EQUILIBRE	3	2,94%	1	1,64%	1,00
TROUBLE DE LA VUE	6	5,88%	3	4,92%	1,00

Tableau 4 : Probabilité de choix DEBOUT ou FAUTEUIL/BRANCARD associé à plusieurs caractéristiques

Le **Tableau 5** présente les résultats de l'analyse secondaire univariée des caractéristiques des participants des groupes [DEBOUT] et [PEU IMPORTE]. Cette analyse ne permet pas de mettre en évidence des différences significatives entre ces deux groupes.

L'âge moyen, l'IMC, la prise d'un traitement habituel ou la présence d'un symptôme n'affectent pas le choix des participants.

	GROUPE DEBOUT		GROUPE PEU IMPORTE		<i>p value</i>
	n=102		n=76		
AGE (ans)	45,53	± 14,41	45,18	±13,61	0,87
IMC (médiane)	23,09	[20,81 - 26,03]	24,71	[21,34 - 29,25]	0,21
n et % OPERATION ANTERIEURE	88	86%	68	89%	0,52
n et % EN MARCHANT	10	9,80%	4	5,26%	0,27
Prise de traitement	n	%	n	%	
ANXIETE	8	7,84%	5	6,58%	0,75
DEPRESSION	5	4,90%	4	5,26%	1,00
DIABETE	3	2,94%	1	1,32%	0,64
CŒUR/TENSION	10	9,80%	10	13,16%	0,48
Symptôme chronique	n	%	n	%	
ESSOUFLEMENT	6	5,88%	4	5,26%	1,00
DOULEUR A LA MARCHE	5	4,90%	7	9,21%	0,26
TROUBLE DE L'EQUILIBRE	3	2,94%	4	5,26%	0,46
TROUBLE DE LA VUE	6	5,88%	10	13,16%	0,09

Tableau 5 : Probabilité de choix DEBOUT ou PEU IMPORTE associé à plusieurs caractéristiques

Le **Tableau 6** présente les résultats de l'analyse secondaire univariée des caractéristiques des participants des groupes [FAUTEUIL] et [NON EXPOSE]. Cette analyse ne permet pas de mettre en évidence des différences significatives entre ces deux groupes.

L'âge moyen, l'IMC, la prise d'un traitement habituel ou la présence d'un symptôme n'affectent pas le choix des participants.

	GROUPE FAUTEUIL		GROUPE [NON OPPOSE]		<i>p value</i>
	n=61		n=178		
AGE (ans)	41,97	±13,47	45,38	±14,04	0,099
IMC (MEDIANE)	23,03	[20,7 - 25,78]	23,44	[21,11 - 26,81]	0,27
n et % OPERATION ANTERIEURE	49	80%	156	88%	0,16
n et % EN MARCHANT	4	6,56%	14	7,87%	1,00
Prise de traitement	n	%	n	%	
ANXIETE	6	9,84%	13	7,30%	0,58
DEPRESSION	4	6,56%	9	5,06%	0,74
DIABETE	3	4,92%	4	2,25%	0,38
CŒUR/TENSION	6	9,84%	20	11,24%	0,76
Symptôme chronique	n	%	n	%	
ESSOUFLEMENT	5	8,20%	10	5,62%	0,54
DOULEUR A LA MARCHE	2	3,28%	12	6,74%	0,53
TROUBLE DE L'EQUILIBRE	1	1,64%	7	3,93%	0,68
TROUBLE DE LA VUE	3	4,92%	16	8,99%	0,42

Tableau 6 : Probabilité de choix FAUTEUIL/BRANCARD ou NON EXPOSE associé à plusieurs caractéristiques

4.3.2 EXPERIENCE ANTERIEURE AU BLOC OPERATOIRE

Le **Tableau 7** présente les résultats de l'analyse secondaire qui explore la probabilité qu'une expérience antérieure de marche vers le bloc opératoire a une influence sur le choix du patient. Cette analyse ne permet pas de mettre en évidence des différences significatives entre les différents groupes.

Le fait d'être déjà allé au bloc opératoire en marchant n'influence pas le choix des participants.

Déjà opéré	GROUPE DEBOUT		GROUPE FAUTEUIL/BRANCARD		p value
	n=88		n=49		
n et % EN MARCHANT	10	11,36%	4	8,16%	0,55
Déjà opéré	GROUPE DEBOUT		GROUPE PEU IMPORTE		p value
	n=88		n=68		
n et % EN MARCHANT	10	11,36%	4	5,88%	0,23
Déjà opéré	GROUPE FAUTEUIL		GROUPE [NON OPPOSE]		p value
	n=49		n=156		
n et % EN MARCHANT	4	8,16%	14	8,97%	1,00

Tableau 7 : Probabilité de choix du mode de transport associé à une expérience antérieure de marche vers le bloc opératoire

4.3.3 ANALYSE LIKERT

Le questionnaire de LIKERT proposé aux participants était présenté sous la forme d'un tableau. Le participant a coché la case correspondant à son niveau d'accord pour 6 affirmations concernant le fait d'aller au bloc opératoire en marchant.

Afin de simplifier les données d'enquête, les 5 niveaux d'accord possibles : « *Tout à fait d'accord* », « *Plutôt d'accord* », « *Sans opinion* », « *Plutôt pas d'accord* » et « *Pas d'accord du tout* », ont été combinés en 3 sous-groupes. Les niveaux d'accord « *Tout à fait d'accord* » et « *Plutôt d'accord* » ont été combinés en une catégorie nominale « *D'accord* ». De même, les niveaux d'accord « *Plutôt pas d'accord* » et « *Pas d'accord du tout* », ont été combinés en une autre catégorie nominale « *Pas d'accord* ». Le niveau d'accord « *sans opinion* » a été conservé.

L'analyse du questionnaire de LIKERT permet de comparer le niveau d'accord des participants des 3 échantillons de population (DEBOUT, FAUTEUIL/BRANCARD et PEU IMPORTE), pour plusieurs affirmations, sur le fait d'aller au bloc opératoire en marchant

Les 6 critères explorés sont : la diminution du stress, le respect de l'intimité et de la pudeur, le maintien de l'autonomie, l'exposition au risque de chute, l'exposition au froid et la diminution de la fatigue pour le soignant qui accompagne.

4.3.3.1 Marche et stress

Stress	D'ACCORD (%)	SANS OPINION (%)	PAS D'ACCORD (%)
DEBOUT	91,18	6,86	1,96
FAUTEUIL/BRANCARD	27,87	37,70	34,43
PEU IMPORTE	55,26	28,95	15,79

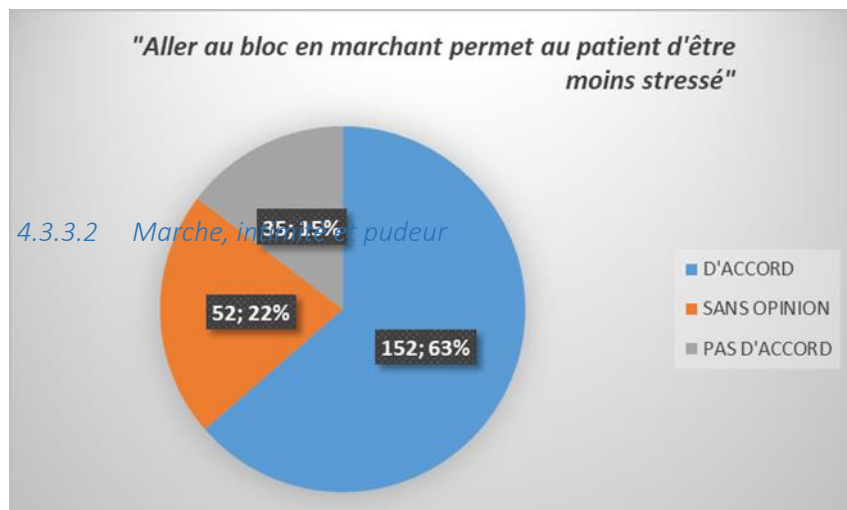
Tableau 8 : Proportions des niveaux d'accord des 3 échantillons de population pour l'affirmation « Aller au bloc opératoire en marchant permet au patient d'être moins stressé »

Le groupe DEBOUT est très majoritairement d'accord à 91,18% avec l'affirmation « aller au bloc opératoire en marchant permet au patient d'être moins stressé » ; seul 1,96% n'est pas d'accord avec cette affirmation et 6,86% n'ont pas d'opinion. Nous constatons des écarts marqués pour ces niveaux d'accord (cf *Tableau 8*).

Le groupe FAUTEUIL/BRANCARD se positionne majoritairement à 37,70% sans opinion pour cette même affirmation, avec des écarts beaucoup moins marqués pour les autres catégories nominales : 27,87% sont d'accord et 34,43% ne sont pas d'accord (cf *Tableau 8*).

Le groupe PEU IMPORTE, qui n'a pas de réelle préférence pour le mode de transport vers le bloc opératoire, est majoritairement d'accord à 55,26% avec l'affirmation que le fait d'aller au bloc opératoire en marchant permet au patient d'être moins stressé, les écarts avec les autres catégories sont également moins marqués (cf *Tableau 8*).

Les résultats orientent sur la supposition sans niveau de preuve, que le fait d'aller au bloc opératoire en marchant peu représenter une aide à la gestion du stress préopératoire pour la majorité des patients de la population étudiée (cf *Graphique 1*).



Graphique 1: Répartition des niveaux d'accord de l'ensemble de la population étudiée pour l'affirmation « Aller au bloc opératoire en marchant permet au patient d'être moins stressé »

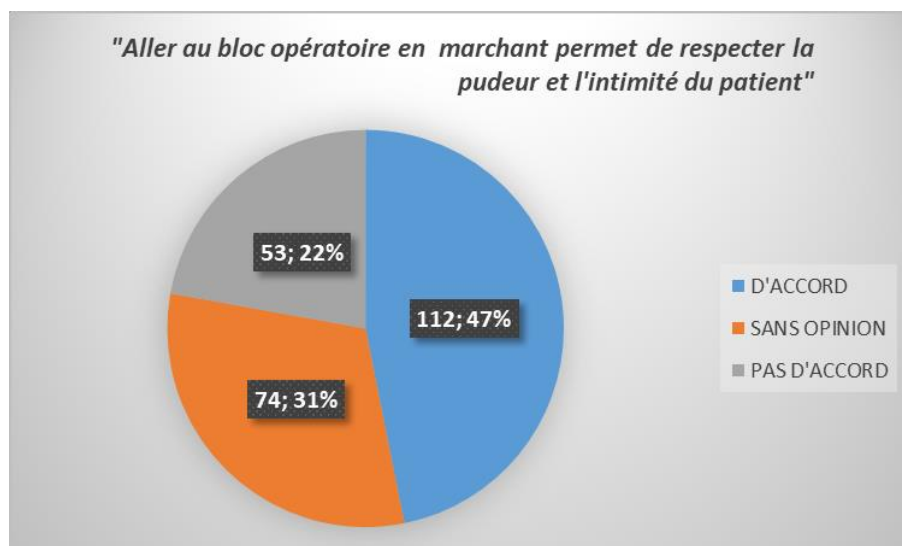
Intimité Pudeur	D'ACCORD (%)	SANS OPINION (%)	PAS D'ACCORD (%)
DEBOUT	65,69	25,49	8,82
FAUTEUIL/BRANCARD	24,59	36,07	39,34
PEU IMPORTE	39,47	34,21	26,32

Tableau 9 : Proportions des niveaux d'accord des 3 échantillons de population pour l'affirmation « Aller au bloc opératoire en marchant permet de respecter l'intimité et la pudeur du patient »

Les participants du groupe DEBOUT et PEU IMPORTE sont majoritairement d'accord à 65,69% et 39,47% avec le fait qu' « aller au bloc opératoire en marchant respecte l'intimité et la pudeur du patient ». Dans le groupe DEBOUT, seuls 8,82% sont en désaccord. L'écart est moins marqué dans le groupe PEU IMPORTE (cf Tableau 9).

Le groupe FAUTEUIL/BRANCARD est majoritairement en désaccord à 39,34% pour cette affirmation, les écarts avec les autres catégories sont moins marqués (cf Tableau 9).

Les résultats ne sont pas le reflet d'une prise de position franche de la part des participants quant au respect de la pudeur et de l'intimité du patient lors d'un transport en marchant vers le bloc opératoire pour la population étudiée (cf Graphique 2).



Graphique 2 : Répartition des niveaux d'accord de l'ensemble de la population étudiée pour l'affirmation « Aller au bloc opératoire en marchant permet de respecter l'intimité et la pudeur du patient »

4.3.3.3 Marche et maintien de l'autonomie

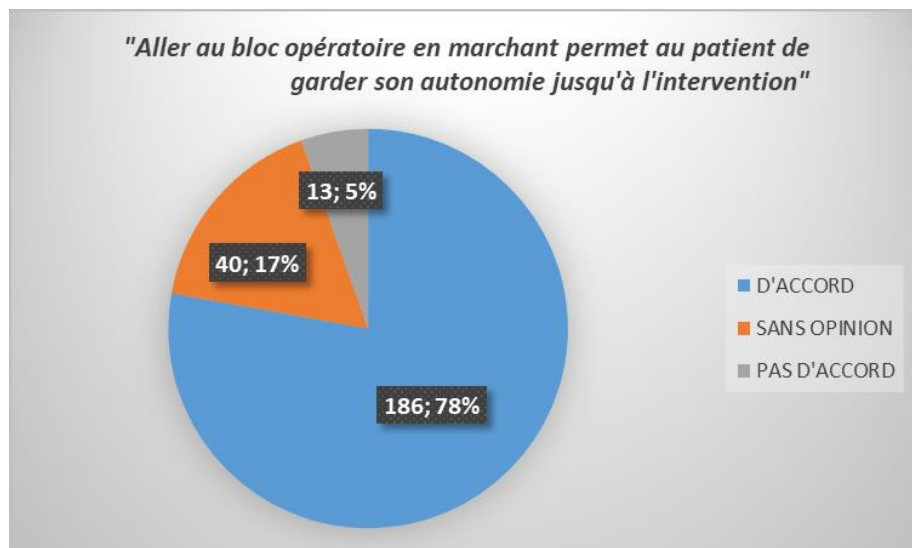
Autonomie	D'ACCORD (%)	SANS OPINION (%)	PAS D'ACCORD (%)
DEBOUT	97,06	2,94	0,00
FAUTEUIL/BRANCARD	52,46	32,79	14,75
PEU IMPORTE	72,37	22,37	5,26

Tableau 10 : Proportions des niveaux d'accord des 3 échantillons de population pour l'affirmation « Aller au bloc opératoire en marchant permet au patient de maintenir son autonomie jusqu'à »

La majorité des participants pour les 3 groupes de population sont majoritairement d'accord avec le fait que le fait d'aller au bloc opératoire en marchant permet le maintien de l'autonomie du patient jusqu'à l'intervention (cf *Graphique 3*).

Dans le groupe DEBOUT aucun participant n'est en désaccord avec cette affirmation, le reste des participants n'ont pas d'opinion (cf *Tableau 10*).

Dans les autres groupes, les participants qui ne sont pas en accord sont majoritairement sans opinion pour cette affirmation (cf *Tableau 10*).



Graphique 3 : Répartition des niveaux d'accord de l'ensemble de la population étudiée pour l'affirmation « Aller au bloc opératoire en marchant permet au patient de maintenir son autonomie jusqu'à l'intervention »

4.3.3.4 Marche et exposition au risque de chute

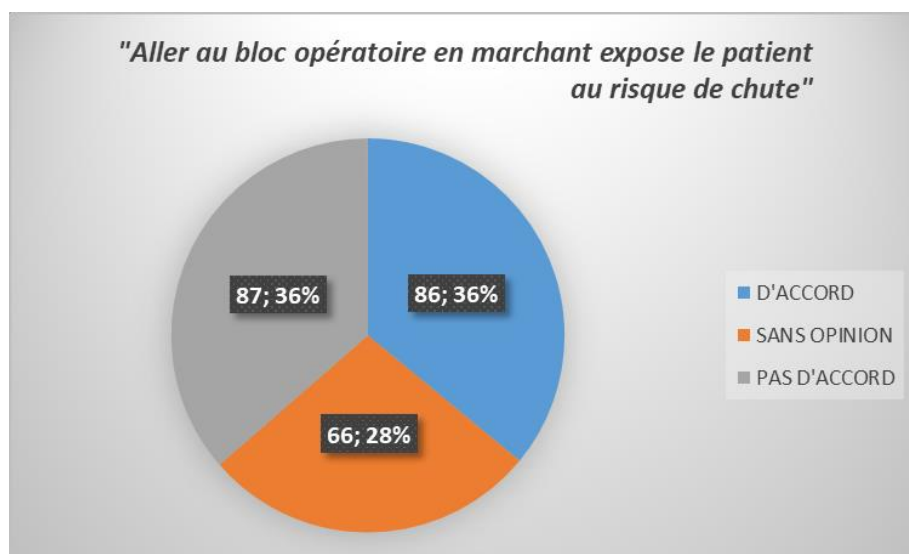
Chute	D'ACCORD (%)	SANS OPINION (%)	PAS D'ACCORD (%)
DEBOUT	13,73	27,45	58,82
FAUTEUIL/BRANCARD	59,02	22,95	18,03
PEU IMPORTE	47,37	31,58	21,05

Tableau 11 : Proportions des niveaux d'accord des 3 échantillons de population pour l'affirmation « Aller au bloc opératoire en marchant expose le patient au risque de chute »

Le groupe debout est majoritairement en désaccord à 58,82% avec l'affirmation qu'aller au bloc opératoire en marchant expose le patient à un risque de chute. Cependant, la proportion de patient sans opinion est presque deux fois supérieure à la proportion de patient en accord avec cette affirmation (cf *Tableau 11*).

Les groupes FAUTEUIL/BRANCARD et PEU IMPORTE sont majoritairement en accord à 59,02% et 47,37% avec cette affirmation. Cependant, dans ces deux groupes, la proportion de participants sans opinion est supérieure à la proportion de participants en désaccord avec le fait qu'aller au bloc opératoire en marchant expose le patient au risque de chute (cf *Tableau 11*).

L'exposition au risque de chute dans le cadre du transport debout vers le bloc opératoire ne représente pas, d'après ces résultats, un critère influençant le choix (cf *Graphique 4*).



Graphique 4 : Répartition des niveaux d'accord de l'ensemble de la population étudiée pour l'affirmation «Aller au bloc opératoire en marchant expose le patient au risque de chute»

4.3.3.5 Marche et exposition au froid

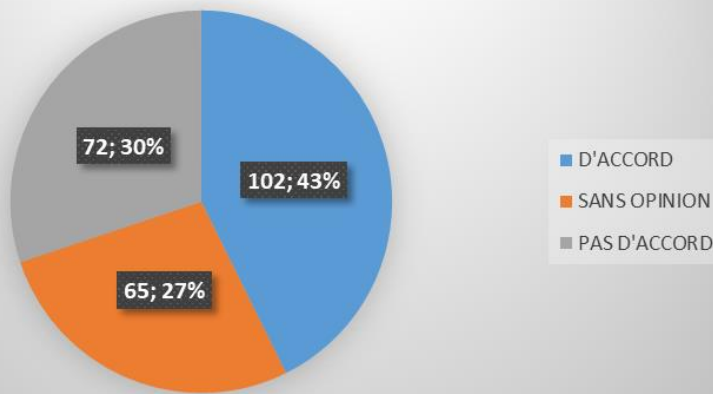
Froid	D'ACCORD (%)	SANS OPINION (%)	PAS D'ACCORD (%)
DEBOUT	22,55	28,43	49,02
FAUTEUIL/BRANCARD	60,66	24,59	14,75
PEU IMPORTE	55,26	27,63	17,11

Tableau 12 : Proportions des niveaux d'accord des 3 échantillons de population pour l'affirmation «Aller au bloc opératoire en marchant expose le patient au froid»

Les groupes FAUTEUIL/BRANCARD et PEU IMPORTE sont majoritairement en accord à 60,66% et 55,26% avec l'affirmation qu'allant au bloc opératoire en marchant expose la patient au froid. Cependant, dans ces deux groupes, la proportion de participants sans opinion est supérieure à la proportion de participants en désaccord avec cette affirmation (cf *Tableau 12*).

Les participants du groupe DEBOUT sont majoritairement en désaccord à 49,02% avec cette affirmation, les écarts avec les autres catégories sont moins marqués, la proportion de participants sans opinion est supérieur à la portion de participants en désaccord avec le fait qu'aller au bloc opératoire en marchant expose le patient au froid.

"Aller au bloc opératoire en marchant expose le patient au froid"



Graphique 5 : Répartition des niveaux d'accord de l'ensemble de la population étudiée pour l'affirmation «Aller au bloc opératoire en marchant expose le patient au froid»

D'après les résultats, sans niveau de preuve, le risque d'exposition au froid pourrait représenter un critère de choix quant au mode de transport pour aller au bloc opératoire. La proportion de patients sans opinion représente une part importante à prendre en compte (cf *Graphique 5*).

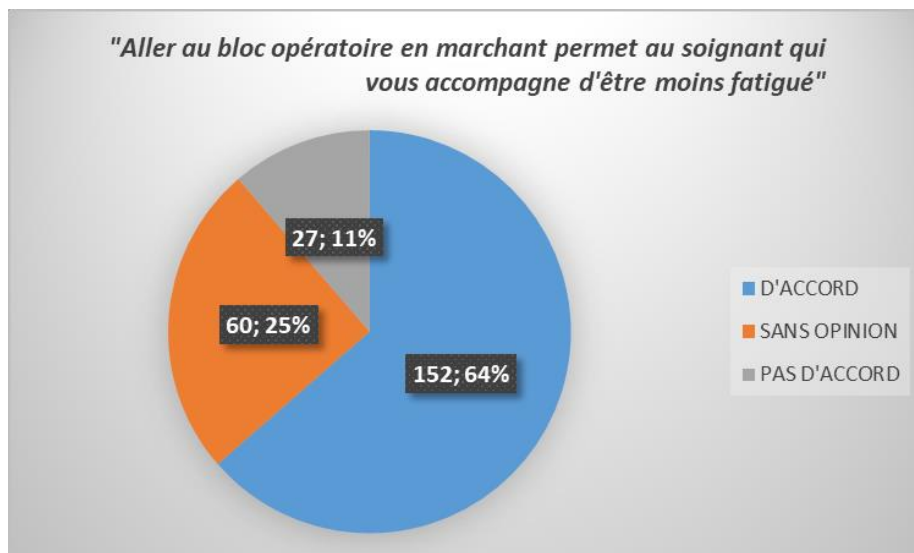
4.3.3.6 Marche et diminution de la fatigue des soignants

Fatigue soignant	D'ACCORD (%)	SANS OPINION (%)	PAS D'ACCORD (%)
DEBOUT	73,53	23,53	2,94
FAUTEUIL/BRANCARD	50,82	27,87	21,31
PEU IMPORTE	60,53	25,00	14,47

Tableau 13 : Proportions des niveaux d'accord des 3 échantillons de population pour l'affirmation «Aller au bloc opératoire en marchant permet au soignant qui vous accompagne d'être moins

La majorité des participants des 3 groupes sont majoritairement en accord avec l'affirmation « aller au bloc opératoire en marchant permet au soignant accompagnant d'être moins fatigué » (cf *Tableau 13*).

Les écarts entre les catégories sont plus marqués dans le groupe DEBOUT. Seuls 2,94% des participants ne sont pas en accord avec cette affirmation et 23,53% n'ont pas d'opinion.



Graphique 6 : Répartition des niveaux d'accord de l'ensemble de la population étudiée pour l'affirmation «Aller au bloc opératoire en marchant permet au soignant qui vous accompagne d'être moins fatigué»

Les résultats retrouvés, sans niveau de preuve, orientent vers le fait que l'hypothèse qu' «aller au bloc opératoire en marchant permet au soignant qui vous accompagne d'être moins fatigué » est vraie pour une grande majorité des participants (cf *Graphique 6*).

Le fait de participer à diminuer la fatigue des soignants qui accompagnent vers le bloc opératoire, en choisissant un mode de transport debout, ne semble cependant pas être un critère de choix pour les participants des groupes FAUTEUIL/BRANCARD et PEU IMPORTE.

La proportion de participants sans opinion est non négligeable dans les 3 groupes.

5 Discussion

5.1 Synthèse des résultats

La proportion de participants préférant aller au bloc opératoire DEBOUT (en marchant) est significativement plus importante que celle ayant choisi d'y aller en FAUTEUIL/BRANCARD ($p=0,002$).

La proportion de participants préférant aller au bloc opératoire en FAUTEUIL/BRANCARD est significativement minoritaire par rapport à la population NON OPPOSE à y aller en marchant $p<0,0001$.

Les caractéristiques physiques, la prise d'un traitement habituel, la présence d'un symptôme chronique et l'expérience antérieure de marche vers le bloc opératoire n'influencent significativement pas le choix des participants.

Les 6 critères explorés dans l'analyse secondaire du questionnaire de LIKERT sont: la diminution du stress, le respect de l'intimité et de la pudeur, le maintien de l'autonomie, l'exposition au risque de chute, l'exposition au froid et la diminution de la fatigue pour le soignant qui accompagne. Les résultats de l'analyse du questionnaire LIKERT orientent sur la supposition, sans niveau de preuve, que le fait d'aller au bloc opératoire en marchant peu représenter une aide à la gestion du stress préopératoire pour la majorité des patients de la population étudiée.

Les résultats ne sont pas le reflet d'une prise de position franche de la part des participants quant au respect de la pudeur et de l'intimité du patient lors d'un transport en marchant vers le bloc opératoire pour la population étudiée.

La majorité des participants pour les 3 groupes de population sont majoritairement d'accord avec le fait que le fait d'aller au bloc opératoire en marchant permet le maintien de l'autonomie du patient jusqu'à l'intervention.

L'exposition au risque de chute dans le cadre du transport debout vers le bloc opératoire ne représente pas, d'après ces résultats, un critère influençant le choix.

D'après les résultats, sans niveau de preuve, le risque d'exposition au froid pourrait représenter un critère de choix quant au mode de transport pour aller au bloc opératoire. La proportion de patients sans opinion représente une part importante à prendre en compte.

Les résultats retrouvés, sans niveau de preuve, orientent vers le fait que l'hypothèse qu' *« aller au bloc opératoire en marchant permet au soignant qui vous accompagne d'être moins fatigué »* est vraie pour une grande majorité des participants.

Le fait de participer à diminuer la fatigue des soignants qui accompagnent vers le bloc opératoire, en choisissant un mode de transport debout, ne semble cependant pas être un critère de choix pour les participants des groupes FAUTEUIL/BRANCARD et PEU IMPORTE.

La proportion de participants sans opinion est non négligeable dans les 3 groupes.

5.2 Forces et limites de l'étude

Cette étude représente un travail préparatoire d'analyse de la préférence des patients pris en charge en UCA pour une chirurgie gynécologique, quant à leur mode de transport vers le bloc opératoire.

Malgré la réalisation d'une phase test, il s'avère que l'outil questionnaire utilisé auprès des participants manque de structure, induisant des difficultés d'analyse.

Le manque de temps et de compétences pour réaliser cette étude ont concouru à l'utilisation de nombreux biais.

Les questionnaires remplis partiellement ou dont les réponses n'étaient pas clairement lisibles ont été exclus de l'enquête et non comptabilisés.

La population d'étude est exclusivement féminine et de ce fait, non représentative de la population des UCA en France ; cependant, la population de gynécologie reste majoritairement féminine en règle générale.

L'outil questionnaire a été créé et utilisé auprès d'autres participants, afin de réaliser la même analyse pour les spécialités de chirurgie orthopédique du membre supérieur, chirurgie orthopédique du membre inférieur, chirurgie viscérale et chirurgie ophtalmologique.

La mise en commun des données permettra de réaliser une nouvelle étude.

5.3 Discussion des résultats

L'absence de significativité pour la majorité des résultats peut être induite par un manque de puissance de l'étude.

Il aurait été intéressant de bien différencier le mode de transport assis, du mode de transport couché, afin d'être plus précis sur l'analyse de la préférence des participants.

Le nombre de participants ayant reçu une prémédication est inconnue, ce critère pourrait influencer le choix des participants et de ce fait les résultats. Certains items du questionnaire portent à confusion et créent un biais.

Un patient peut considérer avoir un trouble de la vue lorsqu'il ne porte pas ses lunettes. « *Une tenue adaptée* » comprend-elle le port des lunettes pour marcher jusqu'au bloc opératoire? Le port des lunettes, ou non, peut-il influencer sa préférence ?

« Marcher oui, mais combien de temps ? Jusqu'où ? »

Louissette, 74 ans.

Effectivement, la distance entre l'UCA et le bloc opératoire est très différente en fonction des hôpitaux. Nous avons donc choisi de ne pas parler de la distance à parcourir en marchant. Seulement, cette information aurait-elle pu influencer la préférence du patient ?

Nous n'avons pas évoqué l'espace d'attente entre la salle d'arrivée dans l'espace du bloc opératoire et le départ réel vers la salle d'opération ; la pratique du flux tiré est-elle réalisée dans tous les établissements qui ont participé ? Le fait d'avoir à attendre dans un environnement différent, à une température différente, quelques minutes ou plus longtemps, moins confortablement peut-être, serait-il un critère de préférer un mode de transport plutôt qu'un autre ?

« Dans tous les cas avec une tenue adaptée »

Qu'est-ce qu'une tenue adaptée ?

Le soignant peut oublier, de par sa confrontation quotidienne à la nudité, qu'un individu peut se sentir vulnérable, dans son intimité.

Ce qui représente une tenue adaptée pour un soignant de l'est peut-être pas pour un autre.

Ce qui représente un danger ou un risque pour un individu, ne l'est peut-être pas pour un autre.

Ce qui semble adapté pour un patient, ne l'est peut-être pas pour un autre.

C'est un concept individuel indispensable à prendre en compte.

Les réponses des patients sont-elles influencées dans un souci de plaire au personnel ?

Les besoins fondamentaux⁶ d'agir selon ses croyances et ses valeurs, de se vêtir et de se dévêtir, de maintenir sa température, de se mouvoir et de maintenir une bonne posture, d'éviter les dangers et même, le besoin d'apprendre, sont directement investis dans la réflexion sur la préférence du mode de transport du patient vers le bloc opératoire.

⁶ BOITTIN et al., « Virginia Henderson ».

6 Conclusion

Nous pourrions conclure en annonçant simplement que la proportion de patient souhaitant aller au bloc opératoire en marchant est significativement plus importante que la proportion de patient préférant y aller en Fauteuil/Brancard ($p=0,002$).

L'étude des covariables n'est très certainement pas concluante par manque de puissance. Cependant, la non significativité amène aussi à réfléchir à la question autrement.

Le respect de l'autonomie du patient est l'un des grands acquis de la médecine moderne. C'est le renouvellement des rapports humains qui rend toute la symbolique, existante depuis toujours, entre la confiance du patient et la conscience du soignant. Pour respecter les besoins et les demandes du patient, le soignant doit avoir une attitude réflexive et objective, afin de « personnaliser » la prise en charge de chaque individu. Il ne suffit pas d'imposer au patient un modèle de « prendre soin » uniquement nourrit par les connaissances scientifiques, mais de pouvoir instaurer un climat de confiance soignant/soigné, en donnant la priorité à l'analyse du vécu du patient et en acceptant le patient acteur.

Enfin, c'est le processus « bloc opératoire » qu'il est nécessaire d'analyser dans son ensemble : la phase préopératoire, l'information du patient, le transfert, l'accueil, le retour au domicile et le suivi.

Toute expérience chirurgicale est une période de vulnérabilité dans la vie d'un patient. Reconnaître que la période pré opératoire peut être une expérience stressante ou bien, ayant un impact réel sur la perception intime du patient, est un facteur déterminant dans la qualité de la prise en charge. Chacun le vit à sa manière. Donner le choix au patient est primordial.

« Difficile de répondre à votre question. Aujourd'hui je suis opérée pour la première fois ! Je ne suis jamais allée au bloc opératoire en marchant, ni même en brancard. Si aujourd'hui je préfère y aller en marchant, en fonction de mon expérience, je préférerais peut-être y aller en brancard la prochaine fois. »

Véronique, 42 ans

BIBLIOGRAPHIE

- BOITTIN, (Isabelle), BOITTIN (Isabelle), LAGOUTTE (Monique), et LANTZ (Marie-Claude). « Virginia Henderson : 1897-1996 : biographie et analyse de son œuvre. » *Virginia Henderson : 1897-1996 : biographie et analyse de son œuvre.*, 2002.
- Favetta, Véronique, et Brigitte Feuillebois-Martinez. « « Prendre soin et formation infirmière » ». *Recherche en soins infirmiers* N° 107, n° 4 (2011): 60-75.
- Keegan-Doody, Mary. « Walk or Be Driven? A Study on Walking Patients to the Operating Theatre ». *British Journal of Perioperative Nursing (United Kingdom)* 15, n° 12 (décembre 2005): 529-36.
- Nagraj, Shobhana, Celia Ingham Clark, Janine Talbot, et Simon Walker. « Which Patients Would Prefer to Walk to Theatre? » *The Annals of The Royal College of Surgeons of England* 88, n° 2 (mars 2006): 172-73.
- Pellissier, Jérôme. « Réflexions sur les philosophies de soins ». *Gérontologie et société* 29 / n° 118, n° 3 (2006): 37-54.

