

Année universitaire 2018-2019

**Mode de transport pour le bloc  
opérateur:  
Que souhaite le patient ?**

**Présenté par Perrine BENOIT**

**Le 2 Octobre 2019**

**DIU de chirurgie ambulatoire**

# Sommaire

<b>I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS</b>	<b>3</b>
1. Contexte de l'étude	3
2. Objectifs de l'étude	6
<b>II. MATÉRIEL ET MÉTHODE</b>	<b>6</b>
1. Recueil de données et schéma de l'étude	6
2. Population de l'étude	7
a. Critères d'inclusion	7
b. Critères de non inclusion	8
3. Définition des critères de jugement	8
a. Définition du critère de jugement principal	8
b. Définition des critères de jugement secondaires	8
<b>III. ANALYSE STATISTIQUE</b>	<b>9</b>
1. Analyse du critère de jugement principal	9
2. Analyse des critères de jugements secondaires	9
<b>IV. RÉSULTATS</b>	<b>10</b>
1. Analyse de la population de l'étude	10
2. Résultats de l'analyse du critère de jugement principal	10
3. Résultats de l'analyse des critères de jugement secondaires	11
a. Influence de la prise d'un traitement médicamenteux sur le choix du patient	11
b. Influence de l'état physique sur le choix du patient	13
c. Influence de l'expérience opératoire sur le choix du patient	18
d. Analyse de la perception des patients quant à la déambulation vers le bloc opératoire	19
<b>V. DISCUSSION</b>	<b>21</b>
1. Synthèse des résultats	21
a. Critère de jugement principal	21
b. Critères de jugements secondaires	22
2. Forces et limites de l'étude	29
<b>VI. CONCLUSION</b>	<b>30</b>
Bibliographie	33
Annexe 1	34
Annexe 2	35

## I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS

### 1. Contexte de l'étude

Dans de nombreux services de chirurgie ambulatoire, nous constatons que l'organisation établie positionne le patient avant même son intervention dans une position de « malade », comme s'il était incapable de marcher, de rester acteur de sa prise en charge.

A son arrivée au service le patient est pris en charge par un soignant pour son admission et va monter au bloc opératoire allongé sur un brancard.

Cette organisation, en plus d'être discutable d'un point de vue de la prise en charge du patient, du respect de son autonomie et de ses capacités, nécessite du matériel mais aussi des ressources importantes en temps et en personnel.

Le modèle français de la santé a été très conservateur avec un patient qui était dans son lit et ne posait pas de question et un médecin qui soignait sans donner d'explications.

Aujourd'hui les patients ont évolué, les médecins et soignants leurs doivent une information claire et adaptée. Pour chaque intervention, pour chaque traitement ils reçoivent une information et doivent donner leur consentement en pleine connaissance de cause. Les patients cherchent, à juste titre, à être acteurs de leur prise en charge. Il convient alors de faire évoluer aussi l'organisation de nos services de soins pour permettre cela.

Dans le contexte de notre étude, nous nous sommes alors penchés sur une pratique qui commence à se développer dans un certain nombre d'UCA sur notre territoire, mais qui vient de l'étranger : le patient debout.

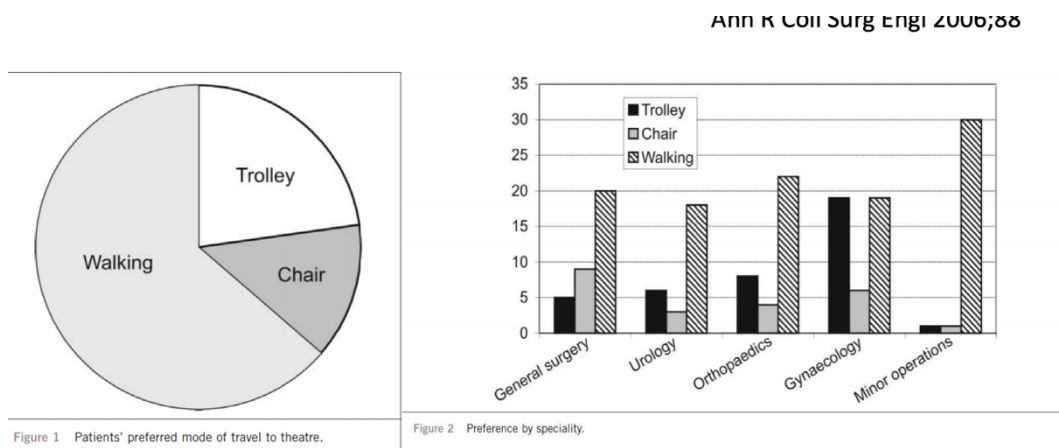
Le virage ambulatoire Français entamé en 2015, très tardivement par rapport aux autres pays occidentaux (exemple : les Etats-Unis dans les années 1990) , nous amène donc à repenser nos modes de prise en charge en prenant exemple sur les pays ayant déjà fait le travail avant nous.

Plusieurs études étrangères discutent de la volonté du patient à aller au bloc opératoire en marchant notamment une étude menée par le département de chirurgie du Whittonghton hospital à Londres en 2006.

Elle porte sur les préférences des patients dans le mode de transport pour se rendre au bloc opératoire en fonction du type de chirurgien par Shobhana Nagraj , Celia Ingham Clark , Janine Talbot et Simon Walker

Étude portant sur 171 patients de chirurgie, dont 118 en ambulatoire et 53 patients en hospitalisation conventionnelle et menée sur 4 semaines avec un questionnaire rempli par le patient avant de se rendre opératoire.

Il en ressort qu'outre-manche plus de 50% ont une préférence pour la déambulation pour se rendre au bloc opératoire pour la grande majorité des spécialités concernées à l'exception de la gynécologie.



En France aussi ce mode de transport, quand il est mis en place, semble aussi être plébiscité, comme l'explique le Dr Rosay en 2012/2013 dans son retour d'expérience du centre hospitalier Claude Bernard à Lyon. Il en retire un intérêt logistique, une dynamisation de la prise en charge des patients mais surtout un intérêt pour le patient, avec une autonomisation, un respect de sa pudeur mais aussi la possibilité d'accompagner le patient dans une situation d'égalité avec le soignant qui le prend en charge dans son transfert au bloc opératoire.

Dans le cadre de la mise en place de ce projet au CH Claude Bernard à Lyon, une réflexion avait bien évidemment été menée sur la dignité, l'intimité et la nudité du patient et les tenues ont été adaptés. Il a été possible pour le patient de se rendre au

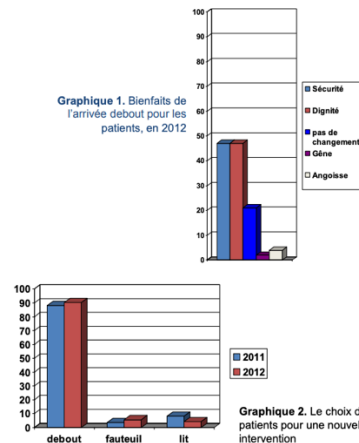
bloc opératoire avec sa canne si cela lui était nécessaire, avec ses prothèses dentaires et auditives.

L'analyse statistique de ce retour d'expérience vis-à-vis des patients s'est faite de manière rétrospective mais va dans le même sens que l'étude londonienne avec une grande satisfaction des patients à posteriori quant à la déambulation

## Résultats Patients

Très satisfaisant / satisfaisant	2011 N=115	2012 N=77
INFORMATION (infirmière, aide soignante, chirurgien, anesthésiste ou plaquette)	90	89,2
TENUE	88	98
TRAJET	83	98,6
ATTENTE	90	95,9
Confort		
Cadre (lumière, musique)	86	96
Respect de l'intimité	96	97,3
Température	70	87,3
Durée	84	92

Tableau 1. Satisfaction des patients, aux différentes étapes



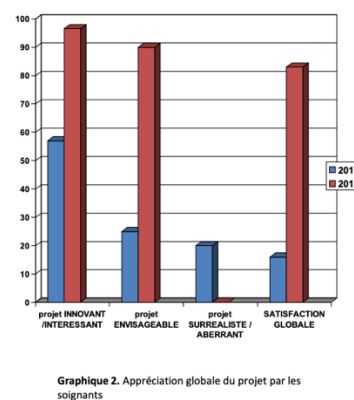
La satisfaction des patients quant aux conditions de transfert vers le bloc opératoire en marchant est proche de 90%

Il est intéressant de noter que le personnel a également été interrogé avant et après la mise en place du projet et que l'ensemble du personnel retire une grande satisfaction de ces modifications organisationnelles.

## Résultats soignants

	Très satisfaisant / satisfaisant
ORGANISATION	92
CHARGE DE TRAVAIL SUPPLEMENTAIRE	74
RESPECT DE L'INTIMITE DU PATIENT	85
PRISE EN CHARGE DES OBJETS PERSONNELS	72
DEAMBULATION (avec ou sans prémédication)	78
MOBILISATION DU PATIENT SELON SON ETAT	86
RESPECT DE L'HYGIENE	84
SATISFACTION GLOBALE	83

Tableau 2. Satisfaction des soignants, toutes professions confondues, en 2012



## **2. Objectifs de l'étude**

Notre étude va nous permettre de déterminer si oui ou non les patients sont prêts à aller au bloc opératoire en marchant, si la volonté du patient peut être utilisée comme un moteur pour permettre d'impliquer le personnel dans la modification de l'organisation établie.

Comment permettre aux patients mais aussi au personnel de santé d'être moteur dans la modification de ces organisations établies ?

Notre étude va nous permettre le cas échéant de déterminer les points bloquants quant à l'implication des patients dans la démarche du patient debout et comment l'organisation du service et l'adaptation de la prise en charge des patients pourraient modifier la perception des patients.

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **1. Recueil de données et schéma de l'étude**

L'étude est une étude pilote prospective réalisée sur 11 établissements de santé publics ou privés, le CHU de Meaux, la clinique mutualiste de Pessac, La clinique de l'orangerie Strasbourg, le CHU d'Ajaccio, La CH Fleyriat, le CHU de Bordeaux Pellegrin, le CH Bejin, le CH de Nancy, le CH d'Arles .

L'étude porte sur plus de mille patients.

S'agissant d'une étude pilote prospective, tous les questionnaires qui ne sont pas recevables (incomplets, mal renseignés) ont été exclus.

L'étude a duré 6 semaines du 15 mai au 30 Juin 2019, les questionnaires (annexe1) ont été transmis aux établissements de santé participant par email accompagnés d'une note explicative (annexe 2).

Les questionnaires renseignés nous ont été retournés soit directement soit par voie postale ou email.

L'étude porte sur des patients de chirurgie ambulatoire programmés dans les spécialités suivantes:

- Chirurgie orthopédique membre supérieur
- Chirurgie orthopédique membre inférieur
- Chirurgie digestive
- Gynécologie (hors IVG)
- Ophtalmologie

Ce mémoire cible les patients devant subir une intervention de chirurgie orthopédique du membre inférieur. 233 questionnaires se sont révélés exploitables.

## 2. Population de l'étude

Chaque centre qui participe à l'étude devra renseigner 40 questionnaires dans chaque spécialité (ou dans chaque spécialité pratiquée dans le centre).

Les centres hospitaliers participants peuvent avoir mis en place ou non le patient debout vers le bloc opératoire.

Les questionnaires devront par contre être remplis en amont du transfert vers le bloc opératoire pour éviter tout biais liés aux pratiques des centres.

Le questionnaire sera remis par le soignant qui s'occupe de l'entretien pré opératoire et les patients devront le remplir seul pour éviter des biais dû à l'opinion des soignants.

### a. Critères d'inclusion

Les patients inclus dans l'étude doivent être :

- Opérés en ambulatoire
- Dans le cadre d'une chirurgie programmée
- Être majeurs
- Être capables de marcher
- Subir une intervention dans les spécialités choisies pour l'étude

## b. Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion à l'étude seront les suivants :

- Les patients non opérés en ambulatoire
- Les patients dont la spécialité chirurgicale n'est pas étudiée
- Les IVG
- Les patients mineurs
- Les personnes protégées
- Les personnes présentant un handicap moteur (ayant un impact sur la marche)

## **3. Définition des critères de jugement**

### a. Définition du critère de jugement principal

Le critère de jugement principal dans le cadre de cette étude est la préférence du patient dans le mode de transport pour le bloc opératoire.

4 réponses possibles pour le patient

- En marchant
- En fauteuil / brancard
- Ne sait pas
- Peu importe

### b. Définition des critères de jugement secondaires

Les critères de jugements secondaires que nous avons choisi d'explorer sont les suivants

- Influence de la prise de traitement sur le choix du patient
- Influence de problématique physique sur le choix du patient
- L'influence d'une intervention antérieure ainsi que d'une expérience de déambulation sur le choix du patient
- Vécu du patient vis-à-vis de la marche pour se rendre au bloc opératoire



Le choix de l'étude de ces critères s'est fait car ils sont intéressants dans la modification des pratiques soignantes dans l'objectif de faire adhérer les patients à la déambulation.

### **III. ANALYSE STATISTIQUE**

#### **1. Analyse du critère de jugement principal**

Nous analyserons le critère de jugement principal en déterminant le pourcentage de patients souhaitant aller au bloc opératoire en marchant, en fauteuil/brancard ou n'ayant pas d'opinion.

#### **2. Analyse des critères de jugements secondaires**

L'Échelle de Lickert sera analysée grâce à des pourcentages comparatifs. On pourra regrouper en 2 ensembles les réponses : les patients tout à fait d'accord et plutôt d'accord et les patients plutôt pas d'accord et pas du tout d'accord.

L'analyse sera faite de manière globale pour déterminer quelle est l'opinion générale des patients vis-à-vis de la déambulation vers le bloc opératoire

Le critère de l'influence de la prise de traitement sur le choix du patient sera analysé en partant de l'hypothèse que les patients prenant un traitement souhaitent aller au bloc opératoire en fauteuil/brancard davantage que ceux ne prenant pas de traitement. On comparera les données pour affirmer ou infirmer cette hypothèse.

On effectuera également ce travail de manière distincte pour chaque traitement.

Le critère de l'influence de l'état physique du patient sera analysé comme le critère précédent.

Nous partirons de l'hypothèse que les patients ayant une pathologie ou une difficulté motrice antérieure à leur intervention souhaitent davantage que les patients n'ayant aucun trouble associé aller au bloc opératoire en brancard/fauteuil.

Nous analyserons également de manière distincte chaque trouble.

## IV. RÉSULTATS

### 1. Analyse de la population de l'étude

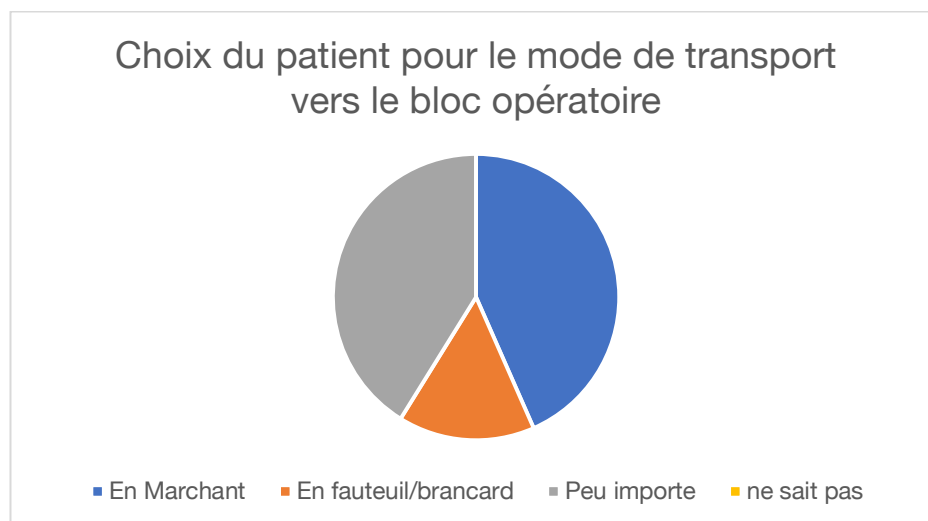
Nombre de patients : 233 patients

Ratio hommes femmes : 116 femmes 117 hommes.

IMC moyen : 26,8

Age moyen : 45,5 ans

### 2. Résultats de l'analyse du critère de jugement principal



	Nombre de patients	
En marchant	101	43,45%
En fauteuil/brancard	36	15,45%
Peu importe	96	41,42%
Ne sait pas	0	0%

### 3. Résultats de l'analyse des critères de jugement secondaires

#### a. Influence de la prise d'un traitement médicamenteux sur le choix du patient

	Patient sous traitement médicamenteux* en ville		Patient ne prenant pas de traitement	
<b>Nb de patients</b>	<b>53</b>	<b>22,75%</b>	<b>180</b>	<b>77,25%</b>
En marchant	21	39,62%	80	44,45%
Fauteuil/brancard	8	15,1%	27	15%
Ne sait pas	24	45,28%	73	40,55%

\* Traitements médicamenteux personnels pris en compte :

HTA (11,15% de la population étudiée)

Diabète (5,58% de la population étudiée)

Dépression (4,29% de la population étudiée)

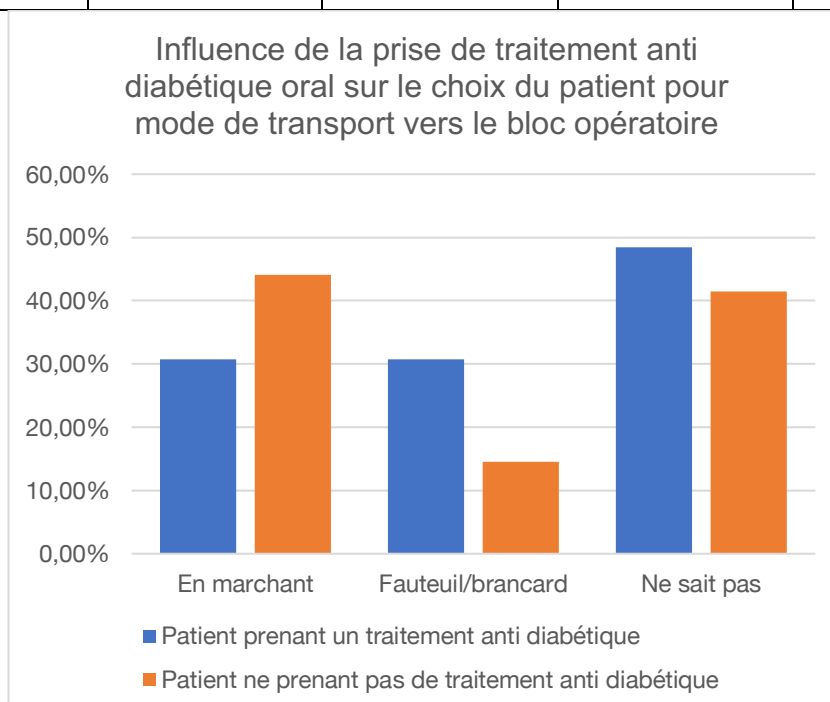
Anxiété (9,87% de la population étudiée)

- Prise d'un traitement anti hypertenseur

	Patient prenant un traitement		Patient ne prenant pas de traitement	
<b>Nb de patients</b>	<b>26</b>	<b>11,15%</b>	<b>207</b>	<b>88,85%</b>
En marchant	13	49,99%	88	43%
Fauteuil/brancard	3	11,54%	33	15,94%
Ne sait pas	12	46,16%	84	41,06%

- Prise d'un traitement pour le diabète

	Patient prenant un traitement		Patient ne prenant pas de traitement	
<b>Nb de patients</b>	<b>13</b>	<b>5,58%</b>	<b>220</b>	<b>94,42%</b>
En marchant	4	30,77%	97	44,09%
Fauteuil/brancard	4	30,77%	32	14,54%
Ne sait pas	5	48,46%	91	41,36%

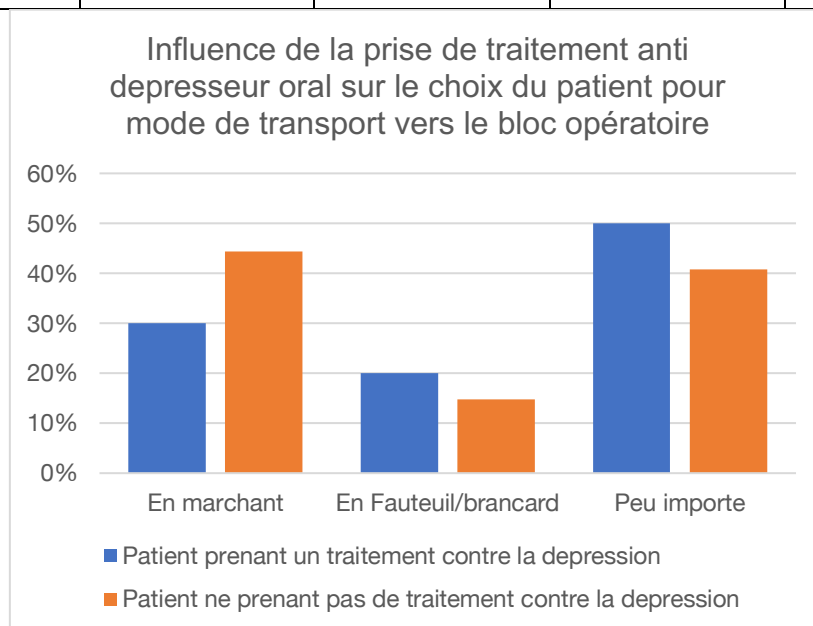


- Prise d'un traitement contre l'anxiété

	Patient prenant un traitement		Patient ne prenant pas de traitement	
<b>Nb de patients</b>	<b>23</b>	<b>9,87%</b>	<b>210</b>	<b>77,25%</b>
En marchant	10	43,48%	90	42,85%
Fauteuil/brancard	4	17,39%	32	15,23%
Ne sait pas	9	39,13%	88	41,92%

- Prise d'un traitement contre la dépression

	Patient prenant un traitement		Patient ne prenant pas de traitement	
<b>Nb de patients</b>	<b>10</b>	<b>4,29%</b>	<b>223</b>	<b>95,71%</b>
En marchant	3	30%	99	44,4%
Fauteuil/brancard	2	20%	33	14,79%
Ne sait pas	5	50%	91	40,81%

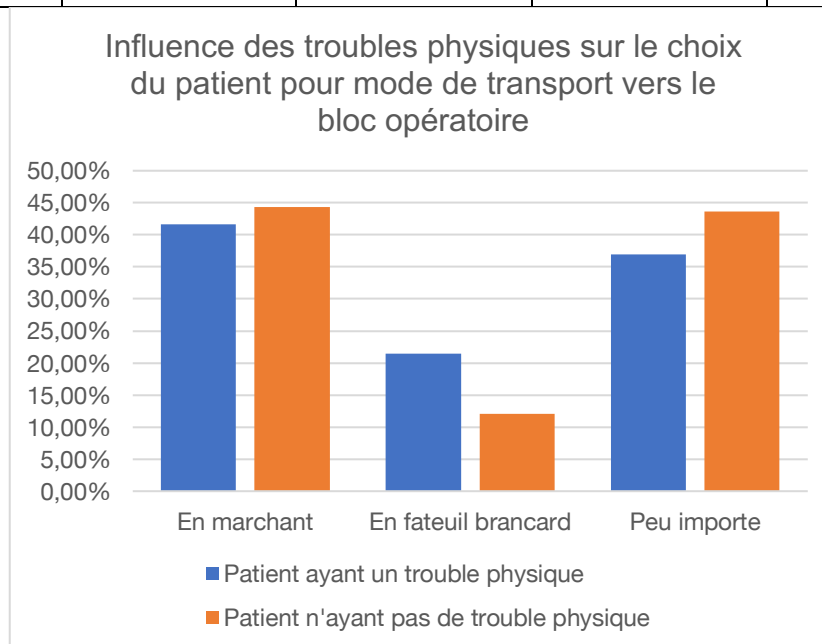


**b. Influence de l'état physique sur le choix du patient**

Les différents troubles physiques analysés sont

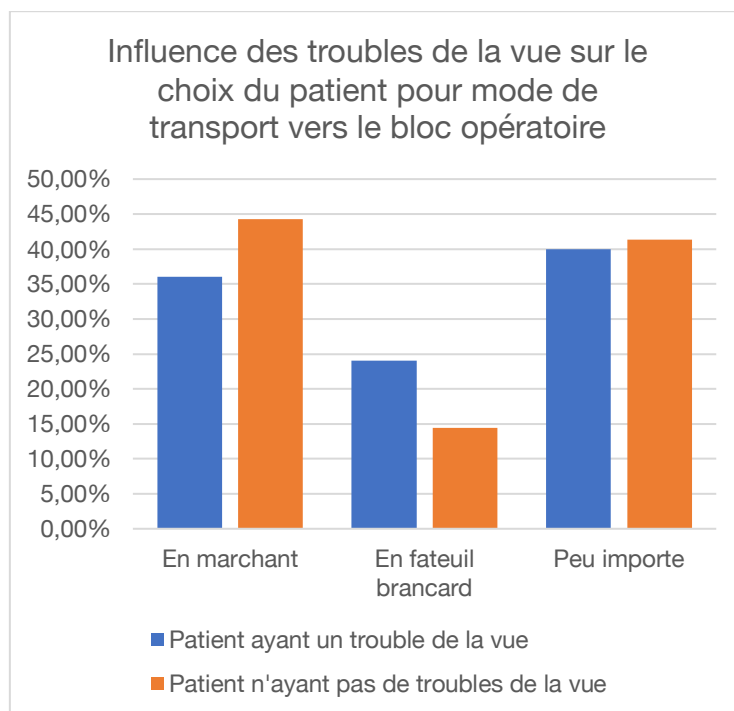
- Troubles de la vue
- Troubles de l'équilibre
- Essoufflement (ressentis patient)
- Difficultés à la marche
- Troubles de l'équilibre
- Besoin d'aide à la marche, utilisation d'une canne

	Patient ayant un trouble		Patient sans trouble	
<b>Nb de patients</b>	<b>84</b>	<b>36,05%</b>	<b>149</b>	<b>63,95%</b>
En marchant	35	41,67%	66	44,3%
Fauteuil/brancard	18	21,43%	18	12,08%
Ne sait pas	31	36,9%	65	43,62%



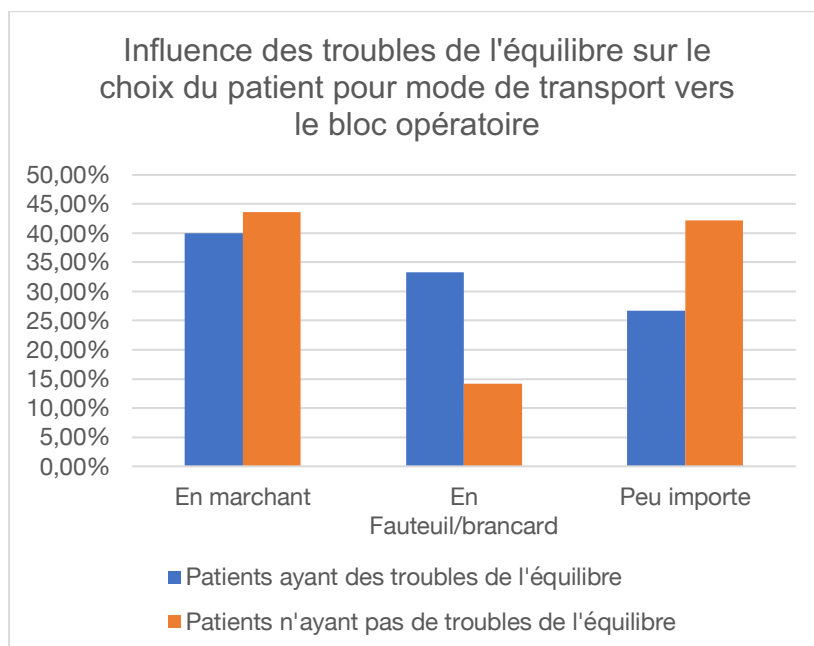
- Patient ayant des troubles de la vue

	Patient ayant un trouble de la vue		Patient sans trouble de la vue	
<b>Nb de patients</b>	<b>25</b>	<b>10,73%</b>	<b>208</b>	<b>89,27%</b>
En marchant	9	36%	92	44,23%
Fauteuil/brancard	6	24%	30	14,42%
Ne sait pas	10	40%	86	41,34%



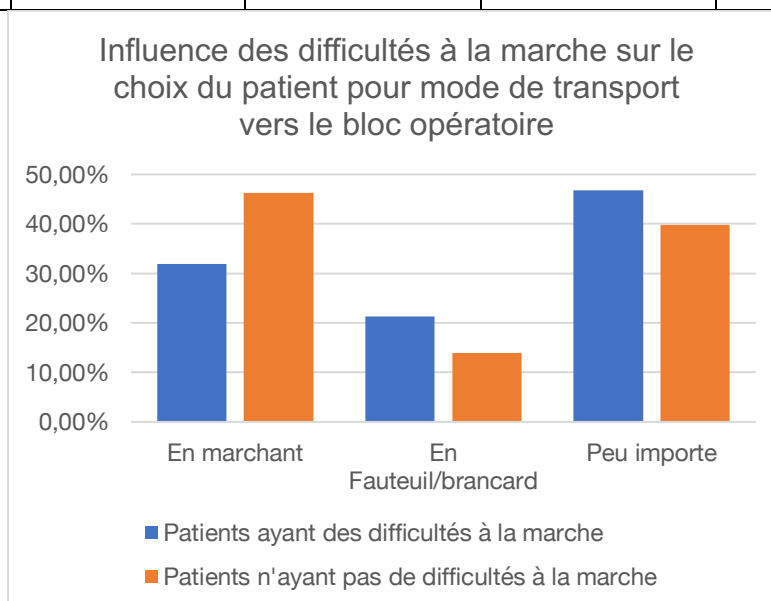
- Patient ayant un trouble de l'équilibre

	Patient avec trouble de l'équilibre		Patient sans trouble de l'équilibre	
<b>Nb de patients</b>	<b>15</b>	<b>6,44%</b>	<b>218</b>	<b>93,56%</b>
En marchant	6	40%	95	43,58%
Fauteuil/brancard	5	33,33%	31	14,22%
Ne sait pas	4	26,67%	92	42,21%



- Patients ayant des difficultés à la marche

	Patient ayant des difficultés à la marche		Patient sans difficultés à la marche	
<b>Nb de patients</b>	<b>47</b>	<b>20,17%</b>	<b>186</b>	<b>79,83%</b>
En marchant	15	31,91%	86	46,24%
Fauteuil/brancard	10	21,28%	26	13,98%
Ne sait pas	22	46,81%	74	39,78%





- Patient ayant des douleurs à la marche

	Patient avec douleurs à la marche		Patient sans douleurs à la marche	
<b>Nb de patients</b>	<b>52</b>	<b>22,32%</b>	<b>181</b>	<b>77,68%</b>
En marchant	25	48,08%	76	41,99%
Fauteuil/brancard	9	17,31%	27	14,91%
Ne sait pas	18	34,61%	78	43,1%

- Patients utilisant une canne ou ayant besoin d'une aide à la marche

	Patient avec aide à la marche		Patient sans aide à la marche	
<b>Nb de patients</b>	<b>52</b>	<b>22,75%</b>	<b>181</b>	<b>77,25%</b>
En marchant	25	48,08%	76	41,99%
Fauteuil/brancard	9	17,31%	27	14,92%
Ne sait pas	18	34,61%	78	43,09%

- Patient ayant des essoufflements

	Patient ayant des essoufflements		Patients n'ayant pas d'essoufflements	
<b>Nb de patients</b>	<b>20</b>	<b>8,58%</b>	<b>213</b>	<b>91,42%</b>
En marchant	8	40%	93	43,67%
Fauteuil/brancard	4	20%	32	15,02%
Ne sait pas	8	40%	88	41,31%

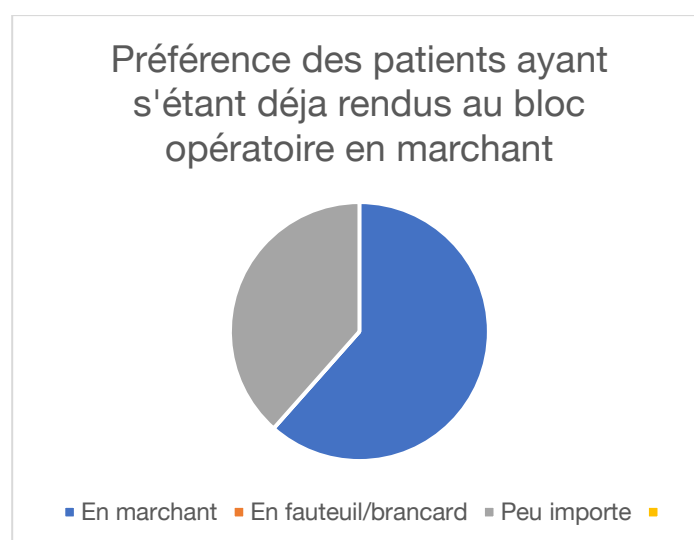
c. Influence de l'expérience opératoire sur le choix du patient

• Patients ayant déjà été opérés

	Patient ayant déjà été opéré		Patient n'ayant jamais été opéré	
<b>Nb de patients</b>	<b>205</b>	<b>87,98%</b>	<b>28</b>	<b>12,02%</b>
En marchant	85	41,46%	16	57,14%
Fauteuil/brancard	32	15,61%	4	14,28%
Ne sait pas	88	42,93%	8	28,58%

• Vécu antérieur d'un transfert au bloc en marchant

N= 13 Patients	Nombre de patients	
En marchant	8	61,54%
En fauteuil/brancard	0	0%
Peu importe	5	38,46%



d. Analyse de la perception des patients quant à la déambulation vers le bloc opératoire

Question 1 : Aller au bloc en marchant permet au patient d'être moins stressé

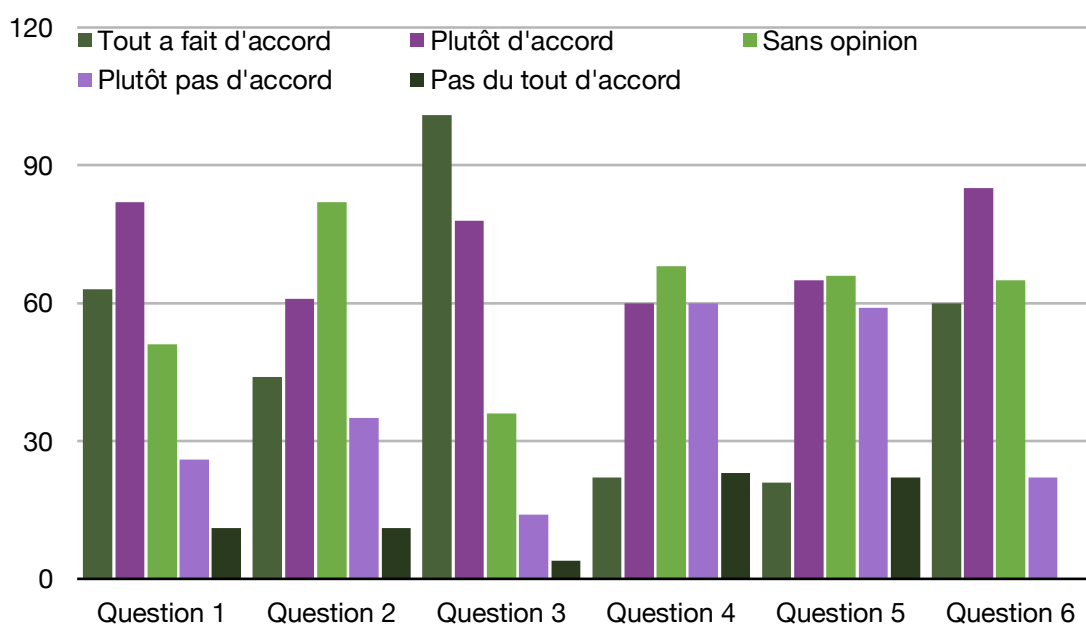
Question 2 : Aller au bloc en marchant permet de respecter l'intimité et la pudeur des patients

Question 3 : Aller au bloc en marchant permet au patient de garder son autonomie jusqu'à l'intervention

Question 4 : Aller au bloc en marchant expose le patient à un risque de chute

Question 5 : Aller au bloc en marchant expose le patient au froid

Question 6 : Aller au bloc en marchant permet au soignant qui vous accompagne d'être moins fatigué



- Perception des patients : aller au bloc en marchant permet d'être moins stressé

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Nb patients	63	82	51	26	11
Pourcentage	27,04%	35,19%	21,89%	11,16%	4,72%

- Perception des patients : aller au bloc en marchant permet de respecter son intimité et sa pudeur

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Nb patients	44	61	82	35	11
Pourcentage	18,89%	26,19%	35,19%	15,02%	4,71%

- Perception des patients : aller au bloc en marchant permet de maintenir son autonomie

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Nb patients	101	78	36	14	4
Pourcentage	43,35%	33,48%	15,45%	6,01%	1,71%

- Perception des patients : aller au bloc en marchant expose à un risque de chute plus important

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Nb patients	22	60	68	60	23
Pourcentage	9,44%	25,75%	29,18%	25,75%	9,88%

- Perception des patients : aller au bloc en marchant expose au froid

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Nb patients	21	65	66	59	22
Pourcentage	9,01%	27,90%	28,33%	25,32%	9,44%

- Perception des patients : aller au bloc en marchant permet aux soignants qui vous accompagnent d'être moins fatigués

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Nb patients	60	85	65	14	9
Pourcentage	25,75%	36,48%	27,90%	6,01%	3,86%

## V. DISCUSSION

### 1. Synthèse des résultats

#### a. Critère de jugement principal

L'analyse du critère de jugement principal qu'est le choix du mode de transport pour se rendre au bloc opératoire nous apprend dans un premier temps une chose sur notre questionnaire, la quatrième proposition, « ne sait pas » n'a pas du tout été utilisée. Nous avons donc décidé de l'exclure dans la suite de l'analyse.

Concernant les chiffres, il est à noter que même si on n'obtient pas une majorité de patients souhaitant aller au bloc opératoire en marchant (43,45%) ils sont significativement assez peu nombreux à souhaiter aller au bloc opératoire en fauteuil (15,45%).

On peut penser que les patients ayant répondu « peu importe » (41,42%) ne seraient pas opposés à y aller en marchant si cela leur était proposé.

Cependant cette analyse n'est pas suffisante si on veut pouvoir faire évoluer le nombre de patient souhaitant aller au bloc opératoire en marchant pour tendre à des chiffres tels que ceux de l'étude de Shobhana Nagraj, Celia Ingham Clark, Janine Talbot et Simon Walker présentée dans l'introduction (plus de 60% de patients souhaitant aller au bloc opératoire en marchant) il faut déterminer les points bloquants pour les patients.

A noter qu'un biais existe dans la comparaison entre notre étude et l'étude londonienne, il n'a pas été proposé aux patients le « peu importe ».

Il serait intéressant de refaire notre étude en modifiant le questionnaire et en ne proposant aux patients que la réponse A ou B pour voir où se positionneraient les 41,42% de patients n'ayant pas choisis dans notre étude.

b. Critères de jugements secondaires

- *Influence de la prise d'un traitement médicamenteux habituel sur le choix du patient*

La prise de traitement semble influencer le choix du patient. En effet, il existe une différence significative du pourcentage de patients souhaitant aller au bloc opératoire en marchant quand ils prennent un traitement vs quand ils ne prennent pas de traitement (39,62% Vs 44,45%).

Cependant cela ne se répercute pas sur le pourcentage de patients souhaitant aller au bloc opératoire en fauteuil/brancard (15,1% vs 15%).

On peut donc négliger l'influence de la prise d'un traitement de manière générale sur la volonté d'aller au bloc opératoire en marchant si on part du principe que les patients ayant répondu « ne sait pas » accepteraient d'aller au bloc opératoire en marchant.

Pour avoir une analyse plus fine de la situation et déterminer les types de traitements pouvant être un frein à la volonté à aller au bloc opératoire en marchant nous avons décidé d'analyser chaque type de traitement de manière différenciée.

*Prise d'un traitement anti-hypertenseur*

La prise d'un traitement anti hypertenseur n'influence pas significativement le choix du patient, il semble même que les patients prenant un traitement anti hypertenseur soient significativement plus volontaires pour se rendre debout au bloc opératoire (49,99% de patients souhaitant aller au bloc opératoire en marchant pour la population sous traitement vs 43% pour la population ne prenant pas de traitement et 11,54% de patients souhaitant se rendre en brancard sous traitement vs 15,94% pour les patients sans traitement).

La prise d'un traitement anti-hypertenseur n'est donc pas un facteur à prendre en compte dans la modification de la prise en charge des patients en vue de favoriser la volonté d'aller au bloc opératoire en marchant.

#### Prise d'un traitement pour le diabète

La prise d'un traitement anti diabétique semble avoir une influence sur le choix du patient pour le mode de transport pour se rendre au bloc opératoire. En effet, le pourcentage de patients souhaitant aller au bloc opératoire en brancard fauteuil est significativement plus élevé dans la population prenant un traitement vs la population sans traitement (30,77% patients avec traitement vs 14,54% patients sans traitement). Ce résultat reste cependant discutable au vu de la faible population concernée par la prise d'un traitement pour le diabète (5,58% de la population de l'étude).

Il conviendrait donc d'analyser les résultats pour l'ensemble des patients de l'étude quel que soit le type de chirurgie, cela permettrait d'avoir une population plus importante donc plus représentative.

#### Prise d'un traitement contre l'anxiété

La prise d'un traitement contre l'anxiété ne semble pas avoir d'influence significative sur le choix du patient.

En effet le pourcentage de patient souhaitant aller au bloc opératoire en marchant prenant un traitement anxiolytique vs le pourcentage de patients n'en prenant pas ne sont pas significativement différents (43,48% de patients prenant un traitement vs 42,85%).

Le constat est le même pour les patients souhaitant aller au bloc opératoire en fauteuil brancard (17,39% de patients prenant un traitement vs 15,23% n'en prenant pas).

On ne peut donc pas considérer que la prise d'un traitement contre l'anxiété ait une influence sur le choix du patient.

#### Prise d'un traitement contre la dépression

La prise d'un traitement contre la dépression semble avoir une influence sur le choix du patient. En effet le pourcentage de patient prenant un traitement et souhaitant se rendre au bloc opératoire en marchant est significativement inférieur à celui des patients ne prenant pas de traitement contre la dépression (30% pour les patients prenant un traitement vs 44,4% pour les patients n'en prenant pas).

La différence est également significative mais moins marquée pour les patients souhaitant se rendre au bloc opératoire en fauteuil brancard (20% pour les patients prenant un traitement vs 14,79% pour les patients n'en prenant pas).

On peut cependant, comme pour les patients prenant un traitement contre le diabète, noter que ces résultats sont discutables au vu de la faible population de patients prenant un traitement (seulement 4,29% de la population étudiée).

La prise d'un traitement contre la dépression semble donc avoir une influence sur le choix du patient mais il faudra compléter cette étude avec une cohorte plus importante de patients sous traitement.

- *Influence de l'état physique du patient*

L'état physique du patient semble avoir une influence sur le choix du patient, en effet le pourcentage de patients souhaitant aller au bloc opératoire en marchant n'est pas significativement différent dans les deux populations étudiées (41,67% de patients souhaitant aller au bloc opératoire en marchant pour les patients ayant un trouble physique vs 44,3% pour les patients n'ayant pas de trouble).

Il est par contre significativement différent pour les patients souhaitant aller au bloc opératoire en fauteuil/brancard (21,43% de patients souhaitant aller au bloc opératoire en fauteuil brancard pour les patients ayant un trouble physique vs 12,08% pour les patients n'ayant pas de trouble).

Les troubles physiques ont donc une influence sur le choix du patient et il convient de réfléchir à la prise en charge des soignants si on veut que le patient soit un moteur dans le développement du patient debout.

Il faut également déterminer quels sont les troubles qui influencent le plus le choix des patients afin de mettre en place des actions adaptées au développement du patient debout (le patient garde sa canne, ses lunettes...)

#### *Patients ayant des troubles de la vue*

Les troubles de la vue semblent avoir une influence significative sur le choix du patient avec 24% des patients ayant des troubles de la vue souhaitant se rendre au bloc opératoire en fauteuil/brancard vs 14,42% dans la population n'ayant pas de troubles



de la vue et 36% de patients ayant des troubles de la vue souhaitant se rendre au bloc opératoire en marchant vs 44,23% dans la population n'en ayant pas.

La présence de trouble de la vue a donc une influence sur le choix du patient.

Il aurait été cependant intéressant de définir quels étaient les troubles de la vue dans la population étudiée.

Si on souhaite mettre en place la déambulation vers le bloc cette variable devra donc être prise en compte en proposant par exemple au patient de garder ses lunettes jusqu'au bloc opératoire.

### Patients ayant un trouble de l'équilibre

Les troubles de l'équilibre semblent être un facteur influençant le choix des patients notamment concernant le pourcentage de patients souhaitant se rendre au bloc opératoire en fauteuil/brancard (33,33% des patients atteints de troubles de l'équilibre souhaitent se rendre au bloc opératoire en fauteuil/brancard vs 14,22% dans la population n'en souffrant pas).

Il convient de relativiser ce résultat compte tenu de la faible population dans le groupe de patients atteints de troubles de l'équilibre (6,44% de la population de l'étude).

On pourrait confronter ces chiffres avec les patients percevant la déambulation vers le bloc opératoire comme à risque de chute pour mettre en place des actions correctives dans la prise en charge des patients avec le matériel d'aide à la marche conservé jusqu'au bloc opératoire mais aussi l'information au patient qu'un brancardier va les accompagner tout au long du trajet.

### Patients ayant des difficultés à la marche, des douleurs à la marche ou utilisant une canne ou ayant besoin d'une aide à la marche

Nous avons décidé de regrouper ces 3 indicateurs dans le trouble analysé est similaire avec les difficultés à la marche

Ces indicateurs sont également à rapprocher de celui analysé précédemment. On pourrait croiser les données pour connaître le nombre de patients ayant un trouble de l'équilibre et ayant des troubles de la marche, utilisant une canne ou des douleurs à la marche.

Les difficultés à la marche semblent avoir une influence sur le choix du patient en effet 31,91% des patients concernés souhaitent aller au bloc opératoire en marchant vs

46,24% non concerné. Alors que 21,28% souhaiteraient y aller en fauteuil brancard vs 13,98% dans la population n'ayant pas de difficulté à la marche. Il semble assez logique que les personnes déambulant difficilement soient plus récalcitrantes à marcher jusqu'au bloc opératoire.

Informé les patients quant à la distance pour se rendre au bloc opératoire ainsi que sur le fait qu'ils seront accompagnés pourrait leur permettre d'envisager plus sereinement d'aller au bloc en marchant.

Pour les patients ayant une aide à la marche, l'influence n'est pas significative (48,08% de patients utilisant une canne ou ayant besoin d'une aide à la marche veulent aller au bloc opératoire en marchant et 17,31% en fauteuil brancard vs 41,99% pour les patients n'ayant pas besoin d'aide à la marche veulent aller au bloc en marchant et 14,92% en fauteuil/brancard).

Cet indicateur remet donc en perspective ce que nous avons proposé précédemment comme modifications organisationnelles pour rassurer les patients quant à la déambulation vers le bloc opératoire, notamment pour le fait d'avoir une canne jusqu'au bloc opératoire les patients ayant une canne n'étant pas plus que les autres opposés à aller au bloc opératoire en marchant.

Enfin les patients ayant des douleurs à la marche ne sont pas significativement opposés non plus au « patient debout », en effet ils sont même davantage à souhaiter à se rendre au bloc opératoire en marchant (48,08% pour les patients ayant des douleurs vs 41,99%).

Cette donnée étant à analyser avec précaution car les patients venant pour une chirurgie du membre inférieur sont souvent douloureux à la marche mais arrivent en marchant pour se faire opérer. Il faudrait donc comparer ses données avec d'autres types de chirurgie pour déterminer l'influence réelle de cet indicateur.

De manière globale, les troubles de la marche doivent être pris en compte dans le cadre du développement de la déambulation vers le bloc opératoire. Particulièrement pour les patients n'ayant pas d'aide à la marche. Une information pré opératoire sur la distance à parcourir vers le bloc opératoire et l'accompagnement par un soignant pourrait éventuellement rassurer les patients et leur permettre d'envisager plus facilement ce mode de transport malgré leurs difficultés à la marche.

### Patients ayant des essoufflements

L'influence des essoufflements à la marche quant au choix du mode de transport est faiblement significative. En effet 20% des patients ayant des essoufflements souhaitent se rendre au bloc opératoire en marchant contre 15,02% des patients n'en ayant pas.

La distance entre l'UCA et le bloc opératoire ainsi que l'information pouvant également ici aussi rentrer en ligne de compte dans l'évolution de cet indicateur en faveur du développement de la déambulation vers le bloc opératoire.

- Influence de l'expérience opératoire sur le choix du patient

L'influence d'une opération a un impact sur le choix du patient en effet 41,46% des patients ayant déjà été opérés veulent se rendre au bloc opératoire en marchant vs 57,14% des patients n'ayant jamais été opérés.

On peut alors se demander si le fait d'être déjà allé au bloc opératoire en marchant ne donne pas en quelque sorte une force de l'habitude qui fait que les patients souhaitent retourner au bloc opératoire en fauteuil brancard ?

Pour répondre à cette question nous avons donc analysé la population de patients ayant déjà été au bloc opératoire en marchant.

61,54% des patients ayant déjà été opérés souhaitent retourner au bloc opératoire en marchant et aucun patient ne souhaiterait se rendre au bloc opératoire en fauteuil/brancard.

Cette donnée semble donc très intéressante à utiliser dans le cadre du développement d'un projet « patient debout » mais elle reste à relativiser compte tenu de la faible population de patients concernés (5,58% des patients de l'étude.)

- Perception globale des patients sur la déambulation vers le bloc opératoire

La perception des patients quant à la mise en place de la déambulation vers le bloc opératoire semble être globalement positive par rapport au projet.

En effet même s'il n'y a pas une forte majorité de patients qui verbalisent clairement se rendre au bloc opératoire en marchant, une majorité de patient considère que se rendre au bloc opératoire en marchant permet de diminuer le stress (tout à fait d'accord + plutôt d'accord 62,23%).

Nous aurions pu « naïvement » pensé que le fait de marcher pour se rendre au bloc opératoire aurait pu être perçu comme un risque de non respect de l'intimité et de la pudeur du patient, les tenues d'opérées étant traditionnellement assez dénudées. Pourtant 45,08% des patients pensent que le « patient debout » leur permet d'être respectés de ce point de vue.

Assez logiquement la pratique de la déambulation vers le bloc opératoire permet pour 75,83% des patients de valoriser son autonomie. Les patients souhaitant être acteurs de leur prise en charge, particulièrement en UCA, cet item est central et particulièrement intéressant à utiliser si on souhaite développer un projet de « patient debout ».

Le risque de chute ou le risque d'exposition au froid ne sont pas particulièrement significatifs dans un sens comme dans l'autre les populations considérant la pratique comme étant un risque de ces points de vue étant équivalente à celles qui considèrent que ce n'est pas un risque (36,91% des patients considèrent que se rendre au bloc opératoire en marchant risque d'exposer au froid alors 34,76% pensent que non. 35,19% des patients considèrent que se rendre au bloc opératoire en marchant expose à un risque de chute alors que 35,63% ne considère pas la pratique comme risquée). Il serait éventuellement intéressant d'analyser cet item en corrélation avec les personnes ayant des troubles à la marche, à l'équilibre, ou besoin d'une aide à la marche.

Enfin d'un point de vue organisationnel, les patients considèrent que la mise en place de la déambulation vers le bloc opératoire est aussi intéressante d'un point de vue organisationnel pour les équipes soignantes. En effet 62,23% des patients considèrent que la pratique diminue la fatigue des soignants.

Il est donc important de rappeler que l'objectif de cette prise en charge est surtout là dans un souci de confort des patients et non des équipes soignantes afin que le patient ne se sente pas forcé de marcher pour « rendre service » aux équipes.

## 2. Forces et limites de l'étude

L'étude réalisée à une puissance non négligeable avec plus de mille questionnaires et une portée nationale avec des centres collecteurs sur l'ensemble du territoire. On peut donc considérer que les données recueillies avec les personnes compétentes pour les analyser pourraient se révéler très puissantes.

Cependant il a été très compliqué de centraliser les données mais aussi de travailler conjointement à 5. Les attentes concernant cette étude étant différentes et les connaissances de base en terme de recherche n'étaient pas les mêmes.

Je pense manquer de compétence pour révéler la réelle puissance de cette étude.

On peut aussi noter que le temps imparti pour la réalisation de cette étude, corrélée avec la masse de données à analyser est très insuffisant au regard de la puissance potentielle de l'étude.

Le questionnaire que nous avons réalisé s'est révélé imparfait notamment car nous n'avons pas fait de pré enquête.

Dès la première question, il aurait fallu ne proposer que 2 choix (en marchant/en fauteuil/brancard).

La multiplicité des réponses possibles mais surtout le fait que le choix ait été laissé au patient de dire « peu importe » ou « ne sait pas » a considérablement complexifié la clarté possible de l'analyse de l'étude.

Nous avons d'ailleurs constaté que la dernière proposition que nous avons faite aux patients (ne sait pas) a été peu voire pas du tout utilisée.

Le questionnaire que nous avons réalisé est, également, perfectible dans les tournures de phrases de la première partie avec l'Echelle de Lickert. En effet on a pu voir un certain nombre de questionnaires où les patients ont tiré un trait sur une seule réponse alors qu'il n'est pas forcément cohérent au vu des questions de répondre dans le même « sens » à toutes les questions.

Il aurait donc peut-être fallu que nous formulions différemment les questions pour que la lisibilité soit plus simple pour tous les patients.

La variabilité des pratiques et des organisations de services dans les centres hospitaliers ayant participé à l'étude ont créé des biais que nous avons très certainement sous-estimé dans l'analyse de l'étude. En effet au vu des dates opératoires et des dates de remplissage des questionnaires, on peut être rempli à j0 ou en amont parfois de plusieurs semaines.

Or il apparaît clairement que compte tenu du stress lié à l'intervention, le jour opératoire, peuvent faire varier les réponses mais aussi que les patients ont clairement d'autres questions en tête ce jour-là que de savoir comment ils souhaiteraient se rendre au bloc opératoire.

L'équilibre de l'étude est éventuellement à revoir. En effet lors de la réalisation de l'étude nous avons demandé aux centres de nous transmettre environ 40 questionnaires par type de chirurgie.

Nous avons globalement réussi à obtenir ce nombre pour les centres où nous travaillons mais il est plus difficile d'impliquer les personnes qui ont accepté de nous aider. Les variabilités du nombre de questionnaires en fonction des centres ne sont pas supérieures à 40%, mais cela est suffisant pour créer ce que l'on pourra appeler un effet centre qui rend la pertinence de l'étude discutable.

## **VI. CONCLUSION**

Le développement ambulatoire fait partie des objectifs nationaux de santé publique fixés en 2015. Le taux cible fixé par le Ministère de la Santé est de 70% de chirurgie ambulatoire pour 2023.

L'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques ne peuvent pas être seules garantes de son développement.

Un réel travail doit être fait dans l'organisation des services de soins et dans la prise en charge des patients lors de leur séjour en UCA.

Il n'apparaît pas envisageable de transposer l'organisation des services de soins traditionnels à l'ambulatoire. Il faut par contre faire la chasse aux « temps morts », au gaspillage dans la prise en charge des patients. Chaque acte, chaque geste, chaque organisation doit être pensée pour que le séjour du patient soit le plus fluide possible. Pour que chaque moment de prise en charge soit un moment « utile ».

La théorie du lean management qui se définit comme « un système dont le principal objectif est d'éliminer les gaspillages à travers la création d'un environnement favorable à la résolution de problèmes par chaque employé de l'organisation et de permettre d'organiser efficacement le quotidien » semble alors particulièrement indiquée pour faire progresser l'organisation des unités de chirurgie ambulatoire.

Et le développement de la déambulation vers le bloc opératoire tout indiqué pour aller dans ce sens.

L'opposition du patient ne semble pas être un argument valable quant au non développement d'un tel projet, il convient donc d'impliquer le personnel pour que les patients puissent aller au bloc opératoire en marchant dans les meilleures conditions possibles.

L'étude menée par Porteous A , Tyndall J ., en 1994 dit qu'il est nécessaire que les soignants s'impliquent et modifient leur prise en charge pour rassurer le patient et développer la déambulation vers le bloc opératoire. Mais il est surtout nécessaire que les soignants cessent de placer le patient dans une situation de malade dès son entrée à l'hôpital. Selon cette étude, la majorité des patients ne se sent pas « malade » quand ils arrivent pour subir une intervention chirurgicale. Il apparaît donc contre productif de les coucher dans un brancard pour se rendre au bloc opératoire alors qu'ils sont à même de s'y rendre en marchant. C'est d'ailleurs ce que nous avons pu retirer de l'analyse d'un certain nombre de critères influençant le choix des patients.

Nous pouvons donc conclure que les patients ne sont pas opposés à aller au bloc opératoire en marchant et qu'il va falloir modifier nos pratiques soignantes ainsi que l'organisation de nos unités de chirurgie ambulatoire afin de développer le « patient debout » dans de bonnes conditions tant pour le patient que pour les équipes soignantes.

Il va falloir alors réussir à impliquer le personnel soignant pour qu'ils voient cette nouvelle organisation comme quelque chose de positif pour les patients mais aussi pour eux mêmes.

De nombreux arguments que nous n'avons pas abordés dans l'étude peuvent être utilisés pour mobiliser le personnel comme par exemple la prévention des troubles musculo squelettiques ou la satisfaction de travailler à un projet innovant.

Enfin il convient de se souvenir que l'organisation du service de soin doit être tournée vers la qualité des soins et la satisfaction du patient et de ce point de vue là rien ne semble aller à l'encontre de ces valeurs dans les résultats que nous avons obtenus.



## Bibliographie

Nagraj S. , Celia Ingham Clark , Janine Talbot et Simon Walker, (Mars 2006)

“Which Patients would Prefer to Walk to Theatre?”,

consulté le 2 juillet 2019 sur:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1964084/>

Dr Rosay, “Le patient debout au bloc opératoire : le malade acteur” (2016)

consulté le 6 Juillet 2019 sur :

[https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr\\_rosay\\_-\\_le\\_patient\\_debout\\_au\\_bloc\\_operatoire.pdf](https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/dr_rosay_-_le_patient_debout_au_bloc_operatoire.pdf)

Porteous A , Tyndall J , (Avril-Mai 1994)

“Yes, I want to walk to the OR.”

consulté le 15 aout 2019 sur :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8025875>

Cours de Virginie Fortineau « Le Lean à L'hôpital », Mars 2019

# Annexe 1



## ETUDE PATIENT DEBOUT Unité de Chirurgie Ambulatoire



Madame, Monsieur,

Plusieurs modes de transports existent pour aller au bloc opératoire : en marchant, en fauteuil, ou en lit (dans tous les cas avec une tenue adaptée). Nous souhaitons connaître votre préférence sur ce sujet. Dans ce but, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre de façon anonyme à cette enquête (case à cocher).

Si vous avez le choix, vous préférez aller au bloc opératoire :		<input type="checkbox"/> En marchant <input type="checkbox"/> En fauteuil ou en brancard			<input type="checkbox"/> Peu importe <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
Que pensez-vous des affirmations suivantes ?		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans opinion	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout	
<b>ALLER AU BLOC OPERATOIRE EN MARCHANT :</b>							
- Permet au patient d'être moins stressé							
- Permet de respecter l'intimité et la pudeur du patient							
- Permet au patient de garder son autonomie jusqu'à l'intervention							
- Expose le patient à un risque de chute							
- Expose le patient au froid							
- Permet au soignant qui vous accompagne d'être moins fatigué							
<b>Merci de répondre également à ces questions pour mieux analyser les réponses précédentes :</b>							
Vous êtes :		<input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/> une femme		<b>Quel est votre âge ?</b> ..... ans	<b>Quel est votre poids ?</b> ..... Kg	<b>Quelle est votre taille ?</b> ..... cm	
- Avez-vous déjà été opéré ?		OUI	NON	- Avez-vous des difficultés à marcher ?		OUI	NON
⇒ Si oui, êtes-vous déjà allé au bloc en marchant ?		OUI	NON	- Utilisez-vous des cannes, des béquilles ou un déambulateur ?		OUI	NON
<b>Ressentez-vous habituellement :</b>							
- Des essoufflements ?		OUI	NON	- Des troubles de l'équilibre ?		OUI	NON
- Des douleurs à la marche ?		OUI	NON	- Des troubles de la vue ?		OUI	NON
<b>Prenez-vous un traitement pour :</b>							
- L'anxiété ou les nerfs ?		OUI	NON	- Le diabète ?		OUI	NON
- La dépression ?		OUI	NON	- Le cœur ou la tension ?		OUI	NON
<b>Commentaires :</b>							
<b>PARTIE EXCLUSIVEMENT DESTINEE AU SOIGNANT QUI RECUEILLE LE QUESTIONNAIRE</b>							
<b>NOM DE L'ETABLISSEMENT</b>							
<b>Nom de l'intervention prévue</b>				<b>Date de l'intervention :</b>			
<b>Type d'anesthésie prévue</b>		<input type="checkbox"/> AG	<input type="checkbox"/> ALR	<input type="checkbox"/> RACHI	<input type="checkbox"/> AL	<input type="checkbox"/> TOPIQUE	<input type="checkbox"/> SEDATION
<b>Date de remplissage du questionnaire (si différent de la date d'intervention)</b>							

## Annexe 2



### ETUDE MULTICENTRIQUE « patient debout » DIU DE CHIRURGIE AMBULATOIRE



A l'attention du cadre de santé de  
l'unité de chirurgie AMBULATOIRE

Objet: Note explicative sur la réalisation de l'étude multicentrique à laquelle vous avez accepté de participer.

Madame, Monsieur

Nous vous remercions avant tout d'avoir accepté de participer à l'étude multicentrique que nous réalisons. Le thème étudié est : **le patient debout**.

Quel que soit les pratiques utilisées dans votre structure, l'objectif de cette étude est recueillir l'avis du patient sur ce mode de transport jusqu'au bloc. Que les patients viennent déjà au bloc debout ou non n'a pas d'impact sur l'enquête.

Nous réalisons cette étude pour des patients opérés de chirurgie différentes afin d'évaluer si cette dernière a un impact sur leurs réponses.

Les spécialités auditées sont :

- La chirurgie digestive
- La chirurgie gynécologique
- La chirurgie ophtalmologique
- La chirurgie orthopédique membre supérieur
- La chirurgie orthopédique membre inférieur

L'étude est à mener jusqu'à obtention de **40 questionnaires par spécialité choisie** (ou au maximum jusqu'à mi- juin 2019). Nous vous communiquerons les résultats de l'étude dès qu'elle sera terminée.

Ci joint vous trouverez une note explicative concernant les conditions du recueil de données de l'étude.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions ([nadia.kammah@gmail.com](mailto:nadia.kammah@gmail.com))

Nous vous remercions de votre implication ainsi que celle de vos équipes, qui est primordiale dans la réussite de ce projet.

Mme Perrine BENOIT  
Mme Nadia KAMMAH  
Mme Virginie LASARROU  
Mme Isabelle LE NOAN  
Mme Caroline PASTOUREL