



DIU CHIRURGIE AMBULATOIRE

Année universitaire 2018-2019

## LE BLOC EN MARCHÉ

*Les patients opérés d'une chirurgie orthopédique du membre supérieur  
préfèrent-ils aller au bloc opératoire debout ?*

Travail de recherche présenté par Nadia KAMMAH

*Sous la direction du Pr VONS Corinne, chirurgien digestif, présidente de l'AFCA*



## TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS .....	2
I. INTRODUCTION .....	3
1.1 Contexte scientifique .....	3
1.2 Objectifs .....	3
II. Matériel et méthode.....	4
2.1. Recueil de données et schéma de l'étude .....	4
2.2 Population d'étude.....	4
2.2.1 Critères d'inclusion.....	5
2.2.2 Critères de non inclusion .....	5
2.3 Définition du critère de jugement.....	5
2.3.1 Critère de jugement principal .....	5
2.3.2 Critères de jugements secondaires.....	6
III. ANALYSE STATISTIQUE .....	7
3.1 Analyse principale .....	7
3.2 Analyses secondaires .....	7
IV. RESULTATS .....	8
4.1 Résultats de l'analyse principale.....	9
4.2 Résultats des analyses secondaires .....	10
4.2.2 Probabilité que l'état physique ou les expériences opératoires aient une incidence sur le choix du patient .....	10
4.2.2 Probabilité que la prise d'un traitement ait une incidence sur le choix du patient .....	12
4.2.3 Perception des patients sur la diminution du stress en marchant .....	13
4.2.4 Perception des patients sur le respect de l'intimité et de la pudeur en marchant.....	13
4.2.5 Perception des patients sur le maintien de l'autonomie en marchant .....	13
4.2.6 Perception des patients sur le risque de chute en marchant .....	14
4.2.7 Perception des patients sur l'exposition au froid en marchant.....	14
4.2.8 Perception des patients sur la diminution de la fatigue des soignants en allant au bloc opératoire en marchant.....	14
V. DISCUSSION.....	15
5.1 Synthèse des résultats .....	15
5.1.1 Synthèse des résultats du critère de jugement principal .....	15
5.1.2 Synthèse des résultats des critères de jugements secondaires.....	16
5.2 Forces et limites de l'étude.....	19
VI. CONCLUSION.....	20
BIBLIOGRAPHIE .....	21
ANNEXE 1 .....	22
ANNEXE 2 .....	25

## ABREVIATIONS

AFCA : ASSOCIATION FRANCAISE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

ANAP : AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE

CH : CENTRE HOSPITALIER

CHU : CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

HAS : HAUTE AUTORITE DE SANTE

HIA : HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES

IMC : INDICE DE MASSE CORPORELLE

UCA : UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

## I. INTRODUCTION

### 1.1 Contexte scientifique

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé [1], les pouvoirs publics ont affirmé l'ambition de porter à 70 % le taux de chirurgie ambulatoire d'ici 2022. Identifié comme une priorité, la France poursuit son virage ambulatoire. Les prises en charge sont adaptées aux nouvelles pratiques, aux recommandations professionnelles (sociétés savantes) et institutionnelles (HAS, ANAP). L'arrêt des prémédications, le jeûne moderne, la reprise alimentaire précoce, le premier lever rapide, sont des exemples de changements de pratiques visant à l'amélioration continue de la qualité des soins.

Les organisations sont revues pour répondre aux besoins engendrés. Le patient est placé au centre du soin et devient acteur de sa prise en charge. Il est informé du déroulé de son séjour et des entretiens avec un soignant sont mis en place pour favoriser la préparation avant la chirurgie. L'information et l'éducation en pré opératoire permettent de le rassurer et de le préparer physiquement et/ou psychologiquement à son séjour.

Associées à ces nouvelles pratiques, les organisations des établissements sont retravaillées pour s'adapter à ce contexte. Avec de plus en plus de patients hospitalisés en ambulatoire, l'optimisation des flux est étudiée et les circuits au bloc opératoire sont repensés. Parmi les différents axes de réflexion et de travail, la prise en charge du patient debout jusqu'au bloc opératoire se développe. Elle a pour but de mieux maîtriser les flux, en diminuant les risques de retard en salle d'intervention, tout en proposant aux opérés une approche différente, en donnant un sentiment de contrôle dans un lieu si mystérieux et anxiogène que le bloc opératoire.

Une forte proportion de patients est satisfaite de marcher jusqu'au bloc opératoire lorsqu'elle est interrogée à posteriori mais qu'en est-il si cette option est évoquée en amont de la prise en charge.

Notre étude porte donc sur ce questionnement : **Quelle est la préférence des patients quant au mode de transport jusqu'au bloc opératoire ?**

### 1.2 Objectifs

L'objectif principal de notre étude est donc de définir quel est le mode de transport jusqu'au bloc opératoire privilégié par les patients opérés d'une chirurgie orthopédique du membre supérieur en ambulatoire.

Les objectifs secondaires ont pour but de déterminer s'il existe des facteurs personnels pouvant influencer la réponse des patients et de réaliser une analyse exploratoire des perceptions et des représentations personnelles des audités quant au fait d'aller au bloc opératoire en marchant.

## II. Matériel et méthode

### 2.1. Recueil de données et schéma de l'étude

Nous réalisons une étude pilote prospective dont les données sont recueillies avec un questionnaire (cf. annexe 1) comprenant différents items (choix des patients sur le mode de transport jusqu'au bloc opératoire, réponses à des affirmations, données sociodémographiques). Il est rempli de manière anonyme par les patients.

L'ensemble des données recueillies permet de renseigner des éléments sur les traitements personnels, l'état physique mais également les éventuelles expériences opératoires des patients.

Concernant les six affirmations à remplir, il s'agit de recueillir le point de vue des patients quant au transport en marchant jusqu'au bloc opératoire :

- 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 le patient.

Les réponses sont données en utilisant l'échelle de Likert (outil psychométrique permettant d'évaluer l'accord ou le désaccord d'une personne interrogée au travers d'une ou plusieurs affirmations).

Pour la réalisation de l'étude, les questionnaires sont remis aux cadres de santé des services ambulatoires avec une note explicative pour la diffusion des questionnaires (cf. annexe 2).

Le questionnaire est donné au patient à son entrée dans l'UCA. Une phrase d'information succincte est notée au début du questionnaire. Il est rempli par le patient dans le service ambulatoire en pré opératoire (ou en consultation pré opératoire pour certains centres).

Les données sont collectées pendant 6 semaines puis transmises par voie postale par chaque centre pour être centralisées et enregistrées sur un dossier informatique commun (sur Excel<sup>®</sup>).

Les questionnaires partiellement remplis sont exclus.

### 2.2 Population d'étude

La population globale est composée de patients opérés, dans un des 11 hôpitaux publics ou privés ayant participé à l'étude, d'une chirurgie programmée en ambulatoire pour une intervention :

- Digestive/ viscérale,
- Gynécologique,
- Ophtalmologique,
- Orthopédique du membre supérieur,
- Orthopédique du membre inférieur.

Le projet est réalisé conjointement par cinq personnes participant au diplôme inter universitaire de chirurgie ambulatoire. Chaque participant étudie une des spécialités précédemment citées.

Dans cette étude, notre population ciblée regroupe uniquement les patients pris en charge pour une chirurgie orthopédique du membre supérieur. Pour cette spécialité, les questionnaires sont remplis dans neuf centres (CHU de Bordeaux, CH Ajaccio, CH Meaux, HIA Begin, CH Fleyriat, CH Arles, CH Lunéville, clinique mutualiste de Pessac, clinique de l'Orangerie).

La population étudiée est répartie en quatre échantillons:

- Numéro 1 : patient préférant aller au bloc opératoire en marchant
- Numéro 2 : patient préférant aller au bloc opératoire en fauteuil ou en brancard
- Numéro 3 : patient n'ayant pas de préférence quant au mode de transport (« peu importe »)
- Numéro 4 : patient ne sachant pas quel mode de transport choisir (« ne sait pas »)

### *2.2.1 Critères d'inclusion*

Les critères d'inclusions seront les patients majeurs opérés d'une chirurgie orthopédique du membre supérieur programmée en ambulatoire.

### *2.2.2 Critères de non inclusion*

Les critères de non inclusion seront :

- Les patients non opérés en ambulatoire,
- Les mineurs,
- Les personnes protégées,
- Les personnes présentant un handicap moteur (ayant un impact sur la marche)

## 2.3 Définition du critère de jugement

### *2.3.1 Critère de jugement principal*

L'étude portant sur le mode de déplacement des patients opérés d'une chirurgie orthopédique du membre supérieur, il est intéressant de savoir quel est le choix du patient si on lui laisse l'opportunité de décider entre se déplacer debout, en fauteuil/brancard ou même si cela lui est égal (« peu importe »).

Le critère de jugement principal est donc la préférence des patients quant au mode de transport jusqu'au bloc opératoire.

### 2.3.2 Critères de jugements secondaires

Les autres données recueillies constituent des variables pouvant influencer les réponses quant au mode de transport choisi :

- L'âge
- L'IMC
- Un antécédent de chirurgie (éventuellement associé à un antécédent de transport en marchant)
- La prise de traitements (contre l'anxiété, la dépression, le diabète, le cœur +/- la tension)
- L'état physique (essoufflement, douleur à la marche, troubles de l'équilibre, troubles de la vue)

Enfin, la dernière variable concerne les réponses aux six affirmations du questionnaire. Ces données permettent d'évaluer la perception des patients sur les différents items. Ils répondent en donnant un degré de validation (échelle de Likert) :

- « tout à fait d'accord »,
- « d'accord »,
- « sans opinion »,
- « pas d'accord »,
- « pas du tout d'accord »

A partir de l'ensemble de ces éléments, les critères de jugements secondaires (ou variables explicatives) sont multiples :

- ⇒ Probabilité que l'état physique ou les expériences opératoires aient une influence sur le choix du mode de transport
- ⇒ Probabilité que la prise d'un traitement ait une influence sur le choix du mode de transport
- ⇒ Perception des patients sur la diminution du stress en marchant
- ⇒ Perception des patients sur le respect de l'intimité et de la pudeur en marchant
- ⇒ Perception des patients sur le maintien de l'autonomie en marchant
- ⇒ Perception des patients sur l'exposition au risque de chute en marchant
- ⇒ Perception des patients sur l'exposition au risque d'avoir froid en marchant
- ⇒ Perception des patients sur la fatigue des soignant en accompagnant les patients en marchant

### III. ANALYSE STATISTIQUE

#### 3.1 Analyse principale

L'analyse du critère de jugement principal se basera sur les données concernant la première question du questionnaire où chaque patient aura le choix de répondre au mode d'accompagnement jusqu'au bloc opératoire qu'il préfèrerait.

L'analyse sera réalisée en pourcentage.

#### 3.2 Analyses secondaires

Plusieurs critères seront analysés afin de déterminer si l'état physique ou les antécédents personnels peuvent expliquer le choix du mode de transport des patients opérés d'une chirurgie orthopédique du membre supérieur. Les tests de Khi2, de Fischer et de Student seront utilisés pour définir s'il existe des associations significatives entre le choix du mode de transport et les antécédents des patients. La même analyse sera réalisée en fonction de l'état physique décrit.

D'autre part, les réponses aux six affirmations proposées dans le questionnaire seront regroupées en trois sous-groupes :

- Tout à fait d'accord et d'accord
- Sans opinion
- Pas d'accord et pas du tout d'accord

Les résultats seront présentés en pourcentage et comparés pour la population étudiée.

Ces interprétations pourront servir de base ultérieurement pour l'analyse globale avec les autres spécialités concernées par cette étude (le sujet ne sera pas abordé dans ce travail).

## IV. RESULTATS

Dans un premier temps, l'observation se porte sur les données globales de la population étudiée.

Au total, et après avoir exclu les questionnaires partiellement remplis, 211 questionnaires sont analysés. Le tableau ci-dessous précise les données en nombre et en pourcentage. Les données sont regroupées par thème :

- ⇒ Données générales (âge, sexe, IMC)
- ⇒ Les antécédents chirurgicaux (patient déjà opéré, antécédent de départ au bloc debout)
- ⇒ Prise de traitements personnels (pour différents motifs)
- ⇒ Identification de l'état physique

	global	
	n=211	100%
<b>DONNEES GENERALES</b>		
Age (moyenne)	54	
IMC (moyenne)	26.9	
Sexe : homme	105	49.8%
Sexe : femme	106	50.2%
<b>ANTECEDENTS CHIRURGICAUX</b>		
Patient déjà opéré	190	90%
Patient déjà allé au bloc en marchant	22	10%
<b>TRAITEMENTS PERSONNELS</b>		
ANXIETE	17	8%
DEPRESSION	10	5%
DIABETE	27	13%
CŒUR/TENSION	42	20%
<b>ETAT PHYSIQUE</b>		
ESSOUFLEMENTS	29	14%
DOULEUR A LA MARCHE	35	17%
TROUBLE DE L'EQUILIBRE	17	8%
TROUBLE DE LA VUE	29	14%

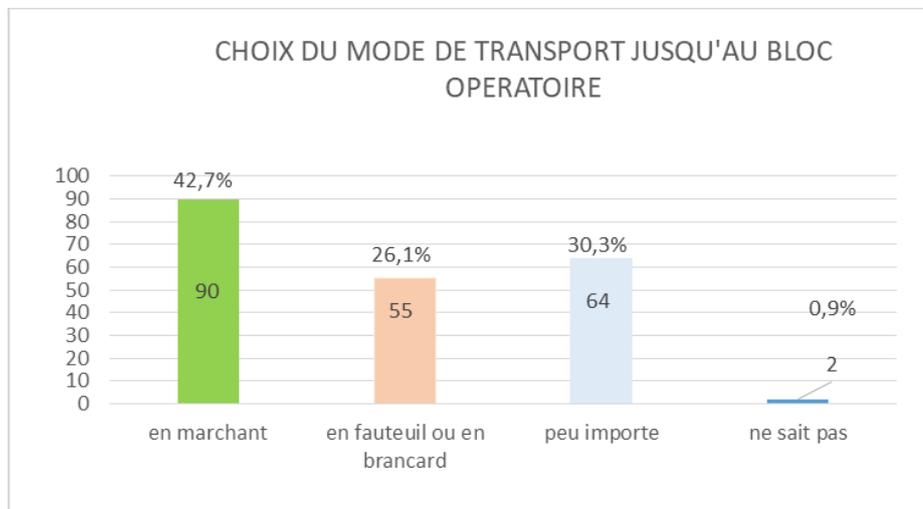
Il y a autant d'hommes que de femmes et la moyenne d'âge est de 54 ans.

Malgré 90% de patients déjà opérés dans la population étudiée, il n'y en a que 10% qui ont une expérience de déplacement jusqu'au bloc opératoire en marchant.

Les données liées aux traitements personnels et à l'état physique des patients seront analysées par la suite.

#### 4.1 Résultats de l'analyse principale

Nous avons donc classé les patients opérés d'une chirurgie orthopédique du membre supérieur en quatre échantillons :



L'échantillon numéro 1, c'est-à-dire ceux préférant aller au bloc opératoire en marchant, représente 42.7% des répondants contre 26.1% qui préfèrent y aller en fauteuil ou en brancard (échantillon numéro 2).

L'échantillon numéro 3, c'est-à-dire les patients n'ayant pas de préférence pour le mode de transport jusqu'au bloc opératoire (« peu importe ») représente 30.3% des répondants.

Enfin, l'échantillon numéro 4 représente 0.9% (soit n=2). N'étant pas significatif, il sera exclu pour le reste de l'étude (non analysé).

## 4.2 Résultats des analyses secondaires

### 4.2.2 Probabilité que l'état physique ou les expériences opératoires aient une incidence sur le choix du patient

	Debout		Fauteuil		Valeur p	Fauteuil		Peu importe		Valeur p	Debout		Peu importe		Valeur p
	90	42,7%	55	26,1%		55	26,1%	64	30,3%		90	42,7%	64	30,3%	
AGE (MOYENNE)	55,3		54,9		0.456	54,9		52,4		0.629	55,3		52,4		0.129
AGE (MEDIANE)	55,0		57,0			57,0		53,0			55,0		53,0		
AGE (ECART TYPE)	18,9		20,2			20,2		14,6			18,9		14,6		
IMC (MOYENNE)	25,4		24,0		0.0513	24,0		28,0		0.837	25,4		28,0		0.0087
IMC (MEDIANE)	24,7		24,5			24,5		28,1			24,7		28,1		
IMC (ECART TYPE)	5,8		3,0			3,0		5,0			5,8		5,0		
DÉJÀ OPERÉ	80	89%	51	93%	0.447	51	93%	58	91%	0.680	80	89%	58	91%	0.727
BLOC EN MARCHANT	11	14%	4	8%	0.342	4	8%	7	12%	0.491	11	14%	7	12%	0.806

La proportion de patients ayant répondu « peu importe » quant au choix du mode de transport a une IMC significativement plus importante que ceux ayant répondu préférer aller au bloc opératoire debout.

La comparaison de l'âge, des antécédents opératoires et des expériences passées en marchant des trois échantillons ne montrent pas de résultats significatifs ( $p \geq 0.05$ ).

#### 4.2.1.1 Etat physique habituel et choix de déplacement debout ou en fauteuil

ETAT PHYSIQUE HABITUEL					
	Debout		Fauteuil/brancard		Valeur p
NOMBRE DE PATIENTS	n= 90	42.7%	n=55	26.1%	
ESOUFLEMENTS	12	13,3%	9	16,4%	p= 0.614
DOULEUR A LA MARCHÉ	11	12,2%	16	29,1%	p= 0.011
TROUBLE DE L'EQUILIBRE	6	6,7%	9	16,4%	p= 0.081
TROUBLE DE LA VUE	11	12,2%	14	25,5%	p= 0.040

La proportion de patients présentant des douleurs à la marche et/ ou des troubles de la vue est significativement plus importante pour ceux ayant répondu préférer aller au bloc opératoire en fauteuil/ brancard que debout.

Les autres résultats ne sont pas significatifs ( $p \geq 0.05$ ).

#### 4.2.1.2 Etat physique habituel et choix de déplacement debout ou « peu importe »

ETAT PHYSIQUE HABITUEL					
	Debout		Peu importe		Valeur p
NOMBRE DE PATIENTS	n= 90	42,7%	n=64	30,3%	
ESSOUFLEMENTS	12	13,3%	8	12,5%	p= 0.879
DOULEUR A LA MARCHÉ	11	12,2%	8	12,5%	p= 0.958
TROUBLE DE L'EQUILIBRE	6	6,7%	2	3,1%	p= 0.082
TROUBLE DE LA VUE	11	12,2%	4	6,3%	p= 0.218

Il n'y a pas de résultats significatifs sur la probabilité qu'un état physique habituel ait un impact sur le mode de transport debout ou « peu importe » ( $p \geq 0.05$ ).

#### 4.2.1.3 Etat physique habituel et choix de déplacement en fauteuil ou « peu importe »

ETAT PHYSIQUE HABITUEL					
	Fauteuil/ brancard		Peu importe		valeur p
NOMBRE DE PATIENTS	n=55	26,1%	n=64	30,3%	
ESSOUFLEMENTS	9	16,4%	8	12,5%	0.548
DOULEUR A LA MARCHÉ	16	29,1%	8	12,5%	0.024
TROUBLE DE L'EQUILIBRE	9	16,4%	2	3,1%	0.012
TROUBLE DE LA VUE	14	25,5%	4	6,3%	0.0005

La proportion de patients présentant des douleurs à la marche et/ou des troubles de l'équilibre et/ ou des troubles de la vue est significativement plus importante pour ceux ayant répondu préférer aller au bloc opératoire en fauteuil/ brancard que « peu importe ».

#### 4.2.2 Probabilité que la prise d'un traitement ait une incidence sur le choix du patient

##### 4.2.2.1 Prise de traitement et choix de déplacement debout ou en fauteuil

TRAITEMENTS					
	Debout		Fauteuil/ brancard		Valeur p
NOMBRE DE PATIENTS	n= 90	42,7%	n=55	26,1%	
ANXIETE	2	2,2%	9	16,4%	p= 0.0027
DEPRESSION	1	1,1%	4	7,3%	p= 0.068
DIABETE	8	8,9%	9	16,4%	p= 0.174
CŒUR ET/OU LA TENSION	24	26,7%	9	16,4%	p= 0.151

La proportion de patients prenant un traitement pour l'anxiété est significativement plus importante pour ceux ayant répondu préférer aller au bloc opératoire en fauteuil ou brancard plutôt que debout.

Les autres résultats ne sont pas significatifs ( $p \geq 0.05$ ).

##### 4.2.2.2 Prise de traitement et choix de déplacement debout ou « peu importe »

TRAITEMENTS					
	Debout		Peu importe		Valeur p
NOMBRE DE PATIENTS	n= 90	42,7%	n=64	30,3%	
ANXIETE	2	2,2%	6	9,4%	p= 0.067
DEPRESSION	1	1,1%	5	7,8%	p= 0.082
DIABETE	8	8,9%	10	15,6%	p= 0.199
CŒUR ET/OU LA TENSION	24	26,7%	8	12,5%	p= 0.032

La proportion de patients prenant un traitement pour le cœur et/ou la tension est significativement plus importante pour ceux ayant répondu préférer aller au bloc opératoire debout ( $p \leq 0.05$ ).

Les autres résultats ne sont pas significatifs ( $p \geq 0.05$ ).

##### 4.2.2.3 Prise de traitement et choix de déplacement en fauteuil ou « peu importe »

TRAITEMENTS					
	Fauteuil/ brancard		Peu importe		valeur p
NOMBRE DE PATIENTS	n=55	26,1%	n=64	30,3%	
ANXIETE	9	16,4%	6	9,4%	p= 0.252
DEPRESSION	4	7,3%	5	7,8%	p= 0.99
DIABETE	9	16,4%	10	15,6%	p= 0.912
CŒUR ET/OU LA TENSION	9	16,4%	8	12,5%	p= 0.548

Il n'y a pas de résultats significatifs sur la probabilité que la prise de traitements personnels ait un impact sur le mode de transport en fauteuil/ brancard ou « peu importe ».

#### 4.2.3 Perception des patients sur la diminution du stress en marchant

		n=211	
<b>STRESS</b>	d'accord	129	61.14%
	sans opinion	49	23.22%
	pas d'accord	33	15.64%

Sur l'ensemble des patients audités, une majorité (61.14%) considère que le fait d'aller au bloc opératoire en marchant permet de diminuer le stress.

#### 4.2.4 Perception des patients sur le respect de l'intimité et de la pudeur en marchant

		n=211	
<b>INTIMITE ET PUDEUR</b>	d'accord	104	49.29%
	sans opinion	73	34.60%
	pas d'accord	34	16.11%

Un peu moins de la moitié (49.29%) des patients interrogés pensent qu'aller au bloc opératoire en marchant permet de respecter l'intimité et la pudeur et 34.6% ne se prononcent pas sur cette affirmation.

#### 4.2.5 Perception des patients sur le maintien de l'autonomie en marchant

		n=211	
<b>MAINTIEN DE L'AUTONOMIE</b>	d'accord	158	74.88%
	sans opinion	42	19.91%
	pas d'accord	11	5.21%

La majorité des audités (74.88%) considèrent qu'aller au bloc opératoire en marchant permet le maintien de l'autonomie jusqu'à l'intervention. A noter, 19.91% ne se prononcent pas sur cet item.

#### 4.2.6 Perception des patients sur le risque de chute en marchant

		n=211	
<b>RISQUE DE CHUTE</b>	d'accord	62	29.38%
	sans opinion	68	32.23%
	pas d'accord	81	38.39%

Les résultats montrent que 38.39% des patients estiment qu'aller au bloc opératoire en marchant n'augmente pas le risque de chute et 32.23% ne se prononcent pas sur cette affirmation.

#### 4.2.7 Perception des patients sur l'exposition au froid en marchant

		n=211	
<b>EXPOSITION AU FROID</b>	d'accord	59	27.96%
	sans opinion	70	33.18%
	pas d'accord	82	38.86%

Les patients interrogés estiment à 38.86% qu'aller au bloc opératoire en marchant n'expose pas au risque de froid et 33.18% ne se prononcent pas sur ce sujet.

#### 4.2.8 Perception des patients sur la diminution de la fatigue des soignants en allant au bloc opératoire en marchant

		n=211	
<b>FATIGUE DES SOIGNANTS</b>	d'accord	131	62.09%
	sans opinion	58	27.49%
	pas d'accord	22	10.43%

Les audités pensent à 62.09% qu'aller au bloc opératoire en marchant permet de limiter la fatigue des soignants.

## V. DISCUSSION

### 5.1 Synthèse des résultats

#### *5.1.1 Synthèse des résultats du critère de jugement principal*

L'arrivée en marchant au bloc opératoire reste encore, de manière générale, peu expérimentée des patients. Les résultats montrent que seulement 42.7% des audités préféreraient aller au bloc opératoire en marchant contre 26.1% en fauteuil ou en brancard.

Les nombreuses études déjà réalisées dans les établissements pratiquant ce mode de transport montrent la satisfaction des patients quand on réalise l'évaluation à postériori. Nos résultats mettent en exergue une évaluation différente lorsque la demande est formulée en amont de la prise en charge.

On peut donc penser que le mode de déplacement assis ou couché est préféré pour des motifs liés à des facteurs personnels (antécédents) ou tout simplement par « habitude » car c'est le mode de transport traditionnel. Les prises en charge ont toujours été réalisées ainsi. C'est le schéma le plus connu par les patients donc le plus « rassurant » pour eux. On peut également émettre l'hypothèse que ce mode de transport est préféré pour des raisons plus globales notamment liées aux perceptions de chacun, comme l'évoquent S. NAGRAJ, C. INGHAM CLARK, J. TALBOT et S.WALKER dans leur étude [2] où l'inquiétude à propos de la sécurité en marchant est mise en avant.

Malgré tout, il est important de souligner qu'un pourcentage significatif de patients a répondu « peu importe » à cette question (30.3%). Le non positionnement des patients en donnant cette réponse permet d'émettre plusieurs hypothèses :

- Hypothèse 1 : Le choix de mode de transport n'est pas « important » pour eux ;
- Hypothèse 2 : Ce n'est pas un sujet auquel ils ont réfléchi ;
- Hypothèse 3 : Ils sont confiants donc ne se positionnent pas ;
- Hypothèse 4 : Ils s'adaptent au choix proposé par la structure.

A noter, 0.9% des patients ont répondu « ne sait pas » à cette question. Ce nombre étant très faible (n=2), cet échantillon de patients ne sera pas analysé et comparé pour les critères de jugements secondaires.

En résumé, un patient peut donc trouver un mode de transport adapté comme le présentent O.UNTEREINER et G.ROSSEL [3] dans les résultats de leur étude, mais préférer un autre moyen de déplacement. L'analyse des critères de jugements secondaires réalisée ci-après pourra peut-être permettre de faire un lien entre le vécu personnel du patient et le choix du mode de transport jusqu'au bloc opératoire.

## 5.1.2 Synthèse des résultats des critères de jugements secondaires

### 5.1.2.1 Influence de l'état physique du patient

Les patients ayant répondu « peu importe » quant au choix du mode de transport ont une IMC significativement plus importante (IMC moyen=28) par rapport à ceux ayant répondu « debout » (IMC moyen=25.4). Ces résultats laissent donc supposer que l'IMC a une influence sur le choix du mode de transport du patient qui aura tendance à préférer ne pas se positionner sur le mode de déplacement lorsqu'il présente un surpoids. Il serait intéressant de comparer ce critère avec les résultats des autres spécialités chirurgicales étudiées.

On note qu'il n'y a pas de corrélation entre le choix du mode de transport et l'âge, les antécédents de chirurgie ou les expériences de déplacements en marchant jusqu'au bloc opératoire.

Par contre, les patients présentant des douleurs à la marche ont répondu de manière significative préférer aller au bloc opératoire en fauteuil ou en brancard plutôt qu'en marchant ( $p=0.011$ ) ou que « peu importe » ( $p=0.024$ ). Les audités présentant des troubles de l'équilibre ont également répondu préférer aller au bloc opératoire en fauteuil ou en brancard plutôt que « peu importe » ( $p=0.012$ ).

D'autre part, les patients présentant des troubles de la vue ont de la même manière répondu significativement préférer aller au bloc opératoire en fauteuil ou brancard plutôt qu'en marchant ( $p=0.040$ ) ou que « peu importe » ( $p=0.0005$ ).

Le choix du mode de transport doit tenir compte des problématiques de chacun et doit pouvoir s'adapter. Il est important de pouvoir proposer un mode de transport assis ou couché aux patients présentant notamment des difficultés à se mobiliser ou ayant des troubles de la vue. La proposition du mode de déplacement doit être accompagnée d'explications sur le parcours jusqu'au bloc opératoire, sur la tenue et les chaussures mises à dispositions. D'autre part, une organisation doit être mise en place pour permettre au patient de garder ses effets personnels comme les lunettes de vue jusqu'à l'arrivée au bloc opératoire et d'être accompagné tout au long du trajet.

### 5.1.2.2 Influence de la prise de traitements

La comparaison des variables permet de mettre en exergue la préférence pour un déplacement en fauteuil ou en brancard plutôt qu'en marchant ( $p=0.0027$ ), des patients prenant des traitements anxiolytiques. Ce résultat fait écho à certaines études qui ont montrées la surestimation des dangers potentiels par ces patients [4] et peut expliquer pourquoi cette population aura tendance à préférer se laisser transporter jusqu'au bloc opératoire plutôt que risquer de s'exposer à des « dangers potentiels ». Il faut donc penser les organisations en tenant compte de ce facteur important en privilégiant la communication et l'information sur les circuits. L'information doit être transmise dès la consultation chirurgicale afin de préparer le patient à ce mode de transport. Il faut dédramatiser la situation en montrant l'intérêt de développer ce mode de prise en charge et les bénéfices potentiels liés (passer de la posture de « malade allongé » à celle du « patient acteur »).

L'autre variable significative est la prise d'un traitement cardiovasculaire. La proportion de patients prenant un traitement pour le cœur et/ou la tension est significativement plus importante pour ceux ayant répondu préférer aller au bloc opératoire debout que ceux ayant répondu peu importe ( $p=0.032$ ). Il est souvent recommandé par les cardiologues aux patients présentant des troubles

cardiovasculaires de poursuivre l'activité physique. Le positionnement de ces patients laisse penser qu'ils trouvent un intérêt à marcher jusqu'au bloc opératoire (la gestion des émotions par exemple) ou du moins que ce mode de déplacement n'est pas une contrainte.

#### 5.1.2.3 Perception de la diminution du stress en marchant

Pour 61.14% de la population ciblée, marcher jusqu'au bloc opératoire permet de diminuer le stress contre 15.64% en désaccord avec cette affirmation. On note, 23.22% des patients n'ont pas d'opinion sur cette question. Ces résultats peuvent être liés à la méconnaissance de cette procédure et au manque d'information sur le sujet.

Les patients ne font pas forcément de liens entre le déplacement vertical et la diminution du stress. Les expériences montrent que le déplacement debout diminue le stress en pré opératoire mais les patients ne le perçoivent pas forcément ainsi en amont de la prise en charge. L'information autour de ce mode de transport et les bénéfices identifiés peuvent permettre de convaincre les patients sur son intérêt.

#### 5.1.2.4 Respect de l'intimité et de la pudeur

Les résultats à l'affirmation « aller au bloc opératoire en marchant permet de respecter l'intimité et la pudeur du patient » montrent que seulement 49.29% de la population étudiée valide ce point de vue contre 16.11% contre et 34.60% sans opinion. L'image de la chemise d'opéré ouverte dans le dos avec les jambes nues et l'absence de sous vêtement est la représentation la plus connue et a parfois du mal à être occultée. Comme évoqué par H. ROSAY [5], un questionnement sur la nécessité d'être nu au bloc peut être remis en cause pour certaines spécialités comme celle de la chirurgie orthopédique du membre supérieur. Ainsi, en permettant aux patients d'être dans une tenue adaptée (pantalon et haut distincts), ils peuvent se déplacer dans les couloirs debout sans impact sur le respect de leur intimité. L'information autour de ces pratiques est indispensable en amont de la prise en charge pour permettre d'éliminer les perceptions de ces pratiques anciennes et inadaptées aux prises en charge actuelles.

#### 5.1.2.5 Maintien de l'autonomie jusqu'à l'intervention

Les audités valident à 74.88% l'affirmation « aller au bloc opératoire permet au patient de garder son autonomie jusqu'à l'intervention » contre 5.21% d'avis défavorables. Cette notion fondamentale fait partie des quatorze besoins fondamentaux de V. HENDERSON. Le fait de pouvoir marcher jusqu'au bloc opératoire permet au patient d'être acteur de sa prise en charge. Il avance au rythme qu'il souhaite. Le patient est mobile et non pas passif sur un brancard ou un fauteuil. Cet élément a un impact sur l'ensemble de la prise en charge et sur le ressenti du patient « L'autonomie préservée participe à la démystification du séjour en chirurgie » [6].

#### 5.1.2.6 Risque de chute

Les réponses à l'affirmation « aller au bloc opératoire en marchant expose au risque de chute » sont partagées. Il y a seulement 38.39% de la population ciblée qui n'est « pas d'accord » et 32.23% n'ont « pas d'opinion ». Par contre, il y a quand même 29.38% des patients qui considèrent qu'aller debout au bloc expose au risque de chute.

Ces données permettent de répondre à l'hypothèse formulée lors de l'analyse du critère de jugement principal et confirment ainsi les résultats de l'étude anglaise sur « l'inquiétude à propos de la sécurité pour marcher jusqu'au bloc opératoire [2] ». Ces éléments sont donc à prendre en compte lors de la mise en œuvre d'un projet « patient debout » en sécurisant le circuit notamment en mettant à disposition des chaussures ou chaussons adaptés, et en informant en amont les patients sur le circuit établi.

#### 5.1.2.7 Exposition au froid

Les patients estiment à 29.38% être exposés au froid en se rendant à pied au bloc opératoire alors que 38.39% ne sont pas d'accord. La notion de froid est subjective et dépend de la tenue portée. Comme évoqué précédemment, une simple chemise d'opéré fermée dans le dos expose plus facilement au froid qu'une tenue complète adaptée.

Cette réponse peut être liée à la perception qu'ont les audités sur ce sujet voire même l'expérience qu'ils ont eue. Il est important de le prendre en compte dans la mise en place de ce mode de transport et de permettre au patient de se couvrir davantage si nécessaire. Le bloc opératoire est un lieu où il fait froid. Par habitude, les patients étaient amenés en lit ou en brancard avec des couvertures mais le changement de pratiques doit s'accompagner et laisser des possibilités d'adaptation en proposant par exemple une veste supplémentaire ou une couverture à mettre sur les épaules si nécessaire.

#### 5.1.2.8 Diminution de la fatigue pour le soignant

La population ciblée pense à 62.09% qu'aller au bloc opératoire en marchant permet de diminuer la fatigue des soignants et 27.49% n'ont pas d'opinion à cette affirmation. Ce mode de prise en charge permet au soignant de créer une relation différente avec le patient qui n'est plus allongé dans un lit durant tout le trajet jusqu'au bloc opératoire.

Ce mode de transport permet surtout de pouvoir communiquer face à face debout, en marchant l'un à côté de l'autre. Il n'y a pas de différence de posture (couché/ debout) ce qui permet de favoriser l'instauration d'une relation de confiance.

## 5.2 Forces et limites de l'étude

Cette étude a été réalisée dans différents établissements de santé où le mode de transport debout n'est pas forcément instauré ce qui permet d'avoir différents points de vue selon les structures d'accueil.

Le questionnaire créé pour cette étude a montré ses limites lors de l'analyse des résultats. Pour la première question relative au choix quant au mode de transport, elle permettait au patient de répondre « peu importe » ou « ne sait pas ». Ces deux réponses n'ont pas permis de se positionner clairement lors des analyses. Proposer aux audités de répondre uniquement par une des deux options (en marchant ou en fauteuil) aurait laissé moins de place aux hypothèses pour rechercher les motivations de ces choix.

Egalement, les affirmations proposées nécessitaient de vraiment réfléchir aux réponses à choisir selon la tournure des phrases et ne pas se tromper en inversant entre « tout à fait d'accord » et « pas du tout d'accord ». Par exemple, certains patients ont répondu « tout à fait d'accord » à tous les items en tirant un trait sur la colonne alors qu'à l'affirmation « aller au bloc en marchant expose au risque de chute » ils ne pensaient peut être pas cela.

D'autre part, les audités ont rempli les questionnaires à l'arrivée en unité de chirurgie ambulatoire. Comme évoqué ci-dessus, toutes les structures n'ont pas encore mis en place ce mode de transport. Les tenues et/ ou les locaux ne sont donc pas forcément adaptés. De ce fait, selon ce que les patients ont vu en arrivant dans le service (tenue de l'opéré ou autre), leur choix a pu être influencé. Ils ont également pu avoir des difficultés à se projeter dans ce qui pourrait être fait.

Enfin, la force de cette étude est d'avoir pu être réalisée avec cinq spécialités chirurgicales différentes, ce qui représente donc plus de 1000 questionnaires. En regroupant l'ensemble des données, il sera donc possible d'analyser les données dans leur globalité mais également de cibler plus précisément d'autres thèmes:

- La probabilité que la spécialité chirurgicale ait un impact sur le choix du patient
- La probabilité que l'établissement de santé ait un impact sur le choix du patient

## VI. CONCLUSION

Avec moins de la moitié des patients ayant répondu préférer marcher jusqu'au bloc opératoire, ce mode de transport ne semble pas encore naturel pour les opérés d'une chirurgie orthopédique du membre supérieur. L'étude réalisée a permis de mettre en exergue qu'il est important d'accompagner les changements de pratiques et de laisser malgré tout le libre choix au patient d'accepter ou non ce mode de prise en charge.

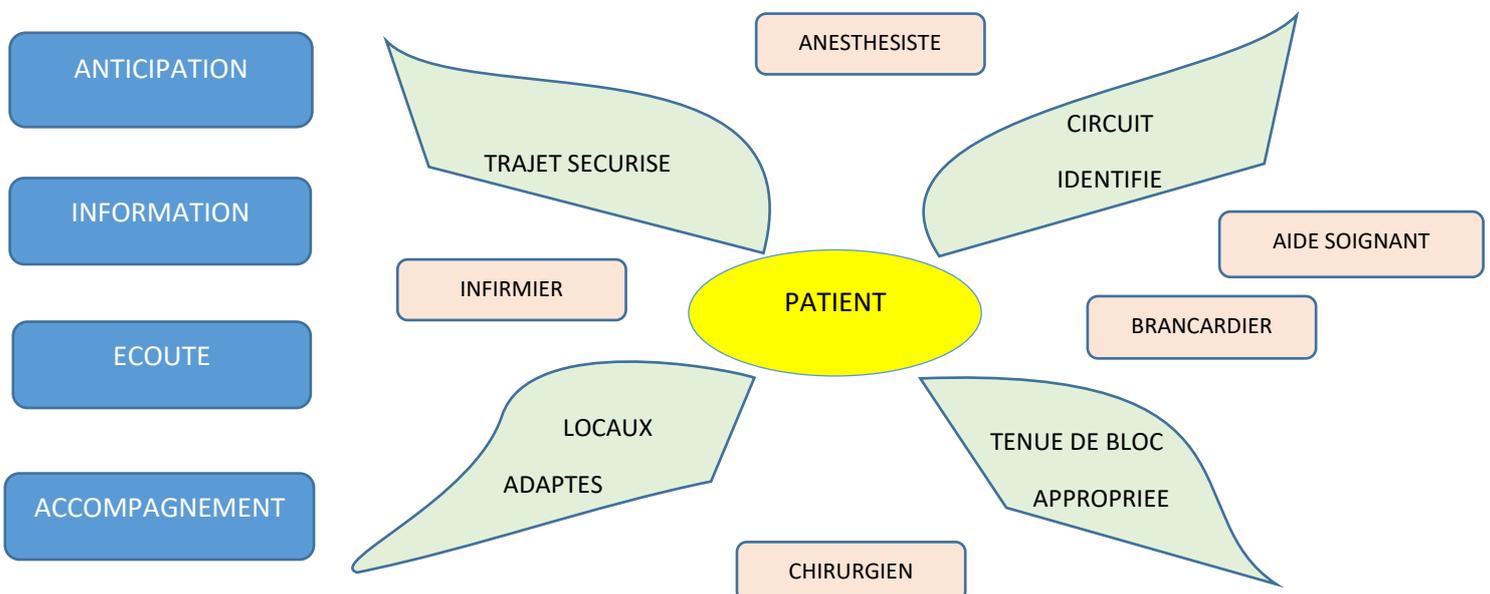
La communication est importante pour expliquer aux patients en quoi consiste ce mode de transport et limiter les préjugés. Lors des entretiens soignants pré opératoire, lors de l'accueil dans l'UCA mais également sur le passeport ambulatoire remis à la consultation chirurgicale, il est nécessaire d'évoquer le sujet. Il faut notamment parler du parcours sécurisé et de l'accompagnement par un brancardier ou un soignant jusqu'au bloc opératoire. L'objectif est également de « casser » cette image traditionnelle du patient en chemise d'opéré ouverte dans le dos allongé dans un lit.

L'étude a également permis de mettre en exergue l'importance de prendre en compte l'état clinique des patients comme par exemple ceux présentant des douleurs à la marche ou des troubles de la vue. En lien avec ce dernier point, le changement de mode de transport doit être accompagné d'une modification de la « préparation pré opératoire » en personnalisant la prise en charge de chaque patient notamment en permettant de garder:

- les lunettes de vue jusqu'à la salle d'intervention pour faciliter les déplacements en marchant,
- la canne anglaise si le patient souhaite y aller en marchant mais a besoin d'un appui,
- les appareils auditifs pour être moins isolé et pouvoir communiquer avec le brancardier durant le transport.

Les pratiques évoluent et visent à améliorer continuellement la qualité et la sécurité des soins. En tenant compte des spécificités de chacun et en respectant le libre choix des patients, les nouvelles organisations doivent permettre d'accompagner les patients dans de bonnes conditions de sécurité et de confort.

En travaillant sur la communication et l'éducation pré opératoire, le développement du mode de transport au bloc opératoire en marchant pourra se réaliser et devenir le choix privilégié des patients opérés d'une chirurgie orthopédique du membre supérieur.



## BIBLIOGRAPHIE

1. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/agnes-buzyn-reagit-au-rapport-de-l-ocde-sur-la-sante-des-francais>;
2. S.NAGRAJ, C.INGHAM CLARK, j. TALBOT, S.WALKER; Which patients would prefer to walk to theatre. The royal college of surgeons of England, 2006; 88: 172-173 (*traduit via Google traduction*)
3. Olivier UNTEREINER, Guylaine ROSSEL; Patient debout au bloc opératoire : une expérience en chirurgie ambulatoire. Le praticien en anesthésie réanimation, septembre 2015, 80-81. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352580015002804>
4. F.SGARD, S.RUSINEK, M.HAUTEKEETE; Anxiety bias for risk perception. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive , mars 2006, Volume 16, Issue 1, p12-15.
5. H. ROSAY; Des patients debout au bloc opératoire... Le praticien en anesthésie réanimation, 2018, 22, 238-243.
6. F.MESSIANT; J'arrive à pied au bloc opératoire. Le praticien en anesthésie réanimation, 2016, 20, 295-299.
7. A.PORTEOUS, J.TYNDALL; Yes, I want to walk to the OR. Can Oper Room Nurs J. 1994; 12[2]: 15-25
8. M.KEEGAN-DOODY; Walk or be driven? A study on walking patients to the operating theatre. Br J perioper nurs, 2005, 15: 529-531.
9. J. HUMPHREY, S. L JOHNSON, S. PATEL, M.MALIK,C.A WILLIS-OWEN, S. BENDALL; Patients' preferred mode of travel to the orthopaedic theatre. World J orthop, 2015, april 18, vol 6, issue 3: 360-362.



## 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"/> Peu importe		
		<input type="checkbox"/> En fauteuil ou en brancard			<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	Quel est votre âge ?	..... ans	Quel est votre poids ?	..... Kg	Quelle est votre taille ?
		<input type="checkbox"/> une femme					..... 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>							



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

ETUDE MULTICENTRIQUE « patient debout »  
DIU DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

## NOTE EXPLICATIVE POUR LA DIFFUSION DES QUESTIONNAIRES

### ➤ A qui donner le questionnaire :

Aux patients pris en charge en AMBULATOIRE pour l'une de ces spécialités :

- La chirurgie digestive
- La chirurgie gynécologique (hors IVG)
- La chirurgie ophtalmologique
- La chirurgie orthopédique du membre supérieur
- La chirurgie orthopédique du membre inférieur

### ➤ Quand donner le questionnaire ?

Le questionnaire doit être donné **IMPERATIVEMENT** en pré opératoire pour ne pas biaiser les réponses (en consultation paramédicale ou à l'arrivée en UCA)

### ➤ Quels sont les critères non inclusion ?

Les critères de non inclusion sont :

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

### ➤ Qui donne le questionnaire ?

Le soignant qui s'occupe de l'admission ou de l'entretien pré opératoire

### ➤ Qui récupère le questionnaire et quand ?

Si possible la même personne (ou un autre soignant de l'équipe)

Le questionnaire doit être récupéré **IMPERATIVEMENT** avant le départ au bloc opératoire.

### ➤ Que faire des questionnaires après les avoir récupérés ?

Tous les questionnaires sont à centraliser par chaque service UCA.

Un membre de votre établissement participant au DIU de chirurgie AMBULATOIRE les récupérera pour nous les transmettre.