

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Etude de l'impact de la méthode «
patient debout » sur l'anxiété préopératoire et la satisfaction postopératoire
des patients s'inscrivant dans le système de virage ambulatoire. Etude mixte
au sein du bloc opératoire de l'hôpital CHU UCL Namur site Godinne.**

Auteur : Decoux, Laura

Promoteur(s) : 6709; 20385

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique : 2022-2023

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/17538>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**ÉTUDE DE L'IMPACT DE LA MÉTHODE « PATIENT DEBOUT » SUR
L'ANXIÉTÉ PRÉOPÉRATOIRE ET LA SATISFACTION
POSTOPÉRATOIRE DES PATIENTS S'INSCRIVANT DANS LE SYSTÈME
DE VIRAGE AMBULATOIRE.**

**ÉTUDE MIXTE AU SEIN DU BLOC OPÉRATOIRE DE L'HÔPITAL CHU
UCL NAMUR SITE GODINNE.**

Mémoire présenté par **LAURA DECOUX**

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité spécialisée en Gestion des institutions de soins

Année académique 2022-2023

Promoteurs : Dr Edith Collard, Dr Eric Deflandre, Dr Virginie Dubois

Remerciements

Ce travail de fin d'études n'aurait pu voir le jour sans l'aide précieuse apportée, de près ou de loin, par de nombreuses personnes tout au long de sa réalisation. C'est pourquoi je tiens donc à leur témoigner mes plus sincères remerciements.

Tout d'abord, mes pensées vont vers l'ensemble de mes promoteurs, Monsieur Eric DEFLANDRE, Madame Virginie DUBOIS, Madame Edith COLLARD, qui ont accepté de m'accompagner, me soutenir, me conseiller, me relire malgré leurs contraintes personnelles et professionnelles.

Ensuite, je tiens à remercier particulièrement l'ensemble du personnel soignant du CHU UCL Namur Site Godinne et plus particulièrement d'une part, le chef du bloc opératoire, Monsieur Sébastien FURNEMONT, pour sa disponibilité et son aide précieuse durant ma collecte de données ; d'autre part, l'équipe d'aides-soignantes et aides logistiques du bloc opératoire du CHU UCL Namur site Godinne pour leur collaboration non négligeable.

Mes remerciements s'adressent également à Madame Maëliiss CORNEZ pour sa disponibilité ainsi que Monsieur Maxime REGNIER, pour ses conseils précieux et son aide inestimable dans la réalisation de mon travail statistique.

Je souhaiterais remercier l'ensemble du corps professoral et administratif de l'Université de Liège pour leur transmission de connaissances et d'apprentissages durant ces trois années d'études en Sciences de la Santé Publique.

Je suis infiniment reconnaissante envers l'ensemble des patients ayant accepté de m'accorder de leur temps afin de participer volontairement à mon projet de recherche.

Enfin, je souhaiterais adresser mes plus sincères remerciements à ma famille et plus spécifiquement à mon père pour avoir toujours cru en mes capacités et m'avoir soutenu même dans les moments de doutes et d'échecs. J'ai également eu la chance d'avoir été entourée de mes proches dont mon compagnon, Lucas, que je remercie pour ses conseils, son écoute attentive, sa bienveillance, ses multiples relectures ainsi que son soutien indéfectible.

Table des matières

Remerciements

Table des abréviations

1. Préambule	1
2. Introduction	2
2.1 L'évolution du contexte sociosanitaire belge	2
2.2 Le virage ambulatoire	2
2.3 L'anxiété préopératoire liée à une chirurgie	3
2.4 La méthode « patient debout »	4
2.5 Lien entre le « patient debout » et l'empowerment du patient	5
2.6 Objectif de l'étude	6
3. Matériel et méthodes	7
3.1 Type d'étude	7
3.2 Population étudiée	7
3.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	8
3.2.2 Méthode d'échantillonnage et échantillon	9
3.3 Paramètres étudiés et outils de collecte de données	10
3.3.1 Questions fermées : données cliniques étudiées	10
3.3.2 Echelle d'anxiété préopératoire d'Amsterdam version française (APAIS)	11
3.3.3 Questions semi-dirigées	12
3.4 Organisation de la collecte de données	12
3.5 Traitement des données et méthodes d'analyse	13
3.5.1 Partie quantitative descriptive	13
3.5.2 Partie qualitative	14
3.6 Contrôle de qualité/ critères de qualité	15
4. Résultats	15
4.1 Partie quantitative	15
4.1.1 Caractéristiques de la population étudiée	15
4.1.2 Présentation des résultats	16
4.2 Partie qualitative	20
5. Discussion, perspectives et conclusion	27
5.1 Discussion des résultats quantitatifs et qualitatifs	27
5.2 Points forts de l'étude	31
5.3 Limites et biais de l'étude	31
5.4 Perspectives	32
5.5 Conclusion	33

Références bibliographiques

Annexes

RESUME

Problématique : L'anxiété préopératoire peut être à l'origine de complications postopératoires tant sur le plan physique que psychologique. La prévention de ces complications étant un enjeu de santé publique, il est utile de s'intéresser aux moyens mis en place pour y remédier dont notamment la méthode « patient debout ». Cette initiative réside dans le fait d'apporter plus d'autonomie au futur opéré en permettant à ce dernier de se rendre à pied au bloc opératoire. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la méthode « patient debout » sur l'anxiété préopératoire et la satisfaction postopératoire des patients opérés d'une chirurgie conventionnelle au sein du CHU UCL Namur site Godinne.

Matériel et méthodes : La méthodologie utilisée dans le cadre de ce projet de recherche est de type mixte, son devis est convergent. La première approche du patient se fait en préopératoire par le biais d'une étude quantitative observationnelle au travers de l'échelle d'anxiété « Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale » (APAIS). Ensuite, une fois le patient « debout » opéré, une étude qualitative exploratoire est réalisée au travers d'un entretien individuel semi-directif. Les résultats obtenus sont présentés sous forme d'une approche complémentaire. La collecte de données au sein du bloc opératoire du CHU UCL Namur site Godinne a débuté au mois de novembre 2022 pour s'achever au mois de janvier 2023 avec un total de 188 patients volontaires.

Résultats : Il n'existe aucune influence statistiquement significative entre le mode de déplacement des patients vers le bloc opératoire et leur niveau d'anxiété préopératoire. Cette anxiété est qualifiée pour la majorité des patients comme « appropriée à la situation ». La satisfaction des patients quant à la méthode « patient debout » est mitigée entre les participants.

Conclusion : Le constat selon lequel il n'existe aucune différence en terme d'anxiété préopératoire entre le groupe de patients « debout » et celui des patients brancardés peut être mis en lien avec un niveau de satisfaction de l'approche « patient debout » en demi-teinte en raison de la logistique informationnelle et organisationnelle au sein du CHU UCL Namur site Godinne. Cette démarche innovante est donc prometteuse mais reste à optimiser au sein de l'institution.

Mots-clés : Anxiété – Préopératoire - Patient debout – Satisfaction – Postopératoire – Virage ambulatoire - Chirurgie conventionnelle – Bloc opératoire

ABSTRACT

Background : Preoperative anxiety can be the cause of postoperative physically and psychologically complications. The prevention of these complications being a public health issue, it is useful to take an interest in the remedy put in place, particularly the “standing patient” method. This initiative lies in the fact of bringing more autonomy to the future surgery overgone patient, by allowing this one to go on foot to the operating room. The objective of this study is to evaluate the impact of the “standing patient” method on preoperative anxiety and postoperative satisfaction of patient undergoing conventional surgery in the “CHU UCL Namur site Godinne” hospital.

Material and methods: The methodology used in the context of the research project is mix, and its estimate is convergent. The first approach to the patient is preoperatively done through a quantitative observational study using the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Then, once the “standing patient” is operated, an exploratory qualitative study is carried out through a semi-directive individual interview. The results obtained are presented in the form of a complementary approach. Data collection in the operating room of the “CHU UCL Namur site Godinne” began in November 2022 and ended in January 2023 with a total of 188 volunteer patients.

Results: There is no statistically significant influence between the mode of transportation of patients to the operating room and their level of preoperative anxiety. This anxiety is qualified for the majority of patients as “appropriate to the situation”. Patient satisfaction with the “standing patient” method is mixed between participants.

Conclusion: The finding that there is no difference in terms of preoperative anxiety between the group of “standing patients” and stretcher patients can be linked to a level of satisfaction with the “standing patient” approach in half-tint due to the informational and organizational logistics within the “CHU UCL Namur site Godinne” hospital. This innovative approach is therefore promising but remains to be optimized within the institution.

Keywords : Anxiety – Preoperative – Patient standing – satisfaction – postoperative – ambulatory shift – conventional surgery – operating room

Tableau des abréviations :

<i>ASA</i>	American Society of Anesthesiologists
<i>APAIS</i>	Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale
<i>BO</i>	Bloc opératoire
<i>CHU</i>	Centre Hospitalier Universitaire
<i>CHR</i>	Centre Hospitalier Régional
<i>OCDE</i>	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
<i>ORL</i>	Otorhinolaryngologie
<i>SOP</i>	Salle d'opération
<i>UAPO</i>	Unité d'Accueil Préopératoire
<i>UCL</i>	Université Catholique de Louvain

1. PRÉAMBULE

L'annonce d'une intervention chirurgicale peut susciter différentes réactions auprès d'un patient, celui-ci étant soudainement plongé dans un univers inconnu dont il ne maîtrise pas l'issue. Pour certains d'entre eux, cette confrontation avec l'expérience hospitalière peut être source d'anxiété. Ce ressenti subjectif et personnel aurait davantage d'impact sur l'organisme du patient que l'opération en elle-même, pouvant engendrer des complications postopératoires tant sur le plan physique que psychologique (1). La prévention de ces complications postopératoires, principal indicateur de sécurité des patients auprès de l'OCDE, représente dès lors un enjeu de santé publique incontournable pour le système de soins de santé belge (2). Il est donc pertinent de s'intéresser aux moyens mis en place actuellement pour répondre à cet objectif. La méthode « patient debout » fait partie de ces programmes établis pour améliorer la prise en charge du futur opéré.

Ce programme novateur, implémenté depuis peu dans certains hôpitaux belges, dont le CHU UCL Namur site Godinne, permet aux patients, dont la mobilité le permet et devant être opérés pour une chirurgie programmée en hospitalisation conventionnelle (qui ne se réalise pas en ambulatoire), de se déplacer à pied jusqu'au bloc opératoire.

Diplômée en tant qu'infirmière depuis 2019, j'ai commencé ma carrière au sein du bloc opératoire de l'hôpital de jour du CHR de Namur. Dans ce service, j'ai eu l'opportunité de me familiariser avec l'approche « patient debout » qui venait d'y être initiée, et se limitait exclusivement aux patients devant subir une chirurgie de la main. J'ai eu la chance d'observer la mise en place progressive de ce programme, et d'en analyser les forces et les faiblesses.

Singulièrement, j'ai pu remarquer que le ressenti des patients face à cette approche était rarement évalué. De plus, ce programme novateur étant récemment implanté dans le paysage hospitalier belge, son efficacité est à ce jour rarement monitorisée.

2. INTRODUCTION

2.1 L'évolution du contexte sociosanitaire belge

En Belgique, depuis la situation sociodémographique d'après-guerre, le contexte hospitalier n'a eu de cesse d'évoluer au rythme des nouvelles avancées médicales, technologiques et législatives (3). Alors que les progrès médicaux, tant au point de vue des procédures que des technologies, ont permis d'offrir aux citoyens une plus large variété de prestations médicales dans de nouveaux environnements de soins, les exigences légales en matière de qualité de soins de santé se sont accentués au fil du temps, appuyées notamment par l'apparition de la loi relative aux droits du patient en date du 22 août 2002 (4,5). De ce fait, il incombe aux établissements hospitaliers d'assurer une prise en charge de qualité à l'ensemble des citoyens, en répondant à l'objectif constant de performance dans les soins de santé malgré une situation socio-économique fluctuante. Les institutions de soins sont dès lors confrontées à un enjeu de taille, à savoir maintenir une performance dans le système de soins de santé malgré une pressurisation économique les astreignant à veiller à l'état de leurs finances et dépenses (4,6,7). L'efficience¹ devient incontestablement un enjeu de santé publique dans le domaine hospitalier, obligeant une redéfinition de l'offre de soins. C'est dans ce contexte particulier que s'amorce le virage ambulatoire dont l'objectif principal est de réduire les séjours d'hospitalisation (7,9,10).

2.2 Le virage ambulatoire

Le virage ambulatoire correspond à une réorganisation profonde du système sociosanitaire dans la conception et les moyens d'actions mis en place autour de la prise en charge des personnes devant se faire hospitaliser. Ces modifications se caractérisent essentiellement par un retour accéléré des patients hospitalisés vers leur domicile, diminuant de ce fait la durée moyenne des séjours hospitaliers et augmentant la demande concernant des services médicaux extrahospitaliers. Cette externalisation des tâches - autrefois assumées par le réseau hospitalier - vers les patients eux-mêmes, leurs proches et les acteurs de soins à domicile vise non seulement une réduction de la charge de travail hospitalière, mais

¹ définie par « le moyen le plus rentable d'utiliser des ressources, y compris les ressources humaines, le capital et l'équipement, afin d'atteindre certains résultats, tels que le nombre de patients traités et les temps d'attente, ou de vies sauvées et des années de vie gagnées [traduction personnelle] (8)

également une maximisation de l'autonomie des patients assurée par leur maintien à domicile aussi longtemps que possible. Cette nouvelle organisation permet finalement de répondre positivement à la volonté exprimée par les patients d'avoir une participation de plus en plus active quant aux décisions qui les concernent (11).

En l'occurrence, au sein de certains blocs opératoires belges, y compris celui de l'hôpital CHU UCL Namur site Godinne, ce système de virage ambulatoire a permis d'offrir à certains patients devant être hospitalisés de manière conventionnelle (hospitalisation qui ne se réalise pas en ambulatoire/hôpital de jour), la possibilité de se présenter au bloc opératoire le jour même de leur intervention chirurgicale et non plus la veille comme c'est le cas traditionnellement. Pour sa part, le CHU UCL Namur site Godinne définit ce type de prise en charge par une « entrée à J Zéro » dans une brochure destinée aux patients « *Votre parcours de soins en hospitalisation conventionnelle – Votre admission le jour même de votre intervention* » (12).

Cette nouvelle méthode d'« entrée à J Zéro » implique non seulement une réduction des nuitées hospitalières du patient, mais également une nouvelle forme de prise en charge vers le bloc opératoire car le patient est invité à se déplacer de manière plus participative et plus autonome en marchant jusqu'à la salle d'opération plutôt qu'en étant couché sur un brancard.

2.3 L'anxiété préopératoire liée à une chirurgie

Le degré d'anxiété préopératoire varie d'un individu à l'autre, il peut se caractériser par « *une sensation désagréable qui compromet le confort et le bien-être [...] le plus souvent signalée comme le pire aspect de l'épisode chirurgical [traduction personnelle]* » (13,14). Les origines de cette anxiété résident principalement dans la perte de contrôle du patient sur son environnement et sur la pathologie qui l'affecte. L'hôpital étant un endroit inhabituel, mystérieux et inconnu pour le patient dont les règles sont spécifiques et différentes des siennes, le patient est dès lors plongé dans un état d'attente qui, mêlé à de l'incertitude, peut engendrer de l'inconfort et de l'anxiété. Cette anxiété est principalement en lien avec les différentes étapes opératoires, à savoir l'anesthésie, la durée de l'intervention et le réveil postopératoire, et peut varier en fonction de l'expérience hospitalière du patient hospitalisé

(nombre de chirurgies déjà effectuées, expérience positive ou négative des précédents séjours hospitaliers) (15).

Plusieurs auteurs s'accordent sur le fait qu'il est désormais indispensable d'intégrer une évaluation de l'anxiété du patient lors de la consultation préopératoire car il existe une association significative entre le niveau d'anxiété et l'augmentation de la douleur, la morbidité, la mortalité, l'altération de la cicatrisation, les nausées et vomissements, l'agitation et, *in fine*, une réduction de la satisfaction des patients en postopératoire (13,14,16). Il y a encore une dizaine d'années, la prémédication préopératoire, autrement dit l'administration de médicaments anxiolytiques pendant la phase préopératoire, était un moyen utilisé de manière systématique par les anesthésistes afin de réduire l'anxiété des patients. Cette technique pouvait justifier le fait qu'un patient soit automatiquement transporté en brancard pour se rendre jusqu'à la salle d'opération (14,17,22).

Néanmoins, à l'heure actuelle, la prémédication pharmacologique n'est plus un premier choix. Plusieurs études récentes ont démontré que ce type de prémédication en préopératoire a tendance à accentuer davantage l'anxiété des patients, contrairement au fait de ne pas donner de sédation et d'opter pour des méthodes anxiolytiques participatives, telles que le dialogue avec un professionnel de la santé, la marche vers la salle d'opération, l'aromathérapie, la musicothérapie ou la réalité virtuelle (16,18,19,20).

De plus, certaines études ont émis la conclusion selon laquelle les patients ressentent un sentiment d'anxiété préopératoire accru lorsqu'ils estiment ne pas avoir reçu suffisamment d'informations concernant leur intervention chirurgicale. Il semblerait que pour certains d'entre eux, le dialogue avec leur chirurgien avant leur opération représente la meilleure option à leur yeux pour réduire leur anxiété. Ces résultats soulignent l'importance pour les médecins de prendre du temps avec le patient pour expliquer la procédure de la chirurgie et répondre aux questions la concernant afin d'instaurer un climat de confiance et de partenariat entre ces deux acteurs (16,21).

2.4 La méthode « patient debout »

L'initiative de cette méthode « patient debout » a débuté en Angleterre et en Amérique vers la fin des années 1980 dans un contexte de soins de santé ayant notamment pour objectif une humanisation des institutions hospitalières (19,22,23). Cette méthode se caractérise par le fait

d'accompagner le patient prévu pour une opération chirurgicale jusqu'à la salle d'opération, et ce, non pas à l'aide d'un brancard mais bien à l'aide de ses propres jambes, dans le cas où il n'existerait aucune indication contraire fixée au préalable par le chirurgien ou l'anesthésiste (handicap moteur, antécédents cardiaques, maladie invalidante,...). De ce fait, le patient marche jusqu'à une zone d'attente définie où il échange ses vêtements normaux contre une tenue d'hôpital, pour ensuite être redirigé vers les quartiers opératoires tout en étant debout, non-prémédiqué, accompagné et soutenu par un membre du personnel soignant jusque la salle d'opération (24). De multiples études menées dans différents pays ont permis de mettre en évidence l'hypothèse selon laquelle l'arrivée au bloc opératoire d'un patient transporté sur un brancard contribuerait davantage à augmenter son anxiété préopératoire (13,14,16,19,24,25,26,27). L'augmentation du niveau d'anxiété chez le patient pourrait s'expliquer, d'une part, par la perte de son autonomie et, d'autre part, par une impression de relation paternaliste au travers de laquelle le patient communique avec des professionnels de la santé qu'il est soit incapable de voir, soit dont il est surplombé (19). Or, ce sont les caractéristiques du regard qui vont permettre de modéliser la relation entre le patient et le professionnel de la santé. En effet, lorsque le patient est couché sur son brancard, le regard entre le patient et le soignant est vertical, impliquant un sentiment de domination et de distanciation, tandis qu'un patient debout est capable d'assurer un regard horizontal vers le soignant, générant un sentiment d'égalité et de confiance. De plus, la position couchée aurait tendance à renforcer davantage ce sentiment d'inégalité entre le soignant et le soigné, de par l'autonomie fonctionnelle de ce dernier diminuée (22,23).

Par ailleurs, plusieurs enquêtes relèvent que d'une part, la majorité des patients ayant bénéficié de la méthode « patient debout » ont exprimé leur satisfaction quant à cette expérience et d'autre part, si le choix avait été proposé aux patients brancardés d'opter pour la marche vers le bloc opératoire, un pourcentage important de patients l'aurait fait (24,29,30).

2.5 Lien entre le « patient debout » et l'empowerment du patient

L'objectif principal de cette nouvelle approche « patient debout » réside dans le fait d'apporter plus d'autonomie au patient grâce à un maintien du cadre tant psychologique que physique aussi longtemps que possible. Cela signifie qu'elle tient non seulement compte de

l'autonomie existante du patient, mais veille surtout à l'améliorer ou la maintenir de sorte que la personne puisse garder le plus de contrôle possible sur sa prise en charge médicale (3,24). À l'heure actuelle, ce concept renvoie à la notion d' « *empowerment* »² du patient.

Ce concept résulte de modifications fondamentales apportées aux soins de santé axés désormais sur la prévention des maladies chroniques (ces dernières étant la principale cause de décès et d'invalidité au niveau mondial). L'autonomisation et la centralisation du patient dans son trajet de soin, impliquant de ce fait un transfert d'un modèle de soin paternaliste vers un modèle de soin participatif, ont été définies comme des critères de qualité en termes de performance des systèmes de soins de santé mondiaux. Ce nouveau courant de pensée modifie fondamentalement la nature de la relation entre les professionnels de la santé et le patient, qui n'est plus associé à un malade assujéti, mais bien considéré comme un partenaire de soin (3,31,32).

De manière globale, l'ensemble de ces enquêtes tend à prouver que la méthode « patient debout » joue un rôle important dans la réduction de l'anxiété préopératoire des patients qui se traduit par une augmentation de leur niveau de satisfaction eu égard aux soins apportés. Cependant, il n'existe aucune étude réalisée auprès des hôpitaux belges employant cette pratique susceptible de confirmer cette constatation. L'objectif de la recherche est donc d'identifier s'il existe véritablement un lien concret entre la méthode « patient debout » et la réduction de l'anxiété des patients devant bénéficier d'une opération programmée au sein du bloc opératoire du CHU UCL Namur Site Godinne. En questionnant ces derniers quant à leur vécu, il sera alors intéressant de voir s'il existe d'éventuelles pistes d'amélioration à partager avec l'établissement de soin.

2.6 Objectifs de l'étude

L'objectif primordial de la recherche est de déterminer « Quel est l'impact de la méthode « patient debout » sur l'anxiété préopératoire, ainsi que sur la satisfaction postopératoire des patients opérés au bloc opératoire du CHU UCL Namur site Godinne, s'inscrivant dans le système de virage ambulatoire? »

² se définit par « *le déploiement des capacités d'un individu en difficulté ou en souffrance qui décide de façonner sa propre vie en s'appuyant sur la dynamique de la collaboration* » (31)

De cette question de recherche découlent trois objectifs :

- Évaluer si l'anxiété présente en préopératoire immédiat chez les patients devant être opérés d'une chirurgie conventionnelle est influencée par leur moyen de déplacement vers le bloc opératoire.
- Observer l'existence ou non d'une influence entre le niveau d'information des patients et leur seuil d'anxiété préopératoire.
- Explorer le vécu des patients ayant été à pied jusqu'au bloc opératoire afin de déterminer leur niveau de satisfaction quant à cette approche et y apporter d'éventuelles pistes d'amélioration.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODES

3.1 Type d'étude

Dans le cadre de ce projet de recherche, l'étude est de type mixte. Elle a pour devis de recherche, un devis convergent, se traduisant par la combinaison d'une approche méthodologique quantitative et qualitative distincte, mais programmée dès la planification de l'étude et organisée de manière concomitante durant la collecte de données (33).

Tout d'abord, la première approche du patient se fait par le biais d'une étude de type quantitative. Elle permet, au travers d'un questionnaire et d'une échelle standardisée, de mesurer l'anxiété ressentie par les patients ainsi que leur besoin d'informations en préopératoire immédiat d'une chirurgie programmée. Cette étude est observationnelle, analytique et rétrospective. Le niveau d'anxiété est analysé après que les patients aient été transportés (soit debout, soit brancardés) vers la salle d'opération et après qu'ils aient reçu l'ensemble des informations concernant le déroulement de leur intervention chirurgicale. De fait, tous les patients sont interrogés en préopératoire immédiat, dans le sas d'attente du bloc opératoire du CHU UCL Namur site Godinne. Ensuite, la seconde phase de l'étude est de type qualitatif exploratoire. Elle a pour objectif d'explorer le vécu et la satisfaction des patients ayant adopté la méthode « patient debout » par le biais d'entretiens individuels semi-directifs. Cette étude est également rétrospective car les entretiens sont réalisés le lendemain de l'intervention chirurgicale des patients interrogés, dans leur chambre d'hospitalisation. Grâce à cette méthode, il est possible d'approfondir les résultats obtenus lors de la phase

quantitative de l'étude. Cette phase qualitative possède un design phénoménologique avec pour but principal de s'intéresser à la perception et au sens que les patients interrogés ont donné à l'expérience « patient debout ».

Pour finir, les résultats obtenus seront présentés sous forme d'approche complémentaire ; autrement dit, les résultats qualitatifs et quantitatifs sont présentés séparément pour ensuite être présentés de manière concomitante.

3.2 Population étudiée

La population ciblée est composée de patients devant subir une intervention chirurgicale au bloc opératoire du CHU UCL Site Godinne. Elle comprend deux échantillons de patients distincts :

1. Les patients devant se faire opérer pour une chirurgie conventionnelle soit en urologie, digestive ou en ORL, et sélectionnés préalablement par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour venir debout jusqu'à la salle d'opération.
2. Les patients devant se faire opérer pour une chirurgie conventionnelle soit en urologie, digestive ou en ORL dont l'arrivée au bloc opératoire se fait via la méthode traditionnelle du brancardage.

Ces trois types de chirurgies ont été choisies avec l'aide de la coordinatrice de la programmation des blocs opératoires du CHU UCL site Godinne, car elles comprennent chacune un nombre pertinent de « patients debout » favorisant la faisabilité de cette étude.

3.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude

Critères d'inclusion :

- Avoir au moins 18 ans
- Être un patient devant être opéré d'une chirurgie de type ORL, urologie ou digestive au sein de l'hôpital du CHU UCL Namur site Godinne.
- Être hospitalisé en postopératoire au moins une nuit au sein de l'hôpital du CHU UCL Namur site Godinne
- Être capable de marcher de façon autonome jusqu'au bloc opératoire (uniquement dans le cadre de l'échantillon des « patients debout »)
- Être un patient non-prémédiqué (n'ayant ingéré aucun anxiolytique avant l'arrivée au sein du bloc opératoire)

- Avoir un score ASA³ inférieur ou égal à 3.
- Comprendre et parler la langue française.
- Avoir signé le formulaire de consentement à la participation de cette étude intitulé « Modèle d'information aux patients pour les études réalisées par les étudiants paramédicaux ».

Critères d'exclusion :

- Les patients devant se faire opérer en urgence
- Les patients intubés
- Les patients dont le chirurgien et/ou l'anesthésiste a jugé l'état clinique comme « instable »
- Les patients en isolement
- Les patients à mobilité réduite
- Refus du patient de participer à l'étude
- Refus du patient d'être enregistré vocalement durant l'entretien individuel
- Être atteint d'une pathologie psychiatrique ou d'une pathologie oncologique.

3.2.2 Méthode d'échantillonnage et échantillon

Étant donné le caractère « mixte » de cette étude, la méthode d'échantillonnage et la taille de l'échantillon seront différentes selon l'approche méthodologique adoptée. Dès lors, pour la partie quantitative de l'étude, la méthode d'échantillonnage utilisée est la méthode non probabiliste « au jugé », ce qui signifie que l'accessibilité de la population dépend des critères d'éligibilité à la méthode « patient debout » déterminés au préalable par le chirurgien et/ou l'anesthésiste. La taille de l'échantillon durant cette phase quantitative est primordiale ; elle doit être définie avec précision afin d'obtenir une signification statistique.

Cette étude visant à comparer les proportions de personnes anxieuses entre la méthode patient debout et la méthode traditionnelle de transport, le calcul de la taille d'échantillon nécessite trois informations :

³ indicateur de gravité de l'état de santé des patients créé en 1941 par l'American Society of Anesthesiologists. Ce système, adapté aux patients nécessitant une opération chirurgicale accompagnée d'une anesthésie, permet d'analyser l'état de santé préopératoire d'un patient. Son but est avant tout d'évaluer le risque prédictif de comorbidités et mortalité durant la période préopératoire (34) (annexe 2)

- La proportion de personnes anxieuses. Une valeur de référence est définie selon l'article « *Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score* », la valeur reprise est 32% (25).
- Une puissance statistique (Beta) de 80% a été choisie.
- La précision : une précision de 5% a été retenue (16,25,28).
- Le nombre total de chirurgies durant le laps de temps de l'étude (N).

Les résultats obtenus sont les suivants :

N	0.05
100	78
200	126
300	159
400	183
500	201

Autrement dit, si le nombre de chirurgies durant le laps de temps de l'étude équivaut à 100, alors il faudra une taille d'échantillon de minimum 78 patients par groupe.

En l'occurrence, l'échantillon total récolté à l'issue de l'étude est de 188 patients dont 112 patients brancardés et 76 patients debout, pour un total de 382 interventions.

En ce qui concerne la méthode d'échantillonnage relative à l'analyse qualitative de l'étude, elle se base sur l'échantillon récolté préalablement lors de l'étude quantitative. La méthode privilégiée est celle de l'échantillonnage de commodité. Seuls les patients ayant accepté de répondre au questionnaire quantitatif, ayant participé à la méthode « patient debout » et étant encore présents au sein de l'hôpital lors des journées dédiées aux entretiens qualitatifs, seront interrogés. La taille de l'échantillon est plus restreinte pour cette approche étant donné qu'elle vise principalement à explorer en profondeur le vécu de patients dans leur contexte de vie. Elle repose également sur un effet de « saturation de l'échantillon » et comprend de ce fait 20 patients interrogés.

3.3 Paramètres étudiés et outils de collecte de données

L'ensemble des paramètres étudiés a été récolté au moyen soit d'un questionnaire quantitatif complété par le patient soit de questions semi-dirigées lors d'entretiens individuels. La collecte de données se déroule pour chaque patient de la même manière et de façon individuelle. Durant la phase quantitative, le patient a rempli lui-même le questionnaire qui lui avait été donné en présence de l'instigatrice de l'étude.

Durant la phase qualitative, le résultat des échanges lors des entretiens a été retranscrit sur l'ordinateur portable de l'instigatrice, qui a également pris soin d'enregistrer vocalement ces échanges afin d'éviter des biais dans la sélection d'informations lors du processus d'analyse des données. Toutes les données recueillies durant les deux phases de l'étude ont été et resteront confidentielles. Elles ont été anonymisées et aucun critère ne peut permettre de retrouver l'identité des participants de l'étude. Au terme de cette étude, les données recueillies seront définitivement effacées.

3.3.1 Questions fermées : données cliniques étudiées

Les données cliniques étudiées sont : l'âge, le sexe, le score ASA, le type de chirurgie, et le mode de déplacement vers le bloc opératoire.

Ces données permettront une analyse des comparaisons entre les différents individus interrogés et de vérifier, grâce à l'analyse statistique quantitative, si une variable peut avoir une incidence sur une autre variable.

3.3.2 Échelle d'anxiété préopératoire d'Amsterdam version française (APAIS)

L'échelle d'anxiété préopératoire d'Amsterdam (APAIS/Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Score) est un outil d'auto-évaluation de l'anxiété des patients développé en 1995 et actuellement jugé comme valide et fiable dans le monde entier (13,21,35). Son contenu de base étant en néerlandais, elle a été traduite en français en 2013 par Maurice-Szamburski et al. au travers d'une étude ayant pour but l'évaluation des « *propriétés psychométriques de la version française de l'APAIS* » (35). Au terme de cette étude, les experts ont conclu qu'il s'agissait d'un outil de mesure de l'anxiété valide et fiable. Lemaitre et al. ajoutent qu'il s'agit également d'un outil facile à utiliser dans la pratique courante (21).

L'échelle APAIS se présente sous forme d'un questionnaire composé de six questions dont les trois premières évaluent l'anxiété du patient relative à l'anesthésie, les deux suivantes évaluent l'anxiété du patient relative à la chirurgie, et finalement une dernière question évalue le désir d'informations du patient. Chaque item permet une évaluation numérique comprise entre 1 et 5, 1 représentant « pas du tout » et 5 signifiant « très fortement ».

Item	1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie				
2	Je pense continuellement à l'anesthésie				
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie				
4	Je suis préoccupée par l'intervention				
5	Je pense continuellement à l'intervention				
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention				

Tableau 1 : échelle de scorification APAIS

La lecture des réponses se fait comme suit :

- a) 1) + 2) = anxiété liée à l'anesthésie
- b) 4) + 5) = anxiété liée à la chirurgie
- c) 1) + 2) + 4) + 5) = anxiété globale
- d) 3) + 6) = besoin d'informations complémentaires

Les résultats obtenus à l'issue de ce questionnaire détermineront le niveau d'anxiété du patient et son besoin d'informations quant à la chirurgie et/ou l'anesthésie :

- Si le score global d'anxiété (c) est supérieur à 11/20, cela signifie que le niveau d'anxiété du patient est élevé.
- Si le score global d'anxiété (c) est inférieur à 11/20, l'anxiété est qualifiée d'« *appropriée à la situation* »
- Si le score lié au besoin d'informations supplémentaires se situe entre 2 et 4, cela signifie que le patient ne ressent pas le besoin d'avoir plus d'informations ; si ce score varie entre 5 et 7 cela traduit un besoin d'informations moyen tandis qu'un score supérieur à 7 témoigne d'un désir important d'informations supplémentaires (21).

L'échelle d'auto-évaluation de l'anxiété APAIS étant considérée comme un outil fiable par la littérature scientifique, elle n'a pas été expérimentée en amont de cette collecte de données.

3.3.3 Questions semi-dirigées

Durant la phase qualitative de l'étude, un guide d'entretien a été créé dans le but d'orienter les entretiens partagés avec les patients « debout ». Ce guide d'entretien a été conçu de façon à recueillir les perceptions, le sens donné à l'expérience, le niveau d'information, d'éventuelles pistes d'amélioration ou recommandations de la part des patients.

Les différents points abordés au sein du guide d'entretien ont été définis d'après deux études qualitatives questionnant chacune de manière plus globale la satisfaction des patients en

matière de soins de santé (36,37). Il est tout de même important de spécifier que le résultat de chaque entretien individuel est subjectif, car ce qui peut sembler être une bonne façon de procéder pour un patient peut être perçu de manière différente par un autre patient.

3.4 Organisation et déroulement de l'étude

Dans un premier temps, en août 2022, une demande auprès du Collège restreint des Enseignants du Master en Sciences de la Santé Publique a été formulée afin de savoir si cette étude nécessitait un passage devant le Comité d'Éthique (annexe 4) ; ces derniers y ont répondu par la négative (annexe 5). En septembre 2022, une première prise de contact a été effectuée avec l'infirmier en chef du BO accompagné de la coordinatrice de programme opératoire. Le triple objectif de cette rencontre était alors l'exposition des enjeux du projet d'étude, la sensibilisation à la problématique choisie et la permission d'effectuer la collecte de données quantitatives au sein du BO. Le chef de ce service a accepté de soutenir le projet uniquement sous réserve de l'acceptation du Comité d'Éthique du CHU UCL Namur site Godinne. Fin septembre 2022, une demande a donc été formulée auprès de ce dernier dont la réponse positive a été communiquée le 18 novembre 2022 (annexe 6). Dès lors, le 25 novembre 2022, la première étape de l'étude a pu débuter. Il s'agissait de l'approche quantitative. Des stratégies de collectes de données ont été pensées de sorte que le projet impacte à minima le travail du personnel soignant du BO. La collecte s'est donc réalisée dans le sas d'attente du « dispatching » du BO, une fois le patient installé sur la table d'opération. Le lendemain a pu débuter la deuxième phase de l'étude après avoir recueilli le consentement des chefs de service des unités de soins concernées (unités 44 et 41). La seconde approche était qualitative, à savoir des entretiens individuels avec uniquement les patients « debout » interrogés la veille et encore présents dans le service lors de l'arrivée de l'instigatrice de l'étude. Une fois encore, la collecte s'est organisée de sorte que le travail de l'équipe soignante n'en soit pas impacté. De ce fait, les entretiens se sont effectués uniquement lorsque l'ensemble des soins avait été procuré aux patients concernés par l'étude. Cette étape se déroulait dans la chambre du patient, porte fermée, par souci de confidentialité. Les entretiens ont été enregistrés après avoir obtenu l'accord du participant. Chaque entretien a duré en moyenne 30 minutes par personne pour au final obtenir un total de 9 heures et 42 minutes d'enregistrements.

La planification de la collecte de données a été réalisée de telle sorte que deux jours par semaine soient consacrés uniquement à la récolte de données quantitatives au BO et qu'un jour par semaine soit destiné à la récolte de données qualitatives. Au final, l'étude a débuté le 25 novembre 2022 et s'est clôturée le 27 janvier 2023, après l'obtention de la taille de l'échantillon souhaité. Ces 2 mois comprennent 20 jours passés au BO et 9 matinées au sein des services hospitaliers concernés.

3.5 Traitement des données et méthode d'analyse

3.5.1 Partie quantitative descriptive

Un tableau Excel® a été élaboré grâce à la saisie automatique des réponses apportées par les participants. Aucune donnée n'était manquante. Dans le but de simplifier la collecte et l'analyse des données quantitatives, un *codebook* a été créé. Une codification des variables qualitatives a été réalisée en vue de faciliter le traitement informatique. Ces variables qualitatives représentées par le sexe (binaire) et le type d'intervention chirurgicale (non-binaire) ont donc été, par le biais du logiciel R®4.2.0, codées et transformées en facteurs.

Concernant les variables quantitatives, une analyse exploratoire des variables a été réalisée afin d'investiguer la normalité de ces dernières. D'une part, une analyse numérique des variables quantitatives a été élaborée à l'aide de comparaison entre moyennes et médianes, d'un test de *Shapiro-Wilk*. D'autre part, une analyse graphique a permis de vérifier la normalité des variables grâce à des histogrammes et quantile-quantile. Les variables qualitatives ont été résumées, au travers d'un tableau de fréquences, sous forme de fréquences absolues et relatives tandis que les variables quantitatives ont été résumées par leur médiane et leur interquartile. Les mesures principales, le score APAIS de l'anxiété et le niveau d'information des patients ont été décrits sous la forme quantitative et qualitative. Elles ont été gardées sous forme quantitative pour la réalisation d'une analyse statistique inférentielle. Le but de ce type d'analyse est de pouvoir généraliser, à l'échelle de la population, des conclusions obtenues à partir des données issues de l'échantillon étudié. Dès lors, des modèles linéaires ont été exploités afin d'étudier l'effet des variables « sexe », « groupe » (brancardé ou debout), « score ASA », « type de chirurgie » sur le score APAIS relatif à l'anxiété des patients. Pour se faire, la variable « âge », le score APAIS relatif à l'anxiété et le score APAIS relatif à l'information ont été catégorisés. Un modèle multivarié a

par la suite été créé à partir de ces mêmes variables. Pour la réalisation de ce modèle multivarié, la variable « âge » a été normalisée. L'ensemble des résultats est résumé sous forme de coefficient et d'intervalle de confiance à 95%.

Finalement, l'analyse d'une éventuelle influence du niveau d'information des patients sur leur anxiété préopératoire a été réalisée à l'aide du test de corrélation de Pearson.

3.5.2 Partie qualitative

L'analyse des entretiens individuels semi-dirigés est inductive, autrement dit, elle se base sur la récolte de données pour tendre vers une interprétation phénoménologique de ces dernières. Pour ce faire, les vingt enregistrements audio ont tous été retranscrits informatiquement dans un fichier Word® propre à chaque entretien, tout en gardant l'anonymat de chaque participant et la confidentialité des données recueillies.

De ce fait, toutes les données ont été mises au masculin et les données plus spécifiques pouvant permettre la reconnaissance identitaire d'un patient (ex : nom du chirurgien ou de l'anesthésiste) ont été censurées. Après avoir effectué la lecture des entretiens, certains « verbatims » ont été extraits des textes pour ensuite être codés en différentes catégories.

Une analyse thématique a permis de classer ces verbatims dans différentes catégories parmi lesquelles il a été possible de distinguer les propos similaires ou non issus des différents témoignages.

3.6 Contrôle de qualité/ Critères de qualité

L'instigatrice du projet de recherche étant responsable de la qualité de sa base de données, un contrôle qualité de type numérique a été réalisé à l'aide du logiciel Excel® par le biais d'une relecture des données réalisées et encodées ainsi que la vérification d'un système de verrouillage des cellules, afin d'éviter la modification d'une cellule déjà complétée préalablement. Une vérification des moyennes, médianes, minimums et maximums ainsi qu'une recherche d'éventuelles valeurs aberrantes ont été également effectuées.

Ensuite, une double vérification de la concordance des données (anonymisées) encodées dans Excel® et retranscrites dans le programme informatique R® a été effectuée par deux personnes extérieures au projet de recherche.

4. RÉSULTATS

4.1. PARTIE QUANTITATIVE

4.1.1 Caractéristiques de la population étudiée

Variables	Catégories	n (total = 188)	Groupe brancardé (n = 112)	Groupe debout (n= 76)
Sexe (%)	Femme	67 (35.6)	42 (37.5)	25 (32.9)
	Homme	121 (64.4)	70 (62.5)	51 (67.1)
Âge (médiane [IQR])		58.00 [48.00, 69.25]	60.00 [48.75, 71.00]	53.50 [41.50, 68.00]
Type de chirurgie (%)	Digestive	61 (32.4)	43 (38.4)	18 (23.7)
	ORL	76 (40.4)	34 (30.4)	42 (55.3)
	Urologie	51 (27.1)	35 (31.2)	16 (21.1)
Score ASA (%)	1	24 (12.8)	8 (7.1)	16 (21.1)
	2	137 (72.9)	83 (74.1)	54 (71.1)
	3	27 (14.4)	21 (18.8)	6 (7.9)

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques de la population étudiée

Ce tableau permet de mettre en évidence d'une part, le fait que la majorité des patients ayant participé à l'étude sont de sexe masculin (64,4%) et d'autre part, que les participants appartenant au groupe « debout » sont un peu plus jeunes comparativement aux patients brancardés. Par ailleurs, 72,9% des participants issus des deux groupes étudiés possède un score ASA équivalent à 2, autrement dit, ils sont atteints d'une anomalie systémique légère à modérée. Les patients ayant un score équivalent à 1, soit les patients considérés en bonne santé, sont davantage présents dans le groupe des patients « debout » (21,1 % vs 7,1%) contrairement aux patients dont le score ASA équivaut à 3, que l'on retrouve plus nombreux dans le groupe des patients brancardés (18,8% vs 7,9%). Il ressort finalement de ce tableau que la majorité des patients « debout » interrogés dans le cadre de cette étude sont atteints d'une affection de type ORL (55,3%).

4.1.2 Présentation des résultats

Variables	Catégories	Effectifs	Groupe brancardé	Groupe debout
Score APAIS_anxiété (médiane [IQR])		9.00 [5.75, 13.00]	10.00 [6.00, 14.00]	8.00 [5.00, 13.00]
APAIS_anxiété_cat (%)	[0;11]	105 (55.9)	58 (51.8)	47 (61.8)
	[11;20]	83 (44.1)	54 (48.2)	29 (38.2)
Score APAIS_infos (médiane [IQR])		4.00 [2.00, 6.00]	4.00 [2.00, 6.00]	4.00 [2.00, 6.00]
APAIS_infos_cat (%)	[1;3]	86 (45.7)	49 (43.8)	37 (48.7)
	[4;7]	76 (40.4)	43 (38.4)	33 (43.4)
	[8;10]	26 (13.8)	20 (17.9)	6 (7.9)

Tableau 3 : Réponses des participants au questionnaire APAIS

Grâce à ce tableau de fréquences, on constate que, peu importe le groupe dans lequel les patients se trouvent, le stress des participants est considéré majoritairement comme étant « approprié à la situation ». En effet, sur base des réponses fournies par les patients lors du questionnaire APAIS, seulement 44,1% d'entre eux sont jugés comme étant anxieux. Toutefois, on observe dans le groupe des patients brancardés peu d'écart entre les patients anxieux (48,2%) et les patients manifestant un stress approprié à la situation (51,8%), contrairement au groupe des patients « debout » pour qui l'écart est plus manifeste (61,8% vs 38,2%). On peut également s'apercevoir que le score médian concernant le questionnaire APAIS relatif à l'anxiété des patients appartenant au groupe «debout » est légèrement inférieur (de 2 points) à celui des patients brancardés.

Concernant le questionnaire APAIS relatif au besoin d'informations, on observe que les patients issus des deux groupes se sentent pour 45,7% d'entre eux suffisamment informés quant à l'épisode anesthésique et chirurgical les concernant.

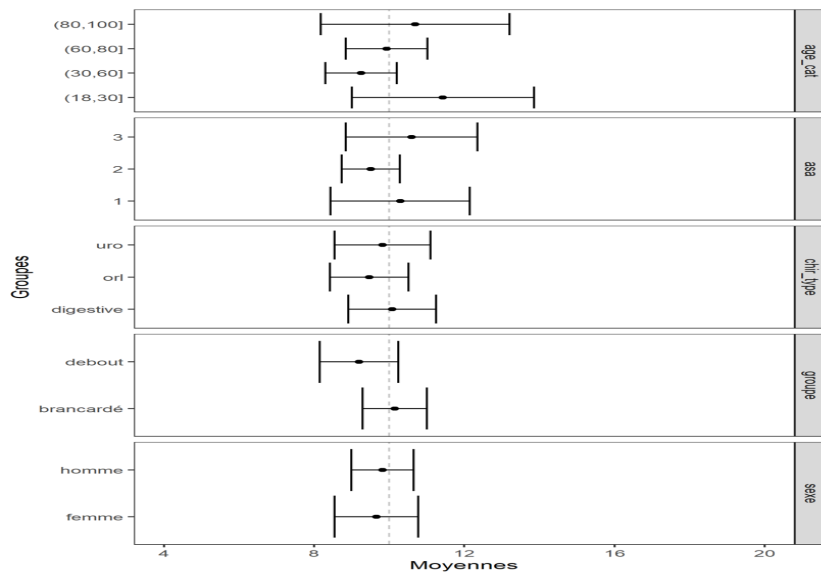
Variables	Catégories	Moyennes ± écart-types	Effectifs
Groupe	Brancardé	10.2 ± 4.8	112
	Debout	9.2±4.3	76
Sexe	Femme	9.7±4.8	67
	Homme	9.8±4.5	121
Age_cat	[18, 30]	11.4±5	14
	[30, 60]	9.3±4.4	91
	[60, 80]	9.9±4.8	70
	[80, 100]	10.7±4.7	13
Type d'intervention	Digestive	10.1±4.7	61
	ORL	9.5±4.6	76
	Urologie	9.8±4.6	51
Score ASA	1	10.3±4.6	24
	2	9.5±4.5	137
	3	10.6±5.3	27

Tableau 4 : Tableau du résumé des valeurs APAIS étudiées en fonction des variables indépendantes

Globalement, ce tableau permet de mettre en évidence le fait qu'il existe peu de différences entre les moyennes obtenues pour chacune des variables étudiées ; les résultats avoisinent principalement la valeur de 10. Ces résultats renforcent davantage la constatation selon laquelle les patients présentent, en moyenne, un niveau d'anxiété approprié à la situation étant donné que pratiquement aucune des moyennes ne dépassent la valeur de 11. On note malgré tout une moyenne légèrement plus élevée que les autres, pour des patients âgés entre 18 et 30 ans (11.4±5). Ceci pourrait potentiellement s'expliquer par le fait qu'il s'agisse de leur première expérience chirurgicale et/ou hospitalière. En outre, on observe que la moyenne du score APAIS relatif à l'anxiété préopératoire des patients est légèrement moins élevée dans le groupe des patients « debout » (9.2±4.3 vs 10.2 ± 4.8).

Afin d'observer plus explicitement l'effet de chacune de ces variables sur les résultats obtenus lors du score APAIS relatif à l'anxiété des patients, une analyse statistique inférentielle a été réalisée et résumée graphiquement sous forme de *forest-plot*.

Dans ce graphique, les barres d'erreurs retrouvées ci-dessous représentent l'intervalle de confiance des variables. Plus l'intervalle de confiance est étroit, au plus les résultats obtenus sont précis.



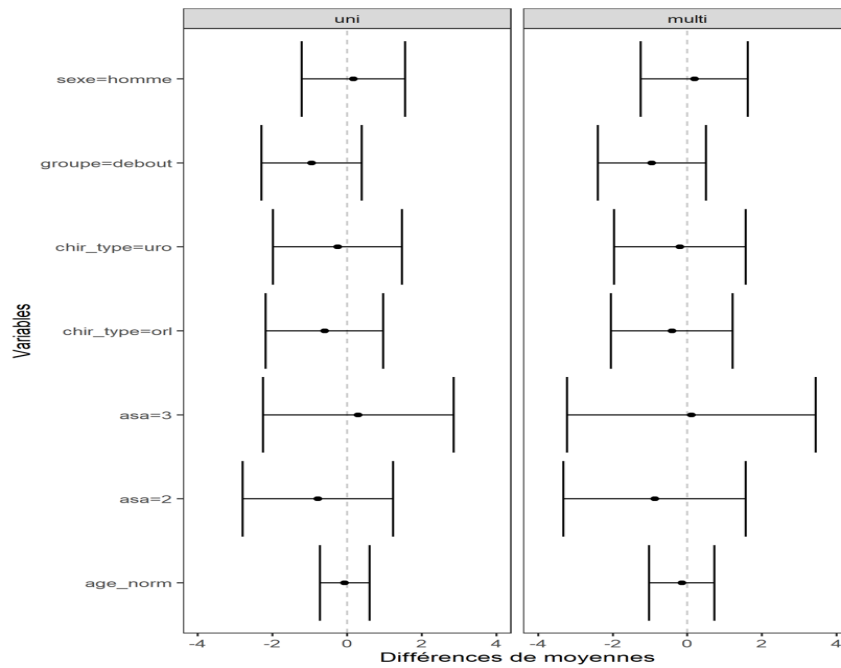
Graphique 1 : forest-plot résumant l'effet des variables indépendantes sur le score moyen de l'APAIS relatif à l'anxiété

Nous observons que, d'une part, les intervalles de confiance sont étroits grâce à la taille de l'échantillon étudié. D'autre part, les intervalles de confiance se superposent relativement fort, traduisant une différence non significative entre ces dernières.

Par conséquent, aucune des variables étudiées n'a d'influence statistiquement significative sur le score APAIS des patients. Ces différences entre les intervalles de confiance de chaque variable ont été testées par rapport à un groupe de référence. Tout d'abord, chaque variable a été testée indépendamment (modèle univarié) pour ensuite être testée en corrigeant l'effet des autres variables (modèle multivarié).

Variable	Modèle univarié	Modèle multivarié
Sexe= homme	0.17 [-1.2;1.6]	0.19 [-1.2;1.6]
Groupe = debout	-0.95 [-2.3;0.4]	-0.95 [-2.4;0.5]
Chir_type = uro	-0.26 [-2.0;1.5]	-0.20 [-2.0;1.6]
Chir_type = orl	-0.61 [-2.2;1.0]	-0.41 [-2.0;1.2]
ASA = 3	0.30 [-2.3;2.9]	0.11 [-3.2;3.4]
ASA = 2	-0.78 [-2.8;1.2]	-0.88 [-3.3;1.6]
Age_norm	-0.07 [-0.7;0.6]	-0.15 [-1.0;0.7]

Tableau 5 : Résumé des valeurs obtenues d'après la comparaison des variables selon un groupe de référence

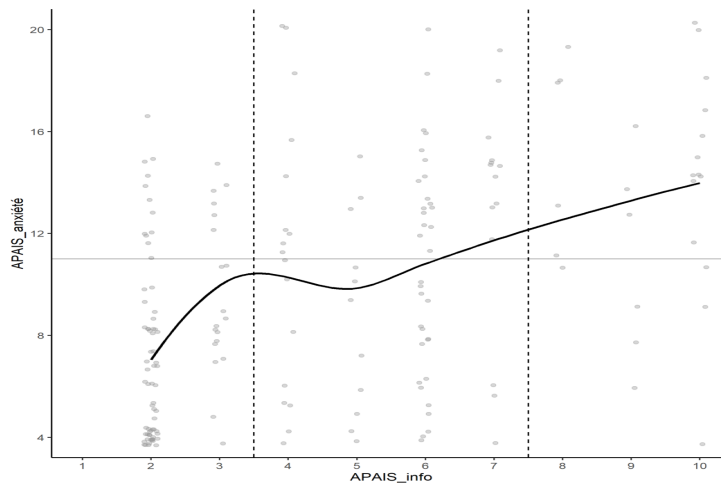


Graphique 2 : forest plot résumant les valeurs obtenues dans les deux modèles linéaires

Nous observons, tant graphiquement que numériquement, que la valeur obtenue pour la variable « sexe » est positive. En effet, le groupe de référence pour le sexe étant la femme, la moyenne du score APAIS homme a été soustraite à celle des femmes, apportant une différence positive étant donné que la moyenne des hommes est plus élevée comparativement à celle des femmes (cfr graphique 2). De plus, chaque intervalle de confiance comprend la valeur 0 ce qui traduit d'une différence non significative entre les intervalles de confiance. Aucun résultat n'est statistiquement significatif.

Concernant le modèle multivarié, nous n'observons pas de résultats statistiquement significatifs car les valeurs obtenues dans ce dernier ne diffèrent presque pas des valeurs obtenues du modèle univarié.

Finalement, le test de corrélation de *Pearson*, réalisé en vue d'analyser une éventuelle influence du niveau d'information des patients sur leur anxiété préopératoire, apporte un résultat de 0.48 [0.36;0.58]. Ce résultat positif indique que ces deux variables varient ensemble dans le même sens, plus le patient manque d'informations (score APAIS_info élevé), plus le patient est jugé comme anxieux (score APAIS_anxiété élevé).



Graphique 4 : corrélation de Pearson entre la variable « APAIS_info » et « APAIS_anxiété »

Ce graphique témoigne effectivement d'une corrélation positive entre les deux variables, les valeurs obtenues suivant une courbe croissante. Il permet aussi de mettre en évidence que la plupart des patients interrogés se sentent suffisamment informés (score APAIS info ≤ 7) quant à l'intervention chirurgicale et anesthésique les concernant.

4.2. PARTIE QUALITATIVE

Après avoir effectué la lecture des entretiens semi-directifs, une analyse approfondie des réponses obtenues a permis de réunir des éléments similaires ou discordants issus des vingt témoignages recueillis sous forme de différentes thématiques :

- **Lieux et conditions de l'attente préopératoire**

Dans la majorité des témoignages recueillis, l'attente préopératoire revient fréquemment au cœur des préoccupations des patients. Alors que pour certains, ce temps d'attente n'est pas dérangeant car « *ils savent comment faire pour rester en paix avec leurs pensées* », pour d'autres, il représente un des aspects les plus incommodes de leur hospitalisation.

En effet, neuf patients sur vingt ont dit que ce temps d'attente leur avait semblé long, voire qualifié d' « *épouvantable* » pour certains, renforçant davantage leur sentiment d'anxiété préopératoire. On observe au travers des témoignages obtenus que cette perception du temps et l'anxiété peut varier selon l'idée que le patient se fait du lieu et des conditions dans lesquelles il attend avant d'être opéré. En l'occurrence, la première salle d'attente où sont accueillis les patients (appelée par le personnel soignant l'unité « UAPO ») est une salle vitrée

avec vue sur la vallée de la Meuse et ses versants boisés. Une télévision y est présente ainsi qu'un vestiaire où les vêtements personnels des patients sont échangés contre un peignoir couvrant et des chaussettes antidérapantes. Onze participants à l'étude ont exprimé se sentir plus « détendus et apaisés » grâce au cadre relaxant de la pièce, aux occupations mises à disposition ou à leurs affaires personnelles (livre, téléphone, ordinateur,...), et l'habillement particulier mis à leur disposition leur a donné l'impression d'être en cure thermale. Trois d'entre eux ont eu l'opportunité d'employer, à leur demande, des méthodes anxiolytiques peu conventionnelles telles que l'expérience du casque de réalité virtuelle, l'aromathérapie et la musicothérapie car ils avaient lu sur le site internet de l'hôpital que ces services étaient disponibles. Il en ressort une perception du temps d'attente moins long et un sentiment de sérénité, l'esprit étant détourné de l'opération chirurgicale pour se concentrer sur des sons, images et odeurs agréables.

Pour ces raisons, deux tiers des patients ont affirmé qu'ils préféreraient attendre dans cette pièce vitrée plutôt que dans une chambre d'hospitalisation classique. Cependant, les autres patients ont exprimé leur « *désenchantement* » de ne pas pouvoir patienter dans leur chambre d'hospitalisation. D'une part, ils mettent en cause le manque d'occupation et l'inconfort de la salle d'attente ne leur offrant pas la possibilité de s'allonger, se reposer, « *profiter de la solitude pour se préparer à l'intervention* ». D'autre part, ils signalent qu'ils auraient préféré transporter eux-mêmes leurs affaires personnelles en chambre plutôt que de les confier à un bénévole de l'hôpital. Ces éléments ont été considérés par neuf participants comme favorisant un climat anxiogène. L'UAPO n'est pas la seule pièce destinée à l'attente des patients car, après avoir été accompagné par le brancardier jusqu'au BO, ils seront installés dans une pièce située à l'entrée du BO, le temps d'être pris en charge par une aide-soignante du BO. Cette pièce est équipée de fauteuils, table basse, photographies de paysages naturels et d'une sonnette pour appeler le personnel.

Pour 16 participants, cette pièce a été qualifiée d'anxiogène de par sa petitesse, son manque d'occupation et son inconfort provoquant un « *brutal retour à la réalité de l'opération* » accentuant leur niveau de stress et d'appréhension. Certains ajoutent aussi qu'il manque du personnel à proximité de cette salle d'attente, ou du moins un membre du personnel du BO pour les accueillir et les informer sur un temps d'attente approximatif. Le fait de voir l'activité du bloc opératoire (entrée-sortie du réveil, arrivée des patients brancardés, allées et

venues des membres du personnel,...) aurait également tendance à exacerber le niveau d'anxiété des patients. D'ailleurs, deux participants se sont confiés sur le fait d'avoir ressenti tous les symptômes associés à une crise d'angoisse (bouffées de chaleur, palpitations, pleurs incontrôlables, sentiment de malaise) en patientant dans cette salle d'attente.

- **L'accompagnement d'un tiers**

Quatorze des participants à l'étude affirment que l'accompagnement par une tierce personne, qu'il s'agisse d'un membre du personnel soignant ou de leur proche, a été considéré comme le moyen le plus efficace dans la réduction de leur niveau d'anxiété préopératoire. Ils apprécient notamment le partage de discussions permettant une diminution du temps d'attente et un détournement de leur attention vis-à-vis de l'intervention chirurgicale. La moitié d'entre eux mettent l'accent plus précisément sur les bienfaits de la communication avec le brancardier lors du trajet en marchant vers le BO qui permettait de « *ne pas avoir l'impression de se diriger vers la salle d'opération* ».

Seulement trois patients ont exprimé avoir manqué de solitude pour se préparer psychologiquement à l'idée de se faire opérer.

- **L'autonomie**

La reconnaissance de l'autonomie des patients par le personnel de l'hôpital, au travers de la démarche « patient debout », semble avoir satisfait presque la totalité des participants à l'étude. En effet, 15 patients se sont accordés sur le fait que le déplacement à pied vers le BO leur a permis de « *se sentir plus acteur et moins patient* » ou même d'être « *considéré davantage comme un humain avant d'être un malade* ». La plupart ajoutent plus précisément avoir apprécié le fait de pouvoir se déplacer à pied vers le bloc opératoire, car cela leur a apporté un sentiment de liberté, d'indépendance, de reconnaissance de leur capacité leur permettant, par la même occasion, de dispenser le brancardier d'une charge de travail inutile. Il semble que, pour 8 d'entre eux, l'idée de se faire brancarder par un membre du personnel soignant alors qu'ils sont en mesure de marcher leur provoquerait un sentiment de « *gêne* », « *malaise* » vis-à-vis de ce dernier, les renvoyant dès lors vers un complexe d'infériorité ; « *pourquoi devrait-on me pousser dans un lit alors que je suis capable de marcher ?* ». De plus, un quart des participants affirment avoir préféré la marche à pied comparativement au brancardage, car selon eux, la perception de la vue du plafond lorsqu'ils sont brancardés rend la situation plus dramatique, « *comme dans les films où on voit défiler*

les lumières aux plafonds». La communication s'en verrait également altérée, car le patient a le sentiment de ne pas se sentir inclus dans les conversations ; les professionnels parlent autour de lui, mais ne s'adressent pas directement à lui, contrairement à la marche à pied qui impose une discussion de personne à personne sans sentiment d'inégalité. Un patient a même affirmé avoir eu le sentiment « *d'être accompagné par un ami* ». Toutefois, certains patients estiment à contrario que le déplacement à pied vers la salle d'opération n'était pas adapté à leur niveau d'autonomie le jour de leur opération (fatigue, problèmes respiratoires, marche lente, douleurs au niveau du site opératoire) et auraient préféré être transportés en lit de façon à se sentir « *plus confortables* », « *comme dans un cocon* », « *chouchoutés* », « *avec le moins d'implication possible afin de se reposer et ne penser à rien* ». D'après les témoignages de trois patients, cette méthode « patient debout » aurait, contrairement à l'objectif recherché, accentué leur niveau d'anxiété préopératoire.

- **L'information**

Au fil des témoignages, il en résulte que le type d'informations fournies aux patients ayant participé à la méthode « patient debout » se décompose en trois parties distinctes :

- ***L'information liée à l'entrée en hospitalisation le jour même de l'intervention, incluant la méthode « patient debout »***

Bien qu'une brochure explicative concernant la prise en charge des patients arrivant le jour même de leur intervention chirurgicale (indiquant de ce fait le déplacement à pied ou en chaise vers le bloc opératoire) soit systématiquement ajoutée au dossier de préadmission de chaque patient et montrée au patient lors de son inscription, tous les patients questionnés ont dit avoir été surpris quant au fait de marcher jusqu'au bloc opératoire. Cette partie de la prise en charge n'a été, d'après eux, jamais été mentionnée lors de leur(s) consultation(s) préopératoire(s), ni lors de leur inscription au secrétariat de programmation chirurgicale. En effet, tous les patients expliquent avoir eu le choix entre se présenter le jour même ou bien la veille de leur opération, sans savoir que venir le jour-même de l'opération impliquerait d'attendre dans un salon prévu à cet effet et non dans une chambre classique, et de marcher jusqu'au bloc opératoire. Ces informations leurs ont été communiquées le jour de l'opération par l'infirmière de l'UAPO. En outre, cinq patients affirment avoir reçu l'information selon laquelle ils devraient marcher jusque la salle d'opération « *au pied du mur* », au moment de quitter l'unité UAPO.

Bien que 40% des participants saluent la démarche qu'ils qualifient d' « *innovante* », « *positivement surprenante* » et « *plus participative* », les 60% restants confient s'être sentis « *déstabilisés par ce changement d'habitude* », « *pas préparés psychologiquement* », « *abasourdis de ne pas avoir été prévenus plus tôt* ». Quatre d'entre eux ont révélé que, s'ils avaient été prévenus à l'avance du fait de devoir marcher jusqu'au bloc opératoire, ils auraient demandé à intégrer l'hôpital la veille de leur opération. Ces conclusions mettent en évidence une problématique bien distincte : comment le patient reçoit-il l'information qui lui est donnée, comment l'exploite-t-il et comment améliorer le dispositif informatif mis à disposition des patients pour que les patients soient bien informés du déroulement de leur prise en charge le jour de leur opération ?

- ***Informations liées à l'anesthésie***

L'intégralité des patients questionnés au cours des entretiens a partagé le fait de se sentir suffisamment informés quant à l'anesthésie, car pour 80% d'entre eux il ne s'agissait pas de leur première expérience hospitalière.

Toutefois, 70% des participants ont exprimé leur étonnement quant à la différence d'anesthésiste entre celui rencontré en consultation et celui présent au bloc opératoire le jour de leur intervention chirurgicale (information pourtant également indiquée dans la brochure donnée aux patients concernant la prise en charge à « J Zéro », de même que dans les documents informatifs sur l'anesthésie). La moitié d'entre eux souligne qu'ils se seraient sentis « *plus en confiance* » à l'idée d'avoir le même anesthésiste.

- ***Informations liées à la chirurgie***

Parmi l'ensemble des témoignages recueillis, un quart des participants estime avoir manqué d'informations relatives à leur intervention chirurgicale, mettant en cause principalement la rapidité des consultations, le manque d'accessibilité du praticien ainsi que le manque d'explications quant à leur pathologie. Trois patients ont également exprimé leur désintérêt quant aux informations données par le chirurgien évoquant une confiance vis-à-vis de ce dernier et un sentiment de stress accentué ; « *à quoi bon savoir, c'est quand même lui qui effectue le boulot et je n'ai aucun contrôle là-dessus* », « *cela me stresse de savoir ce qu'il va faire alors je préfère ne rien savoir et lui faire confiance, je n'ai quand même pas le choix* », « *chacun son boulot, il ne me demande pas de lui rendre des comptes donc je fais de même, j'ai confiance en lui* ». En revanche, la moitié des témoignages met en évidence

l'importance de l'emploi de méthodes de communication participatives afin de permettre au patient de mieux comprendre sa maladie, par le biais notamment de dessins, schémas, images et partage de résultats d'analyses. De plus, l'accessibilité du chirurgien, que ce soit lors des consultations préopératoires, en dehors de l'hôpital (par le biais d'une adresse mail ou d'un numéro de téléphone), ou le jour même de l'opération semblerait avoir un impact non négligeable sur le degré de satisfaction des patients. En effet, près de la moitié des patients interrogés a exprimé le fait de se sentir plus « rassuré » d'avoir eu un contact avec leur chirurgien juste avant leur opération étant donné qu'il s'agit de « *la seule tête connue* ». En revanche, d'autres patients ont partagé leur déception de ne pas avoir eu cette opportunité et ont regretté de ne pas avoir été informés au préalable à ce sujet. Si tel avait été le cas, ils auraient fait la demande pour rentrer la veille du jour de leur opération.

- **Réitération de l'expérience « patient debout »**

Même si 75% des participants ont adhéré à la marche à pied vers le bloc opératoire comme moyen d'optimiser leur niveau d'autonomie, ces derniers restent cependant mitigés quant à la réitération de cette expérience en raison notamment du manque d'informations relatives à cette prise en charge et à la logistique mise en place autour de cette dernière : le temps de trajet entre l'unité UAPO et la salle d'opération qui semble long, le passage des patients en peignoir par des unités de soins lors du trajet vers le BO pouvant être source de gêne pour ces derniers, des salles d'attente considérées comme peu adaptées et inconfortables.

Six des participants à l'étude ont affirmé leur envie de réitérer l'expérience « patient debout » telle qu'ils l'ont vécue, et dix ont confié ne réitérer cette expérience que si l'opportunité d'attendre dans leur chambre d'hospitalisation leur était offerte. Quatre patients n'ont pas apprécié l'expérience et ne souhaitent pas la réitérer ni la conseiller à un proche de leur proche.

- **Pistes d'amélioration**

Au fil de l'enquête, plusieurs concordances entre les différents récits au sujet d'idées pouvant accroître la satisfaction des patients « debout » sont apparues :

- **Améliorer le dispositif d'information mis en place :**

La brochure donnée au patient lors de son inscription au secrétariat de programmation (et accessible sur le site internet de l'institution) reprends tout le parcours de soins du patient

depuis l'entrée en hospitalisation jusqu'à la sortie de la salle de réveil et le fait d'aller à pied jusqu'au BO est expliqué en une phrase. Au vu des témoignages reçus, il semble important de mieux mettre cet élément en évidence. La relecture de la brochure avant diffusion par des « patients partenaires » pourrait apporter un plus dans la manière d'expliquer les étapes de l'itinéraire afin d'en assurer la bonne compréhension par le patient.

Outre l'information écrite, il est important d'en donner aussi par voie orale en insistant plus particulièrement sur les éléments nouveaux du parcours « Entrée à J Zéro » notamment le déplacement à pied/en chaise jusqu'au BO et ce déjà au secrétariat de programmation. Cependant, au moment de l'inscription, le patient reçoit déjà beaucoup d'informations et il pourrait oublier ce qui lui semble à ce moment-là moins essentiel. Il est dès lors important lorsque le secrétariat présente la brochure au patient qu'il en fasse bien

La promotion et dise au patient de la lire avec attention avant d'aller en consultation chez l'anesthésiste, cette visite étant pour lui une opportunité pour un échange questions-réponses. Il devrait en être de même la veille de l'opération lorsque le patient téléphone au secrétariat de programmation pour connaître son heure d'entrée en hospitalisation, ultime moment pour vérifier systématiquement que le patient a bien compris ce qu'il devrait faire le jour de l'opération et lui donner l'occasion de poser des questions.

- **Informé systématiquement le patient sur la durée du trajet à pied** et lui proposer de le faire en chaise s'il estime que c'est trop long pour lui.
- **Améliorer le séjour du patient en salle d'attente du BO :**

L'idéal est d'appeler le patient arrivant debout au BO dans un laps de temps rapproché de son opération afin qu'il soit pris en charge directement par le personnel du BO à son arrivée et qu'il ne doive pas patienter en salle d'attente trop longtemps. Cependant, il y a des impondérables (urgences, intervention plus longue que prévue, etc.) au sein du BO qui font que cela n'est pas toujours possible, d'où l'intérêt d'avoir une salle d'attente la plus accueillante possible pour le patient. Il faudrait redéfinir quelque peu celle du BO : sièges plus confortables, lumière douce, décor zen. Il faudrait aussi que le patient soit accueilli systématiquement par un membre du personnel à son arrivée au BO qui l'informerait du temps d'attente, lui proposerait aromathérapie, musicothérapie ou d'autres moyens de détente et lui indiquerait comment appeler le personnel du BO en cas de besoin.

- **Localiser l'UAPO à proximité du BO :**

Cela permettrait de raccourcir le trajet du patient debout, lui éviterait de traverser les unités de soins et de patienter dans la salle du BO.

- **Donner davantage d'informations aux patients concernant le temps d'attente préopératoire** les concernant, cet épisode de l'hospitalisation étant considéré comme le plus anxiogène par la plupart d'entre eux.

5. DISCUSSION, PERSPECTIVES ET CONCLUSION

5.1. DISCUSSION DES RÉSULTATS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS

L'examen de la littérature a montré des résultats majoritairement positifs concernant la méthode « patient debout » dans la réduction de l'anxiété préopératoire des patients et, par la même occasion, l'augmentation de leur niveau de satisfaction concernant les soins apportés (13,14,16,19,24,25,26,27). Récemment, cette démarche a été adoptée par des hôpitaux belges mais il n'y a pas encore d'étude qui confirme ou infirme ces résultats dans notre pays. Dans ce contexte, l'intérêt de cette étude résidait donc principalement dans la vérification de ce constat en s'intéressant au niveau d'anxiété préopératoire et de satisfaction postopératoire des patients « debout » opérés au CHU UCL Namur site Godinne.

Par conséquent, les résultats quantitatifs et qualitatifs de la présente étude sont discutés et analysés autour de ces deux thèmes principaux. Grâce aux résultats obtenus d'une part à l'aide de l'échelle d'anxiété APAIS et d'autre part lors d'entretiens avec des patients ayant bénéficié de la méthode « patient debout », plusieurs éléments ont été mis en évidence.

Un niveau d'anxiété préopératoire peu élevé

L'analyse des scores APAIS révèle que la prévalence de l'anxiété préopératoire des patients interrogés dans le cadre de la présente étude n'est pas aussi importante que le montre la littérature : 58,1% selon l'étude de Jowanmall et al., 73% selon l'étude de Wattier et al., et 63% d'après l'étude menée par Bounif et al. (27,43,44).

En effet, les résultats obtenus lors de cette étude démontrent d'une part, une moyenne du score APAIS relatif à l'anxiété de 9.7 ± 4.5 et, d'autre part, un niveau d'anxiété préopératoire considéré comme « approprié à la situation » pour 55,9% des patients interrogés.

Ces résultats sont proches de ceux obtenus par Eberhart et ses collaborateurs lors de leur

étude menée auprès de 3087 patients dont l'objectif était « *une comparaison détaillée du niveau d'anxiété face à la chirurgie et à l'anesthésie* [traduction personnelle] » : ces derniers ont obtenus un score APAIS moyen de 9.9 et un pourcentage de patients jugés anxieux égal à 40,5% (14).

Ce faible niveau d'anxiété pourrait se justifier de différentes manières :

Tout d'abord, les patients s'estiment suffisamment informés quant à l'épisode chirurgical et anesthésique les concernant. En effet, la présente étude a montré l'existence d'une corrélation positive entre la satisfaction quant à la quantité d'informations reçues par le patient et son niveau d'anxiété préopératoire. Par conséquent, un niveau de satisfaction élevé concernant la quantité d'informations reçues par le patient diminuerait son niveau d'anxiété préopératoire. Ceci s'explique notamment par le fait qu'un patient bien informé est plus en mesure de faire face et de s'adapter à une situation imposée en améliorant son sentiment de contrôle sur l'événement grâce à l'approfondissement de ses connaissances (38).

Toutefois, certains témoignages de patients rejoignent le constat établi par *Guo Ping* selon lequel tous les patients ne ressentent pas systématiquement l'envie d'obtenir des informations concernant leur prise en charge médicale (39). Ces derniers évoquent principalement leur confiance « aveugle » envers les soignants et un sentiment de stress exacerbé lorsqu'ils sont informés de manière précise du déroulement de l'intervention chirurgicale et/ou anesthésique.

A contrario, d'autres témoignages mettent quant à eux l'accent sur l'importance d'une visite de l'anesthésiste ou du chirurgien en préopératoire immédiat afin de rappeler certaines informations ou répondre à leurs interrogations. Ce dialogue représenterait une des meilleures options à leurs yeux dans la réduction de leur niveau d'anxiété. Cette observation va dans le même sens que l'étude menée par *Kuzminskaite* et ses collaborateurs en soulignant l'importance de la collaboration entre les médecins et les patients, instaurant dès lors un climat de confiance et de partenariat ainsi qu'une diminution de l'anxiété perçue (16).

Par ailleurs, tous les patients n'expriment pas spécialement d'anxiété. Cela dépend de leur expérience hospitalière et personnelle ainsi que de leur capacité à gérer leur stress.

Qu'il s'agisse d'une première ou d'une mauvaise expérience dans le monde hospitalier, ce vécu aura pour effet une installation plus importante du niveau d'anxiété chez le futur opéré (1). Dans le cadre de cette étude, on pourrait imaginer que le niveau de stress est peu présent

car la majorité des participants sont âgés de 30 à 60 ans et n'en sont, potentiellement, pas à leur première opération. Cette hypothèse pourrait également être renforcée par l'observation d'une moyenne du score APAIS plus élevée dans le groupe des patients âgés de 18 à 30 ans.

Lien entre l'anxiété, le mode de déplacement vers le bloc opératoire et la satisfaction des patients

Cette étude précise que le score moyen APAIS ainsi que la proportion de patients présentant un niveau d'anxiété élevé se révèlent être légèrement plus importants dans le groupe des patients ayant été brancardés vers le bloc opératoire comparativement aux patients ayant bénéficié de la marche à pied. Néanmoins, les résultats statistiques nuancent ce constat, mettant en évidence le fait qu'il n'existe aucune influence statistiquement significative entre le mode de déplacement des patients vers le bloc opératoire et leur score APAIS (au même titre que l'âge, le sexe, le type d'intervention chirurgicale et le score ASA). Par conséquent, il est intéressant d'observer que, même si la marche vers le BO ne permet pas à ce stade d'influencer positivement le niveau d'anxiété préopératoire des patients, elle ne représente pas pour autant un facteur aggravant ce dernier. Ces résultats pourraient entre autre être expliqués par un niveau de satisfaction de la démarche « patient debout » mitigé entre les différents participants. En effet, bien qu'une majorité d'entre eux aient affirmé avoir reconnu, apprécié et adhéré aux principes fondateurs de cette nouvelle démarche en matière d'autonomisation et de participation du patient dans son trajet de soins, la logistique organisationnelle mise en place autour de cette dernière semble avoir été, pour les trois quarts d'entre eux, un frein dans la réduction de leur anxiété préopératoire.

Les lieux mis à disposition des patients durant leur attente préopératoire, la durée de cette attente, et le dispositif d'informations fourni au préalable par l'institution hospitalière concernant leur prise en charge sont les principaux éléments remis en cause par les participants. En effet, il est intéressant de constater, au travers du recueil des différents témoignages, l'existence d'une véritable problématique concernant l'intégration des informations données aux patients par l'institution concernant leur prise en charge hospitalière, ces informations étant véhiculées non seulement par le biais d'une brochure explicative intégrée à leur dossier d'admission mais également via le site internet de l'hôpital et présentée lors de leur inscription (12). De fait, il semble que l'intégralité des patients

interrogés n'ai pas lu ou retenu ces informations écrites, provoquant dès lors une incompréhension face au déroulement de leur prise en charge et, par conséquent, une altération de leur niveau de satisfaction et d'anxiété préopératoire.

La qualité de l'information est pourtant un élément central dans la relation de partenariat entre les soignants et le soigné, elle contribue non seulement à la participation active de ce dernier dans ses soins mais également à l'octroi de son consentement parfaitement éclairé.

Il est donc essentiel de s'assurer de la bonne compréhension de ces informations notamment au travers de dialogue lors de consultation préopératoire car comme le démontre plusieurs auteurs, la primauté de l'information doit avant tout être orale et requiert un discours adapté à chaque patient (40,41). La Haute Autorité de Santé précise que l'information écrite ne devrait être qu'un complément possible à l'information orale, son contenu devant faire automatiquement l'objet de discussion entre l'émetteur et le récepteur de l'information (40).

Par ailleurs, l'ensemble des témoignages obtenus a également pu mettre en lumière l'importance de l'information délivrée au patient quant au délai d'attente préopératoire dans la réduction de son anxiété. Effectivement, poussés par un contexte sociétal où prédomine la culture moderne de l'immédiateté, l'attente préopératoire est considérée par plusieurs participants comme le pire aspect de l'hospitalisation (42). Dans la lutte contre cette anxiété préopératoire, le CHU UCL Namur site Godinne propose aux patients « debout » qui entrent à « J Zéro » des ressources anxiolytiques peu conventionnelles telles que l'aromathérapie, la réalité virtuelle, la musicothérapie durant leur temps d'attente. Leurs bienfaits sont partagés non seulement dans la littérature mais également par les participants de l'étude (16).

En outre, bien que ces éléments organisationnels gravitant autour de la démarche « J Zéro » soient à optimiser, la marche vers le bloc opératoire en tant que telle semble également avoir été décrite comme une autre alternative anxiolytique encourageante. En effet, les témoignages obtenus renforcent plusieurs analyses partagées par différents chercheurs d'après lesquels la marche à pied permettrait de réduire le caractère dramatique d'une intervention chirurgicale au travers d'un dialogue d'égal à égal entre le personnel de santé et le patient, d'une vue horizontale sur ce qu'il se passe autour du futur opéré et d'une autonomie de ce dernier préservée lui donnant l'impression d'être considéré comme un humain avant d'être un malade. Ces éléments réduisent considérablement le sentiment

d'inégalité entre le soignant et le soigné, améliorant de ce fait la qualité de la collaboration entre les différents acteurs et, *in fine*, la satisfaction du patient concernant cette démarche (13,14,16,19,24,25). Néanmoins, il est important de rappeler que, au même titre que l'anxiété, la satisfaction des patients est une notion totalement subjective impliquant une conception différente pour chaque individu. L'ensemble des patients n'ont de fait pas tous le même point de vue ou la même envie de s'impliquer dans la prise en charge de leurs soins(39). Certains témoignages de patients apportent cette nuance en affirmant leur préférence pour le transport en brancardage vers le BO, mettant en cause une difficulté à changer une habitude, un besoin de se sentir soutenu physiquement, une impression de se sentir plus en sécurité dans un lit, une envie de ne penser à rien avant l'intervention chirurgicale et de se laisser porter par les événements. Ces éléments rappellent et consolident l'importance du traitement de l'information apportée aux patients, la proposition de la marche à pied vers le bloc opératoire devant un élément explicitement abordé lors de consultation préopératoire afin que le patient puisse faire ses choix en toute connaissance de cause.

5.2. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

Tout d'abord, l'échelle APAIS est un outil validé scientifiquement. Il apporte donc un soutien solide et pertinent dans la résolution des questions de recherche de la présente étude. Le guide d'entretien réalisé dans le cadre de l'approche qualitative a été prétesté sur un échantillon de 3 patients permettant dès lors la modification du contenu de certaines questions et d'en ajouter davantage pour favoriser la fluidité du dialogue et les pistes de réflexion.

Ensuite, la mixité de l'étude a également permis d'enrichir les résultats obtenus, l'étude qualitative étant complémentaire et faisant office de support à l'étude quantitative dans l'interprétation des résultats obtenus. Les entretiens effectués ont apporté des pistes de réflexion et des potentielles hypothèses explicatives concernant les résultats obtenus lors de l'APAIS. De plus, ce choix dans la méthodologie de l'étude est judicieux compte tenu du fait qu'il favorise l'intégration de différentes perspectives au sein même de l'enquête, avantageant de ce fait celles réalisées en santé publique où le travail en interdisciplinarité est primordial. Cette étude a été réalisée en coordination avec des promoteurs soit travaillant

activement dans le milieu soit ayant été à l'origine de cette nouvelle méthode au sein du CHU UCL Namur site Godinne. La coordination avec ces experts a permis d'apporter des pistes de réflexion constructives quant à l'élaboration de ce projet ainsi que sa mise en place. Finalement, ce travail a été réalisé avec précision, rigueur et détermination afin d'obtenir un résultat aussi qualitatif que possible.

5.3. LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE

La première limite rencontrée pour cette étude est qu'il s'agit d'une étude monocentrique, elle est centrée uniquement sur les patients ayant été opérés au CHU UCL Namur site Godinne. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des patients opérés. Or, plusieurs hôpitaux ayant implémenté la méthode « patient debout » possèdent leur propre fonctionnement avec des dispositifs organisationnels et informationnels spécifiques à chacun. De plus, l'étude comprend une taille d'échantillon relative à la courte durée de la collecte de données, l'investigatrice étant tenue par des contraintes horaires personnelles en raison de sa profession. Concernant les patients ayant participé aux entretiens, il est important de préciser qu'il était parfois difficile d'obtenir plusieurs témoignages sur une journée étant donné qu'ils étaient généralement invités à réintégrer leur domicile le lendemain de leur intervention à partir de 11h du matin et qu'il était exclu de modifier le cours de l'organisation des services pour obtenir plus de témoignages. De surcroît, au sein d'un même hôpital, la prise en charge d'un patient effectuée par les chirurgiens, anesthésistes, infirmier(e)s UAPO, etc. est spécifique à chaque patient et diffère également selon le prestataire de soins. Cet élément peut influencer les résultats finaux obtenus. Un biais d'informations a également pu influencer les résultats obtenus de lors cette étude compte tenu du fait que les patients ont été informés des motivations de cette dernière avant d'y participer. Par souci de temps et de disponibilité au moment des entretiens, il n'a pas été possible d'effectuer une triangulation des résultats avec les promoteurs de ce travail. L'analyse des résultats a donc été effectuée uniquement par l'instigatrice de l'étude induisant un potentiel biais de sélection dans les informations et dans la création du raisonnement des idées.

5.4. PERSPECTIVES

En réponse aux limites de cette étude, plusieurs perspectives d'avenir sont envisageables. Tout d'abord, il serait pertinent de réaliser cette étude sur une durée plus longue afin d'obtenir une taille d'échantillon plus conséquente avec des profils d'individus plus variés et, par conséquent, acquérir un échantillon plus représentatif. Il serait également intéressant d'élargir cette taille d'échantillon en comparant un ou plusieurs autres hôpitaux ayant mis en place cette démarche « patient debout » vers le bloc opératoire. De cette manière, les résultats obtenus seraient encore davantage représentatifs et pourraient éventuellement donner lieu à de nouvelles pistes de réflexion.

Ensuite, il serait judicieux de refaire cette étude en collaboration avec un membre du personnel disponible au sein même du bloc opératoire afin de pouvoir scinder le travail et, de ce fait, obtenir davantage de temps consacré aux entretiens qualitatifs afin d'acquérir des témoignages de patients avec une plus grande variété de profils. De plus, la taille de l'échantillon pourrait s'élargir dans l'approche qualitative de l'étude en questionnant également la satisfaction postopératoire des patients brancardés tout en s'intéressant à leur potentiel désir d'expérimenter la marche vers le bloc opératoire. De même, il serait pertinent de réaliser une étude longitudinale en s'intéressant d'une part au niveau d'anxiété initial du patient lors de son arrivée à l'hôpital, et d'autre part, son niveau d'anxiété en préopératoire immédiat après avoir pratiqué la marche vers le BO. Les résultats obtenus à ces deux périodes distinctes seraient peut-être plus représentatifs.

Enfin, il aurait été intéressant de comparer l'approche « patient debout » entre des patients hospitalisés la veille de leur opération et d'autres entrant le jour même de leur opération mais cette démarche n'est pas encore instituée pour les patients entrant la veille de leur opération au sein du CHU UCL Namur site Godinne.

5.5. CONCLUSION

Cette étude montre que le niveau d'anxiété préopératoire est le même dans le groupe entrant en hospitalisation « J Zéro » et adoptant la méthode « patient debout » que le groupe entrant la veille de l'opération et brancardé jusqu'au bloc opératoire. Le fait de ne pas avoir de réduction de l'anxiété préopératoire dans le groupe « patient debout » tel que mentionné

dans la littérature pourrait s'expliquer par le dispositif informationnel et organisationnel du CHU UCL Namur site Godinne tout en questionnant parallèlement l'implication du patient dans la prise en charge de ses soins notamment au niveau de l'appropriation de l'information donnée.

Cette étude montre également que même si le niveau d'anxiété des patients en préopératoire immédiat est majoritairement adapté à la situation, 44,1% d'entre eux ressentent un sentiment de stress accru lié à l'intervention chirurgicale. Ce qui est interpellant sachant que l'anxiété peut être à l'origine de complications postopératoires physiques et/ou psychologiques.

Par ailleurs, les entretiens recueillis au cours de cette étude ont permis quant à eux de constater que le déplacement à pied vers le bloc opératoire a été bénéfique pour 75% des patients, ces derniers s'étant sentis plus valorisés dans leur prise en charge tant sur le plan physique que psychologique.

Toutefois, étant donné que les notions de satisfaction et d'anxiété préopératoire sont toutes les deux subjectives, il est compliqué voire impossible d'envisager la création d'un dispositif efficace satisfaisant tous les patients. C'est pourquoi les principes fondamentaux de libre choix du patient et d'informations préalablement communiquées restent indispensables afin que le patient puisse consentir pleinement à sa prise en charge de la manière la plus éclairée possible. Ce partage d'informations du personnel de soins vers le patient semble d'autant plus important lorsqu'on observe au travers de cette étude que la quantité et la qualité de ces informations ont un impact considérable sur la réduction de l'anxiété préopératoire des patients.

Par conséquent, la marche vers le bloc opératoire paraît être une idée prometteuse qui reste cependant à optimiser au sein du CHU UCL Namur site Godinne en vue d'accroître positivement le niveau de satisfaction et de réduire l'anxiété préopératoire des patients bénéficiant de ce type de prise en charge.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Amouroux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D. L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. *Annales médico-psychologiques*. 2010 ;168(8) : 588-592. DOI : 10.1016/j.amp.2009.10.017
2. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens De Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge [En ligne]. KCE ; 2019 [cité le 02/02/2023]. Disponible : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf
3. Bassleer B, Boulanger J-M, Menozzi C. L'empowerment des patients : pourquoi et comment [En ligne]. Liège : CHU de Liège ; 2014 [cité le 13/11/2021]. Disponible : https://www.chu.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2016-09/empowerment_bb_jmb_cm_10-01-2014.pdf
4. Van De Sande S, Swartenbroekx N, Van De Voorde C, Devos C, Devriese S. Evolution de l'hospitalisation de jour : impact du financement et de la réglementation [En ligne]. KCE ; 2012 [cité le 13/11/2021]. Disponible : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_192B_hospitalisation_de_jour_synthese_0.pdf
5. Loi relative aux droits du patient, du 22 août 2002 (entrée en vigueur le 06/10/2002) [En ligne].[cité le 15/11/2021]. Disponible : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245
6. De Mulder J, Druant M. Le marché belge du travail pendant et après la crise [En ligne]. [cité le 13/11/2021]. Disponible : <https://www.nbb.be/fr/articles/le-marche-belge-du-travail-pendant-et-apres-la-crise-1?language=en>
7. Hervé M. Hospitalisation de jour: choix ou contrainte ? [Mémoire de Master de droit à la santé en ligne]. Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé publique ; 2018. Disponible : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2018/Master2Droitdelasante/Ma%C3%A9Blie%20Herv%C3%A9.pdf>
8. Kerasidou A. Empathy and Efficiency in Healthcare at Times of Austerity. *Health Care Anal*. 2019; 27 (3): 171-184. DOI: [10.1007/s10728-019-00373-x](https://doi.org/10.1007/s10728-019-00373-x)

9. Bruyère C, Massard N, Romeyer C. Prévention des risques organisationnels en ambulatoire : une étude comparative de 4 cliniques. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2017 ; 35 (1) : 6-17. DOI : <https://doi.org/10.3917/jgem.171.0006>
10. Engel F, Cauterman M, Tajahmady A. Développer la chirurgie ambulatoire : les limites des politiques incitatives. *Annales des Mines – Gérer et comprendre*. 2008 ; 94 (4) : 14-24. DOI : <https://doi.org/10.3917/geco.094.0014>
11. Pérodeau G, Côté D. Le virage ambulatoire, défis et enjeux [En ligne]. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec ; 2002 [cité le 10/11/2021]. Disponible : <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2003-v16-n2-nps840/009856ar/>
12. Clinique universitaire CHU UCL Namur site Godinne. Votre parcours de soins en hospitalisation conventionnelle: votre admission le jour même de l'intervention [En ligne]. Namur : clinique universitaire CHU UCL ; 2021 [cité le 03/12/2021]. Disponible : <https://www.chuucnamur.be/wp-content/uploads/2021/04/com-061-01.pdf>
13. Lautamatti E, Sumanen M, Raivio R, Mattila K-J. Continuity of care is associated with satisfaction with local health care services. *BMC Fam Pract*. 2020; 21(1): 181. DOI: [10.1186/s12875-020-01251-5](https://doi.org/10.1186/s12875-020-01251-5).
14. Eberhart L, Aust H, Schuster M, Sturm T, Gehling M, Euteneuer F, Rusch D. Preoperative anxiety in adults – a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry*. 2020; 30 (1): 133-139. DOI: [10.1186/s12888-020-02552-w](https://doi.org/10.1186/s12888-020-02552-w).
15. Sourzac J, Berger V, Conri V. L'impact de l'hypnose conversationnelle sur l'anxiété pré et post opératoire des patients en chirurgie gynécologique versus pratique courante : étude comparative. *Recherche en soins infirmiers*. 2018 ; 135(4) : 83-90. DOI : <https://doi.org/10.3917/rsi.135.0083>
16. Kuzminskaite V, Kaklauskaitė J, Petkeviciute J. Incidence and features of preoperative anxiety in patients undergoing elective non-cardiac surgery. *Acta Med Litu*. 2019; 26 (1): 93-100. DOI: [10.6001/actamedica.v26i1.3961](https://doi.org/10.6001/actamedica.v26i1.3961).
17. Boussofara M, Raucoules-Aimé M. Place de la prémédication en anesthésie. Place de la prémédication en anesthésie [En ligne]. [cité le 13/11/2021]. Disponible : <https://www.em-consulte.com/article/1246998/place-de-la-premedication-en-anesthesie>
18. Creswell J, Plano Clark V, Gutmann M, Hanson W. An Expanded Typology for Classifying Mixed Methods Research Into Designs [En ligne]. First ed. Thousand Oaks:

- Tashakkori & C. Teddlie; 2003 [cité le 25/11/2021]. Disponible : https://us.corwin.com/sites/default/files/upm-binaries/19291_Chapter_7.pdf
19. Kojima Y, Ina H, Fujita T, Mitono H. Relieving anxiety by entering the operating room on foot. *Can J Anaesth.* 2002; 49 (8): 885-886. DOI: [10.1007/BF03017428](https://doi.org/10.1007/BF03017428).
 20. Walker K, Smith A. Premedication for anxiety in adult day surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (4): CD002192. DOI: [10.1002/14651858.CD002192.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002192.pub2).
 21. Lemaître S, Gonzalez-Candial M. Evaluation of anxiety and pain in eyelid surgery patients: a pilot study. *Can J Ophthalmol.* 2019; 54 (6): 723-726. DOI: [10.1016/j.jcjo.2019.02.006](https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2019.02.006).
 22. Ginestre Y, Marescotti R, Pellissier J. L'humanité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers.* 2008 ; 94 (3) : 42-55. DOI : <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0042>
 23. Rosay H. Des patients debout au bloc opératoire...[En ligne]. Lyon : Département d'anesthésie Réanimation ; 2015 [cité le 10/11/2021]. Disponible : <https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/qdawcop1/Des%20patients%20debout%20au%20bloc%20op%C3%A9ratoire%E2%80%A6.pdf>
 24. Mateboer-Baving M, Smid-Nanninga H, Van Kooten-Mosterd H, Pultrum B-B, Olieman A-F, Tol-Bueving A, Wagenaar L-L, De Boer H-D. The benefits of elective colorectal surgery patients walking to the operating room in eras pathways: patients comfort and satisfaction. *Clinical Nutrition Espen.* 2019; 31 (1): 141. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2019.03.125>
 25. Celik F, Edipoglu I. Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *European Journal of Medical Research.* 2018; 23: 41. DOI: [10.1186/s40001-018-0339-4](https://doi.org/10.1186/s40001-018-0339-4)
 26. Davies M. Changing anesthetic practice: walking to the OR. *Can J Anaesth.* 2002; 49 (8): 772- 776. DOI: [10.1007/BF03017408](https://doi.org/10.1007/BF03017408).
 27. Jowanmall M, Jiwanmall S, Williams A, Kamakshi S, Sugirtharaj L, Poornima K, Jacob K. Preoperative Anxiety in Adult Patients Undergoing Day Care Surgery: Prevalence and Associated Factors. *Indian J Psychol Med.* 2020; 42 (1): 87-92. DOI: [10.4103/IJPSYM.IJPSYM_180_19](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_180_19).
 28. Navarro-Gaston D, Munuera-Martinez P. Prevalence of Preoperative Anxiety and Its Relationship with Postoperative Pain in Foot Nail Surgery: A Cross-Selectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17 (12): 4481. DOI: [10.3390/ijerph17124481](https://doi.org/10.3390/ijerph17124481).

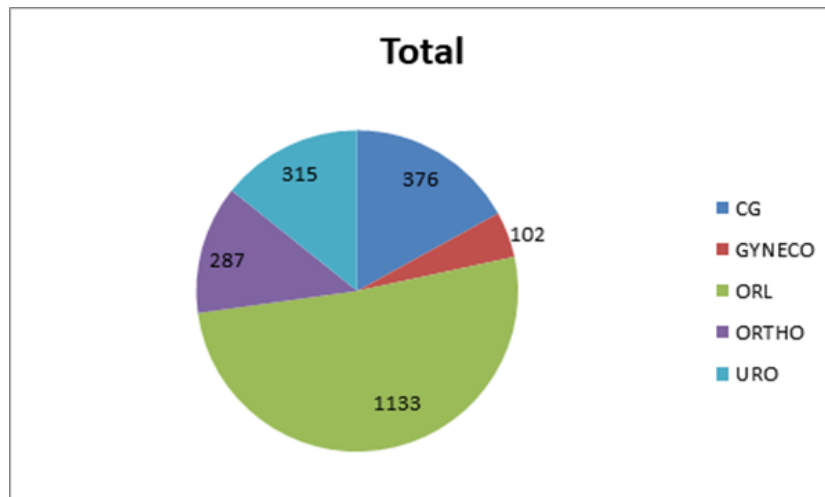
29. Levrault L, Raucoules M, Laloum S, Houee M. Le patient debout. Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2014 ; 33 (2) : 439. DOI : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2014.07.716>
30. Nagraj S, Clark C, Talbot J, Walker S. Which Patients would Prefer to Walk to Threate? Annals The Royal College of Surgeons of England. 2006; 88 (2): 172-173. DOI: [10.1308/003588406X95011](https://doi.org/10.1308/003588406X95011)
31. Fayn M-G, Des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. Recherche en Sciences de Gestion. 2017 ; 119 (2) : 55-73. DOI : <https://doi.org/10.3917/resg.119.0055>
32. Jakab Z. Patient empowerment in the European Region – A call for joint action [En ligne]. Copenhague; OMS: 2012 [cité le 14/11/2021]. Disponible : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/162232/RDs-Opening-speech-Patient-Empowerment.pdf
33. Pierre Pluye. L'intégration en méthodes mixtes : cadre conceptuel pour l'intégration des phases, résultats et données qualitatifs et quantitatifs [En ligne]. Éditions science et bien commun [cité le 13/02/2023]. Disponible : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/>
34. Mizrahi A, Mizrahi A. Score ASA et mesure médicale de l'écart de santé dans les enquêtes ménages [En ligne].[cité le 28/11/2021]. Disponible : http://argses.free.fr/textes/52_Score_ASA_et_indicateur_medical_de_morbidite.pdf
35. Maurice-Szamburski A, Loundou A, Capdevilla X, Bruder N, Auquier P. Validation of the French version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). Health Qual Life Outcomes. 2013; 11(1): 166. DOI: [10.1186/1477-7525-11-166](https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-166)
36. Gasquet I, Villeminot S, Carlos dos Santos A, Vallet O, Verdier A, Kovess-Masféty V, Hardy-Baylé M-C, Falissard B. Adaptation culturelle et validation de questionnaires de satisfaction à l'égard du système de santé français. Santé Publique. 2003 ; 15(4) : 383-402. DOI : <https://doi.org/10.3917/spub.034.0383>
37. Poinot R, Altmeyer A, Conroy A, Savignoni B, Asselain L, Marx M, Cosqueri M, Sévellec J, Gledhill C, Rodary M, Mercier P, Dickès M, Fabbro P, Antoine S, Guerif S, Schraub S, Dolbeault S, Brédart A. Validation multicentrique d'un questionnaire de satisfaction des soins lors d'un traitement de chimiothérapie ou radiothérapie ambulatoire [En

ligne].[cité le 28/11/2021]. Disponible : <http://sylvie.dolbeault.free.fr/Publications/Fichiers/Poinsot-Bull-2006.pdf>

38. Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety? *Patient Education and Counseling*. 2006; 62(1):111–117.
39. Guo P. Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *J Clin Nurs*. 2015; 24(1–2):34–46. DOI: [10.1111/jocn.12618](https://doi.org/10.1111/jocn.12618)
40. Haute Autorité de Santé. Formation des patients : recommandations destinées aux médecins [En ligne].[cité le 15/03/2023]. Disponible : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infopat.pdf>
41. Hermans G. De l'information du patient au consentement éclairé et après... [En ligne].[cité le 15/03/2023]. Disponible : <https://docplayer.fr/amp/26201938-De-l-information-du-patient-au-consentement-eclairé-et-après.html>
42. Aubert N. L'urgence, symptôme de l'hypermodernité : de la quête de sens à la recherche de sensations [En ligne].[cité le 15/03/2023]. Disponible : <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/3365>
43. Wattier M, Barreau O, Devos P, Prevost S, Vallet B, Lebuffe G. Mesure de l'anxiété et du besoin d'informations préopératoire en six questions. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2011; 30(7-8): 533-537. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.03.010>
44. Bounif C, Ducos V, Appourchaux E, Ferrero P-A, Roux A, Mathonnet M, Taibi A. Impact du degré d'assimilation de l'information préopératoire sur l'anxiété des patients en chirurgie digestive. *Journal de Chirurgie Viscérale*. 2022 ; 152(9) : 119-126. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2020.12.003>

7. ANNEXES


- Annexe 1: Le graphe suivant a été réalisé par la coordinatrice de la programmation du bloc opératoire, il reprend l'ensemble des patients s'étant rendus debout en vue d'une interventionnelle conventionnelle au bloc opératoire depuis l'initiation de la méthode « patient debout »/« entrée à J0 » au sein de l'hôpital CHU UCL Namur site Godinne (il y a 4 ans).



- Annexe 2 : Tableau résumant les particularités du score ASA

Class	Description	Exemple	Candidat à la sédation procédurale
I	Patient sain, en bonne santé	Anamnèse sans particularité	Excellent
II	Maladie systémique légère, patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction	Asthme léger, épilepsie contrôlée, anémie légère, diabète de type 1 bien contrôlé	Généralement bon
III	Maladie systémique sévère ou invalidante, patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité	Asthme modéré à sévère, épilepsie mal contrôlée, pneumonie actuelle, diabète de type 1 mal contrôlé, obésité morbide	Intermédiaire à mauvais; bien peser les risques et les bénéfices
IV	Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital	Septicémie, dysplasie broncho-pulmonaire sévère, grade avancé de maladie pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale, ou insuffisance endocrinienne	Mauvais, les bénéfices dépassent rarement les risques
V	Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 heures, sans intervention chirurgicale		Extrêmement mauvais
E	Désigne une procédure ultra-urgente		

- Annexe 3 : Modèle d'information aux patients

	Modèle d'information aux patients pour les études réalisées par les étudiants et paramédicaux	
Référence du document: modèle info patient mémoire/Vers2	Date d'application: 31.01.2019	
Rédigé par: Monsieur Etienne GOURDIN Mademoiselle Cécile PHILIPPIN Docteur Marie de SAINT-HUBERT	Vérifié par: Professeur Patrick EVRARD	

INFORMATION AU PATIENT/PARTICIPANT (*choisir*)

ETUDE DE L'IMPACT DE LA MÉTHODE « PATIENT DEBOUT » SUR L'ANXIÉTÉ PRÉOPÉRATOIRE ET LA SATISFACTION POSTOPÉRATOIRE DES PATIENTS S'INSCRIVANT DANS LE SYSTÈME DE VIRAGE AMBULATOIRE.

ETUDE MIXTE AU SEIN DU BLOC OPÉRATOIRE DE L'HÔPITAL CHU UCL NAMUR SITE GODINNE.

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une expérimentation. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette expérimentation.

Objectif et description de l'expérimentation

Il s'agit d'une expérimentation qui devrait inclure environ 100 patients.

L'objectif de cette expérimentation consiste à *analyser et comparer quelle méthode entre celle du patient arrivant debout au bloc opératoire ou celle du patient brancardé jusque la salle d'opération est la moins stressante et la plus satisfaisante d'un point de vue émotionnel pour le patient devant subir une opération chirurgicale.*

Si vous acceptez de participer à cette expérimentation, il vous sera demandé de *répondre à un questionnaire relatif à l'anxiété préopératoire des patients. Ce questionnaire a été validé et utilisé par plusieurs chercheurs scientifiques dans le domaine de la santé publique, il ne s'agit donc pas d'un questionnaire créé par l'investigatrice de l'enquête. Le questionnaire s'appelle « échelle APAIS » et se présente sous forme de 6 questions dont les trois premières évaluent l'anxiété du patient relative à l'anesthésie, les deux suivantes évaluent l'anxiété du patient*

relative à la chirurgie, et finalement une dernière question d'évaluation du désir d'information du patient. Chaque item permet une évaluation numérique entre 1 et 5, 1 représentant « pas du tout » et 5 « très fortement ».

Quinze personnes ayant suivi la méthode « patient debout » vers le bloc opératoire seront choisis de manière aléatoire afin de répondre à 6 questions ouvertes lors d'un entretien privé réalisé avec l'instigatrice de l'étude. Ces questions sont basées exclusivement sur le ressenti postopératoire du patient quant au fait de se déplacer à pied de manière autonome vers le bloc opératoire.

Il vous sera demandé de participer à l'expérimentation pendant environ *un mois*. Cette participation ne suppose *aucun déplacement de la part des patients interrogés dans le cadre de cette étude*.

Les frais relatifs à cette participation seront *pris en charge* par l'institution responsable.

Données collectées:

- Votre âge
- Votre sexe
- Votre statut ASA (1 - 2 - 3) → collecté via le dossier médical du patient
- L'intervention chirurgicale (urologie – orthopédie – ORL) pour laquelle vous êtes présent(e) dans ce bloc opératoire.

Responsable des traitements et promoteur de l'expérimentation

L'expérimentation étant faite dans le cadre d'un mémoire nécessaire à l'obtention d'un diplôme, c'est l'institution qui délivre celui-ci qui est au sens du RGPD responsable, à savoir *l'Université de Liège*.

Par ailleurs, l'institution désigne *le Dr Virginie Dubois*, professionnel de santé, tenu au secret médical comme expérimentateur responsable. Ce professionnel de santé est tenu de surveiller l'expérimentation qui, dans le cadre de son mémoire de fin d'étude, est confiée à l'étudiant(e): *Decoux Laura*, joignable à l'adresse suivante decouxlaura@gmail.com qui a pris connaissance de ses devoirs légaux et s'est engagée à les respecter, en particulier elle sera tenue dans le cadre de son mémoire à la plus stricte confidentialité des données qu'elle reçoit.

Participation volontaire

Votre participation à cette expérimentation est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'expérimentation à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'expérimentation font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette expérimentation n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages. Votre traitement médical ne sera pas affecté par votre décision.

Votre médecin traitant sera averti de votre participation à l'expérimentation si vous le désirez (voir choix dans le formulaire de consentement).

Bénéfices et risques potentiels

Aucun risque n'est lié à cette étude, son contenu restera strictement confidentiel et utilisé uniquement dans le cadre de cette recherche. Les données recueillies seront automatiquement effacées après la rédaction de ce travail de fin d'étude.

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette expérimentation vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette expérimentation, ce dommage sera indemnisé par l'assurance de l'institution d'enseignement responsable du mémoire de l'étude conformément aux textes réglementaires signalés dans le cadre de ce document et en particulier à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devrez prouver la faute de quiconque.

Protection des données

Votre identité et votre participation à cette expérimentation demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom (pseudonymisation⁴ et contrôle

⁴ La pseudonymisation permet de séparer les données identifiant directement les personnes des autres données non pertinentes. Le mécanisme de pseudonymisation génère une clé d'identification qui permet d'établir le lien entre les différentes informations des personnes. Ces clés d'identification doivent être stockées de manière

d'accès aux données d'identification) ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers accessibles à des tiers (c'est-à-dire autres que l'étudiant et l'expérimentateur responsable de l'investigation), résultats ou publications en rapport avec l'étude.

La protection de vos données à caractère personnel est assurée conformément aux exigences du règlement général de protection des données (RGPD), de la loi belge du 30 juillet 2018 et de la loi sur la protection des patients (2002).

Droit d'accès et de rectification

Conformément au RGPD vous avez le droit d'accéder à vos données sous les réserves prévues par le texte du règlement. Ce droit s'exerce auprès du promoteur de l'expérimentation (de son DPO (Délégué à la Protection des Données) si l'institution dispose d'un DPO) via courrier électronique ou par tout autre moyen.

Comité d'éthique

Cette expérimentation est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le comité d'éthique au sein de l'hôpital CHU UCL Namur site Godinne, qui a émis un avis favorable le ?. Cet avis est légal et ne doit pas influencer votre décision de participer à cette étude.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'expérimentation

Si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter:

Personne préposée par le responsable: Virginie Dubois

Téléphone ou e-mail: 081.42.39.10 ou virginie.dubois@chuuclnamur.uclouvain.be

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

1. Je soussigné(e),

sécurisée avec un contrôle d'accès robuste. Ainsi, les données ne sont pas anonymes sans être identifiables pour autant.

.....
.....

déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à (Exemple:
l'enquête)

.....
.....

2. Une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté par le responsable du traitement, ainsi que la note d'information destinée au patient m'ont été remises. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête, de même que des mesures de sécurité qui seront prises pour veiller à la confidentialité de mes données durant et au-delà de l'expérimentation. J'ai été informé(e) de ce que l'on attend de ma part. J'ai eu le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance et de mes droits d'accès aux données me concernant.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique du CHU UCL Namur, site Godinne
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le strict respect du Règlement général européen de protection des données à caractère personnel, des lois du 30 juillet 2018 relative à la protection des données et du 22 août 2002 relative aux droits du patient et du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation humaine.
7. J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que le responsable du traitement et le promoteur de l'étude se portent garant

de la confidentialité de ces données et de leur destruction en principe, un an après la défense du mémoire.

8. Je souhaite/Je ne souhaite pas que mon médecin traitant soit averti de ma participation à cette expérimentation.

9. En conséquence, je consens de mon plein gré à participer à cette expérimentation.

Signature du patient(e)

Date(jour/mois/année)

Je, soussigné, Melle DECOUX Laura confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'expérimentation au patient(e) mentionné(e) ci-dessus.

*Signature de la personne qui procure
l'information et habilitée à le faire*

Date (jour/mois/année)

- Annexe 4 : Demande d'avis au Comité d'Ethique

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant (prénom, nom, adresse courriel) : Decoux Laura Laura.Decoux@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : Gestion des institutions de soins 3. Année académique : 2023 - 2024

4. Titre du mémoire :

Etude de l'impact de la méthode « patient debout » sur l'anxiété préopératoire et la satisfaction postopératoire des patients s'inscrivant dans le système de virage ambulatoire. Etude mixte au sein du bloc opératoire de l'hôpital CHU UCL Namur site Godinne.

5. Promoteur(s) (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. Docteur Eric Deflandre (promoteur principal) : médecin anesthésiste et tabacologue, chef de service et maître de stage dans le service d'anesthésie de la clinique Saint-Luc de Bouge, médecin responsable de l'hôpital de jour chirurgical de la clinique Saint-Luc de Bouge.

Adresse : Rue Saint-Luc, 8 – 5004 Bouge

Email : Eric.deflandre@gmail.com Tél. : 081/20.95.53

2. b) Docteur Virginie Dubois : médecin anesthésiste coordinateur de l'hôpital de jour du CHU UCL Namur site Godinne.

Adresse : virginie.dubois@uclouvain.be Tel : 081423910

3. c) Docteur Edith Collard : médecin anesthésiste au CHU UCL Namur site Godinne.

Adresse : CHU UCL Namur (site de Godinne), Avenue G. Thérasse 1, 5530 - Yvoir

Email : edith.collard@chuuclnamur.uclouvain.be Tél. : 0473 215723

6. Résumé de l'étude a. Objectifs

L'objectif primordial de cette étude mixte est d'analyser et comparer quelle méthode entre celle du patient arrivant debout au bloc opératoire ou celle du patient brancardé jusque la salle d'opération est la moins stressante et la plus satisfaisante d'un point de vue émotionnel pour le patient devant subir une opération chirurgicale.

L'approche méthodologique choisie permettra d'établir s'il existe également un lien de prédiction entre le niveau de satisfaction du patient et son niveau d'anxiété préopératoire en confrontant l'ensemble des résultats obtenus dans l'étude quantitative et qualitative.

Finally, this study will allow us to verify the effectiveness of this standing patient method, little known in all Belgian hospitals, and, in the end, it may influence its implementation in other hospital structures if the results are encouraging.

b. Research protocol (design, subjects, instruments,...) (+/- 500 words)

It is a mixed study following an explanatory design in which the integration of results will be done in a complementary approach. The explanatory design means that the study will unfold in two distinct methodological phases followed by a final discussion synthesizing the results obtained during the two surveys.

In a first step, it is about to perform a transversal analytical study in order to collect quantitative data on the subject of preoperative anxiety of patients. The choice of a quantitative study seems the most appropriate because there is already a theoretical framework validated on the scientific plan which is nothing other than the Amsterdam anxiety scale (score APAIS). Thanks to this standardized scale, quantitative analysis allows us to measure more strongly the variable used in order to answer the question posed in advance. In a second step, it is about to perform a qualitative exploratory retrospective study, the objective of which is the analysis and exploration of the experience and the satisfaction of patients who have used the standing patient method. This collection of data will be done in the form of semi-structured interviews which will allow patients a total freedom of expression regarding their true feeling.

The qualitative method seems to be the most favorable in this context because it allows a singular analysis in depth and is more propitious to the emergence of personal information. In addition, given the fact that the « standing patient » method is not yet recognized in Belgium in all hospitals, there is currently no study carried out on the subject.

2

The target population is composed of patients who are about to undergo a surgical intervention in the operating room of the CHU UCL Site Godinne. It includes two distinct samples of patients:

1. Patients who are about to undergo conventional surgery in urology, orthopedics or in otolaryngology, and selected in advance by the doctor and/or the anesthesiologist to come standing to the operating room.
2. Patients who are about to undergo conventional surgery in urology, orthopedics or in otolaryngology whose arrival in the operating room is done via the traditional method of stretcher transport.

These three types of surgeries were chosen with the help of the coordinator of the operating room programming as well as the head of the hospital day service of the CHU UCL site Godinne because each of them has a certain number of « standing patients » per week, favoring the feasibility of this project. The sampling of these populations will be different depending on whether it is about the quantitative and qualitative method. In fact, for the first quantitative part of the study, the sampling method used will be the non-probabilistic « judged » method, which means that the accessibility of the population in this study depends on the eligibility criteria for the « standing patient » method determined in advance.

par le chirurgien et/ou l'anesthésiste, le projet ne peut en aucun cas modifier ces critères qui touchent à la santé et au bien-être du patient. Les critères sont les suivants: la capacité physique, l'âge, le type d'intervention chirurgicale, le niveau d'anxiété préalable, le score ASA et la compréhension des consignes.

7. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? NON
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? NON
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? NON
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ?

NON
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour

une pathologie spécifique ? NON

3

6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? NON
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? NON
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? OUI
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? NON
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?
NON

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

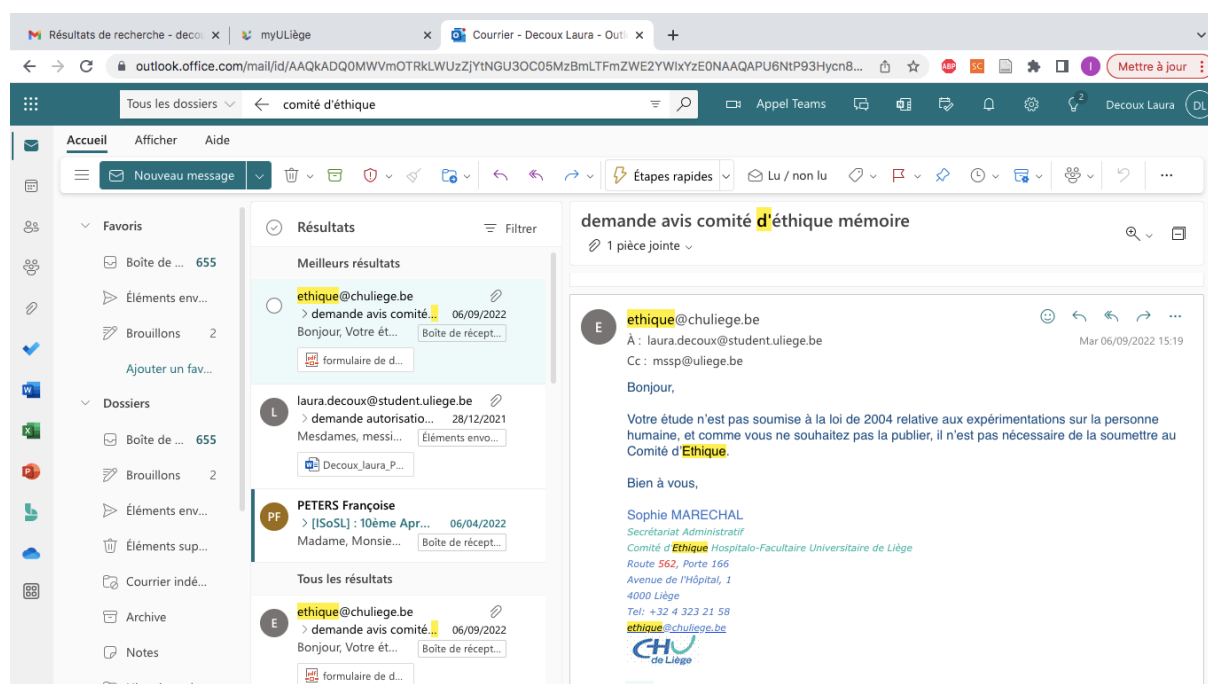
4

Date : 10/08/2022 Nom et signature du promoteur :



Dr Eric DEFLANDRE
Directeur médical
Clinique Saint-Luc
Rue Saint-Luc, 8 – 5004 Bouge
1-67747-63-100
eric.deflandre@slbo.be
081/20.95.63

- Annexe 5 : Réponse du Comité d'Éthique de l'Université de Liège



- Annexe 6 : Réponse du comité d'éthique du CHU UCL Namur site Godinne



COMITÉ D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE

Président Pr P. Evrard

Vice-président à la recherche clinique Pr B. Krug

Vice-président à l'éthique M. D. Jacquemin

Secrétaire académique Pr Ch. Doyen

Secrétariat administratif Tél. : +32 (0)81 42 30 64 Fax : +32 (0)81 42 30 23

Email : comite.ethique.g@chuclnamur.uclouvain.be

CHU UCL NAMUR ASBL Adresse de correspondance : avenue Docteur G. Thérasse, 1 - 5530 Yvoir (Belgique) - Tél. +32 (0)81 42 21 11 **Siège social** : avenue Docteur G. Thérasse, 1 - 5530 Yvoir (Belgique) - Tél. +32 (0)81 42 21 11 - BE 641.733.885 www.chuclnamur.be

Yvoir, le 18/11/2022

Docteur Virginie DUBOIS, anesthésiologie Mme Laura DECOUX

CE/2022/fke

AVIS FAVORABLE DEFINITIF MÉMOIRE

Concerne:

- **N°interneCEMont-Godinne:138/2022**
- **NUB : B0392022000075**
- **Intitulé : Etude de l'impact de la méthode « patient debout » sur l'anxiété préopératoire et la**

satisfaction postopératoire des patients s'inscrivant dans le système de virage ambulatoire.

Etude mixte au sein du bloc opératoire de l'hôpital CHU UCL Namur site Godinne.

- ■ **Investigateur responsable: Docteur Virginie DUBOIS, anesthésiologie, CHU UCL Namur, site Godinne**
- ■ **Mémoire de Mademoiselle Laura DECOUX**
- ■ **Etude monocentrique**

Cher Collègue,

Le Comité d'éthique du CHU UCL Namur, site Godinne, a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Nous avons examiné l'ensemble des documents suivants concernant cette étude,

y compris les documents modifiés suite aux remarques:

- - **Lettre de soumission**
- - **Formulaire de soumission**
- - **Formulaire de consentement RGPD**
- - **Formulaire d'information aux patients**
- - **Protocole**
- - **Questionnaires pour les patients (patient brancardé et patient debout)**
- - **Résumé du protocole**

En tant que comité d'éthique principal, selon les directives de la loi du 7 mai 2004, nous donnons un avis favorable définitif sur ce projet.

L'accord du comité d'éthique pour cette étude est valable un an. Nous vous demandons de nous informer si l'étude n'est pas initiée ou si l'étude ne démarre pas dans un délai d'un an après l'approbation. Si l'étude n'a pas débuté un an après l'approbation, cet avis n'est plus valable et le projet devra être resoumis.

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et que la gestion de celle-ci doit se faire sous sa responsabilité propre et conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à

L'avis favorable donné par le comité d'éthique ne signifie en rien qu'il en prend ou en partage la responsabilité. La Commission vous demande, en outre, de veiller à informer clairement les participants sur d'éventuels risques encourus ainsi que sur toute investigation complémentaire qui ne serait pas directement en rapport avec leur état de santé.

Aucune modification ni changement au protocole ne peut être mis en route sans l'approbation préalable écrite du comité d'éthique à l'amendement approprié, excepté les situations prévues dans les bonnes pratiques cliniques (BPC/GCP).

Le Comité d'éthique du CHU UCL Namur, site Godinne, confirme qu'il est composé et exerce ses activités dans le respect des lois et règlements applicables et selon les directives ICH/GCP.

Nous déclarons qu'aucun membre ayant un lien quelconque avec cet essai clinique ou le promoteur n'a pris part à la délibération concernant cette étude.

Nous vous prions d'agréer, Cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Professeur B. KRUG Professeur P. EVRARD Vice-Président Président
à la recherche clinique

Motivation de l'avis dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine

1) INFORMATIONS RELATIVES À L'EXPÉRIMENTATION

Identification de la demande: 138/2022 Intitulé: Etude de l'impact de la méthode « patient debout » sur l'anxiété préopératoire et la satisfaction postopératoire des patients s'inscrivant dans le système de virage ambulatoire. Etude mixte au sein du bloc opératoire de l'hôpital CHU UCL Namur site Godinne.	NUB: B0392022000075
Demandeur au sein du comité d'éthique¹: ■ Mémoire de Mademoiselle Laura DECOUX	■ INVESTIGATEUR: Docteur Virginie DUBOIS, anesthésiologie, CHU UCL Namur, site Godinne

2) LISTE DES MEMBRES

[Liste des membres²]

Monsieur	Benoît	BIHIN	M	Statisticien
----------	--------	-------	---	--------------

				Expert invité permanent
Docteur	Gilles	BLONDIAUX	M	Médecin (Rhumatologie)
				Membre suppléant
Madame	Marie-Laure	CORNET	F	Infirmière
Docteur	Marie	DE SAINT-HUBERT	F	Médecin (Gériatrie)
Madame	Cécile	DECOSTER	F	Pharmacienne
Madame	Evelyne	DEWEZ	F	Représentante des patients Association Oxygène Mont-Godinne
				Manager of contracts and budgets
Madame	Thuyen	DOCHAIN	F	Expert invité permanent
Madame	Sophie	DOGNE	F	Méthodologie Chercheuse UNAMUR – Narilis Membre suppléant
Monsieur	Jonathan	DOUXFILS	M	Pharmacologue
				Expert invité permanent

		DOYEN	F	Médecin (Hématologie)
Professeur	Chantal			Membre suppléant Secrétaire académique
		EVARD	M	Médecin (soins intensifs)
Professeur	Patrick.			Président du comité d'éthique
		GEORGE	F	Méthodologiste
Madame	Fabienne			
Monsieur	Etienne	GOURDIN	M	Infirmier (membre du GREDI)
				Membre suppléant
		GUNS	M	Médecin généraliste
Docteur	Simon			Membre suppléant
		HASSID	F	Médecin (o.r.l.)
Docteur	Samantha			
Abbé	Dominique	JACQUEMIN	M	Théologien Ethicien Vice-président à l'éthique
Docteur	Denis	JACQUES	M	Médecin (Médecine Psychosomatique)
Madame	Nathalie	JACQUES	F	Data Protection Officer (DPO)
Madame	Brigitte	KEVERS	F	Représentante des patients Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité Membre suppléant
Professeur		KRUG		MÉDECIN (MÉDECINE NUCLÉAIRE)
	Bruno		M	Vice-président aux études
Madame		LALOUX		Psychologue (Onco-Hémato-Soins palliatifs)
	Virginie		F	
Docteur		LARUE		Médecin généraliste

	Pierre		M	
Professeur	Georges	LAWSON	M	Médecin (o.r.l.) Membre suppléant
Docteur	Ludovic	MELLY	M	Médecin (chirurgie cardio-vasculaire et thoracique)
Madame	Suzanne	MOREAU	F	Juriste Membre suppléant
Docteur	Julie	PICCIRILLI	F	Pédiatre Membre suppléant
Madame	Anne	RAISIERE	F	Juriste
Monsieur	Maxime	REGNIER	M	Statisticien Expert invité permanent
Docteur	Nathan	SCIUS	M	Médecin (urgentiste) Membre suppléant
Madame	Anne-Laure	SENNESAEL	F	Pharmacienne Membre suppléant

Veuillez aussi indiquer le rôle/la qualité/le domaine de chaque membre comme demandé dans le formulaire pour la demande d'agrément comme comité d'éthique avec agrément complet.

3) MOTIVATION DE L'AVIS

CHU UCL NAMUR ASBL Adresse de correspondance : avenue Docteur G. Thérasse, 1 - 5530 Yvoir (Belgique) - Tél. +32 (0)81 42 21 11 **Siège social** : avenue Docteur G. Thérasse, 1 - 5530 Yvoir (Belgique) - Tél. +32 (0)81 42 21 11 - BE 641.733.885 www.chuclnamur.be

	OUI	NON	s.o.
1 Valeur sociale			
1.1 Le groupe cible visé est bien délimité.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	s.o.
2 Validité scientifique			
2.1 L'investigateur et ses collaborateurs sont professionnellement compétents.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Les installations et l'infrastructure dans lesquelles l'étude se déroule sont adéquates.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 L'étude est scientifiquement fondée.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 L'étude est conçue de façon correcte sur le plan statistique.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 L'étude contribue aux connaissances propres à l'exercice des professions des soins de santé.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

				<input type="checkbox"/>
2.6	L'étude contribue potentiellement (immédiatement ou à l'avenir) à l'amélioration des soins de santé pour le groupe cible visé.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Pendant l'étude, les participants reçoivent les soins médicaux standards.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	S'il y a un groupe placebo, il doit être absolument nécessaire sur le plan méthodologique et acceptable sur le plan éthique.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	S'il s'agit d'une étude randomisée, il n'y a pas de différence de traitement entre les différents bras ² .	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sélection correcte des participants				
3.1	La population étudiée a été choisie de manière scientifiquement justifiée dans le cadre de l'étude.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	La population étudiée a été choisie de manière à ce que le risque soit minimal pour les participants.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Des mesures claires sont prises pour protéger les groupes particulièrement vulnérables.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Dans la mesure du possible, les éventuels risques physiques, psychologiques, sociaux et économiques de l'étude pour les participants individuels sont quantifiés et, d'après les données disponibles, la probabilité de leur apparition est prise en considération.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 . Formulaire d'information et de consentement (« Informed consent »)

4.1	Les informations sont complètes et rédigées dans un langage compréhensible	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Un court résumé de maximum 4 pages A4, rédigé dans un langage clair, est joint au formulaire de consentement.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	L'investigateur s'engage à communiquer les informations aussi bien par écrit qu'oralement.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Le formulaire de consentement informé indique les éventuels effets sur la santé du partenaire et de l'entourage du participant à l'étude, ainsi que les mesures de précaution à prendre à cet égard.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Le formulaire de consentement informé indique qu'un participant potentiel peut refuser de participer à l'étude ou à tout moment sortir de l'étude sans que cela n'influe sur la relation établie entre lui et le professionnel de la santé.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	Si les bénéfices potentiels pour un patient sont inférieurs aux inconvénients, une raison éthiquement justifiable doit être donnée et communiquée au patient.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	S'il n'y a pas de bénéfice potentiel pour un volontaire, les risques sont limités et éthiquement acceptables, et cela est communiqué au volontaire.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Populations spécifiques de l'étude				
5.1	En cas d'inclusion de personnes mineures : * le consentement des parents ou du tuteur est obtenu ;	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> * un ICF adapté est rédigé ; * la volonté expresse du participant sera examinée et respectée ; * il y a un lien direct avec l'état clinique de la personne mineure ou l'expérimentation peut uniquement être effectuée sur des personnes mineures ; * l'expérimentation implique un quelconque bénéfice direct pour le groupe de patients. 				<input type="checkbox"/>
5.2	<p>En cas d'inclusion de personnes majeures qui ne sont pas en mesure de donner leur consentement :</p> <ul style="list-style-type: none"> * le consentement du représentant légal est obtenu ; * la volonté expresse du participant sera examinée et respectée ; * il y a un lien direct avec un état clinique potentiellement mortel ou invalidant dans lequel le participant se trouve ; * les risques pour le participant ne sont pas disproportionnés par rapport au bénéfice escompté pour cette personne. 	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.3	<p>En cas d'urgence, lorsque le consentement du participant ne peut pas être obtenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> * il y a un lien direct avec un état clinique potentiellement mortel ou invalidant dans lequel le participant se trouve ; 	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* le consentement du participant ou de son représentant sera obtenu dès que possible.

6	Respect des participants				
6.1	À la fin de l'étude et dans le cas où le médicament à l'étude est bénéfique au niveau thérapeutique pour le participant et où le médicament à l'étude n'a pas d'équivalent approuvé sur le marché, le promoteur transmet le médicament à l'étude au participant tant que ce médicament n'est pas encore sur le marché ou jusqu'à ce que le développement de celui-ci soit arrêté.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2	En cas d'encodage des données des participants, on sait qui est responsable de l'encodage et de la gestion de celui-ci.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3	La manière dont les participants sont recrutés et sélectionnés est acceptable.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Assurance				
7.1	Une assurance sans égard à la faute a été conclue.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2	Les règles et montants en matière de compensation et/ou dommages-intérêts lorsqu'un participant encourt des blessures ou décède à la suite d'une expérimentation, sont acceptables.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Dispositions financières				
8.1	Les indemnités versées au participant – le cas échéant – sont proportionnelles.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.2	En cas d'études commerciales, l'investigateur est indépendant du promoteur.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.3	Les paiements et indemnités versés à l'investigateur sont proportionnels.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8.4 L'/Les accord(s) entre le promoteur et le(s) site(s) sont acceptables.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	--------------------------	--------------------------

[Si vous avez répondu «Non» dans le tableau sur les pages précédentes, veuillez indiquer ici vos éventuelles objections.]

4) AVIS DÉFINITIF

L'avis du comité d'éthique est **positif**

[Explications supplémentaires relatives aux conditions éventuelles]

5) COMITÉS D'ÉTHIQUE CONCERNÉS

Les comités suivants ont été interrogés concernant les aspects 4, 6 et 7 (voir ci-dessus) et ont donné leur réponse dans le délai légal prévu :

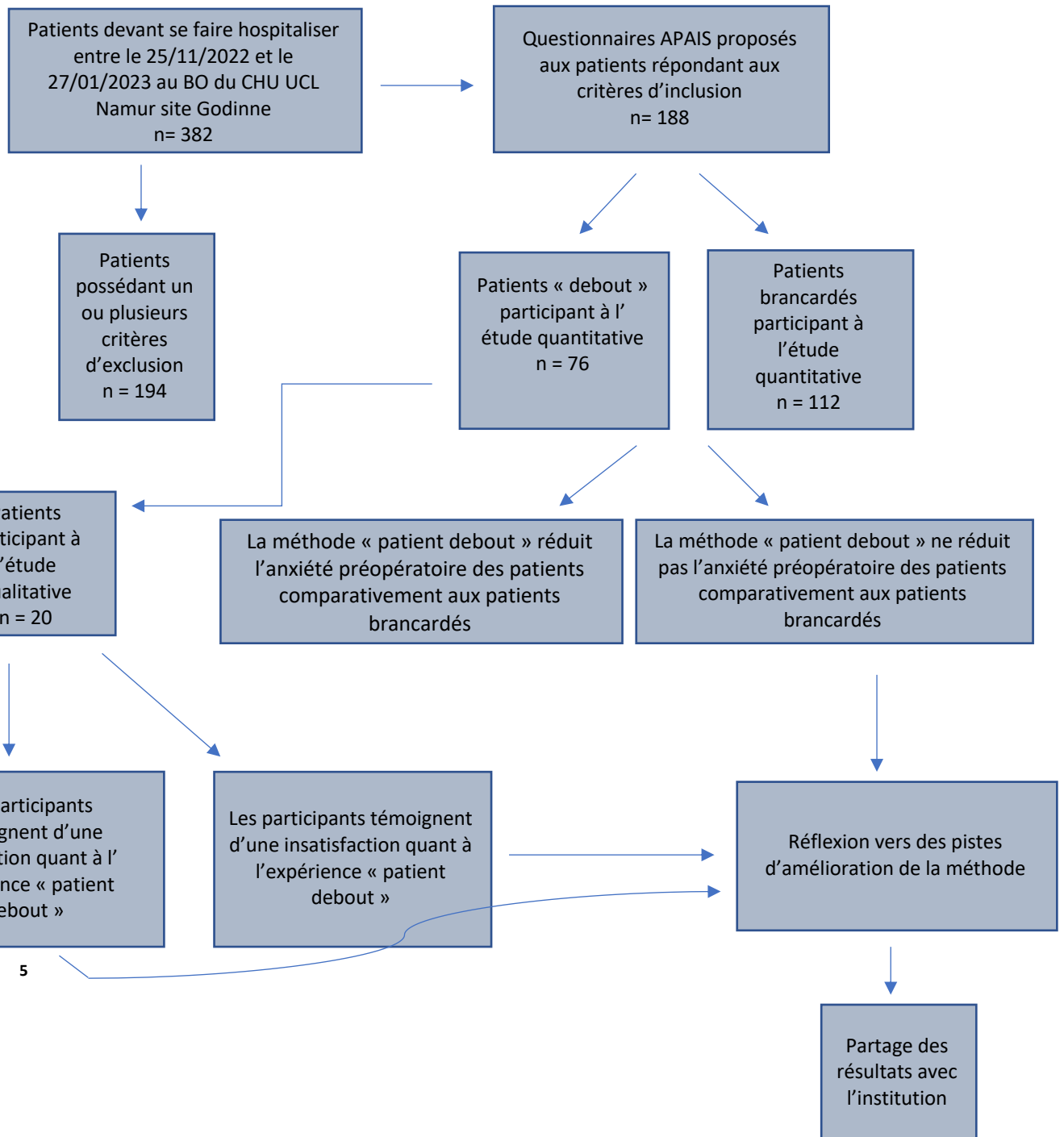
/



DATE:18.11.2022 Signature:

CHU UCL NAMUR ASBL Adresse de correspondance : avenue Docteur G. Thérasse, 1 - 5530 Yvoir (Belgique) - Tél. +32 (0)81 42 21 11 **Siège social** : avenue Docteur G. Thérasse, 1 - 5530 Yvoir (Belgique) - Tél. +32 (0)81 42 21 11 - BE 641.733.885 **www.chuclnamur.be**

- Annexe 7 : flow chart relative à l'organisation de la collecte de données de l'étude



⁵ Certains patients peuvent être satisfaits et tout de même proposer parallèlement des éléments à améliorer dans la gestion des ressources utilisées.

- Annexe 8 : Questionnaire patient debout

Questionnaire relatif à l'anxiété préopératoire des patients opérés suivant la méthode « one day »

Tout d'abord, merci à vous de consentir à l'élaboration de cette étude de recherche, vos données personnelles resteront strictement confidentielles et ne sortiront jamais du cadre de cette étude.

Je vous demanderais dans un premier temps de bien vouloir compléter ce questionnaire nommé « échelle APAIS » (Echelle Anxiété et Information d'Amsterdam) qui est un outil de mesure de l'anxiété validé dans le monde entier. Il vous suffit de cocher une case entre 1 et 5 pour chacune des affirmations proposées dans la grille.

Dans un second temps, il est important de savoir qu'environ 15 personnes seront recontactées quelques jours après leur opération au sein de l'hôpital afin de répondre à quelques questions plus personnelles afin de partager leur ressenti concernant la méthode « one day ». Ces entretiens dureront maximum 15 minutes par personnes et seront réalisés par l'instigatrice du projet.

Si vous êtes disposé à participer à cette étude, je vous prie de compléter ces quelques informations :

- Age :
- Sexe :
- Motif de l'hospitalisation :

	Item	1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie					
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4	je suis préoccupé par l'intervention					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					



Merci pour votre collaboration !

DECOUX LAURA, étudiante en master des sciences de la santé publique à finalité gestion hospitalière.

- Annexe 9 : Questionnaire patient brancardé

Questionnaire relatif à l'anxiété préopératoire des patients opérés suivant la méthode conventionnelle d'arrivée au bloc opératoire (brancardage)

Tout d'abord, merci à vous de consentir à l'élaboration de cette étude de recherche, vos données personnelles resteront strictement confidentielles et ne sortiront jamais du cadre de cette étude.

Je vous demanderais dans un premier temps de bien vouloir compléter ce questionnaire nommé « échelle APAIS » (Echelle Anxiété et Information d'Amsterdam) qui est un outil de mesure de l'anxiété validé dans le monde entier. Il vous suffit de cocher une case entre 1 et 5 pour chacune des affirmations proposées dans la grille.

Si vous êtes disposé à participer à cette étude, je vous prie de compléter ces quelques informations :

- Age :
- Sexe :
- Motif de l'hospitalisation :

Item		1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie					
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4	je suis préoccupé par l'intervention					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					



Merci pour votre collaboration !

DECOUX LAURA, étudiante en master des sciences de la santé publique à finalité gestion hospitalière.

- Annexe 10 : Questionnaire entretiens qualitatifs
- a) **Que pensez-vous de l'accueil qui vous a été fait par le personnel soignant de l'hôpital CHU UCL Namur site Godinne ?**
- b) **Que pensez-vous des informations qui vont être données par le personnel soignant durant votre prise en charge préopératoire ?**
- c) **Est-ce que vous estimez avoir reçu assez d'information de la part de votre chirurgien et de votre anesthésiste ?**
- d) **Comment vous êtes-vous senti lors du trajet entre l'unité d'accueil des patients et la salle d'opération ?**
- e) **SI vous aviez eu l'opportunité de choisir entre l'arrivée au bloc opératoire à pied ou en brancard, laquelle des deux alternatives auriez-vous choisie et pourquoi ?**
- f) **Pensez-vous qu'il devrait y avoir des choses à améliorer dans cette prise en charge spécifique ? si oui, lesquelles ?**
- g) **Seriez-vous prêt à réitérer l'expérience et la proposer également à un membre de votre entourage ? Si, oui pour quelles raisons ?**