

Information du patient avant chirurgie thyroïdienne: validation et évaluation d'un questionnaire de satisfaction du patient

Jean-Christophe Riss

► **To cite this version:**

Jean-Christophe Riss. Information du patient avant chirurgie thyroïdienne: validation et évaluation d'un questionnaire de satisfaction du patient. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00915820

HAL Id: dumas-00915820

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00915820>

Submitted on 9 Dec 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE
POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Information du patient avant chirurgie thyroïdienne :
Validation et évaluation d'un questionnaire de satisfaction du
patient

T H E S E

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
À NICE LE 22 OCTOBRE 2013

PAR

JEAN-CHRISTOPHE RISS

NÉ LE 7 OCTOBRE 1980 À MARSEILLE

MEMBRES DU JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOSE SANTINI
MONSIEUR LE DOCTEUR ALEXANDRE BOZEC
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAURENT CASTILLO
MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVIER DASSONVILLE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS SADOUL

PRÉSIDENT DU JURY
DIRECTEUR DE THÈSE

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE
POUR LE
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Information du patient avant chirurgie thyroïdienne :
Validation et évaluation d'un questionnaire de satisfaction du patient

T H E S E

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
À NICE LE 22 OCTOBRE 2013

PAR

JEAN-CHRISTOPHE RISS

NÉ LE 7 OCTOBRE 1980 À MARSEILLE

MEMBRES DU JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOSE SANTINI

MONSIEUR LE DOCTEUR ALEXANDRE BOZEC

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAURENT CASTILLO

MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVIER DASSONVILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS SADOUL

PRÉSIDENT DU JURY

DIRECTEUR DE THÈSE

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LAPALUS Philippe
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LOUBIERE Robert
Mme BUSSIERE Françoise	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELMONT Jean	Mme MYQUEL Martine
M. DEMARD François	M. OLLIER Amédée
M. DOLISI Claude	M. ORTONNE Jean-Paul
M. FREYCHET Pierre	M. SCHNEIDER Maurice
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TOUBOL Jacques
M. GRELLIER Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLESAKIS Jean-André	
M. LALANNE Claude-Michel	
M. LAMBERT Jean-Claude	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
	(54.04)	

Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
	(46.01)	
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
	(54.04)	
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction
	(54.05)	
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)

M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean (46.01)	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNÉ Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Avant-propos et remerciements

A Monsieur le Professeur Santini

Je suis très honoré de faire partie de la longue liste de vos élèves. Vous êtes un modèle pour nous au quotidien, tant auprès des patients, qu'au bloc opératoire et dans vos séances d'enseignement. Votre niveau d'excellence nous impressionne mais votre humanité nous rassure.

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.

A Monsieur le Professeur Castillo

Ces années dans votre service m'ont permis de constater vos qualités humaines et chirurgicales. Grâce à vous c'est tout un pan de notre spécialité qui s'ouvre à nous.

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

A Monsieur le Professeur Sadoul

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury. J'ai pu au cours de mon internat apprécier l'étendue de vos connaissances sur la pathologie thyroïdienne qui n'est qu'une des facettes de votre spécialité. J'ai également pu mesurer votre disponibilité et votre soif d'enseigner.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Olivier Dassonville

Tu m'as tout de suite de suite mis à l'aise le premier jour de mon stage à Lacassagne en me disant de te tutoyer, ce qui n'était pas facile pour moi... Ton extrême gentillesse peine à dissimuler tes immenses qualités de chirurgien et ta connaissance parfaite de ta spécialité.

Je suis très honoré de pouvoir continuer ma formation au sein de ton équipe.

A Monsieur le Docteur Alexandre Bozec

Depuis mon premier travail avec toi, j'ai pu me rendre compte de ta rigueur dans l'écriture et cette thèse me l'a confirmée. Tu as été comme un grand frère en ORL tout au long de mon internat. Je ne t'ai jamais dit à quel point tu m'impressionnais par ta maturité (dans le travail...). Merci pour tout

Aux autres membres de la famille IUFC

M le Pr Demard

Même si nous n'avons pas travaillé ensemble, je sais combien nous vous devons tous. Merci d'avoir créé ce cadre si exceptionnel dans lequel nous pouvons nous épanouir.

Soyez assuré de mon profond respect.

Les chirurgiens seniors

Yvan Gahide, Gilles Poissonnet, Nicolas Guevara, Guillaume Odin, Philippe Kestemont

Qui chacun dans sa spécialité m'a donné goût à l'ORL et à la maxillo...Mais aussi toute l'équipe de Lenal : M.Maschi, Sonanda et tous les membres du service.

Les chirurgiens juniors...

Pouya Le chef de la clinique, Charles, Cécile, Sandy et Claire .Vous m'avez fait faire mes premiers pas dans cette spécialité et avez toujours été là pour m'aider.

Mes co-internes

Benoit, Nathalie, Eric, Olivier, Remi, Clair, Aurélie, Julia . Sans oublier ceux de Marseille : Olivia, Tantely, Laurie et Thomas

Merci de m'avoir accompagné pendant ces 5 années.

Au docteur Emmanuel Chamorey

Merci pour toute l'aide que tu m'as apporté pour la partie « statistique » de cette étude, tu as toujours été disponible pour mes nombreuses questions...j'espère que ce travail est fidèle à ton niveau d'exigence.

A ma famille,

Mes parents, Bernard et Raymonde

Papa ORL et Maman infirmière.. ca vous rappelle pas quelque chose ? je vais essayer de faire aussi bien... Vous avez toujours été là pour me soutenir dans mes choix, quand je suis parti en manip radio puis en médecine j'ai toujours pu compter sur vous et votre amour. Merci, je vous aime.

Mes frères et sœurs

Nathalie, Philippe et Stéphane, Jean-Marc et Marie-Christine même si on se le dit pas souvent je vous aime.

Camilla,

Ma chérie je t'Aime. Prends soin de cacahuète...

Ses parents Sylvain et Lotta, la grande famille Brissiaud !!

A mes amis,

De Marseille, même si tout le monde n'a pu venir je sais que je peux compter sur vous. On fêtera ça plus tard !!

Merci à Pac et Laetitia, Polo, Benoit d'avoir fait le voyage.

Les Niçois et non Niçois que j'ai découverts en venant ici..

A tout l'ORL (CHU et CAL !)

Du service, aux consultations en passant par le bloc et les soins externes ; ça en fait du monde... J'ai trop peur d'en oublier ! Merci pour ces 5 ans.

Merci A Tous.

Table des matières

INTRODUCTION	13
MATERIEL ET METHODES	15
1 . ETAPE QUALITATIVE	15
2. ETAPE QUANTITATIVE : PHASE 4	17
3. METHODE STATISTIQUE UTILISEE POUR LA VALIDATION DU QUESTIONNAIRE	17
RESULTATS	20
1. ETAPE QUALITATIVE (PHASE 1, 2, 3)	20
2. ETAPE QUANTITATIVE (PHASE 4)	23
2.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	23
2.2 VALIDATION DU QUESTIONNAIRE	25
2.3 ANALYSE DES SCORES DE SATISFACTION PAR DIMENSION	36
2.4 FACTEURS PREDICTIFS DE REPONSE AUX QUESTIONS	36
DISCUSSION	39
1. RAPPEL DU CADRE LEGAL	39
2. CAS PARTICULIER DE LA CHIRURGIE THYROÏDIENNE	43
3. VALIDATION DU QUESTIONNAIRE	44
4. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	46
5. LIMITES ET PERSPECTIVES DE NOTRE ETUDE	51
CONCLUSION	53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	54

Introduction

L'information du patient demeure aujourd'hui un sujet encore peu étudié, notamment dans la pratique d'une activité chirurgicale. S'il existe de nombreuses recommandations quant à la prise en charge de la pathologie thyroïdienne d'un point de vue médical et chirurgical, l'étude de la satisfaction des patients vis-à-vis de l'information qu'ils reçoivent de leur médecin est un sujet relativement nouveau. Depuis la loi du 4 mars 2002¹ relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, de nombreuses recommandations de bonnes pratiques ont été éditées et la dernière en date sur le sujet de la chirurgie thyroïdienne émane de la Société Française d'ORL lors de son dernier rapport de 2012².

Le contexte de la chirurgie thyroïdienne est tout à fait adapté aux problèmes posés par la qualité de l'information du patient. En effet, elle représente actuellement en France plus de 45 000 cas / an³ et pose donc un véritable problème de santé publique. Cette chirurgie, qui un temps fut proscrite du fait de ses risques jugés trop élevés, est aujourd'hui une chirurgie réglée, qui dans l'immense majorité des cas se déroule sans complication. Néanmoins, celle-ci présente des risques, qui bien que rares voire exceptionnels, sont potentiellement graves⁴⁻⁷. Par ailleurs, il s'agit souvent d'une chirurgie réalisée à but histo-diagnostic, afin de préciser la nature maligne ou bénigne d'un ou plusieurs nodules, chez un patient asymptomatique. Le bénéfice de la chirurgie peut ainsi apparaître limité pour le patient vis-à-vis des risques encourus en cas de bénignité des lésions. Dans la mesure où cette chirurgie est généralement programmée sans urgence, l'information du patient doit donc être la plus complète possible, si besoin lors de plusieurs consultations, afin que le patient puisse donner son consentement éclairé.

Il nous a semblé intéressant d'étudier la satisfaction des patients concernant l'information

reçue avant chirurgie thyroïdienne et notamment de disposer d'un outil de mesure fiable et sensible permettant d'évaluer une telle démarche d'information. L'étude de la littérature internationale ne nous permettant pas de retrouver un questionnaire validé portant sur l'évaluation de l'information reçue par le patient avant chirurgie thyroïdienne, il est apparu indispensable d'en mettre au point un selon une méthodologie rigoureuse et de procéder à une première validation de celui-ci.

Les objectifs de ce travail sont donc doubles :

- Elaboration et validation d'un questionnaire permettant d'évaluer l'information reçue par le patient avant chirurgie thyroïdienne.

- Evaluation de la satisfaction des patients concernant l'information reçue et recherche d'éventuels facteurs prédictifs de celle-ci, au sein de notre institution.

Matériel et méthodes

Le questionnaire a été construit selon un procédé rigoureux respectant les normes établies par l'European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)⁸ ainsi que les recommandations de Falissard⁹. La méthodologie peut être présentée en quatre phases. **Phase 1**: consiste au recueil d'une liste d'items en fonction de la littérature et de l'expertise des membres d'un comité de pilotage. **Phase 2** : les items sont convertis en questions formulées de manière la plus compréhensible possible avec une première sélection des items faisant appel à la méthode Delphi. **Phase 3** : le questionnaire a été soumis à un panel de patients afin d'évaluer la compréhension et l'acceptabilité des questions. **Phase 4** : l'étape de première validation du questionnaire sur un large groupe de patients a été réalisée au sein de notre institution. Les phases 1,2 et 3 peuvent être considérées comme qualitatives pour la création de ce questionnaire alors que la phase 4 est quantitative et permet la validation de celui-ci.

1 . Etape qualitative

1.1 Phase 1

Le comité de pilotage était composé de 3 chirurgiens et 2 statisticiens. Une liste de thèmes (les raisons de la chirurgie, les complications de la chirurgie, le traitement hormonal et son suivi..) se rapportant à l'information du patient avant chirurgie thyroïdienne a été développée par le comité de pilotage après analyse de la littérature et en s'inspirant du questionnaire QLQ-INFO 25 de l'EORTC¹⁰ (questionnaire évaluant l'information du patient en cancérologie). Puis

une entrevue a été réalisée auprès de 20 patients, la veille de leur opération sur la glande thyroïde, par les membres du comité de pilotage, permettant de dégager de nouveaux items.

1.2 Phase 2

Le comité de pilotage a ensuite converti les items en questions claires, précises, et facilement compréhensibles par le patient et un dispositif de réponse a été mis en place. Les réponses aux questions pouvant se faire soit par une échelle de type Likert de 1 à 4, soit par une réponse de type oui/non, soit par une notation de 1 à 7.

Le questionnaire a ensuite été soumis à un groupe de 30 « experts » dans le domaine de la chirurgie thyroïdienne. Ce groupe était composé de chirurgiens, anesthésistes, endocrinologues, médecins nucléaires, orthophonistes, infirmières et assistantes médicales habituées à travailler avec des patients opérés de la thyroïde et de biostatisticiens. Ils ont été invités à noter la pertinence et la compréhension de chaque question avec une note de 1 à 10. La méthode Delphi ¹¹ a été employée pour obtenir un consensus sur les 41 questions formulées par le comité de pilotage. La moyenne obtenue par chaque question tant au niveau de la pertinence que de la compréhension a été calculée. Quand la moyenne d'une question était $>$ à 7 tant au niveau de la pertinence que de la compréhension celle-ci était conservée. Si la moyenne de compréhension était \leq à 7, la question était reformulée. Si la moyenne de la pertinence était \leq à 7, la question était supprimée. Après chaque modification du questionnaire, la procédure était répétée jusqu'à obtenir le consensus.

1.3 Phase 3

Le questionnaire obtenu à l'issue des deux tours a ensuite été soumis à 20 patients représentatifs de la population étudiée, au cours de leur hospitalisation pour chirurgie thyroïdienne. Le patient a rempli d'abord seul le questionnaire puis un entretien a été mené sur

la forme d'une interview structurée au cours de laquelle a été évaluée l'acceptabilité de la question par le patient et éventuellement la gêne qu'elle pourrait engendrer.

2. Etape quantitative : phase 4

Le questionnaire a été évalué sur les patients devant bénéficier d'une chirurgie thyroïdienne (thyroïdectomie totale ou lobo-isthmectomie) au sein de notre institution entre février et juillet 2013. Il a été soumis la veille ou le matin même de l'opération. Tous les patients inclus devaient être majeurs, volontaires pour participer à l'étude et capables de lire et écrire le français afin de pouvoir remplir le questionnaire par eux-mêmes. Les patients incapables de remplir seuls le questionnaire, soit en raison de leur capacité cognitive, soit à cause d'un défaut de maîtrise de la langue française, ont donc été exclus de l'étude.

3. Méthode statistique utilisée pour la validation du questionnaire

La qualité et l'acceptabilité des items du questionnaire ont été étudiés par l'analyse des fréquences de réponse aux questions en utilisant les réponses manquantes, les effets de saturation (effet plancher et effet plafond) et les redondances éventuelles. Ces caractéristiques ont été évaluées à l'aide de statistiques descriptives : pourcentage de valeurs manquantes, taux de réponses, minimum, maximum et histogrammes. Une mauvaise acceptabilité de la question a été définie par plus de 10 % de réponses manquantes. Pour les questions dont la réponse correspondait à un score de 1 à 4 (échelle de type Likert), la répartition des réponses a été considérée comme mauvaise lorsque les scores 1 et 2 (ou inversement 3 et 4) concentraient moins de 10 % des réponses. Une matrice de corrélation avec calcul du coefficient r de

Spearman a été utilisée à la recherche de redondances entre les questions. Si r était $> 0,7$ alors les questions étaient considérées comme trop fortement corrélées et le comité de pilotage pouvait être amené à les fusionner ou à supprimer l'une d'entre elles.

Une dimension correspond à un ensemble de questions traitant d'un même thème qui peuvent être regroupées afin d'établir un score et ainsi faciliter la lecture des résultats et leur discussion. La recherche de dimensions au sein du questionnaire a été réalisée grâce à des approches exploratoires telles que les diagrammes de valeurs propres (analyse en screeplot), et une analyse factorielle avec rotation promax.

Une approche confirmatoire a également été utilisée par l'intermédiaire d'une matrice multi-trait multi-méthode afin de vérifier la corrélation des items entre eux au sein d'une même dimension, tout en s'assurant qu'ils étaient distincts des autres dimensions du questionnaire.

La consistance de chaque dimension a été évaluée par le coefficient alpha (α) de Cronbach avec intervalle de confiance à 95%. Le coefficient α de Cronbach est une statistique utilisée notamment en psychométrie pour mesurer la cohérence interne (ou la fiabilité) des questions (les réponses aux questions portant sur le même sujet devant être corrélées). Sa valeur s'établit entre 0 et 1. Il est considéré comme « acceptable » à partir de 0,7 et « excellent » à partir de 0,9.

Un calcul des scores de satisfaction par dimension a été réalisé en ramenant sur 100 la moyenne obtenue par chaque dimension (scores de 1 à 4) afin de faciliter la lecture des résultats.

Les facteurs prédictifs des réponses aux questions ont été recherchés parmi les facteurs suivants : caractéristiques des patients (sexe, âge, score de l'American Society of Anesthesiologists : ASA), indication opératoire et chirurgien ayant délivré l'information. Pour cela, nous avons utilisé des tests de chi-2 confirmés par des tests exacts de Fisher, avec un seuil

de significativité de 5 %. Tous les tests statistiques ont été effectués à l'aide du logiciel R.2.10.1 pour Windows.

Résultats

1. Etape qualitative (phase 1, 2, 3)

Après revue de la littérature, le comité de pilotage a présenté une liste de 30 items à laquelle s'ajoutent 11 items recueillis grâce aux entrevues réalisées sur 20 patients devant prochainement être opérés de la thyroïde. Ces 41 items ont ensuite été convertis en questions soumises au groupe de 30 « experts » de la chirurgie thyroïdienne. L'utilisation de la méthode Delphi a permis d'obtenir un consensus sur ces items en notant la pertinence et la compréhension de chaque item. Onze questions ont donc été supprimées car elles présentaient une pertinence moyenne \leq à 7 et 10 questions ont été modifiées car la moyenne de compréhension était \leq à 7. A l'issue de deux tours de vote, une série de 30 questions a été sélectionnée par le comité de pilotage. Celle-ci a été testée sur un panel de 20 patients (la veille de leur chirurgie sur la glande thyroïde) ce qui a permis de valider leur bonne compréhension par les patients et leur acceptabilité sur le plan psychologique. Cette dernière étape a conduit le comité de pilotage à réaliser des modifications mineures sur les formulations des questions.

Le questionnaire final tel qu'il a été délivré aux patients lors de l'étape de première validation sur une large population est présenté dans la figure 1.

Figure 1 : Questionnaire d'évaluation de la satisfaction des patients concernant l'information reçue avant chirurgie thyroïdienne.

Madame, monsieur,

Nous réalisons une enquête sur l'information que vous avez reçue concernant votre intervention chirurgicale sur la thyroïde.

Merci de bien vouloir répondre aux questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre opinion.

Concernant votre pathologie thyroïdienne et l'intervention chirurgicale, comment évaluez-vous l'information que vous avez reçue sur :

		Très insuffi- sante	Insuffi- sante	Satisfai- sante	complète
1.	Votre maladie thyroïdienne ?	1	2	3	4
2.	Les examens qui ont été réalisés?	1	2	3	4
3.	Les bénéfices attendus d'une intervention chirurgicale ?	1	2	3	4
4.	Les autres traitements possibles en dehors de la chirurgie ?	1	2	3	4
5.	L'établissement où se déroulera l'intervention chirurgicale ?	1	2	3	4
6.	La durée de l'hospitalisation ?	1	2	3	4
7.	La durée de l'intervention ?	1	2	3	4
8.	Le type d'anesthésie (locale, générale..) ?	1	2	3	4
9.	L'analyse préliminaire, pendant l'intervention, des prélèvements effectués sur la thyroïde?	1	2	3	4
10.	La possibilité de modifier le geste prévu au cours de l'intervention ?	1	2	3	4

		Très insuffi- sante	Insuffi- sante	Satisfai- sante	complète
11.	Les risques possibles de l'anesthésie ?	1	2	3	4
12.	Les complications possibles de la chirurgie ?	1	2	3	4
13.	Le risque de saignement post opératoire ?	1	2	3	4
14.	Les risques d'infection de la région opérée ?	1	2	3	4
15.	Les modifications possibles de votre voix après l'intervention ?	1	2	3	4
16.	La possibilité de recourir à une orthophoniste (rééducation vocale) ?	1	2	3	4
17.	La possibilité de surveiller le calcium par des prises de sang dès le lendemain de l'intervention ?	1	2	3	4
18.	La nécessité éventuelle d'un apport en calcium et vitamine D ?	1	2	3	4
19.	La douleur en post opératoire ?	1	2	3	4
20.	La nécessité de prendre un traitement hormonal pour remplacer la glande enlevée ?	1	2	3	4
21.	Les modalités de suivi du traitement par hormones thyroïdiennes ?	1	2	3	4
22.	Les premiers rendez-vous après la sortie de l'hôpital ?	1	2	3	4
23.	Le délai nécessaire avant la reprise des activités de la vie quotidienne et/ou professionnelle ?	1	2	3	4
24.	Le délai nécessaire avant la reprise des activités physiques et sportives ?	1	2	3	4
25.	L'analyse définitive, après l'intervention, des prélèvements effectués sur la thyroïde ?	1	2	3	4
26.	Les traitements complémentaires en cas de cancer ?	1	2	3	4
27.	Le résultat esthétique de la cicatrice ?	1	2	3	4

28. Auriez-vous souhaité avoir des informations écrites ? **Oui** **Non**

29. a) Auriez-vous souhaité recevoir davantage d'informations ? **Oui** **Non**

b) Si oui, à quel sujet ? _____

30. Globalement, comment évaluez-vous l'information qui vous a été délivrée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvaise						Excellente

2. Etape quantitative (phase 4)

2.1 Caractéristiques de la population

Entre février et juillet 2013, 123 patients devant bénéficier d'une chirurgie thyroïdienne au sein de notre institution ont été inclus dans cette phase de l'étude. Il s'agissait de 94 femmes et 29 hommes, avec un âge médian au moment de l'intervention de 54 ans (de 20 à 86 ans). Les caractéristiques de ces patients sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques des 123 patients inclus dans la phase de première validation du questionnaire

Caractéristiques de la population		n = 123 (%)
Sexe	Femme / Homme	94 (76) / 29 (24)
Age	< 40 ans	30 (25)
	40-60 ans	56 (45)
	> 60 ans	37 (30)
Score ASA	1 / 2 / 3 / 4	29 (24) / 79 (64) / 14 (11) / 1 (1)
Indication chirurgicale		
	GMN	54 (44)
	Nodule suspect	47 (38)
	Basedow/ Goitre hyperthyroïdien	20 (16)
	Nodule toxique isolé	2 (2)
Cytoponction échoguidée (Bethesda 2010)¹²		76 (62)
	Non significative	6 (5)
	Bénigne	16 (13)
	Lésion folliculaire de signification indéterminée	15 (13)
	Néoplasie vésiculaire / oncocytaire	19 (15)
	Suspecte de malignité	11 (9)
	Maligne	9(7)
Geste réalisé		
	LI	33 (27)
	TT / LI de totalisation	82 / 8 (73)

Score ASA : défini lors de la consultation d'anesthésie pré opératoire

GMN : goitre multi nodulaire

Nodule suspect : lors de l'échographie ou de la cytoponction

LI : lobo-isthmectomie thyroïdienne

TT : thyroïdectomie totale

LI de totalisation : totalisation de la thyroïdectomie chez un patient aux antécédents de chirurgie partielle

L'analyse anatomopathologique définitive de la pièce opératoire a mis en évidence un cancer de souche folliculaire de la thyroïde dans 39 cas (32 %) dont 35 cas de type papillaire et 4 de type vésiculaire. Il a également été retrouvé 4 carcinomes médullaires (dont 3 diagnostiqués en pré opératoire et 1 de découverte « fortuite »). Un évidement du compartiment central a été réalisé (secteur VI) chez 27 patients (22%). Chez 10 patients, le bilan échographique montrant des adénopathies suspectes de malignité en préopératoire, il a été réalisé un curage cervical latéral fonctionnel des secteurs II, III et IV (unilatéral : 7 cas et bilatéral : 3 cas).

2.2 Validation du questionnaire

2.2.1 Distribution des réponses aux questions

La répartition des réponses aux 30 questions est présentée dans le tableau 2 et la figure 2. Pour plus de clarté les questions ont été reprises sous forme abrégée.

Tableau 2 : Distribution des réponses aux questions

Variable	Modalité de réponses	Nombre de patients	Rapport (%)	Vide (%)
1. information sur maladie	1	3	3	3 (2)
	2	5	4	
	3	43	36	
	4	69	57	
2. examens réalisés	2	6	5	3 (2)
	3	49	41	
	4	65	54	
3. bénéfice intervention	1	2	2	3 (2)
	2	7	6	
	3	53	44	
	4	58	48	
4. autres traitements possibles	1	4	3	11 (9)
	2	11	10	
	3	49	44	
	4	48	43	
5. établissement	1	1	1	2 (2)
	2	1	1	
	3	46	38	
	4	73	60	
6. durée d'hospitalisation	2	7	6	3 (2)
	3	51	42	
	4	62	52	
7. durée d'intervention	2	8	7	5 (4)
	3	46	39	
	4	64	54	
8. type d'anesthésie	1	1	1	4 (3)
	2	5	4	
	3	33	28	
	4	80	67	

9. extemporané				10 (8)
	1	1	1	
	2	11	10	
	3	47	41	
	4	54	48	
10. modification du geste				10 (8)
	1	7	6	
	2	12	11	
	3	42	37	
	4	52	46	
11. risque anesthésique				8 (7)
	1	3	3	
	2	9	8	
	3	50	43	
	4	53	46	
12. complications chirurgicales				10 (8)
	1	5	4	
	2	17	15	
	3	47	42	
	4	44	39	
13. saignement post op				10 (8)
	1	8	7	
	2	21	19	
	3	47	42	
	4	37	33	
14. infection				9 (7)
	1	10	9	
	2	36	31	
	3	44	39	
	4	24	21	
15. modification voix				7 (6)
	1	6	5	
	2	12	10	
	3	45	39	
	4	53	46	
16. orthophonie				9 (7)
	1	13	11	
	2	27	24	
	3	40	35	
	4	34	30	
17. surveillance Calcium				4 (3)
	1	6	5	
	2	14	12	
	3	33	28	
	4	66	56	

18. apport Ca et vitamine D				8 (7)
	1	6	5	
	2	15	13	
	3	33	29	
	4	61	53	
19. douleur post opératoire				6 (5)
	1	6	5	
	2	18	15	
	3	48	41	
	4	45	39	
20. traitement hormonal				4 (3)
	1	1	1	
	2	6	5	
	3	32	27	
	4	80	67	
21. suivi traitement hormonal				9 (7)
	1	5	4	
	2	11	10	
	3	41	36	
	4	57	50	
22. rdv post opératoire				14 (11)
	1	14	13	
	2	27	25	
	3	35	32	
	4	33	30	
23. reprise activité quotidienne				18 (15)
	1	13	12	
	2	19	18	
	3	47	45	
	4	26	25	
24. reprise activité physique				17 (14)
	1	15	14	
	2	32	30	
	3	44	42	
	4	15	14	
25. histologie définitive				13 (11)
	1	6	5	
	2	15	14	
	3	46	42	
	4	43	39	
26. traitement si cancer				15 (12)
	1	14	13	
	2	28	26	
	3	22	20	
	4	44	41	

27. esthétique cicatrice				12 (10)
	1	8	7	
	2	11	10	
	3	47	42	
	4	45	41	
28. information écrite				7 (6)
	0	76	66	
	1	40	34	
29. information supplémentaire				9 (7)
	0	78	68	
	1	36	32	
30. satisfaction globale				5 (4)
	2	1	1	
	3	2	1	
	4	8	7	
	5	34	29	
	6	46	39	
	7	27	23	

Modalités de réponse aux questions

1 : Très insuffisante, 2 : Insuffisante, 3 : satisfaisante, 4 : complète

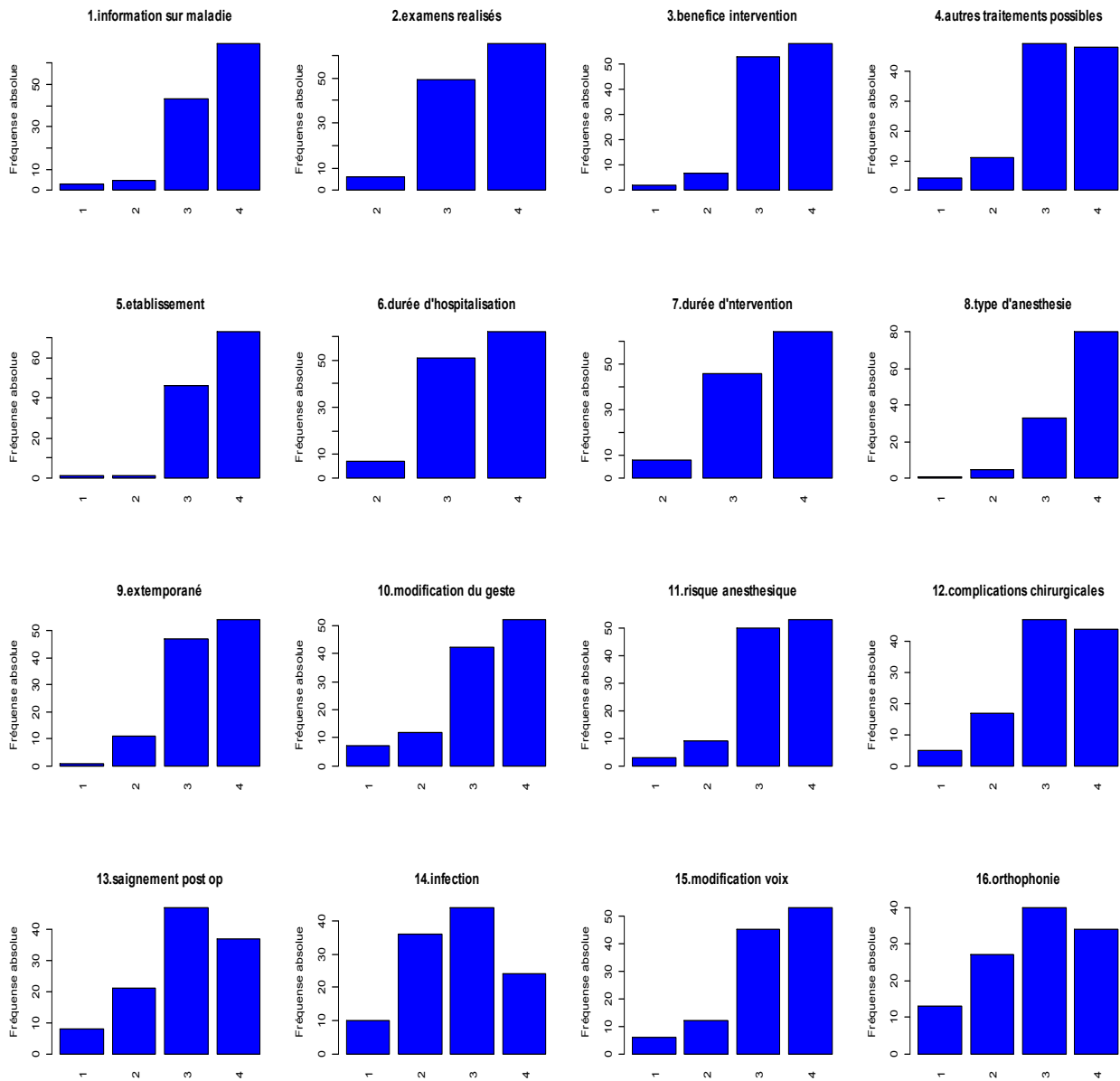
Nombre : nombre de patients ayant répondu à la question selon cette modalité

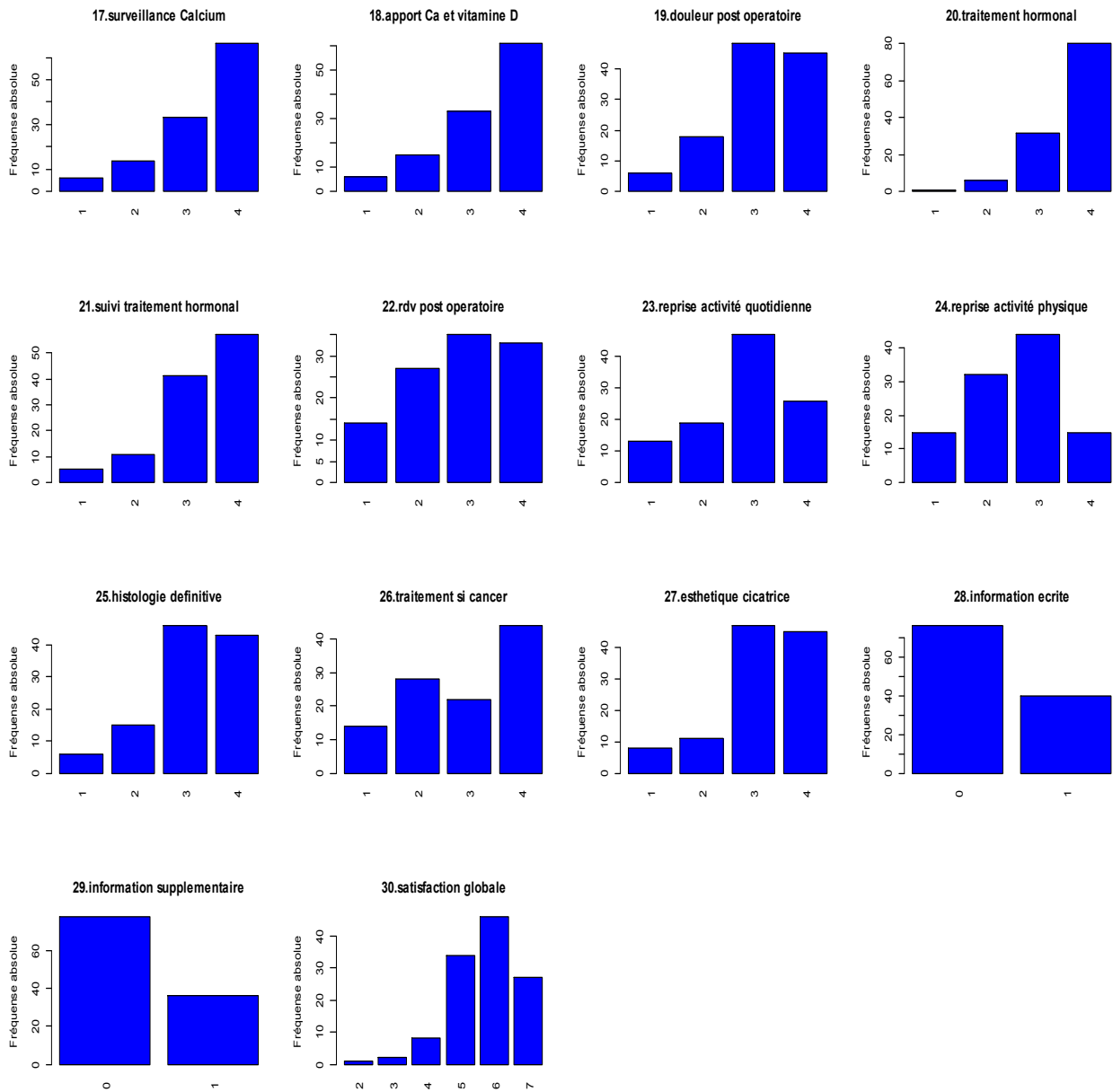
Vide : nombre de patients n'ayant pas répondu à la question

Questions 27 et 28 : 0 : non, 1 : oui

Question 30 : évaluation globale de l'information reçue de 1 : très mauvaise à 7 : excellente.

Figure 2 : histogrammes de répartition des réponses aux 30 questions





Modalités de réponse aux questions

- 1 : Très insuffisante
- 2 : Insuffisante
- 3 : satisfaisante
- 4 : complète

Question 27 et 28 :

- 0 : non
- 1 : oui

Question 30 : Évaluation globale de l'information reçue de 1 : très mauvaise à 7 : excellente

Une mauvaise distribution des réponses (moins de 10% de réponses 1 et 2) a été constatée pour 8 questions (questions n: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 et 20).

Pour 5 questions (questions n : 22 à 26), le seuil de 10% de réponses manquantes a été dépassé (mauvaise acceptabilité des questions).

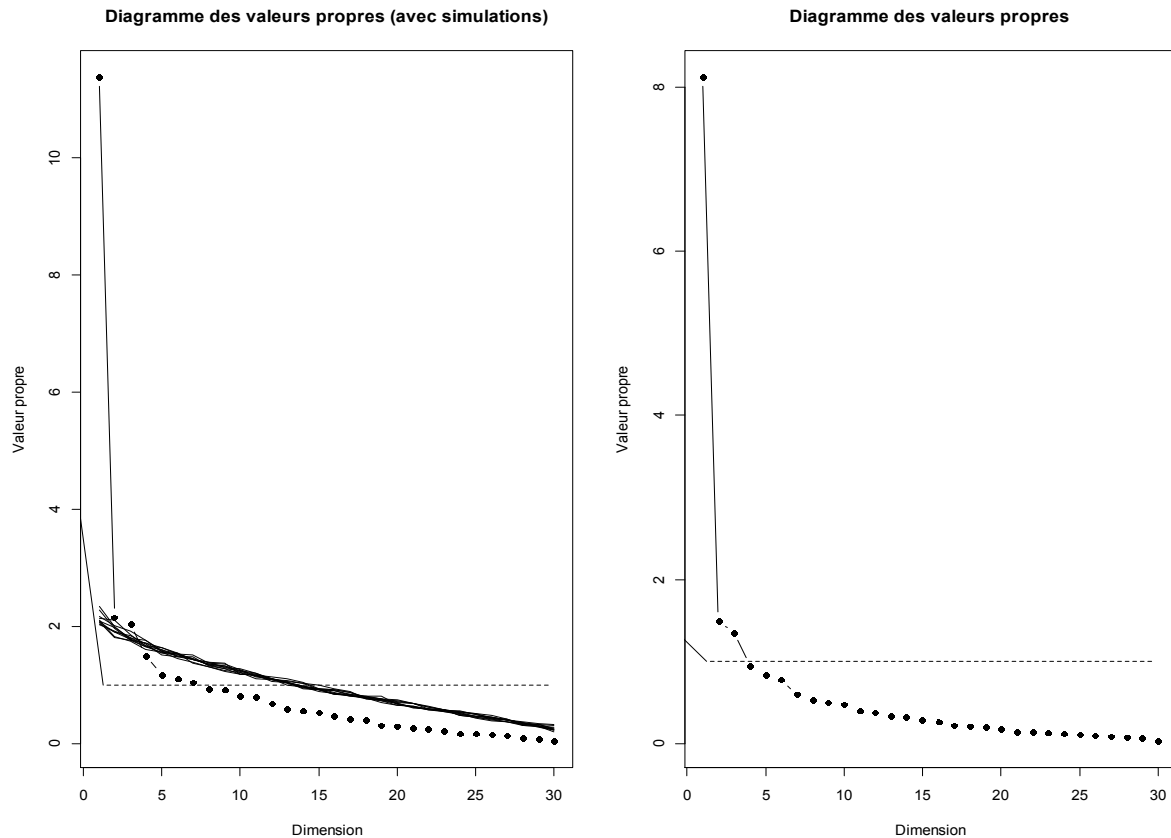
2.2.2 Validité de construit du questionnaire

Après analyse des corrélations entre questions par le calcul du coefficient r de Spearman, il est apparu que les questions 17 (La possibilité de surveiller le calcium par des prises de sang dès le lendemain de l'intervention) et 18 (La nécessité éventuelle d'un apport en calcium et vitamine D), mais aussi les questions 23 (Le délai nécessaire avant la reprise des activités de la vie quotidienne et/ou professionnelle) et 24 (Le délai nécessaire avant la reprise des activités physiques et sportives) présentaient des coefficients r supérieurs à 0,7 (respectivement de 0,78 et 0,85) indiquant une forte redondance entre ces questions. Pour le reste de l'analyse de construit il a donc été conservé les questions 18 et 23 et supprimé les questions 17 et 24.

2.2.3 Diagramme des valeurs propres (screeplot)

L'analyse en diagramme des valeurs propres (screeplot) (figure 3) a permis de mettre en évidence 3 dimensions au sein du questionnaire. Ces dimensions regroupent des items qui explorent un même thème et permettent donc de regrouper les questions pour calculer des scores.

Figure 3 : Analyse en screeplot des valeurs propres de chaque dimension avec simulation et en utilisant la valeur seuil 1

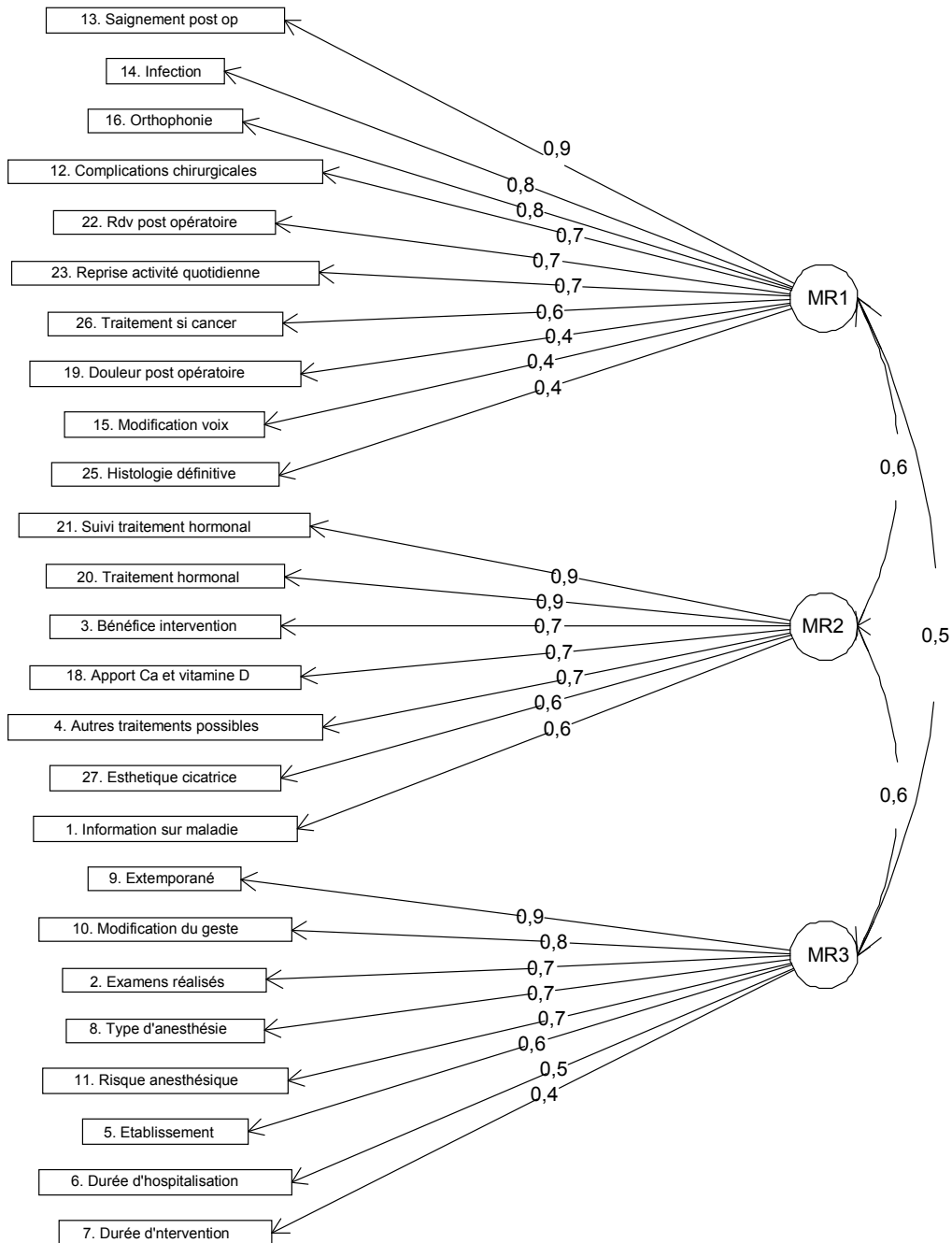


Analyse des valeurs propres de chaque dimension avec sur la figure de gauche une étude avec simulations (traits noirs) et à droite une étude utilisant la valeur seuil 1 (ligne en pointillé). Sur les deux figures, 3 dimensions se détachent au sein du questionnaire au dessus des simulations et de la valeur 1.

2.2.4 Analyse factorielle à 3 facteurs rotation « promax »

Afin de confirmer la présence de 3 dimensions (ou composantes) au sein du questionnaire, une analyse factorielle avec rotation promax à 3 facteurs a été réalisée. Cette analyse est à la recherche de variables latentes qui sont en fait les composantes du questionnaire. Au sein du questionnaire, il a été mis en évidence 3 variables latentes (MR1, MR2, MR3).

Figure 4 : Analyse factorielle (variable catégorielle): 3 facteurs, rotation promax

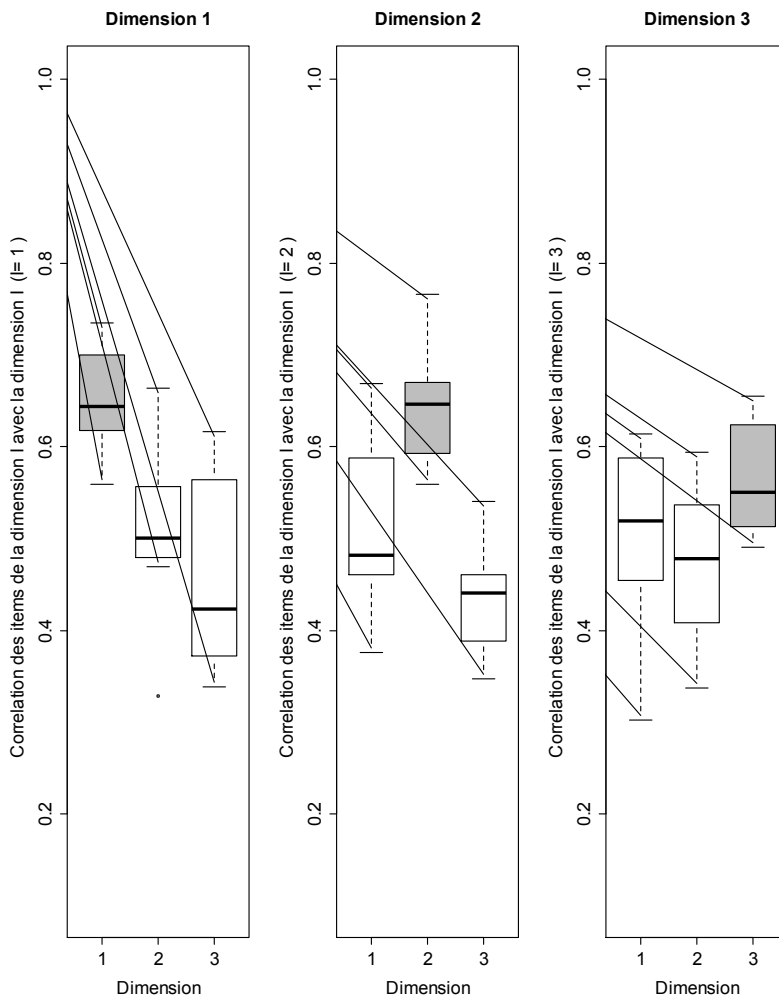


Les chiffres entre les dimensions et les questions ou entre les dimensions entre elles, correspondent aux coefficients de corrélation de Spearman.

2.2.5 Matrice Multi Trait Multi Méthode

Cette méthode a permis d'évaluer la validité des dimensions de notre questionnaire. Le graphique en boxplot ci-dessous (figure 5) montre que les items de la première dimension sont bien plus liés entre eux qu'avec les autres dimensions ; il en va de même pour la deuxième dimension. Concernant la troisième dimension elle apparaît moins différenciée des deux premières.

Figure 5 : Analyse en boxplot de la convergence des 3 dimensions



Graphique en boxplot étudiant les corrélations existantes entre les questions d'une même dimension (1, 2 ou 3) et les autres dimensions. La boîte grisée correspond à la dimension étudiée avec en abscisse les dimensions et en ordonnées les coefficients de corrélation compris entre 0 et 1.

2.2.6 Coefficient de Cronbach

Le coefficient de Cronbach mesure la cohérence interne de chaque dimension. Plus ce coefficient est proche de 1 et plus la cohérence de la dimension est importante. Ce coefficient avec intervalle de confiance à 95% était de 0,90 [0,85-0,92] pour la première dimension, de 0,86 [0,77-0,92] pour la deuxième dimension et de 0,83 [0,77-0,87] pour la troisième dimension.

2.3 Analyse des scores de satisfaction par dimension

Les scores moyens obtenus pour chaque dimension par l'ensemble des 123 patients étaient respectivement de 75 % pour première dimension (MR1), 84 % pour la deuxième (MR2) et 86 % pour la troisième (MR3) Le score moyen de satisfaction obtenu à la question 30 (Globalement, comment évaluez-vous l'information qui vous a été délivrée ?) était lui de 82 %.

2.4 Facteurs prédictifs de réponse aux questions

Parmi l'ensemble des facteurs étudiés, ceux ayant un impact significatif ($p \leq 0,05$) sur les réponses aux questions sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Facteurs prédictifs significatifs de réponse aux questions

Question	Facteur prédictif	% de satisfaction	Valeur p
1. information sur maladie	-Age	97 / 86	0,046
3. bénéfice intervention	-Age	96 / 83	0,021
	-ASA	96 / 64	0,001
	-Opérateur	100 / 88	0,002
7. durée d'intervention	-Indication opératoire	100 / 89	0,0017
11. risque anesthésique	-Sexe	81 / 89	0,037
15. modification voix	-Age	89 / 72	0,041
16. orthophonie	-Age	72 / 45	0,013
	- Opérateur	83 / 49	0,002
17. surveillance Calcium	-ASA	86 / 62	0,043
	- Opérateur	96 / 74	0,014
18. apport Ca et vitamine D	- Opérateur	95 / 74	0,015
19. douleur post opératoire	- Opérateur	98 / 77	0,005
21. suivi traitement hormonal	-ASA	89 / 60	0,033
22. rdv post opératoire	- Opérateur	83 / 49	0,003
25. histologie définitive	- Opérateur	100 / 70	< 0,001
26. traitement si cancer	-Indication opératoire	79 / 50	0,017
	- Opérateur	83 / 44	< 0,001

Score moyen Dimension 1 (MR1)	- Opérateur	88 / 70	< 0,001
Score moyen Dimension 2 (MR2)	- Opérateur	92 / 83	< 0,001
Score moyen Dimension3 (MR3)	- Opérateur	95 / 80	< 0,001

Facteurs prédictifs des réponses aux questions parmi les caractéristiques de la population étudiée

L'âge (≤ 60 / > 60 ans)

Le score ASA (1 et 2 / 3 et 4)

L'indication opératoire (nodule suspect / autres indications opératoires)

L'opérateur (comparaison entre les deux principaux opérateurs de notre étude ayant pratiqué 47 et 41 chirurgies)

Le sexe (Femme / Homme)

% de satisfaction : % de réponse 3 (très satisfaisante) ou 4 (complète) à la question : comment évaluez-vous l'information reçue ?

Valeur de p significatives ($\leq 0,05$) au test du chi-2 confirmé par un test exact de Fisher.

Discussion

1. Rappel du cadre légal

Depuis l'arrêt Mercier rendu par la Cour de Cassation le 20 mai 1936¹³, la relation médecin- malade est considérée comme contractuelle. La Cour de Cassation juge également que la transgression de ce contrat par « l'homme de l'art » peut constituer une faute : *« Il se forme entre le praticien et son client un véritable contrat, comportant pour le traitant l'engagement, sinon évidemment, de guérir le malade, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; la violation même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle. »*. L'information délivrée par le médecin à son patient est au centre de cette relation et permet d'obtenir le consentement nécessaire à tout acte médical. Jusqu'au revirement jurisprudentiel du 25 février 1997^{13,14}, la charge de la preuve incombait à celui qui invoquait l'inexécution de l'obligation d'information, donc au malade. Mais depuis c'est bien le médecin qui doit apporter la preuve que cette information a bien été délivrée : *« Attendu que celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation »*. *« Attendu qu'en statuant ainsi, alors que le médecin est tenu d'une obligation d'informer vis-à-vis de son patient et qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation, la cour d'appel a violé le texte susvisé »*.

En France, l'obligation d'information du patient et du consentement volontaire est affirmée par les instances judiciaires et administratives. Elles reposent sur les principes d'inviolabilité du

corps humain et le respect de la personne défini par le Code Civil ¹⁵ et rappelé par le Code de Déontologie Médicale du 6 septembre 1995 ¹⁶. La déontologie de l'information est régie par les articles R.4127-34 et R.4127-35 :

Article R.4127-34 :

« Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. »

Article R.4127-35 :

*« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information **loyale, claire et appropriée** sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »*

Au titre des « Droits et responsabilités des usagers », la loi du 4 mars 2002 ¹ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé insère, dans le Code de la Santé Publique, un chapitre entier consacré à l'information du patient et à l'expression de sa volonté. Le patient devient un véritable « acteur de santé ». Cette loi du 4 mars 2002 devient la véritable pierre angulaire de la relation médecin-malade et notamment de l'information que le médecin doit à son patient sur son état de santé.

Article L.1111-2

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus(...) ».

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel (...)».

Article L.1111-4

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il fournit, les décisions concernant sa santé (...) ».

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (...) ».

Enfin la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié depuis mars 2000 ¹⁷ des recommandations destinées aux médecins en matière d'information dont la dernière date de mai 2012 ¹⁸ avec pour objectif « d'aider les professionnels de santé à satisfaire à leur obligation d'information et leur proposer des principes pour dispenser une information pertinente, de qualité et personnalisée». Elle introduit notamment une notion nouvelle d'évaluation de la qualité de l'information articulée autour de trois grands axes :

- Évaluation de la satisfaction des personnes
- Évaluation des pratiques

- Évaluation de la qualité des documents écrits d'accompagnement

Ainsi pour l'HAS, une évaluation régulière des pratiques d'information devrait être mise en place et s'appuyer :

- sur des enquêtes auprès des personnes afin de savoir si l'information leur a été donnée et de quelle manière.
- sur l'analyse rétrospective des dossiers médicaux afin de vérifier que l'information y figure systématiquement.

Les documents relatifs à l'information du patient feront l'objet d'une analyse à l'occasion des visites de certification. Le contenu et les qualités de l'information y sont également détaillés et font l'objet de recommandations. En effet qu'elle soit donnée exclusivement de façon orale ou accompagnée d'un document écrit, elle répond aux mêmes critères de qualité :

- être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne et personnalisée ;
- présenter, quand elles existent, les alternatives possibles ;
- présenter les bénéfices attendus des actes ou soins envisagés, puis leurs inconvénients et leurs risques éventuels.

Ainsi pour les experts de l'HAS : « *L'information porte sur **les risques fréquents** et, pour les risques normalement prévisibles, sur **les risques graves**, c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. L'information porte également sur les risques spécifiques à la personne et les précautions particulières à prendre pour les éviter. Au cours de cette démarche, le professionnel de santé s'assure que la personne a compris l'information qui lui a été délivrée, par exemple en lui demandant de dire ce qu'elle a compris. **Le professionnel de santé indique la proposition qui a sa préférence**, en expliquant ses raisons. Il invite la personne à s'exprimer et à poser des questions sur les informations données. Il lui propose de revenir pour*

un autre entretien dans le cas où elle se poserait des questions nouvelles. Il lui propose également, si nécessaire, de recourir à un second avis. »

2. Cas particulier de la chirurgie thyroïdienne

La pathologie thyroïdienne, lorsque l'option thérapeutique chirurgicale est retenue, s'inscrit parfaitement dans la problématique de l'information du patient et du recueil de son consentement. Ainsi en témoigne la recommandation pour la pratique clinique émise par la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou sur l'information du patient avant chirurgie de la glande thyroïde lors de son rapport d'octobre 2012². Elle suit le déroulement habituel d'une consultation pour exposer le contenu de l'information sous la forme de réponses aux questions des patients et émet 8 recommandations.

Avant de poser l'indication chirurgicale il est impératif de bien évaluer le rapport bénéfices / risques de la chirurgie et de l'exposer clairement au patient. Les bénéfices d'une intervention chirurgicale peuvent être évidents à percevoir pour le patient dans le cadre d'un goitre compressif ou de certaines hyperthyroïdies. Mais en matière de pathologie thyroïdienne, la plupart des patients sont opérés afin de préciser la nature histologique d'un ou plusieurs nodules. En effet, les progrès des examens paracliniques tels que l'échographie et la cytoponction, même avec l'aide de la biologie moléculaire, ne permettent pas toujours de différencier les cancers des lésions bénignes¹⁹. Ces patients sont habituellement asymptomatiques et se présentent à la consultation avec la fameuse formule : « docteur, on m'a trouvé un nodule », ce qui résume bien la situation. Si le cancer est confirmé par l'examen histologique, alors il en ressort un bénéfice direct pour le patient. Dans le cas contraire, si le patient est opéré et que le diagnostic définitif est celui d'un ou plusieurs nodules bénins, il n'en

retire pas ou peu de bénéfice direct. Ceci peut apparaître problématique pour le patient d'autant plus qu'il a été exposé à des risques, qui bien que faibles ne sont pas négligeables. Cette particularité de la chirurgie thyroïdienne doit amener le chirurgien à apporter au patient une information aussi claire et complète que possible afin de lui permettre de donner son consentement éclairé.

3. Validation du questionnaire

A l'instar de ce qu'avait réalisé l'EORTC lors de la validation du questionnaire INFO-25^{10,20} concernant l'information reçue par les patients atteints de cancers, nous avons été confrontés à la rigueur méthodologique de la validation d'un questionnaire de satisfaction et avons appliqué les différents tests statistiques nécessaires à la première validation de celui-ci. Ainsi, le test par matrice de corrélation entre les différentes questions nous a permis de mettre en évidence des redondances entre les questions 17/18 et 23/24. Le comité de pilotage a alors jugé qu'il n'était pas utile de différencier la surveillance du calcium en post opératoire de la nécessité d'une éventuelle supplémentation vitamino-calcique, ou le délai nécessaire avant la reprise d'une activité professionnelle du délai nécessaire avant la reprise des activités physiques. Ceci nous a amené à retirer 2 questions du questionnaire.

Les différentes étapes de validation de notre questionnaire ont ainsi abouti à la création de 28 questions pouvant être regroupées en 3 dimensions. Ces 3 dimensions peuvent être définies comme « les modalités pratiques d'organisation du geste opératoire », « les conséquences logiques de la chirurgie » et « les complications possibles de la chirurgie ». Néanmoins, la distribution des questions au sein de ces 3 dimensions peut apparaître parfois surprenante. Les questions concernant l'information sur la maladie et les autres traitements possibles ont été

ainsi associées à la dimension « les conséquences logiques de la chirurgie ». En fait, l'information délivrée sur la maladie et les autres traitements possibles permet, avec celle sur les conséquences logiques de la chirurgie, de justifier l'acte chirurgical pour le patient. Ceci peut expliquer que ces questions aient été regroupées dans une même dimension. Il est aussi intéressant de s'apercevoir que les questions concernant les résultats histologiques définitifs ou les traitements complémentaires en cas de cancer ont été intégrées dans la même dimension que celles relatives aux complications postopératoires. La découverte d'un cancer est en effet vécue par le patient comme un évènement indésirable, quelque chose de négatif, de la même manière qu'une complication de la chirurgie. Au contraire, la possibilité d'avoir recours à une supplémentation calcique dans les premiers jours post opératoires, que l'on pourrait intégrer dans les complications de la chirurgie, semble plutôt perçue par le patient comme une conséquence logique de la chirurgie, de la même manière que la nécessité d'une supplémentation en hormones thyroïdiennes.

Les 3 dimensions identifiées dans notre questionnaire ont présenté une excellente validité interne mesurée par les différents tests effectués et peuvent permettre le calcul de scores afin de simplifier la lecture des résultats du questionnaire. D'un point de vue méthodologique, le premier objectif de notre étude peut donc être considéré comme atteint. Les scores moyens obtenus pour chaque dimension par l'ensemble des 123 patients étaient respectivement de 86 % de satisfaction pour la dimension « modalités pratiques d'organisation du geste opératoire », de 84 % pour « les conséquences logiques de la chirurgie » et de 75 % pour « les complications possibles de la chirurgie ». Le score moyen de satisfaction obtenu à la question 30 (Globalement, comment évaluez-vous l'information qui vous a été délivrée ?) était lui de 82%. Ces scores de satisfaction des patients par rapport à l'information reçue avant chirurgie

thyroïdienne peuvent être considérés comme très élevés et participent à l'adhésion du patient et au consentement de celui-ci à l'acte réalisé comme cela a été démontré dans la littérature^{21,22}.

4. Résultats du questionnaire

L'étude des résultats du questionnaire lors de sa première validation sur 123 patients nous a permis de mettre en évidence une satisfaction très élevée des patients vis-à-vis de l'information reçue. Plus de 80 % des patients évaluaient l'information reçue comme satisfaisante à complète (réponses 3 et 4) concernant 23 questions. Pour 7 questions, les résultats étaient plus contrastés mais les taux de réponses 3 et 4 restaient supérieurs à 55 %. Il existait en effet une moins grande satisfaction des patients concernant certaines questions. C'est le cas par exemple de certaines complications de la chirurgie comme l'infection et le risque hémorragique. Ceci peut se comprendre dans la mesure où il s'agit de risques non spécifiques à la chirurgie thyroïdienne. L'information sur ces risques non spécifiques est probablement moins développée par le médecin que celle relative aux risques propres de cette chirurgie comme par exemple le risque vocal. Ces risques non spécifiques sont également peut être moins bien mémorisés par les patients. Sur ce point, il faut rappeler que si la chirurgie thyroïdienne peut être considérée comme une chirurgie à faible incidence de complications définitives, elle présente néanmoins des risques dont le patient doit être informé, qu'il s'agisse de risques spécifiques à la chirurgie ou liés à la pathologie du patient ou à ses comorbidités.

Le plus fréquent des risques de la chirurgie thyroïdienne apparaît être l'hypoparathyroïdie transitoire, qui est observée chez 20 à 30 % des patients dans les premiers jours post opératoires⁵. On s'aperçoit que ce risque a été assez bien assimilé par les patients de notre étude car il a recueilli 83% de satisfaction. L'hypoparathyroïdie définitive s'observe quant à

elle dans 1 à 6 % des cas selon les séries en fonction du geste réalisé notamment sur le compartiment ganglionnaire central (secteur VI)^{4,6}. Comme l'a démontré Materazzi et al. en 2007 sur une série de plus de 1500 patients opérés en chirurgie ambulatoire⁴, l'hypocalcémie est la principale cause de prolongation de l'hospitalisation au-delà du premier jour post opératoire chez les patients ayant bénéficié d'une thyroïdectomie totale. L'information concernant le risque d'hypocalcémie apparaît donc comme un point clé de l'information du patient avant ce type de chirurgie.

Les risques vocaux font probablement partie des risques chirurgicaux les mieux connus par les patients. Dans notre étude, la question « comment évaluez-vous l'information reçue concernant la modification possible de votre voix après l'intervention ? » a recueillie 85% de patients satisfaits. Même si moins de 2% des patients conservent des troubles de la voix et de la déglutition 8 semaines après l'intervention, il est fréquent d'observer une gêne transitoire même sans paralysie laryngée unilatérale. Il a été démontré que des lésions d'un ou des deux nerfs laryngés supérieurs (branche externe) pouvaient entraîner une voix grave et des difficultés dans la voix chantée, ce qui peut être préjudiciable chez des professionnels de la voix notamment^{23,24}. Des dispositifs de monitoring nerveux per opératoires ont été mis en place afin de tenter de limiter l'incidence des complications vocales de la chirurgie thyroïdienne²⁵. Il faut également ne pas omettre des risques, qui bien qu'exceptionnels, peuvent mettre en jeu la vie du patient comme la paralysie laryngée bilatérale en fermeture, nécessitant une trachéotomie et l'hématome de la loge thyroïdienne entraînant une dyspnée inspiratoire par compression trachéale^{4,7,26}. L'information sur les risques de la chirurgie doit bien évidemment tenir une part centrale dans la consultation pré opératoire. C'est ainsi que la seule étude française portant sur les conséquences de l'information orale sur les risques

encourus lors d'une chirurgie thyroïdienne a été publiée en 2005 par Laccourreye²⁷. Il en ressort que les patients percevaient l'information comme étant positive dans presque 88% des cas, mais que 14,6 % des patients refusaient l'intervention en raison des risques dont ils avaient été informés. Cette étude a également montré que sur les six risques énoncés aucun patient n'en retenait plus de quatre et que 68,6% n'en retenait qu'un ou deux. Il apparaît ainsi que la mémorisation par le patient de l'information délivrée par son chirurgien sur les risques encourus est faible et que des moyens nouveaux doivent être mis en œuvre pour améliorer cette communication entre les deux protagonistes de la relation médecin-malade.

Concernant notre étude, une deuxième série de questions a recueilli de moins bons scores de satisfaction. Il s'agit des rendez-vous post opératoires et du délai avant la reprise des activités sportives et professionnelles avec des taux de patients insatisfaits (réponses 1 et 2) compris entre 30 et 45 %. Ces informations qui peuvent sembler banales pour le chirurgien nécessitent sans doute de meilleures explications lors des consultations pré opératoires et permettraient d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients²⁸.

Enfin une dernière question semble poser problème car 40% des patients se déclaraient insatisfaits par l'information reçue concernant les traitements complémentaires en cas de pathologie maligne. Cette question n'est certes pas adaptée à tous les patients qui vont bénéficier d'une chirurgie de la glande thyroïde (notamment pour des pathologies nodulaires bénignes symptomatiques ou des goitres hyperthyroïdiens), mais elle mérite toute notre attention car elle pose le problème central de la chirurgie thyroïdienne qui bien souvent est réalisée dans le but de lever le doute sur la nature maligne d'un ou plusieurs nodules. Il nous apparaît donc important lors de la consultation pré opératoire d'apporter un début d'information sur les possibilités thérapeutiques dont nous disposons aujourd'hui dans le cas où un cancer thyroïdien serait mis en évidence par les analyses anatomopathologiques.

On constate également à la lecture des résultats de notre étude, que les patients étaient très satisfaits de l'information reçue sur leur pathologie thyroïdienne, les résultats des examens réalisés, les bénéfices de l'intervention et les alternatives thérapeutiques à la chirurgie. Ceci rejoint d'ailleurs les recommandations de la SFORL de 2012 qui insistent sur la nécessité d'exposer aux patients les éléments qui motivent l'indication chirurgicale.

Les réponses aux questions 28 et 29 nous montrent que plus de deux tiers des patients ne souhaitent pas recevoir d'information écrite sur la chirurgie dont ils allaient bénéficier et ne souhaitent pas non plus obtenir davantage d'informations que celles qu'ils avaient déjà reçues. Ceci rejoint les résultats d'une étude de 2003 portant sur l'opinion des patients sur la distribution d'une fiche d'information écrite avant réalisation d'une endoscopie digestive qui montre que celle-ci est jugée comme « étonnante » pour 22,2 % des patients et « angoissante » pour 18,5 % d'entre eux²⁹. Cependant il faut ici rappeler que bien que l'information orale soit primordiale, lorsqu'une information écrite est disponible, il est recommandé par l'HAS dans le document de mai 2012 (Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé) de la remettre au patient.

Lorsqu'on s'intéresse aux facteurs prédictifs de satisfaction des patients par rapport à l'information reçue, on s'aperçoit que le sexe n'influe pas de manière significative sur la perception de l'information au contraire de l'âge et des comorbidités du patient reflétées par le score ASA. En effet, il existe une différence significative entre les patients âgés de plus de 60 ans qui se déclarent moins satisfaits que les plus jeunes vis-à-vis de l'information : sur leur pathologie thyroïdienne, les bénéfices attendus de l'intervention chirurgicale, les modifications possibles de la voix en post opératoire et la possibilité de recourir à une rééducation orthophonique le cas échéant. Il en va de même pour les patients ASA 3 et 4 qui présentent une

moins grande satisfaction que les patients ASA 1 et 2 concernant l'information sur le bénéfice de l'intervention et les modalités du suivi du traitement hormonal substitutif. Ces caractéristiques de satisfaction de nos patients vont à l'encontre du classique gradient de satisfaction existant avec l'âge, les sujets âgés ayant généralement des niveaux de satisfaction plus élevés que les sujets jeunes^{30,31}. La question d'une chirurgie thyroïdienne peut en effet se poser chez des patients âgés et / ou avec de lourdes comorbidités. Il est probable que l'adhésion de ces patients à la chirurgie soit plus difficile dans la mesure où, comme nous l'avons déjà précisé, la plupart des patients sont asymptomatiques et sont finalement opérés pour une pathologie bénigne au faible risque évolutif. Le bénéfice attendu de la chirurgie peut alors apparaître comme faible chez ces patients âgés ou en mauvais état général chez qui le rapport bénéfices / risques de la chirurgie doit donc toujours être soigneusement apprécié.

Il est intéressant de relever, dans notre étude, qu'en fonction de l'indication opératoire, il existait une différence significative de satisfaction des patients vis-à-vis de l'information concernant les traitements complémentaires en cas de cancer. En effet, les patients opérés pour un nodule suspect se déclaraient plus satisfaits que l'ensemble des autres patients ($p = 0,017$). Il apparaît donc ici que l'information délivrée au patient est bien adaptée à celui-ci et qu'un patient opéré pour un goitre hyperthyroïdien, pour lequel le risque de découverte fortuite d'un cancer thyroïdien est faible, sera moins informé qu'un autre du traitement complémentaire en cas de cancer.

Notre étude a par ailleurs montré que le chirurgien délivrant l'information était un des facteurs prédictifs principaux de la satisfaction du patient vis à vis de cette information. Nous avons ainsi mis en évidence que la satisfaction des patients par rapport à l'information reçue sur les bénéfices attendus de l'intervention, sur la surveillance du calcium et l'apport éventuel de calcium et de vitamine D en post opératoire, différait selon le chirurgien qui avait donné

l'information. Ces différences étaient encore plus nettes en ce qui concerne l'analyse histologique définitive de la pièce opératoire et les traitements complémentaires en cas de cancer thyroïdien. L'impact du chirurgien délivrant l'information sur la satisfaction du patient a de plus été confirmé sur les 3 grandes dimensions du questionnaire avec des valeurs de p très significatives puisque inférieures à 0,001. Comme cela a été démontré dans la littérature, dans le cadre d'une démarche d'auto-évaluation, ce type de questionnaire peut être utilisé pour améliorer la qualité de l'information et donc des soins^{29,32}. Néanmoins, l'étude de la satisfaction du patient est un phénomène complexe, et il ne faut pas croire que celle-ci est directement corrélée à la quantité d'information reçue et au temps passé par le chirurgien à informer le patient. Ainsi, Laccourreye et al.²⁷ a démontré que le sentiment positif ou négatif du patient vis-à-vis de l'information ne dépendait pas de la durée de la consultation. De plus, dans une étude portant sur l'information des patients avant chirurgie de la cataracte, Pesudov et al.³³ a rapporté que le pourcentage de patients avec une perception négative de l'information augmentait de 9,2 à 38,1 % quand il y avait eu plus d'une consultation pré opératoire avec le chirurgien.

5. Limites et perspectives de notre étude

Cette étude prospective portant sur la validation d'un questionnaire évaluant la satisfaction du patient concernant l'information avant chirurgie de la glande thyroïde est à notre connaissance la seule réalisée à ce jour dans la littérature internationale. Cependant nous avons été confrontés lors de la validation du questionnaire à un certain nombre de difficultés. En effet lors de la phase de validation quantitative (phase 4), nous avons été à même de mesurer la difficulté d'obtenir la participation des patients. Cette évaluation, réalisée la veille de la chirurgie, a pu être perturbée par l'anxiété des patients habituellement rencontrée à ce stade. Dans une future utilisation à plus grande échelle de cet outil, il pourrait être judicieux de

proposer le remplissage du questionnaire en amont de l'hospitalisation dans la période entre la consultation avec le chirurgien et la date retenue pour l'intervention. Cependant dans une optique d'utilisation en pratique clinique, le choix a été fait de le proposer aux patients lors de leur hospitalisation, juste avant la chirurgie, afin d'éviter de faire revenir le patient. Nous n'avons pas retenu la voie postale par crainte d'une mauvaise participation du patient et de difficultés de retour du questionnaire.

Une comparaison entre la satisfaction des patients en pré et post opératoire devrait également permettre d'apporter de nouveaux éléments. Il s'agit d'une des principales perspectives de notre étude. En effet, il serait très intéressant de confronter de nouveau les patients au même questionnaire après qu'ils aient vécu la chirurgie, afin de voir si l'information reçue correspondait bien à l'expérience qu'ils ont eu de la chirurgie.

La validation méthodologique du questionnaire a permis d'obtenir de bons résultats de validité interne et externe de notre outil et a mis en évidence 3 dimensions permettant de calculer des scores de satisfaction. Ces scores facilitent la lecture des résultats et donc la comparaison avec de futures études. Dans l'avenir, des études comprenant un plus grand nombre de patients seront nécessaires afin de confirmer les résultats statistiques de cette première validation. Cependant la mise au point d'un questionnaire en langue française nous apparaît comme une limite importante à son développement au niveau international et une traduction validée en anglais serait une étape indispensable à sa diffusion. Cette mise à disposition d'un outil validé permettra de l'intégrer aux activités de recherche clinique comme instrument de mesure qualitative, mais surtout aux activités quotidiennes de soins en accord avec l'exigence d'évaluation de la satisfaction des patients définie par la législation française dans le cadre de l'accréditation des structures de soins.

Conclusion

L'information du patient avant tout acte médical et notamment dans le cas de la chirurgie thyroïdienne est primordiale et participe à l'adhésion et au consentement de celui-ci à l'option thérapeutique proposée. Les outils permettant une évaluation de cette information manquent et la validation d'un questionnaire nous est apparue comme une étape indispensable. Notre étude s'inscrit parfaitement dans une démarche d'autoévaluation de la qualité des procédures de soins. Elle permettra, outre la connaissance et le suivi de la satisfaction des patients vis à vis de l'information médicale reçue, la mise en place de mesures correctrices adaptées.

Références bibliographiques

1. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *J Off Repub Fr* 2002;5:4118-58.
2. SFORL work group. Patient information ahead of thyroid surgery. Guidelines of the French Society of Oto-Rhino-Laryngology and Head and Neck Surgery (SFORL). *Eur. Ann. Otorhinolaryngol. Head Neck Dis.* 2013; Aug 14.
3. Journées EMOIS Nancy 2013: Description des séjours hospitaliers pour thyroïdectomie en France (2009-2010). DUFRESNE Mélanie 2013.
4. Materazzi, G. *et al.* One-day thyroid surgery: retrospective analysis of safety and patient satisfaction on a consecutive series of 1,571 cases over a three-year period. *Eur. Surg. Res.* 2007 ; **39**, 182–8.
5. Snyder, S. K. *et al.* Outpatient thyroidectomy is safe and reasonable: experience with more than 1,000 planned outpatient procedures. *J. Am. Coll. Surg.* 2010 ; **210**, 575–82, 582–4.
6. Vaiman, M., Nagibin, A. & Olevson, J. Complications in primary and completed thyroidectomy. *Surg. Today* 2010 ; **40**, 114–8.
7. Buerba, R., Roman, S. A. & Sosa, J. A. Thyroidectomy and parathyroidectomy in patients with high body mass index are safe overall: analysis of 26,864 patients. *Surgery* 2011 ; **150**, 950–8.
8. Johnson, C. *et al.* Guidelines for Developing Questionnaire Modules Quality of Life Group. in *EORTC Qual. Life Gr.* 2011.
9. Falissard, B. Mesurer la subjectivité en santé: perspective méthodologique et statistique. 2008.
10. Arraras, J. I. *et al.* An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: an instrument to assess the information given to cancer patients. *Eur. J. Cancer* 2010 ; **46**, 2726–38.
11. Hasson, F., Keeney, S. & McKenna, H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J. Adv. Nurs.* 2000; **32**, 1008–15.
12. Cochand-Priollet, B. *et al.* Cytopathologie thyroïdienne: le système de Bethesda 2010.
13. Leca, A. Un siècle de droit médical en France (1902-2002): de la lutte contre les épidémies aux droits des patients. *Victoria Univ. Wellingt. Law Rev* 2004 ; **35**, 207–237.
14. Dorsner-Dolivet A. Responsabilité médicale: Le renversement de la charge de la preuve de l'obligation d'information. *Les Petites Affiches* 1997 ; **85**, 17–20.
15. Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les droits de l'Homme et la bio-médecine. *Chapitre II, Artic. 5 Chapitre I,*
16. Code de Déontologie Médicale et de la Santé Publique. Titre 2 : Devoirs envers les patients (Articles 32 à 55).
17. Haute Autorité de Santé. Information des patients.Recommandations destinées aux médecins. 2000.
18. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. 2012.

19. Bozec, A. *et al.* Usefulness of ancillary methods for diagnosis, prognosis and targeted therapy in thyroid pathology. *Curr. Med. Chem* 2013 ; **20**, 639–54.
20. Fayers P, M. D. *Quality of Life: assessment, analysis and interpretation.* 2000.
21. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q.* 2005 ;**83**, 691–729.
22. Ware, J. E., Davies-Avery, A. & Stewart, A. L. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med. Care Serv. Rev.* 1978 ; 1, 3-15.
23. Stojadinovic, A. *et al.* Prospective functional voice assessment in patients undergoing thyroid surgery. *Ann. Surg.* 2002 ; **236**, 823–32.
24. Yip, L., Stang, M. T. & Carty, S. E. Thyroid carcinoma: the surgeon's perspective. *Radiol. Clin. North Am.* 2011 ; **49**, 463–71, .
25. Chandrasekhar, S. S. *et al.* Clinical practice guideline: improving voice outcomes after thyroid surgery. *Otolaryngol. Head. Neck Surg.* 2013 ; **148**, S1–37.
26. Dionigi, G., Boni, L., Rovera, F. & Dionigi, R. Thyroid surgery: new approach to dissection and hemostasis. *Surg. Technol. Int.* 2006 ; **15**, 75–80.
27. Laccourreye, O., Cauchois, R., Touraine, P., Garay, A. & Bourla, A. Preoperative oral information prior to planned thyroid surgery: the surgeon, physician, lawyer and judge's point of view. *Ann. Chir.* 2005 ;**130**, 458–65.
28. Caljouw, M. A. A., van Beuzekom, M. & Boer, F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *Br. J. Anaesth.* 2008 ; **100**, 637–44.
29. Roque, I. *et al.* Assessment of the quality and psychological impact of information delivered using official consent forms in digestive endoscopy. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 2003 ; **27**, 17–21.
30. Mann, S. *et al.* The medical interview: differences between adult and geriatric outpatients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2001 ; **49**, 65–71.
31. Barlési, F. *et al.* Validation of the French version of the Princess Margaret Hospital Patient Satisfaction with their Doctor Questionnaire. *Rev. Mal. Respir.* 2006 ; **23**, 227–36.
32. Winefield, H. R., Murrell, T. G. & Clifford, J. Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care. *Soc. Sci. Med.* 1995 ; **41**, 969–75.
33. Pesudovs, K., Luscombe, C. K. & Coster, D. J. Recall from informed consent counselling for cataract surgery. *J. Law Med.* 2006 ; **13**, 496–504.

Serment d'Hippocrate

*En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples
et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure
d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion,
de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas
ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés,
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,
que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

Information du patient avant chirurgie thyroïdienne : Validation et évaluation d'un questionnaire de satisfaction du patient

Riss Jean-Christophe

Résumé

Objectifs. Elaboration et validation d'un questionnaire permettant d'évaluer l'information reçue par le patient avant chirurgie thyroïdienne, puis évaluation de la satisfaction des patients concernant l'information reçue et recherche d'éventuels facteurs prédictifs de celle-ci.

Méthodes. Il a été mené une étude prospective en 4 phases aboutissant à la première validation d'un questionnaire de satisfaction des patients concernant l'information reçue avant chirurgie thyroïdienne. La validité de construit du questionnaire a été étudiée, en identifiant les corrélations entre les questions, les dimensions du questionnaire et leur cohérence interne. L'étude des facteurs prédictifs de réponse aux questions a également été réalisée.

Résultats. Un questionnaire de 28 items a été construit puis validé dans notre institution sur une série de 123 patients devant bénéficier d'une chirurgie thyroïdienne. Nous avons identifié 3 dimensions distinctes dans ce questionnaire avec des coefficients α de Cronbach compris entre 0,83 et 0,90. Les scores moyens de satisfaction obtenus pour chaque dimension étaient respectivement de 86 %, 75 % et 84 %. L'âge, le score ASA des patients, l'indication opératoire et le chirurgien délivrant l'information sont apparus comme des facteurs prédictifs de satisfaction des patients.

Conclusions. Les scores de satisfaction des patients inclus dans cette étude par rapport à l'information reçue avant chirurgie thyroïdienne étaient particulièrement élevés. La mise à disposition d'un outil validé d'évaluation de l'information du patient s'inscrit dans une démarche d'auto-évaluation de nos procédures de soins.

Mots clés : satisfaction, information du patient, thyroïde, chirurgie, questionnaire.