



HAL
open science

Prise en charge chirurgicale du cancer du sein en ambulatoire versus hospitalisation d'une nuit : enquête de satisfaction

Delphine Raimondi

► To cite this version:

Delphine Raimondi. Prise en charge chirurgicale du cancer du sein en ambulatoire versus hospitalisation d'une nuit : enquête de satisfaction. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02634193

HAL Id: dumas-02634193

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02634193>

Submitted on 27 May 2020

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA – ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

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

Discipline Gynécologie – Obstétrique

Présentée et soutenue publiquement à Nice le 7 Octobre 2019

Par Madame **RAIMONDI Delphine**, née le 15 octobre 1992 à Marseille (08)

**PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU CANCER DU SEIN EN
AMBULATOIRE VERSUS HOSPITALISATION D'UNE NUIT :
ENQUETE DE SATISFACTION**

Composition du Jury

Président du Jury : Monsieur le Professeur Emmanuel BARRANGER

Directrice de thèse : Madame le Docteur Anne – Sophie AZUAR

Assesseurs : Monsieur le Professeur Patrick BAQUE

Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ
Patrick

Vice-doyens

Pédagogie
Recherche
Etudiants

Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN

Robin Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS

Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE

Danièle Directrice administrative des services

Mme CALLEA

Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	5e animation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GASTAUD Pierre
M. BALAS Daniel	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BATT Michel	M. GILLET Jean-Yves
M. BLAIVE Bruno	M. GRELLIER Patrick
M. BOQUET Patrice	M. GRIMAUD Dominique
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DESNUELLE Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. DOLISI Claude	M. TOUBOL Jacques
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

RESUME

Objectifs : Le cancer du sein est le premier cancer féminin. En cancérologie, il est essentiel d'apporter un accompagnement aux patientes. L'avènement de la chirurgie ambulatoire permet d'optimiser le parcours de prise en charge. La nécessité d'accompagnement des patientes pose la question de sa compatibilité avec l'ambulatoire. L'objectif est de comparer la satisfaction des patientes opérées d'un cancer du sein en ambulatoire par rapport à celles restant une nuit post-opératoire.

Méthodes : Les patientes incluses dans l'étude ont bénéficié d'une chirurgie conservatrice du sein. Il s'agit d'une étude mixte, une partie quantitative, observationnelle et prospective utilisant un questionnaire de satisfaction et une partie qualitative qui a consisté en des entretiens individuels semi – directifs. Le critère de jugement principal était la satisfaction des patientes (comparaison de notes élevées).

Résultats : Il y avait 91 patientes au total, 38 dans le groupe ambulatoire et 53 dans le groupe hospitalisation d'une nuit. Il n'a pas été retrouvé de différence significative de satisfaction entre les deux groupes ($p = 0,18$). Les difficultés fréquemment soulignées par les patientes durant leur séjour étaient les contraintes organisationnelles, le manque de confort hospitalier et l'attente parfois longue. Le besoin d'accompagnement humain faisait l'unanimité.

Conclusions : La satisfaction était excellente dans l'étude. Le mode d'hospitalisation ne semble pas jouer ici un rôle sur la satisfaction. Une prise en charge de ce type ne peut s'envisager qu'avec des moyens humains et techniques suffisants. La Récupération Améliorée Après Chirurgie semble être une alternative.

Mots – clés : Satisfaction, cancer, sein, ambulatoire

ABSTRACT

Introduction : Breast cancer is the primary female cancer. In cancerology it is essential to give to the patient some support. The advent of outpatient surgery optimizes the care path. This need for support of patients raises the question of its compatibility with the day surgery. The purpose is to compare the satisfaction of outpatients with those who stay overnight after surgery of breast cancer.

Méthods : Patients who underwent breast conservative surgery were included. It is a mixed study, a quantitative, observational and prospective one using a satisfaction survey and a qualitative one which consisted on semi - directive individual interviews. We compared the satisfaction rate (highest marks).

Results : There were 91 patientes, 38 in the ambulatory group and 53 in the overnight group. There was no significant difference in satisfaction between the two groups ($p = 0.18$). The difficulties frequently highlighted by the patients during their stay were the organizational management, the lack of hospital comfort and the sometimes long wait. The need for human support was unanimous.

Conclusion : The satisfaction was excellent in the study. The mode of hospitalization does not seem to play a role here on satisfaction. This hospitalization mode can only be envisaged by providing sufficient human and technical resources. Enhanced Recovery After Surgery appears to be an alternative to outpatient surgery.

Keywords : Satisfaction, breast, cancer, day-surgery

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
PATIENTES ET METHODES	14
1/ Population et lieu d'étude	14
2/ Déroulement du séjour et recueil des données	14
3/ Critère de jugement	15
4/ Etude qualitative.....	15
RESULTATS	16
1/ Caractéristiques des patientes et réponses au questionnaire.....	16
2/ Evaluation quantitative de la satisfaction.....	17
3/ Evaluation qualitative de la satisfaction	18
DISCUSSION	20
1/ Résultats principaux.....	20
2/ Analyse de la littérature.....	20
3/ Réussite et freins à la chirurgie ambulatoire	22
4/ Points forts, limites de l'étude et perspectives	22
CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE	24
ANNEXES	27

LISTE DES ABREVIATIONS

CA : Chirurgie Ambulatoire

HAS : Haute Autorité de Santé

H24 : Hospitalisation de 24h

CHG : Centre Hospitalier de Grasse

GS : Ganglion sentinelle

ASA : American Society of Anesthesiologists

IDE : Infirmière diplômée d'état

LS : Lymphoscintigraphie

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

> **H24** : Hospitalisation conventionnelle

RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le premier cancer féminin et le deuxième cancer tous sexes confondus (1). On estime à 58 968 le nombre de nouveaux cas en 2017 en France Métropolitaine et 11 883 le nombre de décès (environ 18,2% des décès par cancer chez la femme). Il est en effet la première cause de décès féminin par cancer (1–3). Les coûts impliqués sont par conséquent importants en termes de dépenses de santé (coût du cancer en France 31 milliards d’euros en 2004 dont 3.5 milliards pour le cancer du sein) (4). Ces dernières années ont vu naître et se développer en France la chirurgie ambulatoire (CA). Elle débute vers 1980 mais ne sera reconnue comme pratique officielle intégrée dans des réglementations et textes légaux que dix ans après (loi hospitalière du 31 juillet 1991 et décret du 2 octobre 1992). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), c’est une « chirurgie programmée et réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d’un bloc opératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention ». Les motivations initiales étaient essentiellement économiques. La HAS prévoit un objectif de 70% d’ambulatoire d’ici 2022. Un retour à domicile précoce a été permis par les progrès médicaux et chirurgicaux des dernières années. Cette évolution des pratiques s’est traduite par une réduction des temps opératoires, des complications péri-opératoires et de la durée de convalescence, compatibles avec la stratégie ambulatoire. En cancérologie du sein, les taux de CA augmentent peu à peu. Mais en chirurgie carcinologique, la dimension d’accompagnement est fondamentale et on peut s’interroger sur sa compatibilité avec des pratiques ambulatoires. L’avènement de la CA peut être un moteur pour optimiser les parcours de prise en charge. L’objectif de l’étude est de comparer la satisfaction des patientes opérées d’un cancer du sein en ambulatoire par rapport à celles hospitalisées une nuit après l’intervention (H24).

PATIENTES ET METHODES

1/ Population et lieu d'étude

Il s'agit d'une étude mixte, menée au sein du Centre Hospitalier de Grasse (CHG, Alpes Maritimes – France), la période d'inclusion allant du 1^{er} mars 2018 au 30 juin 2019. Nous avons d'abord réalisé une étude quantitative, observationnelle, prospective et comparative. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Critères chirurgicaux : Intervention programmée conservatrice de type mastectomie partielle avec ou sans stadification ganglionnaire par biopsie du ganglion sentinelle (GS).
- Critères anesthésiques : score de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) I ou II (ou III avec pathologie stabilisée sous traitement adapté, accord préalable entre anesthésiste et opérateur).
- Bonne compréhension des modalités de l'intervention.
- La patiente devait être joignable par téléphone et passer la première nuit post-opératoire avec un accompagnant (à moins de 100 km de l'hôpital).

Par conséquent, les critères d'exclusion particuliers à la chirurgie étaient les suivants :

- Mastectomie totale, oncoplastie complexe avec drainage.
- Chirurgie réparatrice seule du cancer du sein.

2/ Déroulement du séjour et recueil des données

Au CHG, la chirurgie carcinologique est pratiquée depuis 40 ans, notamment dans le domaine mammaire. La CA connaît une constante progression en gynécologie (+ 8% entre 2016 et 2018). La prise en charge se déroule comme suit : Une première consultation avec le chirurgien (remise d'un passeport pour l'ambulatoire, définition du parcours de soins) puis la consultation d'annonce par l'infirmière de coordination (IDE), conformément au Plan Cancer. Vient ensuite la consultation d'anesthésie avec confirmation de l'éligibilité à l'ambulatoire. Un appel est effectué à J – 1 par le service. La lymphoscintigraphie (LS), effectuée dans un hôpital privé à quelques kilomètres du CHG et le repérage pré-opératoire (au sein du CHG) étaient effectués la veille ou le matin de l'intervention.

Le jour de l'intervention, la patiente est accueillie de manière personnalisée par une infirmière. Le chirurgien et le médecin anesthésiste viennent voir les patientes avant et après la chirurgie. Les durées d'intervention ainsi que le délai entrée – sortie de salle opératoire étaient notifiés. En fin d'intervention, les patientes bénéficiaient toutes d'une anesthésie locale de Ropivacaïne 2mg. Trois patientes ont bénéficié d'une anesthésie loco-régionale type bloc pectoral en pré-chirurgical. Après l'intervention, la patiente est dirigée en Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) puis est transférée dans le service. Le retour à domicile après une CA était autorisé après calcul du score de Chung (supérieur ou égal à neuf), après accord du chirurgien et/ou médecin anesthésiste. Les ordonnances et le compte-rendu opératoire étaient remis à la sortie. Les patientes étaient rappelées

à J + 1. Pour l'évaluation de la satisfaction, les patientes étaient contactées un mois après l'intervention par l'interne du service. En effet, dans d'autres études, le délai retrouvé était également d'un mois, afin d'observer d'une part, les complications potentielles dans le mois suivant l'intervention et d'autre part, pour les patientes, d'avoir un recul suffisant concernant les réponses [5]. Un questionnaire de satisfaction composé de questions issues de deux autres questionnaires validés était utilisé [6,7] - (*Annexe 1*). Après cinq tentatives d'appel, les patientes étaient considérées comme perdues de vue. Concernant les soins post-opératoires, les patientes étaient convoquées dans le service 48h après l'intervention pour le premier pansement par une infirmière dédiée (puis les suivants si cela était jugé nécessaire). Le rendez – vous post-opératoire avec le chirurgien était programmé dans les quinze jours pour présenter les résultats anatomopathologiques et la stratégie thérapeutique. Les données étaient recueillies à l'aide du dossier patient informatisé et du dossier papier, la p – value pour chaque caractéristique était calculée selon le test de Fisher. La patiente était informée dès la consultation chirurgicale initiale de l'étude menée (fiche d'information et consentement remis) – (*Annexe 2*). L'anonymat était respecté [8].

3/ Critère de jugement

Le critère de jugement principal de notre étude était la satisfaction des patientes. La décision de répartition des patientes dans le groupe CA ou H24 était prise par le chirurgien, en accord avec le souhait de la patiente. Les modalités d'évaluation étaient doubles : Tout d'abord une étude quantitative avec une cotation allant de zéro à dix, où étaient comparées les notes élevées (9 ou 10/10 soit une satisfaction excellente) puis une étude qualitative, afin de mieux comprendre les attentes des patientes et pouvoir améliorer les pratiques et leur vécu. Pour l'analyse statistique principale, un test du Chi – 2 était utilisé (comparaison de deux variables qualitatives), à partir du site internet « BiostaTGV ». Le seuil de significativité était fixé à 5%. Les hypothèses étaient les suivantes : H0 (hypothèse nulle), pas de différence de satisfaction selon les deux groupes et H1 (hypothèse alternative), différence de satisfaction dans un sens ou dans l'autre.

4/ Etude qualitative

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les mêmes que pour l'analyse quantitative. Un total de 13 patientes sélectionnées aléatoirement a été nécessaire pour arriver à saturation des données. Un entretien semi-directif individuel d'environ 20 minutes était mené, guidé par un carnet d'entretien comportant 12 questions ouvertes et une question fermée (*Annexe 3*). L'entretien s'est déroulé en face à face à l'hôpital ou au domicile de la patiente et les questions étaient posées par le même enquêteur pour chaque patiente sans relation antérieure avec les participantes. L'entretien était enregistré, après information et accord de la patiente.

RESULTATS

1/ Caractéristiques des patientes et réponses au questionnaire

Quatre – vingt onze patientes étaient finalement incluses dont 38 dans le groupe ambulatoire et 53 dans le groupe H24. Quarante et un séjours étaient convertis en hospitalisation conventionnelle (> H24), dont 40 dans le groupe H24 et une dans le groupe ambulatoire. Les raisons de conversion en > H24 étaient principalement la présence d'un drainage, le souhait de la patiente (anxiété, organisation...) et la surveillance clinique à la demande du chirurgien ou l'anesthésiste.

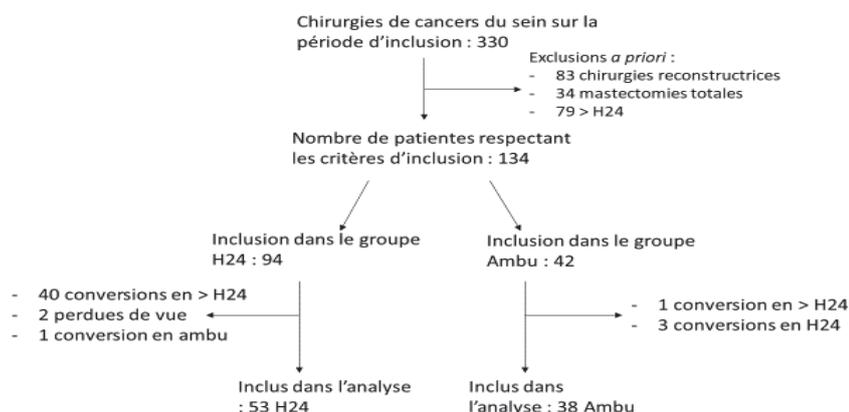


Figure 1 : Diagramme de flux

Les caractéristiques clinico-pathologiques des patientes et les réponses au questionnaire sont présentées dans les tableaux II, III, IV et figure 2 ci-après.

Tableaux I et II : Caractéristiques clinico-pathologiques des patientes

Caractéristiques des patientes	Ambu	H24	p-value	Total	Caractéristiques des patientes	Ambu	H24	p-value	Total
Age (ans) – N (%) – Age moyen (σ = Ecart.type) :				61 (σ = 13)	Type d'intervention – N (%)				
30 – 40	4 (11)	2 (4)	0,23	6 (7)	Mastectomie partielle, tumorectomie, pamectomie	13 (34)	11 (21)	0,35	24 (26)
41 – 50	5 (13)	11 (21)	0,41	16 (18)	Mastectomie partielle + ganglion sentinelle	20 (53)	30 (57)	0,86	50 (55)
> 50	29 (76)	40 (75)	1	69 (75)	Oncoplastie du sein +/- ganglion sentinelle	5 (13)	11 (21)	0,58	16 (18)
Entourage au domicile – N (%)	32 (84)	34 (64)	0,42	66 (73)	Bilatéral	0	1 (2)	1	1 (1)
Comorbidités – N (%)				48 (53)	Repérage pré – opératoire – N (%)				
Cardiovasculaires	12 (32)	36 (68)	0,06	48 (53)	La veille	15 (39)	40 (75)	0,10	55 (60)
Antécédent cancer du sein	2 (5)	5 (9)	0,69	7 (8)	Le jour même	18 (47)	8 (15)	0,01	26 (29)
Autres cancers	2 (5)	6 (11)	0,46	8 (9)	Non fait	5 (13)	5 (9)	0,74	10 (11)
Antécédent hystérectomie / annexectomie	3 (8)	13 (25)	0,09	16 (16)	Lymphoscintigraphie – N (%)				
Episode dépressif	2 (5)	2 (4)	1	4 (4)	La veille	17 (45)	36 (68)	0,28	53 (58)
Profession – N (%)				41 (45)	Le jour même	6 (16)	4 (8)	0,32	10 (11)
Retraitée	17 (45)	24 (45)	1	41 (45)	Non fait	15 (39)	13 (25)	0,28	28 (31)
Chef d'entreprise, cadre	2 (5)	6 (11)	0,46	8 (9)	Durée totale entrée / sortie salle de bloc – N (%)				
Employée	15 (39)	20 (38)	1	35 (38)	< 1h	5 (13)	3 (6)	0,28	8 (9)
Sans	4 (11)	3 (6)	0,45	7 (8)	1h – 1h30	25 (68)	29 (55)	0,60	54 (59)
Distance domicile – hôpital (min) – N (%)				76 (84)	> 1h30 à 2h	8 (21)	19 (36)	0,36	27 (30)
≤ 30 min	34 (89)	42 (79)	0,75	76 (84)	> 2h	0	2 (4)	0,51	2 (2)
31 – 60 min	4 (11)	10 (19)	0,39	14 (15)	Durée intervention – N (%)				
> 60 min	0	1 (2)	1	1 (1)	< 30 min	6 (16)	2 (4)	0,13	8 (9)
Score de l'American Society of Anesthesiologists (moyenne)	2	2	1	2 (σ = 1)	30-60 min	26 (68)	35 (66)	1	61 (67)
Type de cancer – N (%)				18 (20)	> 1 et ≤ 2 h	6 (16)	15 (28)	0,32	21 (23)
In situ (canalaire ou lobulaire)	10 (26)	8 (15)	0,3	18 (20)	> 2h	0	1 (2)	1	1 (1)
Canalaire infiltrant / non spécifique	13 (34)	25 (47)	0,55	38 (42)	Pose de dispositif veineux implantable – N (%)				
Lobulaire infiltrant	4 (11)	0	0,03	4 (4)	1 (3)	1 (2)	1	2 (2)	
Autres / mixtes / bifocal / bilatéral	11 (29)	20 (38)	0,67	31 (34)	Drainage – N (%)				
Atteinte ganglionnaire dont curages axillaires – N (%)	2 (5) dont 1	6 (11) dont 1	0,46	8 (9) dont 2	0	13 (25)	0,001	13 (14)	
Chimiothérapie – N (%)	9 (24)	12 (23)	1	21 (23)	Examen extemporané – N (%)	35 (92)	51 (96)	1	86 (95)
					Infection – N (%)	0	4 (8)	0,14	4 (4)
					Lymphocèle ponctionnée ou non – N (%)	2 (5)	4 (8)	1	6 (7)
					Reprises chirurgicales – N (%)				
					Hématome	8 (21)	7 (13)	0,41	15 (16)
					Marges non saines / complément de chirurgie	- 2	- 4	- 6	
						- 6	- 3	- 9	

Quarante – deux pour cent se sont senties anxieuses durant le séjour (N = 38). Toutes ont vu le médecin à la sortie. Dix pour cent des patientes ont eu besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (mobilisation, toilette, alimentation...) durant le séjour (N = 9) et huit n'ont pas attendu pour l'obtenir. Treize patientes ont consulté en urgence dans le mois suivant l'intervention dont six ré-hospitalisations pour reprise d'hématome (6%). Les autres motifs de reprise chirurgicale étaient la reprise pour marges non saines ou complément de chirurgie (mastectomie totale par exemple).

Tableau II : Réponses au questionnaire

Questions / Réponses	Information	Personnel poli/aimable	Retour à domicile	Ecoute Médecins - Equipe	Qualité prise en charge Médecins Equipe	Opinion établissement
Très satisfait	73 (80%)	82 (90%)	69 (76%)	- 75 (82%) - 72 (79%)	- 71 (78%) - 68	61 (67%)
Satisfait	17	8	20 (22%)	- 15 - 16	- 20 (75%) - 21	27 (30%)
Moyennement satisfait	1	1	1	- 1 - 3	- 0 - 2	3
Peu satisfait						
Non satisfait			1			

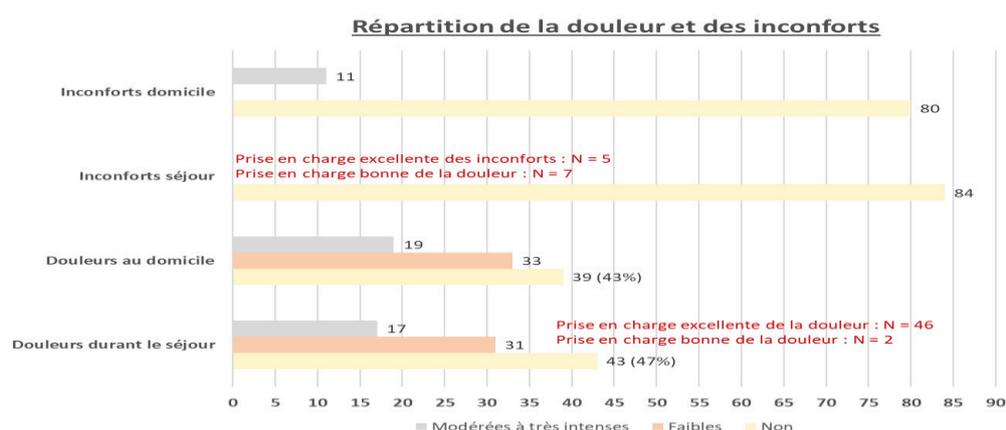


Figure 2 : Répartition de la douleur et des inconforts

2/ Evaluation quantitative de la satisfaction

Le tableau de contingence ci-après expose le nombre de patientes dans chaque groupe de notes en fonction du mode d'hospitalisation. Sur les 38 patientes du groupe CA, 79% ont mis une note de 9 ou 10/10 (30/38) et 21% une note de 7 ou 8/10 (8/38). 66% des patientes du groupe H24 ont mis une note de 9 ou 10/10 (35/53) et 34% une note de 7 ou 8/10 (18/53). Il n'a pas été observé de différence significative de satisfaction entre les deux groupes ($p = 0,18$). Les deux groupes confondus, on note une proportion plus importante de patientes ayant mis une note de 9 ou 10/10, ce qui reflète un haut degré de satisfaction globale (71% des patientes).

Parmi les patientes opérées selon le mode ambulatoire, deux n'y ont pas retrouvé de bénéfice et choisiraient *a posteriori* de rester une nuit de plus. La satisfaction n'était pas influencée. Parmi celles

opérées selon le mode H24, cinq choisiraient le mode ambulatoire (satisfaction de 8 ou 9/10 pour quatre de ces patientes) et trois choisiraient de rester plus d'une nuit (satisfaction de 7 ou 8/10).

Tableau IIV : Tableau de contingence

	Satisfaction 7/10 ou 8/10	Satisfaction 9/10 ou 10/10	Total
Groupe Ambu	8	30	38
Groupe H24	18	35	53
Total	26	65	N = 91

3/ Evaluation qualitative de la satisfaction

A la question, « Comment vous sentez-vous depuis l'intervention ? », douze ont répondu « bien, très bien ou mieux ». Sur le plan moral, les patientes allaient bien. Beaucoup d'entre elles parlaient d'un vécu de l'annonce difficile. « J'ai une vie saine, je ne pensais pas que ça allait me tomber dessus », « Le plus dur c'est l'acceptation de la nouvelle ». A la question, « Comment s'est déroulé votre séjour ? », cinq ont souligné le confort et l'infrastructure (chambres doubles notamment), trois signalaient l'attente au bloc ou lors des rendez - vous. « Un peu stressant les chambres doubles ... quand on parle du cancer du sein, il y a quelque chose d'assez pudique », « C'était long de voir les gens partir et revenir, mais on s'occupe très bien de nous ». Toutes étaient satisfaites de l'accompagnement humain durant le séjour. Onze patientes n'ont pas eu ou peu de douleurs durant le séjour et, pour toutes, la gestion de la douleur était excellente. Il n'y pas eu d'autre inconfort. Toutes disent avoir reçu une information et écoute suffisante. « J'avais toujours quelqu'un à l'écoute ». Pour la question concernant la prise en charge et l'accueil lors de la LS et du repérage, cinq patientes ont signalé une longue attente ou une mauvaise organisation. « Contrainte car nous avons attendu longtemps le taxi », « Je ne comprends pas qu'il n'y ait pas cette machine ici, ce serait plus simple ». Concernant l'entretien avec l'IDE de coordination, tous les retours ont été positifs. « C'est une personne extérieure qui a les bons mots et qui sait reconforter ». Quatre patientes ont bénéficié des soins de support, toutes étaient satisfaites. Concernant les rendez – vous de pansements, une patiente a trouvé l'attente longue et une autre contraignant de se déplacer. « Je n'ai pas aimé devoir me déplacer jusqu'à l'hôpital ». A la question, « Quels paramètres influencent la satisfaction ? », douze sur treize ont répondu l'humanité et l'accompagnement. « Le fait que les gens soient chaleureux, un petit mot gentil », « Être empathique, tenir compte de l'état d'esprit des personnes hospitalisées ». A la question, « Que proposeriez – vous pour améliorer votre vécu ? », cinq ont parlé de l'organisation (séjour et retour à domicile), quatre ont évoqué la structure et le confort hospitaliers. « Chambre seule », « Un petit récapitulatif pour la maison ». A la question, « Pensez – vous que le mode d'hospitalisation joue sur la satisfaction ? », huit étaient en faveur de la CA, cinq ne l'étaient pas. « On est mieux chez soi, entouré des siens », « Se dire que le soir on rentre,

c'est réconfortant », « Ça m'a rassuré de passer une nuit ». A la question « Que pensez – vous de l'ambulatoire pour toutes ? », deux étaient en faveur, neuf ont répondu pour certaines seulement et deux étaient contre. « On se sent moins malade », « Si vous vivez seule ou êtes un peu stressée c'est moins bien », « Je trouve ça idiot de dire pour toutes, on est toutes différentes. « Il faut que le facteur humain continue à être valorisé », « Je pense que c'est au choix de la personne », « Si un numéro ou une application est mise en place, je pense que ça ne remplace pas la proximité humaine ». A la question, « Quels sont les différents acteurs essentiels à la prise en charge du cancer du sein ? », six préfèrent voir directement le spécialiste, quatre soulignent l'intérêt du médecin traitant, quatre suggèrent un développement des soins infirmiers à domicile. « Je préfère avoir directement affaire aux spécialistes », « Pour le premier pansement, je pense que c'est important de venir à l'hôpital mais après c'est plus pratique à domicile ». La note moyenne de satisfaction était de 9/10.

DISCUSSION

1/ Résultats principaux

Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de différence significative de satisfaction mais le degré de satisfaction dans les deux groupes était très élevé, avec majoritairement des notes de 9 ou 10/10. Concernant les réponses au questionnaire, environ une patiente sur deux rapportait des douleurs, que ce soit durant le séjour ou au domicile et toutes avaient bénéficié durant l'intervention d'une infiltration sous-cutanée d'anesthésique local. Le taux de reprise pour hématome dans le mois suivant l'intervention était de 6% (N = 6). Il n'y avait pas de différence en termes de complications dans les deux groupes. Le drainage et le souhait des patientes étaient les principales raisons de conversion en > H24. Concernant les caractéristiques des patientes, certains paramètres peuvent être des facteurs de confusion potentiels influençant la satisfaction comme par exemple les antécédents médico – psychologiques ou la profession, mais nous ne les avons pas étudié de manière indépendante (9–11). Dans la partie qualitative, toutes sont unanimes quant à l'importance d'une proximité humaine, permise par un personnel à l'écoute avec notamment les soins de support et le rôle majeur de l'IDE de coordination. Le cancer est souvent vécu comme anxiogène et nécessite un certain confort et sérénité hospitaliers. Les contraintes logistiques sont aussi mentionnées par les patientes. La plupart des patientes semble préférer le mode ambulatoire, mais non applicable à toutes selon elles.

2/ Analyse de la littérature

Dans la littérature, certains facteurs semblent influencer la satisfaction et le mode d'hospitalisation :

- Le conditionnement pré – opératoire. Une étude menée par l'Institut Européen d'Oncologie en Italie par Ballardini et al en 2016 a retrouvé 90,6% de satisfaction chez leurs patientes opérées en CA d'un cancer du sein concernant l'information pré-opératoire reçue (12). Dans l'étude de Dravet et al de 2000 étudiant la faisabilité de la chirurgie sénologique et notamment oncologique en ambulatoire, le refus d'hospitalisation sur le mode ambulatoire pour convenance personnelle était de 20%. Il était mentionné que « la sélection pré-opératoire conjointe par le chirurgien et l'anesthésiste ainsi que la compliance de la patiente évitaient un taux de conversion trop important » (9). Dans une étude d'Ojala et al, l'un de ses résultats était que les patientes préfèrent en général le mode d'hospitalisation qu'elles ont déjà expérimenté et, à l'inverse, ont peur de l'inconnu (13).
- La présence d'un entourage familial et la capacité d'écoute et d'empathie des soignants. Dans une étude de Bredart et al de 2013 cherchant à déterminer les critères de satisfaction et les besoins des patientes atteintes de cancer du sein, le manque de soutien psychologique

était le critère le plus fréquemment rapporté par les patientes. Un des motifs de conversion en > H24 était notamment l'anxiété des patientes ou une annonce plus difficile et moins bien vécue (14). Une étude Française de Gaujal et al a évalué la satisfaction de 172 patientes ayant subi une chirurgie carcinologique en ambulatoire, notamment mammaire. Soixante – six pour cent des questions posées ont obtenu une appréciation « très bon » ou « excellent ». Les détails des réponses concernant la chirurgie mammaire n'étaient pas mentionnés (15). Une étude qualitative Canadienne a étudié le vécu de 13 patientes opérées d'un cancer du sein en ambulatoire. Cinquante – huit pour cent se sentaient bien préparées à l'intervention (16). Une autre étude Française de Lyon / Rhône-Alpes de Guinaudeau et al portait sur la satisfaction de 155 patientes prises en charge par mastectomie partielle en ambulatoire comparées aux patientes en > H24. Il n'avait été retrouvé aucune différence significative entre les deux groupes à 30 jours de la chirurgie ($p = 0,35$). Le taux de satisfaction était très élevé (8,7/10) à 30 jours (5). L'équipe de l'Institut Paoli-Calmettes a notamment comparé la satisfaction des patientes ayant subi une mastectomie totale en ambulatoire versus H24. Une excellente satisfaction était retrouvée pour 77,3% des patientes du groupe CA (17 patientes sur 29) et 71,2% du groupe H24 (47 sur 84), sans différence significative retrouvée (17).

- Les complications post – opératoires et le taux de conversion en > H24 : De nombreuses études se sont déjà intéressées à la faisabilité de la CA, largement démontrée. Une étude parisienne portant sur une cohorte prospective de 396 patientes ayant subi une chirurgie conservatrice du sein a analysé les indicateurs de réussite de CA, à savoir le taux de conversion en > H24 et les complications durant le mois suivant. Il y avait très peu de complications mais 10% de conversion en > H24 (le motif principal étant le drainage). Le drainage est rapporté comme obstacle à l'ambulatoire dans plusieurs études (10,13,18). Marla, McMillan et Stallard ont étudié les facteurs influençant la durée d'hospitalisation. Un geste axillaire et la taille de la tumeur étaient des facteurs indépendants prolongeant la durée de séjour ($p < 0,001$ et $p = 0,059$) (19). Des centres Asiatiques et Finlandais ont eux aussi démontré la faisabilité de la CA, sans augmentation significative de complications ou de conversion en HC (13,20). En 2009, Marla et Stallard ont effectué une revue de la littérature, dont l'objectif était d'établir les avantages et inconvénients de la CA du cancer du sein. La CA semble faisable et peu risquée comparativement à l'hospitalisation > H24 (11). Dans une étude rétrospective, Lobelle et al ne retrouvaient pas de différence significative en termes de complications dans le groupe CA versus le groupe H24 et il y avait 2,7% (N = 3) de reprise chirurgicale pour hématome (17).

3/ Réussite et freins à la chirurgie ambulatoire

Nos résultats sont similaires à ceux de la littérature concernant les complications et les motifs de conversion en > H24, le degré élevé de satisfaction et les paramètres influençant la satisfaction. En effet, la décision du mode d'hospitalisation est prise par la patiente conjointement avec le médecin lors de la programmation de l'intervention. Les patientes sont donc préparées à l'avance et participent ainsi au choix de leur type de séjour. L'information pré – opératoire est primordiale pour une meilleure compréhension et acceptation de la prise en charge. Le développement de l'analgésie multimodale peut faire partie d'un des axes d'amélioration. En effet, si la gestion de la douleur au domicile est optimisée, cela améliore le vécu post-opératoire donc la satisfaction et permet une meilleure promotion de l'ambulatoire. Le rôle de l'entourage personnel et professionnel est un pilier central de la réussite de la CA et de la satisfaction. Cependant, la CA ne peut être généralisable. Elle peut être proposée pour les mastectomies totales mais ne s'applique qu'à un nombre restreint de patientes (21). Sur le plan organisationnel et logistique, les centres ne disposent pas toujours de plateaux techniques suffisants (LS, horaires du service de CA, examen extemporané). Concernant la LS, la technique de repérage utilisant le vert d'Indocyanine semble être fiable et sûre mais nécessite une expertise permettant d'égaliser la technique classique (9,18,22). Se pose également la question de l'articulation avec la médecine et soins de ville, le dossier patient informatisé récemment mis en place pouvant être une des réponses. Le mode d'hospitalisation ne semble pas influencer ici la satisfaction. Par extension, l'ambulatoire ne semble pas être un frein en ce qui concerne la satisfaction dans cette pathologie.

4/ Points forts, limites de l'étude et perspectives

Le caractère prospectif de l'étude renforce sa puissance. Du fait du design de l'étude, nous n'avons pas été confrontés à d'éventuels biais de classement. Les biais de mémorisation sont possibles mais peu probables étant donné que les patientes étaient interrogées seulement un mois après leur intervention. Le fait d'avoir réalisé une étude qualitative a permis de retranscrire de façon plus précise le vécu des patientes et de leur satisfaction. Ainsi, les problèmes souvent rencontrés par les patientes lors d'une hospitalisation sont mis en avant. Le biais principal réside en l'absence de randomisation des patientes. De plus, notre faible effectif n'a pas permis de montrer de différence significative de satisfaction entre les deux groupes. Dans l'étude d'Ojala et al, sur un total de 400 chirurgies du sein par an dans leur centre, seulement 85 patientes avaient finalement été incluses (13). D'autre part, la randomisation dans chaque groupe n'était pas aléatoire. Le caractère unicentrique ne permet pas une généralisation des résultats. Il serait intéressant d'évaluer la satisfaction à plus grande échelle. Toutefois, les difficultés organisationnelles et structurales citées sont fréquemment retrouvées dans les services de chirurgie. Comment palier à ces difficultés ? Les nouvelles avancées offrent sans doute une réponse partielle au problème (23–28).

CONCLUSION

La chirurgie ambulatoire en cancérologie mammaire est faisable et fiable. Elle permet l'optimisation du parcours patient en anticipant les différentes étapes du chemin clinique, tout ceci influençant probablement la satisfaction. Peu d'études dans le domaine de la chirurgie carcinologique du sein s'étaient intéressées à la satisfaction des patientes en tant que critère de jugement principal. Cette étude retrouve une excellente satisfaction des patientes dans les deux groupes. Cependant, elle n'est pour autant pas généralisable à toutes. En cancérologie du sein, la réhabilitation physique ne pose en général pas de problème mais plutôt le versant réhabilitation psychologique. Comment répondre à une politique de santé publique tout en répondant au besoin d'accompagnement des patientes ? Il serait intéressant de pouvoir établir un outil d'aide à la décision prenant en compte des critères d'éligibilité techniques et prédictifs de la satisfaction des patientes. La Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) est une alternative, notamment quand la chirurgie ambulatoire ne peut être proposée. Cela permettrait de répondre aux besoins des patientes mais aussi de santé publique. Les paramètres indispensables sont d'une part le patient, qui doit être acteur de sa prise en charge et d'autre part la mise en œuvre de moyens techniques et humains suffisants, afin de répondre aux contraintes organisationnelles et d'améliorer le vécu des patientes.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National Du Cancer. Cancers du sein / Du diagnostic au suivi.[Internet].2016.[cité 8 sept 2019].Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancers-du-sein-Du-diagnostic-au-suivi>
2. Institut National Du Cancer. Les cancers en France - Édition 2017.[Internet].2017.[cité 8 sept 2019].Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2017>
3. Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, et al. K. Projection de l'incidence et de la mortalité en France métropolitaine en 2017 - Rapport technique.[Internet].2017.[cité 8 sept 2019]. Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Le-cancer-en-France-metropolitaine-projections-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancer-en-2017>
4. Perrier L, Philip T. The breast cancer in the budget of the nation.[Internet].2009.[cité 8 sept 2019].Disponible sur : <http://hdl.handle.net/2042/34689>
5. Guinaudeau F, Beurrier F, Rosay H, Carrabin N, Faure C, Ferraioli D, et al. Satisfaction in ambulatory patients with breast-conserving surgery and sentinel node biopsy for breast cancer. Gynecol Obstet Fertil. 2015;43(3):213-8.
6. RéQua - CH Belfort-Montbéliard. Enquête de satisfaction des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire.[Internet].2012.[cité 8 sept 2019].Disponible sur : http://www.hnfc.fr/gallery_files/site/542/678/701.pdf
7. HAS. e-satis 2016 Questionnaire.[Internet].2016.[cité 8 sept 2019].Disponible sur : <https://docplayer.fr/23872101-E-satis-2016-questionnaire.html>
8. Pauptéré I - Ligue Nationale Contre le Cancer. Note d'information et consentement éclairé : cadre réglementaire de rédaction et nécessité de compréhension pour une relation transparente avec le patient.[Internet].2019.[cité 8 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.recherchecliniquepariscentre.fr/wp-content/uploads/2019/03/DIU-COMMUN-Note-dinformation-et-consentement-%C3%A9clair%C3%A9-15-03-19-IP.pdf>
9. Dravet F, Belloin J, Dupré PF, François T, Robard S, Theard JL, et al. [Role of outpatient surgery in breast surgery. Prospective feasibility study]. Ann Chir.2000;125(7):668-76.

10. Hainsworth AJ, Lobo CR, Williams P, Case C, Surridge F, Sharma AK, et al. « 23 h Model » for breast surgery: an early experience. *Breast Edinb Scotl.*2013;22(5):898-901.
11. Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. *Int J Surg Lond Engl.*2009;7(4):318-23.
12. Ballardini B, Cavalli M, Manfredi GF, Sangalli C, Galimberti V, Intra M, et al. Surgical treatment of breast lesions at a Day Centre: Experience of the European Institute of Oncology. *Breast Edinb Scotl.*2016;27:169-74.
13. Ojala K, Vironen JH, Mattila K, Eklund AM, Leidenius MHK, Meretoja TJ. Feasibility of Day Surgery in Patients With Breast Conservation and Sentinel Node Biopsy: A Randomized Controlled Trial. *Scand J Surg SJS Off Organ Finn Surg Soc Scand Surg Soc.*2016;105(1):29-34.
14. Brédart A, Kop J-L, Griesser A-C, Fiszler C, Zaman K, Panes-Ruedin B, et al. Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.*2013;24(8):2151-8.
15. Gaujal L, Renou M, Dujaric ME, Baffert S, Tardivon A, Kriegel I, et al. First outpatient satisfaction questionnaire with day-surgery in a French comprehensive cancer center. *Bull Cancer (Paris).*2016;103(4):330-5.
16. Greenslade MV, Elliott B, Mandville-Anstey SA. Same-day breast cancer surgery: a qualitative study of women's lived experiences. *Oncol Nurs Forum.*2010;37(2):E92-97.
17. Lobelle S, Raylet M, Cohen M, Lambaudie E, Bannier M, Blache J-L, et al. Mastectomy in ambulatory hospitalization or 24hours: Feasibility, satisfaction and preferences of the patients. *Gynecol Obstet Fertil Senol.*2017;45(2):89-94.
18. Laurent A-C, Mouttet D, Renou M, Wintz L, Fourchette V, Féron J-G, et al. Feasibility and accuracy of day surgery: Review of 396 operated breast cancer patients. *Bull Cancer (Paris).*2016;103(11):928-34.
19. Marla S, McMillan DC, Stallard S. Factors influencing postoperative length of hospital stay after breast cancer surgery. *Breast Edinb Scotl.*2013;22(3):289-94.
20. Ng YJR, Chan PMY, Chen JJC, Seah MDW, Teo C, Tan EY. Adopting ambulatory breast cancer surgery as the standard of care in an asian population. *Int J Breast Cancer.* 2014;2014:672743.

21. Barranger E. Mastectomy in ambulatory hospitalization or 24h hospitalization: A possible alternative to complete hospitalization for selected patients. *Gynecol Obstet Fertil Senol.*2017;45(2):65-6.
22. Guenane Y, Gorj M, Nguyen V, Revol M, Mazouz-Dorval S. Evaluation of green indocyanine interest compared to Technetium in sentinel lymph node detection in breast cancer. *Ann Chir Plast Esthet.*2016;61(6):806-10.
23. Nice - Matin. Une première mondiale: le cancer du sein soigné en un jour sur la Côte d'Azur.[Internet].2018.[cité 8 sept 2019].Disponible sur: <https://www.nicematin.com/sante/une-premiere-mondiale-le-cancer-du-sein-soigne-en-un-jour-sur-la-cote-dazur-278099>
24. Sciard D, Beaussier M. Mieux communiquer avec les patients non hospitalisés. *Prat En Anesth Réanimation.*2016;20(2):73-7.
25. Calmedica | Memoquest SMS. Calmedica.[Internet].[cité 8 sept 2019].Disponible sur: <https://www.calmedica.fr/memoquest-sms/>
26. Chirurgie ambulatoire : un robot pour suivre les patients.[Internet].2018.[cité 8 sept 2019].Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/article/2018/04/04/2773391-chirurgie-ambulatoire-un-robot-pour-suivre-les-patients.html>
27. Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC). Haute Autorité de Santé.[Internet].2016.[cité 8 sept 2019].Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac
28. Carrier G, Cotte E, Beyer-Berjot L, Faucheron JL, Joris J, Slim K. Post-discharge follow-up using text messaging within an enhanced recovery program after colorectal surgery. *J Visc Surg.*2016;153(4):249-52.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'information et consentement éclairé



Consentement libre et éclairé à l'utilisation de données cliniques dans le cadre de la recherche

Madame, Monsieur

Dans le but d'améliorer encore nos pratiques et la qualité de votre prise en charge, nous réalisons un travail de recherche clinique sur la satisfaction après chirurgie ambulatoire du cancer du sein.

Dans ce contexte et avec votre accord, nous vous solliciterons via un appel téléphonique 1 mois après l'intervention pour répondre à un questionnaire de quelques minutes concernant votre satisfaction.

Les informations médicales recueillies lors des consultations et durant le séjour hospitalier sont susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette étude, de façon exclusivement anonyme, votre accord étant révoquant à tout moment. Signature de l'intéressé ou du représentant légal, précédée de la mention « lue et approuvée » :

Le :

A :

Signature :

PROMOUVOIR LA
RECHERCHE

OPTIMISER LA
PRISE EN
CHARGE

RESPECT DE
L'ANONYMAT



CENTRE HOSPITALIER
DE CLAVARY

28 chemin de Clavary
06130 Grasse

SERVICE DE GYNECOLOGIE

DR AZUAR ANNE SOPHIE

Annexe 2 : Questionnaire de satisfaction

1/ Etes-vous satisfait de l'information donnée sur votre état de santé par le chirurgien lors de la consultation pré-opératoire ? (explications sur votre état de santé, l'opération, les complications possibles...)

Très satisfait / Satisfait / Assez satisfait / Peu satisfait / Pas du tout satisfait

2/ Le personnel de l'unité était-il poli/aimable ? Toujours / Souvent / Parfois / Très rarement ou jamais

3/ Que pensez-vous de la façon dont le retour à domicile a été organisé ? Excellente / Bonne / Moyenne / Faible / Mauvaise

4/ Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive des médecins/chirurgiens et reste de l'équipe soignante ?

Médecins/chirurgiens → Jamais / Rarement / Parfois / Souvent / Toujours

Equipe soignante → Jamais / Rarement / Parfois / Souvent / Toujours

5/ Si vous aviez besoin d'aide pour les activités de la vie courante, avez-vous attendu pour obtenir cette aide ?

Pas besoin d'aide / Vous n'avez pas attendu / Peu longtemps / Assez longtemps / Longtemps / Très longtemps

6/ Pendant votre séjour avez-vous eu des douleurs ? Pas de douleur / Faibles / Modérées / Intenses / Très intenses

7/ Si vous aviez des douleurs, diriez-vous qu'elles ont été prises en charge de manière ?

Excellente / Bonne / Moyenne / Faible / Mauvaise / Pas de douleurs

8/ Que pensez-vous de la façon dont les autres inconforts liés à votre maladie ou opération (nausées, mauvaise position, vertiges...) ont été pris en compte ? Excellente / Bonne / Moyenne / Faible / Mauvaise / Pas d'inconfort

9/ Avez-vous pu voir votre médecin ou un de ses représentants avant votre sortie ? Oui / Non

10/ Avez-vous ressenti de l'inquiétude/anxiété durant votre hospitalisation ? Oui / Non

11/ Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service par les médecins / chirurgiens ? Excellente / Bonne / Moyenne / Faible / Mauvaise

12/ Globalement, comment évaluez-vous la qualité de votre prise en charge / de vos soins dans le service par les infirmiers(ères) / aide-soignant(e)s ? Excellente / Bonne / Moyenne / Faible / Mauvaise

13/ Après votre retour à domicile, avez-vous ressenti des douleurs sur la zone opérée ?

Pas de douleur / Faibles / Modérées / Intenses / Très intenses

14/ Après votre retour à domicile, avez-vous ressenti d'autres douleurs ou inconforts liés à votre maladie ou votre opération ? (nausées, vertiges, difficultés de mobilisation...) Pas d'inconfort / Faibles / Modérés / Intenses / Très intenses

15/ Après votre retour à domicile, avez-vous consulté votre médecin traitant en urgence / un service d'urgence / appelé l'hôpital ? Oui / Non

16/ Après votre retour à domicile, avez-vous été réhospitalisé en urgence pour une pathologie en lien avec votre intervention ? Oui / Non

17/ Quelle est votre opinion générale sur votre séjour dans l'établissement ?

Très satisfait / Satisfait / Assez satisfait / Peu satisfait / Pas du tout satisfait

18/ Avez-vous vu un bénéfice à être hospitalisé en chirurgie ambulatoire plutôt qu'hospitalisation complète ou le contraire ? Oui / Non

19/ Si vous deviez à nouveau subir l'intervention, choisiriez-vous le mode ambulatoire (hospitalisation de 12h) ou hospitalisation d'une nuit (24h) ou plus ? Ambulatoire / Hospitalisation d'une nuit / Hospitalisation supérieure à 1 nuit

20/ Quelle note mettriez-vous à votre satisfaction ?

[0 – 2] : pas satisfait / [3 – 4] : peu satisfait / [5 - 6] : moyennement satisfait / [7 – 8] : satisfait / [9 – 10] : très satisfait

Annexe 3 : Carnet d'entretien

Sujet : Satisfaction des patientes opérées d'un cancer du sein selon le mode d'hospitalisation

Phase de début d'entretien :

1/ Comment vous sentez – vous depuis l'intervention chirurgicale ?

- Physiquement
- Moralement

Phase de réponse :

Thème 1 : Satisfaction

2/ Comment s'est déroulé votre séjour ?

- Sur le plan médical (douleurs, autres inconforts)
- Sur le plan organisationnel (retour au domicile, suivi post-opératoire)
- Concernant l'infrastructure, a t – il manqué des dispositifs ou commodités nécessaires qui auraient pu améliorer votre confort ?
- La prise en charge au bloc opératoire
- Sur le plan humain (attention / écoute / prise en charge de l'anxiété)

3/ Quel a été votre vécu de la consultation initiale pré – opératoire avec le chirurgien ?

4/ Qu'avez – vous pensé de l'accueil et la prise en charge à la lymphoscintigraphie (si faite) et au repérage radiologique pré – opératoire ? Le fait de vous déplacer de l'hôpital ou du domicile jusqu'à Mougins a t – il été un problème pour vous ?

5/ Qu'avez – vous pensé de votre entretien avec l'infirmière de coordination en cancérologie (si celui – ci a eu lieu) ?

6/ Avez – vous bénéficié et apprécié des soins mis en place durant le séjour ?

7/ Qu'avez – vous pensé des rendez – vous post – opératoires de pansements ?

8/ Selon vous, quels paramètres influencent la satisfaction après l'hospitalisation ?

9/ Le cas échéant, que proposeriez – vous pour améliorer votre vécu de l'hospitalisation ?

Thème 2 : Chirurgie ambulatoire

10/ Pensez – vous que le mode d'hospitalisation joue sur la satisfaction ? Avez – vous apprécié le mode d'hospitalisation choisi au préalable ? Pourquoi ?

11/ Que pensez – vous de la chirurgie ambulatoire pour une pathologie cancéreuse, notamment le cancer du sein pour toutes les patientes ?

12/ Quels sont selon vous les différents acteurs essentiels à la prise en charge du cancer du sein ? (MG, IDE domicile, IDE coordination, autres spécialistes, soins de support)

Phase de conclusion :

L'entretien est terminé. Je vous remercie.

Note de satisfaction (/10) :