



**HAL**  
open science

## La chirurgie ambulatoire du cancer du sein : étude de satisfaction des patientes et place du médecin traitant

M. Boulliard Poulteau, B. Trombert, X. Gocko, C. Bouteille, C. Chauleur

### ► To cite this version:

M. Boulliard Poulteau, B. Trombert, X. Gocko, C. Bouteille, C. Chauleur. La chirurgie ambulatoire du cancer du sein : étude de satisfaction des patientes et place du médecin traitant. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2019, 47, pp.619 - 626. 10.1016/j.gofs.2019.07.016 . hal-03487558

**HAL Id: hal-03487558**

**<https://hal.science/hal-03487558>**

Submitted on 20 Jul 2022

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**La chirurgie ambulatoire du cancer du sein : étude de satisfaction des patientes et place du médecin traitant.**

Satisfaction des femmes opérées d'un cancer du sein en ambulatoire

**Outpatient breast cancer surgery : Patient satisfaction study and the role of the attending physician.**

Satisfaction of women operated for outpatient breast cancer

Marine BOULLIARD POULTEAU<sup>1</sup>MD, Béatrice TROMBERT<sup>2</sup>MD, PhD, Xavier GOCKO<sup>1</sup>MD, Catherine BOUTEILLE<sup>3</sup>MD, Céline CHAULEUR<sup>4</sup>MD, PhD

<sup>1</sup> Département de médecine générale, faculté de médecine Jacques Lisfranc de l'université de Saint-Etienne, Pôle Santé Nord, 10 rue de la Marandière, 42270 Saint-Priest en Jarez, France.

<sup>2</sup> Département de Santé Publique, CHU de Saint-Etienne, Hôpital Nord, avenue Albert-Raymond, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France.

<sup>3</sup> Service de gynécologie et pathologie mammaire, Clinique Mutualiste Chirurgicale, 3 rue le verrier, 42100 Saint-Etienne, France.

<sup>4</sup> Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Saint-Etienne, Hôpital Nord, avenue Albert-Raymond, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France INSERM, SAINBIOSE, U1059, Vascular Dysfunction and Hemostasis, Jean-Monnet University of Saint-Etienne, CIC1408, 42055 Saint-Etienne, France.

Soutenance de Thèse le 27 mai 2019 au Département de médecine générale, faculté de médecine Jacques Lisfranc de l'université de Saint-Etienne, Pôle Santé Nord, 10 rue de la Marandière, 42270 Saint-Priest en Jarez, France.

Correspondance :

Céline CHAULEUR, MD, PhD

Département de Gynécologie-Obstétrique

CHU de Saint Etienne, Hôpital NORD

Avenue Albert Raimond

42270 Saint Priest en Jarez

France

Tel: +33 4 77 82 86 11

Fax: +33 4 77 82 84 57

E-mail: [celine.chauleur@chu-st-etienne.fr](mailto:celine.chauleur@chu-st-etienne.fr)

1 **Introduction :**

2

3 Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent en France : l'incidence est de 58 968  
4 nouveaux cas par an en 2017, soit 33 % de l'ensemble des cancers incidents chez la femme  
5 [1,2]. Les patientes entre 50 à 74 ans sont les plus concernées (60 %). La chirurgie du cancer  
6 du sein la plus fréquente en France est une mastectomie partielle (75 % des interventions) [3].

7 La stratégie nationale de santé 2018-2022, au travers de son troisième axe, souhaite « garantir  
8 la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population » en  
9 « accompagnant le virage ambulatoire », en « favorisant la prise en charge des soins en ville »  
10 et en « renforçant l'efficacité du système de soins » [4].

11 Dans la littérature, plus de 90 % des patientes referaient leur chirurgie du cancer du sein en  
12 ambulatoire et plus de 87 % recommanderaient cette procédure à un proche [5,6]. Dans leur  
13 étude comparative, Margolese et al, avec une échelle de qualité de vie standardisée, retrouvent  
14 moins de détresse psychologique et de labilité émotionnelle, ainsi qu'un retour plus rapide  
15 aux activités de la vie quotidienne chez les patientes opérées d'un cancer du sein en  
16 ambulatoire comparées aux patientes hospitalisées [7].

17 Dans une revue de la littérature, Marla S et Stallard S retrouvent des résultats similaires en  
18 termes de complications liées aux plaies (infections, hématomes et séromes) dans trois études  
19 comparant la chirurgie du cancer du sein en ambulatoire et en hospitalisation complète [8].

20 D'autres études non comparatives évaluant la morbimortalité de la chirurgie ambulatoire  
21 retrouvent des résultats rassurants avec peu d'événements graves [9]. La chirurgie

1 ambulatoire semble donc améliorer la qualité des soins avec des taux de complications  
2 semblables et avec un retour plus rapide aux activités.

3 Dans le contexte économique actuel de maîtrise des dépenses de santé, réaffirmé par le plan  
4 cancer 2014-2019, la chirurgie ambulatoire est **secondairement** perçue comme un des  
5 éléments permettant de contribuer à la réduction des coûts liés à la santé. La France se place  
6 au dernier rang des pays de l'OCDE en termes de chirurgie ambulatoire. Le constat du retard  
7 français en matière de chirurgie ambulatoire a conduit à la mise en place d'incitations afin de  
8 renforcer son développement. Il existe une mise sous accord préalable par l'assurance maladie  
9 d'une liste de 55 gestes marqueurs pour les établissements, incluant la chirurgie mammaire,  
10 dont le développement de la chirurgie ambulatoire est insuffisant [9,10].

11 Le médecin traitant est **un partenaire important** au sein de la prise en charge chirurgicale  
12 ambulatoire, **il maintient** **erée** le lien entre les différents professionnels de santé dans la  
13 surveillance post thérapeutique ambulatoire, l'organisation des soins de supports et l'éducation  
14 thérapeutique. **Il participe au dépistage des complications** [11].

15 Le plan cancer 2014-2019 préconise « la diffusion publique des indicateurs de qualité »,  
16 comprenant la satisfaction des patients (action 2.4), tout comme la stratégie nationale de santé  
17 2018-2022 [4,12]. 12 études observationnelles sélectionnées par la HAS évaluent le taux de  
18 satisfaction en chirurgie ambulatoire, qui apparaît globalement élevé. Cependant, peu d'études  
19 analysent le taux de satisfaction de la chirurgie ambulatoire du cancer du sein et aucune ne  
20 tient compte de toutes les chirurgies mammaires carcinologiques confondues [9].

21

22 L'objectif principal de cette étude est de mesurer la satisfaction et la qualité de vie après prise  
23 en charge chirurgicale ambulatoire des patientes atteintes d'un cancer du sein. L'objectif

1 secondaire est d'analyser la place du médecin traitant dans la prise en charge ambulatoire des  
2 patientes atteintes d'un cancer du sein.

3

4

#### 5 **Méthodes :**

6

7 Cette enquête de satisfaction prospective multicentrique a eu lieu dans deux établissements de  
8 la Loire en France (CHU de Saint-Étienne (CHUSE) et Clinique Mutualiste chirurgicale  
9 (CMC) à Saint-Étienne). Le recueil des données a été fait par l'intermédiaire d'un  
10 questionnaire (annexe 1 : complément en ligne) remis aux patientes lors de la consultation  
11 post opératoire (entre 15 jours et un mois après l'intervention) après information orale et  
12 écrite (notice d'information). Le travail s'est déroulé sur une période allant d'avril à  
13 novembre 2018, 104 patientes ont été incluses.

14 L'équipe de chirurgie ambulatoire a été informée de l'étude et a donné son accord. Cinq  
15 gynécologues ont participé à l'étude au CHUSE et un à la CMC. Chaque praticien a conservé  
16 son libre arbitre dans le choix de sa prise en charge.

17 Les critères d'inclusions étaient les patientes de tout âge, opérées d'un cancer du sein en  
18 ambulatoire avec leur accord. Les critères d'exclusions étaient les patientes ayant une  
19 pathologie psychiatrique lourde, des troubles cognitifs ou ne parlant pas le français et les  
20 mineurs.

21 Toutes les patientes bénéficiaient d'une consultation pré opératoire évaluant la faisabilité de la  
22 chirurgie ambulatoire avec un interrogatoire recueillant l'âge, les comorbidités, les  
23 antécédents et un examen gynécologique et général. Au cours de cette consultation, un  
24 programme personnalisé de soins était établi et remis aux patientes avec les noms et

1 coordonnées des médecins spécialistes, les informations concernant la maladie, les examens  
2 complémentaires et chacune des interventions chirurgicales et médicales.

3 Les patientes ont été sélectionnées de façon consécutive. La sélection des patientes prise en  
4 charge en ambulatoire respectait les recommandations de bonne pratique. La décision finale  
5 de la prise en charge ambulatoire était validée conjointement avec la patiente, le chirurgien et  
6 l'anesthésiste.

7 La procédure chirurgicale allait de la mastectomie simple à la mastectomie totale, associée en  
8 cas d'indication à l'analyse du ganglion sentinelle et/ou un curage axillaire, avec ou sans pose  
9 de chambre implantable sous anesthésie générale avec une procédure anesthésique  
10 standardisée. La recherche du ganglion sentinelle était réalisée selon les recommandations en  
11 vigueur. Lorsque la tumeur n'était pas palpable, un harpon était mis en place par un  
12 radiologue le jour même de l'intervention ou la veille. La pose d'une chambre implantable  
13 percutanée ou la mise en place d'un redon n'étaient pas des contre-indications à la prise en  
14 charge ambulatoire. Les patientes étaient convoquées dans le service de gynécologie en  
15 fonction de l'heure prévisionnelle de passage au bloc opératoire soit entre sept et neuf heures  
16 et ressortaient après la visite post opératoire du chirurgien soit entre 15 et 20 heures. Les  
17 sorties étaient autorisées après application des critères de CHUNG. Les ordonnances  
18 d'antalgiques (palier 1), le compte rendu opératoire et un livret de chirurgie ambulatoire  
19 contenant toutes les informations étaient remis aux patientes avec un rappel oral des  
20 consignes. Pour chaque patiente, les données per opératoires ont été recueillies après l'acte  
21 chirurgical à partir des données de la feuille d'anesthésie et du compte rendu opératoire. Elles  
22 comprenaient la date d'intervention, le type d'intervention réalisée (mastectomie partielle +/-  
23 oncoplastie avec ganglion sentinelle, mastectomie partielle simple, mastectomie partielle +/-

1 oncoplastie avec curage ganglionnaire, mastectomie totale et mastectomie totale avec curage  
2 ganglionnaire) et la durée de l'intervention.

3 Le critère de jugement principal était le taux de satisfaction des patientes opérées d'un cancer  
4 du sein en ambulatoire. Puisqu'il n'existe pas à ce jour de questionnaire de satisfaction validé  
5 concernant la chirurgie ambulatoire du cancer du sein, nous nous sommes appuyés sur des  
6 questionnaires de satisfaction non standardisés et deux questionnaires de qualité de vie  
7 validés : l'EORTC QLQ-BR23 et le FACT-BR. Des informations concernant  
8 l'environnement des patientes ont été recueillies à travers notre questionnaire de satisfaction.  
9 Les patientes ont évalué l'environnement hospitalier et la prise en charge médicale. Des  
10 questions concernant leur qualité de vie ont été posées, ainsi qu'un éventuel recours à un avis  
11 médical. Le critère de jugement secondaire était le rôle du médecin traitant (recours au  
12 médecin généraliste et lien hôpital - médecine de ville).

13

14 Les complications liées à l'intervention ont également été recueillies par le chirurgien lors de  
15 la consultation post opératoire par l'intermédiaire de la partie médicale de notre questionnaire.

16

17 Nous nous sommes intéressés à des facteurs potentiellement **influençants** en regard du critère  
18 « hospitalisation complète » et du critère « consultation médecin traitant ».

19

20 Sur le plan statistique, concernant l'analyse descriptive, les résultats ont été exprimés en  
21 pourcentage pour les variables qualitatives et en moyenne avec les écarts types ou en médiane  
22 avec les extrêmes pour les variables quantitatives. L'analyse des facteurs **influençants** a été  
23 réalisée à l'aide du test de Student pour les variables quantitatives et du test exact de Fischer  
24 pour les variables qualitatives. L'ensemble des analyses a été mené à l'aide du logiciel SAS  
25 v9.2.

1

2 L'anonymat a été respecté et la CNIL nous a donné son accord pour l'étude, tout comme le  
3 comité d'éthique le 12/03/2018 (numéro IRBN812017/CHUSTE).

4

5

6 **Résultats :**

7

8 Du 22 février au 16 octobre 2018, 211 patientes ont été opérées d'un cancer du sein en  
9 ambulatoire sur les deux centres hospitaliers participant à l'étude (99 patientes au CHUSE et  
10 112 patientes à la CMC). 104 femmes ont rempli le questionnaire de satisfaction (51 patientes  
11 au CHUSE et 53 patientes à la CMC), soit 49,3 %. Les données liées aux caractéristiques de  
12 la population ont été résumées dans le tableau 1 : l'âge moyen était de 59,7 ans avec un  
13 premier quartile à 50 ans ; 78 patientes (75 %) ne présentaient aucune comorbidité.

14

15 Sur la période d'inclusion, 443 chirurgies oncologiques mammaires ont été réalisées sur les  
16 deux centres hospitaliers participants (168 au CHUSE et 275 à la CMC). La proportion des  
17 chirurgies mammaires en ambulatoire était de 47,6 % (58,9 % au CHUSE et 40,7 % à la  
18 CMC). Les données liées à l'intervention chirurgicale ont été résumées dans le tableau 1 : la  
19 chirurgie mammaire la plus fréquente était la mastectomie partielle +/- oncoplastie avec la  
20 technique du ganglion sentinelle (63.5 %), 82 patientes (78,9 %) n'ont bénéficié d'aucun  
21 geste complémentaire (ni CIP ni redon) et la durée d'intervention médiane était de 62 minutes  
22 (10 à 235 minutes).

23

24 Aucune complication post opératoire n'a été retrouvée chez 90 patientes (86.5 %).

25 L'ensemble des données concernant les complications post opératoires ont été retranscrites

1 dans le tableau 1. Trois patientes ont souffert d'autres complications que celles mentionnées :  
2 deux patientes ont eu une réaction allergique (une patiente a eu un rash cutané le lendemain  
3 de l'intervention, résolutif sous desloratadine après avoir consulté son médecin traitant, une  
4 patiente a eu un rash cutané n'ayant pas entraîné de consultation chez le médecin traitant ni de  
5 ré-hospitalisation) ~~type rash cutané~~ et une patiente a eu des sensations lipothymiques. 13  
6 patientes (12.8 %) ont utilisé le numéro d'urgence et 75 % d'entre elles en ont été satisfaites.  
7 Une patiente (1,1 %) a consulté aux urgences gynécologiques à 21 jours pour une  
8 complication locale : une lymphocèle dans la loge de mastectomie traitée par  
9 ponction/évacuation, mais aucune patiente n'a été ré-hospitalisée pour une complication en  
10 lien avec la chirurgie ambulatoire.

11  
12 97 % des patientes ont été satisfaites de l'ensemble de la prise en charge. Les données  
13 concernant la satisfaction des patientes ont été retranscrites dans le tableau 2. Dans le  
14 questionnaires, 16 patientes (16.2 %) auraient souhaité rester hospitalisées après l'intervention  
15 sans l'avoir exprimé au cours du séjour, en moyenne un à deux jours : une patiente pour une  
16 complication post opératoire (réaction allergique), une patiente pour un problème d'ordre  
17 social (prise en charge d'heures d'aides à domicile par la mutuelle après une hospitalisation),  
18 une patiente pour des symptômes post opératoires mineurs (vomissements, asthénie), deux  
19 patientes pour des troubles anxieux, deux patientes pour des problèmes de confort (heure de  
20 sortie d'hospitalisation tardive, isolement) et deux patientes pour des difficultés avec le redon.  
21 Sept patientes ne se sont pas exprimées. Nous avons croisé la variable « préférence de  
22 l'hospitalisation complète » à la recherche de facteurs influençants : plus la chirurgie était  
23 lourde (mastectomie totale ou mastectomie partielle avec curages) ( $p=0,035$ ) et/ou plus la  
24 durée d'intervention était longue ( $p=0,025$ ) et plus les patientes semblaient préférer  
25 l'hospitalisation complète à l'ambulatoire. Le pourcentage de patientes qui auraient préféré

1 l'hospitalisation complète était plus élevé pour les patientes traitées avec une mastectomie  
2 partielle ou totale avec curage ganglionnaire que pour celles traitées seulement avec une  
3 mastectomie partielle simple +/- avec ganglion sentinelle. L'ensemble des résultats a été  
4 retranscrits dans le tableau 3.

5

6 En moyenne, les patientes reprenaient leurs activités de la vie quotidienne en 5.7 jours, 47 %  
7 des patientes avaient repris leurs activités en 2 jours et 12 patientes répondantes sur 52  
8 femmes de moins de 61 ans avaient repris leur travail en moyenne au bout de 20.3 jours.  
9 Quatre patientes (4 %) n'ont pas trouvé le séjour confortable : deux patientes pour des  
10 problèmes en lien avec le repas, une patiente pour un problème de sanitaire et une patiente  
11 pour un problème de temps d'attente trop long avant l'intervention chirurgicale. Quatre  
12 patientes (4,2 %) se sont plaintes d'un manque d'informations notamment après la chirurgie :  
13 une patiente concernant le risque d'allergie post opératoire, une patiente concernant la prise  
14 d'anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en cas de douleur et une patiente concernant la  
15 suite de la prise en charge. Une patiente ne s'est pas exprimée.

16

17 Les principales suggestions des patientes afin d'améliorer la prise en charge chirurgicale  
18 ambulatoire étaient de raccourcir le délai de la consultation post opératoire, de renforcer la  
19 confidentialité et le confort (repas, brancardage, accompagnement en salle de réveil, prise en  
20 charge chirurgicale et sortie d'hospitalisation plus précoce...), d'améliorer encore  
21 l'information notamment concernant la suite de la prise en charge et de prévoir des  
22 antalgiques plus puissants.

23

24 26 patientes (25.5 %) ont consulté leur médecin traitant pour des problèmes organiques  
25 (problème infectieux, cicatrisation, douleur, asthénie), psychologiques (troubles anxieux,

1 dépressifs), administratifs (prolongation de l'arrêt de travail, demande d'affection de longue  
2 durée), mais également pour le suivi et l'échange d'informations. Nous avons recherché les  
3 facteurs qui auraient pu favoriser le recours au médecin traitant : les patientes qui se sont  
4 senties livrées à elle-même ( $p=0,022$ ), qui ont manqué d'informations après la chirurgie  
5 ( $p=0,003$ ) ou qui ont eu des complications ( $p=0,043$ ) ont plus consulté leur médecin traitant.  
6 L'ensemble des résultats a été retranscrits dans le tableau 4. 12 médecins généralistes sur 74  
7 répondants (16,2 %) ont essayé de joindre le service de chirurgie ambulatoire : 25 % d'entre  
8 eux y sont parvenus. 30 praticiens avaient reçu le compte rendu d'hospitalisation selon les 32  
9 patientes sur 95 répondantes qui connaissaient la réponse, soit 93,8 %.

10

11 Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre les deux établissements  
12 concernant les critères de jugement principaux et secondaires.

13

#### 14 **Discussion :**

15

16 La chirurgie ambulatoire du cancer du sein apparaît comme une prise en charge de qualité tout  
17 en étant sûre. Dans cette étude, 97% sont globalement satisfaites et 47 % des patientes ont  
18 repris leurs activités de la vie quotidienne au bout de deux jours. **Cependant on remarque que**  
19 **les patientes reprennent leurs activités de la vie quotidienne en 5.7 jours en moyenne, ce qui**  
20 **montre que si quasiment la moitié des patientes reprennent leurs activités de la vie**  
21 **quotidienne dès le deuxième jour, l'autre moitié met plus de temps à reprendre le cours**  
22 **normal de leur vie.** L'étude semble être cliniquement pertinente puisque les chiffres sont  
23 concordants avec les données épidémiologiques concernant l'âge de la population de l'étude  
24 et l'intervention la plus fréquemment réalisée. Il n'apparaît aucune complication post  
25 opératoire grave mais quelques événements indésirables mineurs, sans nécessité de

1 réinterventions ni de réhospitalisations, chez 13,5 % des patientes (hématome, lymphocèle,  
2 problèmes de cicatrisation, rash cutané, sensations lipothymiques). Lorsque l'on compare les  
3 données de l'étude avec celle de la littérature, on retrouve des taux de satisfaction globaux  
4 similaires, allant de 95 à 100 % et des taux de complications plutôt en dessous de ceux  
5 retrouvés dans les autres études. Dans une revue de la littérature, Marla S et Stallard S  
6 dénombrent un taux de nausées et vomissements allant de 0,8 à 12,2 %, un taux d'infections  
7 du site opératoire de 0 à 16 % et un taux d'hématomes ou de séromes allant de 1 à 22 %  
8 [5,6,8]. Marchal et al, dans leur série de cas, constatent que 87,2 % des patientes  
9 recommanderaient cette procédure à un proche contre 96,9 % dans notre étude [5]. Dans une  
10 étude observationnelle longitudinale prospective, Guinaudeau et al, montrent que 85,1 % des  
11 patientes sont satisfaites du passage du chirurgien en post opératoire contre 100 % dans cette  
12 étude [6].

13  
14 16,2 % des patientes auraient souhaité bénéficier d'une prise en charge chirurgicale en  
15 hospitalisation complète. Dans la littérature, plus de 90 % des patientes referaient leur  
16 intervention en ambulatoire, soit de meilleurs résultats que dans cette étude. Cela peut  
17 cependant s'expliquer du fait d'une moyenne d'âge plus jeune et de critères d'exclusions plus  
18 larges que dans notre étude : curage axillaire, score ASA 3 et 4, distance de plus de 100km  
19 entre le domicile et l'hôpital, absence d'un tiers aidant la première nuit à domicile et/ou de  
20 téléphone [5,6]. Dans cette étude, plus la chirurgie réalisée est lourde et/ou plus la prise en  
21 charge est longue, plus les patientes semblent préférer l'hospitalisation complète. La fatigue  
22 est liée de façon statistiquement significative à la préférence de l'hospitalisation complète  
23 alors que d'autres symptômes comme les nausées et les douleurs ne semblent pas être en lien  
24 avec. Les patientes qui se sentent livrées à elle-même et/ou qui dorment mal la première nuit  
25 semblent préférer la prise en charge en hospitalisation complète, mais cela ne semble pas être

1 en lien ni avec l'anxiété ni avec les douleurs. Il est important de rappeler aux patientes la  
2 fatigue et les désordres émotionnels que va probablement engendrer l'intervention et de  
3 conseiller une aide extérieure au maximum pour un meilleur soutien dans les activités de la  
4 vie quotidienne pendant les premiers jours. Une consultation avec une psychologue et une  
5 assistante sociale est également proposée pour les patientes qui en ressentent le besoin et une  
6 consultation systématique avec une infirmière est prévue à J7. Le plan personnalisé de soins  
7 (PPS) remis à chaque patiente propose également tous les soins de support et aides pour  
8 réduire au mieux ces difficultés. L'âge, les comorbidités où l'isolement n'apparaissent pas  
9 comme des freins à la chirurgie ambulatoire pour les patientes bien qu'ils apparaissent parfois  
10 comme des obstacles à l'ambulatoire pour les praticiens [9,13]. Bien que les résultats ne  
11 soient pas statistiquement significatifs, il semble qu'il y ait une tendance des patientes à  
12 mieux accepter la prise en charge ambulatoire lorsqu'elles se sentent impliquées dans la  
13 décision.

14  
15 Tout de même un quart des patientes consultent leur médecin traitant dans le mois suivant  
16 leur intervention. Sur les 80,8 % répondantes, 19,2 % des patientes consultent pour le suivi et  
17 l'échange d'informations, 15,4 % pour des problèmes en lien avec la cicatrice de mastectomie  
18 et seulement 7,7 % pour des douleurs. Cette étude montre que les patientes qui manquent  
19 d'informations concernant leur maladie, l'intervention et la suite de la prise en charge, ainsi  
20 que les patientes qui ont des douleurs ou des complications post opératoires, consultent plus  
21 leur médecin traitant. Il est donc nécessaire d'améliorer l'information délivrée et  
22 d'harmoniser la prescription des antalgiques avec des prescriptions conditionnelles  
23 d'antalgiques de palier 2. Moins de 8 % des patientes consultent leur médecin généraliste  
24 pour faire la demande d'affection de longue durée (ALD). Bien qu'il existe une consultation  
25 d'annonce et qu'un plan personnalisé de soins soit remis aux patientes, certaines d'entre elles

1 sont encore en difficultés sur l'information concernant la pathologie et leurs droits  
2 administratifs. Il paraît donc nécessaire de mieux informer les patientes notamment  
3 concernant la demande d'ALD, afin qu'elles aient des soins pris en charge à 100 % le plus  
4 rapidement possible. Toutes ces étapes sont complexes pour les patientes et une consultation  
5 systématique chez le médecin traitant avant la chirurgie pour faciliter toutes ces démarches  
6 pourrait être mise en place. La consultation avec le médecin traitant n'est pas en lien avec  
7 l'âge, l'isolement ou les comorbidités, ce qui va dans le sens de critères d'exclusions de la  
8 prise en charge ambulatoire obsolètes. Marchal et al constatent que 13,2 % des patientes ont  
9 appelé leur médecin généraliste et 6,4 % ont utilisé le numéro d'urgence de l'hôpital dans la  
10 première semaine, majoritairement pour des douleurs [5]. Guidauneau et al, quant à eux,  
11 retrouvent que 11,7 % des patientes consultent leur médecin traitant dans le mois après leur  
12 intervention [6], soit un taux sensiblement inférieur à celui de cette étude, mais leur travail  
13 ciblait des chirurgies du cancer du sein moins lourdes puisque sans curage ganglionnaire. Le  
14 médecin traitant semble donc avoir un rôle important dans le suivi, le rappel des informations  
15 importantes et le dépistage des complications post opératoires, en soutien du chirurgien. Sur  
16 les réponses connues, plus de 93 % des praticiens reçoivent le compte rendu d'hospitalisation  
17 (fiche de liaison), mais seulement 25 % réussissent à joindre le chirurgien en cas de problème,  
18 peut-être dû à des problèmes organisationnels ou par manque de connaissance des moyens de  
19 communication mis en place (ligne directe et dédiée, numéro présent sur la fiche de liaison et  
20 sur le PPS). Cependant ces résultats sont à prendre avec précaution puisque la proportion de  
21 réponses obtenues reste faible. Comme le souligne le plan cancer 2009-2013, des numéros  
22 d'accès direct aux chirurgiens pour les médecins traitants sont en place au CHUSE et à la  
23 CMC. Le plan cancer 2014-2019 réaffirme cette ambition en « généralisant le dossier  
24 communicant de cancérologie (DCC) », en « mobilisant les outils de communication  
25 numérique » (action 2.19) et en « développant la télé-médecine » (action 2.21) [12]. Les

1 patientes fatiguées ou qui se sentent livrées à elle-même consultent plus leur médecin  
2 généraliste. Ces patientes doivent donc être plus assistées et la sélection des patientes pour  
3 une chirurgie ambulatoire doit être attentive. Dans ce sens, des services de retour à domicile  
4 de type PRADO débutent et pourraient peut-être apporter un confort supplémentaire. Le  
5 PRADO chirurgie organise, en fonction des besoins des patientes, la mise en place d'une  
6 infirmière, d'un kinésithérapeute, d'une aide-ménagère ou bien d'un portage de repas et se  
7 met en relation avec le médecin traitant.

8

9 Afin de garantir la qualité des soins et un taux de satisfaction élevé de la prise en charge  
10 chirurgicale du cancer du sein en ambulatoire il est nécessaire de bien protocoliser le parcours  
11 du patient dès son admission jusqu'à sa sortie. Dans les services de gynécologie étudiés, les  
12 admissions se réalisent le matin à partir de 7h. La gestion de l'ordre de passage des patientes  
13 doit être anticipée pour une meilleure qualité de soins. Il est d'usage de réaliser les  
14 interventions qui nécessiteront une surveillance post opératoire plus importante et plus longue  
15 en premier. La chirurgie carcinologique mammaire nécessite parfois de repérer les lésions  
16 mammaires infra cliniques ou le ganglion sentinelle, ce qui peut complexifier l'organisation  
17 de la chirurgie ambulatoire. Cependant l'échelonnage des heures d'arrivées au sein de la  
18 structure hospitalière afin de diminuer au maximum le délai d'attente pré opératoire pourrait  
19 être amélioré. Il est tout à fait possible de réaliser plusieurs mastectomies ambulatoires dans la  
20 même journée si toutefois la durée de surveillance post opératoire réglementaire est assurée.

21

22 La chirurgie ambulatoire est encouragée par les autorités de santé puisque de nombreuses  
23 études internationales bien menées vont dans le sens des résultats de cette étude et montrent  
24 que la chirurgie ambulatoire du cancer du sein apporte des soins sécuritaires et de qualité avec  
25 un taux de satisfaction globalement très élevé [5,6,8]. Secondairement, la chirurgie

1 ambulatoire apporte également une diminution des coûts institutionnels. Dans une revue de la  
2 littérature de 2009, qui compare la chirurgie ambulatoire du cancer du sein à la chirurgie en  
3 hospitalisation complète, 4 études constatent que la chirurgie ambulatoire coûte moins cher  
4 avec des économies allant de 40 à 85 % par rapport aux mêmes interventions en  
5 hospitalisation complète [8]. Dans cette étude, le taux de chirurgie ambulatoire du cancer du  
6 sein tous actes confondus est de 47,6 %, soit déjà quasiment le taux estimé par les centres de  
7 lutte contre le cancer pour 2020 (50 %) [14] et bien au-dessus du taux calculé par l'assurance  
8 maladie entre 2006 et 2009 (27 %) [9,10].

9

10 Plusieurs limites à notre étude existent, comme l'inclusion des patientes de façon prospective  
11 avec plus de la moitié des patientes entrant dans la population cible qui n'ont pas rempli le  
12 questionnaire, entraînant un biais de sélection. Cependant les patientes étaient sélectionnées  
13 de façon consécutive et les critères d'inclusions étaient larges pour être au plus près de la  
14 population cible. Le fait que les questionnaires aient été remplis entre 15 jours et un mois de  
15 l'intervention augmente aussi le risque de biais de mémorisation. Toutefois les questionnaires  
16 étaient anonymisés et les patientes remplissaient seules leur questionnaire, limitant les biais  
17 de mesure.

18

19 Dans la littérature, peu d'études analysent la satisfaction des patientes opérées d'un cancer du  
20 sein en ambulatoire et l'importance du médecin traitant. L'originalité de ce travail réside dans  
21 le fait que nous avons inclus des patientes ayant bénéficié de tout type de chirurgie  
22 mammaire, avec ou sans oncoplastie, avec ou sans curage ganglionnaire, avec ou sans  
23 drainage. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude auprès des médecins généralistes  
24 pour avoir leur ressenti concernant cette prise en charge et leur avis concernant leur rôle et le  
25 lien hôpital-médecine de ville.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25

**Conclusions :**

La chirurgie ambulatoire du cancer du sein parait sûre et de qualité avec un taux de satisfaction global des patientes élevé. En soutien du chirurgien, le médecin traitant semble avoir un rôle important dans le suivi, le rappel des informations importantes et le dépistage des complications post opératoires. Il est l'un des premiers recours des patientes, que ce soit pour des problèmes d'ordre médico-psychologique ou bien d'ordre socio-administratif. Des procédures standardisées, une bonne information sur la prise en charge globale de la maladie et les particularités liées à l'ambulatoire, ainsi que l'échange d'informations entre les praticiens hospitaliers et les médecins généralistes sont les clés de la réussite.

**Déclaration d'intérêt :**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt en lien avec cet article.

1 **Références :**

2

3 [1] INCa - Institut national du cancer. Le cancer du sein ; 2018 [consultée le 15 sept 2018 en  
4 ligne]. Disponible sur : [http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-](http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein)  
5 [cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein.](http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein)

6 [2] Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L et  
7 al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017.  
8 Santé publique France. 2017 [consultée le 15 sept 2018 en ligne] ; 1-80. Disponible sur :  
9 [http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-](http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2018/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2017)  
10 [chroniques-et-traumatismes/2018/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-](http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2018/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2017)  
11 [France-metropolitaine-en-2017.](http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2018/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2017)

12 [3] HAS - Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du sein ; 2015  
13 [consultée le 15 sept 2018 en ligne]. Disponible sur : [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf)  
14 [sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf.](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf)

15 [4] Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 ; 2017  
16 [consultée le 17 oct 2018 en ligne]. Disponible sur : [https://solidarites-](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)  
17 [sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf.](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)

18 [5] Marchal F, Dravet F, Classe JM, Champion L, François T, Labbe D et al. Post-operative  
19 care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. Eur J Surg  
20 Oncol. 2005 ;31(5) :495-9.

21 [6] Guinaudeau F, Beurrier F, Rosay H, Carrabin N, Faure C, Ferraioli D et al. Satisfaction  
22 des patientes opérées par tumorectomie-ganglion sentinelle pour cancer du sein en  
23 ambulatoire. Gynécol Obstet Fertil. 2015 ;43(3) :213-8.

- 1 [7] Margolese RG, Lasry JC. Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Ann Surg Oncol*.  
2 2000 ;7(3) :181–7.
- 3 [8] Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. *Int J Surg*. 2009  
4 ;7(4) :318–23.
- 5 [9] HAS - Haute Autorité de Santé. Socle de connaissances ; 2012 [consultée le 15 sept 2018  
6 en ligne]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_-_socle_de_connaissances.pdf)  
7 [04/rapport\\_-\\_socle\\_de\\_connaissances.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_-_socle_de_connaissances.pdf).
- 8 [10] Inspection générale des finances et des affaires sociales. Perspectives du développement  
9 de la chirurgie ambulatoire en France ; 2014 [consultée le 15 sept 2018 en ligne]. Disponible  
10 sur : [https://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp\\_chirurgie-](https://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp_chirurgie-ambulatoire_rapport.pdf)  
11 [ambulatoire\\_rapport.pdf](https://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp_chirurgie-ambulatoire_rapport.pdf).
- 12 [11] HAS - Haute Autorité de Santé. Guide - affection de longue durée cancer du sein ; 2010  
13 [consultée le 15 sept 2018 en ligne]. Disponible sur : [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf)  
14 [sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald\\_30\\_gm\\_ksein\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf).
- 15 [12] INCa - Institut national du cancer. Plan Cancer 2014-2019 ; 2015 [consultée le 15 sept  
16 2018 en ligne]. Disponible sur : [http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-](http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019)  
17 [des-publications/Plan-Cancer-2014-2019](http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019).
- 18 [13] Luu VP, Le Bihan-Benjamin C, Bousquet PJ. La chirurgie ambulatoire dans le cancer,  
19 évolution de 2010-2015. Institut national du cancer. 2018 [consultée le 15 sept 2018 en  
20 ligne] ; 1-12. Disponible sur : [https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-](https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-chirurgie-ambulatoire-dans-le-cancer-Evolution-de-2010-a-2015)  
21 [des-publications/La-chirurgie-ambulatoire-dans-le-cancer-Evolution-de-2010-a-2015](https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-chirurgie-ambulatoire-dans-le-cancer-Evolution-de-2010-a-2015).

1 [14] UNICANCER. Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? ; 2014 [consultée le 16 sept  
2 2018 en ligne]. Disponible sur : <http://www.unicancer.fr/>.

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

## Tableau 2

### 1 Tableaux :

2

3

### Tableau 1

Données épidémiologiques et opératoires de la population

	n (%)
<b>Caractéristiques de la population</b>	
<i>Age (en années) médiane (min-max)</i>	60,5 (33-89)
<i>Comorbidités</i>	
Pathologies cardiovasculaires	13 (12,5)
Pathologies respiratoires	5 (4,8)
Pathologies neuropsychiatriques	9 (8,7)
Pathologies rénales	1 (1)
Diabète	6 (5,8)
Obésité	6 (5,8)
Pathologies à risque hémorragique ou traitement anticoagulant/antiagrégant	6 (5,8)
<i>Vivre seule</i>	20 (19,2)
<i>Prise en charge chirurgicale ambulatoire antérieure</i>	50 (48,5)
<i>Durée trajet domicile-hôpital le plus proche (moyenne (min-max))</i>	26,8 (5-60)
<b>Données opératoires</b>	
<i>Type de chirurgie</i>	
Mastectomie partielle avec ganglion sentinelle	66 (63,5)
Mastectomie partielle simple	28 (26,9)
Mastectomie partielle avec curage ganglionnaire	9 (8,7)
Mastectomie totale	1 (1)
Mastectomie totale avec curage ganglionnaire	0 (0)
<i>Mises en place complémentaires</i>	
Chambre implantable percutanée	14 (13,5)
Redon	9 (8,7)
<b>Complications post opératoires</b>	
<i>Infection/abcès</i>	0 (0)
<i>Hématome</i>	4 (3,9)
<i>Lymphocèle</i>	5 (4,8)
<i>Problème de cicatrisation</i>	3 (2,9)
<i>Autre</i>	3 (2,9)

4

Questionnaire de satisfaction

	Nombre de réponses	n (%)
<i>Satisfaction globale</i>		
Pas du tout satisfaite	101	2 (2)
Peu satisfaite	101	1 (1)
Satisfaite	101	46 (45,5)
Très satisfaite	101	52 (51,5)
<i>Satisfaction globale de l'accompagnant</i>		
Pas du tout satisfait	98	1 (1)
Peu satisfait	98	3 (3,1)
Satisfait	98	45 (45,9)
Très satisfait	98	49 (50)
<i>Auraient souhaité une hospitalisation complète</i>	99	16 (16,2)
<i>Se sont senties livrées à elles-mêmes</i>	96	8 (8,3)
<i>Recommandation de la procédure à une amie</i>	98	95 (96,9)
<i>Implication dans la décision de la chirurgie ambulatoire</i>	104	93 (89,4)
<i>Facilité d'accès</i>	99	90 (90,9)
<i>Accueil</i>		
Au bureau des entrées	102	99 (97,1)
Dans le service	99	99 (100)
Au bloc opératoire	98	98 (100)
<i>Séjour confortable</i>	100	96 (96)
<i>Respect de l'intimité</i>	101	98 (97)
<i>Information</i>		
Avant la chirurgie	103	102 (99)
Après la chirurgie	95	91 (95,8)
<i>Durée d'attente</i>		
Avant l'opération	99	91 (91,9)
Après l'opération	86	78 (90,7)
<i>Passage du chirurgien</i>	101	101 (100)
<i>Date du rendez-vous post opératoire</i>	96	91 (94,8)
<i>Appel du lendemain</i>	95	87 (91,6)
<i>Asthénie</i>	101	57 (56,4)
<i>Insomnie</i>	99	38 (38,4)
<i>Degré d'anxiété</i>		
Nul	99	10 (10,1)
Léger	99	60 (60,6)
Important	99	20 (20,2)
Très important	99	9 (9,1)
<i>Nausées/Vomissements</i>	102	7 (6,9)
<i>Douleurs</i>		
Pas du tout	102	27 (26,5)
Un peu	102	66 (64,7)
Beaucoup	102	9 (8,8)

**Tableau 3**

Caractéristiques reliées à la préférence de l'hospitalisation complète (HC)

	Préférence de l'HC				p
	Nombre de réponses		n (%)		
	non	oui	non	oui	
<i>Type de chirurgie</i>	83	16			0,035
Mastectomie partielle ganglion sentinelle			57 (68,7)	8 (50)	
Mastectomie partielle simple			22 (26,5)	4 (25)	
Mastectomie partielle avec curage ganglionnaire			4 (4,8)	3 (18,8)	
Mastectomie totale			0 (0)	1 (6,3)	
<i>Comorbidités</i>	83	16			NS
Non			65 (78,3)	12 (75)	
Oui			18 (21,7)	4 (25)	
<i>Vivre seule</i>	83	16			NS
Non			68 (81,9)	12 (75)	
Oui			15 (18,1)	4 (25)	
<i>Prise en charge chirurgicale ambulatoire antérieure</i>	82	16			NS
Non			43 (52,4)	8 (50)	
Oui			39 (47,6)	8 (50)	
<i>Implication dans la décision de la chirurgie en ambulatoire</i>	83	16			0,075
Non			7 (8,4)	4 (25)	
Oui			76 (91,6)	12 (75)	
<i>Information avant la chirurgie</i>	82	16			NS
Insuffisante			1 (1,2)	0 (0)	
Suffisante			81 (98,8)	16 (100)	
<i>Durée d'attente avant la chirurgie</i>	80	16			0,025
Non acceptable			4 (5)	4 (25)	
Acceptable			76 (95)	12 (75)	
<i>Durée d'attente après la chirurgie</i>	71	12			NS
Non acceptable			7 (9,9)	1 (8,3)	
Acceptable			64 (90,1)	11 (91,7)	
<i>Fatigue</i>	82	16			0,030
Non			40 (48,8)	3 (18,8)	
Oui			42 (51,2)	13 (81,3)	
<i>Sommeil</i>	81	16			0,002
Mal dormi			25 (30,9)	12 (75)	
Bien dormi			56 (69,1)	4 (25)	
<i>Degré d'anxiété</i>	81	15			NS

Nul			9 (11,1)	1 (6,7)	
Léger			52 (64,2)	6 (40)	
Important			13 (16,1)	6 (40)	
Très important			7 (8,6)	2 (13,3)	
<i>Nausées/vomissements</i>	83	16			NS
Non			79 (95,2)	14 (87,5)	
Oui			4 (4,8)	2 (12,5)	
<i>Douleurs</i>	83	16			NS
Pas du tout			22 (26,5)	4 (25)	
Un peu			54 (65,1)	10 (62,5)	
Beaucoup			7 (8,4)	2 (12,5)	
<i>Se sont senties livrées à elles-mêmes</i>	79	14			0,016
Non			75 (94,9)	10 (71,4)	
Oui			4 (5,1)	4 (28,6)	
<i>Utilisation du numéro d'urgence</i>	83	16			NS
Non			72 (86,8)	15 (93,8)	
Oui			11 (13,3)	1 (6,3)	
<i>Ré-hospitalisation</i>	76	16			NS
Non			73 (96,1)	14 (87,5)	
Oui			3 (4)	2 (12,50)	
<i>Consultation chez le médecin traitant</i>	83	16			0,060
Non			66 (79,5)	9 (56,3)	
Oui			17 (20,5)	7 (43,8)	
<i>Satisfaction globale</i>	82	16			0,041
Pas du tout satisfaite			1 (1,2)	1 (6,3)	
Peu satisfaite			0 (0)	1 (6,3)	
Satisfaite			36 (43,9)	9 (56,3)	
Très satisfaite			45 (54,9)	5 (31,3)	
<i>Satisfaction accompagnant</i>	80	15			0,005
Pas du tout satisfait			1 (1,3)	0 (0)	
Peu satisfait			0 (0)	3 (20)	
Satisfait			35 (43,8)	7 (46,7)	
Très satisfait			44 (55)	5 (33,3)	
<i>Recommandation de la procédure à une amie</i>	82	13			0,002
Non			0 (0)	3 (23,1)	
Oui			82 (100)	10 (76,9)	
<i>Age moyen en années +/- e.t.</i>	83	16	58,8 +/- 12	61 +/- 14,3	NS
<i>Durée intervention moyenne en minutes +/- e.t.</i>	82	16	61,6 +/- 27,4	82,3 +/- 54,3	0,025
<i>Durée trajet moyen en minutes +/- e.t.</i>	70	12	27,6 +/- 14,4	23,3 +/- 6,2	NS

**Tableau 4**

Caractéristiques reliées au recours post chirurgie au médecin traitant (MT)

	Consultation chez le MT				P
	Nombre de réponses		n (%)		
	non	oui	non	oui	
<i>Type de chirurgie</i>	76	26			NS
Mastectomie partielle ganglion sentinelle			47 (61,8)	19 (73,1)	
Mastectomie partielle simple			21 (27,6)	6 (23,1)	
Mastectomie partielle avec curage ganglionnaire			7 (9,2)	1 (3,9)	
Mastectomie totale			1 (1,3)	0 (0)	
<i>Comorbidités</i>	76	26			NS
Non			60 (79)	18 (69,2)	
Oui			16 (21,1)	8 (30,8)	
<i>Vivre seule</i>	76	26			NS
Non			60 (79)	22 (84,6)	
Oui			16 (21,1)	4 (15,4)	
<i>Prise en charge chirurgicale ambulatoire antérieure</i>	76	26			NS
Non			39 (52)	13 (50)	
Oui			36 (48)	13 (50)	
<i>Implication dans la décision de la chirurgie en ambulatoire</i>	76	26			NS
Non			7 (9,2)	4 (15,4)	
Oui			69 (90,8)	22 (84,6)	
<i>Information avant la chirurgie</i>	75	26			NS
Insuffisante			0 (0)	1 (3,9)	
Suffisante			75 (100)	25 (96,2)	
<i>Information après la chirurgie</i>	72	23			0,003
Insuffisante			0 (0)	4 (17,4)	
Suffisante			72 (100)	19 (82,6)	
<i>Date du rendez-vous post opératoire</i>	73	23			NS
Non adaptée			3 (4,1)	2 (8,7)	
Adaptée			70 (95,9)	21 (91,3)	
<i>Complications</i>	76	26			0,043
Non			69 (90,8)	19 (73,1)	
Oui			7 (9,2)	7 (26,9)	
<i>Fatigue</i>	76	25			0,035
Non			38 (50)	6 (24)	
Oui			38 (50)	19 (76)	
<i>Degré d'anxiété</i>	75	24			NS

Nul			8 (10,7)	2 (8,3)	
Léger			49 (65,3)	11 (45,8)	
Important			13 (17,3)	7 (29,2)	
Très important			5 (6,7)	4 (16,7)	
<i>Nausées/vomissements</i>	76	26			NS
Non			71 (93,4)	24 (92,3)	
Oui			5 (6,6)	2 (7,7)	
<i>Douleurs</i>	76	26			0,018
Pas du tout			25 (32,9)	2 (7,7)	
Un peu			46 (60,5)	20 (76,9)	
Beaucoup			5 (6,6)	4 (15,4)	
<i>Se sont senties livrées à elles-mêmes</i>	72	24			0,022
Non			69 (95,8)	19 (79,2)	
Oui			3 (4,2)	5 (20,8)	
<i>Utilisation du numéro d'urgence</i>	76	26			NS
Non			67 (88,2)	22 (84,6)	
Oui			9 (11,8)	4 (15,4)	
<i>Ré-hospitalisation</i>	70	25			NS
Non			66 (94,3)	24 (96)	
Oui			4 (5,7)	1 (4)	
<i>Satisfaction globale</i>	75	26			NS
Pas du tout satisfaite			2 (2,7)	0 (0)	
Peu satisfaite			1 (1,3)	0 (0)	
Satisfaite			32 (42,7)	14 (53,9)	
Très satisfaite			40 (53,3)	12 (46,2)	
<i>Satisfaction accompagnant</i>	72	26			NS
Pas du tout satisfait			1 (1,4)	0 (0)	
Peu satisfait			1 (1,4)	2 (7,7)	
Satisfait			32 (44,4)	13 (50)	
Très satisfait			38 (52,8)	11 (42,3)	
<i>Age moyen en années +/- e.t.</i>	76	26	58,8 +/- 11,8	60,9 +/- 13,7	NS
<i>Durée trajet moyen en minutes +/- e.t.</i>	64	21	27,4 +/- 14,3	24,8 +/- 10,2	NS