



Diplôme Inter-Universitaire de Chirurgie ambulatoire
Promotion 2020-2021

MASTECTOMIE TOTALE, IMPACT SUR L'ANXIÉTÉ
Étude comparative d'un parcours patient ambulatoire vs conventionnel.

Isabelle Delhomme
Mémoire - août 2021

Remerciements

Merci à Corine Vons et à tous les intervenants de ce DIU, pour cet enrichissement de la culture ambulatoire. De nous apporter les connaissances pour évaluer et développer une prise en charge de qualité au sein des services et merci d'avoir maintenu et réalisé cette formation dans un contexte si particulier.

Merci au Dr Mellie Heinemann pour son aide précieuse à la rédaction de ce mémoire et surtout à ces encouragements ... il en aura fallu !!! Et tout cela malgré un planning déjà extrêmement chargé.

Merci au Dr Chopin pour la réalisation des statistiques.

Merci à mon frère de m'avoir fait partager son expérience et surtout pour sa façon si particulière de me ramener toujours au cœur du sujet.

Merci à Christelle Galvez de croire passionnément en la profession d'infirmière en encourageant les soignants motivés, à aller au bout de leur projet.

Merci à ma super cadre Maud Brunie qui m'a soutenue, écouté et bien souvent arrangée pour que je puisse mener cette formation à bien, et ce malgré les embûches rencontrées au cours de cette période sanitaire difficile.

Merci à mon équipe du service de chirurgie ambulatoire : Caroline, Cyndi, Clara, Fabienne, Gaëtane, Justine, Laura, Léa, Mathilde, Marie, Mélodie, Patricia, Prune, Rosa et les Steph, qui tout du long m'ont écoutée me plaindre puis m'exalter de toutes ces difficultés et découvertes rencontrées. Un vrai ascenseur émotionnel.

Merci à mon amour de m'avoir épaulé au cours de la rédaction de ce mémoire. D'avoir été là pour m'écouter et d'avoir multiplié les attentions pour me permettre d'achever ce travail.

Merci à nos enfants Naomi, Mathis, Nathan, Sacha et Matéo de m'avoir supportée.

Merci à mes amis et à ma famille d'être toujours là pour moi, à l'écoute et rassurant quand il faut.

Table des matières

Introduction.....	4
Matériels et méthodes	6
Résultats	8
Discussion	11
Conclusion	13
Bibliographie.....	14
Annexe 1.....	16
Annexe 2.....	20
Annexe 3.....	21

Introduction

Le plan cancer 2014-2019 français favorise le développement de la chirurgie ambulatoire, car elle « offre des bénéfices reconnus pour les patients en termes de confort et de sécurité des soins, ainsi qu'un gain d'efficacité pour les établissements de santé » (1). L'ambition de ce plan est d'augmenter le taux de chirurgie mammaire carcinologique à 54% en ambulatoire d'ici 2024(1). Actuellement, la mastectomie partielle -zonectomie ou traitement conservateur du sein- est volontiers proposée en ambulatoire pour traiter un cancer du sein. La réalisation d'un curage axillaire commence également à se développer dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire (2). Concernant la mastectomie totale, associée ou non à un geste ganglionnaire, elle reste majoritairement réalisée en hospitalisation prolongée avec un minimum d'une nuit d'hospitalisation post-opératoire. Un parcours de chirurgie ambulatoire pour une mastectomie totale en France reste anecdotique (3). En Alberta (Canada), ce type de parcours de soins a fait l'objet de programmes de réformes de santé favorisant le développement de l'ambulatoire pour la chirurgie mammaire (4). L'un des freins au non-développement de l'ambulatoire selon Keehn *et al.* serait la vision du chirurgien et non le patient lui-même (4). D'autant plus que la qualité de vie d'un patient bénéficiant d'une chirurgie en ambulatoire semble améliorée (5) par rapport à une prise en charge avec une hospitalisation prolongée, et ce même dans le cas d'une mastectomie totale (4).

« L'expérience patient » est définie par l'ensemble des interactions entre une structure de soins et un patient, en y associant ses proches, susceptibles d'influencer sa perception tout au long de son parcours de soins. Ces interactions sont façonnées à la fois par la politique conduite par l'établissement et par la culture de chaque patient accueilli selon le Béryl institut américain (6). La Haute Autorité de Santé (HAS) pilote le dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés : e-satis. Ce questionnaire évalue « l'expérience patient » au cours d'une prise en charge au sein d'une structure de soins. Ce questionnaire permet une évaluation globale du parcours de soins, qu'il soit chirurgical ou médical (7). Lors d'une chirurgie, « l'expérience patient » est influencée par l'anxiété (8). Les répercussions sur le plan physio-psychologique de l'anxiété sont nombreuses et délétères pour le post-opératoire, soulignant l'importance de l'anxiété sur l'expérience patient lors d'une chirurgie (9-11).

L'équipe de séno-gynécologie du Centre Léon Bérard (CLB) associée avec différentes équipes (anesthésistes, coordination, service de chirurgie ambulatoire, infirmières de consultation, secrétariat de chirurgie) ont mis en place un programme de mastectomie totale en ambulatoire. Ce projet est né de la demande de patients. Il débuta en mars 2020, prenant d'autant plus de sens pendant la pandémie du COVID 19. Nous nous sommes demandé comment les patients avaient vécu cette prise en charge.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si le parcours de soins : « hospitalisation prolongée » versus (vs) « ambulatoire » avait un impact sur l'anxiété préopératoire du patient lors d'une mastectomie totale associée ou non à un geste ganglionnaire axillaire.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude comparative, rétrospective et monocentrique réalisée au CLB.

Les données ont été obtenues à partir du dossier patient informatisé du CLB. Le recueil comprenait l'âge du patient, ses antécédents, les données administratives, le compte rendu opératoire, les comptes rendus de consultations avec le chirurgien, l'anesthésiste, les infirmières diplômées d'état (IDE) de coordination (IDEC) et de consultation. Le consentement de chaque patient a été obtenu par téléphone entre avril et mai 2021. Un questionnaire (Annexe 1) leur a été remis par la suite en post-opératoire par mail. Dans le cas où le patient n'avait pas répondu, une relance téléphonique était réalisée à une semaine d'intervalle. Le questionnaire a été conçu en se basant sur le questionnaire HAS : e-satis, en favorisant des questions fermées. La première partie concernait les renseignements généraux du patient : identification du parcours de soins : hospitalisation prolongée (hospitalisation de plus de 12 heures) vs ambulatoire (hospitalisation de moins de 12 heures). Les questions suivantes portaient sur la bonne compréhension des informations données par le chirurgien et l'anesthésiste en préopératoire. Également l'impact de la consultation avec l'IDEC sur leur niveau d'anxiété, ou la proposition d'outils pour gérer cette dernière étaient évalués. Enfin le ressenti face à la sortie de l'hôpital et la nécessité de contacter un soignant de manière imprévue ont été recherchés.

Les critères d'inclusion étaient : patient ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale par mastectomie totale, associée ou non à un geste ganglionnaire axillaire entre mars 2020 et juin 2021 au CLB. Une réponse au questionnaire était nécessaire pour participer à l'étude, ainsi que l'accord de la patiente. Dans le cas contraire, les patients n'étaient pas inclus dans l'étude. Les patients bénéficiant d'une reconstruction mammaire immédiate, un âge inférieur à 18 ans, ainsi que les patients de sexe masculin étaient exclus de l'étude.

Si les patients ayant bénéficié d'une prise en charge en ambulatoire, entre mars 2020 et juin 2021, ont tous été contactés pour participer à l'étude, les patients bénéficiant d'une hospitalisation prolongée ont été choisis au hasard. Les chirurgies ont été réalisées par des chirurgiens séniors. Dans tous les cas, un drainage a été mis en place. Le choix d'une prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation prolongée était laissé au libre choix du chirurgien et du patient.

Le parcours de soins « hospitalisation prolongée » vs « ambulatoire » présente des similitudes à savoir : en préopératoire : une consultation auprès du chirurgien, puis de l'anesthésiste

validant la possibilité d'une prise en charge ambulatoire éventuelle ou non, et enfin l'IDEC. L'IDEC remettait au patient le Parcours Personnalisé de Soins (PPS), rappelant les différentes étapes du parcours de soins. Le PPS est adapté au parcours de soins du patient et diffère selon le mode d'hospitalisation (Annexe 2-3). L'IDEC réalisait également la « consultation d'annonce » dans le cadre de la prise en charge d'un cancer du sein, remettait un ensemble de conseils sur la suite de la prise en charge (présentation des prothèses, manipulation du drain...) et la conduite à tenir en cas de complications post-opératoires.

Dans le cas du parcours « ambulatoire », l'IDEC anticipait le retour à domicile du patient et se mettait en lien avec l'IDE libérale (IDEL) qui poursuivrait les soins du patient au domicile. Elle l'informait du parcours « ambulatoire » avec la téléconsultation à J1 post-opératoire, soit le lendemain de la chirurgie. Cette téléconsultation était réalisée par vidéo entre l'IDEC du CLB, le patient à domicile accompagné de son IDEL. Il s'agissait donc de réaliser un télésoin à J1 post-opératoire permettant de valider l'absence de complications, d'en faciliter la prise en charge si besoin, et d'accompagner l'IDEL et le patient au cours du premier pansement. Les patients bénéficiant d'une mastectomie en ambulatoire arrivaient le matin de l'intervention et étaient hospitalisés dans une chambre seule du service ambulatoire. Elles passaient au bloc opératoire en première ou deuxième position. Les ordonnances post-opératoires (pansement, IDEL, antalgiques, kinésithérapeute éventuellement, prothèse mammaire...) étaient remises en préopératoire.

Dans le parcours « hospitalisation prolongée », les patientes arrivaient le matin de l'intervention et étaient hospitalisées dans le service ambulatoire comme tous les autres patients. Les ordonnances post-opératoires étaient remises à la sortie d'hospitalisation. Depuis mai 2021, elles sont remises en préopératoire systématiquement. L'hospitalisation prolongée est définie par une nuit d'hospitalisation après la chirurgie, avec une sortie le lendemain de la chirurgie. Aucun télésoin systématique n'est réalisé après la sortie de l'hospitalisation. De plus l'IDEC ne se met pas en lien avec l'IDEL en préopératoire.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS. Les données qualitatives ont été analysées par un test du χ^2 . Un test de Student a été réalisé pour analyser les données quantitatives. L'analyse multivariée, selon une régression logistique, a été réalisée en incluant les variables avec une valeur de $p < 0,2$. Une différence était considérée comme significative pour une valeur de $p \leq 0,05$.

Résultats

Entre mars 2020 et juin 2021, 45 patientes ont bénéficiées d'une mastectomie totale en ambulatoire au CLB. 15 patientes n'ayant pas répondu au questionnaire n'ont pas été incluses dans l'étude. Dans le groupe hospitalisation prolongée, 39 patientes avaient été sélectionnées pour participer à l'étude. Cependant 9 patientes n'ont pas été incluses en raison d'une non-réponse au questionnaire. Au total, 30 patientes ont été incluses dans notre étude pour chaque groupe. Le questionnaire a été remis rétrospectivement aux patientes, au plus tôt un mois après la chirurgie, et 15 mois au plus tard. Les patientes n'ayant pas répondu dans la semaine suivant l'envoi du questionnaire ont bénéficié d'une relance téléphonique. On a noté que certaines patientes n'avaient pas répondu au questionnaire pour des difficultés informatiques à remplir le questionnaire.

L'âge moyen de la cohorte de patientes était de 54,8 ans avec un minimum de 29 ans et un maximum de 85 ans. Parmi les 30 patientes ayant bénéficié d'une prise en charge ambulatoire, 4 patientes ont été converties en hospitalisation prolongée : 3 en raison d'un hématome ne nécessitant pas de reprise chirurgicale et 1 pour malaise vagal. Dans le groupe hospitalisation prolongée, il n'y a pas eu de reprise chirurgicale.

Le tableau 1 décrit les réponses aux questionnaires en fonction du parcours de soins. Les deux groupes étaient comparables par rapport à la compréhension de la chirurgie en préopératoire. Si les patientes prises en charge en ambulatoire avaient plus souvent bénéficié d'une chirurgie en ambulatoire auparavant, il n'y avait pas de différence significative entre nos deux groupes ($p=0,12$). On note que les patientes du groupe ambulatoire avaient plus souvent eu des demandes pour valider la compréhension du déroulement de la journée opératoire (89,3% vs 16,1% ; $p<0,0001$) que dans le groupe hospitalisation prolongée. La remise des ordonnances post-opératoires était significativement plus fréquente dans le groupe ambulatoire (89,3% vs 38,7% ; $p<0,0001$). Si le taux de consultation préopératoire avec l'IDEC est équivalent entre les deux groupes ($p=0,46$), on note significativement plus de consultations téléphoniques préopératoires avec l'IDEC dans le groupe ambulatoire (53,6% vs 9,7% ; $p<0,0001$). Dans tous les cas, l'impact de cette consultation sur l'anxiété était identique entre nos deux groupes ($p=0,42$). Les patientes du groupe ambulatoire avaient significativement mieux dormi la veille de la chirurgie que celles en hospitalisation prolongée (64,3% vs 29% ; $p=0,003$), et avaient une EVA (Echelle Visuelle Analogique) anxiété moindre en préopératoire ($p=0,009$) avec un sentiment de sécurité à la sortie de l'hospitalisation plus important ($p=0,03$).

Tableau 1 : Analyse descriptive de la cohorte

Service	Ambulatoire		Hospitalisation prolongée		p<0.05
Nombre de patientes	30		30		
Age (médiane en années, [+/-écart-type])	51,9	[± 13,8]	57,5	[± 12,5]	0,12
ATCD parcours ambulatoire	16	57,1%	15	50%	0,59
Compréhension					
Chirurgie	26	92,9%	28	90,3%	0,73
Technique	22	78,6%	25	80,6%	0,84
Suites opératoires habituelles	23	82,1%	26	83,9%	0,86
Complications, signes d'alerte	23	82,1%	25	80,6%	0,88
Question sur compréhension déroulement journée	25	89,3%	5	16,1%	<0,0001
Compréhension informations préopératoires					
Consignes de jeûne	27	96,4%	27	87,1%	0,20
Préparation cutanée	25	89,3%	27	87,1%	0,80
Ordonnances de sortie	25	89,3%	12	38,7%	<0,0001
Questionnement anxiété	17	60,7%	14	45,2%	0,16
Consultation IDEC préopératoire	23	82,1%	23	74,2%	0,46
Appel IDEC préopératoire	15	53,6%	3	9,7%	<0,0001
Impact consultation IDEC (diminution anxiété)	22	78,6%	15	48,4%	0,42
Intérêt de l'absence de prémédication	4	14,3%	0	0,0%	0,03
Outils gestion de l'anxiété					
Debout	21	75,0%	28	90,3%	0,12
Hypnose	0	0,0%	4	12,9%	0,05
Musicothérapie	0	0,0%	3	9,7%	0,09
Casque réalité virtuelle	3	10,7%	5	16,1%	0,54
Sommeil veille chirurgie	18	64,3%	9	29,0%	0,003
Anxiété jour chirurgie	16	57,1%	21	67,7%	0,16
EVA anxiété préopératoire (médiane +/-écart type)	4,6	+/-2,8	6,6	+/-2,6	0,009
EVA anxiété post-opératoire (médiane +/-écart type)	3,7	+/-3,0	5	+/-2,9	0,08
Sécurité à la sortie	25	89,3%	20	64,5%	0,03
Consultation imprévue	3	10,7%	8	25,8%	0,14

A partir de l'analyse descriptive, nous avons mis en évidence que la médiane de l'EVA anxiété pré de la cohorte était d'une valeur 6. Nous avons considéré qu'une EVA anxiété < 6 correspondait à un faible taux d'anxiété dans notre cohorte. En revanche, une valeur ≥ 6 soulignait une anxiété marquée. En analyse univariée, les facteurs qui impactaient significativement l'EVA anxiété sont représentées par la compréhension du déroulement de la journée (p=0.006), des ordonnances (p=0,02), un meilleur sommeil la veille de la chirurgie (p<0,001), un sentiment de sécurité à la sortie (p=0,03), et le parcours ambulatoire (p=0,01) (Tableau 2).

Tableau 2 : Facteurs de risque de l'anxiété : analyse univariée

Taux anxiété	Faible (<6)		Important (≥6)		p<0,05
Age≥55 (médiane 55ans)	13	54,2%	17	50,0%	0,63
ATCD ambulatoire	15	62,5%	15	44,1%	0,20
Compréhension					
Chirurgie	24	100,0%	29	85,3%	0,05
Techniques	21	87,5%	25	73,5%	0,20
Suites habituelles	21	87,5%	27	79,4%	0,42
Complications, signe d'alerte	21	87,5%	26	76,5%	0,29
Question sur compréhension déroulement journée	19	79,2%	11	32,4%	0,006
Compréhension information					
Consigne de jeûne	23	95,8%	30	88,2%	0,31
Préparation cutanée	23	95,8%	29	85,3%	0,19
Ordonnances de sortie	19	79,2%	17	50,0%	0,02
Questionnement anxiété	13	54,2%	18	52,9%	0,98
Consultation IDEC préopératoire	18	75,0%	27	79,4%	0,69
Appel IDEC préopératoire	10	41,7%	8	23,5%	0,09
Impact consultation IDEC	18	75,0%	19	55,9%	0,06
Intérêt de l'absence de prémédication	2	8,3%	1	2,9%	0,36
Outils gestion de l'anxiété					
Debout	19	79,2%	29	85,3%	0,54
Hypnose	1	4,2%	3	8,8%	0,49
Musicothérapie	0	0,0%	3	8,8%	0,14
Casque réalité virtuelle	5	20,8%	3	8,8%	0,19
Sommeil veille de la chirurgie	18	75,0%	8	23,5%	<0,0001
Sécurité à la sortie	23	95,8%	21	61,8%	0,03
Consultation imprévue	2	8,3%	9	26,5%	0,08
Ambulatoire vs Hospitalisation prolongée	16	66,7%	11	32,4%	0,01

En analyse multivariée, seul le parcours ambulatoire diminuait significativement l'anxiété (Odd Ratio (OR) 7,00 [1,01 – 48,31], p=0,05).

Discussion

L'impact de l'anxiété préopératoire sur le déroulement postopératoire est connu depuis plusieurs années (10). Le risque de complications post-opératoire augmente avec une anxiété préopératoire importante (9-11). Il est donc important de prendre en charge l'anxiété préopératoire du patient afin de limiter le risque de complication post-opératoire et d'améliorer le vécu du patient au cours de sa prise en charge thérapeutique (8). Notre étude met en évidence une diminution significative de l'anxiété préopératoire des patients lors d'une mastectomie totale en ambulatoire par rapport à une hospitalisation prolongée (OR : 7 [1,01-48,31], $p=0,05$). On note qu'il n'y a pas eu de reprises chirurgicales dans nos deux groupes de patients.

La question sur la compréhension du parcours de soins était significativement plus fréquente dans le groupe ambulatoire (89,3% vs 16,1% dans le groupe hospitalisation prolongée, $p<0,0001$), et représenté un facteur de risque d'anxiété dans notre analyse univarié ($p=0,006$). En effet, la compréhension du parcours de soins avant la chirurgie a un impact significatif sur l'anxiété du patient (12). L'entretien réalisé en préopératoire par les IDEC permet une répétition de l'information remise par le chirurgien initialement. Cet entretien avait un impact sur la diminution l'anxiété du patient dans 55,9% des cas pour le parcours hospitalisation prolongée et 75% des cas pour le groupe ambulatoire. Les IDEC complétaient l'information remise et répondaient aux questions du patient. L'étude de Pereira *et al.* (11) souligne l'impact significatif d'une consultation préopératoire par des infirmières formées à l'empathie et à l'écoute des patients en termes de diminution de l'anxiété préopératoire ($p<0,001$) et douleur ($p<0,001$), un meilleur vécu de la chirurgie ($p<0,01$) avec une meilleure reprise des activités quotidiennes ($p<0,001$). Enfin, il y a eu plus d'appels téléphoniques préopératoires avec les IDEC dans le groupe ambulatoire (53,7% vs 9,7%, $p<0,0001$). En effet, le parcours ambulatoire a été favorisé pendant la période de pandémie du COVID 19, ainsi les consultations avec les IDEC étaient plus souvent réalisées en distancielle. Cet entretien à distance semble avoir gardé son impact sur la diminution de l'anxiété puisqu'il n'y avait pas de différence significative entre nos deux groupes ($p=0,06$).

Les outils proposés en cas d'anxiété préopératoire le jour de la chirurgie dans notre étude sont représentés par la musicothérapie, l'hypnose et le casque de réalité virtuelle. Il y avait une tendance à une plus forte utilisation de ces outils lors d'une hospitalisation prolongée qu'en ambulatoire (sans différence significative). La durée d'attente dans le service de chirurgie

ambulatoire était souvent plus importante dans le groupe hospitalisation prolongée. Les patients du groupe ambulatoire allant au bloc opératoire dans la majorité des cas en première position. L'évaluation de l'anxiété ressentie par le patient en préopératoire par le personnel soignant n'est pas systématique dans notre étude (60,7% pour l'ambulatoire vs 45,2% pour l'hospitalisation prolongée, $p=0,16$). De ce fait en l'absence d'évaluation préopératoire, la mise en place d'outils pour diminuer l'anxiété le jour de la chirurgie paraît plus complexe. Il faudrait évaluer systématiquement l'anxiété du patient pour anticiper la mise en place d'outils. La prémédication à base d'anxiolytique, prescrite par l'anesthésiste lors de la consultation, est proposée en fonction de l'état anxieux du patient le jour de la chirurgie. Cette pratique est controversée, car elle est associée à une augmentation du temps de récupération. Interroger les patients en début de parcours de soins, préopératoire, permettrait d'adapter les discours des soignants, voire de former le patient à certains outils, l'autohypnose par exemple. En 2006, Saadat *et al.* montraient la diminution significative de l'anxiété à l'aide de l'hypnose lors d'une chirurgie (13). Ainsi l'hypnose semble être un bon outil pour diminuer l'anxiété des patients lors d'une chirurgie. L'autohypnose peut s'apprendre en préopératoire et permettrait au patient d'avoir un outil pour contrôler leur anxiété lors d'une prise en charge chirurgicale.

Cette étude présente plusieurs biais. D'une part il s'agit d'une étude rétrospective avec les biais inhérents à ce type d'étude. Le questionnaire est remis rétrospectivement aux patientes, avec des délais différents par rapport à la chirurgie ce qui peut entraîner un biais de mémoire. Certains questionnaires ont été remplis par téléphone et d'autres par mail ce qui peut entraîner un biais dans les réponses. Enfin, le nombre de patients dans chaque groupe peut s'associer à un manque de puissance dans notre étude.

Conclusion

Notre étude met en évidence une diminution significative de l'anxiété des patients lors d'une chirurgie ambulatoire par rapport à une hospitalisation prolongée pour une mastectomie totale. Le parcours ambulatoire implique une information du patient et sa participation active au cours de sa prise en charge, le rendant acteur de ses soins. On pourrait envisager le développement de formation préopératoire du patient à l'utilisation d'outils pour diminuer son anxiété comme l'autohypnose par exemple.

Bibliographie

1. INCA. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. 2014 févr. Report No.: PLANKPNRT14. Disponible sur:<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>.
2. Dravet F, Belloin J, Dupré PF, François T, Robard S, Theard JL, Classe JM. Place de la chirurgie ambulatoire en chirurgie sénologique. Etude prospective de faisabilité [Role of outpatient surgery in breast surgery. Prospective feasibility study]. *Ann Chir.* 2000 Sep;125(7):668-76. French. doi: 10.1016/s0003-3944(00)00258-3. PMID: 11051698.
3. Taux de chirurgie ambulatoire de 2017 : un ralentissement de sa croissance qui interroge sur l'objectif de 70% en 2022, AFCA, 18 juillet 2017.
4. Keehn AR, Olson DW, Dort JC, Parker S, Anderes S, Headley L, Elwi A, Estey A, Crocker A, Laws A, Quan ML. Same-Day Surgery for Mastectomy Patients in Alberta: A Perioperative Care Pathway and Quality Improvement Initiative. *Ann Surg Oncol.* 2019 Oct;26(10):3354-3360. doi: 10.1245/s10434-019-07568-5. Epub 2019 Jul 24. PMID: 31342384.
5. Mattila K, Lahtela M, Hynynen M. Health-related quality of life following ambulatory surgery procedures: assessment by RAND-36. *BMC Anesthesiol.* 2012 Dec 5;12:30. doi: 10.1186/1471-2253-12-30. PMID: 23217178; PMCID: PMC3556308.
6. Wolf, Jason A. PhD, CPXP; Niederhauser, Victoria DrPH, RN; Marshburn, Dianne PhD, RN, NE-BC; and LaVela, Sherri L. PhD, MPH, MBA (2014) "Defining Patient Experience," *Patient Experience Journal*: Vol. 1 : Iss. 1 , Article 3. DOI: 10.35680/2372-0247.1004
7. E satis IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés. Article HAS - Mis en ligne le 02 juin 2021.
8. Maurice-Szamburski A, Auquier P, Viarre-Oreal V, Cuvillon P, Carles M, Ripart J, Honore S, Triglia T, Loundou A, Leone M, Bruder N; PremedX Study Investigators. Effect of sedative premedication on patient experience after general anesthesia: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2015 Mar 3;313(9):916-25. doi: 10.1001/jama.2015.1108. PMID: 25734733.8.
9. Kiecolt-Glaser JK, Page GG, Marucha PT, MacCallum RC, Glaser R. Psychological influences on surgical recovery. Perspectives from psychoneuroimmunology. *Am Psychol.* 1998 Nov;53(11):1209-18. doi: 10.1037//0003-066x.53.11.1209. PMID: 9830373.
10. Parris WC, Matt D, Jamison RN, Maxson W. Anxiety and postoperative recovery in ambulatory surgery patients. *Anesth Prog.* 1988 Mar-Apr;35(2):61-4. PMID: 3166347; PMCID: PMC2148590.

11. Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho IP. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Educ Couns*. 2016 May;99(5):733-8. doi: 10.1016/j.pec.2015.11.016. Epub 2015 Nov 26. PMID: 26654958.
12. Suzanne M. Miller. *Coping with Impending Stress: Psychophysiological and Cognitive Correlates of Choice*. First published: November 1979. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01523.x>.
13. Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, Kaplan D, Saadat A, Wang SM, Kain ZN. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesth Analg*. 2006 May;102(5):1394-6. doi: 10.1213/01.ane.0000204355.36015.54. PMID: 16632816.

Annexe 1

Questionnaire d'évaluation de l'anxiété

Nom

.....

Prénom

.....

Age

.....

Profession

.....

Votre intervention a t elle eu lieu en service ambulatoire ou avez vous été hospitalisé en service conventionnel (une nuit ou plus)?

- Service de chirurgie ambulatoire
- Service conventionnel

Avez vous déjà eu une intervention en ambulatoire?

- OUI
- NON

Lors de la consultation , vous a t on demandé ce que vous aviez compris des informations que vous avez reçus sur:

- le nom de la chirurgie
- sa technique
- ses suites habituelles
- ses complications et signes d'alertes

Lors de la consultation pré-opératoire, vous a-t-on demandé ce que vous aviez compris des informations que vous avez reçus sur le déroulement de votre journée en ambulatoire?

- OUI
- Non

Lors des consultations pré-opératoire, vous a-t-on demandé ce que vous avez compris des informations que vous avez reçu sur:

- Les consignes de jeun préopératoire
- Les consignes de préparation cutanée
- Vos ordonnances de sorties et notamment la gestion de votre douleur postopératoire avec les médicaments

Avez vous été interrogé sur votre niveau d'anxiété?

- OUI
- Non

Avez vous eu une consultation avec une infirmière de coordination en préopératoire

- OUI
- Non

Avez vous eu un rendez vous téléphonique avec une infirmière de coordination?

- OUI
- NON

Si oui , ce rendez vous vous a-t-il permis de diminuer votre anxiété par rapport à la chirurgie prévue?

- OUI
- NON

Vous a-t-on expliqué l'intérêt de l'absence de prémédication(médicament pour vous détendre)?

- OUI
- NON

Vous a-t-on proposé des outils pour gérer votre éventuelle anxiété?

- Départ debout au bloc
- Hypnose
- Musicothérapie
- Casque de réalité virtuel

Comment avez vous dormi la veille de votre intervention?

- Plus mal que prévu
- Mieux que prévu

Le jour de votre intervention étiez vous anxieuse?

- OUI
- Non

Quel était votre niveau d'anxiété, en pré-opératoire sur une échelle de 0 à 10?(0 pas du tout et 10 énormément)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quel était votre niveau d'anxiété en post opératoire sur une échelle de 0 à 10,

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

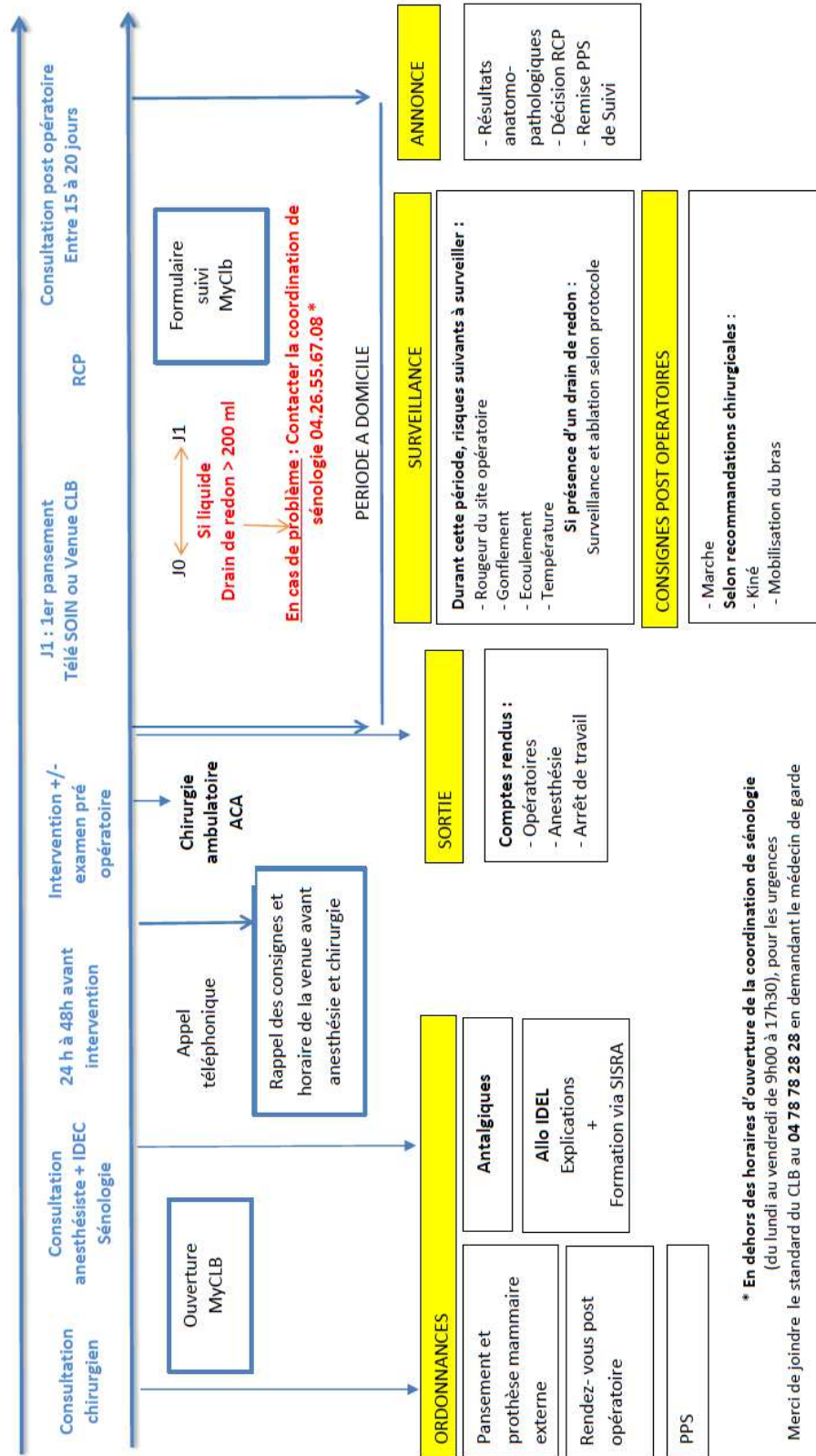
Vous êtes vous senti en sécurité au moment de votre sortie?

- OUI
- Non

Avez vous eu besoin de consulter de façon imprévue un soignant (en ambulatoire, anesthésiste, chirurgien ou votre médecin généraliste) après votre sortie?

- OUI
- Non

CHIRURGIE DU SEIN MASTECTOMIE AMBULATOIRE



* En dehors des horaires d'ouverture de la coordination de sénologie (du lundi au vendredi de 9h00 à 17h30), pour les urgences Merci de joindre le standard du CLB au 04 78 78 28 28 en demandant le médecin de garde

