

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

ANNÉE 2023

2023 TOU3 1509

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Justine DEBIOL

le 30 mars 2023

**Évaluation de l'information délivrée aux patients bénéficiant
d'une chirurgie thoracique à visée oncologique**

Directeur de thèse : Dr Elodie Clauzet

JURY

Monsieur le Professeur Olivier FOURCADE
Monsieur le Professeur Vincent MINVILLE
Monsieur le Professeur Laurent BROUCHET
Madame le Docteur Elodie CLAUZET
Monsieur le Docteur François LABASTE

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur



FACULTE DE SANTE

Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

Tableau des personnels HU de médecine

Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck Professeur CARON Philippe

Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel Professeur ROUGE Daniel

P.U. - P.H.
 Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
P.U. Médecine générale :			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

Remerciements

Au Pr Fourcade et Pr Minville, merci pour votre accompagnement tout au long de mon internat.

Au Pr Brouchet, merci de m'avoir permis de conduire mon étude dans votre service et pour vos conseils bienveillants.

Au Dr Clauzet, merci de m'avoir fait confiance pour réaliser ce travail et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail de thèse.

Au Dr Labaste, merci d'avoir accepté de m'aider pour cette thèse et merci pour ton accueil chaleureux au sein de ton service.

Merci aux services de CMF, chirurgie thoracique, de pédiatrie-maternité, de réanimation rangueil, de chirurgie orthopédique et de chirurgie cardiaque de m'avoir accueillie et formée

A Jeanne, mon plus grand bonheur.

A Grégoire, merci d'être ma moitié depuis tant d'années et de m'apporter tant de bonheur, je ne pourrais être plus heureuse. En plus d'être un conjoint exceptionnel tu es le meilleur des papas. Je suis si fière de notre famille. Il me tarde de vivre le reste de notre vie et à tes côtés rien ne me fait peur.

Papa et Maman, merci d'avoir été des parents tant attentionnés, aimants bienveillants (surtout à l'adolescence). Le rôle de grands parents vous va si bien et Jeanne a de la chance de vous avoir ! Quelle fierté et quelle chance de vous avoir comme parents !

A Clara et Pierre Nicolas, ou plutôt maintenant Marraine et tonton PN, tellement heureuse de vous avoir à Toulouse et de pouvoir partager tous ces moments avec vous.

A Héloïse dite Ni ou Haut Heloise, merci d'être celle que tu es et de me crier parfois.

Mamiechat et Gérard, merci pour cet accueil pour tant de révisions et tant de journées sans avoir vu la lumière mais en étant si bien entourée. Merci à Mamie sans qui cette thèse aurait été truffée de fautes d'orthographe.

Mamie et Papy pierre merci d'avoir toujours été là, et surtout merci pour les fameuses queues de langouste !

A Guilhem, Bénédicte, Alexis et Charlotte, merci pour votre accueil précieux à Carcassonne pendant ces 6 mois. Hâte de voir enfin votre chalet !

A Pascal, mon parrain.

A Jean Pierre, mon mentor familial. Je reprends avec plaisir le flambeau de l'anesthésie.

A Anne et Franck les meilleurs beaux-parents que je ne pouvais espérer avoir.

A la famille Deglane, merci de m'avoir accueilli si chaleureusement au sein de votre famille. Je suis très fière d'être une bell's et tata juju. Quelle chance de vous avoir.

Mathilde ma plus belle rencontre au cours de ces études. Tu as été mon binôme pendant tant d'années et je n'en serais sûrement pas arrivée là sans toi. De nos sorties folles aux journées si studieuses dans notre appartement je ne garde que des bons souvenirs de nos années fac. Il me tarde que nous nous en créions d'autres !

Val, qu'elle belle rencontre autour de ce mystérieux alcool aux notes d'arbres. De fin cordon bleu à grand sportif tu m'impressionne. Je vous souhaite tout le meilleur pour votre long périple à vélo !

Louise, depuis ce premier jour de 6^{ème} j'ai la chance de pouvoir t'avoir dans ma vie et d'avoir pu traverser toutes ces années avec toi. Sans toi je n'aurais probablement jamais eu ma PACES mais je n'aurais surtout pas vécu tous ces bons moments de ton appartement parisien à nos balades à vélos tarnaises.

Max, grâce à toi j'ai découvert le perroquet énervé et n'en boirais plus jamais. De gueule de bois sur mon canapé à homme bientôt marié je n'en reviens pas ! Je vous souhaite plein de bonheur.

Yasmine et Gwendall, les plus beaux des mariés. Vous vous êtes faits une si jolie vie à Montpellier, il me tarde d'enfin venir vous voir là-bas !

Ma petite Clelie, quel bonheur de te retrouver lors de nos week end semestriels entre zooz. Je te souhaite plein de bonheur et surtout je n'ai qu'une hâte c'est que tu reviennes enfin à Toulouse !!

Céline notre aventurière du groupe, notre grimpeuse de montagne, je t'admire tellement pour tous ces défis que tu réalises et espère pouvoir en partager un petit bout sur ta prochaine expédition !

Ma belle Juliette, toujours pleine de joie et de motivation surtout quand une soirée s'annonce ! Hâte de faire la prochaine

Anna, ou Bad ou la Tornade, ton énergie débordante égaille chaque moment passé avec toi.

Carlo, mon Mexicano, tu es présent depuis le début. Grace à toi j'ai passé le meilleur voyage de ma vie et vécu tant de soirées si folles. Je suis si fière de toi. Je te souhaite tout le bonheur du monde avec Céline.

Baptiste, mon binôme de P2, ensemble nous avons fait les 400 coups. Même si nous nous sommes éloignés je tiens toujours autant à toi. J'espère vraiment que nous pourrons arriver à nous voir plus souvent et pouvoir voir Margaux, Charlie et la petite merveille à venir.

Baietto ou Ped, merci d'avoir été mon quasi ta colocataire pendant 4 ans.

Clement, ou Johnny, bientôt papa je n'en reviens pas ! Je te souhaite tout le bonheur du monde.

A Margaux et Vincent, les nouveaux tahitiens ! Tellement contente d'avoir fait votre connaissance, vous êtes des gens extraordinaires ! Profitez bien de votre voyage et rentrez vite !

A Lorene qui met des paillettes dans nos vies. Quand je pense à toi je te revois toujours en 6^{ème} arriver avec tes baskets vert fluo.

A Mathilde ou Duck, notre prof de math préférée ; à **Manue Yo** ou marraine ; à **Gabrielle** ou gabrielle tant de bons moments passés avec vous notamment à Hossegor ou Paris depuis tant d'années (cf we are the world meilleure vidéo).

Lise, il a fallu que nous prenions la même spécialité pour enfin se rencontrer quel dommage ! Quel plaisir de faire nos petits moments filles autour d'un verre ou plus ;), un peu plus rare en ce moment il faut l'avouer mais à re faire très rapidement ! Je t'admire énormément.

Albert mon binôme de l'internat, cela n'aurait pas été pareil sans toi, tes baskets hors de prix et tes chaussettes très atypiques. Merci d'avoir toujours été là pour moi et surtout et de m'avoir appris ce qu'était une belle Rolex.

Louise ma petite niçoise ! Tellement contente de t'avoir rencontré ! Tu es un vrai rayon de soleil !

Albin mon second co équipier de stage, de la périph à la CMF je suis si contente de les avoir passés avec toi ! Courage pour ta thèse !!

Maxmo, le meilleur des co internes tout simplement. Petit croissant le matin et mot d'encouragement sur le DECT je ne pouvais rêver mieux. Tes multiples blagues vont vraiment me manquer. Ps : tu fais très bien l'anesthésiste mais tu ne bois pas assez de café.

A **Mimi**, Mon autre binome de CCV, je suis si contente de t'avoir rencontrée. Tu es juste parfaite ne change jamais.

A **Tiphaine, Marine, Sabrina, Louise** merci pour ces bons moments passés en stage avec vous.

A **Dim et Marina**, une si belle rencontre. Je me sens très chanceuse de vous avoir dans ma vie. Ps : Dimitri tu es marié à Marina et non à Greg ne l'oublie pas.

A **Maxime et Maeva** et au petit Mathis qui est définitivement le plus mignon des enfants. Je suis très heureuse de vous avoir rencontré et passé de si bons moments avec vous. Maeva tu as vraiment été un soutien, un guide et un exemple dans la découverte de la maternité. Il me tarde de voir Jeanne et Mathis grandir ensemble.

A **Baptiste et Natasha**, à notre voyage au cœur de la Bosnie et à toutes les merveilleuses soirées qu'on a passé ensemble et aux multiples soirées à venir.

Toto notre guadeloupéen du groupe, tellement gentil et généreux. Qu'elle chance tu as d'être sur ton île ! Nous n'avons qu'une hâte, y revenir !

A mon **Seb** ou mon petit Sebby, nos petites discussions me manquent, j'ai hâte que tu reviennes enfin de Paris !

A **Alexia** une de mes plus belles rencontres de ces dernières années. Je vous souhaite tout le bonheur du monde avec **Arnaud** !

A **Seb et Elodie**, il me tarde tellement de venir enfin voir votre maison ! Nos petits rendez-vous du vendredi après la capacité de médecine du sport me manquent !

Évaluation de l'information délivrée aux patients bénéficiant d'une chirurgie thoracique à visée oncologique

Introduction : En chirurgie thoracique oncologique l'apport d'informations de qualité aux patients est primordiale et a démontré des effets bénéfiques concernant leur prise en charge notamment concernant l'anxiété et la douleur. L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la satisfaction de l'information reçue chez les patients bénéficiant d'une chirurgie thoracique à visée oncologique et d'identifier les besoins d'informations non satisfaits. Les objectifs secondaires de cette étude sont d'évaluer l'impact de l'information délivrée sur l'anxiété pré opératoire, la durée d'hospitalisation, la douleur post opératoire ainsi que de rechercher les facteurs intervenant sur la satisfaction vis-à-vis de l'information reçue.

Méthodes : L'étude a été conduite au sein du service de chirurgie thoracique du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse à l'Hôpital Larrey. Un questionnaire de satisfaction de l'information reçue EORTC 25 a été délivré aux patients la veille de la sortie d'hospitalisation. Un questionnaire APAIS a été délivré la veille de la chirurgie, un questionnaire de satisfaction globale INPATSAT 32 et un questionnaire sur la réhabilitation accélérée après chirurgie Score RAAC ont quant à eux été délivrés la veille de la sortie.

Résultats : 142 patients ont été inclus et 87 patients ont été analysés. Les patients présentent un score médian EORTC25 à 63,14 [50.5 ; 81.7] et 85% des patients étaient satisfaits de la quantité d'informations reçues. Les patients désirent plus d'informations concernant la maladie, son suivi et la suite de soins. Une durée d'hospitalisation prolongée ($p=0,0015$) et une chirurgie plus lourde ($p=0,0423$) sont associées à une baisse de la satisfaction de l'information reçue. Les patients non satisfaits de l'information reçue présentent une satisfaction globale ($p<0,0001$) et une satisfaction diminuée vis-à-vis de l'information reçue sur la réhabilitation accélérée après chirurgie ($p<0,0001$). La satisfaction de l'information reçue ne semble pas associée à l'anxiété et à la douleur post opératoire.

Conclusion : Les patients sont satisfaits de l'information reçue mais désirent recevoir plus d'informations notamment sur la maladie, sa prise en charge et sur la prise en charge lors du retour au domicile. L'information doit être délivrée de manière pluridisciplinaire, adaptée au patient et au type de chirurgie.

Evaluation of the informations delivered to patients undergoing thoracic surgery for oncological purposes

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Anesthésie-Réanimation

MOTS-CLÉS : Education, Patient, Tumeur pulmonaire, Satisfaction patient, Chirurgie Thoracique, Information, Evaluation

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de Santé de Toulouse
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Elodie CLAUZET

Abréviations

AG : Anesthésie Générale

ALR : Anesthésie locorégionale

APAIS : Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale

APD : Anesthésie péridurale

ASA : American Society of Anesthesiology

CBNPC : Cancer bronchique non à petites cellules

EORTC INFO 25 : Cancer In-Patient Information Module

IMC : Indice de masse corporelle

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

KT : Cathéter d'analgésie

RAAC : Réhabilitation accélérée après chirurgie

I. INTRODUCTION.....	1
II. MATERIELS ET METHODE	2
A) SCHEMA DE L'ETUDE.....	2
C) DONNEES COLLECTEES.....	3
III. ANALYSES STATISTIQUES	5
IV. RESULTATS	6
A) POPULATION	6
B) SATISFACTION DE L'INFORMATION REÇUE	9
C) VARIABLES ASSOCIEES A LA SATISFACTION DE L'INFORMATION REÇUE ..	12
D) ANALYSES MULTIVARIEES	17
V. DISCUSSION	18
VI. CONCLUSION	25
VII. BIBLIOGRAPHIE	26
VIII. ANNEXES	32

I. Introduction

Le cancer du poumon est le troisième cancer le plus fréquent en Europe (470000 nouveaux cas/an) [1]. Il s'agit d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) dans plus de 85 % des cas dont la chirurgie pulmonaire par lobectomie est le traitement curatif de référence. Cette chirurgie est grevée d'une morbidité importante (10 à 45%) [2].

Il a été démontré dans la littérature que l'information délivrée aux patients ayant une pathologie oncologique est primordiale [3][4][5]. Les dernières Recommandations Formalisées d'Experts rédigées en 2019 par la Société Française d'Anesthésie Réanimation sur la réhabilitation améliorée après lobectomie pulmonaire recommandent de délivrer une information de qualité à l'aide de plusieurs supports avant une chirurgie de lobectomie pulmonaire afin de diminuer l'incidence des complications postopératoires et notamment l'anxiété et les douleurs postopératoires (Grade 1+, accord fort) [6]. L'information du patient avant tout acte ou intervention médicale est une obligation. Le médecin a pour obligation de communiquer des informations sur l'état de santé du patient et son évolution possible; les traitements ou actions de prévention et le déroulement des examens; leur utilité pour la santé, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles; les modalités de la prise en charge; les solutions alternatives possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus de consentir à l'information [7]. Cependant, le temps de consultation d'anesthésie ou de chirurgie est souvent limité et de nombreux sujets sont abordés dans un intervalle de temps restreint. La satisfaction des patients fait partie des indicateurs non cliniques de performance en chirurgie thoracique. Celle-ci est de plus en plus reconnue comme l'une des mesures de qualité des soins dispensés [8]. Par définition la satisfaction est l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande, ou encore, le sentiment de bien-être qui résulte de cette action.

Chez les patients atteints d'un cancer, la majorité des études retrouve un effet bénéfique de l'apport d'informations à travers différents supports notamment sur le contrôle de la douleur post opératoire [11], de l'anxiété post opératoire ainsi que sur la qualité de vie post opératoire [3]. Le besoin d'informations peut être variable en fonction des patients, de leurs caractéristiques propres mais également selon le type de cancer [10]. N. Oswald et al ont démontré qu'en chirurgie thoracique oncologique les patients semblent satisfaits des informations délivrées en pré opératoire [12]. Cependant la satisfaction à

l'égard de la quantité d'informations diminue au cours de la prise en charge [12]. Par ailleurs, peu de travaux ont étudié la satisfaction de l'information reçue dans cette population ainsi que les facteurs pouvant l'influencer.

L'étude de la qualité de l'information délivrée et du degré de satisfaction de l'information reçue chez les patients bénéficiant d'une chirurgie thoracique oncologique est nécessaire pour déterminer si la fourniture d'informations actuelle est suffisante et quelles améliorations sont nécessaires à mettre en place au sein du service.

Ainsi, l'objectif principal de cette étude est d'évaluer la satisfaction des patients à l'égard des informations reçues et d'identifier les besoins d'informations non satisfaits chez les patients bénéficiant d'une chirurgie thoracique à visée oncologique.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'impact de l'information délivrée sur l'anxiété préopératoire, la durée moyenne de séjour, la douleur post opératoire, ainsi que de rechercher les facteurs intervenant sur la satisfaction vis à vis de l'information fournie.

II. Matériels et méthode

a) Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle monocentrique conduite au sein du service de chirurgie thoracique du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse du 1^{er} mai 2021 au 31 décembre 2021.

b) Participants

Les critères d'inclusion étaient les patients majeurs devant être opérés d'une chirurgie thoracique oncologique programmée. Les critères d'exclusion étaient le refus de participer à l'étude, la présence d'une barrière de la langue, la réalisation d'une chirurgie urgente ou non oncologique ainsi que l'absence de possibilité de donner un consentement éclairé.

c) Données collectées

Les données collectées provenaient du dossier médical hébergé par le logiciel ORBIS (Agfa Healthcare, Mortsels, Belgique), du dossier d'anesthésie et de questionnaires remis aux patients lors de l'admission dans le service et à la sortie.

Les données démographiques comprenaient les éléments suivants : le sexe, l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC) et le score ASA (American Society of Anesthesiology) (Annexe 1). Ce dernier permet d'évaluer le risque anesthésique et d'obtenir un paramètre associé à la morbidité et à la mortalité péri-opératoire. Le nombre de comorbidités présentées par le patient a également été relevé. Chaque atteinte chronique d'organe était comptabilisée comme une comorbidité. Pour finir, la présence d'un temps d'annonce de la maladie oncologique au cours de la consultation chirurgicale était recherchée.

Le LIVRET I (Annexe 4) délivré lors de l'admission dans le service colligeait leur statut marital, leur profession ainsi que la spécialité du médecin leur ayant fait l'annonce du diagnostic. La catégorie socio-professionnelle du patient était attribuée selon la classification validée de L'INSEE (Annexe 3). Il leur était également demandé de réaliser un score APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) (Annexe 2). Ce score permet la détection d'une vulnérabilité psychologique préopératoire et permet de rechercher une anxiété et/ou un besoin d'information des patients en pré-opératoire. La première partie du score se compose d'une évaluation de l'anxiété préopératoire vis-à-vis de l'anesthésie et la seconde d'une évaluation de l'anxiété préopératoire vis-à-vis de la chirurgie. Un score total supérieur à 11 traduit un niveau d'anxiété élevé [13]. La présence d'une prémédication était recherchée.

Concernant la période péri-opératoire, le type d'anesthésie pratiquée et notamment le type d'anesthésie loco-régionale réalisée a été relevé. En effet les patients bénéficiaient, en association à une anesthésie générale, soit d'une anesthésie loco-régionale (bloc serratus), soit de la réalisation d'une anesthésie péridurale, soit de la réalisation d'une rachianesthésie, soit de la mise en place d'un cathéter paravertébral. Ces différents types d'anesthésies pouvaient également être associés. Concernant la partie chirurgicale, les patients ont été regroupés selon le type d'intervention réalisée. Un premier groupe était composé des patients bénéficiant d'une lobectomie ou d'un wedge associé à une lobectomie ou d'une bilobectomie. Le second groupe était composé des patients ayant bénéficié d'une segmentectomie ou d'un wedge ou d'une culminectomie. Le troisième groupe était composé des patients ayant bénéficié d'une pneumonectomie. Le quatrième groupe comprenait ceux

n'ayant pu subir de résection (« ouvert/fermé »). De plus, était recherchée la voie d'abord et la technique chirurgicale pratiquée à savoir une thoracotomie, une thoracoscopie ou une conversion d'une thoracoscopie en thoracotomie. Dans les suites post opératoires, l'analgésie au cours des premières vingt-quatre heures était évaluée lors du séjour du patient aux soins intensifs. Cette dernière était considérée comme satisfaisante si l'EVA du patient était inférieure ou égale à 3 et comme non satisfaisante lorsque cette dernière était supérieure ou égale à 4.

La veille de la sortie, un second questionnaire nommé LIVRET II était délivré au patient (Annexe 5). Ce dernier permettait aux patients inclus de répondre aux scores Information Module (EORTC QLQ-INFO 25) et Cancer In-Patient Satisfaction with Care (EORTC IN-PATSAT32).

Le score EORTC QLQ-INFO 25 est un score comprenant quatre sous-groupes de questions permettant d'évaluer la satisfaction de l'information des patients vis-à-vis de la maladie, des test médicaux, des traitements et des autres services. S'y additionnent huit questions isolées afin d'évaluer la satisfaction de l'information concernant les autres domaines de prise en charge et la satisfaction globale de l'information délivrée. Le format de réponse est une échelle de quatre niveaux de quantité d'informations reçues (« Aucune » - « Un peu » - « Assez » - « Beaucoup ») excepté pour quatre items présentant une réponse dichotomique Oui/Non.

Le score EORTC IN-PATSAT32 est un questionnaire permettant l'évaluation par le patient de sa satisfaction vis-à-vis de l'hôpital, des médecins et infirmières ainsi que des aspects de l'organisation et des services de soins. Il intègre des items permettant d'évaluer les compétences relationnelles et techniques, la délivrance d'informations et la disponibilité des médecins et infirmières ; la gentillesse et serviabilité ainsi que les informations délivrées par les autres personnels hospitaliers ; le temps d'attente et les facilités d'accès à l'hôpital. Enfin, d'autres items évaluaient quant à eux la facilité d'échanges d'informations, le confort, la propreté et la satisfaction générale. Une demande d'autorisation d'utilisation des questionnaires EORTC QLQ-INFO 25 et EORTC IN-PATSAT32 a été faite auprès de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Après avis favorable, la traduction française officielle des questionnaires a été utilisée.

Malgré le caractère exhaustif de ces questionnaires, il semblait important d'étudier la satisfaction de l'information reçue vis-à-vis des informations concernant la réhabilitation accélérée après la chirurgie. Nous avons donc créé un score nommé Score RAAC. Les items de ce score concernaient la prise en charge de la douleur post opératoire, la réhabilitation après la chirurgie, le bénéfice d'être acteur de la prise en charge ainsi que le déroulé et des étapes clefs de la prise en charge. L'évaluation se faisait grâce à une échelle à quatre visages. Pour l'analyse statistique l'échelle de visages a été convertie en une échelle numérique allant de 1 à 4 avec un patient considéré comme satisfait si le score était supérieur ou égal à 3. Enfin, la durée moyenne de séjour était également relevée.

Les patients étaient inclus après obtention de leur consentement. Les données récoltées ont été traitées de manière anonymisées.

III. Analyses statistiques

La normalité des données a été vérifiée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne (+/- écart type) ou médiane [25-75ème percentile] de façon appropriée. Les variables qualitatives sont exprimées en nombre (%).

Le critère de jugement principal correspondait à l'évaluation de la satisfaction de l'information délivrée chez les patients bénéficiant d'une chirurgie thoracique à visée oncologique grâce à l'utilisation du score EORTC QLQ-INFO 25. La fiabilité de cet instrument pour évaluer les informations fournies aux patients atteints d'un cancer a été établie dans une vaste étude internationale, rapportée par Arraras et al., montrant une cohérence interne satisfaisante, une fiabilité test-retest et une validité convergente et divergente. [15]

Toutes les sous catégories du score ont été converties linéairement en une échelle numérique allant de 0 à 100. Le total de ce score est également compris entre 0 et 100. La satisfaction de l'information reçue est proportionnelle de façon linéaire au résultat obtenu, les scores les plus élevés impliquant les niveaux les plus élevés de satisfaction [15] [16]. Les patients présentant un score supérieur ou égal à 50 étaient considérés comme satisfaits et les patients présentant un score inférieur à 50 étaient considérés comme non satisfaits.

Les données manquantes ont été traitées selon la procédure du manuel de notation fournit par l'Organisation Européenne pour la Recherche et le Traitement du Cancer [16].

La satisfaction globale des patients a été étudiée grâce au score INPATSAT 32. Toutes les sous catégories du score ont été converties linéairement en une échelle numérique allant de 0 à 100. Le total de ce score est également compris entre 0 et 100. La satisfaction globale est proportionnelle de façon linéaire au résultat obtenu, les scores les plus élevés impliquant les niveaux les plus élevés de satisfaction [17][18].

Après une première étape de statistique descriptive la population étudiée a été séparée en deux groupes en fonction de la satisfaction de l'information reçue. Pour cela, les patients avec un score supérieur à 50 étaient considérés comme satisfaits.

Les caractéristiques des patients entre les différents groupes ont été comparées en utilisant pour les variables continues des tests non paramétriques (Test de Mann-Whitney). Les résultats sont exprimés en moyenne (+/- écart type) pour les variables quantitatives et en pourcentage pour les variables qualitatives. Les variables catégorielles des deux groupes ont été comparées soit par un test du chi2 soit à l'aide d'un test exact de Fischer.

Nous avons évalué l'association entre les différentes covariables et la variable expliquée (satisfaction) en analyse multivariée (régression logistique) par la mesure des odds-ratio. Nous avons utilisé une procédure pas-à-pas descendante (back Ward élimination) qui consiste à inclure toutes les variables avec $p < 0,2$, puis de retirer progressivement les non significatives. Un $p < 0,05$ était considéré comme statistiquement significatif.

Les analyses ont été réalisées sur le logiciel XLSTAT version 2018 (Addinsoft, Paris, France).

IV. Résultats

a) Population

Au total, 183 patients ont été considérés pour l'inclusion. 142 patients ont été inclus et l'analyse statistique a concernée 87 patients. 48 patients ont été perdus de vue et n'ont donc pas été analysés. 7 patients ont été exclus. Les exclusions étaient motivées par les raisons suivantes : chirurgie annulée (n=3) et tumeurs révélées comme bénigne après analyse anatomopathologique (n=4).

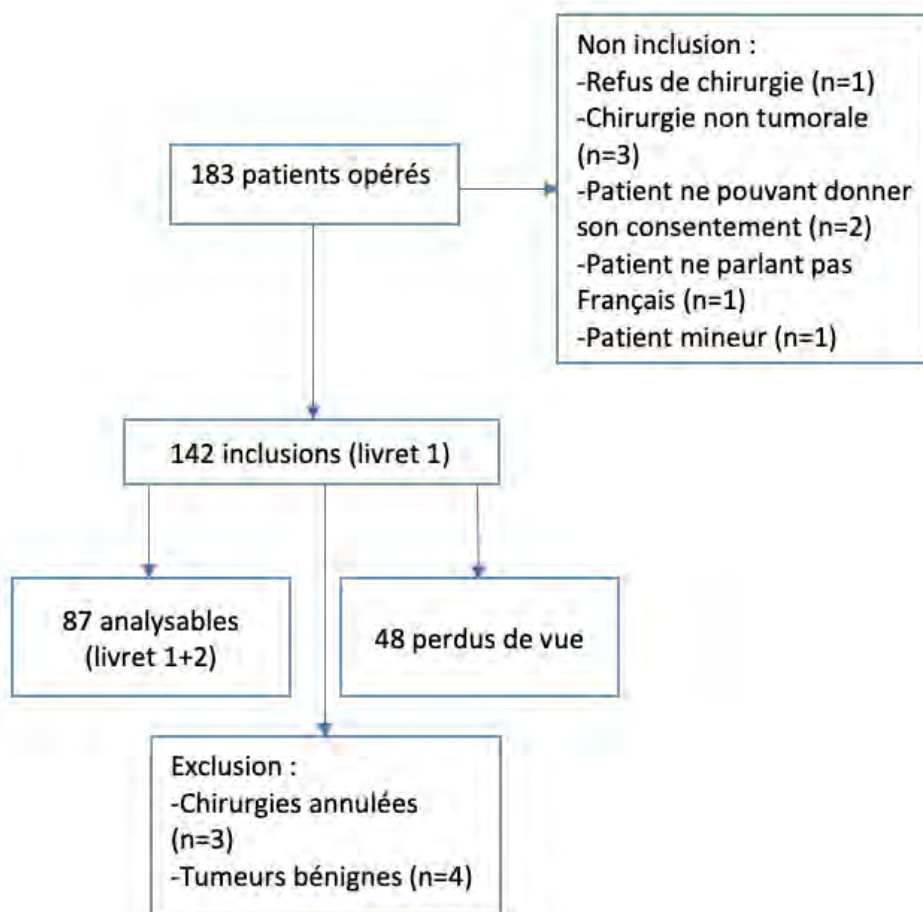


Figure 1 : Diagramme de flux

L'âge médian des patients analysés était de 67 ans [65 ;70] et le ratio homme/femme de 1,07. Les patients étaient principalement ASA 2 (70,1%) et la médiane des comorbidités était de 2,0 [2,01 ;2,54]. L'IMC médian était de 24,8 kg/m² [23,6;26,20]. La catégorie socio-professionnelle des patients retrouvait une majorité d'employés (21,4%) et de retraités (23,8%). Les patients étaient majoritairement en couple (72,2%). La consultation d'annonce était principalement réalisée par le pneumologue (73,2%). Il n'existait pas de prémédication dans 86,2% des cas.

Les patients étaient majoritairement opérés d'une lobectomie (72,4%) par thoracoscopie (70%) sous anesthésie générale associée à une anesthésie locorégionale (65,5%).

Une grande partie des patients était soulagée sur le plan de la douleur en post-opératoire (68,1%). La médiane de la durée d'hospitalisation était de 6 jours (6-6).

Variables	Description
Age (année)*	67 [65;70]
Sex-ratio H/F	1,07
IMC (kg.m-2) *	24,8 [23,6;26,20]
Statut marital**	
En couple	72,2 (57)
Célibataire	27,8 (22)
Nombre de comorbidités*	2,0 [2,01-2,54]
Score ASA**	
1	5,7 (5)
2	70,1 (61)
3	24,1 (21)
4	0
Catégories socioprofessionnelles**	
Agriculteurs exploitants	3,6 (3)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	6 (5)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	11,9 (10)
Professions intermédiaires	13,1 (11)
Employés	21,4 (18)
Ouvriers	14,3 (12)
Retraités	23,8 (20)
Autres personnes sans activités professionnelles	6 (5)

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques, n = 87

* Médiane [IQR], ** Fréquence absolue (pourcent), Abréviations : IQR : intervalle inter-Quartile, H : homme, F: femme, IMC: Indice de masse corporelle

Variables	Description
Intervention**	
Lobectomie/ Wedge + Lobectomie/Bilobectomie	78,1 (68)
Wedge/Segmentectomie/Culminectomie	18,1 (16)
Pneumonectomie	2,2 (2)
Ouvert fermé	1 (1)
Type d'incision**	
Thoracoscopie	70,1 (61)
Thoracotomie	16 (14)
Conversion	13,8 (12)
Type d'anesthésie**	
AG+ALR	65,5 (55)
AG+ALR+KT	17,8 (15)
AG+APD	13,1 (11)
AG+Rachianesthésie+KT	3,6 (3)
Analgésie satisfaisante**	68,1 (47)
Prémédication**	13,8 (12)
Durée moyenne de séjour*	6 (6-6)

Tableau 2 : Caractéristiques chirurgicales et anesthésiques, n = 87

* Médiane [IQR], ** Fréquence absolue (pourcent), Abréviations : ASA : American Society of Anesthesiology, AG : anesthésie générale, ALR : anesthésie locorégionale, KT : cathéter d'analgésie, APD: anesthésie péridurale

b) Satisfaction de l'information reçue

La satisfaction de l'information reçue a été étudiée grâce au score EORTC 25. Les patients avec un score supérieur à 50 étaient considérés comme satisfaits.

Satisfaction de l'information reçue	Médiane	Intervalle interquartile
Sur la maladie	75.0	66.67-100
Sur les tests médicaux	88.89	66.67-100
Sur les traitements	66.67	43.75-88.61
Sur les autres services	50.0	22.22-75.0
Sur les différents lieux de soins	66.67	0-91.67
Sur les choses pouvant vous aider	66.67	33.33-100
Sur l'information reçue	66.67	66.67-100
Utilité des informations	100	66.67-100
Score total	63.14	50.5-81.7
	Oui	Non
Informations écrites reçues	51%	49%
Informations reçues par CD ou Vidéo	6%	94%
Désir de plus d'informations	31%	69%
Désir de moins d'informations	0%	100%

Tableau 3 : Évaluation de la satisfaction de l'information reçue par le score EORTC 25

Sujet	% de réponses (n)
La maladie et son évolution	32.0% (8)
Suivi	24.0% (6)
Suite des soins	12.0% (3)
Retour au domicile	8.0% (2)
Résultats examens/anatomopathologie	8.0% (2)
Informations spécifiques sur leur cas	4.0% (1)
Choses à mettre en place pour se sentir mieux	4.0% (1)
Effets secondaires sur le corps des produits injectés	4.0% (1)
Traitements de sortie	4.0% (1)

Tableau 4 : Sujets sur lesquels les patients aimeraient en savoir plus

Concernant l'évaluation de la satisfaction de l'information reçue par le score EORTC25 (Tableau 3), la médiane du score total EORTC INFO 25 était de 63,14 [50.5; 81.7].

69% des patients ne désiraient pas recevoir plus d'informations. 100% des patients ne souhaitaient pas recevoir moins d'informations. Le score médian concernant la satisfaction de l'information reçue sur la maladie était de 75 [66.67-100]. Pour les sous-groupes de questions comprenant les traitements [43.75-88.61], les différents lieux de soins [0-91.67], les choses pouvant aider les patients [33.33-100] ainsi que l'information reçue [66.67-100]

la médiane était de 66.67. La médiane du score concernant les tests médicaux était de 88.89 [66.67-100]. 51% des patients ont reçu des informations écrites. La médiane du score concernant l'utilité des informations reçues était de 100 [66.67-100]. Enfin, les patients ne recevaient pas d'informations par CD ou vidéos au cours de leur séjour. 6% des patients ont indiqué en avoir reçu.

Au total, 25 réponses en texte libre ont été données par 23 patients. Les sujets sur lesquels les patients souhaitaient avoir plus d'informations sont présentés dans le Tableau 4. Les sujets les plus fréquemment cités correspondent à la maladie, à son suivi et aux soins post opératoires.

	Satisfaits	Non satisfaits
Maladie		
Diagnostic	94%	6%
Étendue de la maladie	88%	12%
Causes de la maladie	73%	27%
Contrôle de la maladie	89%	11%
Tests médicaux		
But des tests médicaux	93%	7%
Procédure des tests	90%	10%
Résultats des tests	89%	11%
Traitements		
Traitement en cours	83%	17%
Bénéfices escomptés	81%	19%
Effets indésirables	63%	37%
Effets escomptés sur les symptômes de la maladie	73%	27%
Effets sur la vie sociale et familiale	62%	38%
Effets sur la fonction sexuelle	35%	65%
Autres services		
Aide supplémentaire en dehors de l'hôpital	46%	54%
Services de réhabilitation	59%	41%
Gestion à domicile de la maladie	57%	43%
Soutien psychologique	43%	57%
Quantité d'informations reçues	85%	15%
Item seuls		
Différents lieux de soins	51%	49%
Choses à mettre en place pour se sentir mieux	60%	40%

Tableau 5 : Quantification du nombre de patients satisfaits de l'information reçue en fonction de chaque sous-catégorie du score EORTC
25

La répartition en pourcentage du nombre de patients satisfaits de l'information reçue en fonction de chaque sous-catégorie du score EORTC 25 est présentée dans le Tableau 5. 85% des patients étaient satisfaits de la quantité d'informations reçue (item 52 du questionnaire). Mais, 27% des patients étaient insatisfaits des informations reçues concernant les causes de la maladie. 54% des patients étaient insatisfaits des informations reçues sur les aides possibles supplémentaires en dehors de l'hôpital, 41% sur les services de réhabilitation et 43% sur la gestion à domicile de la maladie. 37% des patients étaient insatisfaits de l'information reçue sur les effets indésirables possibles des traitements.

Afin d'évaluer les besoins d'informations non satisfaits et les facteurs pouvant influencer la satisfaction de l'information reçue, les patients ont été séparés en deux groupes : un groupe de patients satisfaits de l'information reçue présentant un score EORTC25 total entre 50 et 100 et un groupe de patients non satisfaits de l'information reçue présentant un score total inférieur à 50. 65 patients ont été inclus dans le groupe de patients satisfaits et 21 patients ont été inclus dans le groupe non satisfaits.

Satisfaction de l'information reçue :	Satisfaits* N=65	Non satisfaits* N=21	p
Sur la maladie	82,9	53,7	<0,0001
Sur les tests médicaux	87,5	60,8	<0,0001
Sur les traitements	71	33,9	<0,0001
Sur les autres services	60,8	17,2	<0,0001
Sur les différents lieux de soin	63,3	14,3	<0,0001
Sur les choses pour vous aider	70,4	17,5	<0,0001
Sur les informations écrites	61,4	23,8	<0,0001
Sur les informations par vidéo	6,9	4,8	<0,0001
Satisfaction de l'information reçue	82,8	47,6	<0,0001
Désir de plus d'information	80,7	38,1	<0,0001
Désir de recevoir moins d'informations	100	100	<0,0001
Utilité des informations reçues	88	55,6	<0,0001

Tableau 6 : Étude de la satisfaction de l'information reçue en fonction de chaque sous-catégorie du score EORTC 25 entre les groupes de patients satisfaits et non satisfaits

*Moyenne du score allant de 0 à 100

Nous avons réalisé une analyse univariée de chaque sous-catégorie composant le score EORTC INFO 25 afin de comparer nos deux groupes de patients satisfaits et non satisfaits (Tableau 6). Cette analyse met en évidence une satisfaction moins élevée de manière significative dans le groupe de patients non satisfaits concernant l'information reçue sur

chaque sous-catégorie du score. En effet, la satisfaction de l'information reçue était moins importante concernant l'information sur la maladie ($p < 0,001$), les test médicaux ($p < 0,001$), les traitements ($p < 0,001$), les lieux de soins ($p < 0,001$) ainsi que les sur les informations reçues sur les différents supports possible ($p < 0,001$). Le score moyen concernant la satisfaction de l'information reçue était de 82,8 dans le groupe de patients satisfaits et de 47,6 dans le groupe de patients non satisfaits.

c) Variables associées à la satisfaction de l'information reçue

Les objectifs secondaires de cette étude sont d'évaluer l'impact de la satisfaction de l'information délivrée sur l'anxiété préopératoire, sur la durée d'hospitalisation, sur la douleur post opératoire des patients et d'évaluer les facteurs influent sur la satisfaction de l'information délivrée.

Variables	Résultats
IN PATSAT32*	90,77 [75.1; 97.6]
Score APAIS*	10 [7.00; 15.0]
Score Anesthésie	4 [3.00; 6.00]
Score Chirurgie	6 [4.00; 9.00]
Score RAAC*	16[14.00; 16.00]

Tableau 7 : Résultats des principaux scores étudiés

* médiane [IQR], Abréviations : EORTC IN-PATSAT32 : Cancer In-Patient Satisfaction with Care, APAIS : Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale, RACC : Score réhabilitation accélérée après chirurgie

La médiane du score IN PATSAT 32 était de 90,77 [75.1 ;97.6]. Les patients étaient très satisfaits de leur prise en charge de manière globale. La médiane du score APAIS était de 10 [7.00 ;15.0] ce qui indiquait une anxiété pré opératoire modérée. Enfin, la médiane du score RAAC était de 16 [14.00 ;16.00] avec un score maximal possible de 16 ce qui indiquait une satisfaction importante de l'information reçue sur la réhabilitation accélérée après chirurgie.

Afin d'étudier les différents facteurs qui influent sur la satisfaction de l'information reçue nous avons comparé différentes variables pouvant influencer cette satisfaction dans nos groupes de patients satisfaits et non satisfaits de l'information reçue.

Variable	Satisfaits N=65	Non satisfaits N=21	p
Sexe :			p=0,310
Homme	32	13	
Femme	33	8	
Age*	65,2	67,6	p=0,28
ASA :			
1	5	0	p=0,227
2	44	16	
3	16	5	
Nombre de comorbidités*	5	6	p=0,32
Statut marital :			p=0,344
En couple	44	12	
Célibataire	15	7	
Catégorie socio-professionnelle			p=0,589
Médecin d'annonce :			p=0,853
Pneumologue	40	11	
Chirurgien	6	1	
Autre	10	2	

Tableau 8 : Variables associées à la satisfaction de l'information reçue

*Moyenne

Variable	Satisfaits N=65	Non satisfaits N=21	p
Type anesthésie:			p=0,935
AG+ALR	42	13	
AG+ALR+KT	10	4	
AG+APD	8	3	
AG+Rachianesthésie+KT	2	1	
Type de chirurgie : **			p=0,0423
1	52	15	
2	12	4	
3	0	2	
4	1	0	
Type d'incision :			p=0,157
Thoracoscopie	48	12	
Thoracotomie	10	4	
Conversion	7	5	
Douleur :			p=0,971
Soulagé	36	11	
Non soulagé	16	5	
Durée moyenne de séjour*	5,9	7,5	p=0,0015
Score APAIS* :	12,1	12,2	p=0,71
Score anesthésie	5,3	5,2	p=0,72
Score chirurgie	6,8	6,9	p=0,81

Tableau 9 : Variables anesthésiques et chirurgicales associées à la satisfaction de l'information reçue

*Moyenne, **Type de chirurgie : 1 : Lobectomie/Wedge+Lobectomie/Bilobectomie, 2 : Segmentectomie/Wedge/Culminectomie, 3 : Pneumonectomie, 4 : Ouvert/Fermé Type d'anesthésie : AG= Anesthésie générale, ALR= Anesthésie locorégionale, KT= Cathéter, APD= Anesthésie péridurale

En analyses univariées, l'âge ($p=0,028$), le sexe ($p=0,310$), le statut marital ($p=0,344$) ainsi que la catégorie socio-professionnelle ($p=0,589$) n'étaient pas associés à la satisfaction du patient concernant l'information qui lui était délivrée. Il en est de même pour le score ASA ($p=0,227$) et le nombre de comorbidités ($p=0,32$). Il n'existe également pas de lien statistique entre le niveau de satisfaction lié à l'information reçue et respectivement le médecin qui réalise la consultation d'annonce ($p=0,853$), le type d'anesthésie ($p=0,935$) ou le type d'incision/technique chirurgicale ($p=0,157$). Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes de patients concernant le contrôle de la douleur ($p=0,971$). La médiane du score APAIS était de 10 [7.0-15.0] avec une médiane de 4 [3.0-6.0] pour l'anesthésie et de 6 [4.0-9.0] pour la chirurgie (Tableau 7). Le score APAIS moyen était de 12,1 dans le groupe de patients satisfaits et de 12,2 dans le groupe de patients non satisfaits.

La satisfaction de l'information reçue n'impacte pas sur l'anxiété pré opératoire ($p=0,71$) que ce soit sur l'anxiété préopératoire vis-à-vis de l'anesthésie ($p=0,72$) ou vis-à-vis de la chirurgie ($p=0,81$).

En revanche il semble exister une corrélation entre durée moyenne de séjour et satisfaction de l'information reçue. En effet plus la satisfaction de l'information reçue diminue et plus la durée moyenne de séjour des patients semble augmenter et ce de manière statistiquement significative ($p=0,0015$).

Le type de chirurgie est significativement lié à la satisfaction de l'information reçue ($p=0,0423$). Dans le groupe de patients non satisfaits, les chirurgies effectuées étaient plus lourdes : 9% de pneumonectomie ($n=2$) contre aucune dans le groupe satisfait.

Dans le groupe de patients non satisfaits bénéficiaient dans 19% des cas d'une segmentectomie ou autre résection pulmonaire partielle type wedge ou culminectomie ($n= 4$), dans 71% des cas d'une lobectomie ou d'une bilobectomie ($n=15$) et dans 9% des cas d'une pneumonectomie ($n=2$). Dans le groupe des patients satisfaits, les patients bénéficiaient dans 80% des cas une lobectomie ou bilobectomie associées ou non à une résection pulmonaire partielle (wedge) ($n=52$) et dans 18% des cas d'une segmentectomie ou autre résection pulmonaire partielle (wedge ou culminectomie) ($n=11$).

Niveau de satisfaction sur :	Satisfaits* N=65	Non Satisfaits* N=21	p
Compétences techniques médicales	90,3	82,3	0,0078
Relations interpersonnelles médecins	93,2	78,3	0,0003
Information délivrée par médecins	87,4	71,7	0,0021
Disponibilité médecins	92,2	78,1	0,0001
Compétences techniques infirmières	94	83,7	0,0006
Relations interpersonnelles Infirmières	94	84,5	0,0011
Information délivrée par les infirmières	89,5	73	0,0003
Disponibilité infirmières	92,7	80,6	0,0005
Echange d'informations	85,7	66,7	< 0,0001
Interaction avec autre personnel	89,8	73,1	< 0,0001
Temps d'attente	88,3	70,1	0,0001
Accès	83	65,5	0,0004
Confort/propreté	84,4	70,2	0,0077
Satisfaction générale	93,1	83,3	0,0147
Score IN-PATSAT32	89,8	76,1	< 0,0001

Tableau 10 : Satisfaction globale des patients étudiée grâce au score INPATSAT 32 en fonction de la satisfaction de l'information reçue

*Moyenne des sous item du score INPATSAT 32 évaluant la satisfaction globale des patients allant de 0 à 100 dans le groupe de patients satisfaits de l'information reçue et dans le groupe de patients non satisfaits de l'information reçue.

La satisfaction globale des patients dans les groupes de patients satisfaits et non satisfaits de l'information reçue évaluée via le score EORTC25 a été étudiée grâce au score INPATSAT 32 et est présentée dans le Tableau 10.

La médiane du score total INPATSAT 32 dans notre population étudiée était de 90 [90,77;97,6] (Tableau 7).

L'analyse univariée entre le groupe de patients satisfaits de l'information reçue via le score EORTC 25 et le groupe de patients non satisfaits met en évidence un lien statistiquement significatif entre la satisfaction de l'information reçue et la satisfaction globale des patients. Le score de satisfaction globale des patients était de 89,8 dans le groupe de patients satisfaits de l'information reçue et de 76,1 dans le groupe de patients non satisfaits de l'information reçue ($p < 0,0001$). Les patients satisfaits de l'information reçue étaient statistiquement plus satisfaits de manière globale sur l'ensemble de leur prise en charge. En effet, les patients satisfaits de l'information reçue étaient significativement plus satisfaits de la prise en charge médicale, de la prise en charge infirmière, des échanges d'informations et de l'interaction avec le reste du personnel ainsi que sur les aspects pratiques de leur prise en charge. Le score de satisfaction générale était également plus élevé ($p = 0,0147$) chez les patients satisfaits de l'information reçue.

	Satisfaits	Non satisfaits
Prise en charge de la douleur post opératoire	97,7% (n=84)	2,3% (n=2)
Réhabilitation après chirurgie	98,8% (n=85)	1,2% (n=1)
Bénéfice d'être acteur de votre prise en charge	97,7% (n=84)	2,3% (n=2)
Déroulé et étapes clefs de votre séjour	98,8 (n=83)	1,2% (n=1)

Tableau 11 : Évaluation de la satisfaction de l'information reçue sur la réhabilitation accélérée après la chirurgie à travers le Score RAAC

La satisfaction de l'information reçue sur la réhabilitation accélérée après chirurgie a été étudiée grâce au Score RAAC. L'étude de ce score met en évidence un score total médian dans la population étudiée à 16 [14.0-16.0] avec un score maximal possible de 16 (Tableau 7).

97,7% des patients étaient satisfaits de l'information reçue concernant la prise en charge de la douleur en post opératoire, 98,8% étaient satisfaits de l'information reçue sur la réhabilitation après chirurgie, 97,7% étaient satisfaits de l'information reçue sur le bénéfice à être acteur de sa prise en charge et 98,8% étaient satisfaits de l'information reçue sur le déroulé et étapes clefs de leur séjour (Tableau 11).

	Satisfaits N=65	Non satisfaits N=21	p
Prise en charge de la douleur post opératoire	3,8	3,4	p=0,003
Réhabilitation après chirurgie	3,8	3,4	p=0,006
Bénéfice d'être acteur de votre prise en charge	3,8	3,3	p=0,005
Déroulé et étapes clefs de votre séjour	3,8	3,5	p=0,026
Score total RAAC*	15,2	12,6	< 0,0001

Tableau 12 : Étude de la satisfaction de l'information reçue sur la réhabilitation après chirurgie grâce au Score RAAC en fonction de la satisfaction de l'information reçue

*Moyenne du score RAAC

L'analyse univariée après séparation en deux groupes des patients selon leur niveau de satisfaction de l'information reçue met en évidence une différence statistiquement significative entre les deux groupes en termes de satisfaction sur l'ensemble des items additionnels étudiés soit la prise en charge de la douleur post opératoire (p=0,003), la réhabilitation après chirurgie (p=0,006), le bénéfice d'être acteur de la prise en charge (p=0,005) et sur le déroulé et les étapes clefs du séjour (p=0,026) (Tableau 12).

d) Analyses multivariées

Source	Odds ratio	Pr>Khi2
Durée moyenne de séjour	1,5 (1,1-2,1)	0,008
Score IN-PATSAT32	0,93 (0,88-0,98)	0,008
Score RAAC	0,74 (0,55-1)	0,05

Tableau 13 : Analyses multivariées

Les analyses multivariées mettent en évidence un lien statistiquement significatif entre la satisfaction de l'information reçue et la durée moyenne de séjour. La durée moyenne de séjour était associée de manière péjorative à la satisfaction de l'information reçue ($p=0,008$). En effet, plus la durée de séjour était augmentée et plus la satisfaction de l'information reçue était faible.

La satisfaction globale des patients étudiée via le score INPATSAT 32 ($p=0,008$) et le score RAAC ($p=0,05$) étaient quant à eux des facteurs associés de manière positive à la satisfaction de l'information reçue. En effet les patients présentant un haut niveau de satisfaction globale et un haut niveau de satisfaction vis-à-vis des informations reçues sur la RAAC présentaient un plus haut niveau de satisfaction de l'information reçue.

V. Discussion

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la satisfaction de l'information reçue chez les patients opérés d'une tumeur maligne pulmonaire. Notre étude a permis de mettre en évidence que la satisfaction de l'information reçue était correcte puisque la médiane obtenue du score EORTC25 était de 63,14. Les patients non satisfaits de l'information manquaient d'informations de manière globale et les patients notaient un besoin d'informations complémentaires majoritairement sur la maladie, le suivi et la suite des soins. Concernant les critères de jugements secondaires, notre étude a permis de mettre en évidence un lien de causalité fort entre la durée moyenne de séjour et la satisfaction globale de l'information reçue. En effet les patients les plus satisfaits avaient une durée de séjour plus courte que les patients non satisfaits. Une chirurgie plus lourde était associée à une baisse de la satisfaction de l'information reçue. Enfin, une satisfaction globale importante et une satisfaction de l'information sur les critères de RAAC sont associés à une satisfaction de l'information reçue plus importante.

Cependant, notre étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, une part importante des patients opérés n'a pas été incluse dans le protocole d'étude. Il existe dans notre travail un biais de perdus de vue puisqu'un certain nombre des patients inclus n'a pas reçu le Livret 2 et n'a donc pas été analysée. Par ailleurs, il est probable que notre étude présente un manque de puissance lié à un nombre insuffisant d'inclusions et à ce biais de perdus de vue bien que le questionnaire EORTC QLQ-INFO 25 ait été délivré la veille de la sortie pour maximiser le taux de réponses comme suggéré par Brédart et al [19]. Enfin, le score RAAC est un score créé pour cette étude, non validé dans la littérature.

Les besoins d'informations chez les patients atteints de cancer sont variés. De manière similaire à notre étude, plusieurs travaux mettent en évidence d'une part que la grande majorité des patients souhaiterait recevoir plus d'informations spécifiques concernant leur maladie et leur traitement [12][4] ; et d'autre part que les patients sont aussi demandeurs d'informations complémentaires concernant le suivi et la suite des soins notamment concernant les aides mises en place lors du retour à domicile ainsi que sur la gestion à domicile de la maladie [12].

Dans notre étude, 85% des patients se déclarent satisfaits de la quantité d'informations reçues. Ce chiffre est largement supérieur à la satisfaction observée pour ce même item dans différents articles. En effet la satisfaction de la quantité d'informations reçue est de 66% à 5 mois d'une chirurgie thoracique [20] ou chez les patients atteints de néoplasie prostatique [21], 58% chez les patientes atteintes de cancer de l'endomètre à 4,9 ans du diagnostic [22] ou encore 42,5% en péri opératoire chez les patients atteints d'un cancer de la tête ou du cou [23]. La variabilité des résultats concernant la satisfaction de la quantité d'information reçues dans ces études peut être expliquée par le fait que les questionnaires de satisfaction ont été délivrés à différents moments de la prise en charge. En effet, N. Oswald and al. mettent en évidence que les patients opérés d'un néoplasie pulmonaire semblent très satisfaits de l'information reçue avant la chirurgie. Cependant, alors que l'utilité globale des informations ne semble pas changer au fil du temps, la satisfaction à l'égard de la quantité d'informations reçues diminue [12]. Ceci peut être expliqué par le fait que les patients pensent être bien informés avant la chirurgie mais qu'avec le recul ils nécessitaient un apport plus important d'informations en pré-opératoire, ou, que la quantité d'informations délivrées diminue au cours de prise en charge [12]. Par ailleurs, la mémorisation de l'information fournie au patient pourrait également jouer un rôle. En ce sens, Gabrijel et al. ont étudié la mémorisation des informations reçues par les patients après le diagnostic de tumeur maligne pulmonaire. Ces derniers retrouvent une certaine satisfaction des patients vis-à-vis de l'information reçue sur les procédures de diagnostic et le traitement. Cependant, moins de 50% des patients se souviennent avec précision des informations sur l'objectif de traitement. Les patients qui se souviennent correctement des informations concernant la procédure de traitement sont significativement plus satisfaits de sa communication [24]. Nous n'avons donc pas étudié la satisfaction de l'information à distance de la chirurgie notamment après le retour au domicile, à un moment proche de la guérison et sur son évolution dans le temps. Il est fort probable que la satisfaction des patients aurait été plus faible si le questionnaire avait été délivré à distance de la sortie [12].

Dans notre étude, la satisfaction de l'information reçue n'impacte pas sur l'anxiété pré-opératoire. Cependant, certains travaux retrouvent une baisse de l'anxiété chez les patients satisfaits de l'information reçue ainsi que chez les patients ayant un accès simple à un supplément d'information. Cette baisse de l'anxiété est associée à une meilleure qualité de vie et moins de dépression [3][25][26]. Notre étude a été réalisée en période de pandémie de COVID 19 avec des modifications notables de la prise en charge hospitalière et notamment la présence de restrictions. Ce contexte très particulier a pu être source d'anxiété pour les patients vis-à-vis d'une prise en charge hospitalière [27] [28] et l'étude

de l'anxiété pré-opératoire a pu en être affectée. Le manque de puissance de notre étude, pourrait aussi tout à fait expliquer ce résultat.

La chirurgie thoracique est une chirurgie à risque important de douleurs post-opératoires notamment lors de la mobilisation et de la toux [29]. J. King et al ont montré que les patients ne se sentent pas assez préparés face au contrôle de cette douleur [30]. Dans notre étude, l'analgésie était considérée comme satisfaisante chez 68,1 % des patients. Il n'était pas mis en évidence de lien entre le contrôle de la douleur et la satisfaction de l'information reçue. Notre étude, via le score RAAC met en évidence une certaine satisfaction des patients sur l'information reçue sur la prise en charge de la douleur en post opératoire.

Cependant, il est admis dans la littérature que l'apport d'une éducation verbale pour les patients devant bénéficier d'une thoracotomie réduit de manière significative la douleur post opératoire ainsi que la quantité d'analgésiques utilisés [31]. De plus, la mise en place d'une information du patient via un livret [29] ou via une information par le biais d'un module d'éducation sur la résection pulmonaire [32] améliore la préparation du patient, diminue son anxiété et améliore le contrôle et le niveau de sa douleur [33][32][25]. Le meilleur contrôle de la douleur dans les groupes de patients recevant plus d'informations pourrait être lié au fait que le contrôle de la douleur est fortement lié au niveau d'anxiété [34] et que l'apport d'informations pré opératoires permet de diminuer celle-ci [35]. L'absence de cette observation dans notre étude est probablement liée ici aussi à un manque de puissance par nombre de patients inclus non suffisant.

D'une manière générale, les scores de satisfaction globale des patients sont affectés par des facteurs modifiables tels que la communication clinicien-patient, la fourniture d'informations aux patients et la fonction opérationnelle d'un hôpital. Les facteurs non modifiables affectant les scores de satisfaction globale des patients incluent les données démographiques des patients [36]. Les besoins d'information des patients atteints de cancer varient selon le sexe, l'âge, les différences culturelles, le niveau d'éducation, le type de cancer et le stade de la maladie [3].

Les études de satisfaction globale des patients en chirurgie thoracique sont assez divergentes puisque certaines notent une absence d'influence du sexe, de l'âge, du statut marital sur la satisfaction des patients [37] quand d'autres retrouvent une baisse de la satisfaction chez les hommes par exemple [38]. Notre étude ne met pas en évidence de lien entre la satisfaction de l'information reçue et les caractéristiques intrinsèques des patients tels que l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle ou le statut marital.

L'absence d'impact du statut marital sur la satisfaction de l'information reçue peut être expliquée par le fait que les accompagnants étaient autorisés seulement à être présents durant les consultations et ne pouvaient pas rester lors du séjour hospitalier dans le contexte de pandémie COVID 19. Il a été montré dans la littérature que les patients qui ont un partenaire reçoivent plus d'informations sur la maladie [22] et bénéficient d'une meilleure compréhension de l'information reçue [39]. Cependant, une partie de l'information est délivrée par l'équipe médicale la veille de la chirurgie et au cours du séjour chez des patients seuls, sans accompagnants, dans ce contexte de pandémie.

Dans la littérature, les études retrouvent un effet péjoratif du niveau d'étude sur la satisfaction globale des patients avec une plus grande satisfaction à l'égard des soins chez les patients n'ayant pas réalisé d'études supérieures [37][40]. Ces dernières retrouvent également une satisfaction sur les services de santé plus basse chez les personnes très instruites [41]. Les patients possédant un niveau d'instruction plus élevé indiquent recevoir plus d'informations sur les tests médicaux et les traitements [22]. Dans notre étude, afin d'écarter toute répartition subjective des patients, une classification validée de la catégorie socio-professionnelle selon les critères de l'INSEE a été relevée. L'absence de différence de satisfaction de l'information reçue peut être expliquée par le fait que plus que 23,8% des patients étaient catégorisés : « retraités » et qu'il nous a donc été impossible d'en définir le niveau d'étude.

L'âge médian au moment du diagnostic était de 67 ans dans notre étude. L'âge médian au moment du diagnostic est de 67 ans chez l'homme et de 65 ans chez la femme en France [42]. Notre population, en terme d'âge, est superposable aux populations étudiées dans des études similaires [12] et semble être un reflet correct des patients opérés d'une chirurgie thoracique [43]. La littérature met en évidence que la quantité d'informations reçues varie selon l'âge des patients. En effet, plusieurs études mentionnent que les patients les plus jeunes (< 65 ans) déclarent recevoir plus d'informations que les patients plus âgés pour différents scores QLQ-INFO25 [22][23][22]. Les patients âgés atteints de cancer sont quant à eux moins intéressés par des informations détaillées sur le traitement et leurs effets et préfèrent recevoir des informations sur les aspects les plus importants de leur maladie et de leur traitement [44]. Dans notre étude, à l'item « souhaitez-vous recevoir plus d'informations ? » du score EORTC25, 69% des patients ont répondu non. Ce résultat pourrait être expliqué par la présence d'une forte prévalence de personnes âgées et une moyenne d'âge assez élevée de notre population étudiée. Par ailleurs, il est à noter que ces

derniers peuvent avoir plus de difficultés à mémoriser les informations médicales [45]. Mais il semble d'une grande importance de mettre en place un protocole d'éducation adapté à cette population et à ces caractéristiques [47].

La consultation d'annonce est un moment clé de la prise en charge des patients atteints de cancer. En effet, informer et annoncer sont des moments clés de la relation de soin. La qualité des informations délivrées, tant dans leur précision que dans la manière de les délivrer est essentielle pour le devenir d'une relation de soin bénéfique au patient comme au médecin [48]. Il n'y a pas une annonce mais une succession d'annonces, tout au long de la prise en charge, au rythme des patients, à laquelle participe chaque professionnel d'une équipe. Les annonces, tout au long du processus d'accompagnement, doivent donc permettre aux professionnels de donner au patient les informations dont il a besoin [49]. En chirurgie thoracique, les patients sont significativement plus satisfaits de l'annonce du diagnostic lorsqu'il est fourni par un médecin pneumologue [24] ce qui n'a pas été mis en évidence dans notre étude.

Dans notre étude, une chirurgie plus lourde était associée à une baisse de la satisfaction de l'information reçue. En particulier, nous retrouvons dans le groupe non satisfaits les patients opérés d'une pneumonectomie. Dans la littérature, il n'est pas retrouvé d'association entre le type de chirurgie et la satisfaction du patient [37]. Il s'agit donc d'un élément nouveau mis en évidence dans notre travail. J. King and al. mettent en évidence que les patients opérés d'une chirurgie thoracique oncologique rapportent que les aspects les plus utiles de la formation en pré opératoire sont l'explications des détails chirurgicaux [30]. Les patients subissant une pneumonectomie présentent plus de fatigue, d'essoufflement et de mal être dans les 12 mois suivant la chirurgie [50]. Ces derniers ne présentent pas plus de complications post-opératoires mais un état cardiopulmonaire altéré par rapport aux patients bénéficiant d'une lobectomie [51]. Les patients opérés d'une chirurgie thoracique plus lourde nécessitent donc probablement plus d'informations et une information adaptée au type de chirurgie réalisée.

Les patients inclus dans notre étude avaient un score médian de satisfaction globale INPATSAT32 à 90,77 ce qui souligne un certain niveau de satisfaction concernant leur prise en charge globale. Ce score, en chirurgie thoracique, diffère selon le lieu de conduite des études puisque certaines études rapportent une satisfaction globale à 70 [38] quand d'autres retrouvent une satisfaction globale similaire à celle de notre étude [40]. Ceci peut être expliqué par le fait que le questionnaire INPATSAT32 permet une évaluation de la

satisfaction de la prise en charge locale du patient et qu'il a été démontré que la satisfaction des patients subissant une chirurgie thoracique oncologique diffère selon le centre de prise en charge [40]. De plus, notre étude retrouve une baisse de satisfaction globale statistiquement significative chez les patients non satisfaits de l'information reçue. Cette baisse de satisfaction pourrait s'expliquer par le fait que les patients manquent probablement d'informations. En effet, l'apport d'informations préopératoires en chirurgie cardiaque améliore les niveaux de satisfactions globale des patients [52]. De plus, nous avons pu mettre en évidence qu'une satisfaction globale des patients importante entraîne un plus haut niveau de satisfaction de l'information reçue.

En chirurgie thoracique, l'absence de complications post opératoires est associée à un plus haut niveau de satisfaction globale [38][37] facteur associé qui n'a pas été étudié dans notre étude et qui pourrait également expliquer cette baisse de satisfaction. Enfin, en chirurgie thoracique, il n'est pas retrouvé de corrélation entre la satisfaction globale des patients et la qualité des soins [37].

Un lien de causalité fort a été mis en évidence dans notre étude entre la durée moyenne de séjour du patient et la satisfaction de l'information reçue. En effet, cette dernière semble liée à la durée d'hospitalisation puisque les patients présentant une durée de séjour augmentée présentent une baisse de la satisfaction de l'information reçue. Il n'existe pas dans la littérature d'études étudiant l'influence de la durée de séjour sur la satisfaction de l'information reçue. Cependant, il a été démontré que l'apport d'informations permet de diminuer la durée moyenne de séjour des patients en chirurgie thoracique [54] ce qui est également retrouvé dans notre étude.

Ces résultats s'opposent aux observations faites dans la littérature et est un résultat nouveau. En chirurgie thoracique, C. Pompili and al retrouvent une satisfaction globale des patients similaire malgré une augmentation de la durée moyenne de séjour [53] tout comme A. Cairns et al [38]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que ces études étudiaient la satisfaction globale des patients et non la satisfaction de l'information reçue, que celle-ci ne se réalisait pas au même stade de l'hospitalisation ainsi que par le fait que les patients inclus ne subissaient pas tous une chirurgie à visée oncologique et que certains patients étaient opérés en urgence. Les patients présentant une durée moyenne de séjour plus longue sont des patients qui présentent probablement des suites opératoires plus complexes, de potentielles complications ou des durées de séjour en soins intensifs prolongées. Ces patients nécessitent donc une attention plus importante du personnel médical et paramédical ainsi que des informations complémentaires adaptées tout au long de leur prise en charge en fonction de leur évolution.

Pour finir, notre étude, via le score RAAC, visait à réaliser une évaluation de la satisfaction des patients vis-à-vis de leur prise en charge post-opératoire dans le cadre d'une réhabilitation accélérée après chirurgie afin de garantir une récupération optimale. Notre étude met en évidence un besoin d'information des patients sur la RAAC dans le groupe de patients non satisfait de l'information reçue et plus précisément concernant la prise en charge de la douleur post-opératoire, la réhabilitation après chirurgie, le bénéfice d'être acteur de la prise en charge et sur le déroulé et les étapes clés du séjour. Dans la littérature, les patients de chirurgie thoracique soulignent également l'importance de l'explication des exercices respiratoires [30]. En chirurgie thoracique, afin de réaliser une prise en charge optimale, il est admis que l'utilisation de protocoles et de pratiques péri-opératoires simples et facilement applicables permettent d'améliorer l'observance des patients et de l'équipe soignante et entraîne une meilleure récupération avec une mobilisation plus précoce du patient et un plus faible niveau de douleurs [55]. La pierre angulaire de la mise en place d'une RAAC reste cependant l'information du patient. Dans notre étude, le fait d'être bien informé sur la réhabilitation après chirurgie était associé de manière positive à la satisfaction de l'information reçue.

Les sociétés savantes d'anesthésie et de réanimation suggèrent que l'implémentation et le suivi des programmes d'optimisation péri-opératoire soient effectués par une équipe pluriprofessionnelle avec du temps dédié pour la coordination du parcours patient (Accord fort) [56]. Depuis 2005 en France, une consultation spécifique avec une infirmière dédiée a été mise en place dans tous les centres de cancérologie tertiaire afin d'améliorer l'information délivrée aux patients, en particulier avant une chirurgie oncologique [57]. Il est également recommandé d'inclure tous les patients dans un programme d'optimisation péri-opératoire, notamment les patients âgés, fragiles ou comorbides, chez qui ce type de prise en charge permet également de diminuer le taux de complications post-opératoires et la durée moyenne de séjour (Grade 1+) [56]. Enfin, un travail multidisciplinaire permet une meilleure compliance des patients et une meilleure adhésion aux principes de la RAAC [58], ceci dans le but de réduire la durée moyenne de séjour sans augmenter les ré-admissions et les complications, voire de les diminuer [59][60][61].

Notre étude vise à être une évaluation de la satisfaction vis-à-vis de caractéristiques locales de prise en charge et de soins, afin de pouvoir avoir un impact sur la prise en charge du patient par la modification des pratiques professionnelles. Notre étude met en évidence un besoin d'apport d'informations complémentaires concernant la maladie, son traitement, son suivi et sur la prise en charge de la douleur. Elle met également en évidence un besoin

d'informations plus important chez les patients devant subir des chirurgies plus lourdes. Pour finir, les patients nécessitent plus d'informations concernant la RAAC notamment concernant la suite des soins et les aides possibles après chirurgie afin de préparer le retour au domicile.

La mise en place d'un support d'informations complémentaires par livret ou module vidéo permettrait d'améliorer la qualité et la quantité d'informations reçues. L'information délivrée devrait être individualisée et adaptée aux caractéristiques des patients et notamment à l'âge [47] et au type de chirurgie réalisée. Cet apport d'informations aura très probablement un impact positif sur le devenir des patients notamment concernant l'anxiété et la douleur en post-opératoire [29][32] et pourrait permettre une diminution de la durée moyenne de séjour [54]. Enfin, le conseil préopératoire au patient, quel que soit le mode d'information, doit faire du patient le principal acteur de son rétablissement, capable de s'impacter lui-même dans le processus chirurgical et cicatrisant [30]. Il conviendra d'en définir le meilleur support lors d'études ultérieures.

VI. Conclusion

Les patients se sentent bien informés avant une chirurgie de tumeur maligne pulmonaire. La satisfaction de l'information reçue des patients est multifactorielle et semble basée sur un besoin d'informations globale de la part du patient ainsi que sur un besoin d'informations plus précis sur la maladie, son suivi, les soins post opératoires et le déroulé du programme de réhabilitation accélérée après chirurgie qui sera mis en place. Il semble nécessaire de mettre en place un apport d'informations complémentaires de manière pluri-professionnelle axé sur ces sujets adapté au patient et au type de chirurgie réalisée.

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY

le 01/03/23



Bon jour impression
le 28/02/23

G. FOURCADE

Professeur O. FOURCADE
N° RPPS : 10002903317
Département Anesthésie & Réanimation
Centre Hospitalo-Universitaire de TOULOUSE
TSA 40031 - 31059-TOULOUSE Cedex 9
Tél. : 05-61-77-74-43 / 05-61-77-92-67

VII. Bibliographie

- [1] J. Ferlay *et al.*, « Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018 », *Eur J Cancer*, vol. 103, p. 356-387, nov. 2018, doi: 10.1016/j.ejca.2018.07.005.
- [2] J. F. Fiore *et al.*, « Systematic review of the influence of enhanced recovery pathways in elective lung resection », *J Thorac Cardiovasc Surg*, vol. 151, n° 3, p. 708-715.e6, mars 2016, doi: 10.1016/j.jtcvs.2015.09.112.
- [3] O. Husson, F. Mols, et L. V. van de Poll-Franse, « The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review », *Ann Oncol*, vol. 22, n° 4, p. 761-772, avr. 2011, doi: 10.1093/annonc/mdq413.
- [4] V. Jenkins, L. Fallowfield, et J. Saul, « Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres », *Br J Cancer*, vol. 84, n° 1, p. 48-51, janv. 2001, doi: 10.1054/bjoc.2000.1573.
- [5] B. R. Cassileth, R. V. Zupkis, K. Sutton-Smith, et V. March, « Information and participation preferences among cancer patients », *Ann Intern Med*, vol. 92, n° 6, p. 832-836, juin 1980, doi: 10.7326/0003-4819-92-6-832.
- [6] « rfe-anesthesie-rac-lobectomie-pulmonaire.pdf ». Consulté le: 2 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://sfar.org/download/rfe-anesthesie-rac-lobectomie-pulmonaire/?wpdmdl=24440&refresh=6266ab06353d31650895622>
- [7] « Droits des malades - La SFAR », *Société Française d'Anesthésie et de Réanimation*. <https://sfar.org/pour-le-grand-public/droits-des-malades/> (consulté le 3 mai 2022).
- [8] G. Rocco et A. Brunelli, « Patients' Satisfaction: Customer Relationship Management as a New Opportunity for Quality Improvement in Thoracic Surgery », *Thoracic Surgery Clinics*, vol. 22, n° 4, p. 551-555, nov. 2012, doi: 10.1016/j.thorsurg.2012.07.009.
- [9] « Rapport Expérience Patient - avril 2011 », *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1055814/fr/rapport-experience-patient-avril-2011.
- [10] M. E. Mills et K. Sullivan, « The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature », *J Clin Nurs*, vol. 8, n° 6, p. 631-642, nov. 1999, doi: 10.1046/j.1365-2702.1999.00296.x.
- [11] M. Schmidt *et al.*, « Patient Empowerment Improved Perioperative Quality of Care in Cancer Patients Aged \geq 65 Years - A Randomized Controlled Trial », *PLoS One*, vol. 10, n° 9, p. e0137824, 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0137824.
- [12] N. Oswald *et al.*, « Patients want more information after surgery: a prospective audit of satisfaction with perioperative information in lung cancer surgery », *J*

[13] E. Picard et V. Martinez, « Mise à jour des recommandations sur la prise en charge de la douleur ».

[14] J.-M. Wattier, O. Barreau, P. Devos, S. Prevost, B. Vallet, et G. Lebuffe, « Mesure de l'anxiété et du besoin d'informations préopératoire en six questions », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 30, n° 7, p. 533-537, juill. 2011, doi: 10.1016/j.annfar.2011.03.010.

[15] J. I. Arraras *et al.*, « An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: an instrument to assess the information given to cancer patients », *Eur J Cancer*, vol. 46, n° 15, p. 2726-2738, oct. 2010, doi: 10.1016/j.ejca.2010.06.118.

[16] « Scoring manual ». Disponible sur:
<https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf>

[17] M. Obtel *et al.*, « Validation of EORTC IN-PATSAT 32 in Morocco: Methods and Processes », *Asian Pac J Cancer Prev*, vol. 18, n° 5, p. 1403-1409, 2017, doi: 10.22034/APJCP.2017.18.5.1403.

[18] A. Brédart *et al.*, « An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32) », *Eur J Cancer*, vol. 41, n° 14, p. 2120-2131, sept. 2005, doi: 10.1016/j.ejca.2005.04.041.

[19] A. Brédart *et al.*, « Timing of patient satisfaction assessment: effect on questionnaire acceptability, completeness of data, reliability and variability of scores », *Patient Education and Counseling*, vol. 46, n° 2, p. 131-136, févr. 2002, doi: 10.1016/S0738-3991(01)00152-5.

[20] N. Oswald *et al.*, « Patients want more information after surgery: a prospective audit of satisfaction with perioperative information in lung cancer surgery », *J Cardiothorac Surg*, vol. 13, n° 1, p. 18, déc. 2018, doi: 10.1186/s13019-018-0707-8.

[21] R. Lamers *et al.*, « Patients are dissatisfied with information provision: Perceived information provision and quality of life in prostate cancer patients », *Psycho-oncology*, vol. 25, sept. 2015, doi: 10.1002/pon.3981.

[22] K. A. H. Nicolaije *et al.*, « Endometrial cancer survivors are unsatisfied with received information about diagnosis, treatment and follow-up: A study from the population-based PROFILES registry », *Patient Education and Counseling*, vol. 88, n° 3, p. 427-435, sept. 2012, doi: 10.1016/j.pec.2012.05.002.

[23] A. Bozec *et al.*, « Evaluation of the information given to patients undergoing head and neck cancer surgery using the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: A prospective multicentric study », *European Journal of Cancer*, vol. 67, p. 73-82, nov. 2016, doi: 10.1016/j.ejca.2016.08.005.

[24] S. Gabrijel *et al.*, « Receiving the Diagnosis of Lung Cancer: Patient Recall of Information and Satisfaction With Physician Communication », *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY*, p. 6, 2008.

- [25] Lucyna Tomaszek 1, Grazyna Cepuch 2, Dariusz Fenikowski 1, « Influence of preoperative information support on anxiety, pain and satisfaction with postoperative analgesia in children and adolescents after thoracic surgery: A randomized double blind study Lucyna Tomaszek 1, Grazyna Cepuch 2, Dariusz Fenikowski 1 ».
- [26] Traves D Crabtree 1, Varun Puri, Jennifer M Bell, Nicholas Bontumasi, G Alexander Patterson, Daniel Kreisel, Alexander Sasha Krupnick, Bryan F Meyers, « Outcomes and perception of lung surgery with implementation of a patient video education module: a prospective cohort study Traves D Crabtree 1, Varun Puri, Jennifer M Bell, Nicholas Bontumasi, G Alexander Patterson, Daniel Kreisel, Alexander Sasha Krupnick, Bryan F Meyers ».
- [27] K. N. Fountoulakis *et al.*, « Results of the COVID-19 mental health international for the general population (COMET-G) study », *Eur Neuropsychopharmacol*, vol. 54, p. 21-40, janv. 2022, doi: 10.1016/j.euroneuro.2021.10.004.
- [28] B. Obispo-Portero *et al.*, « Anxiety and depression in patients with advanced cancer during the COVID-19 pandemic », *Support Care Cancer*, vol. 30, n° 4, p. 3363-3370, avr. 2022, doi: 10.1007/s00520-021-06789-3.
- [29] H. E. Cetkin et A. Tuna, « How Does Health Education Given to Lung Cancer Patients Before Thoracotomy Affect Pain, Anxiety, and Respiratory Functions? », *J Canc Educ*, vol. 34, n° 5, p. 966-972, oct. 2019, doi: 10.1007/s13187-018-1401-1.
- [30] J. King *et al.*, « Patient Educational Needs of Patients Undergoing Surgery for Lung Cancer », *J Cancer Educ*, vol. 29, n° 4, p. 802-807, 2014, doi: 10.1007/s13187-014-0658-2.
- [31] « Preoperative Education and Use of Analgesic Before Onset of Pain Routinely for Post-thoracotomy Pain Control Can Reduce Pain Effect and Total Amount of Analgesics Administered Postoperatively - Pain Management Nursing ».
[https://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042\(12\)00182-8/fulltext](https://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(12)00182-8/fulltext)
- [32] T. D. Crabtree *et al.*, « Outcomes and Perception of Lung Surgery with Implementation of a Patient Video Education Module: A Prospective Cohort Study », *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 214, n° 5, p. 816-821.e2, mai 2012, doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2012.01.047.
- [33] L. D. Egbert, G. E. Battit, C. E. Welch, et M. K. Bartlett, « Reduction of Postoperative Pain by Encouragement and Instruction of Patients », *N Engl J Med*, vol. 270, n° 16, p. 825-827, avr. 1964, doi: 10.1056/NEJM196404162701606.
- [34] J. Tang et S. J. Gibson, « A Psychophysical Evaluation of the Relationship Between Trait Anxiety, Pain Perception, and Induced State Anxiety », *The Journal of Pain*, vol. 6, n° 9, p. 612-619, sept. 2005, doi: 10.1016/j.jpain.2005.03.009.
- [35] L. Y. Kiyohara *et al.*, « Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period », *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*, vol. 59, n° 2, p. 51-56, avr. 2004, doi: 10.1590/s0041-87812004000200001.
- [36] L. N. Trinh, M. A. Fortier, et Z. N. Kain, « Primer on adult patient satisfaction in perioperative settings », *Perioper Med (Lond)*, vol. 8, p. 11, sept. 2019, doi: 10.1186/s13741-019-0122-2.

- [37] F. Barleísi, L. Boyer, C. Doddoli, S. Antoniotti, P. Thomas, et P. Auquier, « The Place of Patient Satisfaction in Quality Assessment of Lung Cancer Thoracic Surgery », *CHEST*, vol. 128, n° 5, p. 3475-3481, nov. 2005, doi: 10.1378/chest.128.5.3475.
- [38] A. Cairns *et al.*, « General patient satisfaction after elective and acute thoracic surgery is associated with postoperative complications », *J Thorac Dis*, vol. 12, n° 5, p. 2088-2095, mai 2020, doi: 10.21037/jtd-19-3345b.
- [39] M. L. Clayman, D. Roter, L. S. Wissow, et K. Bandeen-Roche, « Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits », *Soc Sci Med*, vol. 60, n° 7, p. 1583-1591, avr. 2005, doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.004.
- [40] C. Pompili *et al.*, « Patient satisfaction after pulmonary resection for lung cancer: A multicenter comparative analysis », *Respiration*, vol. 85, n° 2, p. 106-111, févr. 2013, doi: 10.1159/000337262.
- [41] « Predictors of patient satisfaction with hospital health care | BMC Health Services Research | Full Text ». <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-102>.
- [42] « Cancer du poumon : points-clés - Cancer du poumon ». <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-poumon/Les-points-clés>.
- [43] J. N. Melvan *et al.*, « Community Size and Lung Cancer Resection Outcomes: Studying The Society of Thoracic Surgeons Database », *The Annals of Thoracic Surgery*, vol. 112, n° 4, p. 1076-1082, oct. 2021, doi: 10.1016/j.athoracsur.2020.08.076.
- [44] J. Jansen, J. van Weert, S. van Dulmen, T. Heeren, et J. Bensing, « Patient education about treatment in cancer care: an overview of the literature on older patients' needs. », *Cancer Nursing*, vol. 30, p. 16, 2007.
- [45] « Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: An evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals | BMC Nursing | Full Text ». <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-8-1>.
- [46] S. Ostermann *et al.*, « Randomized Controlled Trial of Enhanced Recovery Program Dedicated to Elderly Patients After Colorectal Surgery », *Diseases of the Colon & Rectum*, vol. 62, n° 9, p. 1105, sept. 2019, doi: 10.1097/DCR.0000000000001442.
- [47] M. Millan, B. Espina-Perez, A. Caro-Tarrago, et R. Jorba-Martin, « ERAS programs in elderly patients: is there a limit? », *Int J Colorectal Dis*, vol. 33, n° 9, p. 1313-1313, sept. 2018, doi: 10.1007/s00384-018-3118-3.
- [48] « Guide annonce diagnostic». Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_annonce_diagnostic_web.pdf
- [49] « Mauvaise nouvelle». Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
- [50] « Symptom Assessment Following Surgery for Lung Cancer: A Cana... : Annals of Surgery ». https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/2023/02000/Symptom_Assessment_Following_Surgery_for_Lung.52.aspx.

- [51] E.-S. Lee *et al.*, « Comparison of Operative Mortality and Complications between Bronchoplastic Lobectomy and Pneumonectomy in Lung Cancer Patients », *J Korean Med Sci*, vol. 22, n° 1, p. 43-47, févr. 2007, doi: 10.3346/jkms.2007.22.1.43.
- [52] Veronica Ka Wai Lai 1, Ka Man Ho 2, Wai Tat Wong 1, Patricia Leung 1, Charles David Gomersall 1, Malcolm John Underwood 3, Gavin Matthew Joynt 1, Anna Lee 4, « Effect of preoperative education and ICU tour on patient and family satisfaction and anxiety in the intensive care unit after elective cardiac surgery: a randomised controlled trial Veronica Ka Wai Lai 1, Ka Man Ho 2, Wai Tat Wong 1, Patricia Leung 1, Charles David Gomersall 1, Malcolm John Underwood 3, Gavin Matthew Joynt 1, Anna Lee 4 ».
- [53] C. Pompili, M. Tiberi, M. Salati, M. Refai, F. Xiumé, et A. Brunelli, « Patient satisfaction with health-care professionals and structure is not affected by longer hospital stay and complications after lung resection: A case-matched analysis », *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*, vol. 20, nov. 2014, doi: 10.1093/icvts/ivu371.
- [54] A. Madani *et al.*, « An enhanced recovery pathway reduces duration of stay and complications after open pulmonary lobectomy », *Surgery*, vol. 158, n° 4, p. 899-910, oct. 2015, doi: 10.1016/j.surg.2015.04.046.
- [55] A. Brunelli, S. H. Blackmon, M. Sentürk, V. Cavalheri, et C. Pompili, « Patient-centred care in thoracic surgery: a holistic approach —A review of the subjects of enhanced recovery after surgery, rehabilitation, pain management and patient-reported outcome measures in thoracic surgery », *Journal of Thoracic Disease*, vol. 14, n° 2, févr. 2022, doi: 10.21037/jtd-21-1763.
- [56] « Programme d'optimisation perioperatoire du patient adulte ». Disponible sur: <https://sfar.org/download/programme-doptimisation-perioperatoire-du-patient-adulte/?wpdmdl=37889&refresh=63cf9df9d027a1674550777>
- [57] C. Cambreleng et G. Goujon, « La consultation d'annonce infirmière en cancérologie ORL et maxillo-faciale », [//www.em-premium.com/data/revues/00380814/v60i798/S003808141500273X/](http://www.em-premium.com/data/revues/00380814/v60i798/S003808141500273X/), sept. 2015,. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/1001280>
- [58] J. Ripollés-Melchor *et al.*, « Postoperative Outcomes Within Enhanced Recovery After Surgery Protocol in Elective Total Hip and Knee Arthroplasty. POWER.2 Study: Study Protocol for a Prospective, Multicentre, Observational Cohort Study », *Turkish Journal of Anesthesia and Reanimation*, vol. 47, févr. 2019, doi: 10.5152/TJAR.2019.87523.
- [59] T.-G. Ni, H.-T. Yang, H. Zhang, H.-P. Meng, et B. Li, « Enhanced recovery after surgery programs in patients undergoing hepatectomy: A meta-analysis », *World J Gastroenterol*, vol. 21, n° 30, p. 9209-9216, août 2015, doi: 10.3748/wjg.v21.i30.9209.
- [60] Y.-L. Nguyen *et al.*, « Enhanced Recovery Pathway in Lung Resection Surgery: Program Establishment and Results of a Cohort Study Encompassing 1243 Consecutive Patients », *Cancers (Basel)*, vol. 14, n° 7, p. 1745, mars 2022, doi: 10.3390/cancers14071745.
- [61] J. C. Dort *et al.*, « Optimal Perioperative Care in Major Head and Neck Cancer Surgery With Free Flap Reconstruction: A Consensus Review and Recommendations

From the Enhanced Recovery After Surgery Society », *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, vol. 143, n° 3, p. 292-303, mars 2017, doi: 10.1001/jamaoto.2016.2981.

[62] M. Refai, M. Andolfi, P. Gentili, F. Manzotti, et A. Sabbatini, « Enhanced recovery after thoracic surgery: patient information and care-plans », *Journal of Thoracic Disease*, vol. 10, n° 4, mars 2018, doi: 10.21037/jtd.2017.12.87.

VIII. Annexes

Annexe 1 : Score ASA

- 1 : Patient normal
- 2 : Patient avec anomalie systémique modérée
- 3 : Patient avec anomalie systémique sévère
- 4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
- 5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
- 6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

Ces définitions sont disponibles dans l'édition annuelle du "ASA Relative Value Guide". Il n'y a pas d'informations supplémentaires pouvant aider à mieux classer les patients.

Référence :

• <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>

Annexe 2 : Score APAIS

Chaque item se cote de 1 (absence) à 5 (extrême). Les items 1, 2, 4, 5 cotent l'anxiété. Pour obtenir le score, on additionne ces 4 items. Les sujets sont considérés comme anxieux lorsqu'ils ont un score strictement supérieur à 11.

	Items français
1	Je suis inquiet (ète) à propos de mon anesthésie
2	Je pense continuellement à mon anesthésie
3	Je désire savoir tout ce qui est possible à propos de mon anesthésie
4	Je suis inquiet (ète) à propos de mon opération
5	Je pense continuellement à mon opération
6	Je désire savoir tout ce qui est possible à propos de mon opération

Annexe 3 : Catégories socio-professionnelles selon l'INSEE

1. Agriculteurs exploitants
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
4. Professions intermédiaires
5. Employés
6. Ouvriers
7. Retraités
8. Autres personnes sans activité professionnelle

Annexe 4 : Questionnaire pré opératoire

LIVRET I

Évaluation de l'information délivrée aux patients bénéficiant d'une chirurgie thoracique à visée oncologique

Questionnaire à délivrer le jour de l'hospitalisation du patient

Nous aimerions connaître certains éléments sur vous et sur votre niveau d'anxiété pré opératoire. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant le chiffre qui correspond le mieux à votre niveau d'anxiété. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Les informations que vous nous communiquerez resteront strictement confidentielles.

Profession (si retraité merci de renseigner votre ancienne activité):	
Statut marital (célibataire/en couple):	
Quand avez-vous été informé de votre maladie actuelle (lors d'une consultation chez le pneumologue, lors de la consultation avec le chirurgien ...) ?	

Concernant votre anxiété pré-opératoire : Score APAIS

A évaluer de 1 à 5 avec 1) Aucune, 5) Extrêmement

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

Annexe 5 : Questionnaires de sortie

LIVRET II

Évaluation de l'information délivrée aux patients bénéficiant d'une chirurgie thoracique à visée oncologique





Questionnaires à remplir le jour de votre sortie d'hospitalisation. Questionnaires à remettre à l'accueil lors de votre sortie.

Ces questionnaires sont des questionnaires génériques concernant les patients atteints d'une maladie oncologique. Il se peut que vous ne soyez pas concernés par certaines questions notamment concernant les traitements et la prise en charge. Veuillez répondre à toutes les questions même si celles-ci n'entrent pas dans le protocole de votre prise en charge.

Nous nous intéressons aux informations que vous avez reçues. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en entourant le visage qui correspond le mieux à votre avis. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Les informations que vous nous communiquerez resteront strictement confidentielles.

Les informations suivantes vous ont-elles été transmises ?

Entourez le visage qui correspond le mieux à votre état de satisfaction vis à vis de l'information reçue.

1) Concernant la prise en charge de la douleur en post opératoire ?	
2) Concernant votre réhabilitation après la chirurgie (kinésithérapie, reprise de l'alimentation précoce, mise au fauteuil précoce ...) ?	
3) Concernant le bénéfice d'être acteur de votre prise en charge?	
4) Concernant le déroulé et les étapes clés de votre séjour?	



EORTC QLQ – INFO25

Nous nous intéressons aux informations que vous avez reçues sur les différents aspects de votre maladie et de son traitement afin d'améliorer les soins de santé qui vous sont apportés. Veuillez répondre à TOUTES les questions vous-même en *entourant d'un cercle* le chiffre correspondant le mieux à votre avis. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Les informations que vous nous communiquerez resteront strictement confidentielles.

	Aucune	Un peu	Assez	Beaucoup
Tout au long de votre maladie actuelle ou de son traitement, quelle quantité d'informations avez-vous reçues sur:				
31. Le diagnostic de votre maladie ?	1	2	3	4
32. L'étendue (la propagation) de votre maladie ?	1	2	3	4
33. Les causes possibles de votre maladie ?	1	2	3	4
34. Le fait que votre maladie soit sous contrôle ?	1	2	3	4
35. Le but des tests médicaux que vous avez subis ou allez subir ?	1	2	3	4
36. Les procédures des tests médicaux ?	1	2	3	4
37. Les résultats des tests médicaux que vous avez déjà reçus ?	1	2	3	4
38. Le traitement que vous suivez actuellement (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie ou autres modalités de traitement) ?	1	2	3	4
39. Le bénéfice escompté du traitement ?	1	2	3	4
40. Les effets secondaires éventuels de votre traitement ?	1	2	3	4
41. Les effets escomptés du traitement sur les symptômes de la maladie ?	1	2	3	4
42. Les effets du traitement sur votre vie sociale et familiale ?	1	2	3	4
43. Les effets du traitement sur votre fonctionnement sexuel ?	1	2	3	4
44. Une aide supplémentaire en dehors de l'hôpital (par ex. : aide pour les activités quotidiennes, groupes d'autoaide, infirmières à domicile) ?	1	2	3	4
45. Des services de réhabilitation (ex: kinésithérapie, ergothérapie) ?	1	2	3	4

Veillez passer à la page suivante

Tout au long de votre maladie actuelle ou de son traitement, quelle quantité d'informations avez-vous reçues sur:		Aucune	Un peu	Assez	Beaucoup
46.	Les différents aspects de la gestion à domicile de votre maladie ?	1	2	3	4
47.	L'éventualité d'un soutien psychologique professionnel ?	1	2	3	4
48.	Différents lieux de soins (hôpitaux/services de consultations externes/domicile) ?	1	2	3	4
49.	Ce que vous pouvez faire pour vous aider à vous sentir bien (repos, contacts avec les autres, etc.) ?	1	2	3	4
50.	Avez-vous reçu des informations écrites ?	Oui	Non		
51.	Avez-vous reçu des informations sur CD, cassette audio ou vidéo ?	Oui	Non		
		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
52.	Êtes-vous satisfait(e) de la quantité d'informations reçues ?	1	2	3	4
53.	a) Souhaitez-vous recevoir <u>davantage</u> d'informations ?	Oui	Non		
	b) Si oui, à quel sujet ?				

54.	a) Auriez-vous souhaité recevoir <u>moins</u> d'informations ?	Oui	Non		
	b) Si oui, à quel sujet ?				

		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
55.	Globalement, les informations reçues vous ont-elles été utiles ?	1	2	3	4



EORTC IN – PATSAT32

Nous aimerions savoir certaines choses sur vous et sur les soins que vous avez reçus durant votre séjour à l'hôpital. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Les informations que vous nous communiquerez resteront strictement confidentielles.

Durant votre séjour à l'hôpital, comment évalueriez-vous les <u>médecins</u> en ce qui concerne :	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
1 Leur connaissance et leur expérience de votre maladie ?	1	2	3	4	5
2 Le traitement et le suivi médical qu'ils vous ont fournis ?	1	2	3	4	5
3 L'attention qu'ils ont accordée à vos problèmes physiques ?	1	2	3	4	5
4 Leur disponibilité à écouter l'ensemble de vos préoccupations ?	1	2	3	4	5
5 L'intérêt qu'ils ont porté à votre personne ?	1	2	3	4	5
6 Le réconfort et le soutien qu'ils vous ont apportés ?	1	2	3	4	5
7 Les informations qu'ils vous ont fournies sur votre maladie ?	1	2	3	4	5
8 Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos examens médicaux ?	1	2	3	4	5
9 Les informations qu'ils vous ont fournies sur votre traitement ?	1	2	3	4	5
10 La fréquence de leurs visites/consultations ?	1	2	3	4	5
11 Le temps qu'ils vous ont consacré durant leurs visites/consultations ?	1	2	3	4	5

Durant votre séjour à l'hôpital, comment évalueriez-vous les <u>infirmiers et/ou infirmières</u> en ce qui concerne :	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
12 La manière dont ils vous ont examiné (prise de la température, du pouls, etc.) ?	1	2	3	4	5
13 La manière dont ils vous ont soigné (administration des médicaments, réalisation des injections, etc.) ?	1	2	3	4	5
14 L'attention qu'ils ont accordée à votre confort physique ?	1	2	3	4	5
15 L'intérêt qu'ils ont porté à votre personne ?	1	2	3	4	5
16 Le réconfort et le soutien qu'ils vous ont apportés ?	1	2	3	4	5

[Veuillez passer à la page suivante](#)

Durant votre séjour à l'hôpital, comment évalueriez-vous les infirmiers et/ou infirmières en ce qui concerne :

	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
17 Leurs qualités humaines (courtoisie, respect, sensibilité, gentillesse, patience, etc.) ?	1	2	3	4	5
18 Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos examens médicaux ?	1	2	3	4	5
19 Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos soins ?	1	2	3	4	5
20 Les informations qu'ils vous ont fournies sur votre traitement ?	1	2	3	4	5
21 La rapidité avec laquelle ils ont répondu à vos appels ?	1	2	3	4	5
22 Le temps qu'ils vous ont consacré ?	1	2	3	4	5

Durant votre séjour à l'hôpital, comment évalueriez-vous l'organisation des services et des soins en ce qui concerne :

	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
23 L'échange d'informations entre les membres du personnel soignant ?	1	2	3	4	5
24 La gentillesse et la serviabilité du personnel technique, de la réception, des laboratoires, etc. ?	1	2	3	4	5
25 Les informations fournies lors de votre admission à l'hôpital ?	1	2	3	4	5
26 Les informations fournies lors de votre départ de l'hôpital ?	1	2	3	4	5
27 Le délai d'attente pour obtenir les résultats d'examens médicaux ?	1	2	3	4	5
28 La rapidité d'exécution des examens médicaux et/ou traitements ?	1	2	3	4	5
29 L'accessibilité (parking, moyens de transport, etc.) ?	1	2	3	4	5
30 La facilité de s'orienter vers les différents services ?	1	2	3	4	5
31 L'environnement de l'établissement (propreté, espace, calme, etc.) ?	1	2	3	4	5

De manière générale,

32 Comment évalueriez-vous les soins que vous avez reçus durant votre séjour à l'hôpital ?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Évaluation de l'information délivrée aux patients bénéficiant d'une chirurgie thoracique à visée oncologique

Introduction : En chirurgie thoracique oncologique l'apport d'informations de qualité aux patients est primordiale et a démontré des effets bénéfiques concernant leur prise en charge notamment concernant l'anxiété et la douleur. L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la satisfaction de l'information reçue chez les patients bénéficiant d'une chirurgie thoracique à visée oncologique et d'identifier les besoins d'informations non satisfaits. Les objectifs secondaires de cette étude sont d'évaluer l'impact de l'information délivrée sur l'anxiété pré opératoire, la durée d'hospitalisation, la douleur post opératoire ainsi que de rechercher les facteurs intervenant sur la satisfaction vis-à-vis de l'information reçue.

Méthodes : L'étude a été conduite au sein du service de chirurgie thoracique du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse à l'Hôpital Larrey. Un questionnaire de satisfaction de l'information reçue EORTC 25 a été délivré aux patients la veille de la sortie d'hospitalisation. Un questionnaire APAIS a été délivré la veille de la chirurgie, un questionnaire de satisfaction globale INPATSAT 32 et un questionnaire sur la réhabilitation accélérée après chirurgie Score RAAC ont quant à eux été délivrés la veille de la sortie.

Résultats : 142 patients ont été inclus et 87 patients ont été analysés. Les patients présentent un score médian EORTC25 à 63,14 [50.5 ; 81.7] et 85% des patients étaient satisfaits de la quantité d'informations reçues. Les patients désirent plus d'informations concernant la maladie, son suivi et la suite de soins. Une durée d'hospitalisation prolongée ($p=0,0015$) et une chirurgie plus lourde ($p=0,0423$) sont associées à une baisse de la satisfaction de l'information reçue. Les patients non satisfaits de l'information reçue présentent une satisfaction globale ($p<0,0001$) et une satisfaction diminuée vis-à-vis de l'information reçue sur la réhabilitation accélérée après chirurgie ($p<0,0001$). La satisfaction de l'information reçue ne semble pas associée à l'anxiété et à la douleur post opératoire.

Conclusion : Les patients sont satisfaits de l'information reçue mais désirent recevoir plus d'informations notamment sur la maladie, sa prise en charge et sur la prise en charge lors du retour au domicile. L'information doit être délivrée de manière pluridisciplinaire, adaptée au patient et au type de chirurgie.

Evaluation of the informations delivered to patients undergoing thoracic surgery for oncological purposes

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Anesthésie-Réanimation

MOTS-CLÉS : Education, Patient, Tumeur pulmonaire, Satisfaction patient, Chirurgie Thoracique, Information, Evaluation

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de Santé de Toulouse

37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Elodie CLAUZET