

Anxiété préopératoire chez les femmes en instance de chirurgie gynécologique et mammaire

Preoperative anxiety in women awaiting gynaecological and breast surgery

Metogo Ntsama JA^{1,2}, Metogo Mbengono JA^{3,4}, Bengono Bengono RS^{2,5}, Fouda Meyo R E A², Meukem Tatsipie L W², Mol Henri L², Ondoua Mbengono LJ², Noa Ndoua C^{1,2}, Ze Minkande J^{2,6}.

1. *Service de gynécologie, Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine, Yaoundé.*
2. *Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I.*
3. *Service d'anesthésie, Hôpital Général de Douala, Douala.*
4. *Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala.*
5. *Service d'anesthésie, Hôpital de Référence de Sangmélina, Sangmélina.*
6. *Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Yaoundé.*

Auteur correspondant : METOGO MBENGONO Junette A, **Tel** : 00237 691120864 ; **Email** : junetmell@yahoo.fr

Résumé

Introduction : les troubles anxieux particulièrement fréquents chez les femmes peuvent être plus marqués en contexte préopératoire d'une chirurgie gynécologique et/ou mammaire du fait de l'impact sur la féminité. Notre objectif était de déterminer la prévalence et les facteurs associés à cette dernière. **Méthodologie** : il s'agissait d'une étude transversale prospective conduite chez les femmes en instance d'une chirurgie gynécologique ou mammaire dans les services d'anesthésie de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé et l'Hôpital Général de Douala entre janvier et mai 2025. Après leur consultation préanesthésique et le recueil des informations sociodémographiques et cliniques; l'évaluation de l'anxiété était faite à l'aide du score d'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) comportant deux principales dimensions dont le niveau d'anxiété et le désir d'information. L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 27.0.0 et une régression logistique était utilisée pour retrouver les facteurs associés avec un seuil de significativité de $p < 0,05$. **Résultats** : nous avons enregistré 162 femmes dont l'âge moyen est de $48,6 \pm 12,7$ ans. Environ 9 patientes sur 10 (94,3 %) montraient une anxiété préopératoire élevée avec un score APAIS de $25,8 \pm 5,5$. Le niveau d'anxiété était élevé soit de $17,1 \pm 3,7$; parallèlement le besoin d'information élevé de $8,7 \pm 1,9$ concernant 98,1% des patients pour la chirurgie et 96,3% pour l'anesthésie. Cette anxiété était associée à des craintes concernant la chirurgie, la peur des complications postopératoires, la crainte de ne pas se réveiller ou de se réveiller pendant l'intervention, la crainte d'un impact sur l'esthétique, l'âge compris entre 25 et 35 ans et l'existence d'antécédents chirurgicaux (kystectomie, laparotomie exploratoire). **Conclusion** : l'anxiété préopératoire chez les femmes est fréquente avec une forte coloration socioculturelle et esthétique. Un accent mis sur la qualité des informations données aux patientes pourrait améliorer leur vécu périopératoire.

Mots clés: anxiété préopératoire, chirurgie gynécologique et mammaire, sécurité périopératoire.

Les auteurs ne déclarent aucuns conflits d'intérêts

Abstract

Introduction: anxiety disorders, particularly common in women, can be more pronounced in the preoperative context of gynecological and/or breast surgery due to the impact on femininity. Our objective was to determine the prevalence and factors associated with preoperative anxiety. **Methodology**: this was a prospective cross-sectional study conducted among women awaiting gynaecological or breast surgery in the anesthesiological departments of the Yaoundé Gynaeco-Obstetric and Pediatric Hospital and the Douala General Hospital between January and May 2025. After their preanesthetic consultation and the collection of sociodemographic and clinical data, anxiety was assessed using the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) made of two main dimensions: anxiety level and desire for information. Statistical analysis of the data was performed using SPSS version 27.0.0, and logistic regression was used to identify associated factors with a significance threshold of $p < 0.05$. **Results**: we enrolled 162 women with a mean age of 48.6 ± 12.7 years. Approximately 9 out of 10 patients (94.3%) exhibited high preoperative anxiety, with an APAIS score of 25.8 ± 5.5 . The overall anxiety level was high, at 17.1 ± 3.7 . The need for information was high, at 8.7 ± 1.9 , reported by 98.1% of patients for surgery and 96.3% for anesthesia. This anxiety was associated with fears about surgery, fear of postoperative complications, fear of not waking up or waking up during the procedure, fear of the impact on appearance, age between 25 and 35 years, and a history of previous surgeries (cystectomy, exploratory laparotomy). **Conclusion**: preoperative anxiety in women is common and strongly influenced by sociocultural and aesthetic factors. Emphasizing the quality of information provided to patients could improve their perioperative experience.

Keywords: preoperative anxiety, gynecological and breast surgery, perioperative safety.

Introduction Les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus rencontrés dans le monde et sont associés à une morbidité et une comorbidité significative [1]. L'anxiété est une réaction émotionnelle courante qui se traduit habituellement par des manifestations physiologiques et des modifications comportementales. Il s'agit d'un état de tension interne due à la perception d'un danger imminent devant lequel on se sent sans arme [2]. Sa prévalence mondiale est de 7,3% (4,8%-10,9%) soit entre 5,3% (3,5-8,1%) dans les milieux de culture africaine de à 10,4% (7,0-15,5%) dans le contexte européen et anglo-saxon [3]. La période préopératoire est une période d'angoisse face à une situation souvent inconnue faisant place à des réactions émotionnelles, cognitives et physiologiques spécifiques chez le patient. En effet, près de la moitié des patients en instance chirurgicale présente une anxiété avec une réponse plus importante chez les femmes [4]. Bien qu'elle puisse être considérée comme une réaction normale par certains en période préopératoire, cette dernière est stressante et peut aggraver l'état physiologique et/ou psychologique [5]. Elle peut ainsi être responsable de plusieurs événements tels que l'augmentation de la demande en antalgiques, du séjour postopératoire, l'altération des résultats chirurgicaux ainsi qu'un risque accru de troubles dépressifs [6, 7, 8]. Les chirurgies gynécologiques et mammaires sont des chirurgies impliquant intimement l'identité corporelle et la santé reproductive ; ceci est d'autant plus marquée qu'il s'agit d'un terrain plus enclin à l'anxiété. Bengono et al au Cameroun faisaient état des manifestations psychiques (51,6%) et somatiques (49,4%) importantes en contexte préopératoire majoritaires dans cette population (9)]. De fait, la perception des femmes y est complexe associant à la fois une image négative de l'ablation d'un organe ou l'espoir de réparation d'une cicatrice ayant porté atteinte à la féminité. Ainsi, en fonction de l'âge, du type de chirurgie, les craintes et les attentes ne sont pas les mêmes mais l'anxiété demeure présente [10]. Dans un environnement socioculturel fortement ancré dans les croyances religieuses et la fatalité, l'étude de l'anxiété préopératoire au vu de ses conséquences paraît pertinente [11].

Patients et méthodes Il s'agissait d'une étude transversale prospective sur une période de 6 mois. Les patientes ont été abordées après leurs consultations préanesthésiques dans les services de consultations de

l'Hôpital Général de Douala et l'Hôpital Gynécobstétrique et pédiatrique de Yaoundé. Etaient inclus les patientes âgées de plus de 18 ans en instance d'une chirurgie gynécologique ou mammaire, sans troubles psychiatriques connus et avérés ayant consenti à participer à l'étude. Le questionnaire comportait des informations portant sur les paramètres sociodémographiques, cliniques et le score d'APAIS dans ses deux dimensions du niveau d'anxiété et du besoin d'information. Ce score était fait de 6 items notés de 1 à 5, avec deux questions pour l'anxiété liée à l'anesthésie, à la chirurgie et le besoin d'information respectivement. Un score inférieur à 11 illustre une absence d'anxiété tandis qu'un score supérieur à 11 traduisant l'existence d'une anxiété. Pour le besoin d'information, un score entre 2 et 4 traduisait un besoin absent ou mineur d'information ; entre 5 et 7 pour un besoin moyen et entre 8 et 10 besoin élevé d'information. La participation à l'étude était volontaire soutenue par la signature d'un consentement écrit dans le respect des règles d'éthique et de respect de la confidentialité sans impact sur leurs soins. L'autorisation du comité éthique institutionnel de l'Université de Douala et celles des directions des dits hôpitaux ont été obtenues. L'analyse statistique a été réalisée sur les logiciels CS Pro version 8.0 et SPSS version 26.0. Les variables continues étaient exprimées en moyenne et écart-type. Les variables catégorielles étaient exprimées en effectif et en pourcentage. Le test de régression logistique a été utilisé pour évaluer les facteurs indépendamment associés à l'existence de l'anxiété telle que définie par le score d'APAIS, avec un seuil de significativité de $p < 0,05$.

Résultats Nous avons recruté 162 patientes avec un âge moyen de $48,6 \pm 12,7$ ans avec des extrêmes de 35 ans et 75 ans et la tranche d'âge de 45-55ans étant la plus représentée (31,8%). Au plan socioéconomique, les femmes mariées étaient les plus représentées (35,8 %), suivies des veuves et des divorcées, majoritairement employées du secteur public (49,8%). A cet effet, leurs revenus étaient supérieurs au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) du Cameroun dans 73,4 % des cas. Concernant le terrain des patientes, les pathologies chroniques les plus courantes étaient l'HTA (19,4 %) et le diabète (12,4 %). La consommation d'alcool était présente chez 18,3 % des patientes, de plus, aucune d'elles ne consommait du tabac ou de la drogue (**tableau I**).

Tableau I : caractéristiques socioéconomiques et cliniques des patients

	Variables	Effectifs(N=162)	Fréquence (%)
Tranches d'âge	[25 – 35[	25	16,2
	[35 – 45[	31	19,1
	[45 – 55[	52	31,8
	[55 – 65[	28	17,3
	[65 – 75[	20	12,1
	[75 – 85[	6	3,5
Statut matrimonial	Marié	58	35,8
	Célibataire	40	24,9
	Veuf/veuve	35	21,4
	Divorcé	29	17,9
Profession	Secteur public	86	49,8
	Secteur privé (formel et informel)	48	27,7
	Sans emploi	39	22,5
Estimation du revenu	Au-dessus du SMIG*	117	72,2
	En dessous du SMIG	45	27,8
Types d'interventions	Chirurgie gynécologique	113	69,8
	Myomectomie	46	28,4
	Hystérectomie	42	25,9
	Kystectomie	23	14,2
	Polypectomie	2	1,2
	Chirurgie mammaire	49	30,2
	Mastectomie totale	30	18,5
Mastectomie conservatrice	19	11,7	
Indications	Utérus polymyomateux symptomatique	87	53,7
	Cancer du sein	46	28,4
	Kystes ovariens	24	18,8
	Polypes utérins symptomatiques	5	3,1
Score ASA	ASA I	131	80,9
	ASA II	31	19,4
	ASA III	8	4,9

*SMIG : salaire minimum interprofessionnel garanti

Au sein de la population patiente, 4 % des patientes avaient un historique de troubles anxieux et 4 % rapportaient un traumatisme psychologique préalable. La plupart des patientes ont exprimé des craintes dont 83,2 % avaient peur de ne pas se réveiller suite à l'anesthésie, 83,8 % craignaient de se réveiller pendant la chirurgie, 80,3% redoutaient les complications postopératoires et 79,8 % appréhendaient une douleur après l'opération. Pour les antécédents chirurgicaux, 13,3 % avaient une chirurgie gynécologique antérieure et 4,6 % une intervention sénologique ; tandis que 38% des patientes avaient un antécédent chirurgical

sur un site différent. Les interventions gynécologiques étaient prédominantes (69,8 %) principalement représentées par des myomectomies (28,4 %) et des hystérectomies (25,9 %) indiquée pour utérus polymyomateux symptomatique (53,7%). Tandis que les chirurgies mammaires (30,2% des interventions) réalisées majoritairement dans le cadre d'un cancer du sein, étaient le plus souvent radicales. Lors de l'évaluation du risque anesthésique, 80,9 % des patientes avaient un score ASA I (**tableau II**).

Tableau II : éléments descriptifs de la crainte et antécédents anxieux

Variables	Effectif (N=162)	Fréquence (%)
Antécédents anxieux		
Antécédents de troubles anxieux	6	4
Traumatisme psychologique vécu	6	4
Notion de harcèlement et accidents	5	2,9
Éléments de craintes identifiés chez les patientes		
Se réveiller pendant	136	83,8
Peur de ne pas se réveiller	135	83,2
Complications postopératoires	130	80,3
Douleur postopératoire	129	79,8
Préjudice esthétique	94	57,8

Au décours de l'évaluation de l'anxiété, le score d'APAIS était élevé à $25,8 \pm 5,5$ avec une anxiété élevée à $17,1 \pm 3,7$ et un besoin d'information important à $8,7 \pm 1,9$ (tableau II). Pratiquement toutes les participantes ont manifesté un besoin élevé d'information sur la chirurgie (98,1%) et l'anesthésie (96,3%). L'anxiété préopératoire était significativement associée à des craintes ou des idées reçues concernant la chirurgie ($p < 0,001$), la peur des

complications après l'intervention ($p < 0,001$), la crainte de ne pas se réveiller ($p < 0,001$) ou de se réveiller pendant l'intervention ($p < 0,001$), ainsi qu'à la souffrance en lien avec douleur postopératoire insupportable ($p < 0,001$). Il en était de même pour l'appréhension du préjudice esthétique ($p = 0,009$), l'âge inférieur à 35 ans ($p = 0,024$) et des antécédents de chirurgie (**tableau III**).

Tableau III : paramètres de l'évaluation de l'anxiété

Variables	Anxiété élevée		Pas d'anxiété		Valeur p
	n	%	n	%	
Age inférieur à 35ans	25	15,4	5	45,5	0,024
Chômage	17	10,5	4	36,4	0,30
Croyances ou craintes liées à la chirurgie	151	93,2	5	45,5	<input type="checkbox"/> 0,001
Complications per ou post opératoire	136	84	3	27,3	<input type="checkbox"/> 0,001
Crainte de ne pas se réveiller	140	86,4	4	36,4	<input type="checkbox"/> 0,001
Peur de se réveiller pendant l'opération	141	87	4	36,4	<input type="checkbox"/> 0,001
Douleur post opératoire insupportable	135	83,3	3	27,3	<input type="checkbox"/> 0,001
Peur liée à un impact esthétique	98	60,5	2	18,2	0,009
Antécédents de kystectomie	3	1,9	2	18,2	0,033
Antécédents de Laparotomie exploratrice	2	1,2	2	18,2	0,021

Discussion : L'anxiété en période périopératoire est fréquente surtout chez les femmes déjà sujettes à être plus anxieuses dans la population générale [12]. L'âge moyen était de $48,6 \pm 12,7$ ans au sein de la population étudiée avec une majorité se situant dans la tranche d'âge de 45-55 ans, se rapprochant la périménopause [13, 14]. Ce profil est observé dans d'autres environnements, précisant la nature anxieuse des chirurgies gynécologiques qui peuvent altérer la perception de la féminité chez les patientes d'âge moyen en périménopause [10]. Le statut matrimonial peut jouer un rôle important dans le bien-être psychique de toute population. Les femmes mariées représentaient le tiers de la population d'étude suivies des célibataires et des veuves. En effet, la situation matrimoniale pourrait garantir un cadre moins en proie à la solitude favorisant ainsi un apaisement qui permettrait d'expliquer leur niveau d'anxiété moins élevé [10]. Par ailleurs, dans notre contexte

socioculturel, l'entourage joue souvent un rôle de soutien psychologique. La majorité des patientes étaient en activité professionnelle dans le secteur public et privé correspondant à la tranche d'âge prédominante. Dans notre contexte, le coût des soins est le plus souvent à la charge des patientes. La majorité des patientes avait des revenus supérieurs au SMIG. Une étude camerounaise a fait état de la problématique au plan éthique associée aux revenus financiers dans notre système de soins avec les conséquences psychologiques : stigmatisation, honte, angoisse, anxiété et stress [15]. Par ailleurs, Nigussie et al. en Ethiopie ont mis en lien le niveau socio-économique bas et la susceptibilité à ressentir de l'anxiété [16]. Cette situation peut également se retrouver en contexte d'un passif chirurgical. En effet, plus de 40% de notre population d'étude avaient des antécédents d'une chirurgie le plus souvent non gynécologique ou sénologique.

En dehors du fait que la peur de l'inconnu est peu probable dans ce contexte, d'autres facteurs de craintes d'un résultat différent de celui attendu, ou d'une complication peuvent majorer l'angoisse ressentie par les patients. Ceci est d'autant plus marqué si les interventions chirurgicales précédentes ont été mal vécues en période per et/ou postopératoire [17, 18]. En effet, ces résultats confirment que la vulnérabilité psychologique peut être accentuée par l'expérience antérieure du bloc opératoire. Concernant les antécédents médicaux, 19,4 % étaient atteints d'hypertension artérielle et de diabète, comorbidité qui constituent des sources de stress supplémentaires lors de la période préopératoire [19]. Des doutes tels que la peur de ne pas se réveiller pendant l'intervention ou après l'anesthésie étaient fréquents. Il a été prouvé que l'anesthésie symbolise un événement inconnu, angoissant pour les patients si bien que plusieurs études ont été menées à cet effet [8, 12, 19]. Concernant le niveau d'anxiété, le score d'APAIS moyen $25,8 \pm 5,5$ et un score d'anxiété de $17,1 \pm 3,7$ et le désir d'information de $8,7 \pm 1,9$. Pratiquement tous les patients soit 98,1 % des patientes avaient un besoin d'information allant de modéré à élevé concernant l'opération et 96,3 % manifestaient un besoin d'information de niveau moyen à élevé concernant l'anesthésie. Ceci souligne le fait que les patients aient un besoin d'informations plus détaillées et claires. Au regard du SMIG au Cameroun et du coût des soins, l'anxiété est entretenue par le facteur financier, la peur de l'endettement et même la crainte d'une rétention hospitalière en cas d'incapacité de paiement [15]. Par ailleurs, la relation entre l'information et l'anxiété est bidirectionnelle : une information insuffisante, floue ou encore délivrée sans la pédagogie adaptée à la cible [20]. Ces éléments altèrent ainsi la qualité de la communication. Ceci conduit à des frustrations et une insatisfaction [21,22]. Ceci est accentué par la surcharge des consultations du fait d'un ratio médecins-patients bas, du faible temps ainsi consacré aux explications, de la barrière linguistique et du modèle encore paternaliste de la relation médecins-

patients. Les données de la littérature précisent bien qu'une information bien élaborée et structurée réduit significativement les scores d'anxiété préopératoire [23]. Les facteurs associés à l'anxiété sont ceux décrits dans la littérature notamment les appréhensions ou des idées reçues concernant la chirurgie, la peur des complications après l'intervention, la crainte de ne pas se réveiller ou de se réveiller pendant l'intervention, ainsi qu'à la souffrance en lien avec douleur postopératoire insupportable [9,12,16,24,25]. Les chirurgies gynécologiques et mammaires touchent directement l'image corporelle, la féminité et la sexualité. L'atteinte à l'intégrité corporelle est donc compromise. Ceci est aussi marquée dans les chirurgies mammaires (tumorectomie, mastectomie), la crainte de défiguration ou d'asymétrie est un facteur majeur d'angoisse, indépendamment du pronostic médical [26]. Or dans le contexte camerounais, le sein et la fécondité occupent une place centrale dans la représentation culturelle de la féminité et du statut social. Cette situation peut être vécue comme une menace identitaire amplifiant l'anxiété préopératoire. De plus, les travaux en psycho-oncologie mammaire montrent que les femmes jeunes présentent plus souvent des troubles anxieux et des préoccupations liées à l'image corporelle que les femmes plus âgées [27]. De plus, l'accès à la reconstruction mammaire immédiate ou différée reste limité dans de nombreux centres hospitaliers locaux, ce qui accentuerait la crainte de séquelles visibles. **Conclusion** La prévalence de l'anxiété préopératoire est importante chez les patientes sujettes à une chirurgie gynécologique ou mammaire. Le besoin d'information est réel que ce soit en chirurgie qu'en anesthésie avec une pédagogie qui devrait être corrélée au niveau socio-économique des patientes. La réflexion sur l'humanisation des soins à travers l'amélioration de la qualité de la communication soignant-patient paraît déterminant du bien-être psychologique, physiologique et de la sécurité des soins périopératoires.

Références

1. **Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al.** The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol.* avr 2014;43(2):476-93. doi:10.1093/ije/dyu038
2. **Bridou M, Aguerre C.** L'anxiété envers la santé : définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* août 2012;170(6):375-81. doi:10.1016/j.amp.2010.11.017
3. **Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA.** Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med.* mai 2013;43(5):897-910. doi:10.1017/S003329171200147X

4. **Sigdel DrS.** Perioperative anxiety: A short review. *Glob Anesth Perioper Med.* 2015;1(4). doi:10.15761/GAPM.1000126
5. **Roomruangwong C, Tangwongchai S, Chokchainon A.** Preoperative anxiety among patients who were about to receive uterine dilatation and curettage. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet.* oct 2012;95(10):1344-51. PubMed PMID: 23193751.
6. **Friedrich S, Reis S, Meybohm P, Kranke P.** Preoperative anxiety. *Curr Opin Anaesthesiol.* déc 2022;35(6):674-8. doi:10.1097/ACO.0000000000001186
7. **Gay MC, Marmion D.** Lien entre anxiété et complications postopératoires en chirurgie dentaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mai 2009;167(4):264-71. doi:10.1016/j.amp.2008.01.016
8. **Salih HM, Al-Nimer M, Mohammed NB.** Patient's experience with pain influences the pain, anxiety and cardiovascular responses during extraction of tooth. *Rev Latinoam Hipertens.* 2021;16(1):77-82.
9. **Bengono BR, Ntone F, Amengle AL, Mendo EL, Metogo MJA, Esiene A, et al.** Evaluation et prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'adulte camerounais. *Rev Médecine Pharm.* 2019;9(2):1035-43.
10. **Derewianka-Polak M, Polak G, Bobiński M, Bednarek W, Kotarski J, Kulak K, et al.** Evaluation of a level of preoperative anxiety in patients undergoing gynaecological surgeries.
11. **Mapioko B, Kom L, Bell E, Mboua V, Atenguena E, Fonkou A, et al.** Perceptions and Barriers to Cervical Cancer Screening: A Phenomenological Analysis in an Urban Health District in Cameroon. *Int J Clin Oncol Cancer Res.* 29 déc 2025;10(4):172-6. doi:10.11648/j.ijcocr.20251004.17
12. **Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A, Arnaoutoglou E, Papadopoulos G.** Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth.* févr 2013;27(1):104-8. doi:10.1007/s00540-012-1460-0
13. **Fomulu JN, Bechem E, Nkwabong E, Nana PN.** MENOPAUSE: A NEGLECTED REPRODUCTIVE HEALTH CONCERN IN CAMEROON. *Health Sci Dis.* 2009;10(2). doi:10.5281/hsd.v10i2.77
14. **Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al.** Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *J Clin Endocrinol Metab.* avr 2012;97(4):1159-68. doi:10.1210/jc.2011-3362
15. **Asahngwa C, Kibu OD, Ngo NV, Ngwa W, Muenyi CS, Zalamea NN, et al.** Hospital Detention for the Inability to Pay: A Qualitative Study of Patient Experiences in Cameroon. *J Surg Res.* oct 2023;290:257-65. doi:10.1016/j.jss.2023.05.011
16. **Nigussie S, Belachew T, Wolancho W.** Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surg.* déc 2014;14(1):67. doi:10.1186/1471-2482-14-67
17. **Akinsulore A, Owojuyigbe AM, Faponle AF, Fatoye FO.** ASSESSMENT OF PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE ANXIETY AMONG ELECTIVE MAJOR SURGERY PATIENTS IN A TERTIARY HOSPITAL IN NIGERIA. *Middle East J Anaesthesiol.* juin 2015;23(2):235-40. PubMed PMID: 26442401.
18. **Bansal T, Joon A.** Preoperative anxiety-an important but neglected issue: A narrative review. *Indian Anaesth Forum.* déc 2016;17(2):37. doi:10.4103/0973-0311.195955
19. **Eberhart L, Aust H, Schuster M, Sturm T, Gehling M, Euteneuer F, et al.** Preoperative anxiety in adults - a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry.* déc 2020;20(1):140. doi:10.1186/s12888-020-02552-w
20. **Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H.** The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg.* mars 1996;82(3):445-51. doi:10.1097/0000539-199603000-00002 PubMed PMID: 8623940.
21. **Walker EMK, Bell M, Cook TM, Grocott MPW, Moonesinghe SR, Central SNAP-1 Organisation, et al.** Patient reported outcome of adult perioperative anaesthesia in the United Kingdom: a cross-sectional observational study. *Br J Anaesth.* 12 juin 2016;117(6):758-66. doi:10.1093/bja/aew381 PubMed PMID: 27956674.

22. **Guo P.** Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials. *J Clin Nurs.* janv 2015;24(1-2):34-46. doi:10.1111/jocn.12618 PubMed PMID: 24894181.
23. **Powell R, Scott NW, Manyande A, Bruce J, Vögele C, Byrne-Davis LMT, et al.** Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 26 mai 2016;2016(5):CD008646. doi:10.1002/14651858.CD008646.pub2 PubMed PMID: 27228096; PubMed Central PMCID: PMC8687603.
24. **Derewianka-Polak M, Polak G, Bobiński M, Bednarek W, Kotarski J, Makara-Studzińska M, et al.** Original paper. Assessment of the need for information about planned gynecologic surgery. *Curr Probl Psychiatry.* 28 mars 2017;18(1):47-50. doi:10.1515/cpp-2017-0004
25. **Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC.** Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. *J Psychosom Res.* déc 2000;49(6):417-22. doi:10.1016/S0022-3999(00)00189-6
26. **Brandberg Y, Sandelin K, Erikson S, Jurell G, Liljegren A, Lindblom A, et al.** Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 août 2008;26(24):3943-9. doi:10.1200/JCO.2007.13.9568 PubMed PMID: 18711183.
27. **Howard-Anderson J, Ganz PA, Bower JE, Stanton AL.** Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst.* 7 mars 2012;104(5):386-405. doi:10.1093/jnci/djr541 PubMed PMID: 22271773.