

L'anxiété préopératoire en milieu chirurgical africain : cas du Centre Hospitalo- Universitaire (CHU) Gabriel Touré au Mali.

Preoperative anxiety in an African surgical setting: the case of the University Hospital Center (UHC) Gabriel Touré in Mali.

Kassogué A¹, Beye SA², Mangané MI¹, Diop M TH¹, Almeimoune A¹, Diallo B³, Dembélé AS⁴, Togo A⁵, Diango DM¹.

1. *Département d'anesthésie réanimation urgence. CHU Gabriel Touré*
2. *Service d'anesthésie réanimation. Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou*
3. *Service d'anesthésie réanimation urgence. CHU du Point G.* 4. *Service d'anesthésie. CHU IOTA*
5. *Département de chirurgie. CHU Gabriel Touré*

Auteur correspondant : Diango Djibo M. Département d'anesthésie réanimation urgence. CHU Gabriel Touré

Résumé :

Objectif : évaluer l'anxiété et le besoin d'information en pré opératoire en chirurgie programmée par l'échelle d'Amsterdam Préopérative Anxiety and Information Scale (APAIS)

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective du 1^{er} juin au 31 Aout 2015 au CHU Gabriel Touré. Les patients d'âge supérieur à 18 ans vus en consultation d'anesthésie pour une chirurgie réglée étaient inclus. L'exclusion a concerné les patients présentant un trouble neuropsychique ou de la communication.

L'APAIS était administrée aux patients lors de la consultation d'anesthésie. Cette échelle comporte trois parties dont les deux premières évaluent l'anxiété face à l'anesthésie et la chirurgie, la troisième partie évalue le besoin d'information. Nous avons croisé les scores APAIS-anxiété et APAIS-info avec les paramètres étudiés : âge, sexe, expérience de chirurgie, niveau d'étude, type d'anesthésie. Le test de khi deux était utilisé pour la comparaison des proportions avec une probabilité $p \leq 0,05$ retenue significative.

Résultats : étaient inclus 142 patients sur 447 vus en consultation d'anesthésie pendant la période d'étude. L'âge médian était de 40 ans avec une prédominance féminine (61%). Les spécialités chirurgicales concernées étaient : la chirurgie viscérale (24,6 %), l'urologie (21,1%), la gynéco obstétrique (18,3%) et l'otorhinolaryngologie (14,8%). Dans 54,8% des cas, les patients avaient une anxiété majeure. Parmi eux, 60 % étaient de sexe féminin. Dans 69% des cas, les patients n'avaient aucune expérience de la chirurgie. L'anesthésie générale était plus pourvoyeuse d'anxiété que l'anesthésie locorégionale. Concernant le besoin d'information, le sexe féminin était plus demandeur que les hommes (60 %). Le désir d'information a porté plus sur l'anesthésie que la chirurgie. L'anxiété était un facteur associé au désir d'information des patients.

Conclusion :

La recherche de l'anxiété en consultation d'anesthésie est une démarche qualité qui permet d'améliorer la qualité des soins.

Mots clés : anxiété préopératoire, besoin d'information, APAIS.

Summary:

Objective: The evaluate the anxiety and the need of information preoperatively surgery programmed by the Amsterdam Preoperative Anxiety S and Information Scale (APAIS)

Material and methods: It was a prospective study from June 1st to August 31st, 2015 at the university hospital center (CHU) Gabriel Touré in Mali. Patients age upper than 18 years seen in anesthesia consultation for elective surgery were included. The exclusion concerned patients with neuropsychiatric disorder or communication. The French version of the scale of the APAIS was administered to patients during anesthesia consultation. This scale involves third parts, the first two assess anxiety about anesthesia and surgery, the third part evaluates the need for information. We crossed the APAIS-anxiety scores and APAIS-info with the anesthesia level of education, type (kind) of anesthesia.

Chi two test was used for comparison of proportion with a probability $p \leq 0.05$ was significantive retained.

Results: Inclusion concerned 142 patients out of 447 patients seen in anesthesia consultation during the period of study. The median of age was 40 years with female predominance (61%). The relevant surgical specialties were: visceral surgery (24.6%), urology (21.1%), gynecology obstetrics (18.3%), otolaryngology (14.8%).

In 54.8% of cases, the patients had a major anxiety. Among them, 60% were women against 39% men. In 69 % of cases, the patients had no surgery experience. Of these, 54 % had a major anxiety. General anesthesia was more anxiety than purveyer regional anesthesia. Concerning the need for information focused on anesthesia surgery. Anxiety was a factor associated with the desire of patient information.

Conclusion: The search anxiety in anesthesia consultation is a quality approach that improves the quality of care.

Keywords : Preoperative anxiety, need of information, APAIS.

Introduction :

L'information du patient est une étape importante dans la recherche de la compliance aux soins. Elle permet de réduire le stress et la consommation d'analgésiques en post opératoire. Le besoin d'information est exprimé de différentes manières en péri opératoire et reste une préoccupation majeure des patients. Une relation a été établie entre le besoin d'information et le niveau d'anxiété [1]. L'anxiété préopératoire est un malaise physique et psychologique en lieu avec une intervention chirurgicale. Devant une situation anxiogène, les stratégies d'adaptation peuvent varier d'un individu à un autre [2]. Deux types d'individus sont identifiés : les sujets actifs ou vigilants qui ont besoin d'information marqué et les sujets passifs évitant toute information complémentaire [3,4]. Pour ces raisons, l'information doit être ajustée aux capacités d'adaptation du patient. Les besoins d'information portent généralement sur la durée de l'acte opératoire, le réveil, la douleur post opératoire. Plusieurs méthodes d'évaluation de l'anxiété et du besoin d'information ont été développées et validées. Parmi elles, "l'Amsterdam Préoperative Anxiety and Information Scale" (APAIS) a été validée en consultation d'anesthésie [1]. Afin d'apprécier le profil psychologique de nos patients, ce travail a été initié avec pour objectif d'évaluer l'anxiété préopératoire et le besoin d'information par l'échelle APAIS en chirurgie réglée au CHU Gabriel Touré

Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective allant du 1^{er} Juin au 31 Aout 2015, et qui s'est déroulée dans le service d'anesthésie réanimation du centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré. Après approbation par le comité d'éthique, les patients âgés de plus de 18 ans, vus en consultation d'anesthésie

pour une chirurgie programmée ont été inclus dans l'étude. Ceux présentant un trouble neuropsychique ou de la communication (difficulté d'interprétation du protocole) étaient exclus, de même que ceux ayant refusé de participer à l'étude. Une explication détaillée du protocole était fournie aux patients afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé, et plus précisément la version française de "l'Amsterdam préoperative Anxiety and Information Scale" (APAIS) [5,6]. L'APAIS est un outil d'auto évaluation de l'anxiété pré opératoire et du besoin d'informations sur l'acte opératoire (anesthésie et chirurgie) réservé à l'adulte. Il comprend six questions simples (**Tableau I**). Le questionnaire comprend trois parties : la première évalue l'anxiété face à l'anesthésie (questions 1 et 2), la deuxième (questions 4 et 5) estime l'anxiété face à la chirurgie et la dernière partie (questions 3 et 6) évalue le besoin d'information du patient vis-à-vis de l'anesthésie et de la chirurgie. Chaque question est cotée de 1 (absence d'accord avec la proposition) à 5 (accord total avec la proposition). Ainsi l'échelle permet de calculer trois scores. Le score "APAIS-Anesth" correspond à la somme des scores obtenus aux questions 1 et 2 (score variant de 2 à 10), le score "APAIS- chir" correspond à la somme des scores obtenue aux questions 4 et 5 (score variant de 2 à 10). L'addition de ces deux scores permet d'obtenir un score d'anxiété globale variant de 4 à 20. Enfin le score de demande d'information "APAIS-info" correspond à la somme des scores obtenue aux questions 3 et 6 variant de 2 à 10. Selon les différents items, le patient était considéré avec une anxiété mineure si score inférieur à 10 et anxieux si score supérieur à 10. Pour la demande d'information, un score entre 2 et 4 signifiait un refus d'information, entre 5 et 7 correspondait à un désir moyen et un désir avide d'information entre 8 à 10.

Tableau I : échelle d'anxiété pré opératoire d'Amsterdam version française (APAIS)

1. L'anesthésie m'inquiète
2. Je pense continuellement à l'anesthésie
3. J'aimerais tout savoir sur l'anesthésie
4. L'opération m'inquiète
5. Je pense continuellement à l'intervention
6. J'aimerais tout savoir de l'intervention

Recueil et analyse des données :

Le recueil était fait sur une période de 3 mois sur une fiche d'enquête. Le questionnaire était administré aux patients avec six questions (**tableau I**). Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la spécialité chirurgicale, le type d'anesthésie, l'expérience d'anesthésie ou de chirurgie, les scores APAIS-anxiété et APAIS-info. La corrélation entre les scores APAIS-anxiété et APAIS-info avec l'âge, le sexe, le type anesthésie, le type de chirurgie a été étudiée. Le lien entre l'anxiété et le désir d'information des patients a été relevé. Le test de Khi deux était utilisé pour la comparaison des

proportions. La probabilité p inférieure à 0,05 était retenue significative.

Résultats :

Durant la période, 142 patients ont répondu à notre critère d'inclusion pour un total de 447 adultes vus en consultation d'anesthésie soit 31,1%. Les caractéristiques de la population d'étude figurent dans **le tableau II**. La médiane de l'âge était de 40 ans avec des extrêmes allant de 18 à 80 ans. Le sexe ratio était de 0,65. Dans 59,2% des cas les patients avaient des difficultés de compréhension du questionnaire. Une traduction en langue nationale était nécessaire à cet effet. Les patients provenaient

des services de chirurgie viscérale (24,6%), urologie (21,1%), gynécologie obstétrique (18,3%),

Otorhinolaryngologie (14,8%), traumatologie orthopédie (10,6) et neurochirurgie (10,6%).

Tableau II : Caractéristiques de la population d'étude

	<i>Effectifs (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Sexe		
<i>Masculin</i>	56	39,4
<i>Féminin</i>	86	60,6
<i>Total</i>	142	100
Tranche d'âge (années)		
<i>18-45</i>	82	57,7
<i>46 -65</i>	47	33,1
<i>≥ 66</i>	13	9,2
<i>Total</i>	142	100
Niveau d'étude		
<i>Supérieure</i>	19	13,4
<i>Secondaire</i>	39	27,5
<i>Primaire</i>	22	15,5
<i>Non-Scolaire</i>	62	43,7
<i>Total</i>	142	100

Les patients avaient une anxiété majeure dans 54,8%, soit 59,3% des femmes et 46,4% des hommes (**tableau III**). Les spécialités chirurgicales gynéco-obstétrique et urologie ont été source d'anxiété avec respectivement 20,8 % et 23,5% des cas ($p=0,6$). Les patients n'avaient aucune expérience de l'acte opératoire (anesthésie et chirurgie) dans 69% des cas, et dans 31,2 % des cas, les malades avaient subi une intervention chirurgicale (**tableau IV**). Parmi ces derniers, 44 patients avaient une anxiété majeure et gardaient un mauvais souvenir de l'acte opératoire. Devant l'acte chirurgical, les patients n'étaient : pas anxieux (17,6%), peu anxieux (12%), et très anxieux (70%). Concernant l'anesthésie, les patients n'étaient pas anxieux (28,9%), peu anxieux (31,7%) et très anxieux (39,4%). L'anesthésie générale (AG) était plus pourvoyeuse d'anxiété avec 54,5% contre 45,5% pour l'anesthésie locorégionale $p=0,35$ (**figure 1**). L'anxiété en fonction du désir d'information est répertoriée sur le **tableau V**. Le désir avide d'information était de 67,1% pour les patients anxieux contre 32,9% pour ceux ayant une anxiété mineure. Les patients anxieux avaient un désir avide d'information et était un facteur associé au désir d'information ($p=0,0001$). Le besoin

d'information a porté plus sur l'anesthésie que le déroulement de l'acte opératoire. Il portait en général sur la douleur post opératoire et sa prise en charge et le réveil anesthésique. Les patients étaient plus rassurés par l'anesthésie locorégionale que l'anesthésie générale.

Le sexe féminin était plus demandeur d'information dans 60% des cas contre 40% pour les hommes. Ce désir d'information était moyen dans 57,1% pour le sexe féminin contre 42,9% pour le sexe masculin. Une expérience de chirurgie était retrouvée chez 44 malades. Parmi ceux-ci 31,2% étaient anxieux contre 30,8% avec une anxiété mineure. Ces patients anxieux étaient de sexe féminin dans 31,8% des cas. Le désir d'information a porté sur la douleur post opératoire (DPO) et sa prise en charge (30 malades) et la durée de séjour à l'hôpital (20 malades). Chez 68,8% des patients anxieux, une absence d'expérience de chirurgie était retrouvée. Parmi eux, 37 patients étaient de sexe féminin contre 16 de sexe masculin. Le désir d'information était élevé (52 malades), moyen (12 malades) et faible (7 malades). Ce désir a porté sur l'anesthésie générale (35 malades), la douleur post opératoire (48) et la crainte du réveil anesthésique (20 malades).

Tableau III : l'APAIS selon le sexe

Sexe	Anxiété	
	<11	≥11
Masculin n (%)	30(53,57)	26(46,43)
Féminin n (%)	35(40,67)	51(59,33)

P=0,13

Tableau IV : APAIS selon l'expérience de chirurgie

Expérience de chirurgien	Anxiété	
	< 10	≥ 11
Non	45 69,20%	53 68,80%
Oui	20 30,80%	24 31,20%

P=0,95

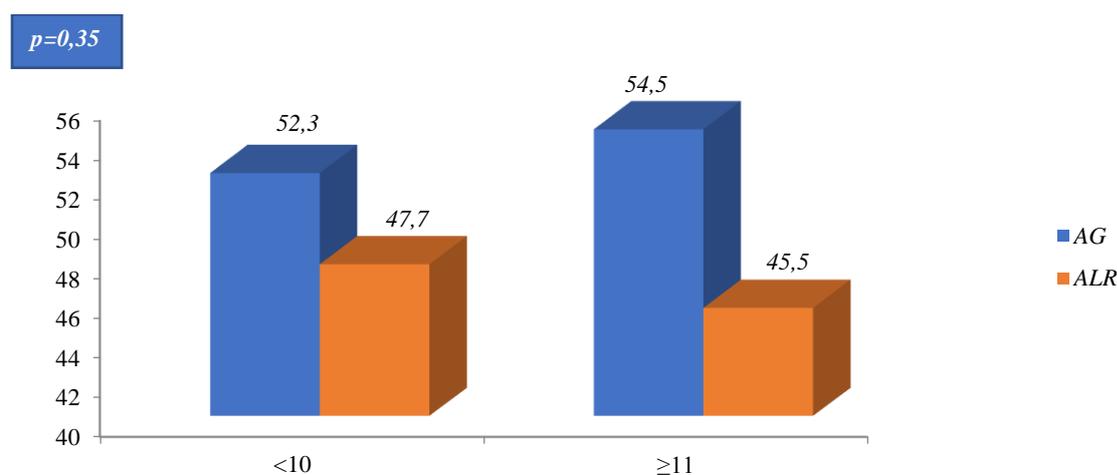


Figure 1 : l'anxiété selon le type d'anesthésie

Tableau V : relation entre anxiété et désir d'information

Anxiété	Désire Information		
	2 à 4	5 à 7	8 à 10
<10	27 75,00%	10 47,60%	28 32,90%
≥11	9 25,00%	11 52,40%	57 67,10%

P=0,0001

Discussion :

L'étude de l'anxiété et du désir d'information en pré opératoire est une démarche qualité qui rentre dans le cadre de l'amélioration des soins en péri opératoire. Sa prise en charge sans doute permet d'améliorer la satisfaction du patient. Notre étude s'est déroulée dans un centre hospitalier avec un volume d'activité chirurgicale élevé. Notre échantillon était représentatif de la population adulte admise en milieu chirurgical. La principale limite de cette étude est son caractère mono centrique. Les objectifs de notre étude étaient atteints avec une prévalence de l'anxiété majeure de 54,8%. Dans la

littérature la prévalence de l'anxiété varie entre 60 et 80% chez l'adulte [6,7]. Elle est plus importante en chirurgie esthétique et reconstructrice [8]. Dans notre contexte, les chirurgies urologique et gynéco-obstétrique étaient les principales sources d'anxiété préopératoire. L'anxiété a des conséquences délétères sur la période post opératoire avec une corrélation positive sur la consommation d'antalgiques en post opératoire [1]. Elle est aussi incriminée dans la qualité de l'induction anesthésique [1] et comme facteur prédictif d'échec d'une technique d'anesthésie locorégionale [9].

L'outil d'évaluation :

L'outil d'évaluation choisi dans notre étude était l'échelle d'Amsterdam dans sa version testée et validée en anesthésie [1]. Sa traduction était aisée en langue nationale Bambara. Plusieurs échelles sont utilisées pour l'évaluation de l'anxiété en pré opératoire. Celle d'Amsterdam garde le double avantage de l'évaluation de l'anxiété et du désir de l'information. Cette échelle développée en 1995 explore spécifiquement l'anxiété pré opératoire et le besoin d'information par six questions simples [10]. Les capacités métrologiques de la traduction française ont été comparées aux résultats obtenus par le Spielberger State-Trait Anxiety Inventory forme Y (STAD) [1]. Le STAI évalue l'anxiété chronique et réactionnelle et comporte 20 questions. La longueur du questionnaire constitue un handicap pour son utilisation en pré opératoire [1]. L'échelle d'Amsterdam est subjective et prend pas en compte tous les contours du besoin d'information. La question sur le besoin d'information est insuffisante pour explorer les détails ayant trait à l'anesthésie et la chirurgie. En effet les patients ne veulent pas tout savoir sur l'anesthésie surtout les complications qui en découlent [4].

Anxiété et besoin d'information :

Le niveau d'anxiété est plus élevé chez les femmes [1,11]. Cette tendance était retrouvée dans notre étude. Les femmes expriment mieux leur besoin d'information. Le but essentiel de l'information est de diminuer l'anxiété du patient et de lui donner les éléments nécessaires à un consentement éclairé et réfléchi [12]. Elle ne doit pas être source d'inquiétude pour le patient et doit être adaptée à sa

personnalité. La question « j'aimerais tout savoir sur l'anesthésie » était difficile à déchiffrer dans notre contexte. Pour cela autant laisser la primauté aux patients d'évoquer ces inquiétudes devant l'anesthésie. L'expérience antérieure de chirurgie reste un facteur associé au besoin d'information des patients [13]. Certainement en rapport avec la qualité de leur prise en charge passée. Il y avait une association significative entre le besoin d'information et l'anxiété majeure. L'information donnée aux patients est un facteur de satisfaction des malades [11]. Cette situation trouve son explication dans la nature de l'information, la personnalité, l'expérience de chirurgie et le sexe du patient. Dans cette étude [11], les auteurs rapportent que les scores de dimensions « explications » étaient les plus faibles par rapport aux autres items. Les explications données aux patients étaient jugées satisfaisantes (5%) contre 16% de patients pas du tout satisfaits. L'information bien que légale et obligatoire doit être adaptée à la personnalité, aux risques anesthésique et chirurgical.

Conclusion :

La prévalence de l'anxiété majeure reste très élevée en préopératoire dans notre contexte. Elle a une corrélation positive avec le besoin d'information des patients. Le besoin d'information reste une préoccupation importante des patients en préopératoire. Sa recherche en consultation d'anesthésie est une démarche qualité et doit être systématique pour apporter des réponses aux questions posées par les patients en préopératoire. Elle permettra aussi de catégoriser les patients pour un besoin de préparation psychologique et médicamenteuse des patients en périopératoire.

Référence :

1. **J.-M. Wattier, O. Barreau, P. Devos, S. Prevot, B. Vallet, G. Lebuffe.** Mesure de l'anxiété et du besoin d'information pré opératoire en six questions. *Ann.Fr.Anesth. Réanim* 2011 ; 30 :533-537.
2. **Bruchon-Schweitzer M.** le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Rech. Soins. Infirm* 2001 ; 67 :68-83.
3. **Dany LR, Apostolidis T, Carayon S.** Douleurs, stratégies d'ajustement et detresse psychologique. Analyse complémentaire sur la validité française du coping stratégies questionnaire. *Douleur et analgésie* 2008,21 :227-34.
4. **P. Albaladejo, C. Mann, P. Moine, M. Panzani, D. Ribeyrolles, P. Lethellier, I. Bernard, J. Duranteau, D. Benhamou.** Impact d'une feuille d'information sur la satisfaction des patients en anesthésie. *Ann. Fr. Anesth. Réanim* 2000; 19:242-8.
5. **Maurice-Szamburski A, Loundou A, Capdevilla X, Bruder N, Auquier P.** Validation of the French version of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Health Qual Life Outcomes* 2013; 11:166-9.
6. **Mackenzie JW.** Day case anaesthesia and anxiety. A study of anxiety profiles amongst patient attending a day bed unit. *Anaesthesia* 1989; 44:437-40.
7. **Shevde K, Panagopoulos G.** A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth.analg* 1991 ;73 :190-8.
8. **Beydon L, Dima CE.** Anxiété péri opératoire : evaluation et prevention. *Le praticien en anesthésie réanimation* 2007 ; 11,3 :161-70.
9. **Fuzier R, Lavidale M, Bataille B, Richez AS, Magués JP.** Anxiété : facteur predictif d'échec du bloc axillaire sous neurostimulation ? *ann.Fr. Anesth. Réanim* 2010 ; 29 :776-81.

10. **Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H.** The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996 ; 8 : 445-51.
11. **Diallo B, Dicko H, Keita M, Beye SA,** Camara B, Dembélé AS, Tall F, Touré MK, Diango DM, Doumbia D, Coulibaly Y. Anesthésie programmée au CHU du point G : enquête de satisfaction des patients. *Rev Afr Anesth Ranim et Médecine d'urgence* 2015 ; 20 :15-20.
12. **F. d'Athis.** L'information donnée sur l'anesthésie satisfait-elle le patient ? *Ann. Fr. Anesth. Réanim* 2000 ; 19 :575-6.
13. **Chrystel Becker, Brigitte Zeau, Jean-Jacques Benoliel.** Dépression, anxiété et douleurs : de nouvelles cibles thérapeutiques ? *Douleurs* 2007,8 :152-57.