



Facteurs favorisant l'anxiété préopératoire chez les patients admis pour chirurgie réglée : Cas de l'Hôpital Général de Référence de Panzi dans la Province du Sud Kivu en République Démocratique du Congo

Factors favoring preoperative anxiety in patients admitted for set surgery : Panzi General Reference Hospital Case in South Kivu Province in the Democratic republic of Congo

NAKWA GBOGBOSO Aimé¹, SHUKURU LOSSA Daniel⁴ MUBENGA Léon-Emmanuel², CISHUGI MUKANIRE Roger³, KAMBALE KATSHUVA Poteau⁵, BAITOBONGWA LIETA Felicien⁶

1. Section Anesthésie et Réanimation, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Gemena, Sud Ubangi, République Démocratique du Congo.
2. Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, Sud Kivu, République Démocratique du Congo.
3. Section Anesthésie et Réanimation, Institut Supérieur des techniques Médicales de Bukavu, Sud Kivu, République Démocratique du Congo.
4. Section Sciences Infirmières (Enseignement et Administration en Soins Infirmiers), Institut Supérieur des Techniques Médicales de Nyakunde, Bunia, République Démocratique du Congo.
5. Section Anesthésie et Réanimation, Institut Supérieur des techniques Médicales de Goma, Nord Kivu, République Démocratique du Congo.
6. Section Anesthésie et Réanimation, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.15382752>

Résumé

Partout au monde, la phrase « Madame, Monsieur... tu seras opéré pour t'aider afin de reprendre ta santé », que l'équipe médicale a l'habitude de prononcer aux patients à la période de consultation pré opératoire n'est pas toujours la bienvenue même si elle est bien claire, elle produit énormément d'anxiété chez le sujet à opérer, et qui par contre reste un sentiment à prendre en compte par l'équipe médicale. La présente étude avait pour objectif de déterminer les facteurs favorisant l'anxiété préopératoire chez les patients admis pour une chirurgie réglée à l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Panzi.

La présente étude était du type analytique transversal. La population cible était constituée des patients adultes admis dans les différents services pour une chirurgie programmée et ayant répondu aux critères de sélection. La sélection des participants a été faite en utilisant la technique d'échantillonnage non probabiliste de convenance.

Les principaux résultats ont montré que la plupart des enquêtés étaient énormément anxieux, et n'étaient pas du tout à l'aise ni sûrs d'eux-mêmes. Ils disaient se sentir nerveux, affolés, au point d'être éclaté, et se sentaient énormément préoccupés au sujet de la chirurgie. Plus de la moitié d'enquêtés avaient présenté un niveau d'anxiété grave.

L'anxiété préopératoire reste un problème réel dans le monde médicale, cependant l'introduction de l'échelle d'évaluation d'anxiété en consultation d'anesthésie à l'HGR de Panzi serait l'une des méthodes importante pour réduire l'anxiété préopératoire chez les patients et une base de prise en charge bio-psycho-sociale.

Mots clés : Anxiété préopératoire, patient, chirurgie réglée

Abstract

Everywhere in the world, the phrase 'Madam, Sir... you will be operated on to help you regain your health', which the medical team is accustomed to uttering to patients during the pre-operative consultation period, is not always welcome. Even if it is quite clear, it produces a great deal of anxiety in the patient to be operated on, and this is a feeling that the medical team must take into account. The aim of this study was to determine the factors favouring preoperative anxiety in patients admitted for surgery at the Panzi General Referral Hospital (HGR).

This study was a cross-sectional analytical study. The target population consisted of adult patients admitted to the various departments for scheduled surgery who met the selection criteria. Participants were selected using a non-probability convenience sampling technique. The main results showed that most of the respondents were extremely anxious, and not at all comfortable or confident. They said they felt nervous, panicky, to the point of bursting, and felt enormously worried about the surgery. More than half of those surveyed showed a severe level of anxiety.

Preoperative anxiety remains a real problem in the medical world. However, the introduction of an anxiety assessment scale in anaesthesia consultations at the Panzi HGR would be one of the important methods for reducing preoperative anxiety in patients and a basis for bio-psycho-social management.

Key words: Preoperative anxiety, patient, regulated surgery

I. Introduction

Le fait d'ouvrir un ventre, étant donné qu'il s'agit d'une chirurgie digestive, implique sur le plan psychologique, une perturbation des limites entre l'intérieur et l'extérieur du corps, ces limites étant symbolisées par la peau ; entre l'aspect biologique (le corps organique) et l'aspect psychique (l'expérience corporelle de l'individu). Cela représente donc un risque mortel pour la personne subissant l'opération. Par ailleurs, la méthode de l'anesthésie générale, par exemple, illustre souvent trois craintes plus profondes : la crainte de ne pas se réveiller, la crainte de perdre le contrôle et la crainte de se réveiller pendant l'opération (Vuibert, 2004). C'est pourquoi, la fonction des anesthésistes réanimateurs au sein des établissements de santé dépasse largement la simple administration de l'anesthésie et la prise en charge postopératoire. Il s'agit également d'établir une relation d'accompagnement optimale, reposant sur une démarche destinée à instaurer un climat de confiance avec les patients. L'équipe chirurgicale incluant particulièrement l'anesthésiste, le chirurgien et les infirmiers a pour mission de soutenir le patient durant cette phase cruciale afin de réduire son anxiété et d'améliorer la qualité des soins offerts. (Edina, 2007).

Selon un article diffusé aux États-Unis, l'anxiété liée à la chirurgie représente une problématique de premier plan, observable à travers ses multiples symptômes somatiques et manifestations psychologiques. Elle a un impact considérable sur l'ensemble de la procédure chirurgicale (Lina, 2023). Selon Janis, cité par Serge à l'Université du Québec au Canada, la relation entre l'anxiété pré-chirurgicale et le rétablissement post-opératoire est de nature curvilinéaire. Par conséquent, le patient doit se situer à un niveau d'anxiété qui n'est ni trop faible ni trop élevé pour assurer une récupération optimale. Une anxiété proportionnée à la situation aidera le patient à prévoir les restrictions temporaires dues à l'opération, ce qui l'empêchera de ressentir du ressentiment ou de la colère après l'intervention. Un niveau d'anxiété sain permettra aussi au corps d'éviter une tension physique excessive. Cela rendra d'autant plus facile la récupération (Niquette, 2012).

Au Burkina Faso, une étude a révélé que l'anxiété avant une intervention chirurgicale constitue une forme de malaise à la fois physique et psychologique ressentie par les patients en attente d'une opération. Elle a été reconnue comme un facteur de morbidité, voire de mortalité anesthésique. Cette anxiété peut être attribuée à de nombreuses raisons, dont les complications liées à l'anesthésie, le cadre de l'intervention anesthésique et le manque d'informations sur la procédure anesthésique. Il est essentiel de préparer psychologiquement le patient pour l'intervention afin d'atténuer l'anxiété et éviter ses conséquences négatives, ce qui contribue à la qualité des soins chirurgicaux. Pour y réussir, les données fournies en amont de l'intervention doivent être précises, pertinentes et ajustées à la situation psychosociale. La documentation médicale écrite pourrait être l'un des moyens les plus efficaces pour lutter contre l'anxiété (Bougouma, 2019).

Dans sa thèse, Chemlal au Maroc explore les frontières entre la réaction anxieuse normale, qui pousse l'individu à faire face à une situation délicate, et l'anxiété malade, qui peuvent parfois être indistinctes. Lorsque l'anxiété se transforme non seulement en une réponse à des stimuli, mais également en un aspect de la personnalité, une manière d'exister, l'individu développe alors une perception du monde teintée par l'anxiété anticipant constamment le pire, de façon consciente ou inconsciente. Ainsi, les individus anxieux vivent en état d'anticipation permanente : que se produira-t-il par la suite ? Ces individus ont l'habitude de croire que le scénario le plus défavorable est fort probable, voire plausible, et ils prennent alors un maximum de mesures préventives pour esquiver les problèmes auxquels ils ont réfléchi. Ainsi, même

l'événement le plus anodin du quotidien peut se transformer en une affaire complexe (concept d'amplification).

L'anxiété provoque fréquemment des troubles fonctionnels, pouvant varier d'un simple malaise passager à une véritable incapacité. Les efforts continus pour y faire face pèsent lourdement sur les personnes concernées, car ils génèrent souvent un état de tension presque permanent, nuisant ainsi à leur bien-être général (Chemlal, 2019).

En effet, le problème indiqué ci-haut n'exclut pas notre pays la République Démocratique du Congo. Dans plus de quatre provinces où nous avons passé nos stages dans notre parcours académique du premier et deuxième cycle, le mot « tu seras opéré » n'est pas toujours le bienvenu chez le patient. Son annonce suscite un sentiment de peur et d'anxiété. Malheureusement, des études menées à ce genre restent rares dans notre pays.

La connaissance des facteurs qui favorisent l'anxiété avant les interventions chirurgicales, nous aideront afin de contribuer à une amélioration de la qualité de soins à apporter aux patients en période pré opératoire ; tel est le but de cette étude.

Au regard de ces éléments, une interrogation centrale se dégage : quels sont les niveaux d'anxiété préopératoire et les facteurs qui y contribuent chez les malades reçus pour une innervation chirurgicale programmée à l'Hôpital Général de Référence de Panzi ?

Pour essayer de répondre à cette question, la présente étude se fixe comme objectifs spécifique de déterminer les facteurs favorisant l'anxiété préopératoire chez les patients admis pour la chirurgie réglée à l'Hôpital Général de Référence de Panzi, de décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude, d'évaluer le niveau de l'anxiété préopératoire, et de décrire les facteurs de risque associés à l'anxiété préopératoire.

2. Méthodologie

2.1. Site d'étude et période d'étude

Cette étude s'est effectuée à l'Hôpital Général de Référence de Panzi situé en République Démocratique du Congo dans la Province du Sud-Kivu, ville du Bukavu, réalisée au cours de la période allant de 05/ 08 / 2024 Au 05/09/2024.

2.2. Type d'étude, population cible et technique d'échantillonnage

Il s'agissait d'une étude analytique transversale, portant sur les patients en instance d'une chirurgie programmée durant la période d'étude. La population cible de cette étude était constituée des patients adultes admis dans les différents services pour une chirurgie programmée et ayant répondu aux critères de sélection. L'échantillonnage non probabiliste de convenance nous a servi à sélectionner les personnes à interroger (les patients qui devraient subir une intervention chirurgicale programmée durant la période d'étude).

2. 3. Collecte et analyse des données

Les données ont été collectées manuellement auprès des patients à l'aide d'un questionnaire préalablement établi ; elles ont été ensuite saisies sur le logiciel Excel, puis analysées à l'aide du logiciel statistique Epi Info. Les résultats sont exprimés en pourcentage et présentés sous forme des tableaux ou des graphiques.

2.4. Considérations Ethiques

Dans un premier temps, notre protocole de recherche a été présenté et approuvé par le secrétariat Général chargé de la recherche en science de santé, qui par la suite a été présenté aux autorités administratives de l'HGR de panzi qui nous ont donné un feu vert d'entre en contact avec les enquêtés. Dans un second temps, il nous a été important de nous présenter au patient, de leurs démontrer la nécessité et l'importance de cette étude, tout en rassurant un strict respect de leur anonymat, de leur intégrité, et de leur confidentialité

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients enquêtés

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients enquêtés

Caractéristiques sociodémographiques	n=103	% (IC à 95%)
Age en années		
18 – 35	69	67,0 (57,0-75,9)
36 – 60	28	27,2 (18,9-36,8)
> 60	6	5,8 (2,2-12,2)
Moyenne ± Ecart type		33,8±13,2
Sexe		
Féminin	58	56,3 (46,2-66,1)
Masculin	45	43,7 (33,9-53,8)
Statut matrimonial		
Célibataire	43	41,7 (32,1-51,9)
Marié (e)	45	43,7 (33,9-53,8)
Divorcé (e) ou séparé (e)	14	13,6 (7,6-21,8)
Veuf (ve)	1	1,0 (0,0-5,3)
Niveau d'études		
Secondaire	44	42,7 (33,0-52,8)
Universitaire	59	57,3 (47,2-67,0)
Religion		
Catholique	42	40,8 (31,2-50,9)
Protestante	33	32,0 (23,2-42,0)
Musulmane	12	11,7 (6,2-19,5)
Témoins de Jéhovah	14	13,6 (7,6-21,8)
Autres (Brahmaniste,...)	2	1,9 (0,2-6,8)
Occupation		
Sans	46	44,7 (34,9-54,8)
Avec	57	55,3 (45,2-65,1)
Adresse		
Ibanda	40	38,8 (29,4-48,9)
Kadutu	22	21,4 (13,9-30,5)
Bagira	20	19,4 (12,3-28,4)
Hors ville	21	20,4 (13,1-29,5)

Nous constatons que la plupart d'enquêtés étaient dans la tranche d'âge de 18 à 35ans, avec un âge moyen de $33,8 \pm 13,2$. Le sexe féminin était prédominant avec un sexe ratio de 1,28.

Le statut marital étant dominé par les marié(e)s. La majorité des répondants avaient un niveau d'étude universitaire ou supérieur et étaient catholiques. Plus de la moitié des répondants avaient une occupation et résidaient dans les communes d'Ibanda et de Kadutu.

3.2. Données relatives avec le niveau d'anxiété des patients enquêtés

Tableau 2a: Données relatives au niveau d'anxiété des patients enquêtés

ITEMS en rapport avec l'anxiété	n=103	% (IC à 95%)
Se sentir calme		
Moyen	9	8,7 (4,1-15,9)
Un peu	5	4,9 (1,6-11,0)
Pas du tout	89	86,4 (78,2-92,4)
Se sentir en sécurité		
Beaucoup	2	1,9 (0,2-6,8)
Moyen	13	12,6 (6,9-20,6)
Un peu	22	21,4 (13,9-30,5)
Pas du tout	66	64,1 (54,0-73,3)
Se sentir tendu		
Pas du tout	22	21,4 (13,9-30,5)
Un peu	20	19,4 (12,3-28,4)
Moyen	31	30,1 (21,5-39,9)
Beaucoup	20	19,4 (12,3-28,4)
Enormément	10	9,7 (4,8-17,1)
Se sentir triste		
Pas du tout	6	5,8 (2,2-12,2)
Un peu	4	3,9 (1,1-9,6)
Moyen	4	3,9 (1,1-9,6)
Beaucoup	20	19,4 (12,3-28,4)
Enormément	69	67,0 (57,0-75,9)
Se sentir tranquille		
Pas du tout	87	84,5 (76,0-90,9)
Un peu	7	6,8 (2,8-13,5)
Moyen	6	5,8 (2,2-12,2)
Beaucoup	2	1,9 (0,2-6,8)
Enormément	1	1,0 (0,0-5,3)
Etre préoccupé par des contrariétés actuelles		
Pas du tout	1	1,0 (0,0-5,3)
Moyen	1	1,0 (0,0-5,3)
Beaucoup	14	13,6 (7,6-21,8)
Enormément	87	84,4 (76,0-90,9)
Se sentir reposé		
Pas du tout	78	75,7 (66,3-83,6)
Un peu	15	14,6 (8,4-22,9)
Moyen	7	6,8 (2,8-13,5)
Beaucoup	1	1,0 (0,0-5,3)
Enormément	2	1,9 (0,2-6,8)

En ce référent aux résultats obtenus du tableau 2a, nous remarquons que, la majorité des patients enquêtés ne se sentait pas du tout calme ni en sécurité ni reposé. La plupart de ces patients était « énormément » préoccupé par des contrariétés actuelles et était triste.

Tableau 2b: Données relatives avec le niveau d'anxiété des patients enquêtés

ITEMS en rapport avec l'anxiété	n=103	% (IC à 95%)
Se sentir anxieux		
Pas du tout	2	1,9 (0,2-6,8)
Moyen	3	2,9 (0,6-8,3)
Beaucoup	7	6,8 (2,8-13,5)
Enormément	91	88,3 (80,5-93,8)
Se sentir à l'aise		
Pas du tout	83	80,6 (71,6-87,7)
Moyen	14	13,6 (7,6-21,8)
Beaucoup	5	4,8 (1,6-11,0)
Enormément	1	1,0 (0,0-5,3)
Se sentir sure de moi		
Pas du tout	52	50,5 (40,5-60,5)
Un peu	19	18,4 (11,5-27,3)
Moyen	30	29,1 (20,6-38,9)
Beaucoup	1	1,0 (0,0-5,3)
Enormément	1	1,0 (0,0-5,3)
Se sentir nerveux		
Pas du tout	57	55,3 (45,2-65,1)
Un peu	19	18,5 (11,5-27,3)
Moyen	17	16,5 (9,9-25,1)
Beaucoup	9	8,7 (4,1-15,9)
Enormément	1	1,0 (0,0-5,3)
Etre affolé		
Pas du tout	75	72,8 (63,2-81,1)
Un peu	12	11,7 (6,2-19,5)
Moyen	9	8,7 (4,1-15,9)
Beaucoup	6	5,8 (2,2-12,2)
Enormément	1	1,0 (0,0-5,3)
Se sentir sur le point d'éclater		
Pas du tout	81	78,6 (69,6-86,1)
Un peu	10	9,7(4,8-17,1)
Moyen	8	7,8 (3,4-14,7)
Beaucoup	2	1,9 (0,2-6,8)
Enormément	2	1,9 (0,2-6,8)
Etre relaxé		
Pas du tout	88	85,4 (77,1-91,6)
Un peu	11	10,7 (5,5-18,3)
Moyen	4	3,9 (1,1-9,6)

Le tableau 2b relève que la plupart de nos enquêtés était « énormément » anxieux. La majorité de ces patients enquêtés n'était « pas du tout » à l'aise ni sûr de soi, ils disaient se sentir nerveux, affolé, au point d'éclater.

Tableau 2c: Données relatives avec le niveau d'anxiété des patients enquêtés

ITEMS en rapport avec l'anxiété	n=103	% (IC à 95%)
Se sentir heureux		
Pas du tout	85	82,5 (73,8-89,3)
Un peu	8	7,8 (3,4-14,7)
Moyen	6	5,8 (2,2-12,2)
Beaucoup	2	1,9 (0,2-6,9)
Enormément	2	1,9 (0,2-6,9)
Se sentir préoccupé		
Pas du tout	1	1,0 (0,0-5,3)
Un peu	3	2,9 (0,6-8,3)
Moyen	2	1,9 (0,2-6,8)
Beaucoup	7	6,8 (2,8-13,5)
Enormément	90	87,4 (79,4-93,1)
Se sentir excité et fébrile		
Pas du tout	60	58,2 (48,1-67,9)
Un peu	17	16,5 (9,9-25,1)
Moyen	17	16,5 (9,9-25,1)
Beaucoup	5	4,9 (1,6-11,0)
Enormément	4	3,9 (1,1-9,6)
Se sentir joyeux		
Pas du tout	91	88,3 (80,5-93,8)
Un peu	11	10,7 (5,5-18,3)
Moyen	1	1,0 (0,0-5,3)
Se sentir bien		
Pas du tout	92	89,3 (81,7-94,5)
Un peu	6	5,8 (2,2-12,2)
Moyen	5	4,9 (1,6-11,0)
Se sentir bouleversé		
Pas du tout	92	89,3 (81,7-94,5)
Un peu	6	5,8 (2,2-12,2)
Moyen	5	4,9 (1,6-11,0)
Score moyen d'anxiété ± écart type	79,5 ± (7,4)	

Le résultat de tableau 2c note que la plupart de nos enquêtés ne se sentait « pas du tout » excité et fébrile, joyeux ou bien bouleversé. Par contre la majorité se sentait « énormément » préoccupé. Le score moyen d'anxiété était de 79,5±7,4.

3.3. Evaluation du niveau d'anxiété des patients enquêtés

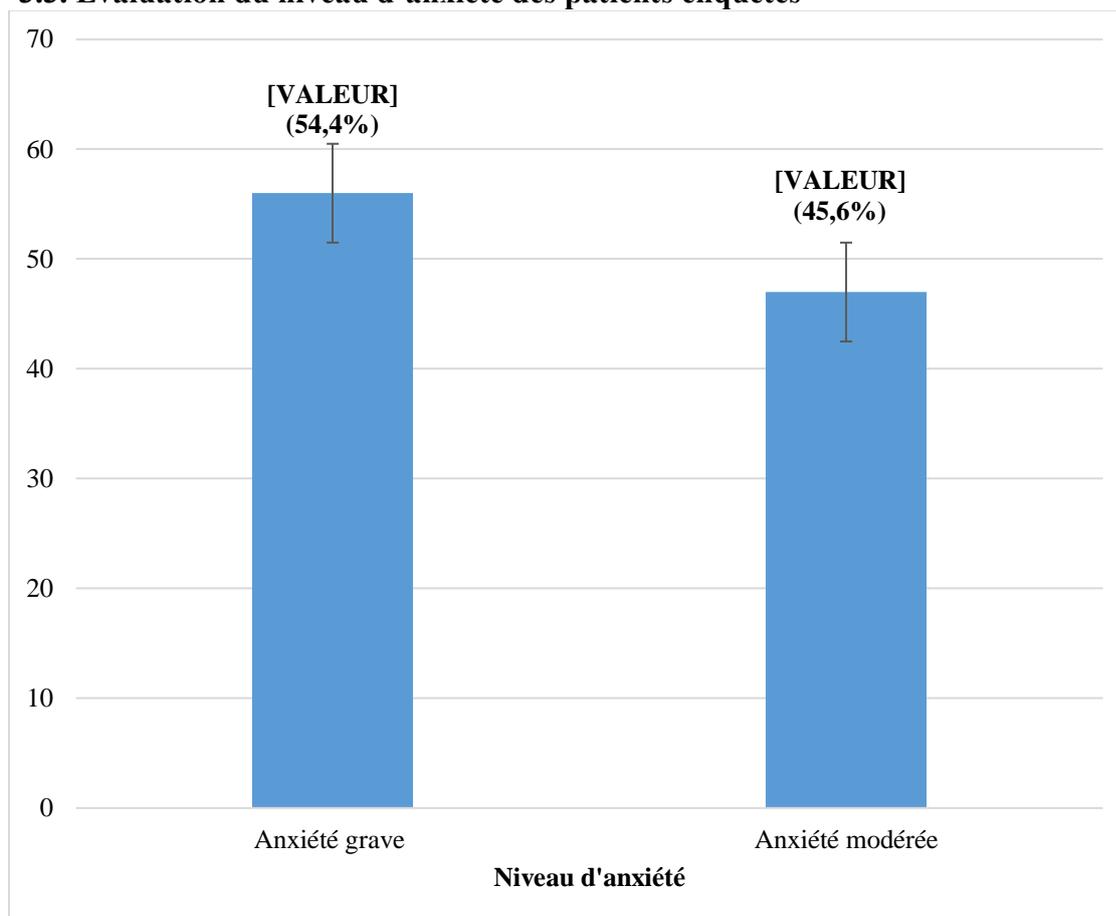


Figure 1 : Niveau d'anxiété des patients enquêtés

Cette figure illustre que plus de la moitié des patients enquêtés avaient un niveau d'anxiété grave.

3.4. Fréquence des facteurs chirurgicaux chez les patients enquêtés

Tableau 3. Fréquence des facteurs chirurgicaux chez les patients enquêtés

Facteurs chirurgicaux	n=103	% (IC à 95%)
Savoir le type de maladie		
Oui	80	77,7 (68,4-85,3)
Non	23	22,3 (14,7-31,6)
Savoir le type de traitement		
Oui	7	6,8 (2,8-13,5)
Non	96	93,2 (86,5-97,2)
Etre informé		
Suffisamment informé	5	4,9 (1,6-11,0)
Informé mais besoins d'un complément	21	20,4 (13,1-29,5)
informé mais besoins de posé quelques questions	12	11,5 (6,2-19,5)
Informé mais partiellement	28	27,2 (18,9-37,8)
Pas informé	37	35,9 (26,7-46,0)
Avoir subi une intervention chirurgicale		
Oui	20	19,4 (12,3-28,4)

Non	83	80,6 (71,6-87,7)
Nombre de chirurgie subie		
Une fois	13	12,6 (6,9-20,6)
Deux fois	5	4,9 (1,6-11,0)
Trois fois	2	1,9 (0,2-6,8)
ND	83	80,6 (71,6-87,7)
Souvenir de la chirurgie		
Bon	5	4,9 (1,6-11,0)
Mauvais	17	16,5 (9,9-25,1)
ND	81	78,6 (69,5-86,1)

Ce tableau nous précise que la plupart des répondants savaient la maladie pour laquelle il sera opéré mais ne connaissaient pas le type d'intervention et n'étaient pas informés. Plupart n'avait pas d'antécédents chirurgicaux. Certains étaient déjà opérés au moins une fois. La plupart des ceux-là qui avaient des antécédents chirurgicaux, gardaient un mauvais souvenir et certains s'abstenaient.

3.5. Fréquence des facteurs anesthésiques chez les patients enquêtés

Tableau 4 : Fréquence des facteurs anesthésiques chez les patients enquêtés

Facteurs anesthésiques	n=103	% (IC à 95%)
Avoir d'autres problèmes de santé		
Oui	4	3,9 (1,1-9,6)
Non	99	96,1 (90,4-98,9)
Savoir le type d'anesthésie		
Oui	31	30,1 (21,9-40,7)
Non	72	69,9 (59,3-78,1)
Type d'anesthésie connue		
RA	17	56,7 (37,4-74,5)
AG	13	43,3 (25,5-62,6)
Etre informé sur les probables effets néfastes de l'anesthésie		
Oui	2	1,0 (0,0-5,3)
Non	101	99,0 (94,7-100,0)
Doute après anesthésie		
Oui	57	55,3 (45,2-65,1)
Non	27	26,2 (18,0-35,8)
ND	19	18,5(11,5-27,3)
Doute après chirurgie		
Oui	43	41,7 (32,1-51,9)
Non	45	43,7 (33,9-53,8)
ND	15	14,6 (8,4-22,9)

Les résultats obtenus dans ce tableau nous montrent qu'il y avait une prédominance des patients qui n'avaient pas d'autres problèmes de santé. La RA était le type d'anesthésie connu pour certains qui avaient une connaissance sur le type de l'anesthésie à pratiquer. La majorité

n'était pas informée sur les probables effets néfastes de l'anesthésie, plus de la moitié avait un doute sur l'après anesthésie et certains pour l'après chirurgie.

3.6. Caractéristiques sociodémographiques associées au niveau d'anxiété

Le tableau suivant nous présente les résultats en rapport avec les caractéristiques sociodémographiques associées au niveau d'anxiété.

Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques associées au niveau d'anxiété

Caractéristiques sociodémographiques	n=103	Anxiété		OR (IC à 95%)	P
		Grave	Modérée		
Age en années					
18-35	69	45	24	4,68(1,80-12,2)	0,002
36-60	28	8	20	1	
> 60	6	3	3	2,50(0,41-15,1)	0,318
Sexe					
Féminin	58	33	25	1,26(0,58-2,76)	0,559
Masculin	45	23	22	1	
Etat civil					
Célibataire	43	28	15	5,51 (0,21-143,67)	0,304
Marié	45	23	22	3,13 (0,12-81,01)	0,491
Divorcé, séparé	14	4	10	1,28 (0,04-37,98)	0,884
Veuf(ve)	1	0	1	1	
Niveau d'étude					
Secondaire	44	21	23	1	
Universitaire	59	35	24	1,59 (0,72-3,50)	0,243
Religion					
Catholique	42	21	21	5,00 (0,22-110,40)	0,308
Protestante	33	21	12	8,60 (0,38-193,86)	0,175
Musulmane	12	6	6	5,00 (0,19-125,79)	0,328
Témoins de jéhovah	14	6	8	3,82 (0,15-94,13)	0,411
Aures (Branhamiste...)	2	0	2	1	
Occupation					
Sans	46	21	25	1	
Avec	57	35	22	1,89 (0,86-4,16)	0,112
Adresse					
Ibanda	40	24	16	0,80 (0,26-2,46)	0,707
Kadutu	22	12	10	0,64 (0,18-2,24)	0,491
Bagira	20	13	7	1	
Hors ville	21	7	14	0,26 (0,07-0,97)	0,046

Il ressort de ce tableau que seuls l'âge (tranche d'âge de 18 à 35 ans) et l'adresse (Hors-ville de Bukavu) étaient associés au niveau d'anxiété ($p < 0,05$).

3.7. Facteurs chirurgicaux et anesthésique associés au niveau d'anxiété

Tableau 6 : Facteurs chirurgicaux et anesthésique associés à l'anxiété

Facteurs étudiés	n=103	anxiété		OR (IC à 95%)	P
		Grave	Modérée		
Connaissance du type d'anesthésie					
Non	72	42	30	1,70(0,72-3,97)	0,154
Oui	31	14	17	1	
Etre informé sur les effets d'anesthésie					
Non	102	56	46	0,14 (0,14-91,6)	0,431
Oui	1	0	1	1	
Connaissance sur le type de maladie					
Oui	80	43	37	0,89 (0,35-2,23)	0,502
Non	23	13	10	1	
Connaissance sur le type de traitement					
Non	96	51	45	0,45 (0,08-2,45)	0,297
Oui	7	5	2	1	
Etre informé suffisamment					
Non	95	53	42	2,10 (0,47-9,30)	0,264
Oui	8	3	5	1	
Antécédent chirurgicale					
Oui	20	10	10	1	
Non	83	46	37	0,80 (0,30-2,13)	0,424
Souvenir de l'intervention chirurgicale					
Mauvais	17	11	6	7,33 (0,66-81,4)	0,104
Bon	5	1	4	1	
Pas d'antécédent	81	44	37	4,75 (0,50-44,4)	0,171

Il ressort de ce tableau qu'aucun facteur chirurgical ou anesthésique n'était associé au niveau d'anxiété ($p > 0,05$).

4. Discussions

4.1. Données relatives avec le niveau d'anxiété des patients enquêtés

Pour évaluer le niveau d'anxiété des patients (voir tableaux n°2a, 2b, 2c), nous avons utilisé l'échelle d'anxiété de Spielberger. Celle-ci attribue un score allant de 20 à 100 points : un score de 20 indique une absence totale d'anxiété, tandis qu'un score de 100 correspond à un état de terreur extrême. La moyenne théorique des scores est fixée à 60, représentant une anxiété modérée. Cette échelle distingue cinq degrés d'anxiété : **20 points** : aucune anxiété, **40 points** : anxiété légère, **60 points** : anxiété modérée, **80 points** : anxiété sévère, **100 points** : anxiété extrême ou état de panique.

Selon les données issues de notre enquête, une grande majorité des patients interrogés ne se sentait ni calme (86,9 %), ni en sécurité (64,1 %), ni reposée (75,7 %). Par ailleurs, 84,5 % d'entre eux se disaient très préoccupés par des contrariétés actuelles, tandis que 67,0 %

exprimaient un sentiment de tristesse. De plus, 88,3 % des participants déclaraient ressentir un niveau d'anxiété élevé. Ils étaient également nombreux à ne pas se sentir à l'aise (80,6 %), ni sûrs d'eux (50,5 %), tout en rapportant un état de nervosité (55,3 %), de panique (72,8 %) et une tension émotionnelle intense, au point de « craquer » (78,6 %).

. La plupart ne se sentait « pas du tout » excité et fébrile (58,3%), joyeux (88,3%) ou bien bouleversé (89,3%). Par contre la majorité se sentait « énormément » préoccupé (87,4%). Plus de la moitié de nos enquêtés avaient un niveau d'anxiété grave soit 54,4% et 45,6% de niveau d'anxiété modéré avec un score moyen d'anxiété de $79,5 \pm 7,4$.

Ces résultats ne corroborent pas à celui de Gasanin Edina qui a mené une étude sur « l'anxiété et futurs opérés » (Edina, 2007) ; se servant également de l'échelle d'évaluation de l'anxiété de Spielberger ; dans le but de déterminer le niveau d'anxiété du client en pré et per opératoire, ce qui diffère légèrement de notre étude où nous sommes focalisés sur l'évaluation préopératoire mais non per opératoire. Ses questionnaires étaient composés de quarante questions. La première vingtaine de questions caractérisant une attitude et évaluant l'anxiété situationnelle du client où nous aussi avons utilisé. La deuxième vingtaine de questions évaluait l'anxiété de personnalité du client et étaient adaptées pour l'évaluation du niveau d'anxiété per opératoire. Chacune des deux parties de vingtaine de questionnaires étaient ensuite subdivisées en deux fois dix questions. Un ensemble de vingt questions a été élaboré pour évaluer l'anxiété des patients, dont dix portaient spécifiquement sur des manifestations liées à l'anxiété, et dix autres, sans lien direct avec celle-ci, ont été intercalées de manière stratégique. Cette alternance visait à éviter d'orienter inconsciemment les réponses des patients vers un niveau d'anxiété plus élevé que leur ressenti réel. Dans son étude, Gasanin Edina a retenu cinq termes pour décrire les différents niveaux d'anxiété : anxieux, craintif, confiant, calme et paniqué. Pour simplifier l'analyse des réponses, elle a ensuite regroupé ces termes en deux grandes catégories : la catégorie « anxieux », incluant les réponses anxieux, craintif et paniqué, la catégorie « pas anxieux », regroupant les réponses calme et confiant.

En regroupant en deux après le dépouillement, il a trouvé que ceux qui n'étaient pas anxieux étaient plus de la moitié soit 58% et les anxieux étaient moins de la moitié soit 42%.

Chemlal (2019) avait utilisé à son tour deux échelles d'évaluation d'anxiété celui de STAI et Spielberger car il s'agissait pour elle, d'une étude comparative du niveau d'anxiété pré et postopératoire où elle a prouvé que parmi 68 hommes questionnés, 72,05% étaient à l'état normale, en revanche 27,95% étaient à l'état anxieux. Pour les femmes : parmi 32 femmes examinées, elle a constaté que le pourcentage des femmes anxieuses s'élevait à l'ordre de 81,62%. Ce résultat est similaire à celui de notre recherche du fait que le pourcentage des femmes ayant ressentis l'anxiété grave était élevé à 33% et 25 % anxiété modéré contre 23% chez les hommes qui ont ressentis l'anxiété grave et 22% de l'anxiété modéré, ce qui semble proportionnelle aux résultats de Edina (2007) également.

4.2. Facteurs de risque associés à l'anxiété

Il ressort de notre étude que seuls l'âge (tranche d'âge de 18 à 35 ans) et l'adresse (Hors-ville de Bukavu) étaient associés au niveau d'anxiété ($p < 0,05$). Aucun facteur chirurgical ou anesthésique n'était associé au niveau d'anxiété ($p > 0,05$).

Ces résultats se rapprochent de ceux de Bahaeddine (2018) en termes d'âge, mais différent pour ce qui est du sexe, notre recherche n'ayant pas décelé de différence statistiquement pertinente. Il a démontré que le fait d'être de sexe féminin et d'être jeune adulte sont des éléments à risque pour l'anxiété. Ces facteurs sont retrouvés dans la plus part des études clinique en médecine ou en sciences humaines en général (Baxter 2013). Il appuie ses propos en affirmant que ces deux éléments font l'objet d'un grand nombre de recherches en biologie et en psychiatrie, dans le but

de déchiffrer la physiopathologie d'une grande série de troubles psychiatriques, avec l'anxiété comme manifestation la plus courante.

Dans les études sur des modèles animaux d'anxiété où les rats sont soumis à des facteurs stressants précoces (séparation maternelle) ou tardifs, il s'avère que : la Neurogènes hippocampique (témoin de bonne adaptation au stress) est un processus continu au cours de la vie mais d'importance variable en fonction de l'âge et du sexe (Manila 2014).

Chez les jeunes animaux la réaction au stress est ample (anxiété importante) et facilement réversible (bonne adaptation), alors qu'elle est faible mais plus prolongée (tendance à la dépression) chez les adultes. Les œstrogènes jouent un rôle important dans la régulation du fonctionnement cérébral, une baisse du taux d'Estradiol (E2) (lors des variations cycliques par exemple) augmente l'anxiété (Bruce, 2015). Le taux de Cortisol sanguin est influencé par les variations cycliques des œstrogènes. En plus, l'action du Cortisol est plus importante chez la femelle que chez le mâle (Alessandra, 2016).

L'étude des facteurs environnementaux liés au sexe concernant l'anxiété montre qu'à l'adolescence, les événements stressants importants comme les abus et les problèmes familiaux sont plus importants chez les filles (Margaret, 2014). Autre différence liée au sexe, c'est le style de Coping même avant la puberté : les garçons adoptent un comportement d'évitement (Coping par l'action) alors que les filles présentent un comportement affiliatif et cherchent le soutien chez les autres. Cette différence de style est certes acceptée et dictée par l'environnement, mais reste néanmoins un constat objectif (Margaret, 2014).

5. Conclusion

L'environnement chirurgical reste inconnu pour le patient qui attend fréquenter selon le programme opératoire. Toute personne a toujours l'anxiété préopératoire malgré ses expériences personnelles. La présente étude portant sur les facteurs favorisant l'anxiété préopératoire chez les patients admis pour une chirurgie réglée à l'Hôpital Général de Référence de Panzi avait comme objectif principal de déterminer les facteurs favorisant l'anxiété préopératoire chez les patients admis pour chirurgie réglée dans la ville de Bukavu, afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de soins peropératoires.

Après analyse des données et interprétation des résultats nous avons trouvé que la majorité de ces patients était énormément préoccupés par les contrariétés actuelles et étaient tristes. La plupart étaient énormément anxieux, et se sentaient énormément préoccupés au sujet de la chirurgie. Plus de la moitié des enquêtés avaient un niveau d'anxiété grave.

Enfin, au regard de ces résultats, nous proposons aux anesthésistes et chirurgiens de non seulement se limiter aux aspects biomédicaux dans la prise en charge des patients mais comprendre qu'un être humain est un tout et sa prise en charge doit respecter l'aspect bio-psycho-social. Nous recommandons l'intégration dans la consultation pré anesthésique, l'échelle d'évaluation du niveau d'anxiété adaptée et simplifiée. Il s'agit de *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS) traduit en français (Maurice, 2021).

6. Conflit d'intérêt : aucun

Références

[1] Altemus, M., Sarvaiya, N. and Epperson, C.N. (2014). Sex differences in anxiety and depression: clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), pp.320–330. doi:10.1016/j.yfrne.2014.05.004 .

- [2] Bahaeddine, B. (2018). *Impact d'une information préanesthésique vidéo sur l'anxiété préopératoire des patients et sur leur besoin en information*. Université de Lorraine, France, pp.25–36.
- [3] Baxter, A., Scott, K.M., Vos, T. and Whiteford, H.A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), pp.897–910. doi:10.1017/S003329171200147X.
- [4] Bougouma, C., Lankoandé, M., Kabré, Y., Baghyan, M., Ki, K., Ouattara, S. and Kaboré, R. (2019). L'information médicale écrite préopératoire réduit l'anxiété des patients. *RAMUR*, 24(3), pp.46–52.
- [5] Chemlal, S. (2019). *L'anxiété en pré et postopératoire au sein du service d'orthopédie et traumatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismaïl de Meknès*. Mémoire, Maroc, pp.40–41.
- [6] Edina, G. (2007). *L'anxiété et futurs opérés*. Mémoire de licence, Université de la Sorbonne, Paris, pp.1–4.
- [7] Lina, M. and Nazek, A. (2023). *Étude comparative de l'anxiété entre patients informés et non informés en période préopératoire*. Amérique, pp.1–2.
- [8] Liorente, M. and Sandi, C. (2014). Age- and sex-dependent effects of early life stress on hippocampal neurogenesis. *Frontiers in Endocrinology*, 5, article 13. doi:10.3389/fendo.2014.00013.
- [9] Marques, A.A., Bevilaqua, M.C., da Luz, A.C., et al. (2016). Gender differences in the neurobiology of anxiety: focus on adult hippocampal neurogenesis. *Neural Plasticity*, 2016, article ID 5026713. doi:10.1155/2016/5026713.
- [10] Maurice-S., D'Huart, E., Leconte, M., et al. (2019). Validation of the French version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS).
- [11] McEwen, B.S., Gray, J.D. and Nasca, C. (2015). Redefining neuroendocrinology: stress, sex and cognitive and emotional regulation. *The Journal of Endocrinology*, 226(2), pp.T67–T83. doi:10.1530/JOE-15-0121.
- [12] Nicola, G. (1995). *Gérer sa peur avant une intervention esthétique*. Édition Nicola, Paris, pp.1–4.
- [13] Niquette, S. (2012). *L'anxiété et les états dépressifs comme prédicteurs de la récupération post-chirurgicale chez les hommes vasectomisés*. Université du Québec, Canada, pp.37–38.
- [14] Vuibert, B. (2004). *Anesthésie générale*. Édition Vuibert, Paris, p.142.