

SOMMAIRE

Sommaire	1
Liste des abréviations	6
Liste des figures	8
Liste des tableaux	10
Introduction	11
PARTIE THEORIQUE	14
I-HISTOIRE DE L'ANXIETE	15
II-CONCEPT DE L'ANXIETE	18
1- Concept d'anxiété normal et pathologique	18
1. 1. L'anxiété normale	18
1.2 .L'anxiété pathologique	18
2- Autres concepts	22
2.1. L'anxiété entre philosophie et psychopathologie	22
2.2. Le concept médical de l'anxiété	23
2.3. Aperçu sur la biologie de l'anxiété	24
III-LES TROUBLES ANXIEUX	27
1-Principaux troubles anxieux :	27
1.1. Le Trouble D'anxiété Généralisée	28
1.2. Le Trouble Panique	29
1.3. Agoraphobie	29
1.4. Anxiété sociale (phobie sociale)	30
1.5. La Phobie Spécifique	30
1.6. Mutisme sélectif	31

1.7. Anxiété de séparation	32
1.8. Trouble anxieux induit par une substance /médicament...	32
1.9. Trouble anxieux du a une affection médicale.....	32
1.10. Autre trouble anxieux spécifié.....	33
1.11. Trouble anxieux non spécifié	33
2-le trouble obsessionnel compulsif :	35
3-Etat de stress post traumatique :	39
IV-L'ANXIETE OPERATOIRE	40
1- caractéristiques descriptives de l'anxiété opératoire	40
2-l'anxiete pré _opératoire	41
3-l'anxiete post _opératoire.....	44
V- LES OUTILS D'EVALUATION DE L'ANXIETE.....	46
1 -évaluation de l'anxiété	46
PARTIE PRATIQUE	51
VI-Étude de l'anxiété en pré et en post opératoire au sien de service de chirurgie traumatologie et orthopédique a l HMMI à Meknès	52
1. Objectifs du travail	52
2. Matériel et méthode	52
2.1. Type, lieu, période de l'étude	52
2.2. Population	53
2.3. Élaboration de la fiche d'exploitation socio démographique del'anxiété53	
2.4. Élaboration du questionnaire générale de Spielberger	54

2.5. Élaboration de l'inventaire de l'anxiété – état (STAI)	54
2.6. Traitement des données.....	54
3. Résultats.....	56
3.1. Description de l'échantillon.....	57
3.1.1. interprétations des résultats de la fiche d'exploitation sociodémographique	57
a- identifications des caractéristiques socio professionnelle	61
b- Qualification de traumatisme	62
c- le déroulement de l'hospitalisation	73
- Avant l'acte opératoire	73
- Au cours de l'acte opératoire	74
- Après l'acte opératoire.....	76
3.1.2. interprétation des résultats du questionnaire d'anxiété général de Spielberger.....	80
3.1.3. interprétation des résultats de l'échelle (STAI –E) pré et post opératoire	
3.2. statistiques analytiques.....	82
3.2.1. analyse des facteurs de risque	82
a- les caractères socioprofessionnels	82
b- identification du traumatisme	87
c- l'acte chirurgical	93
3.2.2. analyse des facteurs protecteurs	97
a- douleur modéré/absence de la douleur	97
b- absence d'ATCD pathologiques	98

VII-Discussion	99
VIII-Conclusion	108
IX Résumé	110
X Annexe	114
XI Références Bibliographie	127

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AO	:	anxiété opératoire
AT	:	attaque de panique
AVP	:	accident de la voie public
AG	:	anesthésie générale
ALR	:	anesthésie loco régionale
OMS	:	organisation mondial de la santé
HMMI	:	hôpital militaire Moulay Ismaël
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual
CIM	:	La Classification internationale des maladies
EVA	:	échelle visuelle analogique
SNA	:	système nerveux autonome
SNS	:	système nerveux sympathique
SNP	:	système nerveux parasympathique
TAG	:	trouble d'anxiété généralisée
TP	:	trouble de panique
TOC	:	trouble obsessionnel compulsif
ESPT	:	état de stress post traumatique
QAGS	:	questionnaire d'anxiété générale de spielberger
STAI (E)	:	state trait inventory anxiety - (état)
STAI (T)	:	state trait inventory anxiety- (trait)

NI : niveau intellectuel

SM : situation matrimoniale

T ph : traumatisme physique

TA : trouble anxieux

HTA : hypertension artérielle

D : diabète

DY : dyslipidémie

DAO : durée de l'acte opératoire

DHAA : durée d'hospitalisation avant l'acte opératoire

DTS : Dental Fear Survey

LISTE DES FIGURES

Figure 1 les caractéristiques de l'anxiété morbide	22
Figure 2 the anatomy of anxiety/anatomie et biologie de l'anxiété.....	28
Figure 3 facteurs de l'anxiété préopératoire	43
Figure 4 répartition des participants selon leur sexe	57
Figure 5 répartition des participants selon leurs âges	58
Figure 6 répartition des participants selon leur NI.....	59
Figure 7 répartition des participants selon leurs SM et présence enfants	60
Figure 8 répartition des participants selon leur profession	61
Figure 9 répartition des patients en fonction de la notion de polytraumatisme	62
Figure 10 pourcentage de la région anatomique touché par le traumatisme	63
Figure 11 distribution des participants selon l'intensité de la douleur ressentie immédiatement après le traumatisme	64
Figure 12 répartitions des participants selon leur prise de traitement antalgique .	65
Figure 13 – répartition des patients selon leur impotence fonctionnelle	66
Figure 14 répartition des patients selon la présence d'antécédent de traumatisme physique	67
Figure 15 circonstance du traumatisme physique	67
Figure 16 répartition des patients selon leur antécédent chirurgical	68
Figure 17 les différents types de chirurgie	68
Figure 18 répartition des patients selon l'antécédent d'hospitalisation.....	69
Figure 19 les différents motifs d'hospitalisation	69
Figure 20 répartition des patients selon l'antécédent psychiatrique.....	70

Figure 21	répartition des patients selon leur antécédent rhumatologique.....	71
Figure 22	la répartition des malades ayant d'autres antécédents pathologiques	72
Figure 23	les pathologies rencontrées chez les patients questionnés	72
Figure 24	Les patients accompagnées au cours de leurs hospitalisation.	73
Figure 25	répartition des malades en fonction de nombres des visiteurs	73
Figure 26	répartition des malades selon l'existence ou non de moyen d immobilisation	74
Figure 27	résultats d EVA à la phase pré opératoire	75
Figure 28	la durée d'hospitalisation avant l'acte opératoire.....	76
Figure 29	répartition des malades selon l'information reçue avant l'acte opératoire	77
Figure 30	la qualité des informations relative à l'acte opératoire	77
Figure 31	répartition des malades selon leur type d anesthésies	78
Figure 32	la durée de l acte opératoire	78
Figure 33	présence ou non des complications post opératoires.....	79
Figure 34	type de complications en post opératoire	79
Figure 35	répartition des malades selon leur score d'anxiété générale de spielberger	80
Figure 36	répartition des malades selon le niveau d'anxiété en pré et en post opératoire en fonction du (STAI -E).....	81

Liste des tableaux

Tableau 1 le noyau clinique de l'anxiété morbide	23
Tableau 2 les définitions des troubles anxieux extraites des classifications internationales (CIM 10 et DSM V).....	36
Tableau 3 les obsessions typiques / compulsions typiques	36
Tableau 4 la distribution du score STAI _E en pré opératoire chez les patients en fonction de leur antécédents	91
Tableau 5 distribution du score STAI_E en pre operatoire en fonction de l'absence des antecedants pathologiques.....	98
Tableau 6 Synthèse des différentes études ayant traitée l'anxiété opératoire :.....	<u>106</u>

INTRODUCTION

Le concept d'anxiété tire son origine du terme latin *anxiētas* [1]. Elle s'agit d'un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux [2].

Définition de l'anxiété selon l'OMS

Selon l'OMS « l'anxiété est définie comme étant un sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement ».

L'anxiété apparaît lorsque nous croyons qu'un événement dangereux ou malheureux peut survenir et que nous l'anticipons.

L'anxiété est une réaction émotionnelle qui fait partie de la vie au même titre que la joie, la peine, la colère. Elle peut se manifester par divers signes sur les plans physiques, cognitifs et émotionnels.

Chaque personne peut la vivre à des degrés et une intensité qui lui sont propres. Sa perception de l'événement aura une grande influence sur l'intensité de l'anxiété vécue [3].

De surcroît, parmi les grandes situations anxiogènes on cite l'anxiété opératoire c'est à dire qui survient dans un contexte d'opération chirurgicale ; elle constitue un phénomène majeur, perceptible dans ses nombreux symptômes somatiques et ses manifestations psychologiques, ainsi qu'à travers son impact important sur l'état de santé du patient opéré et sur l'ensemble de l'acte chirurgical et ses suites [4].

Cette anxiété débute chez le patient dès l'annonce de la décision de l'intervention chirurgicale qui se traduit par un malaise physique et psychologique.

Il ne s'agit pas nécessairement de peurs précises ou spécifiques mais plutôt d'une sensation d'angoisse, une réaction de stress, qui peut rester confuse ou porter sur différents aspects de l'hospitalisation et de la maladie.

Depuis plusieurs décennies, ce problème fait l'objet d'un vaste effort théorique et de nombreuses études sur le terrain en Amérique du Nord et en Europe et qui ont montré que des niveaux importants d'anxiété en pré opératoire augmenteraient le risque de complications post opératoires ainsi que la survenue de troubles émotionnels et comportementaux post opératoires.

Cependant ce problème reste rarement étudié au niveau de la recherche scientifique au Maroc.

D'où le choix du présent travail ayant trois objectifs :

- la comparaison du degré de l'anxiété en pré et en postopératoire.
- l'étude de certains facteurs qui peuvent être anxiogènes comme (l'annonce de l'acte opératoire, la consultation pré anesthésique...)
- Et les conditions psycho-sociaux de l'hospitalisation qui peuvent avoir un impact sur l'anxiété opératoire ; à travers une recherche descriptive et transversale durant les mois (Janvier, Février, Mars, Avril) de l'année 2019 avec un recrutement prospective des cas au sein de l'hôpital militaire Moulay Ismail à Meknès.

PARTIE THEORIQUE

PROLEGOMENE

« L'anxiété est au cœur de chaque homme, de chaque civilisation et si les grandes découvertes de l'homme moderne, à l'ère atomique et interplanétaire, sont de nature à être génératrice d'angoisse, l'histoire nous rappelle que l'anxiété est un phénomène de toujours dans l'expérience humaine »

Daniel WIDLOCHER¹

¹ Daniel Widlöcher : né le 8 juin 1929 à Paris, est psychiatre, professeur des universités-praticien hospitalier en psychiatrie, psychologue et psychanalyste. Il est président de l'Association psychanalytique internationale en 2001.

I. Historique de l'anxiété

L'histoire remet en question la sagesse conventionnelle et donne une idée de ce qui s'est passé d'hier à aujourd'hui. Elle offre non seulement des perspectives contextuelles, mais aussi un sentiment d'appartenance et d'identité professionnelle, et l'élargissement des techniques de recherche. Prenant celle liée à l'anxiété qui a présenté depuis plusieurs décennies un symptôme important ambigu faisant le centre de grand débat entre médecins, philosophes et même des biologistes.

ÉTYMOLOGIE

Commençons par un peu d'étymologie l'anxiété désignait en latin, deux verbes « ango » et « anxio » signifiant à la fois « resserrement » et « tourment » ; de la racine « ango » est dérivé le mot « angoisse » en français et « Angst » en allemand, de « anxio », dérive en français « anxiété » et en anglais « anxiety ».

Là où les anglais et les allemands ne connaissent qu'un seul terme, les français en connaissent donc deux [5].

Pour autant, angoisse et anxiété sont, au départ, utilisés de façons indifférenciées et nous verrons que ce n'est qu'à la fin du XIX siècle que certains auteurs français ont cherché à établir une différence de nature entre les deux.

En 1812, l'anxiété comme l'angoisse y sont définies comme des états proprement physiques, tenant l'exemple de *Boissier de Sauvage*², utilise quant à lui le terme d'anxiété pour décrire la sensation liée à l'impossibilité de respirer.

A la fin du XIX siècle, l'angoisse et l'anxiété sont sur le devant de la scène à tel point que *Kraepelin*³ écrit en 1899, que « le trouble affectif le plus important rencontré chez les malades c'est l'anxiété ». C'est à partir de cette époque qu'en France certains auteurs cherchent à opérer une distinction entre l'anxiété et l'angoisse.

² *François Boissier de Sauvages de Lacroix* : est un médecin et botaniste français, né le 12 mai 1706 à Alès (Gard) et mort le 19 février 1767 (à 60 ans) à Montpellier. Il est le frère du botaniste Pierre-Augustin Boissier de Sauvages

³ *Emil Kraepelin* : né en 1856 à Neustrelitz, en Allemagne – mort en 1926) est un psychiatre allemand considéré comme le fondateur de la psychiatrie scientifique moderne.

Pour **Brissaud**⁴, C'est une différence de nature. Il décrit ainsi en 1890 l'anxiété paroxystique avant d'opposer le caractère physique de l'angoisse, résultant d'un déterminisme neurologique, à la dimension psychique de l'anxiété, qu'il rattache à un sentiment d'insécurité indéfinissable.

On retrouve d'ailleurs un écho de ce débat à la Société de Neurologie en 1902 avec les hypothèses sur leurs localisations réciproques : l'anxiété serait un phénomène « cérébral » quand l'angoisse serait « bulbaire » [6].

Alors c'est seulement, au cours de la seconde moitié du XIX siècle que le concept d'anxiété apparaît dans le domaine de la pathologie.

Jusqu' alors, les peurs irraisonnées étaient considérées comme une expression parmi d'autres, des passions tristes ou d'une erreur de jugement proche de délire.

Morel⁵ psychiatre parisien décrit en 1866 le délire émotif qu'il attribue à un désordre du système nerveux végétatif et qui s'applique à l'ensemble des troubles anxieux et dépressif.

Peu après se développe le concept de neurasthénie qui à partir d'une explication par un état d'épuisement du système nerveux inclut un ensemble de manifestations d'inquiétude psychique et de sensations corporelles diverses [6].

Pendant les années 1950 s'est développée l'expérimentation dans l'étude de l'anxiété. Ainsi, **Freud**⁶ qui a établi la distinction entre l'anxiété objective et l'anxiété névrotique. C'est à lui que l'on doit la description princeps de la névrose d'angoisse.

En 1895 **Freud** décrit un article au titre éloquent : qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse [7].

⁴ **Édouard Brissaud** : né le 15 avril 1852 à Besançon et mort le 19 décembre 1909 à Paris, est un médecin français, neurologue, anatomo-pathologiste, et historien de la médecine.

⁵ **Morel Bénédicte** : un psychiatre français né à Vienne (Autriche) en 1809 et mort à Rouen en 1873.

⁶ **Freud Sigmund Schlomo Freud** : né le 6 mai 1856 à Freiberg (Autriche) (actuelle République tchèque) et mort le 23 septembre 1939 à Londres, est un neurologue autrichien, fondateur de la psychanalyse.

Il a donné une description succincte mais précise des différentes manifestations de l'anxiété : l'inquiétude chronique, l'attaque d'angoisse les équivalents physiques, les peurs illégitimes et sélectives que l'on appelle phobies, et les obsessions [7].

PROLEGOMENE

«Dans l'anxiété, existent une attente, une anticipation de quelque événement ou série d'événements inquiétants. L'incertitude est présente. L'anxiété fait donc penser aussi au doute et à l'inquiétude. Il n'est pas pareil de se dire anxieux sur son avenir ou angoissé à ce sujet. Il semblerait que l'angoisse se réfère à des choses plus fondamentales et qu'elle soit jugée par beaucoup plus sérieuse, au sens de dangereuse et menaçante, que l'anxiété».

Morel⁷ 1998

II. CONCEPT DE L'ANXIETE

1- Concept d'anxiété normale et pathologique

Le concept d'anxiété déborde largement le champ médical, l'anxiété appartient à la condition humaine, c'est une sensation normale, que nous connaissons tous.

Selon les circonstances elle peut revêtir des formes différentes, de la simple inquiétude à l'angoisse extrême. Parfois, elle se manifeste aussi de façon anormale et devient une maladie à part entière on parle alors d'anxiété morbide. [8].

L'anxiété morbide traverse tout le champ de la pathologie mentale et somatique, Plusieurs intérêts coexistent dans l'étude scientifique de cette question aussi bien des intérêts épidémiologique, de santé publique et nosologique.

1.1. Anxiété normale

Elle représente l'émotion humaine la plus fréquente. L'anxiété est une émotion nécessaire, elle permet d'anticiper certaines difficultés, apporte de la prudence aux individus et les motive face à des échéances ou des performances professionnelles, universitaires, etc. [8]

Elle est présentée chez tous les êtres humains : c'est une sensation de peur avant un examen, inquiétude pour la santé d'un proche, réaction anxieuse lors d'accident, de catastrophe... Elle survient à la suite d'événements clairement identifiables, elle nous aide à y faire face et disparaît généralement en même temps que sa cause [9].

1.2. Anxiété morbide

Il arrive chez certaines personnes que l'anxiété se manifeste de façon anormale soit elle survient :

- Sans raison.
- Soit son intensité et les réponses qu'elle entraîne sont sans commune mesure avec l'événement déclenchant. Dans ce cas on parle alors d'anxiété morbide.

Les limites entre la réaction anxieuse normale qui mobilise la personne pour affronter une situation difficile et l'anxiété pathologique sont parfois floues.

Quand l'anxiété devient non seulement réactionnelle mais plutôt un trait de personnalité, une façon d'être, la personne a alors une vision du monde marquée par l'anxiété prévoyant toujours le pire, de manière consciente ou non.

Ainsi les personnalités anxieuses sont dans l'anticipation constante : que va-t-il se passer ensuite ?

Ces personnes ont tendance à toujours penser que le pire est probable ou du moins plausible et elles s'entourent alors d'un maximum de précautions pour éviter des difficultés auxquelles elles ont songé.

Le moindre événement quotidien peut ainsi devenir une affaire compliquée (notion d'amplification).

Être anxieux, engendre le plus souvent des difficultés de fonctionnement qui vont d'une gêne ponctuelle à un handicap sévère. Les anxieux paient cher ces efforts constants par une tension quasi-permanente souvent source d'une dégradation de leur qualité de vie [10].

L'anxiété morbide est une souffrance qui :

- Déborde les capacités de maîtrise du sujet
- Retentit défavorablement sur les circonstances et le milieu du sujet
- Amène le sujet à demander de l'aide et des soins

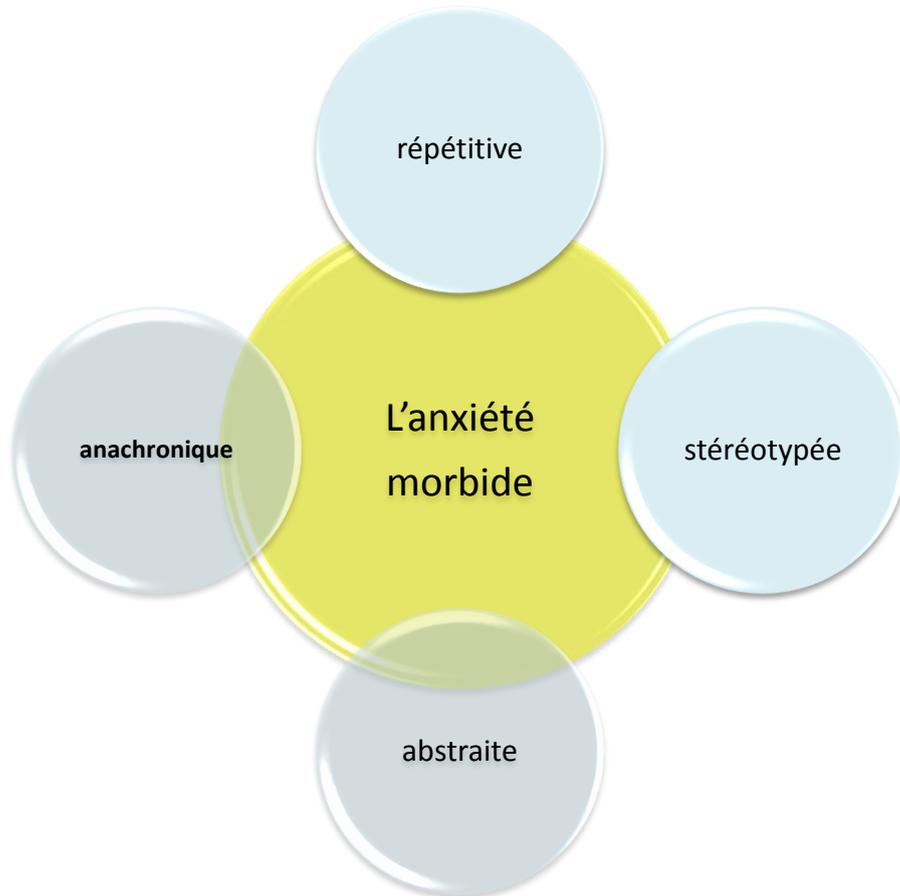


Figure 1 les caractéristiques de l'anxiété morbide

Tableau 1 le noyau clinique de l'anxiété morbide

Sur le plan psychique	Sur le plan somatique	Sur le plan comportemental
<p>1 –amplification péjoratifs L'anxiété naît dans une fiction qui submerge la conscience d'une intentionnalité de mystère et de catastrophe.</p> <p>2–l'attente du danger C'est l'attente d'une catastrophe future imminente et l'angoisse se constitue en forme d'inquiétude de ce qu'il va arriver.</p> <p>3–le désarroi Il y a une lutte contre le monde et contre lui-même, une désorganisation des forces vitales et d'une volonté de s'échapper, d'aller de l'avant au-devant du danger ou de la mort.</p>	<p>–les éléments somatiques sont des sensations corporelles intenses, pénibles et douloureuses touchant la musculature lisse et le système nerveux végétatif.</p> <p>1 Manifestation cardio vasculaire Tachycardie, précordialgies bouffés vasomotrices</p> <p>2 Manifestations respiratoires Gêne thoracique, dyspnée Hyperventilation</p> <p>3 Manifestations digestives Sensation de boule œsophagienne Diarrhée, nausée</p> <p>4 Manifestations urinaires Pollakiurie, polyurie, ténésme vésical</p> <p>5 Manifestations sensorielles Vision flou, acouphènes, vertige</p> <p>6 Manifestations neurovégétatifs Sueurs, sécheresse buccale, Pâleur</p>	<p>1 l'agitation Trouble de comportement caractérisé par un désordre gestuel et psychomoteur pouvant aller jusqu'au bris d'objet et à l'agressivité</p> <p>2 Stupeurs et inhibition Sidération de la personnalité avec suspension de toute activité physique et psychique</p> <p>3 Raptus Manifestation paroxystique de décharge explosive pouvant engager le sujet dans une tentative suicidaire, une fugue, ou une agression</p>

2. Autres concepts

2.1. L'anxiété entre philosophie et psychopathologie

Le concept d'angoisse a été isolé par le philosophe **Danois Sorein Kierkegaard**⁸. Dans sa perspective, le sentiment d'angoisse naît de l'existence simultanée d'une attraction et d'une répulsion face à un choix.

Cette angoisse, pour Kierkegaard. Est un phénomène normal et inhérent à la liberté qui marque la condition de l'homme.

C'est à Sigmund Freud que l'on doit d'avoir élaboré la première conception psychopathologique structurée de l'anxiété.

Jusqu' alors, l'anxiété est présente en tant que symptôme, dans de nombreuses pathologies. Il n'existe cependant pas de syndrome ou de maladie où l'anxiété prédomine sur le reste de la symptomatologie.

En 1895, Freud propose une nouvelle entité clinique : la névrose d'angoisse selon lui, elle se caractérise par trois éléments centraux :

- L'attente anxieuse,
- l'hyperexcitabilité générale
- les accès d'angoisse aigue.

Au début des années 1960, Les travaux de **Donald Klein**⁹ ouvrent une perspective nouvelle dans la compréhension des manifestations anxieuses ; il montre l'efficacité d'un antidépresseur (l'imipramine) chez des sujets présentant des accès d'anxiété aigus spontanés qu'il nomme attaque de panique. À l'inverse l'imipramine est inefficace sur l'anxiété chronique diffuse, qui répond mieux aux molécules anxiolytiques.

⁸ **Danois Sorein Kierkegaard** : né le 5 mai 1813 et mort le 11 novembre 1855 à Copenhague, est un écrivain, poète, théologien, et philosophe danois, dont l'œuvre est considérée comme une première forme de l'existentialisme

⁹ **Donald Franklin Klein** : était un psychiatre américain connu pour ses travaux sur les troubles anxieux. De 1976 à 2006, il a été professeur de psychiatrie à l'Université Columbia de New York et directeur médical de l'Institut psychiatrique de l'État de New York.

D'autres travaux ont confirmé qu'il existerait une différence qualitative entre l'accès aigu d'angoisse et l'angoisse chronique.

Ces résultats ont ainsi remis en question la conception unitaire de névrose d'angoisse qui prévalait jusqu' alors.

Dans les années 1980, la classification américaine a introduit la notion de troubles anxieux dans la nosographie psychiatrique.

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux a entériné la nouvelle conception de l'angoisse initiée par Klein.

Dans la 3^{ème} version de ce manuel, le DSM III (diagnostic and statistical manual of mental disorders), la névrose d'angoisse est remplacée par le trouble panique et le trouble d'anxiété généralisée. Par la suite, d'autres troubles anxieux y sont apparus, la phobie sociale, les phobies simples, L'agoraphobie, le trouble obsessionnel compulsif et le syndrome de stress post traumatique.

Plus récemment dans le DSM IV, les troubles anxieux ont bénéficié de l'ajout de trois catégories diagnostiques : l'état de stress aigu, le trouble anxieux du a une affection médicale générale et le trouble anxieux induit par une substance [11].

2.2. le concept médical de l'anxiété

Comprendre les symptômes physiques et mentaux de l'anxiété et les raisons pour lesquelles ils apparaissent permet de comprendre ce qui se passe lors d'une crise de panique a d'une situation anxiogène.

La compréhension des processus biologiques et cognitifs, permet de maîtriser les sentiments de panique et d'angoisse, ce qui les rendra moins écrasants et ils sont assimilés comme une fonction corporelle surmontable.

Les sensations physiques d'anxiété imitent souvent de près celles qui adviennent suite à des troubles médicaux ou des crises médicales potentiellement mortelles. Ces symptômes peuvent inclure des nausées, la transpiration, les palpitations, les vertiges, l'essoufflement et les douleurs à la poitrine.

L'anxiété peut conduire à des états émotionnels incluant la terreur, la panique, un sentiment d'expérience extracorporelle et la peur de la mort. Il faut déterminer la cause de l'anxiété morbide et déterminer l'origine somatique de cette anxiété.

Alors quelle sont les causes de ces symptômes ?

Lors d'une situation anxiogène le corps fonctionne physiologiquement de manière optimale.

Chez tous les animaux le danger déclenche cette réaction de façon à ce qu'ils soient capables de réagir rapidement aux menaces pour rester en vie, il s'agit de faire face au combat ou de s'enfuir, fuir ou lutter (fight or flight!).

2.3. Aperçu sur la biologie de l'anxiété

D'un point de vue biologique quand un homme est confronté à une menace, l'hypothalamus envoie un signal au système nerveux autonome (SNA). Le SNA contrôle généralement toutes les fonctions du corps dont nous ne sommes pas conscients. Telles que la digestion, la température du corps ou la respiration.

Le SNA est composée de deux parties qui aident le corps à maintenir un équilibre global :

- le système nerveux sympathique SNS.
- le système nerveux parasympathique SNP.

Le SNS est celui responsable des sentiments d'angoisse, la lutte ou la fuite. Le SNP fonctionne à l'inverse en calmant les symptômes après l'activation du SNS.

Activé par la peur, le SNS provoque une explosion d'hormones (adrénaline / noradrénaline), créant une hausse subite de l'excitation et de la stimulation. Ces hormones font en sorte que toutes les fonctions corporelles non-essentiels pour la situation anxiogène (par exemple la digestion) soient mises en pause et SNS dirige toute l'énergie vers les systèmes nécessaires à la défense ou à la fuite. le cœur se met

à battre plus fort (tachycardie) pour distribuer les éléments nutritifs et l'oxygène aux parties du corps qui ont besoin pour fuir, la respiration s'accélère pour permettre au cœur de recevoir de l'oxygène supplémentaire.

La peau se raide à cause d'un volume sanguin réduit, provoquant un engourdissement et des picotements. La transpiration s'accélère pour contrôler l'augmentation de la température corporelle. Les muscles se tendent pour prévenir l'action, les pupilles se dilatent (mydriase) pour mieux voir et la pression artérielle augmente pour améliorer la circulation sanguine.

L'adrénaline libérée augmente la concentration et la vigilance pour aider à échapper à la menace. Bien sur un tel niveau d'activité ne peut pas se maintenir indéfiniment sans détruire le corps. C'est pour cette raison le SNP existe il rétablit l'équilibre tout en diminuant la tension artérielle la fréquence respiratoire et le tonus musculaire.

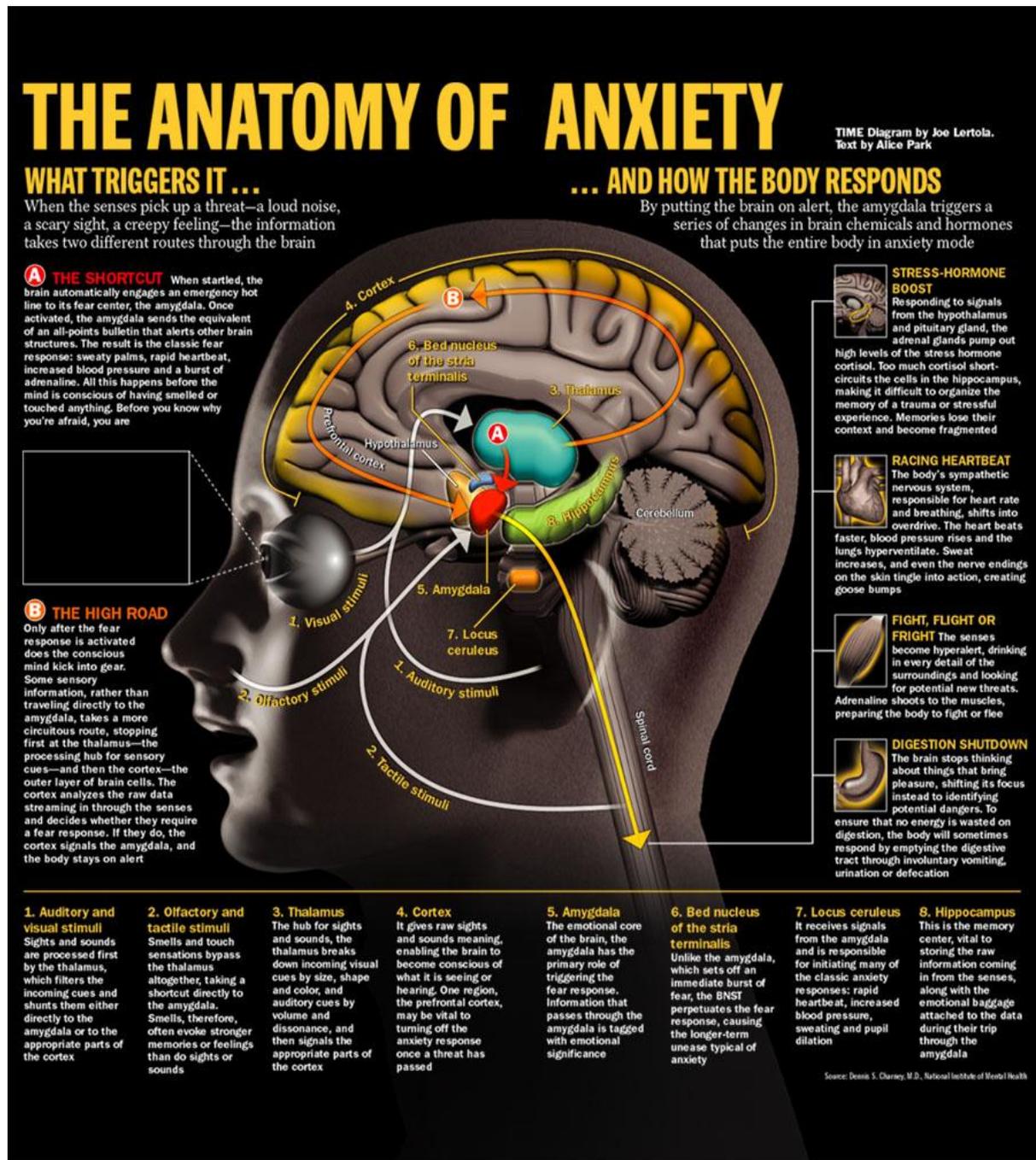


Figure 2 the anatomy of anxiety/anatomie et biologie de l'anxiété

III. LES TROUBLES ANXIEUX

Les troubles anxieux sont parmi les troubles mentaux plus communément diagnostiqués chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes [12]. Ils constituent un ensemble de troubles psychologiques dont les symptômes sont notamment une anxiété excessive, un sentiment de peur, des inquiétudes et des comportements d'évitement.

L'anxiété est une émotion courante qui peut être vécue par tous dans certains contextes qui suscitent du stress. Il est normal de ressentir de l'anxiété à un moment ou à un autre ; en général, ce sentiment se dissipe assez rapidement.

Les personnes ayant un trouble anxieux manifestent des symptômes cognitifs, physiques et comportementaux d'angoisse qui sont intenses, fréquents, persistants et graves, et pour qui l'angoisse provoque une détresse qui nuit à leurs capacités sur différents plans (vie sociale, affective, professionnelle, etc.) [13].

Les définitions de ces troubles extraites des classifications internationales (CIM 10 et DSM V) sont rappelées en annexe 2.

1. Principaux troubles anxieux

Les principaux troubles anxieux selon le DSM-V sont [14]:

- **Le trouble d'anxiété généralisée**
- **Le trouble panique**
- **Agoraphobie**
- **Anxiété sociale (phobie sociale).**
- **la phobie spécifique**
- **mutisme sélectif**
- **anxiété de séparation**
- **trouble anxieux induit par une substance / médicament**

- Trouble anxieux du a une affection médicale
- Autres trouble anxieux spécifié
- Trouble anxieux non spécifié

1.1. Le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Les personnes ayant ce trouble sont anxieuses tout le temps (ou presque) par rapport à plusieurs aspects différents de leur vie. Elles sont anxieuses pendant plusieurs mois et leur anxiété a un impact négatif sur leur vie sociale, familiale, professionnelle, scolaire et privée.

Ce sont des gens excessivement inquiets et stressés. Il est difficile pour eux de mettre de côté leurs craintes et faire autre chose puisqu'ils sont vraiment préoccupés et envahis par leurs pensées négatives angoissantes.

Les personnes ayant un du trouble d'anxiété généralisée sont donc difficilement rassurées [12].

La personne ayant un TAG manifeste des inquiétudes excessives difficiles à contrôler, présentes la plupart des jours, pendant une période d'au moins six mois et qui portent sur divers événements ou activités. Ces inquiétudes nuisent à son fonctionnement et lui occasionnent une détresse importante. Les angoisses sont accompagnées de symptômes somatiques importants.

Les inquiétudes se distinguent en deux catégories :

- les inquiétudes centrées sur des problèmes réels et actuels et pour lesquelles il est possible d'utiliser une technique de résolution de problèmes.
- les inquiétudes de type éventuel où, par définition, il n'y a pas encore de problèmes (ils sont anticipés, imaginés) et donc, pour lesquelles la résolution de problèmes est non applicable [12], les inquiétudes de types éventuel sont appelées appréhensions.

1.2. Trouble panique (TP)

Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre ou plus des symptômes suivants [14] :

- Palpitations
- Transpiration
- Tremblement ou secousses musculaire
- Sensation de « souffle coupe »
- Sensation d'étranglement
- Douleur ou gêne thoracique
- Nausée ou gêne abdominale
- Sensation de vertige
- Frissons ou bouffées de chaleur
- Paresthésie
- Déréalisation ou dépersonnalisation
- Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou »
- Peur de mourir

Alors que le trouble de panique est défini par la répétition des attaques de panique (au moins 4 en 4 semaines) dont au moins certaines d'entre elles surviennent de façon inattendue.

1.3. Agoraphobie

Les personnes qui présentent un trouble panique sans agoraphobie n'ont pas l'impression que leurs attaques sont causées par le fait d'être en public. Ces personnes ont eu plusieurs attaques de panique inattendues et récurrentes, ce qui nuit à leur fonctionnement social, professionnel, familial, scolaire ou personnel. Ils n'ont donc pas peur de faire une attaque de panique en public, mais de faire une attaque de panique, peu importe le lieu. Ces personnes peuvent tout de même éviter certains endroits, notamment où elles ont déjà eu des attaques. [12].

L'agoraphobie implique avoir peur d'être dans des espaces publics. Les personnes qui ont une agoraphobie ont énormément de difficulté à sortir de leur maison, car elles ont peur de faire des attaques de panique lorsqu'elles sortent en public. Ainsi, rester à la maison et éviter les endroits où les attaques de panique pourraient avoir lieu est une manière d'essayer de contrôler les attaques. Toutefois, cette solution ne fonctionne pas très bien puisqu'elle empêche la personne de vivre sa vie normalement et accentue l'anxiété par la suite.

Le trouble de panique peut s'accompagner d'agoraphobie ou non.

1.4. le trouble d'anxiété sociale – phobie sociale

Les personnes souffrant de phobie sociale ressentent une peur intense et persistante dans une ou plusieurs situations sociales ou de « performances » telles que manger en groupe, parler à des inconnus, faire un exposé devant un public, parler à des personnes en position d'autorité, etc.

L'anxiété est liée à la peur d'être jugé de façon négative, d'être ridiculisé ou d'être humilié. Certaines personnes ont aussi la crainte de révéler des signes d'anxiété (ex. : rougir, trembler), de se comporter de façon embarrassante et de ressentir de la honte. Tout le monde peut éprouver de la gêne dans certaines situations, mais la phobie sociale est beaucoup plus envahissante et intense [15]

1.5. la phobie spécifique

Un trouble de phobie spécifique est caractérisé par une anxiété intense lorsqu'une personne n'est exposée à une situation particulière ou à un objet spécifique qui n'est pas réellement dangereux au moment d'y être exposé. Être en présence de cet objet ou d'une situation provoque une réaction de fuite et la personne essaye d'éviter à tout prix le contact avec cette source d'angoisse.

La réaction est difficilement contrôlable, parfois même impossible à contrôler, excessive et n'est pas rationnelle.

La réaction à l'objet qui cause la peur provoque parfois des attaques de panique. La personne qui souffre de la phobie simple fait un effort pour ne pas venir en contact avec ce qui lui fait peur. Elle peut, par exemple, éviter de voyager à cause de sa peur des avions.

Ainsi, la phobie nuit à la qualité de vie de la personne qui s'empêche de faire certaines activités [12].

Il existe plusieurs types de phobies spécifiques. Elles peuvent être de type :

- **Animal/insecte** : Peur des chevaux, des papillons, etc. ;
- **Environnement naturel** : Peur du tonnerre, des hauteurs, de l'eau ;
- **Situationnel** : Peur des ascenseurs, avions, etc. ;
- **Sang/injection/accident** : Peur des blessures, des seringues, etc.;
- **Sexualité** : Certaines personnes, notamment à l'adolescence, peuvent avoir des phobies liées à la sexualité.

1.6. mutisme sélectif :

Le mutisme sélectif est un trouble anxieux relativement rare. Les enfants qui en sont atteints peuvent être bavards à la maison, mais ils sont incapables de parler dans des environnements publics comme l'école. On interprète souvent à tort leur comportement comme une incapacité ou comme un refus délibéré de parler [16].

Le mutisme sélectif est une forme d'anxiété sociale bien plus forte que de la simple timidité ; il s'agit d'une incapacité à parler, qui paralyse et qui influe sur la vie et le développement de l'enfant.

Certains enfants parviennent à vaincre leur mutisme sélectif sans traitement, mais ils risquent avant cela d'endurer des années de souffrance, de ne pas profiter des activités appropriées à leur âge et de se développer plus difficilement [16].

1.7. Anxiété de séparation

L'anxiété de séparation est une émotion normale chez l'enfant entre l'âge de 8 et de 24 mois ; elle disparaît généralement lorsque l'enfant développe la notion de permanence de l'objet et quand il comprend que ses parents reviendront.

Chez certains enfants, l'angoisse de séparation persiste au-delà de cette période ou récidive plus tard ; elle peut être suffisamment grave pour être considérée comme un trouble. L'anxiété de séparation se manifeste souvent chez les jeunes enfants et elle est rare après la puberté [17].

1.8. trouble anxieux induit par une substance / médicament

Les attaques de panique ou l'anxiété sont au premier plan du tableau clinique.

L'anamnèse l'examen clinique et paraclinique mettent en évidence l'apparition des AT et de l'anxiété après une intoxication ou un sevrage d'une substance ou une exposition à un médicament, avec l'absence d'un état confusionnel.

Ces troubles anxieux entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines important [14].

1.9. Trouble anxieux dû à une affection médicale

Les attaques de panique ou l'anxiété sont au premier plan du tableau clinique.

L'anamnèse l'examen clinique et paraclinique montrent que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale. Cette perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental. Elle ne survient pas exclusivement au cours d'un état confusionnel

Ces troubles anxieux entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants [14].

1.10. Autre trouble anxieux spécifié

Cette catégorie s'applique aux présentations cliniques dans lesquelles les symptômes caractéristiques d'un trouble anxieux entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines important prédominant mais ne remplissent complètement les critères d'aucun trouble de la classe des troubles anxieux [14].

1.11. Trouble anxieux non spécifié

Cette catégorie s'applique aux présentations cliniques dans lesquelles les symptômes caractéristiques d'un trouble anxieux entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants prédominant mais ne remplissent pas complètement les critères d'un trouble de la classe des troubles anxieux. La catégorie trouble anxieux non spécifié est utilisée pour les situations dans lesquelles le clinicien choisit de ne pas préciser la raison particulière pour laquelle la présentation clinique ne répond pas à un trouble anxieux spécifique, et comprend les présentations cliniques dans lesquelles les informations sont insuffisantes pour poser un diagnostic spécifique [14].

Tableau 2 les définitions des troubles anxieux extraites des classifications internationales (CIM 10 et DSM V)

DSM V	CIM 10
Le trouble d'anxiété générale	
Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois et concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires)	Anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement ni même de façon préférentielle dans une situation déterminée.
le trouble panique avec ou sans agoraphobie	
Il associe les critères suivants : Attaques de panique récurrentes et inattendues Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants : Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique Préoccupations à propos des implications possible de l'attaque ou bien de ses conséquences par exemple perdre le contrôle avoir une crise cardiaque devenir fou Changement de comportement important en relation avec les attaques	Attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaque de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est, de ce fait, imprévisible.
le trouble d'anxiété sociale phobie sociale	
Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance pendant lesquelles le sujet est en contact avec les gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui .le sujet craint d'agir ou de montrer des symptômes anxieux de façon embarrassante ou humiliante.	Crainte d'être dévisagé par d'autres personnes entraînant un évitement des situations d'interaction social. elle peut s'accompagner d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critique.
la phobie spécifique	
Peur persistante et intense de caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifiques par exemple prendre l'avion les hauteurs les animaux avoir une injection, voir du sang. Il existe de nombreuses phobies spécifiques dont certaines peuvent devenir très invalidantes selon le contexte familial social ou professionnel ascenseur conduite automobile animaux transport sang et blessures piqures etc.	Phobies limitées a des situations très spécifiques comme la proximité de certains animaux ,les endroits élevés , les orages ,l'obscurité ,les voyages en avion ,les espaces clos ,l'utilisation des toilettes publiques , la prise de certains aliments , les soins dentaires , le sang ou les blessures , bien que limitée , la situation phobogène peut déclencher quand le sujet y est exposé un de panique comme dans l agoraphobie ou la phobie sociale.

2 – le trouble obsessionnel compulsif

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC), longtemps considéré comme une pathologie rare, a en fait une prévalence non négligeable. Cette mise en évidence est probablement en partie le fait de sa médiatisation. Ceci a incité les patients atteints à ne plus cacher leurs troubles, comme ce fut longtemps le cas [17].

Le trouble obsessionnel–compulsif est une maladie caractérisée par la présence d'obsessions (idées, images ou impulsions qui s'imposent à la conscience de façon répétitive et irrésistible suscitant énormément d'anxiété ou de détresse), accompagnées ou non de compulsions (comportements répétitifs accomplis, réellement ou en pensée, par la personne atteinte pour réduire la tension intérieure engendrée par les obsessions).

Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou elles interfèrent de façon significative avec les activités habituelles de la personne, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

Tableau 3 les obsessions typiques / compulsions typiques

Les obsessions typiques	Les compulsions typiques
<ul style="list-style-type: none">• La peur d'être contaminé• Le doute et des pensées d'ordre sexuel ou religieux• La peur des microbes• La peur de se blesser• La préoccupation de la sécurité d'autrui• La peur de commettre des actes scandaleux	<ul style="list-style-type: none">• La propreté excessive• Le classement• Le dénombrement• La répétition sans cesse d un mot• Le besoin de toucher• Le besoin de vérifier plusieurs fois• Le collectionnisme

La personne qui souffre de TOC a conscience de l'absurdité de ses pensées et/ou de son comportement, mais, sans aide, elle ne parvient pas à s'en départir. Ces idées et/ou ces comportements sont incontrôlables [18].

2. État de stress post traumatique

Parmi les conséquences psychopathologiques dont peut souffrir une personne confrontée à un événement au cours duquel sa vie ou son intégrité physique ou encore celles d'autrui sont menacées ; l'état de stress post traumatique (ESPT) représente une ; modalité évolutive souvent sévère [20].

Il s'agit d'un trouble anxieux qui apparaît à la suite d'un événement traumatique qui a éventuellement exposé à la mort. La personne qui présente un stress post-traumatique peut être la victime elle-même de l'événement ou le témoin d'une catastrophe ayant concerné de nombreuses victimes [19].

L'état de stress post traumatique (ESPT) est un trouble relativement fréquent. Il se caractérise par trois groupes de symptôme :

- la reviviscence.
- conduites d'évitement / anesthésie émotionnelle.
- Les signes d'hypertonies neurovégétatives (SHNV) qui reflètent des difficultés à réguler le retentissement émotionnel du traumatisme psychique ainsi que les souvenirs qui lui sont attachés. [20].

IV. L'ANXIÉTÉ OPÉRATOIRE

Définition de Larousse :

D'après l'encyclopédie Larousse, l'anxiété se définit comme « une vive inquiétude née de l'incertitude d'une situation de l'appréhension d'un événement [21].

C'est un désarroi psychique ressenti face à un danger indéterminé et imminent s'accompagnant par un sentiment d'insécurité [22]>>.

1 -Caractéristiques descriptives de l'anxiété opératoire

L'anxiété opératoire est définie comme étant un malaise physique et psychologique en lien avec une intervention chirurgicale. Il ne s'agit pas nécessairement de peurs précises ou spécifiques mais plutôt d'une sensation de malaise, une réaction de stress, qui peut rester confuse ou porter sur différents aspects de l'hospitalisation.

L'anxiété opératoire constitue un phénomène majeur, perceptible dans ses nombreux symptômes somatiques et ses manifestations psychologiques, ainsi qu'à travers son impact important sur l'état de santé du patient opéré et sur l'ensemble de l'acte chirurgical et ses suites.

Lorsqu'elle est d'intensité faible à modérée, c'est une réponse adaptée à une situation potentiellement anxiogène. Lorsqu'elle est intense, elle peut remplir les critères d'un trouble psychopathologique [23].

2- l'anxiété pré opératoire

L'anxiété est un sentiment pénible d'attente, et sa présence signale que nous craignons quelque chose dans la situation actuelle ou dans une situation à venir, que quelque chose nous tracasse.

Mais au-delà des subtilités sémantiques, il faut faire la distinction entre deux types d'anxiété: l'anxiété de personnalité qui constitue un trait permanent de caractère psychique d'un individu, et l'anxiété situationnelle liée à une situation précise dans laquelle se trouve cet individu, tel le patient arrivant au bloc.

L'anxiété pré opératoire, qui nous préoccupe ici, est donc forme d'anxiété situationnelle. D'après le psychologue DANIEL REPELIN, << l'anxiété pré opératoire est une réaction normale, une mobilisation des défenses de quelqu'un qui se prépare psychologiquement >> [24].

En effet DANIEL LARIVEY ajoute qu'il << est normal pour un être humain d'avoir des préoccupations et des émotions >> [25].

Dans la vie nous sommes continuellement touchés par des choses qui nous importent. Cela donne lieu à des émotions et peut générer de l'anxiété.

Une anxiété faible ou modérée paraît même souhaitable pour certains spécialistes ayant un effet positif sur le patient qui va au bloc opératoire quant au déroulement de l'acte anesthésique et de l'acte chirurgicale et de ses suites.

Ainsi HANS SELYE affirme qu'un niveau d'anxiété modéré avant une intervention chirurgicale est le meilleur gage de bon rétablissement physique et émotionnel post opératoire parce qu'il provoque chez l'individu un travail d'inquiétude constructive.

Cette inquiétude peut permettre une mobilisation des forces physiques et mentales (par exemple, l'élévation du rythme cardiaque et respiratoire permet de mieux oxygéner les muscles) c'est une réaction animale en préparation à la fuite ou un combat à un danger.

Toutefois, l'anxiété pré opératoire, cette réaction normale qui peut avoir un seuil tolérable et même motivant, se manifeste à des degrés forts différents d'un patient à un autre et d'une situation à une autre. Elle peut également atteindre des niveaux alarmants.

De quels facteurs dépend donc cette anxiété ? Qu'est ce qui provoque son apparition en pré opératoire chez le patient ?



Figure 3 facteurs de l'anxiété préopératoire

3.L'anxiété per opératoire

C'est une anxiété omniprésente qui survient au cours de l'opération chirurgicale.

Le bloc opératoire représente un « rituel ». Il s'agit d'abord d'un rite de Séparation (quitter sa chambre, le sas, le brancard, avec un sentiment de peur quasi constant), puis d'un rite de marge (attente plus ou moins longue, et sentiment d'abandon), enfin d'un rite d'agrégation au nouveau monde (serrement de mains, paroles d'accueil, sentiment de sécurité).

Une fois au bloc opératoire, le patient arrive donc avec son vécu, ses peurs, ses angoisses, ses doutes.

L'expérience du bloc opératoire est parfois vécue non seulement comme une agression physique, mais comme une agression psychologique à cause de la nudité que l'on impose au malade en outre, et de sentiment d'impuissance et de passivité que ressent le patient candidat à l'acte opératoire.

L'anxiété au bloc opératoire peut être engendrée par plusieurs raisons dont les plus évidentes sont :

- l'inconnu
- L'anesthésie (peur de ne pas se réveiller)
- La douleur
- Les suites de la maladie ... [26]

4. L'anxiété post opératoire

De nombreuses manifestations psychiques, allant d'attitudes de régression à des syndromes confusionnels ou délirants, ont été décrites pendant la période post-opératoire.

De nombreux facteurs interviennent sur la constitution et l'aggravation de ces troubles. [27]

Parmi ces troubles, le patient peut se trouver en état d'anxiété qui peut aller d'un simple malaise psychique à une angoisse, agitation voire une agression non seulement en vers lui mais aussi en vers son entourage.

Dans toutes les étapes qui vont conduire au bloc opératoire, l'homme malade traverse des états contraignants et déroutants. Il se retrouve devant une situation qu'il ne peut fuir : il doit y faire face.

Le bloc opératoire est un milieu clos, protégé, un « sanctuaire », de haute technicité. On doit y respecter des règles (éthiques, déontologiques, hygiéniques, organisationnelles, etc.).

Alors qu'il est un lieu démythifié pour le personnel, le patient doit maîtriser son appréhension pour l'anesthésie, la chirurgie, ainsi que son angoisse à l'égard de ce lieu où la vie et la mort se côtoient si intimement [28].

V –LES OUTILS D’EVALUATION DE L’ANXIETE :

1 –EVALUATION DE L’ANXIETE :

Plusieurs outils d'évaluation liés à l'anxiété sont disponibles :

a–Questionnaire d’anxiété générale de Spielberger :

Charles Donald Spielberger , (1927 – 11 juin 2013) était un psychologue clinicien de la communauté bien connu pour son développement de l'inventaire anxieux des traits de caractère. En 1972, en tant que nouveau président de la Southeastern Psychological Association, il a nommé le groupe de travail sur le statut de la femme de l'organisation, présidé par Ellen Kimmel. [29] Spielberger est l'éditeur fondateur (1973–1976) de l'American Journal of Community Psychology [30], journal officiel de la division 27 (Psychologie communautaire) de l'American Psychological Association. Il était président de cette division en 1974–1975.

En 1982, il a remporté le prix de la division pour contributions exceptionnelles à la théorie et à la recherche en psychologie communautaire. Il était président de l'APA en 1991. Spielberger était auparavant président du département de psychologie de l'Université de Floride du Sud à Tampa, en Floride, et en 2012, il appartenait à un groupe de réflexion.

En 1987, Spielberger était l'un des psychologues principaux qui ont soutenu les efforts de David Pilon et de Scott Mesh dans leurs efforts pour former une association nationale d'étudiants diplômés. Spielberger a apporté son soutien et son aide dans cet effort aux côtés de Raymond D. Fowler, alors président de l'APA, Virginia Staudt Sexton (Université St. John's), Ellin Bloch (Division de psychothérapie) et Pierre Ritchie (Association canadienne de psychologie).

En 1988, ces efforts ont été couronnés de succès et l'Association américaine de psychologie des étudiants diplômés a été créée et s'épanouit 25 ans plus tard, avec plus de 30 000 membres

L'Échelle d'Anxiété-État évalue les sentiments

- d'appréhension,
- la tension,
- la nervosité
- l'inquiétude que le sujet ressent au moment de la situation anxiogène ou de la situation de compétition.

Ce questionnaire évalue votre anxiété dans la vie en générale, et se réfère à l'anxiété trait. C'est une disposition stable de la personnalité.

b-L 'inventaire d'anxiété état -trait (STAI)

L'Anxiété trait et anxiété état

Les concepts d'anxiété trait et d'anxiété état ont été introduits par Cattell & Cheier en 1961 et approfondis par Spielberger en 1966.

Les états de l'organisme sont temporaires et s'expriment par des réactions émotionnelles. Ils existent à un moment donné et ont un niveau d'intensité particulier.

Ils se caractérisent par des sentiments de tension, d'appréhension, de nervosité d'inquiétude et par l'activation du système nerveux autonome (sueur, pâleur, paumes des mains moites, tachycardie, souffle coupé).

Bien que les états de la personnalité soient « provisoires », ils peuvent réapparaître sous l'effet de stimulus appropriés et ils peuvent durer si les conditions inductrices persistent. En revanche, les traits de personnalité peuvent être conceptualisés comme des différences interindividuelles relativement durables dans

la tendance à percevoir l'environnement d'une certaine façon et à réagir ou se comporter de manière spécifique, ceci avec régularité, ce qui permet la prédiction.

Les traits de personnalité peuvent être définis comme des motifs. Ces motifs acquis durant l'enfance, existeraient à l'état latent et seraient réactivés de manière consistante par certains objets.

L'anxiété trait (T) se réfère à des différences interindividuelles stables à la propension à l'anxiété, c'est à dire à des différences dans la tendance à percevoir les situations aversives comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à de telles situations par une élévation des réactions d'anxiété –état (E)

L'anxiété trait peut aussi refléter des différences interindividuelles quant à la fréquence et à l'intensité des états anxieux passés et à venir. Plus le trait d'anxiété d'un individu est élevé, plus il est probable que ce sujet expérimente une augmentation de l'anxiété – état dans une situation menaçante.

L'inventaire d'anxiété état-trait (STAI)

Le « State Trait Inventory Anxiety » est très utilisé tant dans la pratique que dans la recherche clinique. Il comprend des échelles distinctes pour évaluer l'état (STAI forme Y-A) et le trait (STAI forme Y-B). Chacune des échelles comprend 20 propositions, l'échelle E pour évaluer ce que les sujets ressentent sur le moment, l'échelle T pour saisir ce que les sujets ressentent généralement.

Plus de 2000 études utilisant le STAI ont paru dans la littérature scientifique, dans des domaines aussi variés que: la médecine, les sciences de l'éducation, la psychologie clinique et les autres sciences sociale

L'Administration du STAI.

Le STAI est destiné à l'auto administration. Il peut être rempli individuellement ou en groupe. Le temps de passation n'est pas limité, mais en moyenne les étudiants mettent 6 minutes pour remplir l'échelle E et environ 10 minutes pour remplir les deux échelles.

Les instructions complètes pour la passation sont imprimées sur la feuille de réponse pour les deux échelles.

La Correction du STAI.

Chaque réponse à une proposition du questionnaire correspond à un score de 1 à 4. 1 indiquant le degré d'anxiété le plus faible, 4 le degré le plus fort. Quand le corrigé indique les notes dans l'ordre suivant: 1, 2, 3, 4 il s'agit d'une question exprimant l'anxiété, quand l'ordre est: 4, 3, 2, 1 il s'agit d'un item (proposition) exprimant l'absence d'anxiété. Les items exprimant la présence d'anxiété sont pour:

- l'échelle E, les propositions: 3-4-6-7-9-12-13-14-17-18
- l'échelle T, les propositions: 22-24-25-28-29-31-32-35-37

La correction des deux échelles est identique:

Pour obtenir les scores AE, on fait la somme des scores obtenus aux 20 questions de la page A, puis on l'inscrit dans la case E en haut et à droite de cette même page.

Pour le score à l'échelle AT, on fait la somme des scores obtenus aux 20 questions de la page B, puis on l'inscrit dans la case T en haut de la page A.

En général les scores varient entre 20 et 80.

Si le sujet n'a pas répondu à une ou deux des questions, il est possible sans altérer la validité de l'inventaire d'établir le score probable qu'il aurait obtenu si il avait répondu en faisant une simple règle de trois :

Score sur 18 ou 19 propositions * 20 / 18 ou 19

Les Normes françaises

Les scores obtenus sur les différents groupes de sujets français sont pour l'échelle AE compris entre 20 et 80, et pour l'échelle AT entre 21 et 77. La note obtenue par un sujet fournit une indication relative sur les échelles d'anxiété E et T en comparaison d'un groupe de référence.

On peut classer les notes en cinq niveaux : supérieur à 65 (très élevée), de 56 à 65 (élevée), 46 à 55 (moyen), 36 à 45 (faible), inférieur à 35 (très faible) Les notes de 46 à 55 sont considérées comme les notes limite de la zone moyenne.

Le Compte-rendu

Le compte-rendu comprendra, la feuille de passation et une double page sur laquelle figureront:

- le titre du TD,
- une courte introduction sur le STAI,
- le principe des tests psychométriques,
- les résultats (scores) obtenus aux deux échelles E et T
- la comparaison des scores obtenus aux échelles E et T
- la comparaison de ces scores aux normes françaises
- conclusions.

Sur chaque feuille du compte-rendu figureront en haut et à gauche les noms et prénoms du binôme. Les feuilles du compte-rendu devront être impérativement agrafées.

Les comptes rendus qui ne répondront pas à ces normes ne seront pas acceptés.

PARTIE PRATIQUE

VI –Étude de l'anxiété en pré et en post opératoire au sein de service de chirurgie traumatologie et orthopédique a l HMMI à Meknès :

1 Objectifs du travail :

Ce travail a pour objectifs :

- Comparer le degré de l'anxiété en pré et en post opératoire.
- Étudier de certains facteurs de risque qui peuvent être anxiogènes (âge, sexe, l'anesthésie ...) et déterminer certains facteurs protecteurs.
- Relever les conditions psycho-sociaux de l'hospitalisation qui peuvent avoir un impact sur L'anxiété opératoire.

2 Matériel et méthode :

2 -1. Type et lieu, période de l'étude :

- C'est une étude descriptive et transversale réalisée au sein de service de chirurgie orthopédique et traumatologique à l'Hôpital Militaire Moulay Ismaël de Meknès durant les mois (janvier, février, mars, avril) de l'année 2019.

2-2 Population :

- Nous avons ciblé tous les patients(es) ayant plus de 16 ans et qui ont été victime d'un traumatisme avec fracture.
- Ils ont tous répondu à l'auto-questionnaire (La fiche d'exploitation sociodémographique de l'anxiété en pré et en post opératoire) de façon anonyme, et aux échelles (le questionnaire d'anxiété générale de Spielberger) et le STAI -E.

2-3 Recueils des données :

- Nous avons réalisé cette étude à l'aide de questionnaires anonymes (fiche d'exploitation sociodémographique), le questionnaire d'anxiété générale de Spielberger et le STAI -E.
- Après leur accord, Les questions sont posées aux patients (es) par nous-mêmes, entre la phase pré opératoire et postopératoire.

2-4.Élaboration de la fiche d'exploitation socio démographique de l'anxiété :

- La fiche d'exploitation sociodémographique constituait le premier outil de recueil des données dans notre étude, compte tenu que c'est une fiche d'exploitation explicite et compte tenu de sa simplicité, et de son adaptation et de sa validité sur des populations d'âge moyen.
- La fiche d'exploitation sociodémographique a été réalisée par Monsieur le professeur (Alouane Rachid) professeur agrégée en psychiatrie du CHU de Fès.
- Elle est constituée de trois parties successives :
- La première partie est consacrée à l'identification des caractères socioprofessionnels (sexe, âge, niveau intellectuelle, situation matrimoniale ...)
- La seconde partie a pour but de qualifier le traumatisme (notion de polytraumatisme ou non, impact du traumatisme ...) de détailler les antécédents des patients.
- Et la troisième partie contient les informations à propos de déroulement de l'hospitalisation, et qui sont reparti en trois phases :

La phase pré -opératoire

La phase per -opératoire

La phase post- opératoire

2- 5.Élaboration du questionnaire générale de Spielberger :

- Le questionnaire d'anxiété générale de Spielberger constituait le deuxième moyen de recueil des données, il a pour but d'évaluer l'anxiété des patients dans la vie en général et se réfère à l'anxiété trait, qui est une disposition stable de la personnalité.
- Après avoir lu les énoncés, les patients questionnés ont coché la case appropriée de droite et qui correspond à ce qui leur convient généralement le mieux à la façon dont ils se sentent.
- Il n'existait ni bonnes ni mauvaises réponses.

2-5 Élaboration d'inventaire d'anxiété -état (STAI) :

Le STAI état constitue le troisième outil de recueil de données dans notre étude, il a été rempli individuellement en pré opératoire et en post opératoire.

2-6. Traitement des données :

- Les données de la fiche d'exploitation et des échelles ont été regroupées et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel sous un codage numérique, puis traitées par le logiciel SPSS v.20 qui nous a permis d'obtenir le résultat descriptif de la population étudiée. Rappelons que la détermination des différentes analyses a été faite à l'aide du logiciel XLSTAT (version2019).
- Les 100 cas enquêtés ont été validés.
- Les statistiques descriptives ont été utilisées afin d'explorer les caractéristiques de notre échantillon (moyennes et fréquences).
- Le QAGS nous a permis de définir deux catégories dans notre population
- Catégorie 1 : patients (es) anxieux
- Catégorie 2 : patients (es) non -anxieux

- En ce qui concerne l'échelle STAI -E, nous avons calculé le score global de chaque patient durant les deux phases pré et post opératoire en fonction des règles de cotation. (voir annexe 3)
- puis le score moyen, et la différence, ceci nous a permis de constater qu'il y a une différence négative.
- Autrement dit le STAI -E en pré opératoire est supérieur au STAI -E en post opératoire.
- L'ensemble des résultats de ces données nous a facilité de réaliser plusieurs corrélations afin d'analyser les éventuels objectifs de notre étude.

RÉSULTATS

3.1 Description de l'échantillon :

3.1.1 Interprétation des résultats de la fiche d'exploitation sociodémographique

a-Identification des caractéristiques socioprofessionnelles :

- **sexe**

- Nous avons constaté que la majorité des enquêteurs sont des hommes avec un pourcentage de l'ordre de 68 %.
- Soit un sexe ratio Hommes / Femmes de 2,12.

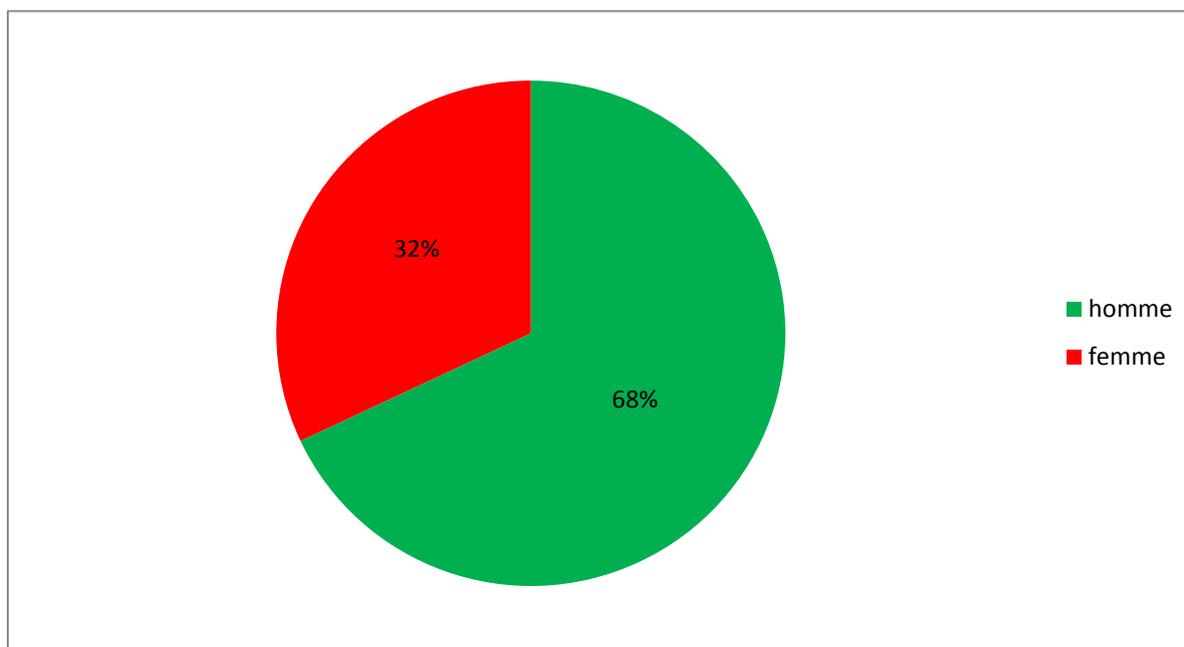


Figure 4 Répartition des participants selon leur sexe

-Age :

- La moyenne d'âge de l'échantillon est de **41,97** ans dont l'intervalle varie entre [16 – 78 ans], soit une moyenne de 41,73 ans pour les hommes, et de 42,46 ans pour les femmes.

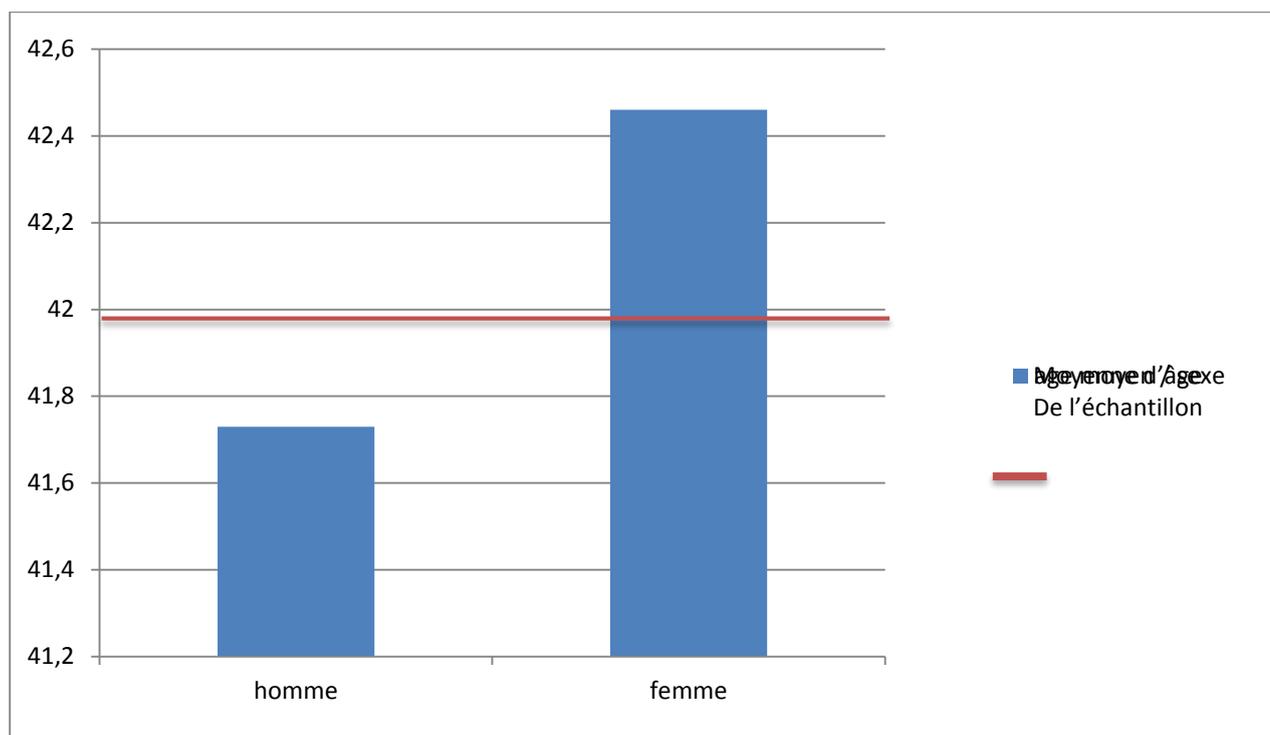


Figure 5 Répartition des participants selon leurs âges

- Niveau intellectuel :

- D'après la lecture de la figure au-dessous nous avons déduit que le NI le plus dominant est le collège avec un pourcentage de 30 %.
- Alors que la catégorie du NI dominé est la catégorie de l'analphabète avec un pourcentage de 12 %.

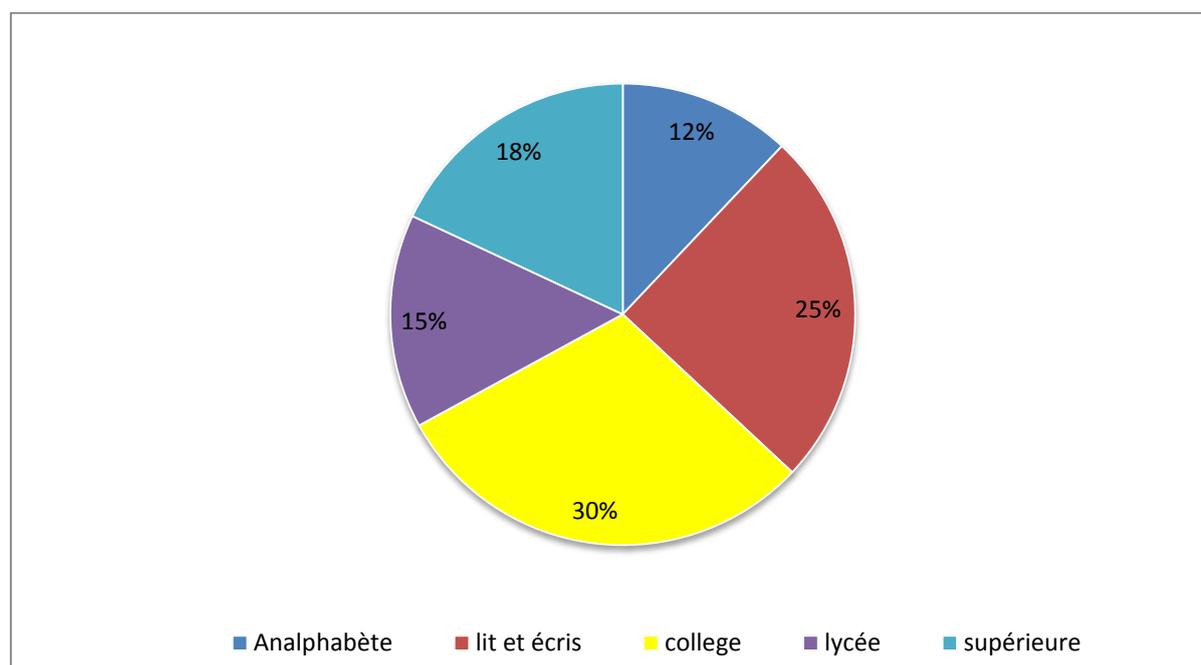


Figure 6 Répartition des participants selon leur NI

- Situation matrimoniale

- Parmi les 100 participants dans notre étude 72 sont mariés, les célibataires sont en nombre de 25 et seulement 3 veufs.
- En revanche nous avons constaté que tous les veufs et les mariés ont des enfants à l'exception de deux cas (deux mariés sans enfants)

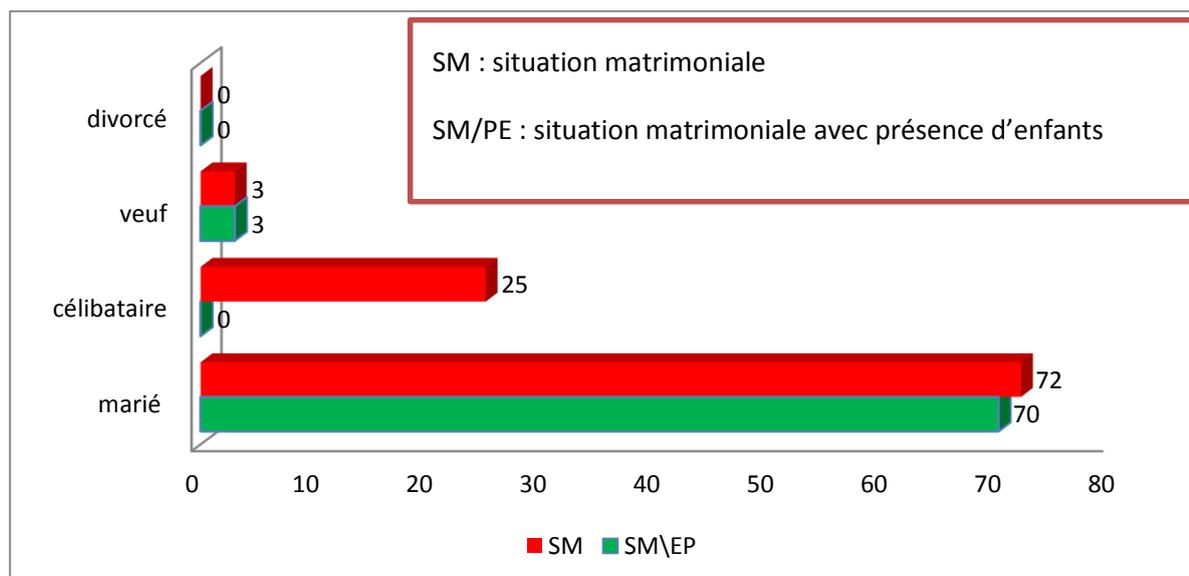


Figure 7 Répartition des participants selon leurs SM et présence enfants

-Profession

- Parmi les 100 cas enquêtés nous avons constaté que 37 hommes et 3 femmes sont actifs, En revanche 31 hommes et 29 femmes sont inactifs.
- Les patients en activité sont tous des **militaires**.
- Il faut noter que tous les patients bénéficient d'une **couverture sanitaire**.

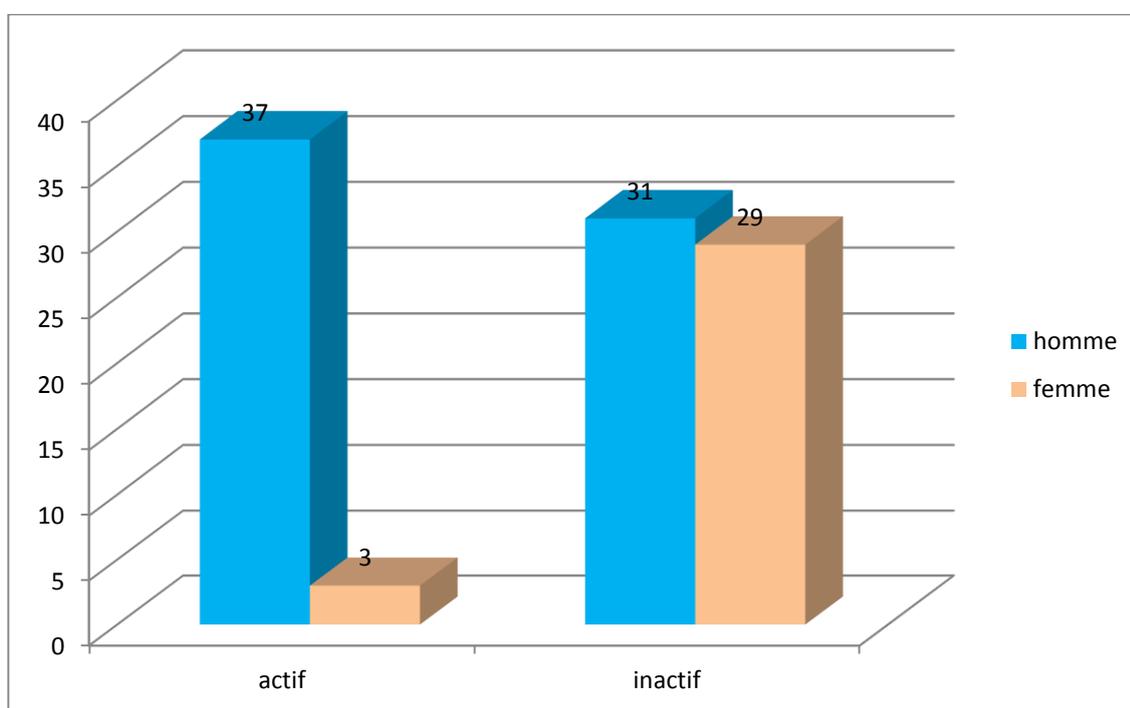


Figure 8 Répartition des participants selon leur profession

b-Qualification du traumatisme :**- Notion de polytraumatisme**

- Parmi les 100 cas questionnés la quasi-totalité ne présente pas un polytraumatisme avec un pourcentage qui se lève à 96 %.
- 4% ont eu un polytraumatisme.

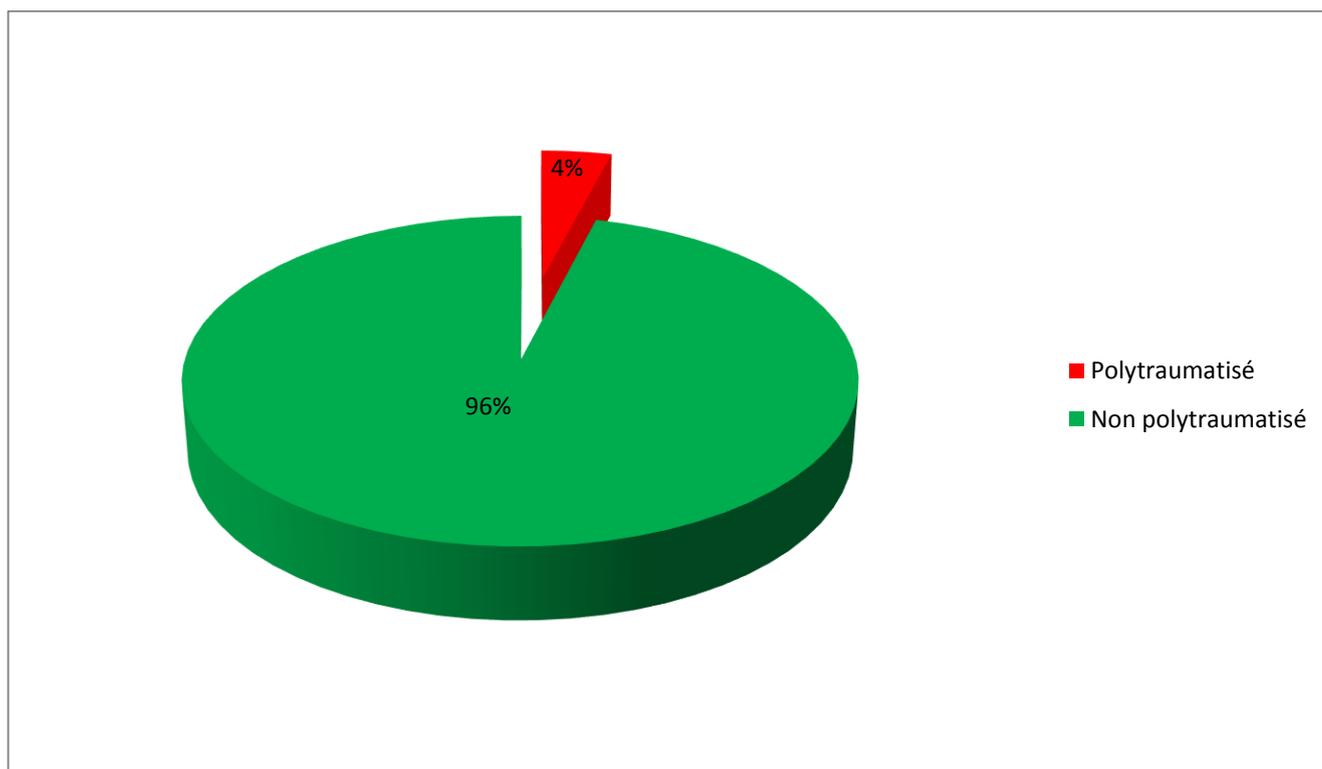


Figure 9 Répartition des patients en fonction de la notion de polytraumatisme

-Région anatomiques touchées

- Le diagramme au-dessous montre que 53 des patients ont été victime d'un traumatisme avec un point d'impact au niveau du membre supérieur et 47 au niveau du membre inférieur.

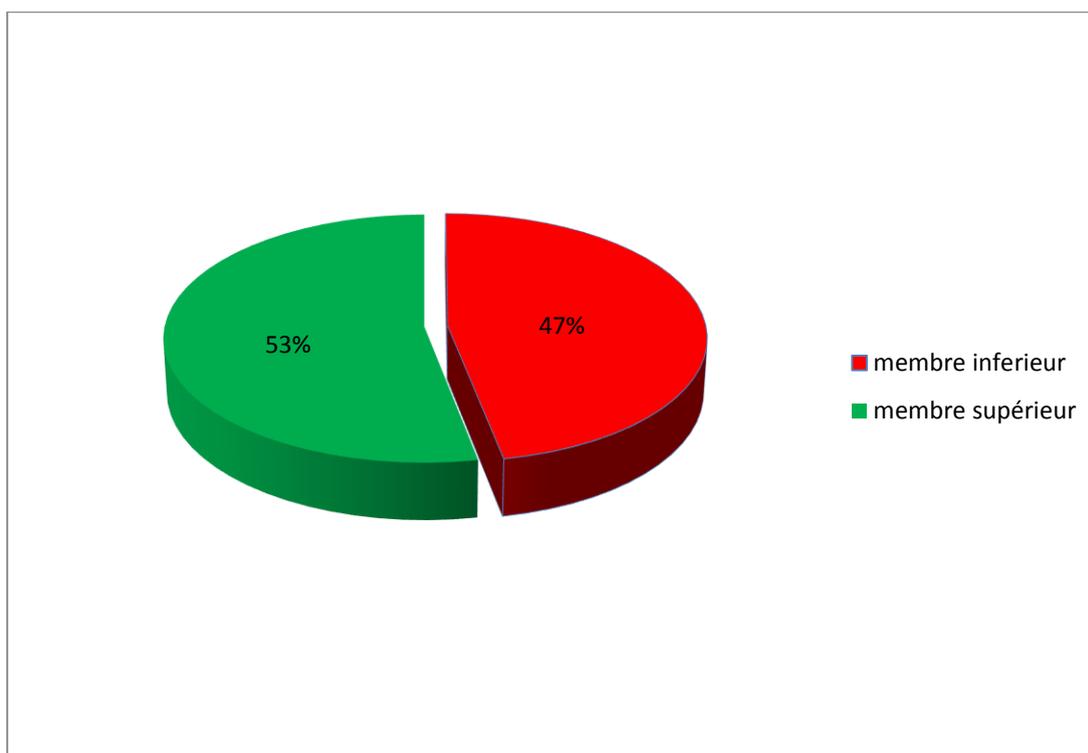


Figure 10 Pourcentage de la région anatomique touché par le traumatisme

-impact du traumatisme**• La douleur**

- Il semble que la douleur ressentie été intense aussi bien chez les hommes que chez les femmes

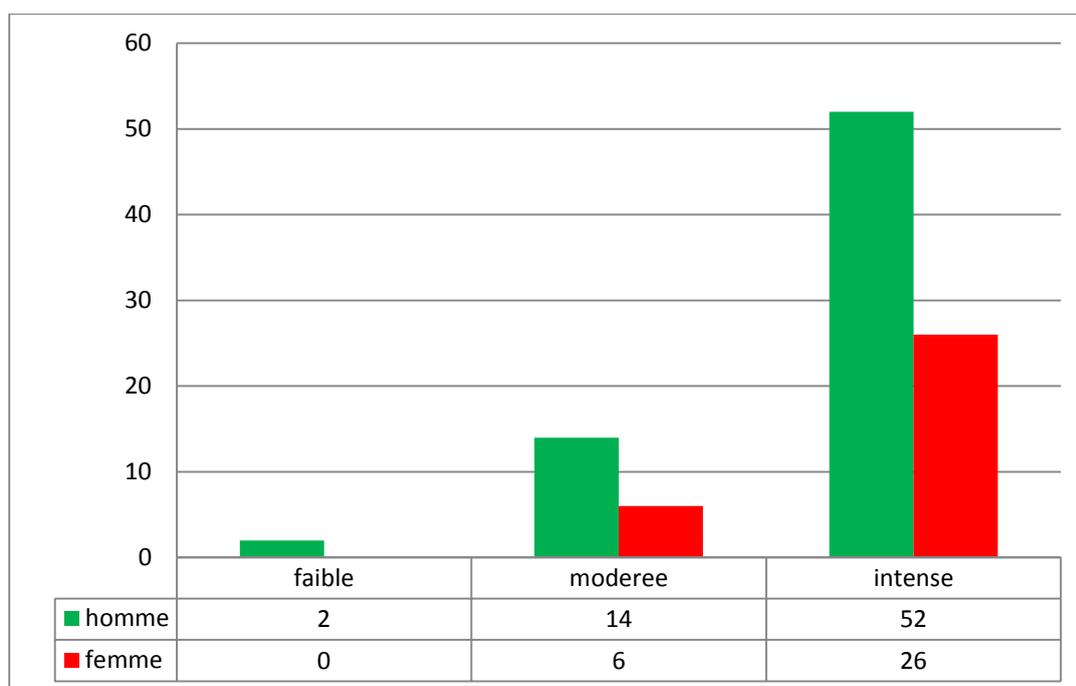


Figure 11 Distribution des participants selon l'intensité de la douleur ressentie immédiatement après le traumatisme

- **la prise de traitement antalgique**

- La douleur ressentit par les patients les a poussé à prendre un traitement antalgique de palier 1 sont de 54 %.
- 18% ont pris un traitement de palier 2
- 28 % se sont abstenus jusqu'à leur arrivés à l'hôpital.

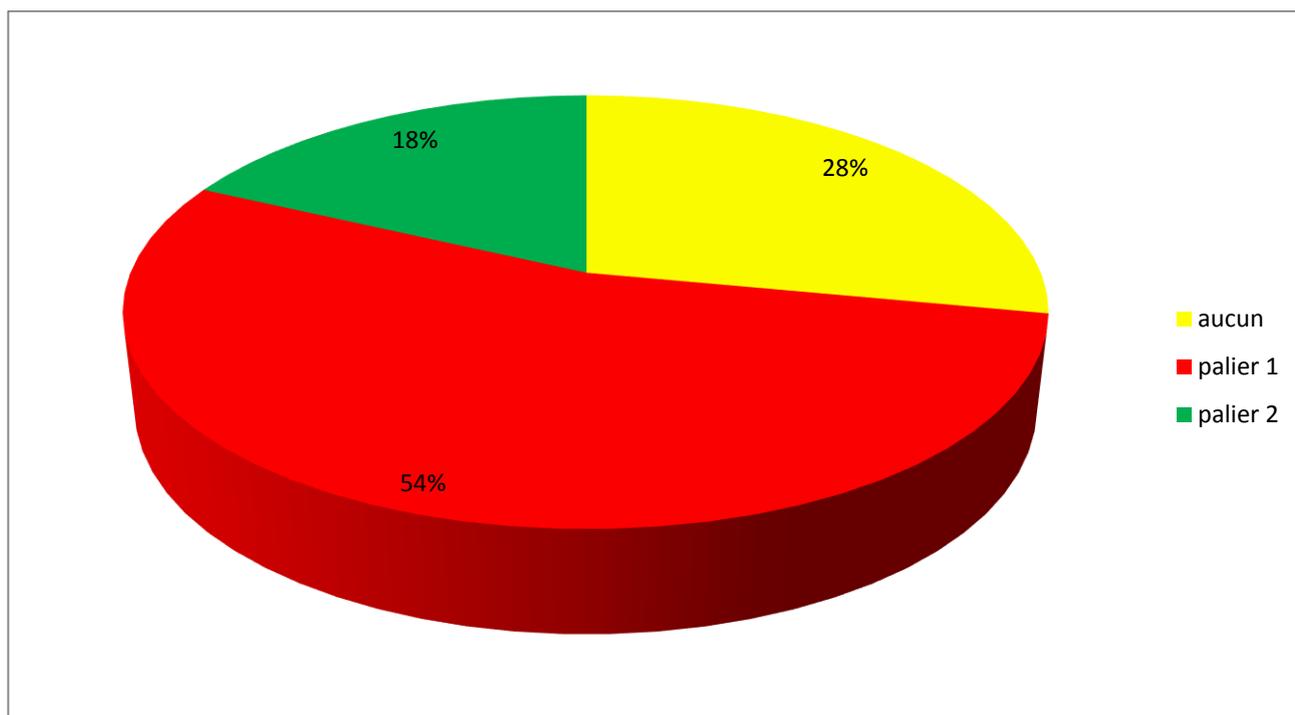


Figure 12 Répartitions des participants selon leur prise de traitement antalgique

- **Impotence fonctionnelle**

– Les patients questionnés ont présenté généralement une impotence fonctionnelle à l'exception de deux hommes.

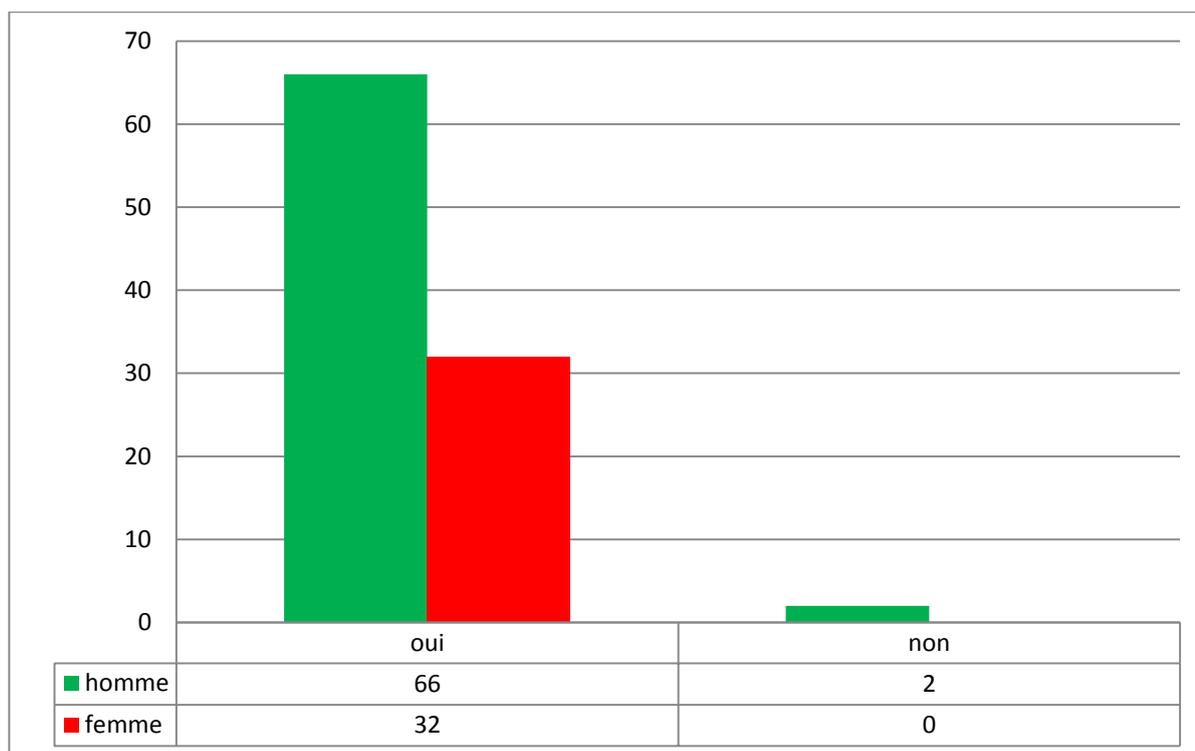


Figure 13 – Répartition des patients selon leur impotence fonctionnelle

-Les antécédents :

- **Antécédent de traumatisme physique**
 - 80 patients questionnés n'ont pas un antécédent de traumatisme physique.
 - 20 des patients ont eu un traumatisme physique dont les raisons sont multiples :
 - 80 patients suite à une chute accidentelle,
 - 20 patients suite à un AVP et 5 ont été victime d'une agression physique.

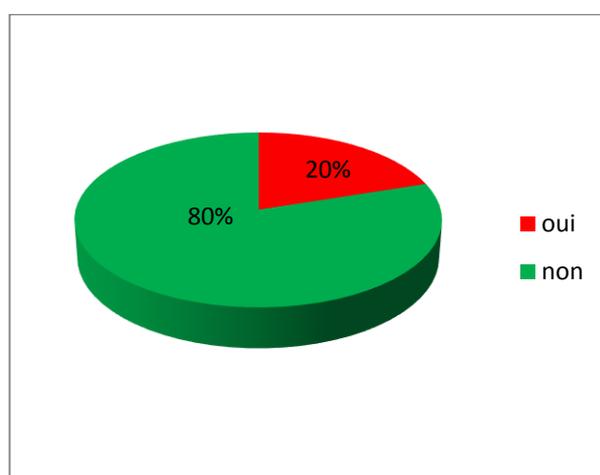


Figure 14 Répartition des patients selon la présence d'antécédent de traumatisme physique

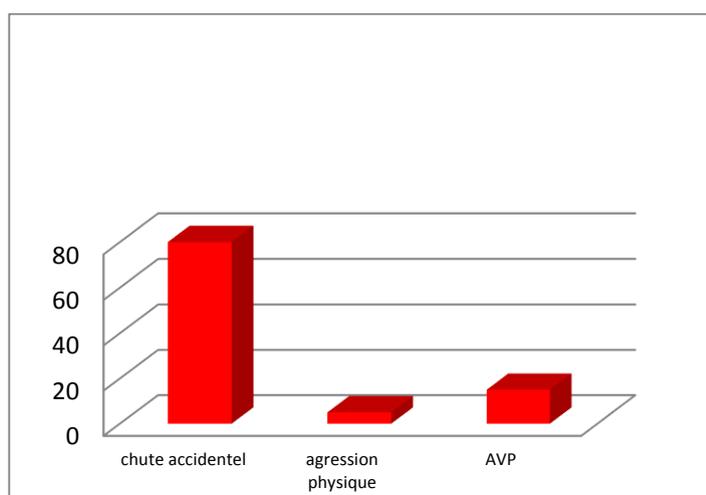


Figure 15 les différentes circonstances du traumatisme physique

- **Antécédent de chirurgie**

- Parmi les 100 cas enquêtés :

- 80 des patients enquêtés n'ont pas un antécédent de chirurgie
- 20 des patients ont d été déjà opéré.

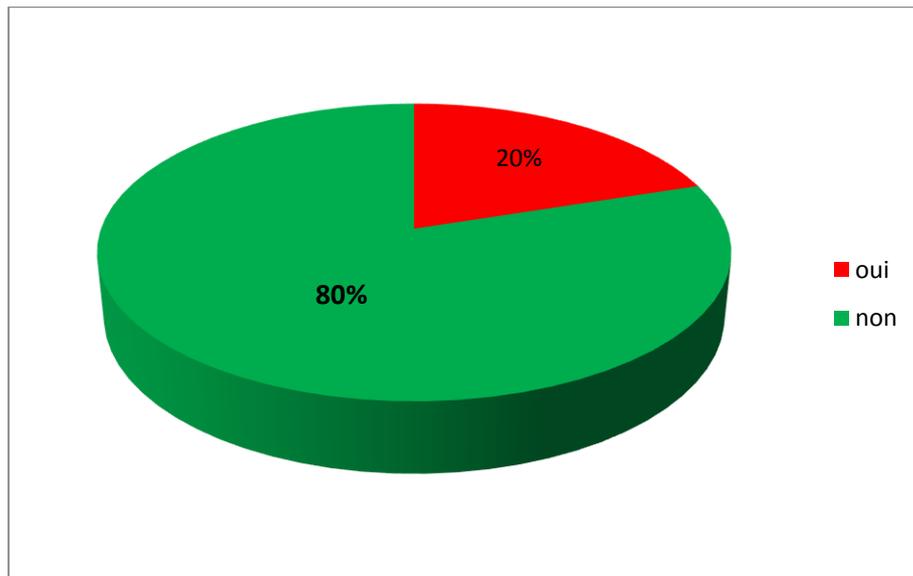


Figure 16 Répartition des patients selon leur antécédent chirurgical

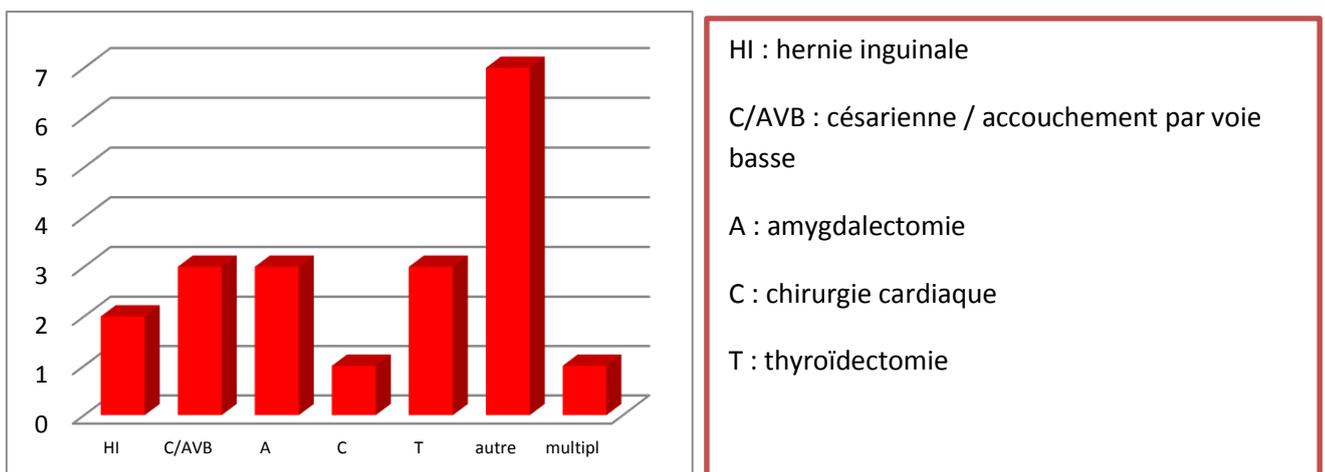


Figure 17 les différents types de chirurgie

- **Antécédent d'hospitalisation**

Parmi les 100 cas questionnés :

- 63 des patients n'ont pas un antécédent chirurgical
- 37 des patients ont eu un traumatisme chirurgical

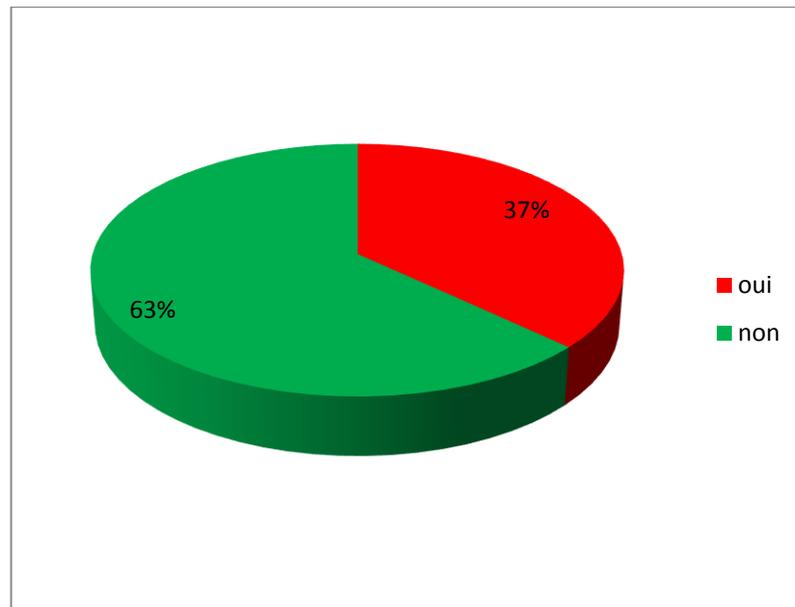


Figure 18 Répartition des patients selon l'antécédent d'hospitalisation

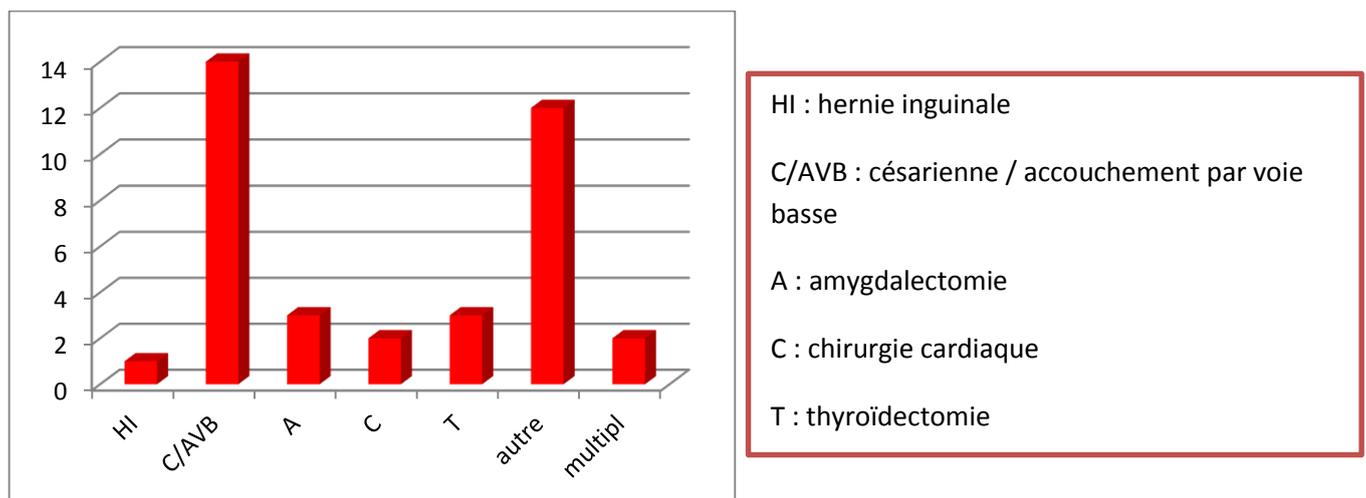


Figure 19 les différents motifs d'hospitalisation

- **Antécédent psychiatrique**

Parmi les 100 cas enquêtés :

6 patients sont suivis pour une pathologie psychiatrique contre 94 qui ne le sont pas.

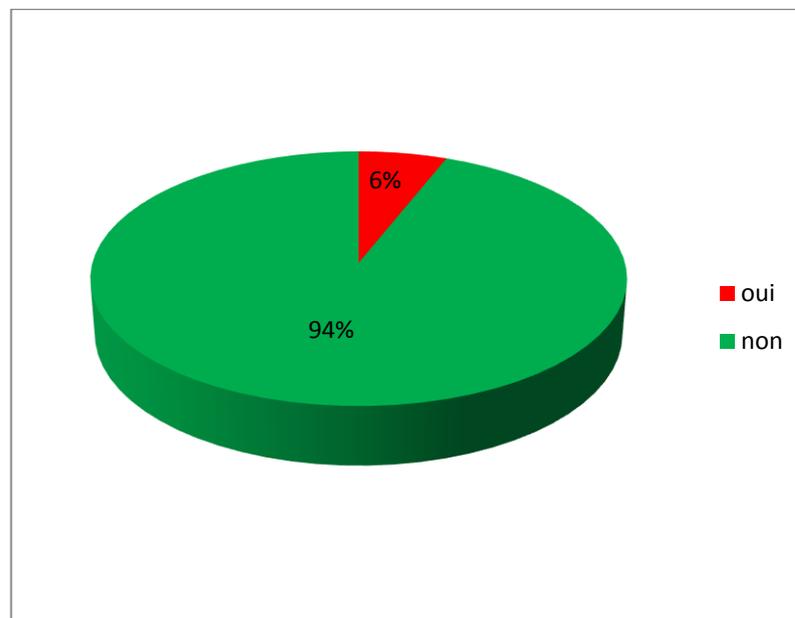


Figure 20 Répartition des patients selon leur antécédent psychiatrique

- **Antécédents rhumatologiques**

Parmi les 100 cas questionnés :

10 % sont suivis pour une affection rhumatologique.

90% n'ont pas de pathologie rhumatologique.

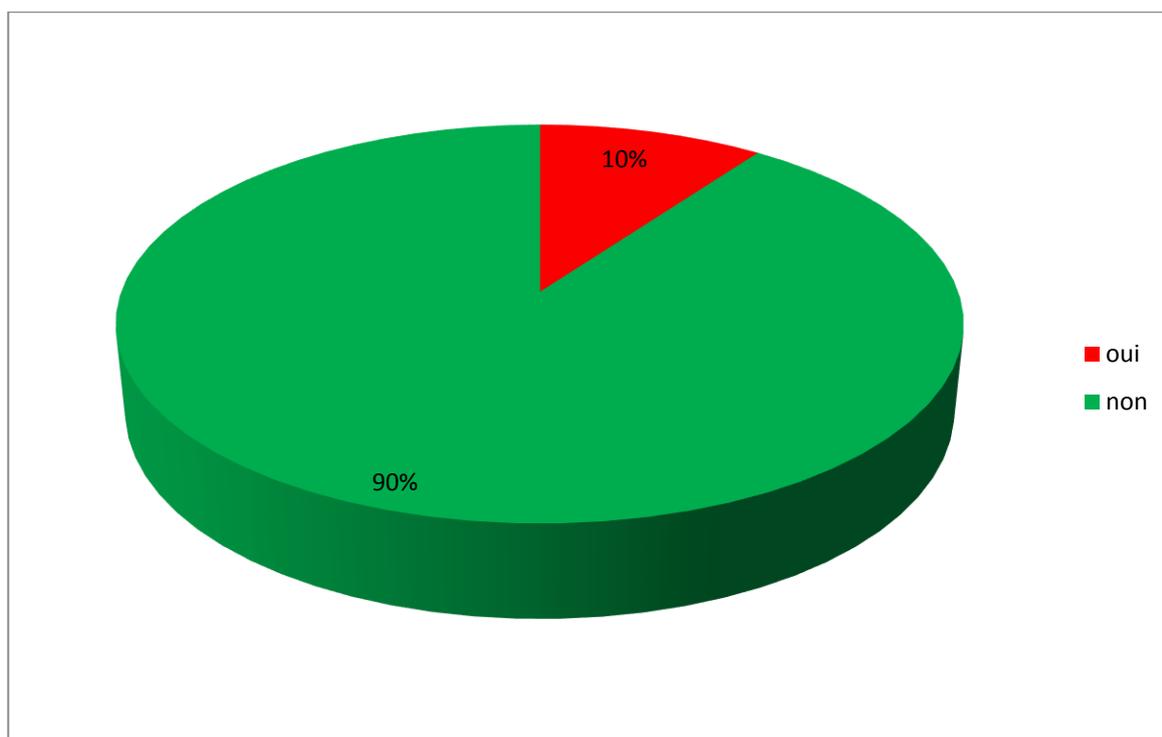


Figure 21 Répartition des patients selon leur antécédent rhumatologique

- **Antécédent autre pathologie :**

Parmi les 100 cas questionnés :

- 77% ne sont pas suivi pour une autre pathologie.
- 23% sont suivi pour une autre affection.

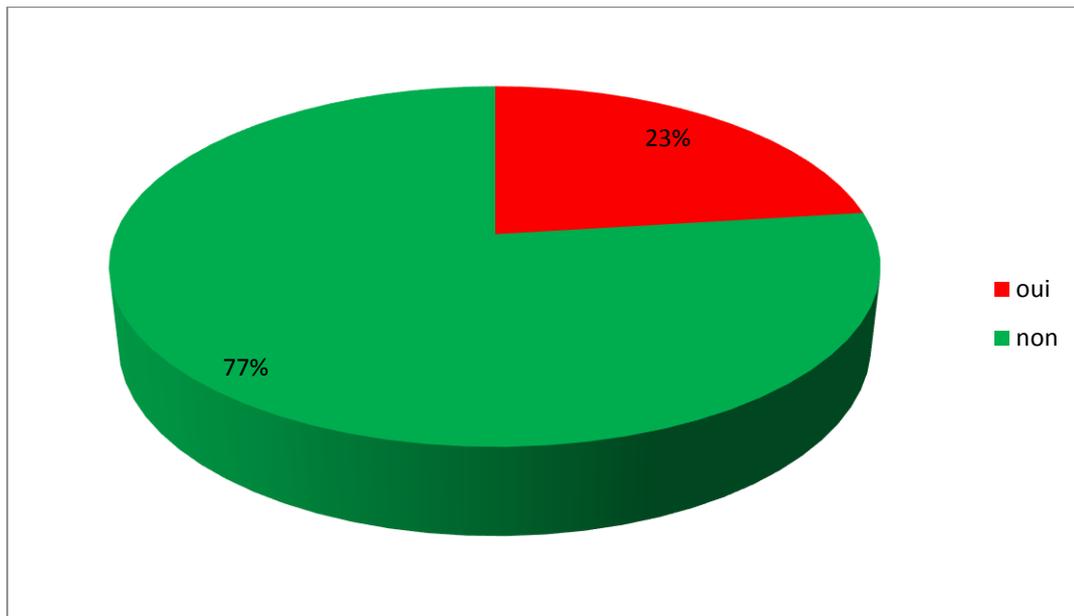


Figure 22 la Répartition des malades ayant d'autres antécédents pathologiques

Les pathologies les plus rencontrées sont : l'hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, et les néphropathies.

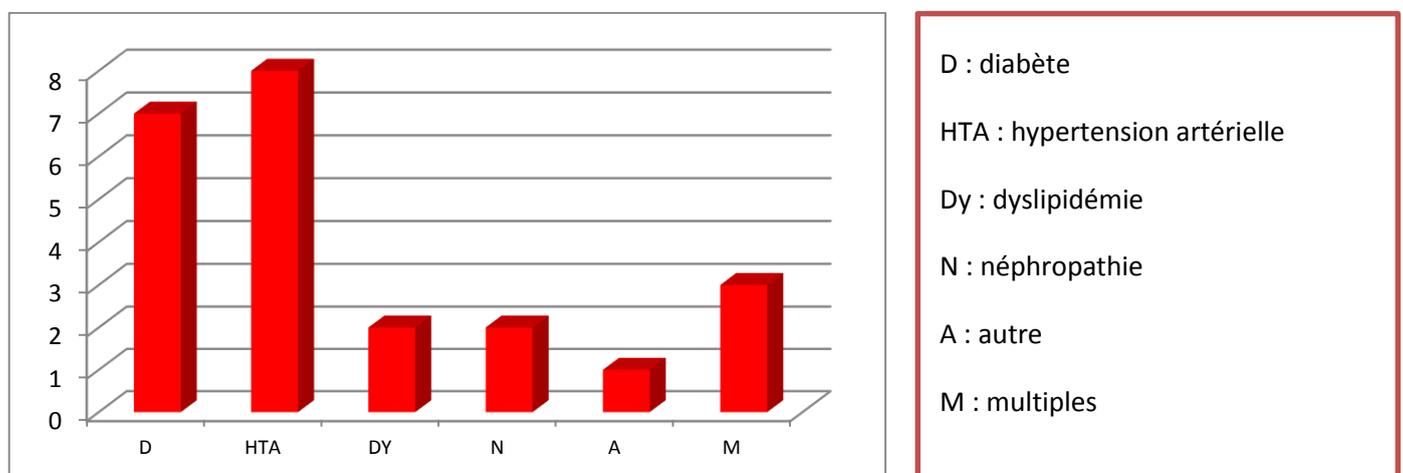


Figure 23 les pathologies rencontrées chez les patients questionnés

c-DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION

- avant L'acte chirurgical :
 - 90% des patients sont accompagnés d'un membre de leur famille contre seulement 10% qui n'ont pas d'accompagnement.

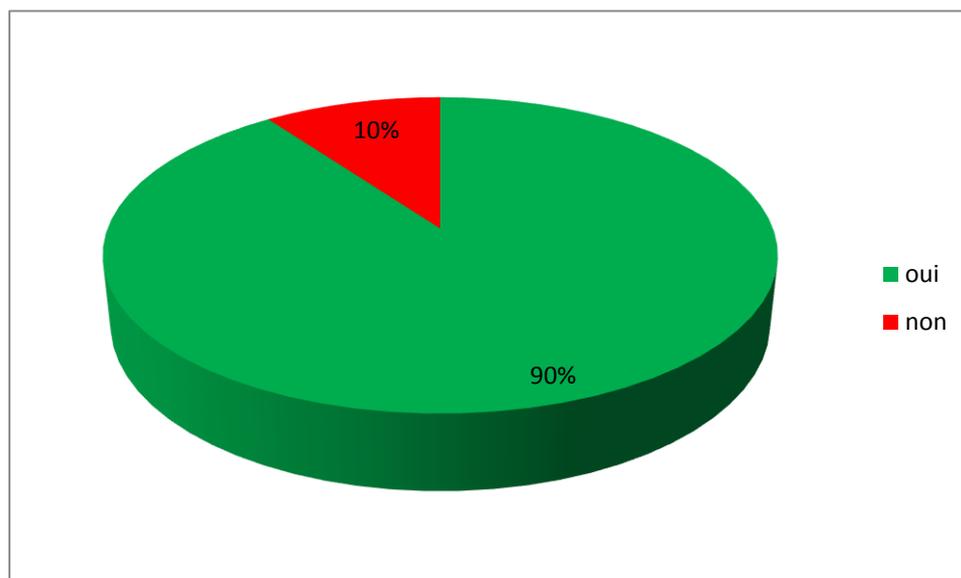


Figure 24 Les patients accompagnés au cours de leurs hospitalisation.

Il faut noter que la plupart des patients hospitalisés recevaient souvent des visiteurs

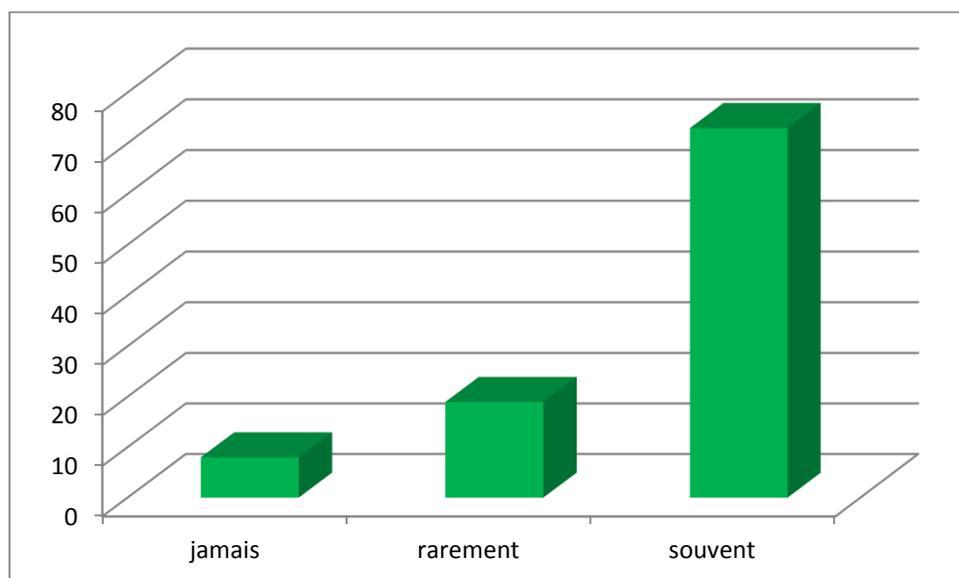


Figure 25 Répartition des malades en fonction de nombres des visiteurs

- **Moyen d'immobilisation**

Parmi les 100 cas questionnés :

52% ont bénéficié d'un moyen d'immobilisation type : attelle, bandage ...

48% n'ont pas bénéficié d'aucun moyen d'immobilisation.

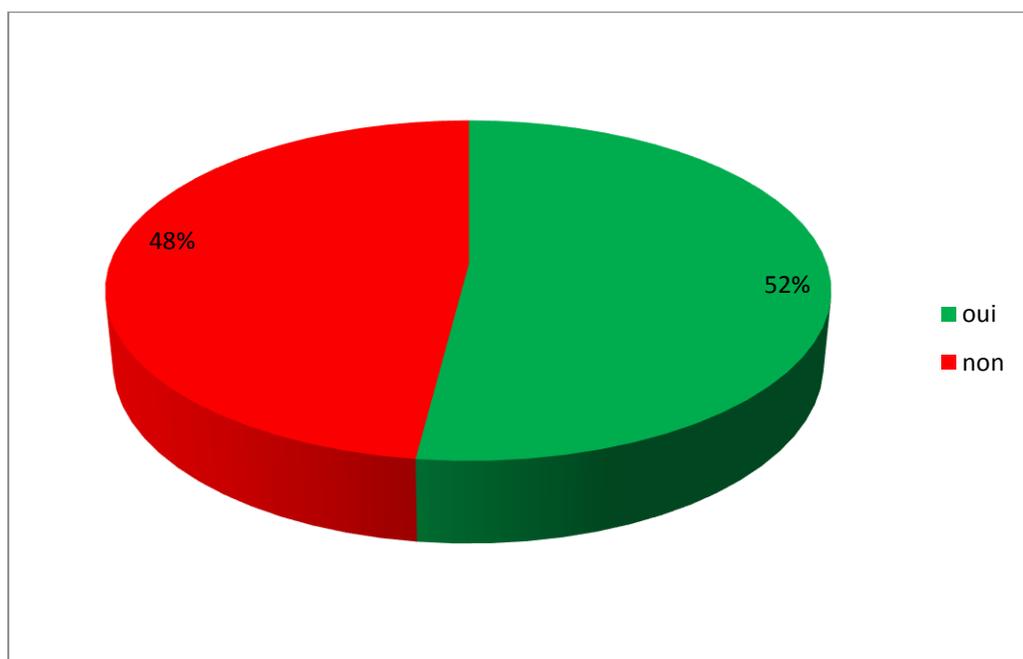


Figure 26 Répartition des malades selon l'existence ou non de moyen d'immobilisation

- **Evaluation De La Douleur :**

- L'échelle visuelle analogique est une échelle d'auto-évaluation de la douleur. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique.

On l'a utilisé en phase pré opératoire afin d'évaluer le degré de la douleur ressenti par les patients.

La description des résultats révèle que parmi les 100 cas questionnés :

- 51 ont une douleur très sévère
- 22 ont une douleur sévère
- 9 ont une douleur intolérable

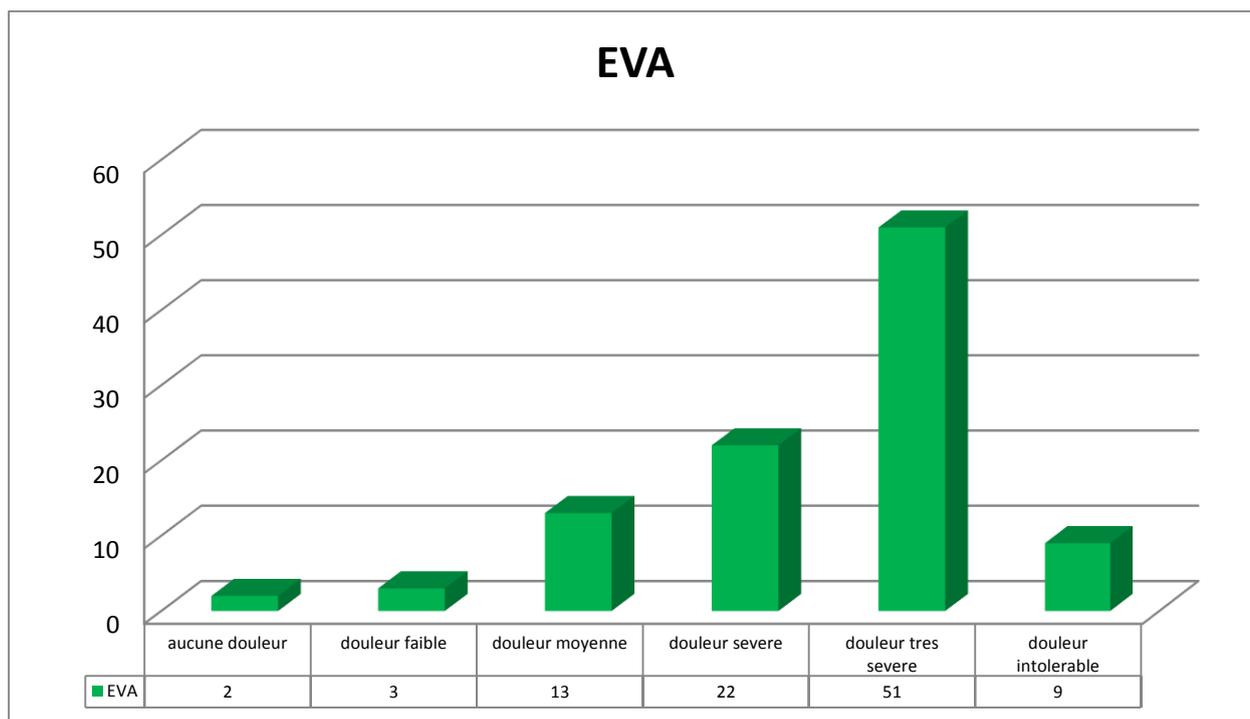


Figure 27 Résultats d EVA à la phase pré opératoire

- AU COURS DE L'ACTE OPERATOIRE :

- Durée d'hospitalisation avant l'acte opératoire(DHAA) :

La durée d'hospitalisation avant l'acte opératoire a été réparti selon trois intervalles :

- Avant 24 heures
- Une semaine
- Plus d'une semaine

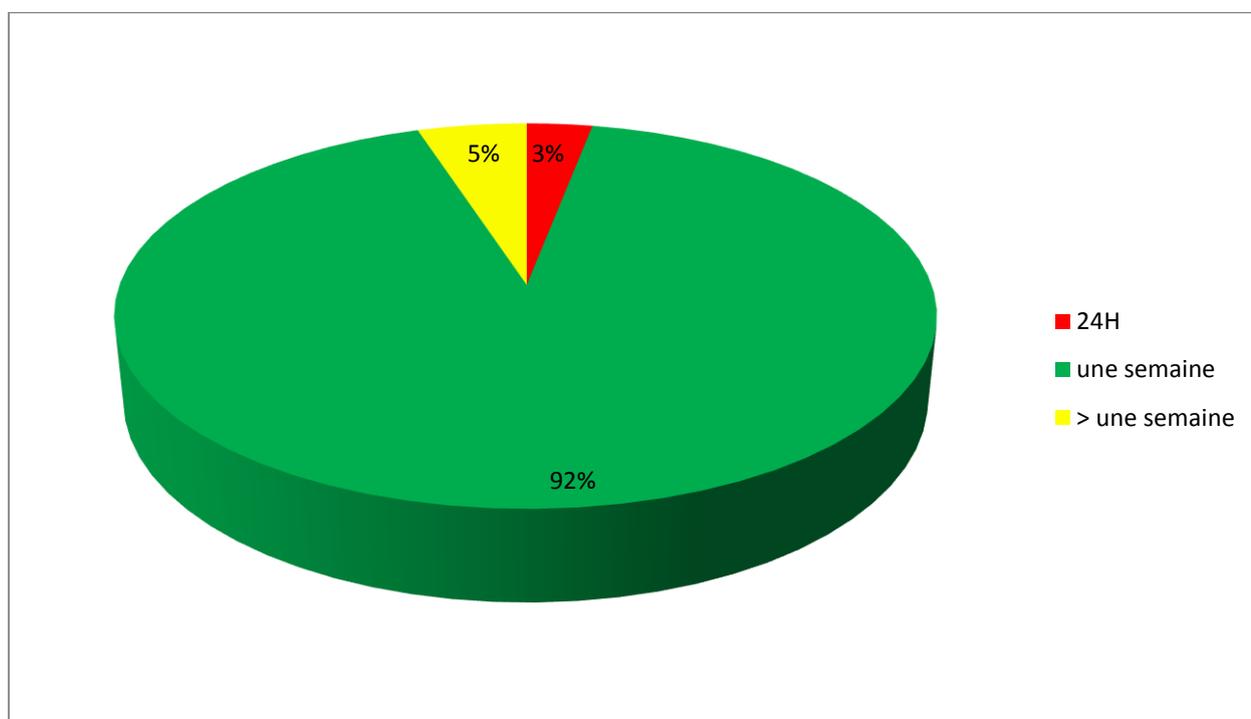


Figure 28 la durée d'hospitalisation avant l'acte opératoire

- Informations relative à l'acte opératoire

Parmi les 100 cas questionnés :

- 85% ont eu des informations relatives à leur acte opératoire
- 15% n'ont rien eu comme informations concernant leur acte opératoire

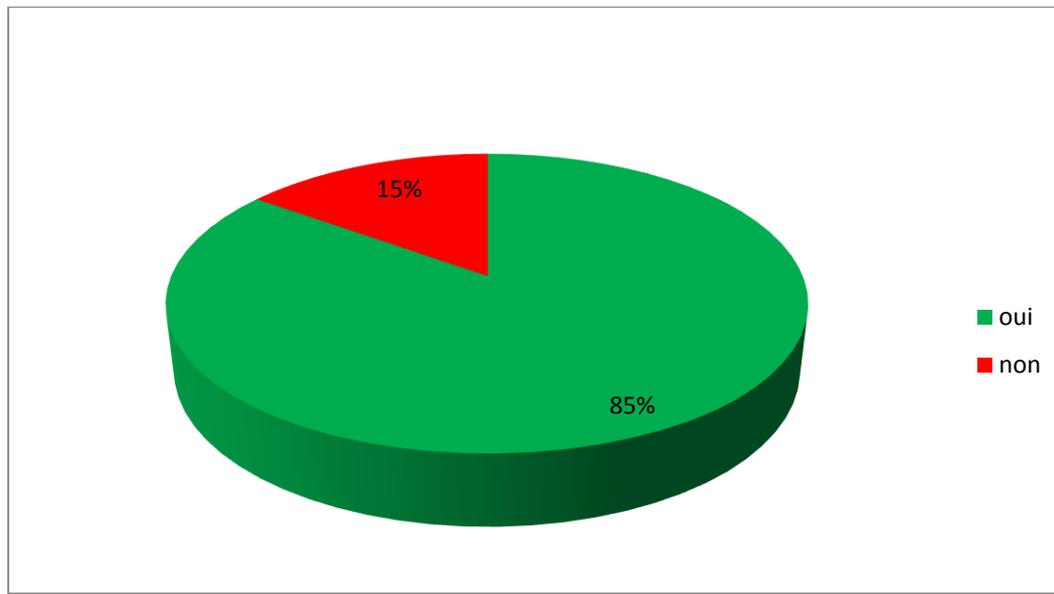


Figure 29 Répartition des malades selon l'information reçue avant l'acte opératoire

➤ La qualité des informations relative à l'acte opératoire :

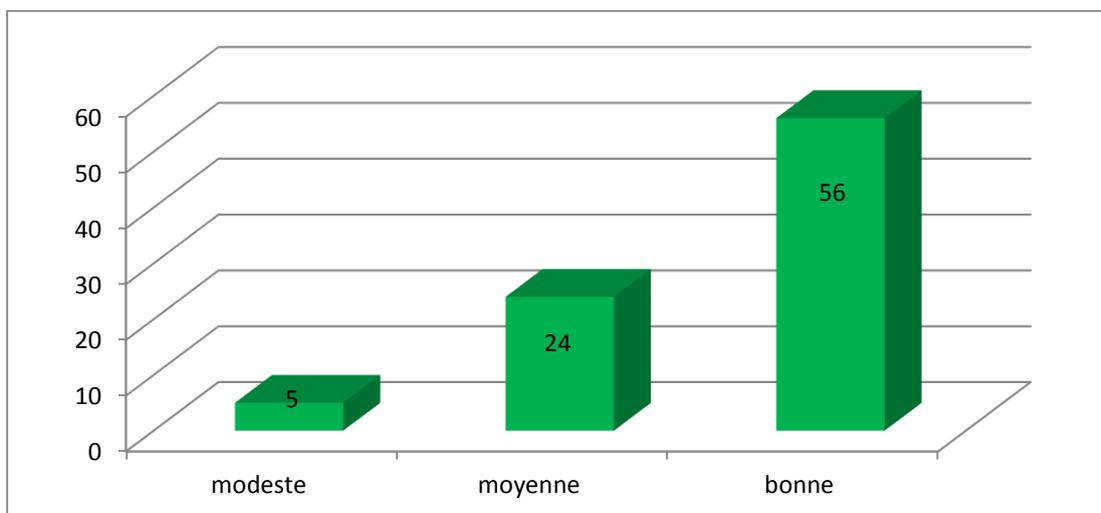


Figure 30 la qualité des informations relative à l'acte opératoire

- Au bloc
- Type d'anesthésie

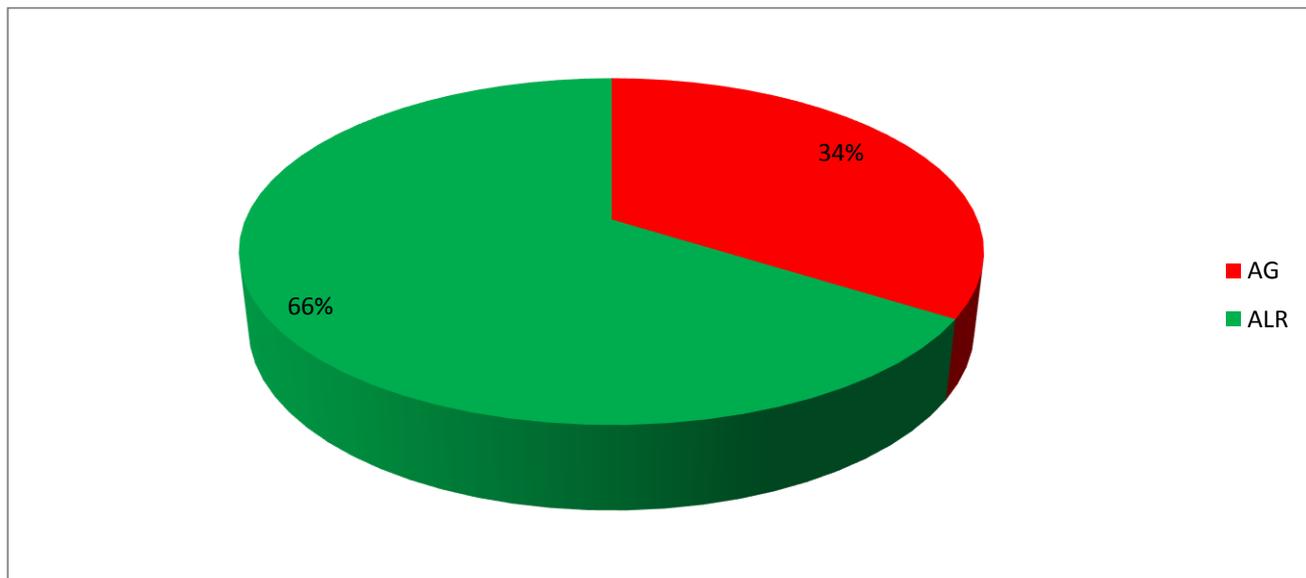


Figure 31 Répartition des malades selon leur type d'anesthésie

- La durée de l'acte opératoire

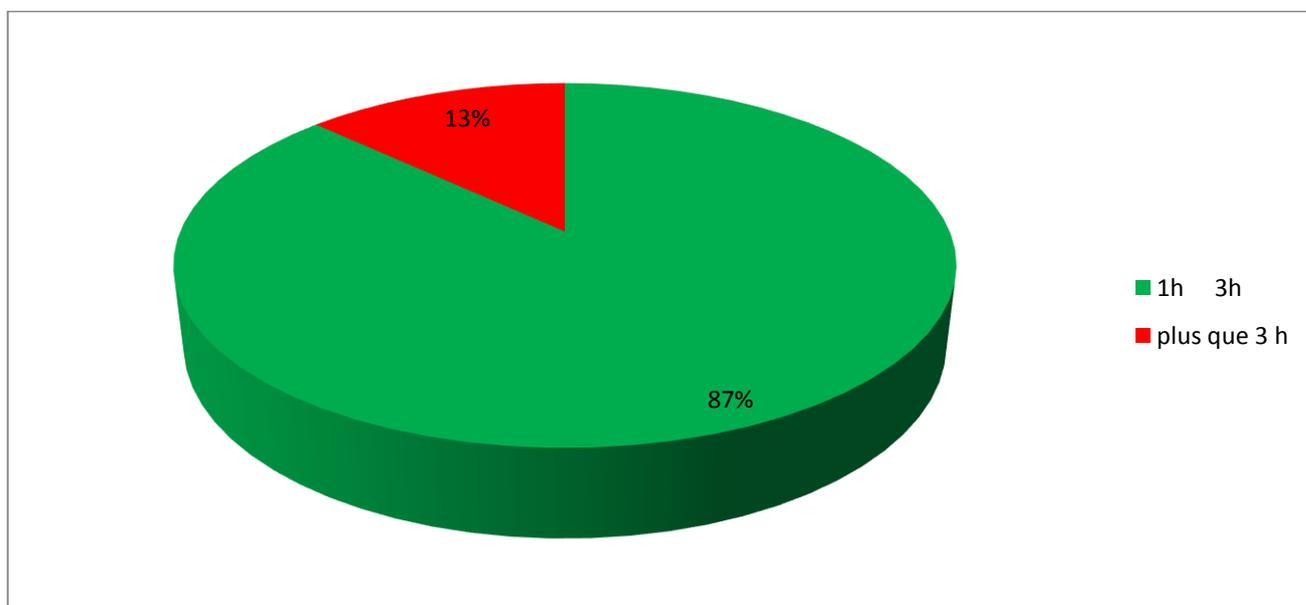


Figure 32 la durée de l'acte opératoire

- Évaluation post opératoire

- Complications post opératoire

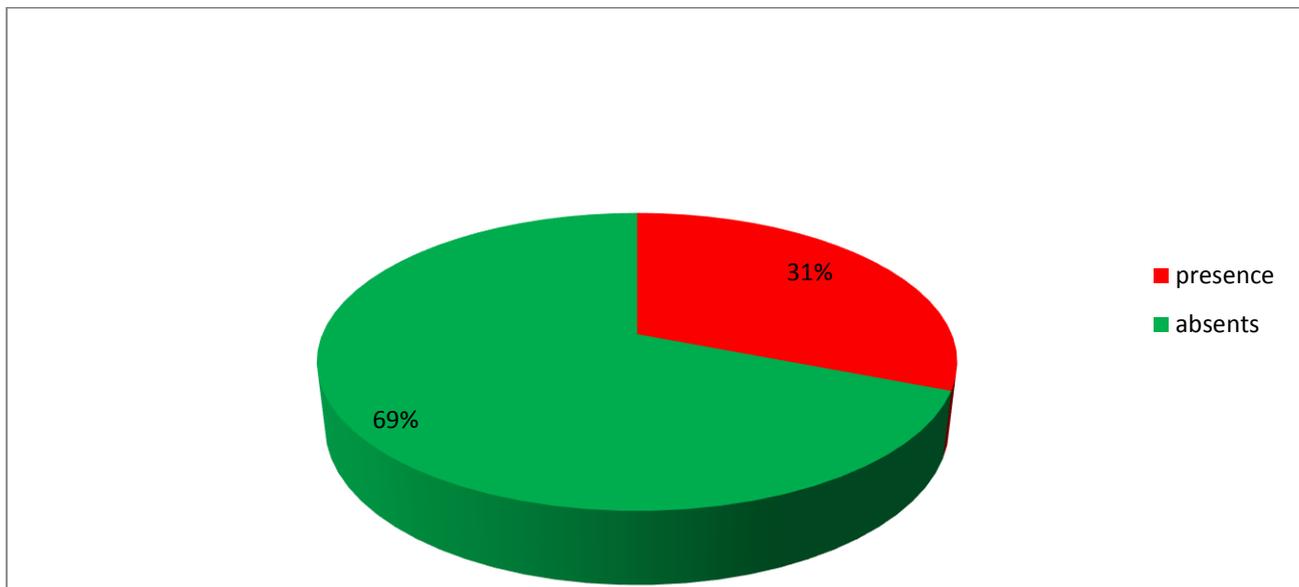


Figure 33 Présence ou non des complications post opératoires

- Type de complications

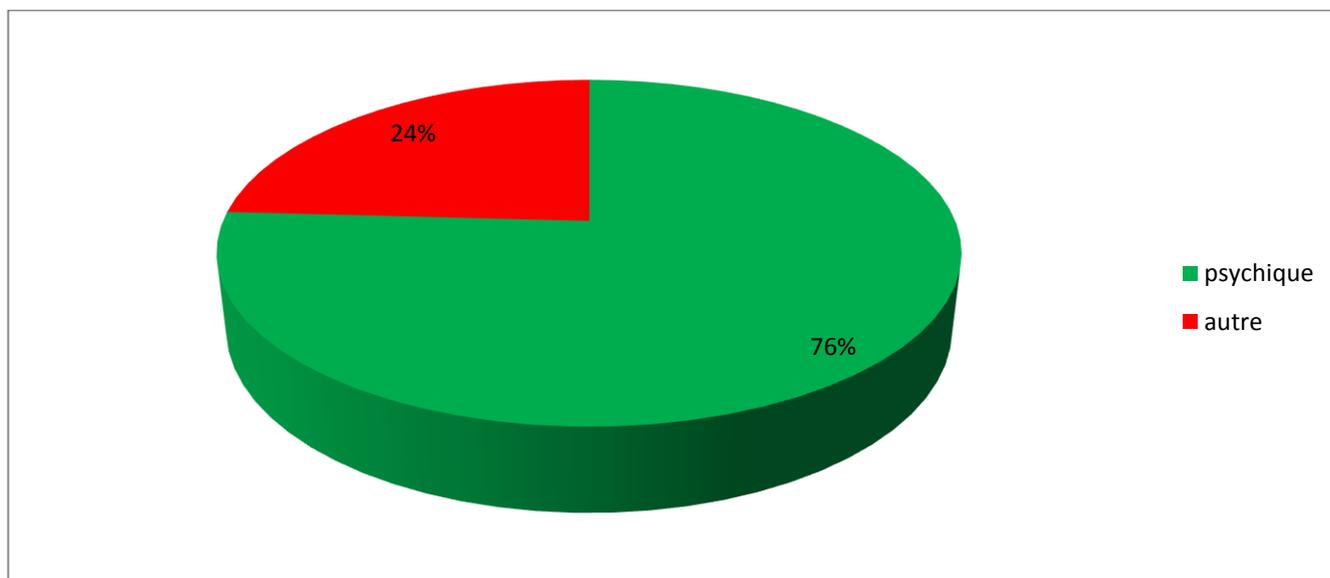


Figure 34 Type de complications en post opératoire

1. 2 Interprétation des résultats du questionnaire d'anxiété général de Spielberger :

Parmi les 68 hommes questionnés, 72,05% sont à l'état normale, en revanche 27,95% sont à l'état anxieuse.

* pour les femmes : parmi 32 femmes examinées on a constaté que le pourcentage des femmes anxieuses s'élève à l'ordre de 81,62%.

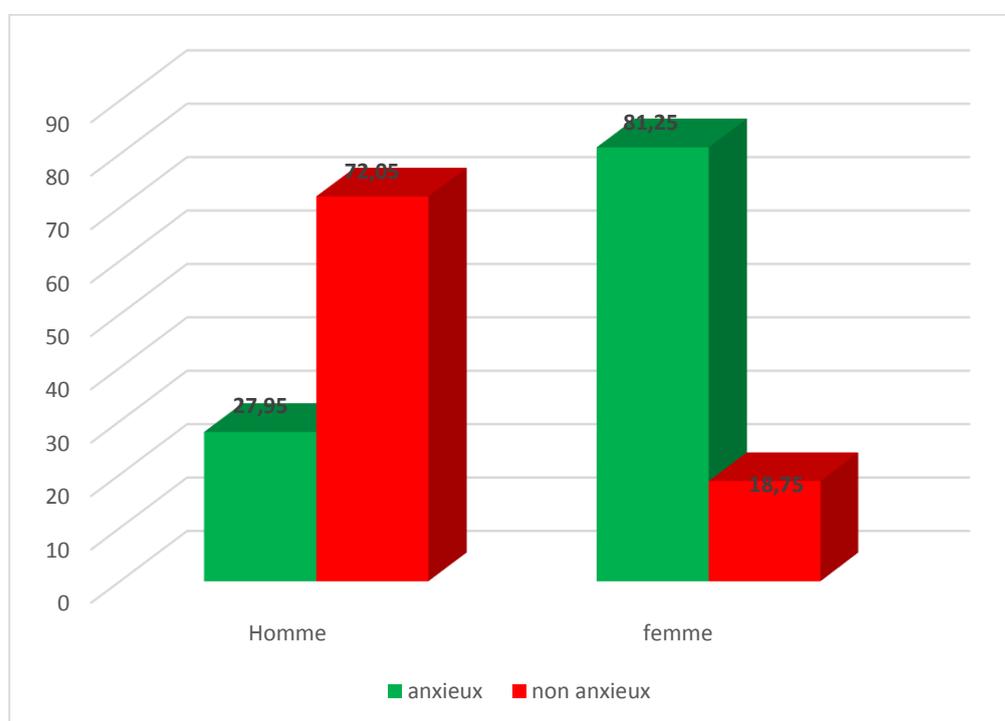


Figure 35 Répartition des malades selon leur score d'anxiété générale de spielberger

1.3 Interprétation des résultats de l'échelle STAI e pré et post opératoire :

D'après l'interprétation de la figure au-dessous on constate que :

- Le nombre de patients ayant une anxiété moyenne après l'opération a doublé.
- Le nombre de patients ayant une anxiété élevée après l'opération a diminué presque de moitié.
- Le nombre de patients ayant une anxiété très élevée après l'opération a diminué presque de 4 fois.

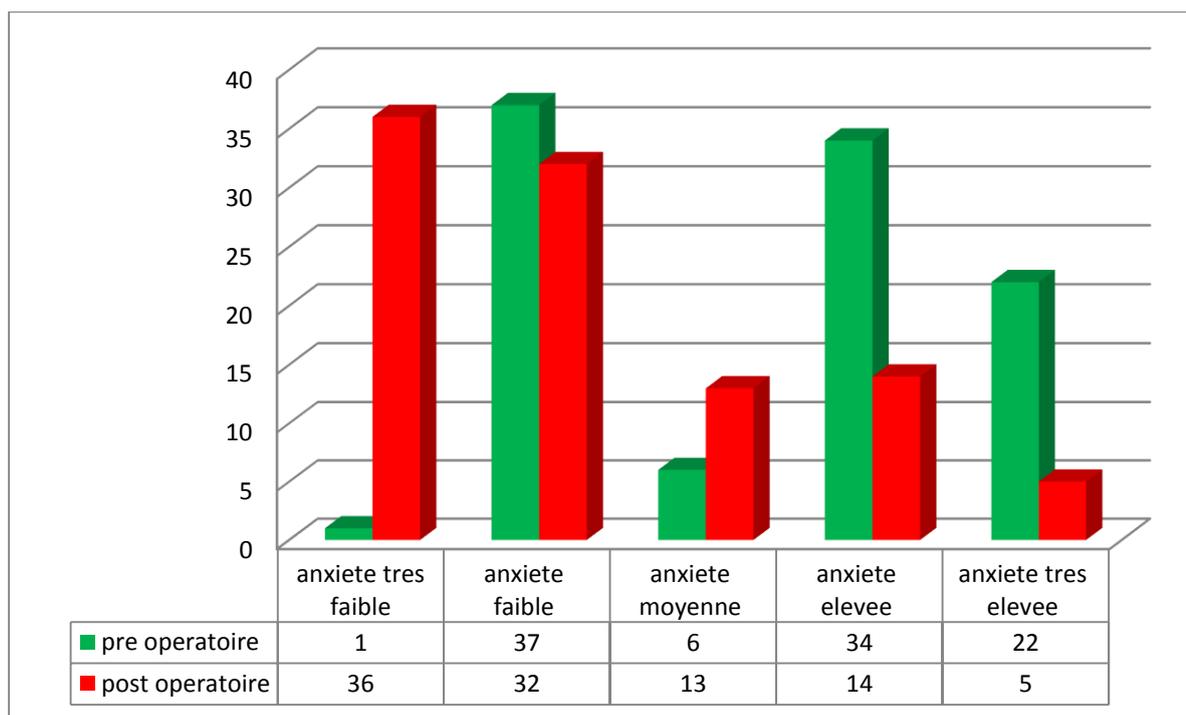


Figure 36 Répartition des malades selon le niveau d'anxiété en pré et en post opératoire en fonction du score (STAI -E)

3.2 Statistiques analytiques :

Nous avons analysé les données récoltées lors de l'exploitation pour dégager les aspects les plus intéressants ainsi que mettre en évidence les corrélations liées entre les différents facteurs (anxiogènes et protecteurs) et l'anxiété opératoire.

3.2.1 Analyse des facteurs de risque (anxiogènes)

a. Les caractères socio professionnels :

- Analyse de l'anxiété en fonction du sexe :

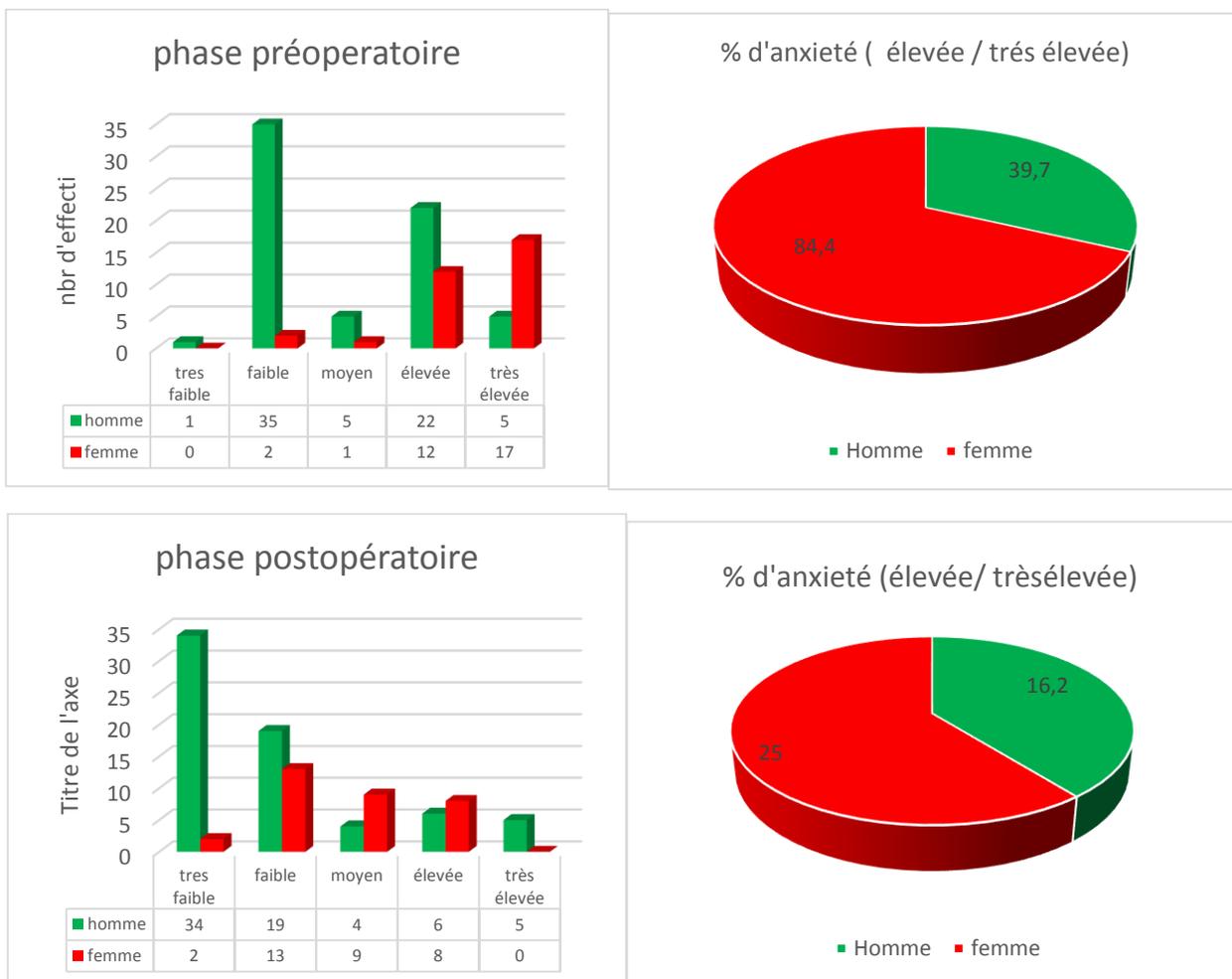


Figure 37 la distribution du score (STAI -E) en pré et en post opératoire en fonction du sexe

Nous avons constaté que le niveau d'anxiété en pré opératoire chez les femmes est plus important que chez les hommes allant d'un pourcentage de 84.4 % chez les femmes contre seulement 39 % chez les hommes.

En post opératoire le niveau d'anxiété diminue aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

En fonction du **test t-student**, le sexe montre que les femmes sont significativement plus anxieuses que les hommes en phase pré opératoire.

- **Analyse le l'anxiété en fonction de l'âge :**

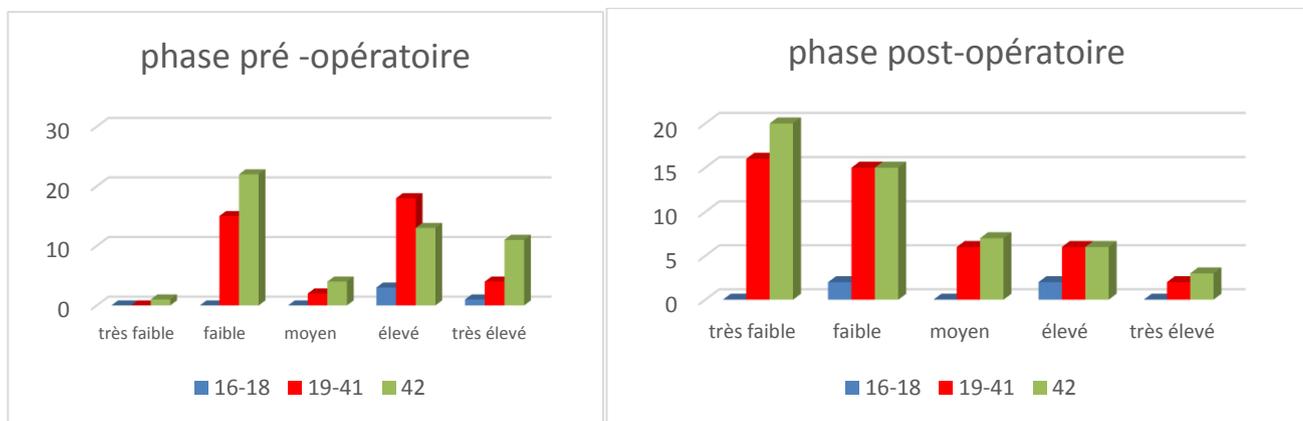


Figure 38 les scores STAI-E en fonction de l'âge

D'après l'analyse des figures au-dessus on constate que l'anxiété post opératoire diminue généralement pour toutes les tranches d'âges.

L'analyse univariée a montré des différences **non significatives** pour le paramètre de l'âge.

• **Analyse de l'anxiété opératoire en fonction de la profession :**



Figure 39 – Distribution du score STAI _E en pré et en post opératoire en fonction de la profession

Les représentations graphiques au-dessus correspondent à la distribution du score STAI _ E EN pré et en post opératoire en fonction de la profession.

En pré opératoire :

La majorité des patients(es) inactifs (70%) ont un niveau d'anxiété [élevé / très élevé] par rapport au patient en cours d'activité.

En post opératoire :

L'anxiété diminue chez tous les patients **QUELQUE SOIT** la profession.

- **Analyse de l'anxiété opératoire en fonction de la situation matrimoniale(SM) :**

En Pré opératoire :

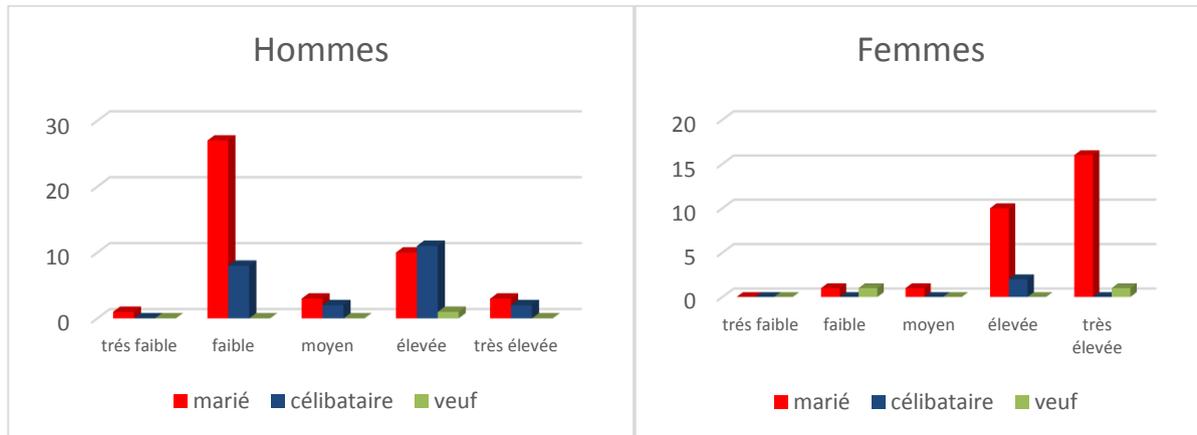


Figure 40 Distribution du score STAI - E en pré opératoire en fonction de la situation matrimoniale et sexe

D'après l'analyse des figures au-dessus on note :

des scores élevés d'anxiété chez les femmes mariées par rapport au hommes mariés.

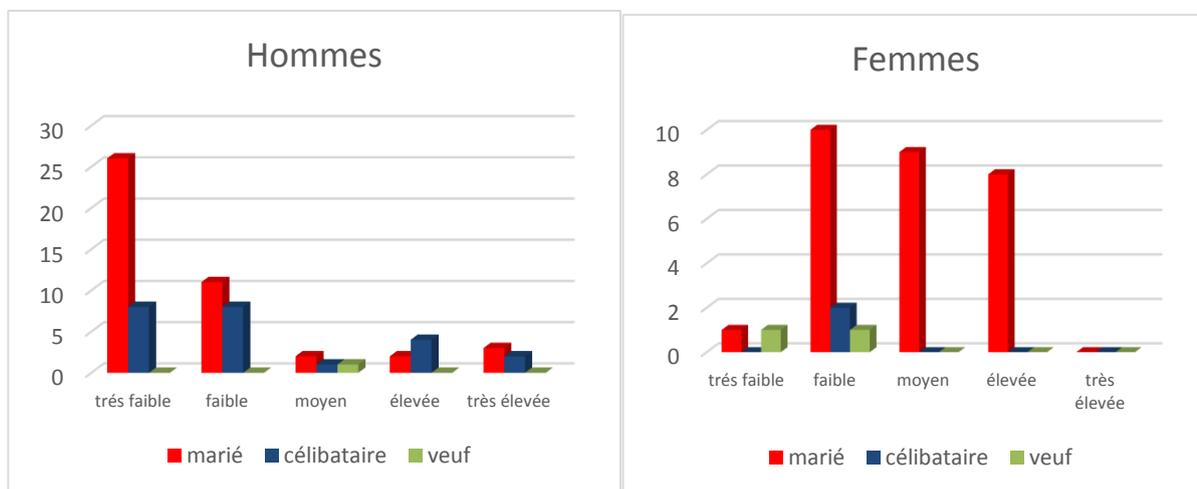


Figure 41 Distribution du score STAI_E en post opératoire en fonction de la situation matrimoniale et du sexe

Postopératoire :

On note généralement une **légère** diminution de l'anxiété chez les femmes mariées.

Chez les hommes le degré d'anxiété post opératoire a généralement diminué.

- Analyse de l'anxiété opératoire en fonction du niveau intellectuel :

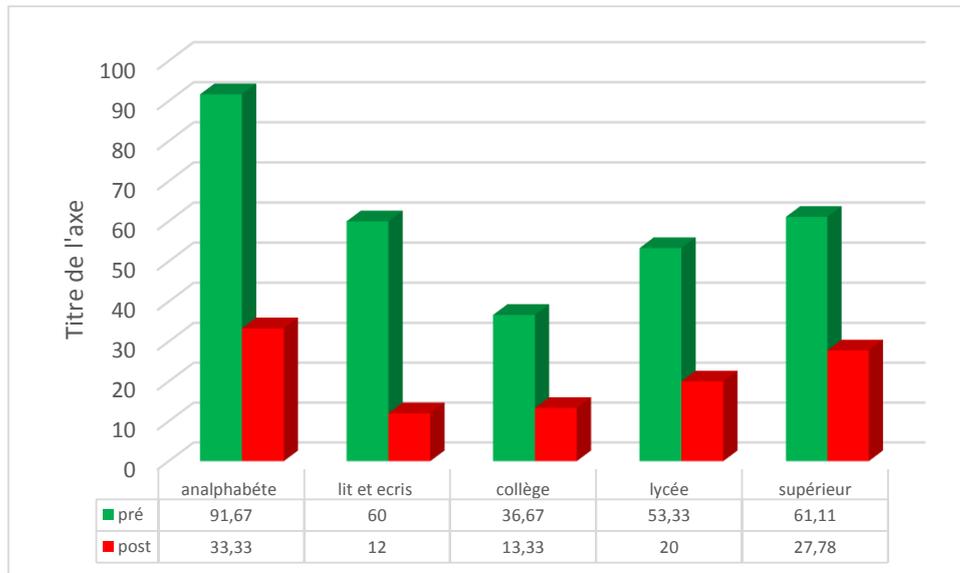


Figure 42 Distribution des scores de STAI _ E en pré et en post opératoire en fonction du niveau intellectuel

En pré opératoire :

On note une que le niveau d'anxiété est très élevé chez toutes les catégories.

En post opératoire

Les niveaux d'anxiété sont généralement diminués chez toutes les catégories.

b-Qualification du traumatisme :

- **Type de traumatisme**

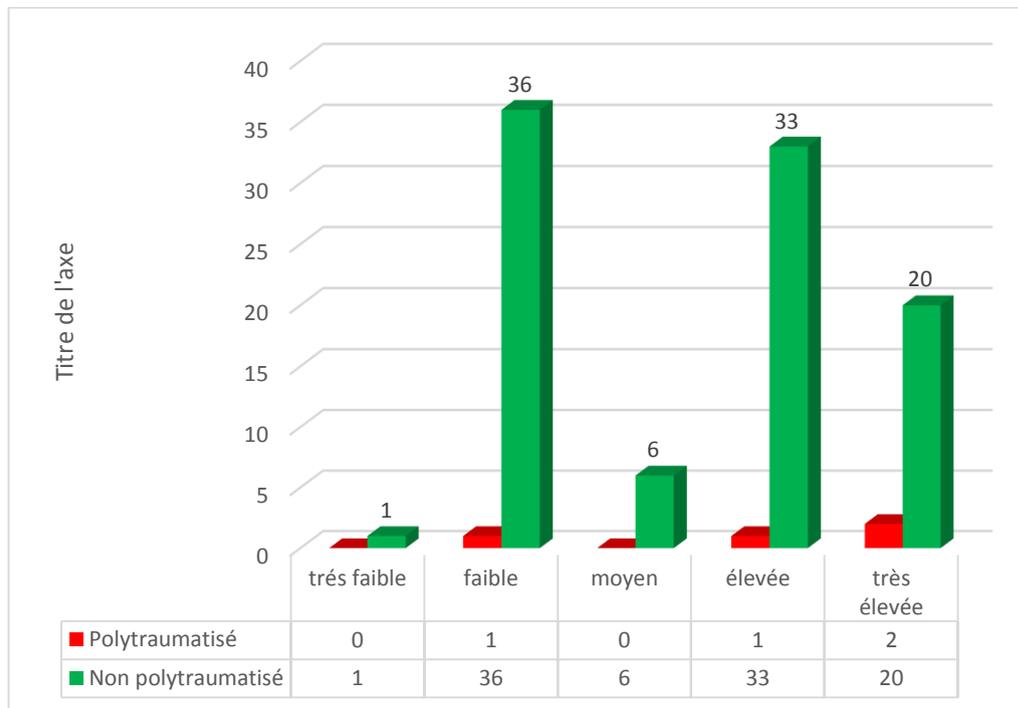


Figure 43 Distribution des score STAI _E en pre opératoire en fonction de type de traumatisme

+Parmi les 4 polytraumatisés

75 % sont très anxieux

+Parmi les 96 non polytraumatisés

55% présentent des niveaux d'anxiété élevée

- En fonction de la Douleur intense :

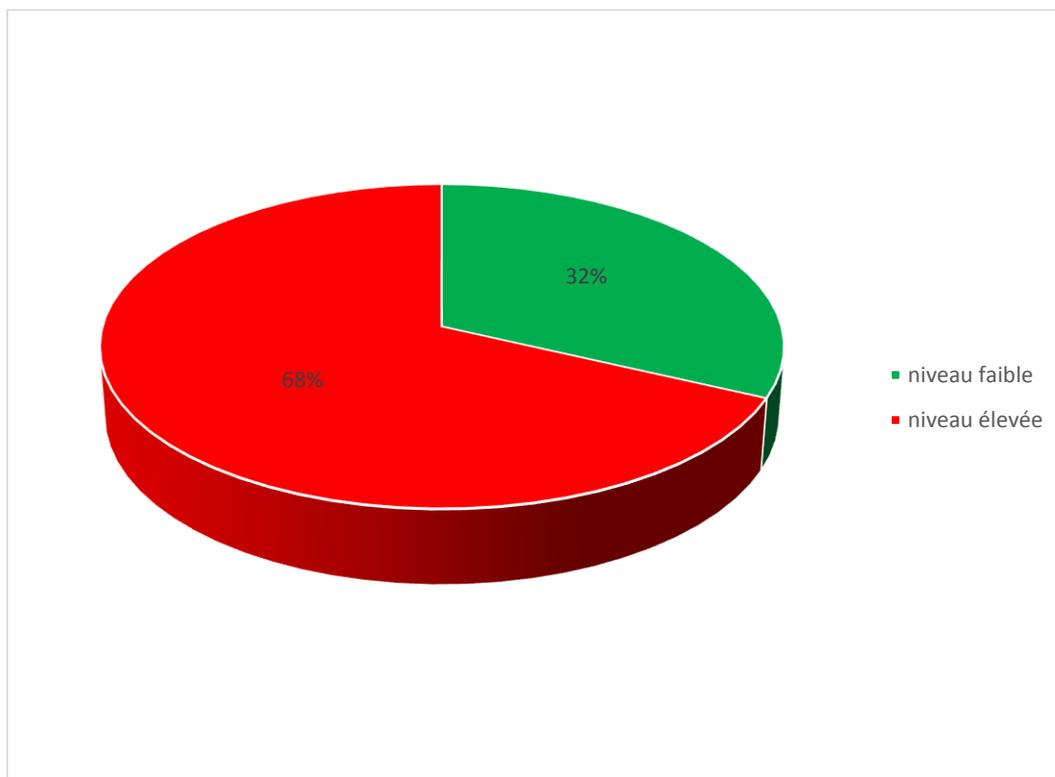


Figure 44 Distribution du score STAI_E en pré opératoire des patients ayant une douleur intense

D'après l'analyse de la figure au-dessus on note que des niveaux de douleurs intenses augmentent de façons très importantes le degré d'anxiété pré opératoire.

- **Région anatomique touchée**

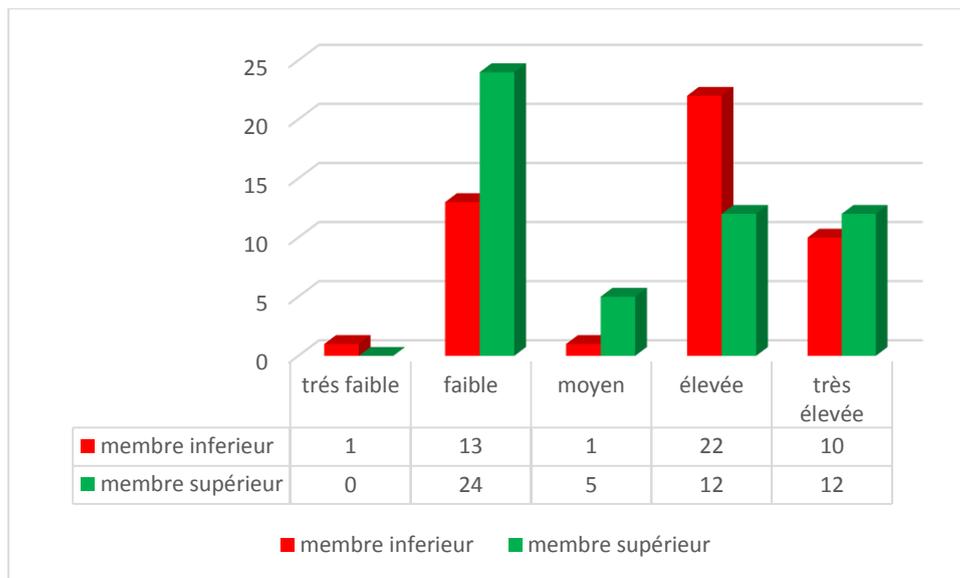


Figure 45 Distribution du score STAI_E en pré opératoire en fonction de la région anatomique touché

D'après l'analyse de la figure au-dessus on note :

Les niveaux d'anxiétés ne sont pas influencés par le point d'impact du traumatisme

Le membre supérieur : les niveaux élevés et très élevés sont importants

Le membre inférieur : les niveaux élevés et très élevés sont importants

- **Importance fonctionnelle**

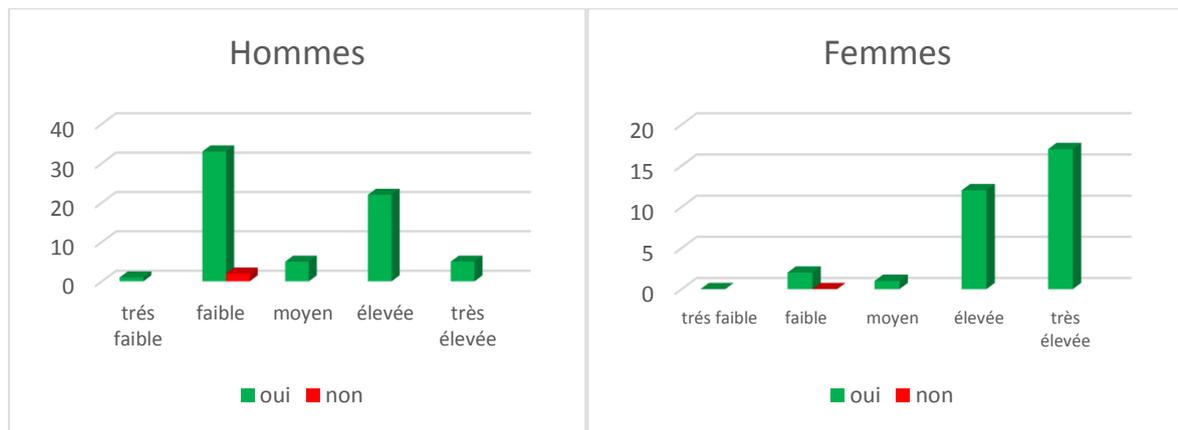


Figure 46 Distribution du score STAI _ E EN pré opératoire en fonction de l'impotence fonctionnelle

D'après l'analyse des graphiques au-dessus on note que :

L'impotence fonctionnelle chez les deux sexes engendre des niveaux d'anxiété allant d'un degré élevé à très élevés.

- Analyse de l'anxiété opératoire en fonction des antécédents :

Tableau 4 Distribution du score STAI _E en pré opératoire chez les patients en fonction de leur antécédents

	très faible	faible	moyen	élevée	très élevée
Traumatisme physique	0	7	1	9	3
Acte chirurgicale	0	4	0	10	6
Hospitalisation	0	8	1	14	14
Affection psychique	0	1	0	5	0
Affection rhumatologique	0	3	0	5	2
Autres pathologies	0	7	2	7	7

Après l'analyse du tableau au-dessus on constate que la présence des antécédents pathologique est un facteur très anxiogène.

• **La relation entre la personnalité anxieuse-trait et l'anxiété opératoire :**

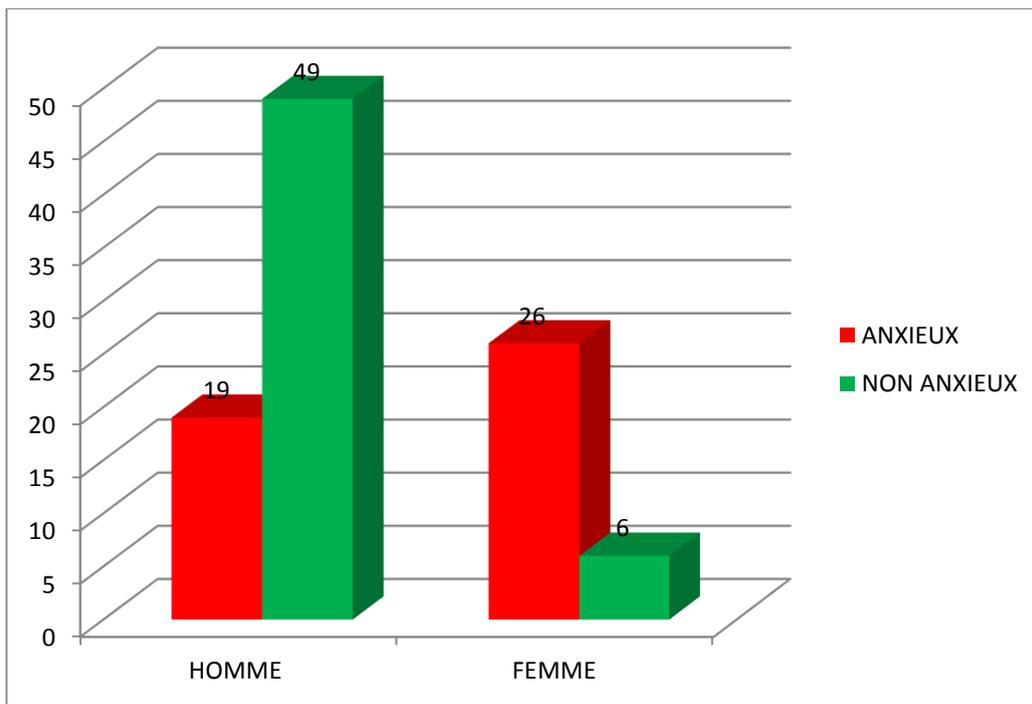


Figure 47 Répartitions des participants selon leur score SP (QAGS)

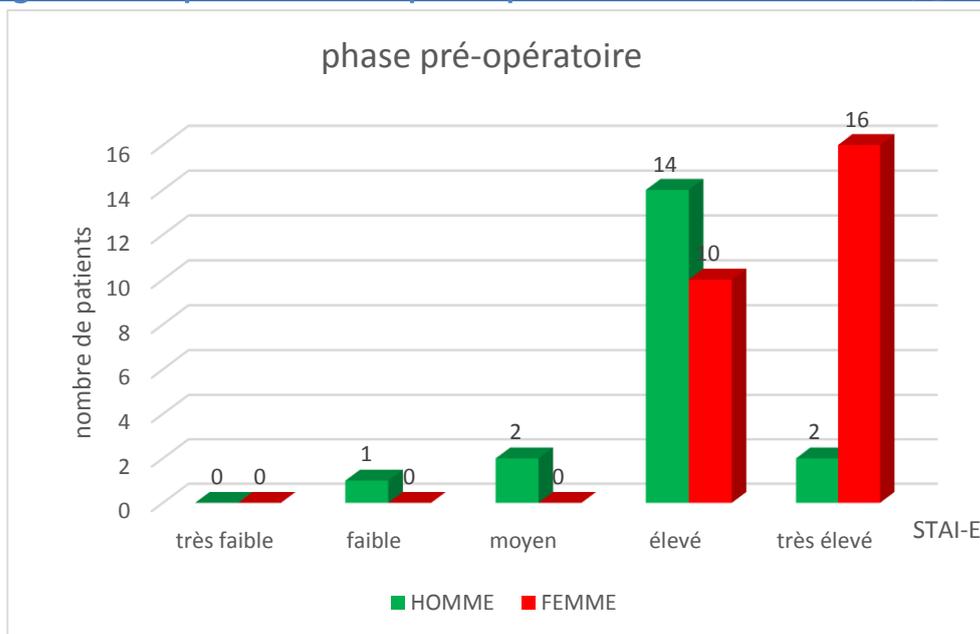


Figure 48 Relation entre la personnalité-trait et STAI - pré opératoire

Après l'analyse des figures au-dessus on note :

La présence des scores STAI-E élevé et très élevé chez les patients ayant une personnalité anxieuse selon les résultats du questionnaire d'anxiété générale de Spielberger

c-l'acte opératoire :

- **Analyse de l'anxiété en onction de la bonne qualité des informations relatives à l'acte opératoire :**

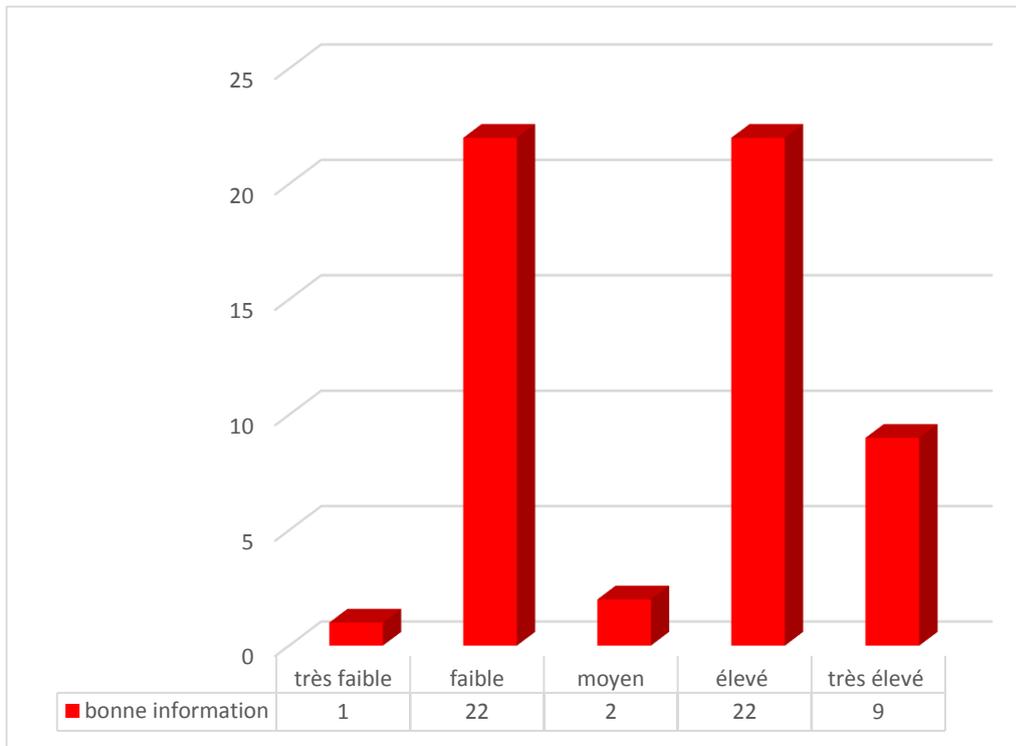


Figure 49 Niveau d'anxiété en pré opératoire en fonction de la bonne qualité d'information relative à l'acte opératoire.

On analysant la figure au-dessus on constate que la bonne qualité d'information relative à l'acte opératoire n'influence pas le niveau d'anxiété en pré opératoire.

- Analyse de l'anxiété opératoire en fonction de l'anesthésie :

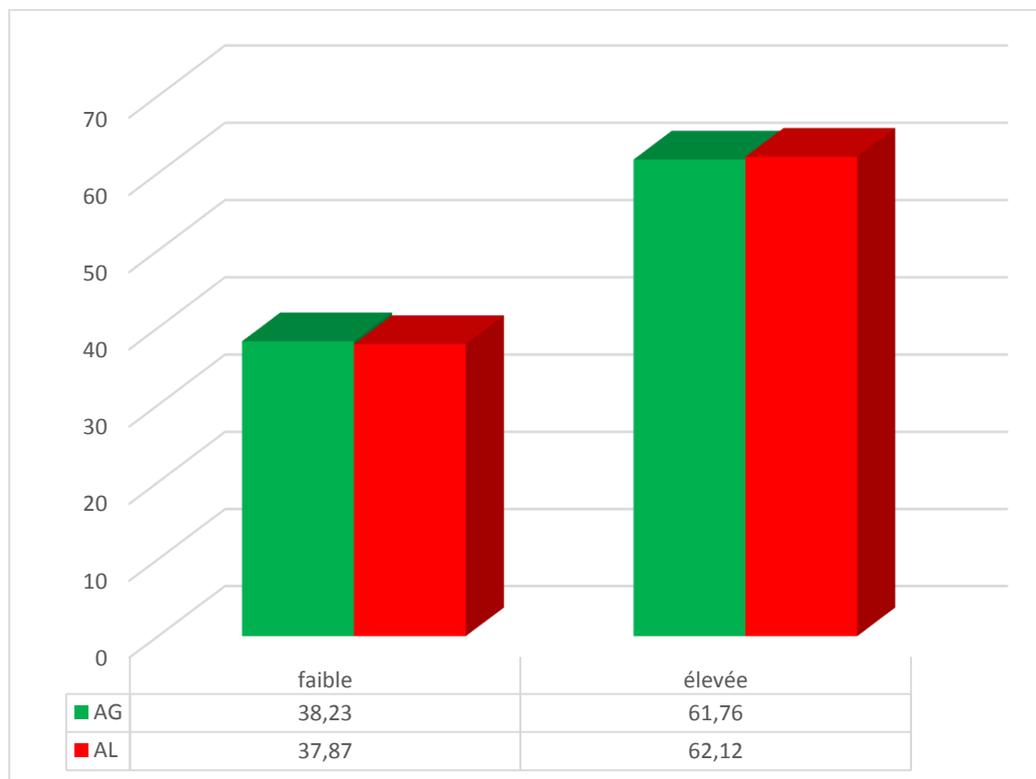


Figure 50 Distribution du score STAI_E en pré opératoire en fonction de type d'anesthésie (AG /anesthésie général) (AL / anesthésie local)

D'après l'analyse de la figure au-dessus on note que :

Le type d'anesthésie que ça soit générale ou loco régionale engendre des niveaux d'anxiété élevés.

- Analyse de l'anxiété en fonction de la durée d'hospitalisation avant l'acte chirurgicale :

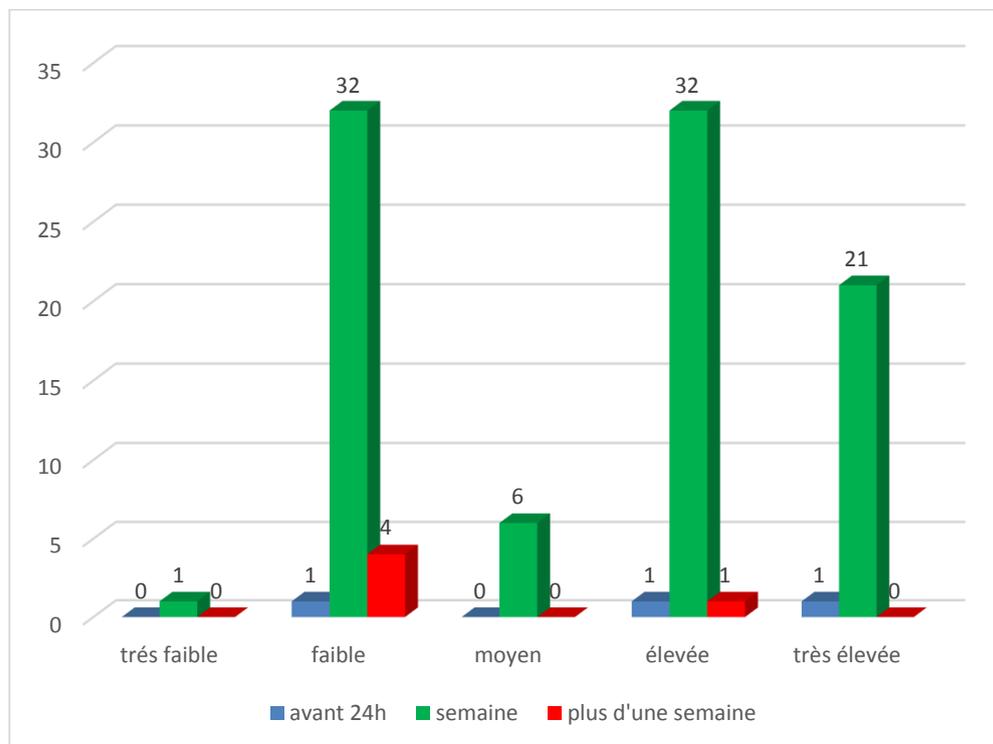


Figure 51 distribution du score STAI_E en pré opératoire en fonction de la DHAA

D'après l'analyse de la figure au-dessus on note que :

Les niveaux d'anxiétés sont très élevés chez les patients ayant une DHAA de 7 jours.

- **Les complications post-opératoires :**

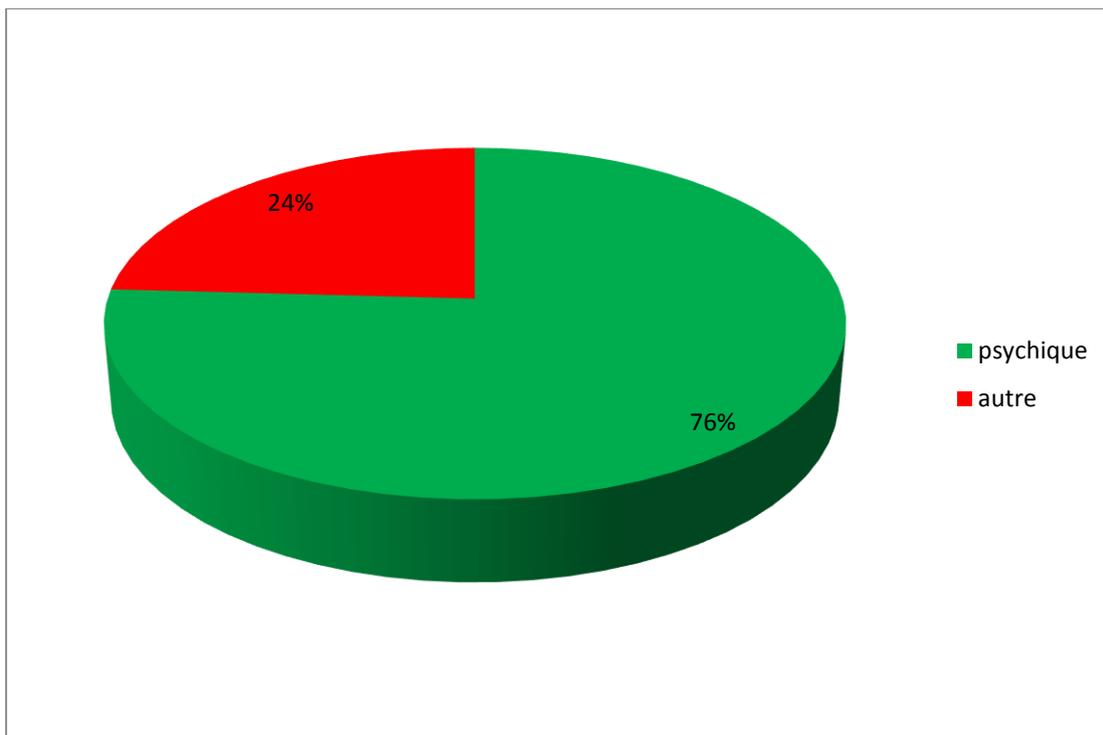


Figure 52 Distribution des complications en post opératoire

76%des complications sont d'ordre psychique type : anxiété irritabilité sensation de vécu d'un drame chose qui peut être expliqué par l'acte opératoire lui-même où les patients maintiennent un fond anxieux : c'est une anxiété moyenne « quasi physiologique » en réponse au traumatisme et à l'appréhension de la prise en charge et de l'évolution à cours et à longue terme.

3.2.2 Analyse des facteurs protecteurs

a- La douleur modère et l'absence de douleur

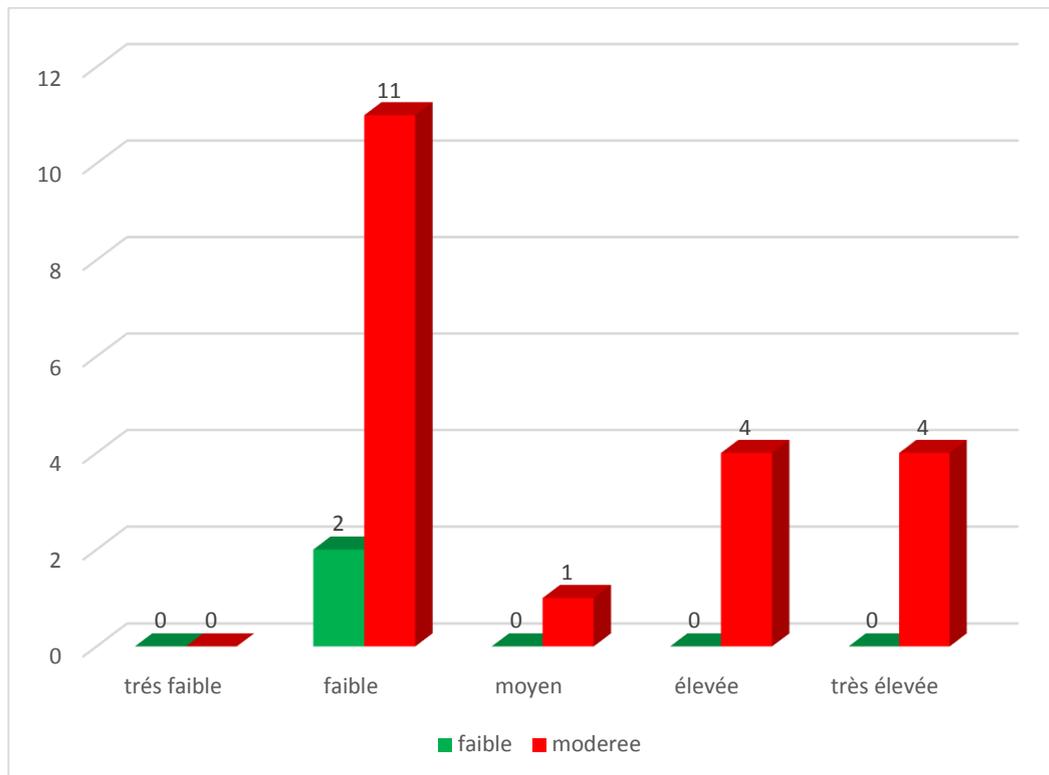


Figure 53 distribution du score STAI_E en pre opératoire en fonctions de la douleur (faible /modérée)

D'après l'analyse de la figure au-dessus on note :

Que des niveaux faibles à modérés de la douleur pré opératoire engendrent des degrés légèrement faibles de l'anxiété. On peut supposer que les douleurs modérées et/ ou l'absence de douleurs peuvent être considérées comme des facteurs protecteurs.

b- L'absence des antécédents pathologiques**Tableau 5** distribution du score STAI_E en pré opératoire en fonction de l'absence des antécédents pathologiques

	très faible	faible	moyen	élevée	très élevée
Traumatisme physique	1	30	5	25	19
Opération	1	33	6	24	16
Hospitalisation	1	29	5	20	8
Affection psychiatrique	1	36	6	29	22
Affection rhumatologique	1	34	6	29	20
Autres pathologies	1	30	4	27	14

D'après l'analyse du tableau au-dessus on constate que :

L'absence des antécédents pathologiques n'influence pas le degré d'anxiété chez les patients questionnés.

DISCUSSION

Le Service d'orthopédie et de traumatologie est spécialisé dans la prise en charge de l'ensemble des affections traumatiques et dégénératives de l'appareil locomoteur de l'adulte : épaules et membres supérieurs, hanches, genoux, chevilles et pieds. Son activité est essentiellement de nature chirurgicale [31], il est important de rappeler que les fractures nécessitant une intervention chirurgicale présentent le motif d'hospitalisation le plus fréquent.

Etre victime d'un traumatisme physique ayant engendré une fracture semble avoir un impact psychique sur le patient pour une multitude de raisons à savoir : l'inquiétude concernant l'évolution du membre traumatisé, la reprise éventuelle de sa mobilité, l'efficacité du moyen de traitement etc...,

Pour autant de malades l'acte chirurgical présentait la seule arme thérapeutique, et il semble évident de reconnaître que le patient concerné va éprouver une anxiété.

Cette anxiété opératoire a fait l'objet de très nombreuses études et publications qui s'accordent toutes pour reconnaître le caractère anxiogène de certains facteurs responsable de l'engendrer.

Notre étude constitue une modeste poursuite scientifique aux études antérieures, qui a pour but de comparer l'anxiété en pré et on post opératoire, chez les patients candidat a une chirurgie orthopédique et traumatologique, de faire soulever certains facteurs de risques, et de même déterminer les conditions psychosociaux de l'hospitalisation qui peuvent avoir un impact sur l'anxiété opératoire.

Afin d'obtenir des informations utiles de la part de chaque patient et de son expérience nous avons choisi une taille d'échantillon de 100 patients (es) recrutés au sein de service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'HMMI de Meknès, ayant été victime d'une fracture nécessitant une intervention chirurgicale.

La comparaison des niveaux d'anxiété de notre population en pré et en post opératoire a révélé une différence significative, autrement dit en pré opératoire la moyenne de STAI-E de la population été de l'ordre de 3.39 qui correspond à un niveau d'anxiété moyen à élevé en revanche en post opératoire la moyenne de STAI-E a diminué à 2.2 (anxiété faible).

L'analyses des résultats obtenue a permet de mettre en évidence deux types de facteurs :

- Facteurs de risques (plus anxiogène).
- Facteurs protecteurs (moins anxiogène).

Commençant par **les facteurs les plus anxiogènes** :

➤ **L'analyse des caractères socio professionnelles**

Elle a permis de constaté que la majorité des questionnés sont des hommes avec un pourcentage de l'ordre de 68 % soit un sexe ratio H /F de 2,12.

Avec un niveau d'anxiété important en pré opératoire chez **les femmes** que chez les hommes allant d'un pourcentage de 84.4 % chez les femmes contre seulement 39 % chez les hommes.

Le sexe féminin est un facteur de risque fréquemment retrouvé d'après plusieurs études citant l'étude d'évaluation de l'anxiété pré opératoire chez les patients nécessitant une chirurgie filtrante du glaucome [32 / 33 / 34].

En comparant à la perspective d'une chirurgie cutanée Les femmes se révèlent plus anxieuses que les hommes [34].

Les résultats obtenue lors de l'étude à Avicenne ont également montré que les femmes sont significativement plus anxieuses que les hommes en préopératoire comme en post opératoire [35].

L'analyse uni varié a montré une différence non significative pour le paramètre de l'âge, ce résultat est similaire à l'étude de l'impact des facteurs socio démographique et environnementaux sur l'anxiété pré opératoire mené au sein de CHU-RABAT.

Concernant le niveau intellectuel ; En pré opératoire On note une que le niveau d'anxiété est très élevé chez toutes les catégories (analphabète, lit et écrits, collègue, lycée et supérieur).Et qu'on En post opératoire, Les niveaux d'anxiété sont généralement diminués chez toutes les catégories. D'après Teo et al. (1990), un niveau d'éducation élevé correspond à un score de DFS élevé [36]. Notons cependant que le niveau d'éducation est un paramètre difficile à évaluer.

Dans notre étude La situation matrimoniale à également un effet sur l'état psychologique des patients chez qui on a constaté des scores élevés d'anxiété chez les femmes mariées par rapport aux hommes mariés (figure 39 / figure 40) .

On analysant la relation entre l'activité des patients (es) questionnés et leur degré d'anxiété, on constate qu'en pré opératoire :

Les patients (es) inactifs (70%) ont un niveau d'anxiété variant entre [élevé / très élevé] par rapport au patient en cours d'activité dont la majorité sont des militaires ou ex-militaire.

Ce résultat est expliqué :

➤ Premièrement

En corrélation avec le sexe et la situation matrimoniale des patients, autrement dit la majorité des 70 % des inactifs sont des femmes mariées.

➤ Deuxièmement

Le reste des patients sont des militaires de profession.

on a pu constater que les militaires ont des niveaux d'anxiété moyens voir faible en pré -opératoire ; Pour mettre au clair ce résultat, il est indispensable de rappeler que les militaires ont subi la sélection d'aptitude à l'engagement et des visites de sélection de réengagement de façon régulière , ils bénéficient également d'un suivi médical de proximité au niveau des infirmeries des unités militaires et au niveau des infirmeries de GARNISON des places d'Armes des villes du royaume .

Concernant la personnalité antérieure du patient, autrement dit le type de personnalité on note que les patients ayant une personnalité anxieuse (d'après les normes de Spielberger), Ont présentaient des niveaux d'anxiété élevé même très élevé en pré opératoire, en comparant ce résultats à l'étude odontologique Le trait anxieux est en effet considéré comme un facteur étiologique de l'anxiété [37-38] et non pas un facteur anxiogène (comme c'est prouvé dans notre étude), et pourrait être à l'origine du faible niveau d'anxiété-état.

➤ **Pour la qualification du traumatisme :**

Notre étude a montré que Le type du traumatisme semble avoir un impact sur le degré de l'anxiété. Parmi les 4 polytraumatisés, 75 % sont très anxieux et Parmi les 96 non polytraumatisés 55% présentent des niveaux d'anxiété élevée. Notre étude a également déterminé que :

- L'impotence fonctionnelle chez les deux sexes engendre des niveaux d'anxiété allant d'un degré élevé Au très élevés.
- Que des niveaux de douleurs intenses augmentent de façon très important le degré d'anxiété pré opératoire

Dans son ouvrage « Douleur et anxiété : une association sous-estimée » Éric Serra, psychiatre et responsable de la consultation douleur au CHU d'Abbeville, étudie précisément l'étroite corrélation entre la douleur physique et l'anxiété : « la survenue d'une douleur entraîne une anxiété dont l'intensité peut retentir sur l'évolution de la douleur » [39].

De plus, certaines études montrent que plus l'individu est insensible à la douleur physique, moins il ressentira d'anxiété. L'inverse est également vrai puisque des études montrent que les patients avec des hauts niveaux d'anxiété ont tendance à être plus sensibles à la douleur.

La présence des antécédents pathologique est un facteur très anxiogène, notamment la présence d'antécédents psychiatriques.

Dans notre étude parmi les 6 patients suivis pour une affection psychique 5 ont gardé des chiffres très élevé d'anxiété aussi bien en pré qu'on post opératoire.

- On a constaté que les niveaux d'anxiété de notre étude sont très élevés.

En comparant à l'étude réalisée au sein du centre hospitalier universitaire « Avicenne » de Rabat, la présence d'antécédents psychiatriques de troubles anxieux chez les patients programmés pour chirurgie favoriserait la réapparition de ces troubles en préopératoire et en postopératoire.

L'étude de Edwals [40] a conclu que les symptômes en phase post chirurgicale chez des femmes hystérectomisées constituent un continuum aux symptômes psychologiques antérieurs, notamment pour celles ayant des antécédents psychiatriques de dépression et/ ou d'anxiété [40].

Concernant les antécédents chirurgicaux, on avait pensé que leur présence aurait un effet atténuant l'anxiété, ce fait n'était pas constaté dans notre étude, les patients ont gardé des chiffres élevées d'anxiété en phase pré opératoire.

Pour La région anatomique touchée :

D'après l'hypothèse suivante chaque zone anatomique engendre un niveau d'anxiété particulier, CE QUI N'A PAS ETE constaté au sein de notre étude.

- Les niveaux d'anxiétés ne sont pas influencés par le point d'impact du traumatisme.
- Les patients ont présenté des chiffres élevés d'anxiété aussi bien pour le membre supérieur que le membre inferieur.

➤ **Le déroulement de l'hospitalisation :**

Les niveaux d'anxiétés sont très élevés chez les patients ayant une durée d'hospitalisation avant l'acte de 7 jours.

En comparant à l'étude à Avicenne ; la durée de séjour à l'hôpital avant le déroulement de l'acte chirurgical était variable d'un service à l'autre, en moyenne 12,1 jours avec des extrêmes allant d'un jour à 40 jours pour les 3 services : elle a été de 22,06 jours en oncologie, de 9,8 jours en chirurgie viscérale et de 3,1 jours en chirurgie gynécologique.

Concernant le type d'anesthésie ; on avait pensé que les niveaux d'anxiétés seraient atténués en cas d'anesthésie loco régionale, ce fait n'était pas constaté dans notre étude.

L'anesthésie que ça soit générale ou loco régionale a engendré des niveaux d'anxiété élevés ; avec un pourcentage de 61.76 % pour l'anesthésie général et 62.12 % pour l'anesthésie loco régional.

En comparant à L'étude en ophtalmologie ; cette dernière montre qu'une proportion de patients sont moins anxieux dans le groupe ayant bénéficié d'une anesthésie topique par rapport au reste des patients (anesthésie locorégionale ou générale).

Les complications post **opératoires** sont 76%des complications d'ordre psychique type : anxiété irritabilité sensation d'avoir vécu un drame chose qui peut être expliqué par l'acte opératoire lui-même ou les patient maintien un fond anxieux : c'est une anxiété moyenne quasi physiologique en réponse au traumatisme et à la préhension de la prise en charge et de l'évolution au cours et a long terme ou même en relation avec la personnalité antérieur du patient.

Concernant les **facteurs protecteurs** dits aussi moins anxiogènes on note :

- La présence d'une couverture sanitaire, la totalité des patients ont une couverture sanitaire, chose qui facilite leur prise en charge.
- Des niveaux faibles à modérés de la douleur pré opératoire engendrent des degrés légèrement faibles de l'anxiété.

La bonne qualité des informations semble d'après notre hypothèse un facteur protecteur (moins anxiogène), ce fait n'était pas constaté dans notre étude car la bonne qualité d'information n'a aucune influence sur l'anxiété pré opératoire (voir figure 49), dans le même contexte l'étude ophtalmologique a montré que La relation entre l'anxiété et le besoin d'information préopératoire semble donc complexe et pourrait dépendre de la personnalité et du vécu du patient.

Une stratégie à développer pour répondre au mieux aux obligations d'information du patient sans majorer les manifestations anxieuses serait d'ajuster le niveau d'information aux capacités d'adaptation du patient.

Tout acte chirurgical réalise chez le sujet malade une blessure narcissique responsable de diverses réactions psychologiques, celles-ci sont variables d'une personne à l'autre et d'une affection à l'autre. Les fantasmes autour de l'anesthésie, la violation du corps, la peur de la mort et le manque d'information sont des facteurs qui pourraient contribuer à l'éclosion de symptômes ou de troubles psychiatriques divers : anxiété, dépression, confusion, delirium, agitation et psychose aiguë. L'anxiété relative à la chirurgie pourrait avoir un impact sur le rétablissement et la qualité de vie après l'acte chirurgical [41]. Les anesthésistes, les chirurgiens et les infirmiers qualifiés en chirurgie sont confrontés à faire face à l'anxiété chirurgicale et sont sollicités de percevoir leur discipline non seulement de point de vue technique mais aussi du côté psychosocial, moral et cognitif [42].

Notre étude a pu mettre en clair

Une différence **significative** des scores d'anxiété au sein de service d'orthopédie et traumatologie à l'HMMI de Meknès en pré et post opératoire des patients victime d'un traumatisme.

Notre étude apporte des éléments supplémentaires en matière de considération des facteurs psychologiques et socio environnementaux dans l'amélioration de l'état psychologique des candidats à la chirurgie. Cependant, certaines limites de notre travail doivent être évoquées : élaboration d'autres instruments de mesure de l'état psychique des patients au bloc opératoire, membre dominant des patients, préciser le nombre des patients militaires ...

Tableau 6 Synthèse des différentes études ayant traitée l'anxiété opératoire :

Étude	Année	Échantillon		Outil utilisé	Score en pré opératoire		Score en post opératoire		Facteurs de risques Commun	Facteurs spécifiques à l'étude
Anxiété en pré et en post opératoire au sein de service de traumatologie a l HMMI de Meknès	2019	100		échelle d'évaluation de l'anxiété-état et de l'anxiété-trait (STAI)	3,39 [_moyen -élevé]		2,2 [faible]		le sexe féminin Le type d'anesthésie DHAA ATCD pchychiatriques	Situation matrimoniale La douleur Le type de traumatisme Impotence fonctionnelle
Impact des facteurs sociodémographiques et environnementaux sur l anxiété préopératoire	2008	50		Echelle d'Hamilton	chi, viscérale	9,56 (anxiété mineur)	chi, viscérale	6,6(anxiété mineur)	le sexe féminin DHAA ATCD pchychiatriques	Type de chirurgie Environnement hospitalier
					oncologie	21(anxiété majeur)	oncologie	19,8 (anxiété majeur)		
					gynécologie	11(anxiété mineur)	gynécologie	10,3(anxiété mineur)		
Évaluation de l'anxiété préopératoire chez les patients nécessitant une chirurgie filtrante du glaucome,	2013	36		L'Amsterdam Préopératoire Anxiété and Information Scale (APAIS)	9.9 + /- 4.4 40% >11 [anxiété élevé]				le sexe féminin Le type d'anesthésie	Risque de cécité
Evaluation comparative de l'anxiété induite par un acte chirurgical odontologique et dermatologique	2005	odontologie	31	échelle d'évaluation de l'anxiété-état et de l'anxiété-trait (STAI)	odontologie	3,6 [moyen/ élevé]			le sexe féminin la douleur	la seringue Instruments chirurgicaux
		dermatologie	32		dermatologie	3,6 [moyen/ élevé]				Souci esthétique

Nb : L'évaluation de l'anxiété au sein de l'étude à Avicenne a été faite à l'aide de l'échelle de Hamilton [43], version courte comprenant 14 items. Chaque item est coté de 0 à 4 selon la gravité du symptôme anxieux (les normes de Bech et coll) [44], sont comme suit : 0 à 5 pas d'anxiété, 5 à 14 anxiété mineure, et supérieure à 15 anxiété majeur. Ils ont calculé le score moyen d'anxiété près opératoire indépendamment de la moyenne post opératoire.

Les comparaisons statistiques des scores d'anxiété entre les trois services chirurgicaux en utilisant l'analyse univarié, a montré des différences significatives d'anxiété en service d'oncologie par rapport aux deux autres services en préopératoire et en postopératoire .

CONCLUSION

Malgré ces conséquences médicales et psychologiques parfois graves, il n'y a que très peu de littérature destinée aux professionnels de santé concernant L'anxiété opératoire.

Notre étude constitue une modeste poursuite scientifique aux études antérieures, qui a pour but :

- La comparaison du degré de l'anxiété en pré et en postopératoire chez les patients qui ont été victime d'un traumatisme nécessitant comme traitement une chirurgie.
- L'étude de certains facteurs qui peuvent être anxiogènes comme (l'annonce de l'acte opératoire, la consultation pré anesthésique...).

Les résultats obtenus à partir de notre échantillon de 100 patients (es), révèlent que l'anxiété opératoire est étroitement liée à des facteurs anxiogènes à savoir :

- Sexe, situation matrimoniale, profession.
- La personnalité anxieuse
- Le type de traumatisme, la douleur et le choix d'anesthésie

D'après notre étude on a pu conclure que l'anxiété des futures opérées, à un impact négatif sur les différentes phases de l'acte opératoire (en pré, per et post opératoire).

Ceci nous a poussés à émettre l'hypothèse suivante :

Est-ce que les mesures préventives tel que l'accompagnement psychothérapeutique ;

L'analgésie préventive..., des futures opérés peuvent diminuer les niveaux d'anxiété opératoire ?

RÉSUMÉ

Résumé :

L'anxiété est un état émotionnel de tension nerveuse, d'inquiétude et de peur. C'est un état psychologique et physiologique caractérisée par des composantes somatiques émotionnelles cognitives et comportementales. C'est une émotion ressentie comme désagréable qui correspond à l'attente plus au moins consciente d'un danger ou un problème à venir.

L'anxiété en pré et en post opératoire est un malaise physique et psychologique en lien avec une intervention chirurgicale, il ne s'agit pas nécessairement de peurs précises ou spécifiques mais plutôt d'une sensation de malaise, d'une réaction de stress qui peut rester confuse ou porter sur différents aspects d'hospitalisation et dont son degré semble d'intensité variable en fonction de la lourdeur opératoire.

Plusieurs études ont été établies et ont montré que des niveaux importants d'anxiété en pré opératoire augmenteraient le risque de complications post opératoire, ainsi que la survenue de troubles émotionnels et comportementaux post opératoires.

L'objectif de notre travail est de faire une comparaison de degré d'anxiété en pré et en post opératoire et l'étude de certains facteurs qui peuvent potentiellement l'influencer.

Pour répondre à ce but, on va se baser sur une étude descriptive transversale qui sera étalée sur une période de 4 mois avec recrutement prospectif des cas qui vont être recrutés du service de chirurgie traumatologique de l'hôpital militaire Moulay Ismaël de Meknès.

Pour le recueil des données, on va se baser sur un hétéro- questionnaire comportant des items de score d'évaluation de l'anxiété, et des items permettant d'étudier certains facteurs présumés êtres des facteurs de risques.

Abstract :

Anxiety is an emotional state of nervous tension, worry and fear, it is a psychological and physiological state characterized by somatic emotional, cognitive and behavioral components. It is an emotion felt as unpleasant and corresponds to a more or less conscious expectation of a danger or a future problem.

Pre- and post-operative anxiety is a physical and psychological discomfort related to a surgical procedure, it is not necessarily specific fears but rather a feeling of discomfort, a stress reaction that can remain confused or relate to different aspects of hospitalization... and whose degree seems to vary in intensity depending on the surgical burden.

Several studies have been established and have shown that high levels of anxiety in the preoperative period would increase the risk of postoperative complications, as well as the occurrence of postoperative emotional and behavioral disorders.

The objective of our work is to make a comparison of the anxiety degree in the pre and postoperative period and the study of certain factors that can potentially influence it.

To meet this goal, we will base ourselves on a transversal descriptive study that will be spread over a period of four months with prospective recruitment of cases that will be recruited from the trauma surgery department of the military hospital Moulay Ismael.

For data collection, a hetero-questionnaire will be used, including anxiety assessment score items and items to study certain factors presumed to be risk factors.

ملخص:

القلق هو حالة عاطفية من التوتر العصبي والخوف. إنها حالة نفسية وفسولوجية تتميز بعناصر إدراكية وسلوكية عاطفية وجسدية. إنها عواطف غير سارة تتوافق مع التوقع الواعي لخطر أو مشكلة قادمة.

القلق قبل وبعد العملية الجراحية هو شعور جسدي ونفسي يتعلق بهذه العملية، فهو لا يتعلق بالضرورة بمخاوف محددة أو خاصة، بل هو شعور بعدم الراحة، رد فعل للتوتر الذي قد يظل مرتبًا أو متعلق بجوانب مختلفة من العلاج في المستشفى.

ودرجة متفاوتة الشدة حسب خطورة العملية.

أظهرت العديد من الدراسات أن المستويات المرتفعة من القلق تزيد من خطر حدوث مضاعفات ما بعد الجراحة، بالإضافة إلى حدوث اضطرابات نفسية وسلوكية.

الهدف من دراستنا هو إجراء مقارنة بين مستويات القلق قبل وبعد العملية وكذا دراسة بعض العوامل التي يمكن أن تؤثر عليه.

لتحقيق ذلك، سوف نعتمد على دراسة وصفية مستعرضة سيتم تمديدها على مدى 4 أشهر وإحصاء للحالات من قسم جراحة العظام والمفاصل في المستشفى مولاي إسماعيل العسكري بمكناس.

لجمع البيانات، سنستخدم استبيانًا يتضمن عناصر نقاط تقييم القلق، وعناصر لدراسة عوامل معينة يعتقد أنها عوامل خطر.

ANNEXES :

**1/Fiche d'exploitation sociodémographique de l'anxiété en pré et en postopératoire
au sein de service de traumatologie à l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès
durant l'année 2018 /2019**

Enquêteur : Fiche N° :.....

I. Identification des caractéristiques socioprofessionnelles

1. Êtes-vous :

Un homme Une femme

2. Âgé de :ans

3. Niveau intellectuel :

Analphabète lit et écrit Collège lycée Supérieur

4. Situation matrimoniale

Marié Célibataire Veuf Divorcé

-Si marié avez-vous des enfants ?

Oui Non

5. Profession :

Êtes-vous

Actif inactif

-Si actif effectuez-vous un

Travail sédentaire Travail pénible

-Êtes-vous hospitalisé suite à un accident de travail ?

Oui Non

6. Couverture sanitaire :

Couvert Non Couvert

II. Qualification du traumatisme

Polytraumatisé

Oui Non

Régions anatomiques

touchées :.....

Impacts du traumatisme

-Avez-vous ressenti une douleur ?

Faible Modérée Intense

- Avez-vous pris un traitement antalgique ?

Aucun Palier1 Palier 2

- Impotence fonctionnelle :

Oui Non

Les antécédents :

6-1 Traumatismes physiques

Oui Non

-Si oui quel type de traumatisme

.....

.....

6-2 Avez-vous déjà été opéré ?

Oui Non

-Si oui quel, type de chirurgie :

.....

.....

6-3 Étiez-vous déjà hospitalisé ?

Oui Non

-Si oui pour quelle raison ?

.....
.....

6-4 Êtes-vous suivis pour un problème psychiatrique ?

Oui Non

-Si oui pour quelle pathologie :

.....
.....

6-5 Avez-vous un problème rhumatologique ?

Oui Non

-Si oui quelle pathologie ?

6-6 Êtes-vous suivis pour une autre pathologie ?

Oui Non

III. Le déroulement de l'hospitalisation

A. Avant l'acte chirurgical

Êtes-Vous

Accompagne Non Accompagne

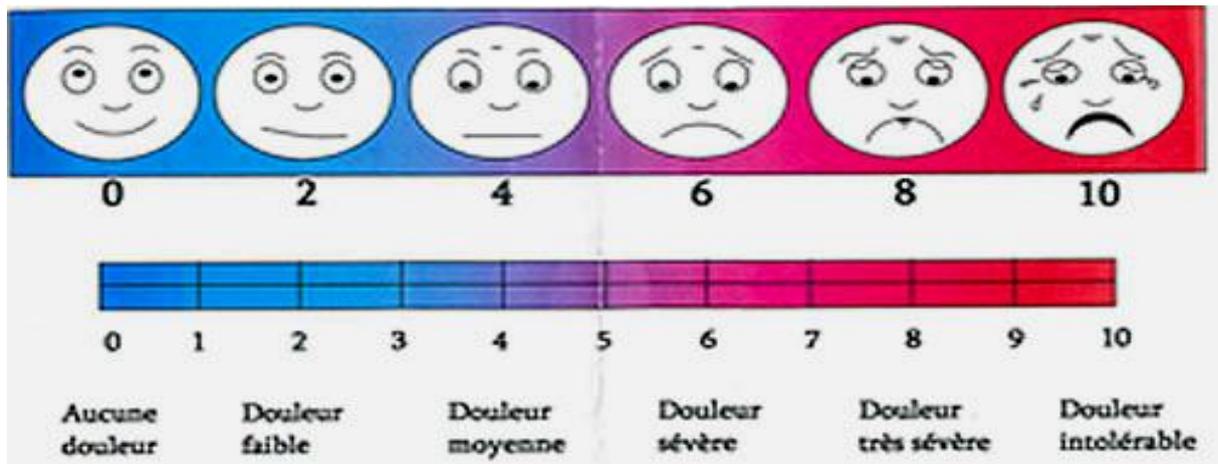
Recevez-vous des visiteurs :

Souvent Rarement Jamais

Avez-vous bénéficié d'un moyen d'immobilisation :

Oui Non

Évaluations de la douleur :



Au cours de l'acte opératoire

la durée d'hospitalisation avant l'acte :

.....

Avez-vous reçus des informations relatives à l'acte opératoire :

Oui Non

-Si oui comment avez-vous les trouver :

Bonne Moyenne Modeste

Au Bloc

3-1 types d'anesthésie :

Anesthésie Générale Anesthésie loco -régionale

3-2 la durée de l'acte opératoire :

.....

B. Évaluation postopératoire :

-Complications postopératoires :

Présent Absent

-Si présent quels types de complications

.....

MERCI

2 questionnaire d'anxiété générale de Spielberger :

Ce questionnaire évalue votre anxiété dans la vie en générale, et se réfère à l'anxiété trait. C'est une disposition stable de la personnalité.

Instructions :

Ci-après figurent un certain nombre de déclarations que les gens utilisent souvent pour se décrire. Lisez chacun des énoncés et cochez dans le case appropriée de droite ce qui convient le mieux à la façon dont vous vous sentez en général.

Il n'existe ni bonnes ni mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur chacun des points, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux ce que vous ressentez **généralement**. Répondez à toutes les questions et ne cochez qu'une case pour chacune d'entre elles.

1	Je me sens dans de bonnes dispositions	Presque	Parfois	Souvent	Presque toujours
2	Je me sens nerveux et agité	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
3	Je suis content de moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
4	Je voudrais être aussi heureux que les autres semblent l'être	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
5	Je me sens un raté	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
6	Je me sens paisible	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
7	Je suis calme, détendu et de sang froid	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
8	J'ai l'impression que les difficultés se multiplient à un point tel que je ne peux les surmonter	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
9	Je m'inquiète trop à propos de choses qui n'en valent pas la peine	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
10	Je suis heureux	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
11	J'ai des pensées qui me tourmentent	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
12	Je manque de confiance en moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours

13	je suis sûr de moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
14	Je prends facilement des décisions	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
15	Je ne me sens pas à la hauteur	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
16	Je suis content	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
17	Des pensées sans importance me trottent dans la tête et me tracassent	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
18	Je ressens les contretemps si fortement que je ne peux les chasser de mon esprit	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
19	Je suis quelqu'un de calme	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
20	Je suis tendu ou agité dès que je réfléchis à mes soucis et problèmes actuels	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours

Cotation :

Pour pouvoir évaluer votre niveau d'anxiété il vous suffit de :

- > Compter 1 point pour la réponse Presque jamais, 2 points pour la réponse Parfois, 3 points pour la réponse Souvent et 4 point pour la réponse Presque toujours pour les questions 2, 4, 5, 8, 9, 11,12, 15, 17, 18, 20.

- > Pour les questions 1,3,6,7,10,13,14,16,19 : la cotation est inversée c'est-à-dire qu'il faut compter 4 points pour Presque jamais, 3 points pour Parfois, 2 points pour Souvent et 1 point pour Presque toujours.

Puis faites le total de vos points...

- > Chez les femmes la moyenne est de 47,13.

- > Chez les hommes la moyenne est de 39,27.

Si vous êtes au dessus de cette moyenne, vous avez une personnalité anxieuse. Au plus votre score est élevé au plus vous présentez une anxiété importante.

- > Chez les hommes, si vous dépassez le score de 51, vous êtes très anxieux et ceci interfère sur votre qualité de vie.

- > Chez les femmes, si vous dépassez le score de 61, vous êtes très anxieuse et ceci interfère sur votre qualité de vie.

3 -state trait inventory anxiety (STAI-E)

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et AL.

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-A

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Date de passation : _____

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis choisissez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme	•	•	•	•
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté	•	•	•	•
3. Je suis tendu(e), crispé(e)	•	•	•	•
4. Je me sens surmené(e)	•	•	•	•
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	•	•	•	•
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	•	•	•	•
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	•	•	•	•
8. Je me sens content(e)	•	•	•	•
9. Je me sens effrayé(e)	•	•	•	•
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)	•	•	•	•
11. Je sens que j'ai confiance en moi	•	•	•	•
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	•	•	•	•
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	•	•	•	•
14. Je me sens indécis(e)	•	•	•	•
15. Je suis déconcentré(e), détendu(e)	•	•	•	•
16. Je suis satisfait(e)	•	•	•	•
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)	•	•	•	•
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouter(e)	•	•	•	•
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)	•	•	•	•
20. Je me sens de bonne humeur, aimable	•	•	•	•

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et Al.

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-B

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Date de passation : _____

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GÉNÉRALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments HABITUELS.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur, aimable	•	•	•	•
22. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e)	•	•	•	•
23. Je me sens content(e) de moi	•	•	•	•
24. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres	•	•	•	•
25. J'ai un sentiment d'échec	•	•	•	•
26. Je me sens reposé(e)	•	•	•	•
27. J'ai tout mon sang-froid	•	•	•	•
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	•	•	•	•
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance	•	•	•	•
30. Je me sens heureux (heureuse)	•	•	•	•
31. J'ai des pensées qui me perturbent	•	•	•	•
32. Je manque de confiance en moi	•	•	•	•
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	•	•	•	•
34. Je prends facilement des décisions	•	•	•	•
35. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur	•	•	•	•
36. Je suis satisfait(e)	•	•	•	•
37. Des idées sans importance trotant dans ma tête me dérangent	•	•	•	•
38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	•	•	•	•
39. Je suis une personne posée, solide, stable	•	•	•	•
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis	•	•	•	•

CORRIGE

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait
Forme Y-A

Assurez-vous d'être bien sur la page correspondant à ce corrigé. Ensuite, comptez simplement les points correspondant au cercle fait par le sujet sur la Feuille de réponses. Reportez le total dans les cases appropriées sur la Feuille de réponses. Référez-vous au manuel pour les données normatives.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1.....	4	3	2	1
2.....	4	3	2	1
3.....	1	2	3	4
4.....	1	2	3	4
5.....	4	3	2	1
6.....	1	2	3	4
7.....	1	2	3	4
8.....	4	3	2	1
9.....	1	2	3	4
10.....	4	3	2	1
11.....	4	3	2	1
12.....	1	2	3	4
13.....	1	2	3	4
14.....	1	2	3	4
15.....	4	3	2	1
16.....	4	3	2	1
17.....	1	2	3	4
18.....	1	2	3	4
19.....	4	3	2	1
20.....	4	3	2	1

CORRIGE

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait
Forme Y-B

	<i>Presque jamais</i>	<i>Parfois</i>	<i>Souvent</i>	<i>Presque toujours</i>
21.....	4	3	2	1
22.....	1	2	3	4
23.....	4	3	2	1
24.....	1	2	3	4
25.....	1	2	3	4
26.....	4	3	2	1
27.....	4	3	2	1
28.....	1	2	3	4
29.....	1	2	3	4
30.....	4	3	2	1
31.....	1	2	3	4
32.....	1	2	3	4
33.....	4	3	2	1
34.....	4	3	2	1
35.....	1	2	3	4
36.....	4	3	2	1
37.....	1	2	3	4
38.....	1	2	3	4
39.....	4	3	2	1
40.....	1	2	3	4

RÉFÉRENCES

- [1] le dico des définitions. (s.d.). Récupéré sur Lire tout: Définition de anxiété – Concept et Sens <http://lesdefinitions.fr/anxiete>.
- [2] Seligman, M. W. (s.d.). .Abnormal psychol
- [3] (s.d.). Le stress et l'anxiété . quebec: L'Association canadienne pour la santé mentale.
ogy. New York: elsevier masson .
- [4] ADAM P., H. C. (Paris, 1994). Sociologie de la maladie et de la médecine.
- [5] Itinéraire de l'angoisse dans l'histoire de la psychiatrie – 7eme Journée Atelier Histoire des concepts – L'abréaction des affects apcof.fr/texte/itineraire-de-langoisse-dans-lhistoire-de-la-psychiatrie/
- [6] Boissier de Sauvages F., Nosologie méthodique, vol 1, Lyon, 1772, p74.
- [7] [universalis .fr anxiété](http://universalis.fr/anxiété)
- [8] Chapitre 9 Anxiété et psychothérapie de soutien Psychothérapie de soutien © 2012 Elsevier Masson SAS.
- [9] www.mediagoras.fr
- [10] [Www. Anxiété .Fr](http://Www.Anxiété.Fr)
- [11] ©<http://www.cnrdr.fr/L---anxiete---preoperatoire.html>
- [12] <http://www.stepp.ca/troubles-anxieux-introduction/>
- [13] Centre collégial de soutien à l'intégration – Cégep de Sainte-Foy page 1
https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/Fiche_Troubles_anxieux_dsm-v_01.pdf
- [14] Mini DSM–5 Critères diagnostiques
- [15] ÉCOUTE, INFORMATION, RÉFÉRENCES 514 REVIVRE (738–4873) Sans frais : 1 866
REVIVRE Revivre.org LA PHOBIE SOCIALE (OU LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE)
Brian Bexton, M.D., psychiatre, psychanalyste et vice-président de Revivre
- [16] <https://upbility.fr/blogs/news/idees-recues-a-propos-du-mutisme-selectif>

- [17] <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-psychiatriques-chez-l-enfant-et-l-adolescent/trouble-d-anxi%C3%A9t%C3%A9-de-s%C3%A9paration>
- [18] https://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/articles_pdf/le_toc.pdf fondation des maladies mentales
- [19] Révision médicale : Dr Jésus Cardenas, Directeur médical de Doctissimo, 06 novembre 2017 http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/principales_maladies/ps_2562_stress_post_trauma.htm
- [20] letat de stress post traumatique et ses troubles associes SYLVIE MOLENDARTICLE STRESS ET TRAUMA 2009
- [21] Dictionnaire encyclopédie Illustré, Edition Larousse 1997,1690 P
- [22] Petit Larousse illustré, Edition Larousse, 1984,1798.
- [23] ANX_PREOP_RES - Raccourci
- [24] REPELIN Danièle _ valeur d'un entretien pré opératoire études sur les soins et service infirmier cahier n 6 Lyon 1980, P 37.
- [25] LARIVEY Michelle -l'anxiété et l'angoisse, les Vigiles de l'équilibre mental.
- [26] https://www.infirmiers.com/pdf/memoire_jacques.pdf
- [27] Mémoire L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention e
- [28] Troubles psychiques post-opératoires en service de chirurgie général
- [29] Bisson, T. (1997). Le MMPI, pratique et évolutions d'un test de personnalité. Presses Universitaires de Grenoble, Col. La psychologie en plus. 175 P.
- [30] Filloux, j-CI. (1961). La personnalité. Presses Universitaires de France, Col. Que sais-je.

- [31] <https://www.chuv.ch/fr/otr/otr-home/>
- [32] Article original **Mesure de l'anxiété et du besoin d'informations préopératoire en six questions** **Measure of preoperative anxiety and need for information with six issues**
Author links open overlay panelJ.–
M.Wattier^aO.Barreau^aP.Devos^bS.Prevost^aB.Vallet^aG.Lebuffe^a
Show more <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.03.010>
- [33] Badner NH , Niel son . WR , munks . Preoperative anxiety: detection and contributing factors , can J Anaesth 1990; 37;444-7
- [34] <https://www.scopus.com/home.uri> (determinants of surgery related anxiety in cataract patients . Br . J. ophtalmol 2004 ; 88:1310-4.
- [35] impact des facteurs psycho-sociales sur l'anxiété en pré et post opératoire
- [36] TEO C. S, FOONG W, LUI H. H, VIGNEHSA H, ELLIOT J, MILGROM P. Prevalence of dental fear in young adult singaporeans. Int Dent J, 1990 ; 40 : 37-42.
- [37] ELI I, UZIEL N, BAHT R, KLEINHAUZ M. Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. Community Dent Oral Epidemiol, 1997 ; 25 : 233-7.
- [38] LOCKER D, THOMSON W. M, POULTON R. Psychological Disorder Conditioning Experiences and the Onset of Dental Anxiety in Early Adulthood. J Dent Res, 2001 ; 80 : 1588-92.
- [39] SERRA E., *Douleur et anxiété : une association sous-estimée*, Annales psychiatriques, 1999, résumé
- [40] 5- Edwalds-Kvist SB, Hirvonen T, Kvist M, Lertola K, Niemi P. Depression, anxiety, hostility and hysterectomy. J. Psychosom. Obstet.gynecol 2005; 26(3): 193-204.(référence)

- [41] Franks LS, Spencer C. Informing parents about anesthesia for children's surgery: a critical literature review. *Patient Educ Couns* 2005; 59(2): 117-25.
- [42] Gadacz TR. A changing culture in interpersonal and communications skills. *Am. Surg* 2003; 69(6): 453-8.
- [43] Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. *Br. J. Psychiatry. Special* 1969; 3: 76-79



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

أطروحة رقم 19/181

سنة 2019

القلق ما قبل وبعد الجراحة:
تجربة مصلحة علم الجروح والتجبير بالمستشفى
العسكري مولاي اسماعيل بمكناس
(بصدد 100 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2019/10/21

من طرف

الانسة شملال سناء

المزداة في 1993/01/01 بتازة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

جرح بدني - بعد الجراحة - قبل الجراحة - قلق

اللجنة

الرئيس السيد رشيد اعوان أستاذ في علم الأمراض النفسية
المشرف السيد محسن يساري أستاذ مبرز في الأمراض النفسية
أعضاء السيدة شادية أعراب أستاذة في علم الأمراض النفسية
 السيد جمال الواسطي أستاذ مبرز علم الجروح والتجبير
 السيد حسن الجزائري أستاذ مبرز في علم الجروح والتجبير