

L'état d'anxiété en situation préopératoire et postopératoire chez l'adulte en chirurgie d'amputation d'un membre inférieur.**Anxiety state in adults preoperative and postoperative conditions in lower limb amputation surgery****Aourir Lamia^{1*}, Nini Mohamed Nadjib²****aou.lamia@yahoo.com****¹ Laboratoire Interdisciplinaire Santé et Population,
Université Abderhmane Mira de Béjaia (Algérie)****² Université de Constantine (Algérie)****Receipt date: 01/09/2018; acceptance date: 28/09/2018; publishing Date: 30/06/2019**

Résumé Les objectifs de cette étude est de suivre l'évolution de l'anxiété état d'un même sujet dans les deux situations préopératoire et postopératoire, d'effectuer une synthèse de la notion d'anxiété, de ses manifestations cliniques. Il est essentiel de prévoir les réactions émotionnelles des patients candidats à une chirurgie d'amputation d'un membre inférieur. L'étude repose sur les données recueillies au cours d'un entretien clinique semi-directif auprès de 13 patients qui ont accepté de participer à notre recherche et de compléter l'inventaire d'anxiété état de Spielberger. La théorie de Spielberger sur l'état d'anxiété constitue le cadre théorique de notre étude. La comparaison de l'anxiété à chaque temps d'évaluation avant-après l'opération a été effectuée à l'aide de test de Wilcoxon pour échantillons appariés. Les résultats, obtenus montrent que l'ensemble des patients sont anxieux dans les deux périodes préopératoires et postopératoires avec des niveaux d'anxiété allant de l'anxiété moyenne à l'anxiété élevée.

Mots clés : Chirurgie ; Amputation ; Anxiété état ; préopératoire ; postopératoire.

Summary: The objectives of this study are to follow the evolution of anxiety state of the same subject in both preoperative and postoperative situations, to carry out a synthesis of the notion of anxiety, its clinical manifestations. It is essential to anticipate the emotional responses of patients who are candidates for lower limb amputation surgery. The study is based on data collected during a semi-directive clinical interview with 13 patients who agreed to participate in our research and complete Spielberger state anxiety inventory. Spielberger theory of anxiety is the theoretical framework of our study. The anxiety comparison at each pre-postoperative evaluation time was performed using Wilcoxon paired sample test. The results, obtained show that all patients are anxious in both preoperative and postoperative periods with anxiety levels ranging from average anxiety to high anxiety.

Key words: Surgery; Amputation; State; preoperative; postoperative anxiousness.

* Corresponding author

Introduction

Les individus confrontés à l'intervention chirurgicale agissent différemment, face à cette situation considérée comme hostile et menaçante à leur bien être, à leur intégrité physique voir à leur survie. L'expression des réactions psychologiques est propre à chaque personne. Selon le dictionnaire médical Manuila l'opération chirurgicale est : « toute intervention chirurgicale pratiquée sur l'organisme vivant au moyen d'instrument après incision permettant une voie d'accès sur le champ opératoire ». (Manuila et al, 2004, p.348).

En effet selon Giovannini (1986, p.132-133) : « Dans le domaine chirurgical, on s'accorde aujourd'hui à reconnaître la nécessité de prêter une attention plus grande et plus ponctuelles aux problèmes psychologiques qui se manifestent dans la relation avec les patients. On ne peut en effet oublier que le patient vit intensément l'expérience chirurgicale. C'est pourquoi une attention plus rigoureuse s'impose aux processus psychologiques qui régissent le comportement du patient tout au long de la séquence de circonstances, depuis la décision de l'intervention jusqu'aux problèmes de réadaptation qui suivent la convalescence ».

De même Giovannini stipule (ibid., p.133) que : « l'attention aux aspects psychologiques inhérents à la pratique chirurgicale est également nécessaire à la compréhension de certains phénomènes qui se manifestent après l'intervention, ainsi les suites d'une opération techniquement réussie ne présente pas toujours les mêmes phénoménologies, au contraire, on observe dans certains cas des séquelles de phénomènes comportementaux qui dépassent les limites prévue et impliquent tout le patrimoine émotif du patient à travers une série de réactions de défense susceptibles de contrecarrer la convalescence fonctionnelle postopératoire. De manière générale, nous pouvons dire avec Razavi & Delvaux (2002) qu'il est difficile de détecter les réactions psychologiques notamment le mode d'expression des émotions rencontrées en période pré et post opératoire.

La complexité des réactions psychologiques face, à une intervention chirurgicale font qu'elles sont des fois imprévisibles, en effet Carpenito (2004, p.73) signalait que : « l'intervention chirurgicale produit chez le patient des réactions à la fois prévisibles et imprévues. Grâce à une évaluation vigilante on peut identifier les patients qui présentent un risque élevé de complication et ceux qui réagissent négativement à l'expérience médicale ».

D'autres auteurs comme Henry et Thomson (2004, p.3). mettent en évidence que : « Quel que soit l'organe ou la région qui requiert une attention chirurgicale, toute invasion physique du corps fait peur et il existe même une croyance insistante, mais rarement justifiée de façon rationnelle, selon laquelle passer par la chirurgie consiste à frôler la mort de près ».

Notre étude se centre sur la chirurgie d'amputation d'un membre inférieur. Il nous semble intéressant d'essayer de comprendre les réactions psychologiques face à une intervention chirurgicale, notamment la chirurgie d'amputation. Par définition l'amputation est une intervention chirurgicale majeure et mutilante qui correspond à la perte d'un membre, « c'est une intervention chirurgicale qui consiste à sectionner une partie du corps, habituellement un membre. Les causes les plus fréquentes rendent nécessaire l'amputation d'un membre inférieur sont les suivantes : insuffisance artérielle périphérique chronique (souvent une complication du diabète), gangrène fulminante, traumatisme (blessure par écrasement, brûlure, gelure, brûlure électrique), malformation, ostéomyélite chronique ou tumeur maligne ». (Bare et al, 2006, p.423).

Par ailleurs il faut noter que « l'amputation d'un membre inférieur constitue, pour la personne qui la subit, une épreuve à la fois physique et psychologique majeure. L'évidence de la déficience, associée à celle de la perte corporelle est immédiate, et l'espoir d'une éventuelle récupération de la fonction repose entièrement sur les vertus du futur appareillage. (Ménager, 2002, p.1).

Il en est de même pour Tremblay (1995, P. 1) qui stipule que : « Quels que soient le contexte et l'indication de l'amputation, il s'agit toujours d'un geste chirurgical majeur, tant sur le plan psychologique qu'organique, il est toujours ressenti comme un événement pénible pour le patient et pour l'équipe soignante et assimilé à un échec ».

Ainsi il faut signaler que selon l'étude d'Ollendorf et al, 1998, et OMS, 2005 (Cité par OCDE : Organisation de coopération et de développement économique, 2009) : « ...les admissions à l'hôpital pour l'amputation des membres inférieurs reflètent la qualité du traitement des complications du diabète. Les amputations non traumatiques sont 15 fois plus fréquentes parmi les patients diabétiques que dans l'ensemble de la population et 80% des amputations auraient pu être évitées d'après les estimations de l'OMS ».

Selon Jurisic et Marusic (2009, cités par Mikolajczak, 2013, p.224), les difficultés psychologiques les plus fréquentes à la suite de l'amputation sont l'anxiété, les troubles de l'humeur et de l'adaptation, et les phénomènes de dissociation.

Selon Horgan et Mclachan (2004, cité par Mikolajczak, 2013, p.225) : « l'anxiété serait à la mesure de l'adaptation psychosociale requise par l'amputation. Des études basées sur des patients amputés depuis un an ou moins montrent que durant cette période, les niveaux d'anxiété sont élevés. Cette anxiété diminue toutefois après un an ». D'après ces deux auteurs, les symptômes dépressifs et anxieux observés chez les individus en phase de post amputation peuvent être considérés comme une réaction normale à la perte du membre. La douleur fantôme semble jouer un rôle au niveau de l'opposition d'anxiété vis-à-vis de l'image corporelle et est également associée à d'autres facteurs comme le stress ou la dépression. On observerait des épisodes dépressifs aigus allant jusqu'à deux ans après l'amputation, lesquels diminueraient ensuite sur une période de deux à dix ans.

Carpenito (op.cit., 2004, p.43) quant à elle met en avant l'idée que le « traumatisme planifié, l'intervention chirurgicale suscite un éventail de réactions psychologiques et physiologiques du client qui se fondent sur ses expériences passées personnelles et uniques, ses stratégies habituelles d'adaptation, ses ressources et ses limites. La plupart des clients et de leur famille considèrent généralement toute intervention chirurgicale, indépendamment de sa complexité, comme événement majeur et réagissent par un certain degré d'anxiété et de peur ».

« La plupart des patients qui envisagent une expérience chirurgicale ressent de la peur et de l'anxiété. Les incertitudes inhérentes à l'intervention chirurgicale engendrent l'anxiété, l'anticipation de la douleur, des incisions et de l'immobilité peuvent générer la peur. (Carpenito, op.cit., p.44).

De leur côté Lewis, Heitkemper et al. (2011, P70). affirment que, le client peut également souffrir d'anxiété et de dépression après une opération ; ces états peuvent se manifester chez tout client qui a perdu une partie ou une fonction du corps, ou encore qui a une autonomie réduite pendant le processus de rétablissement et de réadaptation. Les chirurgies radicales qui entraînent des modifications des fonctions corporelles ou les résultats chirurgicaux qui révèlent un mauvais pronostic peuvent causer des réactions psychologiques plus prononcées.

De l'avis de Bioy, Bourgeoise et Nègre (2003, P.53), la réaction psychologique la plus rencontrée en milieu hospitalier est l'anxiété : « la peur, l'anxiété et l'angoisse sont des états émotionnels accompagnés de productions physiques diverses. De même, toutes trois ont des retentissements somatiques. En milieu hospitalier, l'état le plus communément rencontré est celui qui est dit anxieux ».

On s'est aperçus que les facteurs démographiques de base (y compris l'âge et le sexe du patient) et l'histoire médicale de ce patient constituent de mauvais indicateurs des résultats psychologiques obtenus après l'opération, le type d'opération constitue, par contre, un bon indicateur de l'angoisse postopératoire bien que le degré d'association soit souvent bas (seulement 13% de la variance relative à l'angoisse post opératoire dans une des études Hegarvy et Chamings, 1957). (Broome et Wallace, 1984, pp. 221-222).

Il ressort de ce qui vient d'être cité, que l'émotion la plus rencontrée et ressentie en milieu hospitalier est l'anxiété qui est défini comme étant : « un sentiment pénible d'attente, une peur sans objet, la crainte d'un danger imprécis ». (Channouf et Rouan, 2002, p.231).

En effet, notre étude sur l'anxiété va se baser sur la théorie de Spielberger sur l'état et le trait d'anxiété, pour faire on va retenir pour cette recherche la définition suivante de Spielberger : « l'anxiété se définit comme un état comportant des sensations déplaisantes de tension et d'appréhension, perçues consciemment, accompagnées de l'activation ou de l'éveil du système autonome ». (Delmas et al, 1997, p.91).

Néanmoins, il faut faire la distinction entre deux types d'anxiété : l'anxiété trait et l'anxiété état. Spielberger sépare l'anxiété-état de l'anxiété-trait, la première « est une émotion transitoire caractérisée par un arousal physiologique et la perception de sentiments d'appréhension, de crainte et de tension », la seconde : « L'anxiété trait est par contre une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et, plus précisément la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressant ». (Pierluigi, 2003, p.12). Cependant Spielberger (cité par Dessureault, 1996, p.16) mentionne que : « la durée de réaction de l'état d'anxiété dépend de la persistance des stimuli existants et de l'expérience antérieure de l'individu dans des circonstances similaires. Le niveau de l'état d'anxiété est élevé lorsqu'un individu perçoit certaines conditions comme étant menaçantes. L'intensité de l'état d'anxiété doit être basse dans des situations non stressantes ou dans des conditions où un danger existant n'est pas perçu comme menaçant. Trois principes sous-tendent la théorie de l'anxiété état. En premier lieu, dans des situations évaluées par un individu comme menaçante, une réaction de l'état d'anxiété sera suscité au travers des mécanismes sensoriels et cognitifs. En second lieu, l'intensité d'une réaction de l'état d'anxiété sera proportionnelle à la somme des menaces que la situation pose à l'individu. Finalement, la durée d'une réaction de l'état d'anxiété dépendra de la persistance de l'interprétation par l'individu de la situation comme menaçante »

Pour les besoins de notre étude nous allons nous focaliser sur l'anxiété état (situationnelle) en période préopératoire et postopératoire. L'anxiété état (situationnelle) du patient au bloc opératoire notamment l'anxiété préopératoire et post opératoire n'est pas une catégorie diagnostique mais plutôt un secteur d'anxiété spécifique à l'acte chirurgical. Pour Richon (cité par Maward et Nazek, 2004, p.38), il existe une distinction entre anxiété pré et postopératoire : « L'anxiété préopératoire est une réaction normale : une mobilisation des défenses de quelqu'un qui se prépare psychologiquement, tandis qu'un état d'anxiété postopératoire survenant après le stress, doit être interpréter comme une rupture de l'intégration de la personnalité.

Le concept d'anxiété préopératoire désigne une forme de malaise physique et psychologique dont les manifestations et l'intensité sont variables, et qui peut avoir un impact important sur les suites médicales et psychologiques de l'intervention. (Amoureux et al, 2010, p.1). De même pour Amoureux et al. (2010, p.2), « il n'est pas aisé de situer précisément l'anxiété préopératoire au niveau psychopathologique, et de la rattacher à une entité nosographique. Si elle est d'intensité faible ou modérée, elle est une réaction adaptée à une situation anxiogène. Lorsqu'elle est massive, elle peut remplir les critères d'une attaque de panique.

Toutefois il faut noter que l'anxiété possède des degrés différents allant du domaine du normal au domaine pathologique : « sous sa forme modérée l'anxiété provoque un malaise chez la personne, sous sa forme la plus sévère, elle peut même entraver sérieusement le traitement et empêcher le patient de collaborer à ses soins ». (Bioy, Bourgeoise et Nègre, 2003, p.52).

Comme l'explique Graziani et Swendsen (2005, p.71, cité par Barthlomé 2009-2012, p. 29) : « une situation anxiogène n'est pas stressante à priori mais le devient en fonction des capacités du sujet à supporter la durée et /ou l'intensité de cette émotion ».

Appréhender l'anxiété nécessite d'abord de l'évaluer, donc la détermination du type et de l'intensité de l'anxiété nécessite le recours à des tests spécifiques, l'échelle de Spielberger : inventaire d'anxiété état-trait forme y (STAI-Y) est le test de référence.

Dans ce contexte Spielberger (1993, p.34) mis en évidence que : « La sensibilité de l'échelle d'anxiété-état à des stress situationnels a été démontrée à plusieurs reprises dans les recherches portant sur les réactions émotionnelles à l'intervention chirurgicale ».

Le questionnaire d'anxiété State-Trait Anxiety Inventory est constitué par deux auto questionnaires indépendants : son originalité réside dans la possibilité de quantifier de façon indépendante l'anxiété actuelle lors de la passation (Anxiété-état) et le tempérament anxieux habituel du sujet (anxiété-trait), chaque échelle comprend 20 items, les deux échelles peuvent être employées conjointement ou séparément. Le choix est fonction du but de l'évaluation. En général, l'échelle d'Anxiété-état est peu utilisée en clinique, elle est proposée surtout dans un but de recherche des symptômes anxieux lorsqu'un sujet est confronté à une situation anxiogène. (Sarron et Verra, 2004, p.36).

Dans le contexte des données présentées ci-dessus et des différentes recherches sur l'anxiété, les questions qui nous interpellent dans ce travail doctoral sont les suivantes :

- Les patients admis en chirurgie d'amputation d'un membre inférieur sont-ils anxieux en période préopératoire et postopératoire ?
- Y a-t-il une évolution dans l'intensité des scores de l'anxiété état d'un même sujet admis en chirurgie d'amputation d'un membre inférieur dans les deux périodes préopératoire et postopératoire ?

1-Les objectifs de la recherche

On souhaite tester si l'amputation d'un membre inférieur influence l'état d'anxiété en situation postopératoire donc si les scores de l'anxiété état (y) après amputation sont globalement supérieurs aux scores (x) avant amputation notés : $x < y$.

X : les scores d'anxiété état en situation préopératoire (avant amputation).

Y : les scores d'anxiété état en situation postopératoire (après amputation).

2-Hypothèses

2-1 Hypothèse principale

- Les patients admis en chirurgie d'amputation sont anxieux en période préopératoire et postopératoire.

2-2 Hypothèses partielles

- H_0 : les patients ayant un niveau d'anxiété état faible évaluée à l'aide de l'inventaire d'anxiété état de Spielberger présenteront un score faible d'anxiété état en situation postopératoire (après amputation). $H_0 : x = y$. (Autrement dit la moyenne des différences entre les valeurs de la paire de deux séries d'observations est nulle, donc il n'y a pas d'évolution dans les scores d'anxiété état).
- H_1 : les patients ayant un niveau d'anxiété état faible évaluée à l'aide de l'inventaire d'anxiété état de Spielberger présenteront un score élevé d'anxiété état en

postopératoire (après amputation). $H_1: x < y$. (Autrement dit la moyenne des différences entre les valeurs de la paire de deux séries d'observations n'est pas nulle, il existe une évolution dans les scores d'anxiété état).

3- Méthodologie

3-1 Données descriptives de l'échantillon

- **Les sujets (groupe de recherche)** : la population est composée de 13 patients candidats à une chirurgie d'amputation d'un membre inférieur (02 femmes et 11 hommes), l'âge des patients varie entre 30 et 65 ans avec une moyenne qui se situe à 47,5 ans. 76,92% mariés, 15,38% veuf, et 7,69 célibataires.
- **Critères d'inclusion** : - Consentement pour la participation à l'étude.
 - Sujets adultes (30ans -65ans)
 - Subir une intervention chirurgicale (chirurgie d'amputation).
 - subir la première amputation d'un membre inférieur.
- **Critère d'exclusion** : Les admissions en urgence.

3-2 Les outils de recherche

L'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger (1983) dans sa validation française. L'instrument se présente sous la forme de 40 questions notées de 1 à 4, l'anxiété état (20 items) mesurant un niveau temporaire d'angoisse liée à la situation du moment, l'anxiété trait (20 items) mesurant une disposition anxieuse générale stable chez le sujet. (Cyrulnik et Jorland, 2012, p.93). « Pour obtenir le score AE, on fait la somme des scores obtenus aux vingt items de la page A (items 1 à 20), puis on l'inscrit dans la case E en haut à droite de la page A. Ces scores varient de 20 (minimum) à 80 (maximum). Vérifier une seconde fois que le corrigé a été correctement placé à coté de la feuille de réponses, et que les scores à chaque item sont exacts. Vérifier aussi chacun des scores totaux ». (Spielberger, 1993, p. 13). « Chaque réponse à un item du STAI correspond à un score de 1 à 4, 1 indiquant le degré le plus faible d'anxiété, 4 le degré le plus fort. En plaçant le corrigé sur la page correspondante (Corrigé A sur la page A pour l'échelle d'Anxiété-E), on repère pour chaque item, à droite, le point entouré d'un cercle par le sujet...Les Items exprimant la présence d'anxiété : 3 – 4 – 6 – 7 – 9 – 12 – 13 – 14 – 17 – 18, par contre les Items exprimant l'absence d'anxiété : 1 – 2 – 5 – 8 – 10 – 11 – 15 – 16 – 19 – 20 ». (Spielberger, 1993, p. 13).

L'utilisation de l'échelle de l'anxiété de Spielberger a pour objectif de mesurer et de déterminer le niveau d'anxiété état des sujets candidats à une chirurgie d'amputation en situation préopératoire et postopératoire.

3-2 Enquête préliminaire

On a effectué la pré-enquête au niveau de l'hôpital Khalil Amrane de Béjaïa. Le but de cette pré-enquête est de s'assurer de la faisabilité de notre recherche par rapport à l'existence de notre échantillon, la pertinence des hypothèses, la théorie référentielle et les conditions d'étude.

3-3 Déroulement de l'enquête

Le projet de recherche a été présenté d'abord au personnel responsable dans l'hôpital afin de leur expliquer la nature et les objectifs de la recherche, puis nous avons effectué des visites au niveau des services concernés à savoir le service de chirurgie orthopédique et médecine interne à la recherche des patients qui vont subir une intervention chirurgicale (chirurgie

d'amputation d'un membre inférieur), nous avons inclus dans notre échantillon d'étude tous les patients remplissant les critères d'inclusion précités. On a procédé d'une manière identique pour tous les sujets, on s'est présenté en qualité de doctorante en psychologie clinique dans le cadre d'une recherche doctorale, l'étude avait été expliquée aux patients et après leur consentement (tout en leur assurant l'anonymat), on a procédé à la récolte des données par le biais d'abord d'un entretien clinique semi directif et administrer l'échelle de Spielberger pour la mesure d'anxiété état- trait outil réservé à l'adulte en période préopératoire et postopératoire.

3-4 La méthode de la recherche

L'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive, son objectif est de décrire la relation qui existe entre les composantes d'une situation donnée, le choix de cette méthode a été dicté par la nature de notre étude, afin de cerner mieux notre thème et cela par l'utilisation d'un entretien clinique de recherche et des échelles.

4- Résultats

Les résultats de notre recherche sont exprimés en données numériques à savoir la moyenne, l'écart-type, la variance, la statistique de Wilcoxon. Étant donné la taille de notre échantillon (petit échantillon $n < 20$) et le but de notre recherche qui est d'effectuer une comparaison de deux moyennes issues de deux échantillons non indépendants ou sur une paire de deux observations (x, y) : mesure avant- après ; l'analyse statistique a été réalisée en utilisant le test des rangs de Wilcoxon (test non paramétrique pour échantillons appariés pour la comparaison de l'anxiété à chaque temps d'évaluation (T1-T2) avant et après amputation. Le degré de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

Tableau 1 : résultats des scores de l'anxiété.

	préopératoire	postopératoire
Moyenne	57,69	60,30
Ecart type	3,17	2,81
Variance	9,28	7,89
W	w=w0=18	
p	0,058	

A la lumière de ces résultats, on constate que l'ensemble des patients sont anxieux dans les deux périodes préopératoires et postopératoires avec des niveaux d'anxiété allant de l'anxiété moyenne à l'anxiété élevée.

En effet on a observé que 76,92% des patients présentant une anxiété élevée en période préopératoire présenteront toujours une anxiété élevée en post opératoire. Cependant, il faut préciser que 15,38% des patients présentent une diminution des scores de l'anxiété état en postopératoire, mais qui restent toujours dans l'intervalle de classement des notes T de l'anxiété en niveau élevé. (Soit de 56 à 65). Aussi, il est important de préciser que seulement 7,69% des patients présentent une diminution de l'anxiété en période postopératoire (de l'anxiété élevée à l'anxiété moyenne).

La lecture de tableau 1 permet de constater que $w_0=18$, $P_{H_0}= 0,0287$. $W_c < w_0$ ($w_c = 17$: valeur critique tabulée : table de Wilcoxon). Donc on rejette l'hypothèse nulle H_0 (les échantillons ne

sont pas homogènes autrement dit il y a une différence entre les valeurs de la paire des deux séries des scores d'anxiété état.

5- Discussion

Cette partie présente une discussion des résultats de l'étude à la lumière des écrits théoriques et empiriques disponible sur le sujet.

Notre étude permet de constater que l'ensemble des patients candidats à une chirurgie d'amputation sont anxieux dans les deux périodes préopératoire et postopératoire. Aussi ces résultats s'accordent avec notre première hypothèse principale selon laquelle : « Les patients admis en chirurgie d'amputation sont anxieux en période préopératoire et postopératoire ». Elle est retenue comme vraie. Néanmoins les hypothèses H_0 et H_1 qui postulent successivement que : H_0 : « les patients ayant un niveau d'anxiété état faible évaluée à l'aide de l'inventaire d'anxiété état de Spielberger présenteront un score faible d'anxiété état en situation postopératoire (après amputation) ». Et H_1 : « les patients ayant un niveau d'anxiété état faible évaluée à l'aide de l'inventaire d'anxiété état de Spielberger présenteront un score élevé d'anxiété état en postopératoire (après amputation) ». Ne sont pas confirmées. Ce qui s'accorde avec plusieurs études qui déterminent que l'anxiété est une émotion universelle et que l'hospitalisation notamment pour une chirurgie est une source d'anxiété chez les patient, en effet des auteurs comme Gérard Emilien et al soutiennent que : « l'anxiété fait partie de la vie ». (Emilien et al, 2003, p.10). Selon Mclean (1990), la présence de l'anxiété est presque universelle chez les patients durant la période préopératoire et se manifeste à un degré variable. (Cité par Müller-Poitevien1996, P12). Cette augmentation des scores de l'anxiété état en situation postopératoire révèle que l'amputation d'un membre inférieur est particulièrement anxiogène en dépit de l'acte opératoire lui-même et vécu sur le mode de la perte. Cela rejoint l'avis de Spielberger selon lequel : « Le niveau de l'état d'anxiété est élevé lorsqu'un individu perçoit certaines conditions comme étant menaçantes ». (Cité par Dessureault, 1996, p.16.). Aussi selon Delmas et al : « le stress chirurgical comporte une menace pour le patient et se traduit par une augmentation du score de l'anxiété situationnelle » (P. Delmas, C. Arnol, L. cloutier, 1997, p. 91). Les patients adultes qui ont des niveaux importants d'anxiété préopératoire ont un réveil postopératoire plus lent, plus compliqué et plus douloureux. (Amoureux R et al, 2009, p.6). Comme nous l'avons évoqué plus haut et selon Carpenito : « La plupart des patients qui envisagent une expérience chirurgicale ressent de la peur et de l'anxiété. Les incertitudes inhérentes à l'intervention chirurgicale engendrent l'anxiété, l'anticipation de la douleur, des incisions et de l'immobilité peuvent générer la peur. De plus de nombreuses études rendent compte que : « l'angoisse préopératoire prédit l'angoisse postopératoire : les patients qui sont les plus angoissés avant l'opération sont les plus angoissés après l'opération ». (Broome et Wallace, 1984). (Carpenito2004, P44). Aussi et selon Lewis, Heitkemper et al Les chirurgies radicales qui entraînent des modifications des fonctions corporelles ou les résultats chirurgicaux qui révèlent un mauvais pronostic peuvent causer des réactions psychologiques plus prononcés. (Lewis, Heitkemper et al, 2011, P70). Cela rejoint aussi les affirmations de Johnston (1980) rapportées dans son article rendant compte de quatre études relatives à l'effet de l'anxiété et de la chirurgie...les résultats combinés de ces études ont permis de mettre en évidence que l'anxiété des patients si elle n'était pas contrôlée durant la période préopératoire persistait au cours de l'intervention et même après et cela jusqu'à cinq à six jours post chirurgicaux. (Müller-Poitevien1996, P13).

Conclusion

L'étude répond aux objectifs qu'elle s'était donnée. En effet, elle a permis d'évaluer les scores d'anxiété des patients admis en chirurgie d'amputation dans les deux périodes préopératoires et postopératoires, de suivre son évolution et d'effectuer une synthèse de la notion d'anxiété en se basant sur des assises théoriques et empiriques. Après analyse et discussion des différents résultats obtenus nous pensons pouvoir confirmer la première hypothèse principale ; elle est donc retenue comme vraie. L'hypothèse H0 et H1 sont rejetées. Ces résultats s'accordent avec les résultats de plusieurs études précitées, notamment celle de Spielberger. Toutefois les résultats obtenus nécessitent d'être confirmés auprès d'un échantillon plus important, d'utiliser un autre instrument de mesure d'anxiété. Aussi ces résultats témoignent de l'importance d'une mise en évidence des réactions psychologiques des patients admis pour une chirurgie d'amputation d'un membre inférieur pour un meilleur accompagnement psychologique des patients en période préopératoire et postopératoire.

Références

- 1) Amoureux, R., & al. (2010). *L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention*. *Annales médico-psychologiques*, 168, (8), 588-59.
- 2) Bare, B. G., & Sholtis, B L. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie* (4^e éd). Bruxelles : De Boeck.
- 3) Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre. (2003). *La communication entre soignant-soigné: repères et pratiques*. Paris : Bréal.
- 4) Broom A., Wallace L. (1984). *Psychologie et problèmes gynécologiques*. Belgique : Pierre Mardaga.
- 5) Carpenito L J. (2004). *plans de soins et dossiers infirmiers : diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration* (2^e éd). Paris : De Boeck.
- 6) Channouf, A., & Rouan, G. (2002). *Emotions et Cognitions*. (1^e éd). Bruxelles : De Boeck.
- 7) Cyrulnik, B., & Jorland, G. (2012). *Résilience : connaissances de base*. Paris : Odile Jacob.
- 8) Delmas, P., Arnol, C., & Cloutier, L. (1997). *L'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adulte opéré*. *Recherche en soins infirmiers*,
- 9) Dessureault, D. (1996). *Motivation et estime de soi : leur influence sur l'anxiété vécue en stage par des étudiantes de première année en soins infirmiers au collégial*. Mémoire de la maîtrise en éducation L'université du à Trois-Rivières, Québec.
- 10) Emilien, G. & al. *L'anxiété sociale*. (2003). Belgique : Mardaga.
- 11) Giovannini, D. & al. (1986). *Psychologie et santé*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- 12) Graziani, P. (2003). *Anxiété et troubles anxieux*. Paris : Nathan.
- 13) Henry, M., & Thompson, J N. (2004). *Chirurgie clinique : technique et pratique*. Canada : de Boeck.
- 14) Mantik Lewis, S., Heitkemper, M. (2011). *Soins infirmiers : médecine chirurgie*. (3^e éd). Canada : de Boeck.
- 15) Manuila, A., Manuila, L., & al. (2004). *Dictionnaire Médical Manuila*. (10^e éd). Paris : Masson.
- 16) Maward, L. & Azar, N. (2004). *Etude comparative de l'anxiété entre patients informés et non informés en période*. *Recherche en soins infirmiers*, 78, 35-58.
- 17) Ménager, D. (2002). *Amputations du membre inférieur et appareillage, encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : éd Elsevier.

- 18) Müller-Poitevien, C., *Evaluation de l'efficacité de l'information détaillée sur l'anxiété en préopératoire : une méta-analyse*. Mémoire en vue de l'obtention de grade de maître ès Science (M. Sc.), Université de Sherbrooke, Canada.
- 19) Organisation de coopération et de développement économique. (2009). *Panorama de la santé 2009 : les indicateurs de l'OCDE*. éd OCDE.
- 20) Razavi D., Delvaux, N. (2002). *Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille*. (2^{éd}). Paris : Masson.
- 21) Sarron, C M., & Verra, L. (2004). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*. (2^e éd). Paris : Masson.
- 22) Spielberger, C D. (1993). *Inventaire d'Anxiété Etat-Trait forme Y (STAI-Y)*. Paris : éd ECPA.
- 23) Tremblay, B. (1995). *Les amputations. Développement et santé*, 116.

Annexe

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et al.
Inventaire d'anxiété Etat-Trait / forme Y-A

Non : Prénom :
Age : Sexe :
Date de passation :

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, 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 indécise(e)
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)
16. Je suis satisfait(e).....
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).....
18. Je ne sais plus ou j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté (e).....
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e).....
20. Je me sens de bonne humeur, aimable.....