

Dépistage de l'anxiété pré-opératoire

François Sirois and Andrée Bourgeois

Volume 16, Number 2, Fall 1991

Crise et intervention

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032240ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032240ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Sirois, F. & Bourgeois, A. (1991). Dépistage de l'anxiété pré-opératoire. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 315–319. <https://doi.org/10.7202/032240ar>



Communication brève

Dépistage de l'anxiété pré-opératoire

Cette étude préliminaire a pour objet de rendre compte d'une méthode d'évaluation pré-opératoire courte, simple et rapide du risque de délirium post-opératoire encouru par le patient qui doit subir un pontage aorto-coronarien.

L'intérêt de cette question tient à plusieurs facteurs. La fréquence des interventions chirurgicales de pontage aorto-coronarien est élevée en Amérique du Nord et leur nombre tend à progresser. Le délirium qui survient à la suite d'une chirurgie cardiaque est une complication courante (au moins 15 % des cas) qui nécessite une période d'hospitalisation plus longue. On a constaté qu'une évaluation pré-opératoire contribuait à diminuer la fréquence de tels syndromes.

Nous travaillons à la mise au point d'un instrument d'évaluation en dix points à partir d'un questionnaire qui serait rempli par les infirmières lors de la préparation des patients pour l'opération. Il s'agit d'identifier avant l'intervention chirurgicale les patients à risque, de manière à leur proposer une entrevue psychiatrique pré-opératoire. Ce questionnaire repose sur une hypothèse de base: l'angoisse représente un important facteur de risque de délirium post-opératoire¹. Sans vouloir minimiser les facteurs médico-chirurgicaux, nous avons cherché à mettre en évidence le fait que l'intervention du psychiatre peut, dans certains cas, contribuer à diminuer certaines complications du pontage aorto-coronarien.

Matériel et méthode

À partir de nos propres démarches cliniques, nous avons construit une fiche en dix points². Cette fiche est remplie pendant le séjour du patient à l'hôpital, le plus souvent la veille de l'intervention chirurgicale. Il s'agit de déceler, à l'aide d'énoncés, deux sources potentielles

d'angoisse. La première est liée à l'opération elle-même: le manque de préparation dû à l'urgence de la décision, l'ambivalence du patient face à l'opération, la peur de mourir, la dénégation et l'excès de vigilance (questions 1, 2, 5, 6, 8). La seconde concerne des traits de personnalité et des habitudes de vie: problèmes d'insomnie actuels ou chroniques, probabilité de comportement de type A, difficulté probable d'accepter de régresser durant l'hospitalisation (i.e. de perdre une partie de son autonomie et de fonctionner sous un mode qui est plus près de celui de l'enfant que de l'adulte), probabilité de problèmes d'alcoolisme, anxiété chronique (questions 3, 4, 7, 9, 10). La grille d'évaluation comporte des faits (items 1, 3, 5, 6, 10) et des opinions (items 2, 4, 7, 8, 9). Il ne s'agit pas d'un instrument scientifique mais d'un outil pragmatique. Pour tenir compte des facteurs spécifiques liés au contexte clinique, il nous a semblé préférable d'utiliser une grille d'évaluation faite sur mesure plutôt qu'un test standard d'anxiété.

L'un des deux auteurs a évalué à l'aide d'un questionnaire chacun des trente-six patients qui attendaient de subir un pontage aorto-coronarien et leur a attribué une cote relative à l'anxiété. La grande majorité des évaluations ont été faites 24 heures avant l'opération. L'étude a été réalisée en trois semaines au printemps 1990.

Pendant la période post-opératoire, ou plus précisément de 24 à 96 heures après l'intervention chirurgicale, le premier auteur a évalué tous les patients pour vérifier la présence de symptômes de délirium. L'échelle de Trzepacz a été adoptée pour cette évaluation. Dans sa version originale, cette échelle est beaucoup plus sensible que celle de Folstein. Les évaluations post-opératoires ont été faites à double insu³ par rapport aux évaluations pré-opératoires.

Le groupe de patients étudiés comprenait 10 femmes et 26 hommes âgés entre 41 et 78 ans. Cinq étaient dans la quarantaine, 4 dans la cinquantaine, 20 dans la soixantaine et 7 étaient des septuagénaires. 29 de ces patients ont été admis directement au département de chirurgie cardiaque pour l'intervention chirurgicale. Les 7 autres patients ont été transférés du département de cardiologie au cours de leur hospitalisation.

Résultats

1. Évaluation pré-opératoire

Le score moyen obtenu par les patients lors de l'évaluation est de 2,86. Les résultats des divers patients s'échelonnent entre 1 et 5, et l'échelle comporte un maximum de 10 points. Dans cet intervalle, la

distribution est normale (soit respectivement 6, 8, 11, 7, 4). Les hommes ont une cote moyenne de 3,0 et les femmes, de 2,5. Les 29 patients admis directement en chirurgie cardiaque ont une cote de 2,06; ceux qui proviennent du département de cardiologie ont une cote de 3,28. Les patients qui sont dans la quarantaine et la soixantaine ont des cotes inférieures à la moyenne (soit respectivement 2,4 et 2,75, et ceux qui sont dans la cinquantaine ainsi que ceux qui ont 70 ans et plus obtiennent des cotes supérieures (respectivement 3,5 et 3,1). Nous avons établi la ligne de partage de la grille à 4. On considère que les résultats sont négatifs dans le cas des patients ayant obtenu une cote de 3 ou moins, c'est-à-dire que ces patients ne révèlent pas un niveau d'anxiété significatif, et que les résultats sont positifs pour les patients dont la cote est de 4 ou 5 (11 patients), c'est-à-dire que ces derniers révèlent un niveau élevé d'anxiété.

2. Évaluation post-opératoire

Le score global moyen pour les 36 patients sur l'échelle de délirium est de 3,55. Les hommes ont une cote de 4,0 et les femmes, de 2,30. Les patients dans la quarantaine et dans la soixantaine ont des cotes supérieures à la moyenne (3,6 et 3,8), tandis que ceux qui sont dans la cinquantaine et ceux qui ont plus de 70 ans enregistrent des résultats inférieurs (cotes respectives de 2,75 et 3,28).

On observe une gradation linéaire dans les cotes qui dépend du délai encouru entre l'opération et l'évaluation: plus tôt a été faite l'évaluation, plus le score est faible, et plus l'évaluation s'est faite tardivement, plus le score est élevé. Nous avons établi la ligne de partage entre 3 et 4 au score global de l'évaluation post-opératoire. 19 patients ont des cotes de 3 et moins, tandis que 17 patients ont des cotes de 4 et plus.

3. Comparaison entre les deux évaluations

Suivant les lignes de partage des cotes décrites plus haut, la sensibilité du dépistage est de 0,636 (7/11) et la spécificité, de 0,60 (15/25). La compilation d'une mesure d'association comme le chi carré, avec ou sans correction de continuité, n'est pas significative: la probabilité ne dépasse pas 0,20. Quatre patients obtiennent de faux résultats positifs, c'est-à-dire que leur cote est élevée avant l'opération et basse par la suite. Dix patients enregistrent de faux résultats négatifs, c'est-à-dire qu'ils ont une cote basse avant l'opération et élevée après l'opération. On n'observe aucune association avec l'une ou l'autre des quatre variables susceptibles d'abaisser cette cote: l'âge, le sexe, le département de provenance ou le délai encouru dans la réalisation de l'évaluation.

Discussion

La première constatation qui ressort de cette étude préliminaire est l'utilité des items qui se rapportent aux faits, et l'inutilité relative, dans ce contexte, de cotations qui relèvent d'opinions. Il faut donc adopter, en ce qui concerne les outils de dépistage rapide, des indicateurs factuels plutôt que psychologiques. Les indicateurs factuels sont plus faciles à coter et sont valides dans la mesure où on présume leur association à des aspects psychologiques liés à l'angoisse. L'évaluation d'éléments psychologiques plus complexes comme l'ambivalence exige, par contre, des outils plus élaborés, comme l'entrevue psychiatrique.

La deuxième constatation a trait à l'évaluation de la pertinence de certains items du questionnaire pour déceler l'anxiété. Trois d'entre eux discriminent les patients qui obtiennent une cote élevée de ceux qui obtiennent une cote basse à l'évaluation post-opératoire. Le premier de ces items est la présence d'insomnie ou de cauchemars: 0,65 vs 0,36. Le deuxième item est le refus de voir le document vidéo illustrant la procédure chirurgicale: 0,23 vs 0,00. Le troisième item est la présence de problèmes d'alcoolisme: 0,41 vs 0,05.

Par ailleurs, trois autres items n'apparaissent aucunement discriminants. Ce sont: l'urgence de la décision d'opérer (0,41 vs 0,57); l'évocation de la peur de mourir (0,68 vs 0,68); la prise régulière de benzodiazépine (0,70 vs 0,68). Enfin, les quatre autres items, dont l'évaluation relève d'opinions, n'apparaissent d'aucune utilité au dépistage. Ce sont: l'ambivalence face à l'opération, le caractère impatient ou irritable du sujet, la difficulté à tolérer la routine de l'hôpital et l'attitude revendicative du patient (qui demande fréquemment des informations sur son état ou sur les procédures médicales ou hospitalières).

En somme, l'intérêt de cette étude est de proposer trois items cliniques qui peuvent être des indices avant l'opération de la probabilité d'un délirium ou d'une agitation post-opératoire. Ces trois items sont la présence d'insomnie ou de cauchemars, le refus de voir, avant l'opération, la bande vidéo expliquant la procédure chirurgicale, et la présence connue ou soupçonnée de problèmes d'alcoolisme. Cette étude comporte une conclusion importante: le caractère urgent ou semi-urgent de la décision n'a pas d'influence sur le taux de délirium post-opératoire.

NOTES

1. Le délirium post-opératoire est un état de confusion avec ou sans agitation provenant d'une altération provisoire des facultés mentales supérieures.
2. La fiche d'évaluation est disponible en en faisant la demande aux auteurs.

3. Ceci signifie qu'un des auteurs a fait une évaluation pré-opératoire et que l'autre a fait l'évaluation post-opératoire sans que l'un ou l'autre ne connaisse l'évaluation de l'autre.

RÉFÉRENCES

- DUBIN, W., FIELD, H., GASTFRIEND, B.S., 1979, Post cardiomy delirium: A critical review, *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, 77, 586-594
- FOLSTEIN, M., FOLSTEIN, S., MELTUGH, P., 1975, Mini-mental state, *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- SIROIS, F., 1988, Delirium: 100 cases, *Canadian Journal of Psychiatry*, 375-378.
- TRZEPACZ, R., BAKER, R., GREENHOUSE, J., 1988, A symptom rating scale for delirium, *Psychiatric Research*, 23, 89-97.

François Sirois, psychiatre
Andrée Bourgeois, infirmière-chef en chirurgie cardiaque
Hôpital Laval, à Sainte-Foy.