

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 26 octobre 2020

Par Célia BOUNIF

Née le 24 novembre 1991 à BENI MESSOUS

Évaluation du taux d'informations retenues et de son impact sur l'anxiété préopératoire chez les patients opérés en chirurgie digestive : étude prospective, multicentrique et comparative

Thèse dirigée par le Professeur Muriel MATHONNET et le Docteur Abdelkader TAIBI

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Denis VALLEIX.....Président
M^{me} le Professeur Muriel MATHONNET.....Directrice
M^{me} le Professeur Sylvaine DURAND-FONTANIER.....Juge
M^{me} le Professeur Anne-Laure FAUCHAIS.....Juge
M. le Docteur Abdelkader TAIBI.....Juge
M. le Docteur Ali ABDEH.....Juge



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 26 octobre 2020

Par Célia BOUNIF

Née le 24 novembre 1991 à BENI MESSOUS

Évaluation du taux d'informations retenues et de son impact sur l'anxiété préopératoire chez les patients opérés en chirurgie digestive : étude prospective, multicentrique et comparative

Thèse dirigée par le Professeur Muriel MATHONNET et le Docteur Abdelkader TAIBI

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Denis VALLEIX.....Président
M^{me} le Professeur Muriel MATHONNET.....Directrice
M^{me} le Professeur Sylvaine DURAND-FONTANIER.....Juge
M^{me} le Professeur Anne-Laure FAUCHAIS.....Juge
M. le Docteur Abdelkader TAIBI.....Juge
M. le Docteur Ali ABDEH.....Juge

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 01 octobre 2019

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BEN AHMED Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LERAT Justine

O.R.L.

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan (du 1^{er} septembre 2019 au 31 août 2022)

LAUCHET Nadège (du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule (du 1^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2018 au 31.08.2020

BESSEDE Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2021

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2020

TREVES Richard du 01-09-2019 au 31-08-2021

TUBIANA-MATHIEU Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2020

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2019 au 31.08.2020

VIROT Patrice du 01.09.2019 au 31.08.2020

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2019

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIAHI Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE

BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MATHIEU Pierre-Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE

Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver

Pierre Dac

Remerciements

A notre Maître et Président du Jury

A Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

Vous me faites l'honneur de présider et de juger ce travail. Je vous remercie de m'avoir accueillie dans votre service de chirurgie digestive et vous suis reconnaissante pour la qualité de la formation que j'ai reçue. J'ai pu profiter de vos enseignements d'anatomie si précieux. J'ai appris à vos côtés qu'il était plus beau d'éclairer que de briller seulement. C'est un honneur d'avoir été votre élève.

Je vous prie de croire en l'expression de mon profond respect et de ma profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Madame le Professeur Muriel MATHONNET

Vous me faites l'honneur d'être ma directrice de thèse et de juger ce travail. Je vous remercie pour l'enseignement que vous m'avez apporté au cours de mon internat et pour l'engagement dont vous faites preuve envers les internes de chirurgie digestive. Je vous remercie également pour la patience et la gentillesse dont vous avez fait preuve dans la réalisation de ce travail.

Soyez assurée de ma grande estime et de mon profond respect.

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur Sylvaine DURAND-FONTANIER

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Je vous remercie de m'avoir fait partager votre vision de la pédagogie et vos conseils si précieux. Tout l'art d'enseigner se résume à éveiller la curiosité naturelle des jeunes esprits pour la satisfaire ensuite. Je vous remercie également pour la bienveillance que vous avez su porter à mon égard.

Vous restez pour moi un modèle à suivre, tant sur le plan humain que professionnel.

Je vous prie de croire en l'expression de mon profond respect et de ma profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur Anne-Laure FAUCHAIS

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en jugeant ce travail. La collaboration médico-chirurgicale est un élément clé dans la prise en charge des patients.

Je vous prie de croire en l'expression de mon profond respect et de ma profonde gratitude

A notre co-encadrant de Thèse et Juge

Monsieur le Docteur Abdelkader TAIBI

Tu m'as fait l'honneur de co-encadrer cette thèse et de juger ce travail. Je te remercie pour l'extrême patience dont tu as fait preuve et de m'avoir tant guidée. Tu as su m'encadrer pendant l'ensemble de mon internat à la fois sur le plan théorique, technique et humain. Je te suis très reconnaissante. J'espère un jour pouvoir te rendre fière.

Je te prie de croire en l'expression de mon profond respect et de ma profonde gratitude.

A notre Juge

Monsieur le Docteur Ali ABDEH

Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Je te remercie pour l'enseignement chirurgical prodigué et ta bienveillance à mon égard. Je te remercie également de m'accueillir dans ton service pour l'avenir. J'espère pouvoir continuer à apprendre et évoluer à ton contact.

Je te prie de croire en l'expression de mon profond respect et de ma profonde reconnaissance.

Par ordre chronologique :

A mes parents, sans qui je n'aurais jamais pu en arriver là. Merci de m'aimer comme vous le faites merveilleusement bien. En ma vie, vous êtes une belle chance ! Je vous aime infiniment.

A mes frères, Douadi et Rayane,

Merci d'être toujours là, malgré la distance qui nous sépare parfois. Notre complicité est une chance et une force. Vous faites ma plus grande fierté et mon plus grand bonheur. Ne l'oubliez jamais. Vous aurez toujours mon amour.

A Vanessa,

Inutile de te dire à quel point tu es importante à mes yeux : tu es ma sœur de cœur. Je suis fière de ce que tu es.

A L'ensemble du Service de Chirurgie Digestive Générale et Endocrinienne du CHU de Limoges,

Au Docteur BOUVIER, pour avoir partagé votre expérience et vos conseils toujours si avisés.

Au Docteur FABRE, pour ta motivation et ta disponibilité. Travailler à tes côtés est un réel plaisir.

Au Docteur FREDON, pour tous les conseils et l'enseignement que tu as su me donner pendant ces années de formation. Même si tu restes pudique, tes qualités humaines sont remarquables.

Au Docteur RIVAILLE, pour ton pragmatisme chirurgical que j'admire et ton goût pour la transmission. Merci de m'avoir tant appris et pour ta confiance.

Au Docteur DERBAL, pour avoir été un cointerne admirable puis un chef qui s'est largement préoccupé de ma formation. Je te souhaite de persévérer dans ta réussite professionnelle et ton épanouissement personnel.

Au Docteur CRISTOU, pour ton enseignement et ta gentillesse à mon égard.

A l'équipe du bloc opératoire de chirurgie digestive et urologique, pour votre accueil et tous ces moments passés avec vous. Vous m'avez vu grandir et m'avez aidée dans mon accomplissement.

Aux infirmières, aides-soignantes, ASH du service de chirurgie digestive, pour votre accueil si chaleureux et votre soutien.

Aux infirmières stomathérapeutes, Chantal, Nathalie et Marie-Laure pour votre disponibilité, gentillesse et tout ce que vous avez su me transmettre.

Aux secrétaires de chirurgie digestives Céline, Delphine, Sylvia, Aurélie et Christine pour votre patiente et gentillesse depuis mes débuts.

A l'ensemble du Service de Chirurgie Orthopédique du centre hospitalier d'Ussel,

Au Docteur COULIBALY et à toute l'équipe médicale et paramédical, pour votre accueil si chaleureux et votre considération. Docteur COULIBALY, merci pour votre bienveillance et sympathie durant ces six mois. Vous m'avez beaucoup appris.

Au Docteur TENSAOUTI, pour votre amabilité et accueil alors que je n'étais pas votre interne.

A L'ensemble du Service de Chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire du CHU de Limoges,

Au Professeur CORNU et à toute l'équipe médicale et paramédical, pour votre accueil lors de mon premier semestre.

Au Docteur Alexandre LEGUYADER, pour ton enseignement et ta patiente. Hâte de te revoir !

Au Docteur François BERTIN, pour ton enseignement de la chirurgie thoracique et pour m'avoir emmenée à Poitiers.

Au Docteur Francis PESTEIL, pour ton enseignement de la chirurgie vasculaire.

Au Docteur Alexandre CAZAVET, pour ton enseignement et soutien. Merci pour la théorie du train et les mardis au Tagazou !

A l'ensemble du Service d'Urologie du CHU Brive-La-Gaillarde,

Aux Docteurs ASSAF, BOURGNIGNAUD, ORSONI et BOUCHET pour l'accueil dans votre service et pour votre enseignement.

A toute l'équipe paramédical et au bloc opératoire, pour votre accueil. C'est toujours un réel plaisir de travailler avec vous. A très vite !

Au Docteur CHUFFART, pour avoir cru en moi et avoir été l'un de mes premiers soutiens. Je te suis très reconnaissante.

Au Docteur LESCURE, pour ton enseignement, tes précieux conseils et ton enthousiasme même quand il faut poser une JJ à 3h du matin.

Au Docteur PELETTE, pour ton accompagnement en tant que cointerne puis chef, ta flexibilité et ta bonne humeur.

A Pierre Alexandre, mon cointerne et ami nancéien, avec qui j'ai partagé des moments magiques. La curiosité est le plus court chemin menant à la connaissance.

A Margaux, qui a toujours envie de bien faire. Merci pour ton soutien durant ces six derniers mois.

A Julien, croire en soi et avoir des doutes sont des gages certains de réussite. Tu es un très bon médecin mais tu seras un excellent chirurgien digestif. J'admire ton empathie.

A Antonin, je n'ai pas eu la chance de te croiser souvent, mais je te souhaite bon courage.

A Benjamin, en qui je mets toute ma confiance, pour continuer à faire briller l'image des chirurgiens digestifs à Limoges.

A Laurène, je te souhaite une belle carrière.

A Amaury, pour ton aide durant ce semestre et ton humour ! Tu es certain de ne pas vouloir faire de la chirurgie digestive ?

A Victoria, pour ta rigueur et ton enthousiasme. Merci pour ta gentillesse et ton aide dans l'élaboration de ce travail. J'espère un jour pouvoir te rendre la pareille.

A tous mes cointernes rencontrés au cours de ces dix semestres d'internat. Un grand merci particulier à mes derniers cointernes qui m'ont permis de me concentrer sur ce travail : je vous suis redevable !

A Ana, pour me soutenir depuis le début dans tout ce que j'entreprends. La distance n'y fait rien : tu es dans mon cœur.

A Sophie, pour ton soutien de chaque instant et pour toutes ces années passées ensemble. Vieille amitié ne craint pas la rouille.

A Nabil, pour tes conseils toujours avisés, ton amitié sans faille à toutes épreuves. Grâce à toi j'ai pu prendre confiance en moi et grandir. Je te serai éternellement reconnaissante et sache que je serai toujours là pour toi.

A Nellie, même si tu es loin maintenant, je n'oublierai pas tous nos moments passés ensemble rue François Chénieux.

A Maxime Rocher, merci pour m'avoir supportée durant toutes ces années et ta bienveillance à mon égard. Tu as toute ma considération et mon profond respect. Tu es un réel ami.

A Alexia, pour m'avoir accueillie dans le service et soutenue dans les moments de doute. Je suis fière de te compter parmi mes amis, tu es un exemple pour moi tant sur le plan professionnel qu'humain.

A Evan, la force tranquille. Merci pour ton soutien sans faille qui me comble au quotidien et ta bienveillance. J'ai énormément appris à tes côtés : tant sur le plan professionnel qu'humain. Tu représentes énormément à mes yeux : tu le sais. Je serai toujours là pour toi.

A Walter, les râleurs sont souvent les plus sensibles. Merci pour ta gentille. J'ai trouvé en toi un ami.

A Boshier, pour ta bienveillance et tous ces moments passés en garde, pour toutes ces soirées !

A Florent, on ne peut pas toujours expliquer ce qu'on ressent parce ce qui est dans nos cœurs est souvent plus fort que nos mots. Grâce à toi, j'évolue et arrive à apprivoiser Pansouillard.

A Charlotte Douchez,

Tu es brillante dans la vie professionnelle et rayonnante dans la vie personnelle. Ne l'oublie pas. Ton amitié est précieuse et indispensable à mon bonheur. Être chez toi ou chez moi ; c'est comme en famille pour moi. Je serai toujours là pour toi, en toutes circonstances « bb ».

A Agathe Dufort, pour ta sincérité et bienveillance. Tu n'as jamais peur de me contrarier ! une vraie personnalité et une vraie amie sur qui on peut compter.

A Agathe Lepagney, je ne compte plus tous les bons moments qu'on a partagé, les fous rires et les discussions sans fin avec les deux autres chipies autour d'une « Pépité ». Tu es dans mon cœur !

A Paul Spiry, pour tes blagues et ton humour un peu musclé, auquel je suis bon public. *L'humour éclaire les heures sombres et dore les heures heureuses*. Merci pour ton soutien : tu es devenu un vrai ami.

A Raphael, pour ta bienveillance et gentillesse. Tu pourras toujours compter sur moi mon ami.

A Arthur, pour ton enthousiasme et ta joie qui est une réelle source d'énergie !

A Maxime Beaudoin, ton ironie est l'expression pudique de ta tendresse. Ne change surtout pas.

A Bogey, merci pour tous ces moments et soirées partagés !

A Paul Lafitte, « qui invenit amicum, invenit thesaurum ». On n'a pas toujours besoin de se dire les choses : on se parle avec les yeux. Tu es dans mon cœur... je ne serai jamais loin.

A Charlotte Gabriel, mon petit ange gardien. Tu as toujours le bon mot. Je suis impressionnée par tes qualités humaines et je suis fière de t'avoir. Une réelle amitié est née : Je t'adore ! Merci pour ton soutien et ton enthousiasme.

A Marie, cointerne précieuse tout au long de ce semestre. Merci pour ta bienveillance, d'avoir été soucieuse si je m'en sortais. Tu es une vraie amie. N'oublie pas qu'avoir besoin des autres n'est pas une faiblesse, mais bien une force.

A Nicolas et Cyril, Antoine et Léa, merci pour tous ces moments de pur bonheur partagés avec vous.

Merci à tous ceux que je n'ai pas cités et que je porte dans mon cœur.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	24
I. Matériels et méthodes.....	34
I.1. Population et type d'étude.....	34
I.2. Objectif Principal et objectifs secondaires.....	35
I.3. Critères de jugement principal et secondaires	35
I.4. Description du protocole.....	37
I.5. Analyses statistiques.....	39
II. Résultats	40
II.1. Population globale.....	40
II.1.1. Nombre de sujets nécessaires	40
II.1.2. Données démographiques	40
II.1.3. Données liées à la consultation	42
II.2. Comparabilité des groupes	42
II.3. Critère de jugement principal : pourcentage d'assimilation de l'information en consultation	44
II.4. Critères secondaires de jugement.....	45
II.4.1. Évaluation de l'anxiété préopératoire	45
II.4.1.1. Moyenne du score d'anxiété selon l'échelle APAIS	45
II.4.1.2. Moyenne du score d'anxiété selon l'échelle EVA-A.....	45
II.4.2. Évaluation du besoin d'information : moyenne du score de besoin d'information selon l'échelle APAIS	45
II.4.3. Impact de l'information sur l'hémodynamisme	46
Discussion.....	47
Références bibliographiques	53
Annexes	57
Serment d'Hippocrate	87

Table des illustrations

Figure 1 : Fiche « type » d'information au patient.....	29
Figure 2 : Site internet fcvd.fr.....	30
Figure 3: Protocole de l'étude.....	38
Figure 4 : Diagramme de flux des patients.....	41

Table des tableaux

Tableau 1 : Données démographiques et de consultation de la population.....	43
Tableau 2 : Comparaison de l'assimilation préopératoire selon les informations de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive	44
Tableau 3 : Comparaison de l'anxiété préopératoire selon l'échelle le questionnaire Amsterdam Preoperative Anxiety Scale (APAIS) et l'échelle Echelle Visuelle Analogique d'Anxiété (EVA-A)	46
Tableau 4 : Évaluation de l'hémodynamisme en fonction de l'information.....	46

Introduction

1. Devoir d'information : cadre légal et moral

L'information donnée au patient en consultation préopératoire est indispensable. A son terme, et après un délai de réflexion, elle va contribuer au consentement éclairé à toute intervention chirurgicale. Elle constitue une obligation professionnelle dictée par le code de la déontologie médicale et une obligation pénale dictée par le code de la Santé publique (1,2). D'ailleurs, la loi du 4 mars 2002 a renforcé le devoir des médecins d'obtenir ce consentement éclairé des patients et a exigé de leur fournir une information claire, loyale et appropriée. Celle-ci doit étayer les bénéfices et les risques chirurgicaux encourus à l'occasion du geste chirurgical (3,4).

Les États Généraux de la Santé, tenus en France de Septembre 1998 à Juin 1999, ont permis un débat démocratique avec l'ensemble des français (5). Le but était d'associer les français aux débats sur la santé, de connaître ainsi leurs interrogations et leurs attentes vis-à-vis du système de soins. « L'information en matière de santé » a été l'un des sujets essentiels de ces débats. La demande des français portait sur une information « claire, fiable et facilement accessible » ainsi que sur un « fort besoin de transparence jugé indispensable pour établir une relation de confiance avec le système de soins » (6).

C'est dans ce contexte qu'est apparu le concept de « *démocratie sanitaire* » qui se définit par « la possibilité offerte au patient de se transformer en acteur (de soin), d'où la nécessité absolue d'information, de consentement, de codécision, de participation active du malade à son traitement (7).

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 aussi nommée loi Kouchner (8), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, met en exergue les souhaits exprimés par les français au cours des États Généraux. Deux éléments ressortent :

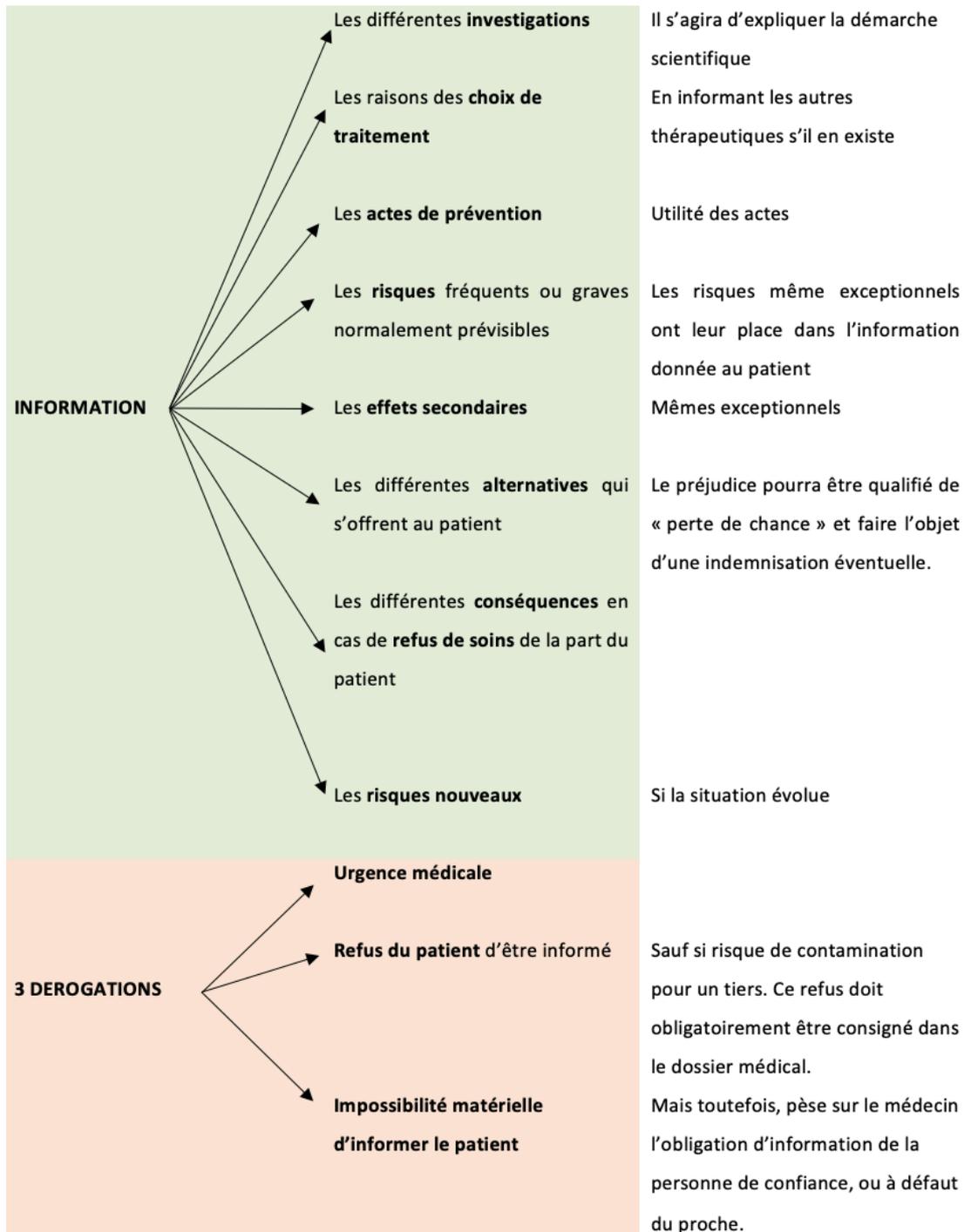
- Le droit général du patient à être informé sur son état de santé
- Les modalités d'accès à l'information médicale

Nous pouvons rappeler que **l'article 35 du code de Déontologie**(9) spécifie que le « médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. (...) Il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ». Un manquement à l'information peut engager désormais la responsabilité des professionnels de santé(10). L'information doit être délivrée par le médecin, avant, pendant et après la prise en charge du patient, au cours d'un entretien individuel spécifiquement consacré au malade, à

l'exception des mineurs et des majeurs sous tutelles pour lesquels l'information médicale est délivrée, selon les cas, aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur(1).

La Loi Kouchner apporte de nombreuses précisions quant aux conditions d'information (11). Elle dit que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé », et que « cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. ». La volonté d'une personne de rester dans l'ignorance est un droit sauf dans quelques cas particuliers comme, par exemple, l'exposition des tiers à un risque de transmission d'agents infectieux. Seule l'urgence de la situation et l'impossibilité d'informer le malade peuvent dispenser le médecin de l'informer avant la prise en charge thérapeutique ou diagnostique.

**Loi n° 2002-303 du 4
mars 2002 aussi
nommée loi Kouchner**



2. Nécessité de l'information

L'information est nécessaire et va permettre une participation active du patient dans le projet thérapeutique. Par ailleurs, elle va renforcer la confiance médecin-malade et ainsi augmenter la satisfaction du patient.

Deux études ont montré que l'information médicale est indissociable de soins complets car elle permet la participation ainsi qu'une meilleure adhésion du patient à la décision médicale (12,13). La communication améliore la compliance aux instructions médicales et aux instructions de suivi (10).

De plus, elle instaure un lien de confiance entre le médecin et le malade en améliorant la satisfaction de ces derniers et permet d'éviter de nombreux recours juridiques ultérieurs. Dans une étude réalisée par *Zemmouche et al*, l'ensemble des soignants estimait, que cette information était fondamentale (14). Dans cette même étude, les patients qui avaient le sentiment d'avoir reçu plus d'informations avaient de meilleurs taux de satisfaction. A contrario, une mauvaise communication avait pour conséquences d'altérer la relation médecin-malade et d'entraîner une mauvaise observance thérapeutique (15). Ainsi, des zones d'ombre vont apparaître pour le malade à cause d'une mauvaise assimilation des informations (défaut de compréhension ou de mémorisation), alors que ces dernières sont essentielles à la qualité des soins (12). De plus, une information adaptée aux besoins du patient semble faciliter la réhabilitation postopératoire (16).

3. Modalités de l'information

Néanmoins, cette nécessité d'informer le patient de façon plus précise entraîne de nombreuses questions sur le contenu et les modalités de cette information (oral, écrit, supports, etc.). L'information médicale délivrée doit répondre aux attentes du patient, mais aussi des proches, dans un contexte donné, et dans une interaction positive pour que le patient se sente en confiance et soutenu.

Pour améliorer la compréhension des patients, en plus de l'information orale, des documents écrits, comme des schémas, des documents explicatifs ou des sites internet peuvent être proposés. Le patient doit pouvoir être éclairé pour consentir au projet thérapeutique et comprendre la prise en charge.

Une information écrite et tracée (fiche d'information préopératoire signée) et un consentement signé sont susceptibles d'exonérer le médecin du défaut d'information qui représente aujourd'hui environ 30% des condamnations civiles (17).

En 2000, le Conseil Scientifique a demandé à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (**ANAES**) que des recommandations de bonne pratique soient élaborées sur l'information (contenu et forme) qu'il convient au médecin de donner à chaque patient (18).

Il en sort que l'information doit porter à la fois sur les éléments généraux et spécifiques :

- 1) L'état du patient et son évolution prévisible avec et sans traitement
- 2) La description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagées et de leurs alternatives
- 3) Leurs objectifs, leur utilité et les bénéfices escomptés
- 4) Leurs conséquences et leurs inconvénients
- 5) Leurs complications et leurs risques éventuels, y compris exceptionnels
- 6) Les précautions générales et particulières recommandées aux patients

De plus, que l'information soit donnée oralement ou avec l'aide d'un document écrit, elle doit répondre aux mêmes critères de qualité :

- 1) Être hiérarchisée et reposer sur des données valides
- 2) Présenter les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels, et préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est à dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale
- 3) Être compréhensible

En chirurgie digestive, viscérale et endocrinienne, sous l'égide de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD), ont été rédigées par des experts des fiches d'information préopératoire spécifiques à l'intervention projetée. L'information repose sur des données validées. Elle expose les bénéfices et les risques prévisibles, les risques fréquents ainsi que les risques graves. Elle présente les signes d'alerte de complication. Ces fiches sont synthétiques, claires et courtes. Elles sont disponibles sur internet (**Figure1**) et accessibles à tous. Quand la fiche d'information préopératoire est utilisée par les chirurgiens, elle est remise au patient au décours de la consultation avec le consentement éclairé en vue d'une signature différée après lecture.

La « fiche information » comprend généralement le même plan (**Figure 1**).

FICHE D'INFORMATION PATIENT	
	
1.	<i>Pathologie et diagnostic</i>
2.	<i>But de l'intervention et principes généraux</i>
3.	<i>Déroulement général</i>
4.	<i>Durée de l'intervention</i>
5.	<i>Suites habituelles</i>
6.	<i>Risques per opératoire</i>
7.	<i>Complications précoces</i>
8.	<i>Complications liées à la maladie thromboemboliques (METV)</i>
9.	<i>Complications tardives</i>

Figure 1 : Fiche « type » d'information au patient

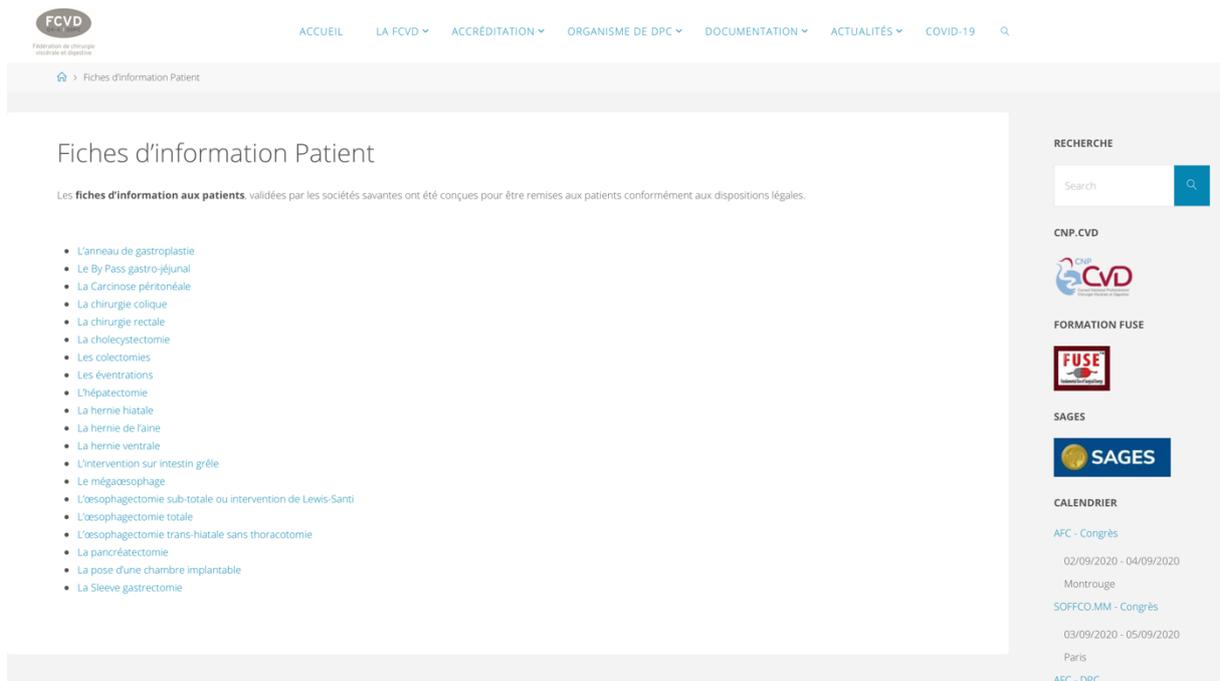


Figure 2 : Site internet fcvd.fr

4. Perte de l'information

Il y a de nombreuses raisons qui peuvent expliquer une perte de l'information au cours et après la consultation.

Par exemple, le langage utilisé par le corps médical est parfois bien trop technique avec l'utilisation de mots décrits comme étant un « jargon médical ». Il ne permet pas au patient de comprendre facilement le discours de son médecin (19). De plus, les facteurs psycho-sociaux y sont souvent négligés, comme la présence d'un syndrome dépressif par exemple, souvent ignoré du médecin et qui pourtant est lié à un défaut de compréhension (20).

Une analyse de la littérature a permis de montrer qu'une concordance entre l'information donnée par le chirurgien et celle retenue par le patient variait de 15 à 50 % (21,22). Ainsi, l'information médicale restait trop souvent peu claire et incomplète.

Ces mêmes études ont montré que la perte d'information s'élevait à 75% (20,21).

5. Conséquences de la perte d'information

Cette perte d'information peut avoir de nombreuses conséquences. Outre d'altérer la compréhension du malade et d'augmenter son besoin d'information, elle peut aussi être un facteur d'**anxiété préopératoire** pour le patient à l'origine d'une **perturbation de l'hémodynamisme** du patient (tachycardie et hypertension artérielle) (23).

L'anxiété est une réaction face à un danger inconnu qui s'accompagne d'un sentiment d'insécurité. C'est l'une des réactions psychologiques les plus fréquemment observées chez les patients en attente d'une chirurgie. Il a été prouvé qu'une augmentation du niveau d'anxiété préopératoire était liée à des conséquences négatives à la fois psychologiques et somatiques, affectant à la fois l'anesthésie, les soins et les suites postopératoires (24).

L'accélération de la fréquence cardiaque est aussi utilisée comme indicateur de stress aigu(25,26). L'amplitude de cette variation est variable selon les personnes.

Une étude menée par *McGrady et al* (27), a montré que les sujets anxieux et hypertendus au laboratoire, c'est-à-dire dans un environnement à priori stressant, baissaient significativement leur tension artérielle au domicile, environnement non stressant. Pour 62,5% d'entre eux, il existait une relation entre l'anxiété et une pression artérielle élevée (25).

Il est essentiel de détecter l'anxiété des patients car elle a le potentiel d'affecter tous les aspects de la chirurgie lors de la période préopératoire, de l'induction anesthésique comme de la récupération (28). Une augmentation de l'anxiété préopératoire entraîne une consommation de produits anesthésiques plus importante (et ses effets secondaires : à savoir nausées et vomissements) et une augmentation de la douleur en post opératoire (29). En raison de ces complications, il a été rapporté que la période de convalescence et la durée du séjour à l'hôpital ont été prolongées (30).

Généralement, les médecins tentent d'évaluer eux même l'anxiété de leurs patients, ce qui conduit à des résultats très variables (31). Or, il existe plusieurs méthodes pour mesurer l'anxiété préopératoire.



L'une des plus utilisées est le **State-Trait Anxiety Inventory (STAI)** de Spielberger (1983), composée de deux échelles différentes : l'une pour mesurer l'anxiété des « traits » (à 20 items), l'autre pour mesurer l'anxiété « d'état » (à 20 items) (32) (**ANNEXE 1**). Néanmoins, le temps de réalisation de cette échelle est compris entre 5 et 15 minutes (33).

Plus récemment, l'**échelle d'anxiété et d'information préopératoire d'Amsterdam (APAIS)** a été développée comme méthode plus pratique pour évaluer l'anxiété préopératoire mais également le besoin d'information (34,35). Il s'agit du premier instrument validé en langue française, fiable et facilement applicable en consultation pour évaluer le besoin d'information des patients. C'est un questionnaire d'auto-évaluation composé de six questions validées pour la consultation d'anesthésie (36) (**ANNEXE 2**). Cet indice global comprend trois domaines distincts : l'anxiété liée à l'anesthésie, l'anxiété liée à la chirurgie et le désir d'information. Les items sont notés sur une échelle de Likert en cinq points allant de « pas du tout » à « extrêmement » (35). L'APAIS a été validée en préopératoire chez les patients devant bénéficier d'une chirurgie, alors que l'échelle STAI a été validée dans la population générale (37). De plus, le score APAIS a un intérêt en postopératoire notamment dans la prise en charge de la douleur, elle-même corrélée à l'anxiété (38).

L'EVA (échelle visuelle analogique) permet elle aussi d'évaluer l'anxiété (**ANNEXE 3**). Elle est basée sur les travaux de Huskinsson en 1974 et son utilisation originelle était une échelle visuelle d'évaluation de la douleur (39). Elle permet une estimation rapide du niveau de la douleur par les patients eux même, en se positionnant sur une ligne dont les extrémités indiquent le niveau le plus faible à gauche et le plus fort à droite.

Par la suite, plusieurs études ont mis en évidence les propriétés psychométriques de l'EVA dans l'évaluation du stress. La première étude sur l'utilisation de l'EVA-Anxiété (EVA-A) date de 1976 grâce aux travaux de Hornblow et Kidson (40). Outre d'être corrélée au STAI de façon significative (40), elle présente d'autres avantages : fiabilité inter-juge (41), simplicité d'utilisation (inférieur à 1 minute).

Si auparavant le devoir d'information constituait une obligation morale, elle constitue désormais une obligation légale. C'est la raison pour laquelle la relation médecin-malade a évolué et que le patient est devenu acteur dans son propre parcours de soins. D'ailleurs, grâce aux sociétés savantes et aux associations professionnelles, il leur est mis à disposition de nombreux supports pour accéder à ces informations. Malgré cela, il existe une perte de l'information et ce défaut d'assimilation peut être un facteur d'anxiété préopératoire pour le patient, pouvant *in fine* avoir un retentissement sur l'hémodynamisme.

6. Hypothèse

Nous avons émis l'hypothèse suivante : redonner les informations préopératoires peu de temps avant la chirurgie permettrait au patient de mieux les assimiler.

Cette meilleure compréhension et mémorisation pourrait :

- **Diminuer l'anxiété du patient en préopératoire**
- **Réduire le besoin d'information**
- **Avoir un retentissement positif sur l'hémodynamisme**

I. Matériels et méthodes

I.1. Population et type d'étude

Tous les patients ayant bénéficié d'une chirurgie digestive, viscérale ou endocrinienne entre le 29 juin 2020 et le 02 août 2020 ont été inclus dans cette étude prospective, descriptive et comparative. Il s'agissait d'une étude multicentrique dans trois centres de la région Nouvelle Aquitaine : le service de chirurgie digestive, viscérale et endocrinienne du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges, les services de chirurgie digestive et viscérale des Centres Hospitaliers (CH) de Brive-La-Gaillarde et de Saint -Junien.

Étaient inclus les patients :

- Devant bénéficier d'une chirurgie sous anesthésie générale
- Âgés de plus de 18 ans
- Devant avoir un acte programmé

Étaient exclus, les patients :

- Opérés en urgence
- Présentant des troubles cognitifs
- Présentant une pathologie psychiatrique
- Présentant des troubles visuels les empêchant de répondre au questionnaire
- Présentant une barrière linguistique : La barrière linguistique devenait un critère de non-inclusion si le patient ne parlait ni français, ni anglais, et que nous ne constatons aucun interprète parmi ses accompagnants. Dans le cas où un interprète était présent, le questionnaire était oralement traduit par ce dernier afin que le patient puisse répondre dans sa langue maternelle
- Sous tutelle ou curatelle

I.2. Objectif Principal et objectifs secondaires

- **L'objectif principal** était d'évaluer l'assimilation de l'information retenue par les patients selon un questionnaire reprenant les éléments de la « fiche Information préopératoire » de la FCVD (**ANNEXE 4**).
- **Les objectifs secondaires** étaient d'évaluer la veille ou le jour de l'intervention :
 - **L'anxiété préopératoire** selon deux échelles (APAIS et EVA-A).
 - Le **besoin d'information** selon l'échelle APAIS.
 - Le retentissement de l'anxiété sur l'**hémodynamisme préopératoire** (pression artérielle et fréquence cardiaque).

I.3. Critères de jugement principal et secondaires

- **Le critère principal de jugement** était : le **pourcentage d'assimilation** de l'information retenue par les patients selon un questionnaire reprenant les éléments de la « fiche information préopératoire » dans les deux groupes (**ANNEXE 4**).
- **Les critères de jugement secondaires** étaient :
 - 1) La **moyenne du score d'anxiété selon le questionnaire APAIS (ANNEXE 2)** faisant référence aux « items 1-2-4-5 » dans les deux groupes.

-> *Pour obtenir le score, on additionne ces 4 items.* Les sujets étaient considérés comme anxieux lorsqu'ils avaient un score strictement supérieur à 11. (42)
 - 2) La **moyenne du score d'anxiété selon l'échelle EVA-A**. Le patient était considéré comme non anxieux si le score EVA-A ≤ 5 et anxieux si score EVA-A >5 . (**ANNEXE 3**)
 - 3) La **moyenne du score de besoin d'information selon le questionnaire APAIS (ANNEXE2)** « items 3-6 », dans les deux groupes.

-> *Pour obtenir le score, on additionne ces 2 items.* Un score de 2 à 4 impliquait un « refus d'information », un score entre 5 et 7 un « désir moyen d'information », un score supérieur à 7 un « désir avide d'information » (43).

- 4) La **moyenne de la pression artérielle systolique (PAS)** et la **moyenne de la pression artérielle diastolique (PAD)**, mesurée en mmHg. L'hypertension artérielle (HTA) était définie par une PAS \geq 140 mmHg et/ou une PAD \geq 90 mmHg selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (44).
- 5) La **moyenne de la fréquence cardiaque (FC)**, mesurée en battements par minute (BPM) La tachycardie était définie par une fréquence cardiaque supérieure à 100 BPM selon l'HAS (45).

<u>Items</u>	
1	Je suis inquiet à propos de mon anesthésie
2	Je pense continuellement à mon anesthésie
3	Je désire savoir tout ce qui est possible à propos de mon anesthésie
4	Je suis inquiet à propos de mon opération
5	Je pense continuellement à mon opération
6	Je désire savoir tout ce qui possible à propos de mon opération

ANNEXE 2 : Items APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and information Scale) : Chaque item se cote de 1 (absence) à 5 (extrême)

I.4. Description du protocole

Dans les trois centres, le recueil de données (durée d'inclusion) s'est déroulé sur six semaines.

Nous avons inclus les patients dans deux groupes consécutivement, stratifiés selon la pathologie initiale une semaine avant l'intervention :

Un groupe A : groupe de référence. Ce groupe a eu une prise en charge classique, à savoir une « consultation avec le chirurgien référent ».

Un groupe B : groupe expérimental. Ce groupe a bénéficié d'une consultation avec son chirurgien référent et secondairement d'une consultation téléphonique avec un médecin non-opérateur une semaine avant l'intervention prévue. Ce médecin non-opérateur faisait cette consultation téléphonique en se basant sur les fiches d'information préopératoires.

Tous les patients devaient remplir à l'admission (la veille ou le jour de l'intervention) trois questionnaires :

- Questionnaire d'assimilation de l'information basé sur les fiches préopératoires de la FCVD (**ANNEXE 4**).
- Amsterdam Preoperative Anxiety and information Scale (APAIS) (**ANNEXE 2**)
- Echelle Visuelle Analogique d'Anxiété (EVA-A). (**ANNEXE 3**)

Tous les patients bénéficiaient à l'admission (à savoir la veille ou le jour de l'intervention) d'une prise de la Pression Artérielle Systolique (PAS) et de la Pression Artérielle Diastolique (PAD) selon les recommandations HAS (44) et de la Fréquence Cardiaque (BPM).

Nous avons recueilli les données démographiques suivantes liées au patient et à la consultation afin d'établir une comparabilité des groupes :

- Age
- Sexe
- Statut marital
- Enfants
- Antécédents chirurgicaux
- Conditions socioprofessionnelles

- Profession en lien avec la santé
- Accès à internet
- Recherches sur internet
- Hypertension artérielle
- Prise de bêtabloquant
- Antécédents chirurgicaux digestifs
- Antécédent d'hospitalisation dans le service pour la même pathologie
- Programme de récupération améliorée après chirurgie
- Chirurgie ambulatoire
- Motif de la consultation
- Nombre de consultation avec le chirurgien référent
- Utilisation d'un langage non médical durant la consultation
- Utilisation d'un schéma durant la consultation
- Utilisation de documents explicatifs durant la consultation
- Présence d'une infirmière diplômée d'état (IDE) lors de la consultation
- Présence d'un proche lors de la consultation

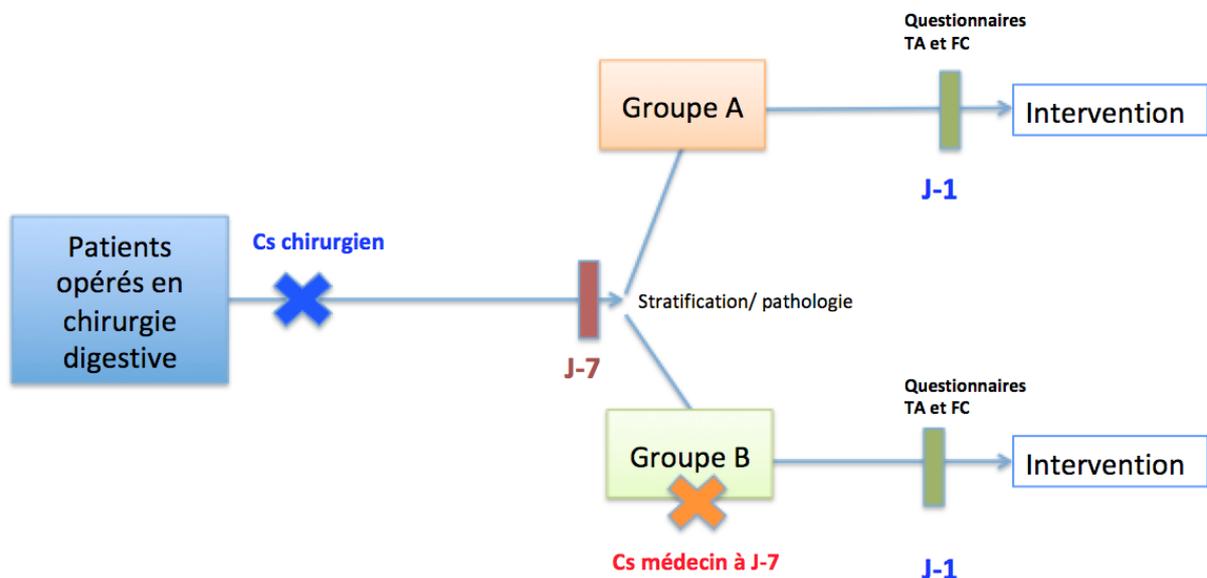


Figure 3 : Protocole de l'étude

I.5. Analyses statistiques

Les résultats sont exprimés en moyenne (+/- déviation standard) ou en pourcentage (%).

Statistiquement, tous les critères étudiés avaient la même valeur numérique égale à 1.

Une valeur de p inférieure à 0.05 a été considérée comme statistiquement significative.

L'ensemble de l'analyse statistique a été conduite sur le logiciel BiostaTGV®.

II. Résultats

II.1. Population globale

II.1.1. Nombre de sujets nécessaires

Afin de démontrer une augmentation de l'assimilation de l'information de 25% à 57 %, dans cette étude comparative, avec un risque alpha de 0,05 et une puissance de 80%, le nombre de sujets nécessaire a été estimé à 36 patients dans chaque groupe.

II.1.2. Données démographiques

Notre questionnaire a été proposé à 106 patients. Neuf patients ont refusé de le remplir et 8 patients qui ont été exclus (4 patients présentaient des troubles cognitifs, 3 patients présentaient une barrière de la langue et 1 patient était sous tutelle).

In fine, l'étude a inclus **89 malades** : 53 dans le bras expérimental et 36 dans le bras de référence.

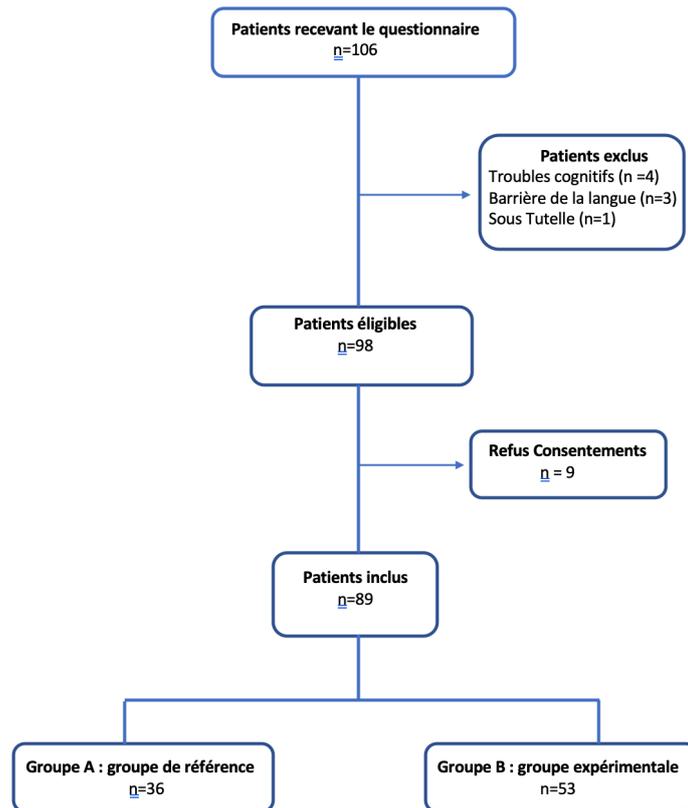


Figure 4 : Diagramme de flux des patients

La moyenne d'âge était de 59,4 ans, comprenait 57,3% d'hommes et 42,7% de femmes. La majorité des patients était mariée et avait des enfants, respectivement de 73% et 86,5%. On comptait 58 patients (63,5%) qui n'avaient pas le baccalauréat, 17 patients (19,1%) qui avaient le baccalauréat et 14 patients (15,7%) qui avaient fait des études supérieures. Les retraités étaient plus représentés avec 46,1 %. Parmi les actifs, seulement 1,1% avaient des professions en lien avec la santé. Les trois principaux motifs de chirurgie étaient : la chirurgie pariétale (31,5%), l'oncologie digestive (26,9%) et la chirurgie endocrinienne (14,6%). La majorité des patients avaient eu une seule consultation avec le chirurgien référent en préopératoire (63%) (**TABLEAU 1**).

II.1.3. Données liées à la consultation

Lors de la consultation, le chirurgien avait utilisé un langage non médical pour 82% des malades. Les schémas explicatifs ont été utilisés dans 56,2% des cas, et 59,5% des patients ont reçu des documents explicatifs. Une infirmière diplômée d'État (IDE) était présente dans 52,8% des cas.

II.2. Comparabilité des groupes

Les deux groupes étaient comparables sur toutes les caractéristiques initiales (**TABLEAU 1**).

	<i>Groupe standard</i> <i>n = 36</i> <i>% (n)</i> <i>Moyenne +/- EC</i>	<i>Groupe avec seconde</i> <i>Consultation</i> <i>n = 53</i> <i>% (n)</i> <i>Moyenne +/- EC</i>	<i>P Value</i>	<i>Effectif global</i> <i>n = 89</i> <i>% (n)</i> <i>Moyenne +/- EC</i>
Âge				
Moyenne	57,54 (22-88)	61,2 (28-82)	0,3	59,4 (22-88)
Médiane	55 (22-88)	55 (28-82)		55 (22-88)
Sexe				
Femme	47,2% (n=17)	39,6% (n=21)	1	42,7% (n=38)
Homme	52,8% (n=19)	60,4% (n=32)	0,5	57,3% (n=51)
Statut marital				
Célibataire	8,3% (n=3)	7,5% (n=4)	1	7,9% (n=7)
Marié(e)	66,7% (n=24)	77,4% (n=41)	0,3	73% (n=65)
Divorcé(e) ou séparé(e)	25% (n=9)	15,1% (n=8)	0,2	19,1% (n=17)
Enfant	77,8% (n=28)	92,4% (n=49)	0,06	86,5% (n=77)
Niveau d'étude				
Sans	19,4% (n=7)	18,9 (n=10)	1	19,1% (n=17)
CAP, BEP, BTS	38,9% (n=14)	35,9% (n=19)	0,8	37,1% (n=33)
Secondaire sans baccalauréat	5,6% (n=2)	11,3% (n=6)	0,6	9% (n=8)
Secondaire avec baccalauréat	13,9% (n=5)	22,6% (n=12)	0,6	19,1% (n=17)
Études supérieures	22,2% (n=8)	11,3% (n=6)	1	15,7% (n=14)
Conditions socioprofessionnelles				
Sans emploi	11,1% (n=4)	16,9% (n=9)	0,5	14,6% (n=13)
Étudiant	2,8% (n=1)	0% (n=0)	0,4	1,1 % (n=1)
Avec emploi	36,1% (n=13)	39,7% (n=21)	0,14	38,2% (n=34)
Retraité	50% (n=18)	43,4% (n=23)	0,6	46,1% (n=41)
Profession en lien avec la santé	2,8% (n=1)	0% (n=0)	0,4	1,1% (n=1)
Étiologie				
Oncologie digestive	36,1% (n=13)	20,8% (n=11)	0,1	26,9% (n=24)
Chirurgie endocrinienne	19,5%(n=7)	11,3% (n=6)	0,3	14,6% (n=13)
Pathologie biliaire	13,8% (n=5)	11,3% (n=6)	0,06	12,4% (n=11)
Chirurgie pariétale	19,5% (n=7)	39,6% (n=21)	1	31,5% (n=28)
Chirurgie de la statique pelvienne	0% (n=0)	0% (n=0)	0,07	0% (n=0)
Chirurgie bariatrique	0% (n=0)	9,4% (n=5)	1	5,6% (n=5)
Autres	11,1% (n=4)	7,6 % (n=4)	0,5	9% (n=8)
Accès à internet				
HTA	27,8% (n=10)	24,5% (n=13)	0,8	25,8% (n=23)
Béta Bloquant	13,9% (n=5)	11,3% (n=6)	0,7	12,3% (n=11)
Antécédents chirurgicaux digestifs	47,2% (n=17)	62,3% (n=33)	1	56,2% (n=50)
Hospitalisé pour la même pathologie	25% (n=9)	18,9% (n=10)	0,16	21,3% (n=19)
RAAC	11,1% (n=4)	13,2% (n=7)	0,5	12,3% (n=11)
Chirurgie ambulatoire	27,8% (n=10)	39,6% (n=21)	1	34,8% (n=31)
Nombre de Consultation avec le chirurgien référent				
1	66,7% (n=24)	60,4 (n=32)	0,6	63% (n=56)
2	13,9% (n=5)	18,9% (n=10)	0,5	16,8% (n=15)
>2	19,4% (n=7)	20,7% (n=11)	0,9	20,2 % (n=18)
Utilisation d'un langage non médical				
Utilisation d'un schéma explicatif	80,5 % (n=29)	83% (n=44)	1	82% (n=73)
Remise d'un document explicatif	58,3% (n=21)	54,7% (n=29)	0,8	56,2% (n=50)
Présence d'une IDE de consultation	63,8% (n=23)	64,1% (n=34)	1	64% (n=57)
Présence d'un proche lors de la première consultation	44,4% (n=16)	58,5% (n=31)	0,2	52,8% (n=47)
	27,7% (n=10)	41,5% (n=22)	0,2	35,9% (n=32)

Tableau 1 : données démographiques et de consultation de la population

II.3. Critère de jugement principal : pourcentage d'assimilation de l'information en consultation

Le pourcentage d'assimilation de l'information était de 94% dans le groupe expérimental et de 63% dans le groupe standard ($p= 1,08 \cdot 10^{-28}$) (TABLEAU 2).

Parmi les 9 items de ce questionnaire, 6 étaient statistiquement significatifs en faveur du groupe expérimental :

- La **durée de l'intervention** (89% versus 67%, $p=0,01$)
- Les **suites opératoires habituelles** (92% versus 81 %, $p=0,03$)
- Les **risques per opératoires** (94 % versus 58 %, $p= 0,0002$)
- Les **risques post opératoires précoces** (91% versus 36%, $p = 1,86 \times 10^{-7}$)
- Les **risques thromboemboliques** (98% versus 28%, $p=4,06 \cdot 10^{-11}$)
- Les **complications tardives** (81% versus 25%, $p=4,09 \times 10^{-8}$)

	<i>Groupe Standard</i> <i>n = 36</i> <i>%(n)</i>	<i>Groupe avec seconde Consultation</i> <i>n = 53</i> <i>%(n)</i>	<i>P Value</i>
Pathologie et diagnostic	88% (n=32)	98% (n=52)	0,1
But et principes généraux de l'intervention	94% (n=34)	100% (n=53)	0,2
Déroulement général de l'intervention	92% (n=33)	100% (n=53)	0,08
Durée de l'intervention	67% (n=24)	89% (n=47)	0,01
Suites opératoires habituelles	81% (n=29)	92% (n=51)	0,03
Risques per opératoires	58% (n=21)	94% (n=50)	0,0002
Risques post opératoires précoces	36% (n=13)	91% (n=48)	$1,86 \times 10^{-7}$
Complications tardives	25%(n=9)	81% (n=43)	$4,09 \times 10^{-8}$
Risques thromboemboliques	28% (n=10)	98% (n=52)	$4,06 \cdot 10^{-11}$
Score total	63% (n=205)	94% (n=449)	$1,08 \cdot 10^{-28}$

Tableau 2 : comparaison de l'assimilation préopératoire selon les informations de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive

II.4. Critères secondaires de jugement

II.4.1. Évaluation de l'anxiété préopératoire

II.4.1.1. Moyenne du score d'anxiété selon l'échelle APAIS

Les patients du groupe standard comme les patients du groupe expérimental étaient considérés comme anxieux avec un score APAIS-Anxiété, respectivement de 11,3 et 11,9 (**p=0,2**) (**TABLEAU 3**).

II.4.1.2. Moyenne du score d'anxiété selon l'échelle EVA-A

En utilisant l'échelle EVA-A, le groupe standard était significativement plus anxieux que le groupe expérimental, avec respectivement une **EVA-A à 6,2 et 4,6 (p=0,014)** (**TABLEAU 3**).

II.4.2. Évaluation du besoin d'information : moyenne du score de besoin d'information selon l'échelle APAIS

Le besoin d'information la veille ou le jour de l'intervention était considéré comme moyen dans les deux groupes avec un score APAIS-information à 5,5 dans le groupe standard et à 6,9 dans le groupe qui a bénéficié d'une seconde consultation (**p=0,01**). (**TABLEAU 3**)

Le besoin de consultation auprès du médecin traitant était respectivement de 31% et de 36 % dans le groupe standard et expérimental (**p=0,6**). Aucune différence significative entre les deux groupes a été retrouvée en ce qui concerne l'adhésion à une association de patients (**TABLEAU 3**).

	<i>Groupe Standard</i> <i>n = 36</i> <i>(Moyenne+/- EC)</i> <i>(%)</i>	<i>Groupe avec seconde Consultation</i> <i>n = 53</i> <i>(Moyenne+/- EC)</i> <i>(%)</i>	<i>P Value</i>
APAIS - score global	16,8 +/-6,7	18,9 +/- 7	0,1
APAIS-Anxiété	11,9	11,3	0,2
APAIS-anesthésie	5,5+/- 2,7	5,6+/-2,6	0,9
APAIS-chirurgie	5,7	6,4	0,2
APAIS - information	5,5+/-2,7	6,9+/-2,5	0,01
EVA-A	6,2 +/-2,9	4,6+/-2,8	0,014

Tableau 3 : comparaison de l'anxiété préopératoire selon l'échelle le questionnaire Amsterdam Preoperative Anxiety Scale (APAIS) (Annexe 1) et l'échelle Echelle Visuelle Analogique d'Anxiété (EVA-A).

II.4.3. Impact de l'information sur l'hémodynamisme

Aucune différence significative de la moyenne de la PAS, de la PAD, de la fréquence cardiaque n'a été retrouvée dans les deux groupes analysés (**TABLEAU 4**).

	<i>Groupe Standard</i> <i>n = 36</i> <i>(Moyenne+/- EC)</i>	<i>Groupe avec seconde Consultation</i> <i>n = 53</i> <i>(Moyenne+/- EC)</i>	<i>P Value</i>
Pression Artérielle Systolique (mmHg)	133+/-19	139+/-24	0,2
Pression Artérielle Diastolique (mmHg)	81+/-10	80+/-10	0,6
Fréquence cardiaque (BPM)	75+/-15	74+/-11	0,6

Tableau 4. Évaluation de l'hémodynamisme en fonction de l'information

Discussion

Il existe une discordance entre l'information donnée par le chirurgien et celle retenue par le patient. Ce défaut d'assimilation de l'information peut être un facteur d'anxiété pour les patients opérés et notamment dans un contexte carcinologique. L'originalité de notre travail consistait à introduire une deuxième consultation (basée sur des fiches d'information validées par les sociétés savantes) faite par un médecin une semaine avant l'intervention afin de diminuer *in fine* cette anxiété.

Cette seconde consultation préopératoire a permis d'augmenter de près de 30% le pourcentage d'assimilation de l'information (94 % versus 63%). Ce gain d'assimilation a réduit significativement l'anxiété préopératoire dans le groupe expérimental selon l'échelle EVA-A. **Cette étude prospective et comparative confirme donc notre hypothèse principale : redonner les informations préopératoires peu de temps avant la chirurgie permet au patient de mieux les assimiler.**

1. Amélioration de l'assimilation de l'information

Dans notre étude, **63% des patients dans le groupe standard avaient assimilé l'information. Ce taux constitue le meilleur score publié à ce jour.** Dans l'étude de Savornin *et al* (46), qui a inclus 78 patients, traités pour affection de l'appareil locomoteur, ce taux était de 55,6%. On peut retrouver une tendance similaire en médecine, notamment en oncologie puisque *Gattellari et al* (47) a démontré que 40% des patients inclus n'avaient pas compris le but des traitements et que moins de 20% d'entre eux pouvaient décrire les chances de succès. Dans notre étude, **ce taux d'assimilation de 63%** peut s'expliquer par le nombre de patients opérés de cancers digestifs nécessitant souvent plusieurs consultations en préopératoire. Près de 20% des patients avaient eu plus de deux consultations.

Dans le groupe expérimental, le pourcentage d'assimilation est de 94%. A notre connaissance, il s'agit de la première étude qui montre l'intérêt d'une nouvelle consultation par un médecin peu de temps avant la chirurgie.

Notre protocole expérimental se calque sur ceux de la chirurgie ambulatoire ou de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) qui ont mis en place une consultation téléphonique la veille de l'intervention. Dans notre étude, cette population représentait 47,1% des patients inclus. Ceci aurait pu donc constituer un biais de confusion dans notre étude puisque ce sous-groupe de malades a bénéficié à la fois d'une consultation avec une infirmière

(selon le protocole de la chirurgie ambulatoire ou de la RAAC) et d'une 2^{ème} consultation (dans le bras expérimental).

Néanmoins, dans notre étude les deux bras sont comparables en ce qui concerne la chirurgie ambulatoire ou la RAAC. De plus, la consultation qui rentre dans le cadre de l'ambulatoire ou de la RAAC répond plus aux aspects pratico-pratique du parcours patient qu'à l'information médicale.

1.1. Supports de l'information

L'information orale prime car elle peut être adaptée à chaque individu. Elle s'inscrit, en effet, dans une relation médecin-malade et permet au médecin d'essayer de répondre aux besoins du malade. Cependant, elle est souvent incomplète et peut être à l'origine d'une anxiété et d'un besoin accru d'information chez le patient. C'est pourquoi, la communauté médicale a mis en place d'autres supports (informatique, fiches écrites, schémas...) pour compléter cette information.

Dans notre étude, nous aurions pu penser que l'augmentation du pourcentage d'assimilation de l'information était due à la différence de supports dans les deux bras. Or nous pouvons noter que ce biais de confusion est absent car les conditions de la consultation étaient quasiment identiques dans les deux groupes sur les critères suivants : schéma explicatif, fiche d'information, présence d'une IDE ou présence d'un proche.

Dans la littérature, *Coudeyre et al.* a montré qu'on pouvait augmenter la connaissance et la satisfaction du malade en associant une notice d'information à l'information orale (48). Une revue de la littérature étudiant l'efficacité des **différents moyens d'information** préopératoires a été menée en 2014 (49). Quatorze études interventionnelles impliquant un total de 1752 patients ont été analysées. Quatre supports ont été utilisés dans cette méta-analyse, à savoir l'audiovisuel (n=4), la fiche d'information (n=2), l'information orale paramédicale (n=2) et l'internet (n=1).

1.2. Type d'information retenue

Nos résultats montrent que **certains items sont plus ou moins bien assimilés lors de la consultation.**

⇒ Dans le groupe standard, qui équivaut à la population générale, 6 items sur 9 du plan de la fiche d'information de la FCVD ont été retenus à plus de 50 % (la pathologie, le

but de l'intervention, le déroulement, la durée d'intervention, les suites opératoires et les risques per opératoires). A contrario, les items pouvant correspondre à des **risques graves** ont obtenu un score de 25 à 40% (les risques postopératoires précoces, les complications tardives et les risques thromboemboliques)

- ⇒ Dans le groupe expérimental, tous les items étaient assimilés à plus de 80%. De plus, l'assimilation de 6 des 9 items était statistiquement plus élevée dans le groupe expérimental versus groupe standard.

Ces résultats peuvent être expliqués par le climat de la première consultation entre le chirurgien et le patient. Cette situation anxiogène peut altérer la compréhension et la mémorisation. De plus, la consultation qui implique une information condensée donnée dans un laps de temps court peut constituer un autre facteur de perte d'information.

Grhea et al. a montré que l'information communiquée au patient est en général peu retenue même lorsqu'elle est considérée comme suffisante (22). Bien que 90,5% des patients informés oralement avant chirurgie orthopédique avaient jugé les explications du médecin très compréhensibles, la moitié d'entre eux ont affirmé, en fin de consultation, qu'il n'y avait pas de risque infectieux ou neurologique. En 2005, sur une série de 156 patients, *Laccourreye et al* (21) a mis en évidence en post opératoire immédiat, qu'aucun des patients n'avait mémorisé plus de 4 des 6 risques exposés en préopératoire et 68,8 % d'entre eux n'avaient mémorisé qu'un ou deux risques.

Ainsi l'ensemble des études, tendent à montrer que l'information est mal assimilée par les patients même lorsque celle-ci est correctement donnée ou considérée comme correctement donnée.

2. Le besoin d'information

Ce manque d'assimilation engendre systématiquement un besoin naturel de complément d'information. Dans notre étude, **24,7% auraient souhaité plus d'information** de la part du chirurgien ; **33,7% ont demandé des informations supplémentaires au médecin traitant** et enfin **1,1% ont adhéré à une association de patients**.

Les patients ont besoin que l'information soit la plus exhaustive possible. Dans une étude menée sur plus de 2000 personnes, 76,2% des sujets souhaitaient être informés de tous les effets indésirables et seuls 0,4% ne souhaitaient pas d'information (50). Dans notre étude, le besoin d'information selon l'échelle APAIS était considéré comme « moyen » dans les deux groupes, mais paradoxalement plus élevé dans le bras expérimental (6,9 versus 5,5 $p=0,01$). Néanmoins, le score APAIS-information est un score global comprenant l'information liée la chirurgie et à l'anesthésie. Or dans notre étude, le versant anesthésique n'a pas été abordé.

3. Diminution de l'anxiété

L'exhaustivité de l'information permettrait de réduire l'anxiété préopératoire (51). Une méta-analyse effectuée en 2014 a montré qu'accroître l'information en préopératoire de chirurgie programmée réduisait considérablement l'anxiété préopératoire ($p<0,05$) (46). En 2016, une autre étude a analysé l'impact du support utilisé en chirurgie digestive sur l'anxiété du patient (52). Les résultats ont démontré que le groupe de patients qui avait bénéficié de vidéos en préopératoire expliquant la chirurgie et ses modalités était moins anxieux ($p<0,01$) et plus satisfait ($p<0,01$) que le groupe témoin.

L'évaluation de l'anxiété peut être réalisée à l'aide d'échelles psychométriques. De nombreux facteurs doivent être pris en considération lors du choix de l'échelle, notamment sa faisabilité et sa précision, le but de l'évaluation, l'âge et l'état clinique du patient, ainsi que le type de chirurgie envisagée (53). Il existe des méthodes fiables et standardisées qui peuvent être utilisées dans l'évaluation de l'anxiété préopératoire chez les patients devant bénéficier d'une intervention chirurgicale. Dans notre étude nous avons fait le choix d'utiliser l'échelle APAIS et EVA-A en raison de leur simplicité et validité en langue française. De plus, cette double association (APAIS dans sa composante anxiété et l'EVA-A) semble être un outil pertinent d'évaluation de l'anxiété (54) et du besoin d'information.

Dans notre étude, nous avons confirmé le lien entre le taux d'information assimilée et l'anxiété préopératoire du patient selon l'échelle EVA-A. De manière significative et en utilisant cette échelle, le groupe ayant bénéficié d'une seconde consultation était moins anxieux que le groupe standard (4,6 versus 6,2 $p= 0,014$). Néanmoins, cette différence entre les deux bras n'a pas été retrouvée avec l'échelle APAIS. Ce résultat peut être expliqué par un biais de jugement : la réalisation de l'échelle APAIS aurait pu être considérée comme anxiogène en raison du contenu des items (exemple : « je suis préoccupé par la chirurgie ») qui peuvent en plus orienter les réponses.

Une étude menée en 2001 a identifié des facteurs d'anxiété préopératoire chez l'adulte à savoir : antécédent de cancer, tabac, troubles psychiatriques, dépression, douleur modérée à intense, American Society of Anaesthesiologists Score (ASA) à III, sexe féminin et études supérieures (55).

Nous n'avons pas pu montrer de diminution significative de l'anxiété sur ces critères en raison du manque de puissance de notre étude. Identifier ces facteurs d'anxiété en préopératoire permet à l'équipe médicale et paramédicale de planifier des actions spécifiques (hypnose, groupe de parole, ateliers) qui pourraient être utiles au patient.

Ainsi, en détectant l'anxiété précocement nous pourrions orienter le malade pour une prise en charge spécifique lors du parcours patient.

4. Retentissement sur l'état hémodynamique en préopératoire

Une seconde consultation préopératoire n'a pas permis de mettre en évidence de diminution de la fréquence cardiaque ou de la pression artérielle dans le groupe expérimental. Plusieurs études données ont montré un lien entre l'anxiété et la pression artérielle ou la fréquence cardiaque (56).

Ce résultat peut s'expliquer par un probable biais de sélection puisque nous n'avons pas réalisé d'analyse en sous-groupes excluant les patients traités pour hypertension artérielle ou troubles du rythme cardiaque.

CONCLUSION

Notre étude a démontré que renouveler l'information médicale au patient de manière exhaustive et peu de temps avant une chirurgie permet une meilleure assimilation de celle-ci.

Cette meilleure compréhension et mémorisation a eu un impact positif sur l'anxiété des patients en préopératoire. Cette étude confirme que le renouvellement de l'information médicale est utile dans le parcours patient en chirurgie digestive. Elle permet de mieux apprécier les besoins et les difficultés des patients.

Références bibliographiques

1. Code de la santé publique - Article L1111-2; URL <http://www.legifrance.gouv.fr>. code civil.
2. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Recommandations de bonnes pratiques. Haute Autorité de santé; 2012 <http://www.has.fr>[Consulté le 15 avril 2014].
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé Recommandations pour la pratique clinique Information des patients - Recommandations destinées aux médecins. Mars : (2000).
4. Simon C., Peytral C., Courtat P. Les dommages en rapport avec la chirurgie thyroïdienne dans l'expertise en ORL et chirurgie cervicofaciale : Société Française d'otorhinolaryngologie et de chirurgie de la face et du cou, Editeur (2003). 318-320.
5. Caniard E. Bilan provisoire des Etats généraux de la santé. Acteurs magazine: le magazine interne de l'administration Sanitaire et Sociale de l'Etat 1999; 36 : 1-4.
6. Brücker PG, Caniard E. États généraux de la santé : une démarche innovante pour plus de démocratie sanitaire. 1999.
7. Fédération Hospitalière de France. Guide méthodologique: les droits du patients dans la loi du 4 mars 2002.
8. République française (2002) LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002 page 4118. mars 4, 2002.
9. République française (2012) Article R4127-35 modifié par décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2 portant modification du code de déontologie médicale. <https://www.legifrance.gouv.fr>.
10. Perez-Carceles MD, Gironde JL, Osuna E, Falcon M, Luna A. Is the right to information fulfilled in an emergency department? Patients' perceptions of the care provided. Journal of Evaluation in Clinical Practice. juin 2010;16(3):456-63.
11. République française (2004) Article L1111-2 du code de la santé publique relative à l'information des usagers du système de santé et à l'expression de leur volonté, modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 11 JORF 5 mars 2002. <https://www.legifrance.gouv.fr>.
12. Musso MW, Perret JN, Sanders T, Daray R, Anderson K, Lancaster M, et al. Patients' comprehension of their emergency department encounter: a pilot study using physician observers. Annals of Emergency Medicine. févr 2015;65(2):151-155.e4.
13. Picault L, Jenvrin J, Appère P, Bourrigan P, Crom P, Mehu G. Information du patient: fiches de conseils, de soins et de prévention (fiches CSP). J Eur des Urgences 2004;
14. Zemmouche P, Delmas G, Pierrard O, Zaioua S, Weissenbach A, Gillet P, Streiff R, Rothmann C. L'information aux urgences. J Eur des Urgences 2007; 20.

15. Arendts G, MacKenzie J, Lee JK. Discharge planning and patient satisfaction in an emergency short-stay unit. *Emergency medicine Australasia: EMA*. févr 2006;18(1):7-14.
16. Laccourreye L, Werner A, Cauchois R, Laccourreye O. [Interpretation and memorization of information provided to the patient for parotidectomy]. *Annales D'oto-Laryngologie Et De Chirurgie Cervico Faciale: Bulletin De La Societe D'oto-Laryngologie Des Hopitaux De Paris*. avr 2009;126(2):53-60.
17. [ps://www.fiches-informations-patients-fcvd](https://www.fiches-informations-patients-fcvd).
18. ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Mars 2000.
19. Pytel C, Fielden NM, Meyer KH, Albert N. Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. sept 2009;35(5):406-11.
20. Yann-Erick Claessens. *Thèmes de recherche; Evaluation et éthique* 2011.
21. Laccourreye O, Cauchois R, Touraine P, Garay A, Bourla A. [Preoperative oral information prior to planned thyroid surgery: the surgeon, physician, lawyer and judge's point of view]. *Annales De Chirurgie*. sept 2005;130(8):458-65.
22. Ghrea M, Dumontier C, Sautet A, Hervé C. [Quality of information transfer for informed consent: an experimental study in 21 patients]. *Revue De Chirurgie Orthopedique Et Reparatrice De L'appareil Moteur*. févr 2006;92(1):7-18.
23. Buonanno P, Laiola A, Palumbo C, Spinelli G, Terminiello V, Servillo G. Italian validation of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale. *Minerva Anestesiologica*. juill 2017;83(7):705-11.
24. Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic GM, Wu JD, et al. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anestesiologica* [Internet]. nov 2018 [cité 21 sept 2020];84(11). Disponible sur: <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R02Y2018N11A1307>
25. Delaney JP, Brodie DA. Effects of short-term psychological stress on the time and frequency domains of heart-rate variability. *Perceptual and Motor Skills*. oct 2000;91(2):515-24.
26. Sharpley CF, Kamen P, Galatsis M, Heppel R, Veivers C, Claus K. An examination of the relationship between resting heart rate variability and heart rate reactivity to a mental arithmetic stressor. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. sept 2000;25(3):143-53.
27. McGrady A, Higgins JT. Effect of repeated measurements of blood pressure on blood pressure in essential hypertension: role of anxiety. *Journal of Behavioral Medicine*. févr 1990;13(1):93-101.
28. Laufenberg-Feldmann R, Kappis B. Assessing preoperative anxiety using a questionnaire and clinical rating: A prospective observational study. *European Journal of Anaesthesiology*. déc 2013;30(12):758-63.
29. Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia and Analgesia*. déc 1999;89(6):1346-51.

30. Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, Subedi A. Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*. août 2011;23(5):372-8.
31. Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesthesia and Analgesia*. déc 1996;83(6):1285-91.
32. Spielberger, C.D.; Gorssuch, R.L.; Lushene, P.R.; Vagg, P.R.; Jacobs, G.A (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. In.
33. Skapinakis P. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. In: Michalos AC, éditeur. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014 [cité 21 sept 2020]. p. 6261-4. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-94-007-0753-5_2825
34. Mohd Fahmi Z, Lai LL, Loh PS. Validation of the Malay version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *The Medical Journal of Malaysia*. août 2015;70(4):243-8.
35. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia and Analgesia*. mars 1996;82(3):445-51.
36. Beydon L, Emmanuel Dima C. Anxiété périopératoire : évaluation et prévention. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. juin 2007;11(3):161-70.
37. Spielberger CD, Sydeman SJ. In: *State Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory, The Use of Psychological Tests for Treatment Planning and Outcome Assessment*. Maruish ME, editor. Hillsdale, LEA; 1994.
38. Kalkman CJ, Visser K, Moen J, Bonsel GJ, Grobbee DE, Moons KGM. Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain*. oct 2003;105(3):415-23.
39. Huskisson EC. MEASUREMENT OF PAIN. *The Lancet*. nov 1974;304(7889):1127-31.
40. Hornblow AR, Kidson MA. The visual analogue scale for anxiety: a validation study. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 1976;10(4):339-41.
41. Lesage F-X, Berjot S, Deschamps F. Clinical stress assessment using a visual analogue scale. *Occupational Medicine*. 1 déc 2012;62(8):600-5.
42. Blumer D, Montouris G, Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 1995;7(4):445-56.
43. Berth M, Moser FM, Kolbe M, Bernhardt J. The state of the art in the analysis of two-dimensional gel electrophoresis images. *Applied Microbiology and Biotechnology*. oct 2007;76(6):1223-43.
44. HAS et la Société Française d'HTA (SFHTA) Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE.
45. Haute Autorité de Santé. *Troubles du rythme ventriculaire graves chroniques. Guide affection de longue durée*. Saint-Denis-La-Plaine : HAS; 2009.

46. Savornin C., Clappaz P., Arvers P., Versier G., Soares J.- L., «Le devoir d'information du chirurgien et la pratique quotidienne».
47. Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH. Informed consent: what did the doctor say? *Lancet*. 15 mai 1999;353(9165):1713.
48. Coudeyre E, Poiraudreau S, Revel M, Kahan A, Drapé JL, Ravaud P. Beneficial effects of information leaflets before spinal steroid injection. *Joint Bone Spine*. déc 2002;69(6):597-603.
49. Ayyadhah Alanazi A. Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *Br J Nurs*. 10 avr 2014;23(7):387-93.
50. Ziegler DK, Mosier MC, Buenaver M, Okuyemi K. How much information about adverse effects of medication do patients want from physicians? *Arch Intern Med*. 12 mars 2001;161(5):706-13.
51. Giraudet-Le Quintrec J-S, Coste J, Vastel L, Pacault V, Jeanne L, Lamas J-P, et al. Positive Effect of Patient Education for Hip Surgery: A Randomized Trial. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. sept 2003;414:112-20.
52. Soydaş Yeşilyurt D, Yıldız Findik Ü. Effect of Preoperative Video Information on Anxiety and Satisfaction in Patients Undergoing Abdominal Surgery. *Comput Inform Nurs*. août 2019;37(8):430-6.
53. Zemła AJ, Nowicka-Sauer K, Jarmoszewicz K, Wera K, Batkiewicz S, Pietrzykowska M. Measures of preoperative anxiety. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 2019;51(1):64-9.
54. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anaesth*. oct 2002;49(8):792-8.
55. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*. mars 2001;45(3):298-307.
56. Bayrak A, Sagiroglu G, Copuroglu E. Effects of Preoperative Anxiety on Intraoperative Hemodynamics and Postoperative Pain. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*. sept 2019;29(9):868-73.

Annexes

Annexe 1. State an Trait Anxiety Inventory (STAY-Y).....	58
Annexe 2. Amsterdam Preoperative Anxiety an Information Scale (APAIS).....	60
Annexe 3. Echelle Visuelle d'anxiété (EVA-A).....	60
Annexe 4. Questionnaire remis au patient à l'admission.....	61
Annexe 5. Article.....	67

Annexe 1. State and Trait Anxiety Inventory (STAY-Y)



56783

J.B.

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION STAI FORME Y-A

C.D. SPIELBERGER, 1983
Traduction française: M.B. SCHWEITZER et I. PAULHAN, 1990

T.C.C.

NOM

N° Dossier

PRENOM

SEXE: HOMME FEMME

DATE

AGE ans

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez d'une croix la case 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			Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme.	<input type="checkbox"/>	12. Je me sens nerveux(se), irritable.	<input type="checkbox"/>								
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.	<input type="checkbox"/>	13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).	<input type="checkbox"/>								
3. Je suis tendu(e), crispé(e).	<input type="checkbox"/>	14. Je me sens indécis(e).	<input type="checkbox"/>								
4. Je me sens surmené(e).	<input type="checkbox"/>	15. Je suis décontracté(e), détendu(e).	<input type="checkbox"/>								
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau.	<input type="checkbox"/>	16. Je suis satisfait(e).	<input type="checkbox"/>								
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).	<input type="checkbox"/>	17. Je suis inquiet(e), soucieux(se).	<input type="checkbox"/>								
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.	<input type="checkbox"/>	18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).	<input type="checkbox"/>								
8. Je me sens content(e).	<input type="checkbox"/>	19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).	<input type="checkbox"/>								
9. Je me sens effrayé(e).	<input type="checkbox"/>	20. Je me sens de bonne humeur, aimable.	<input type="checkbox"/>								
10. Je me sens à mon aise.	<input type="checkbox"/>										
11. Je sens que j'ai confiance en moi.	<input type="checkbox"/>										

56783

J.B.

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION STAI FORME Y-B

T.C.C.

C.D. SPIELBERGER, 1983
Traduction française: M.B. SCHWEITZER et I. PAULHAN, 1990

NOM PRENOM DATE

N° Dossier SEXE: HOMME FEMME AGE ans

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous.

Lisez chaque phrase, puis cochez d'une croix la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **GENERALEMENT**.

Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses.

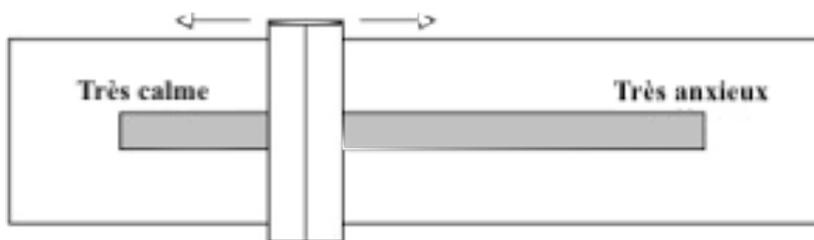
Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

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

Annexe 2. Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)

Item		1	2	3	4	5
1	Je suis préoccupé par l'anesthésie					
2	Je pense continuellement à l'anesthésie					
3	J'aimerais en savoir le plus possible sur l'anesthésie					
4	Je suis préoccupé par l'intervention					
5	Je pense continuellement à l'intervention					
6	Je voudrais en savoir le plus possible sur l'intervention					

Annexe 3. Echelle Visuelle d'anxiété (EVA-A)



Face graduée visible par le médecin



Annexe 4. Questionnaire remis au patient à l'admission

Date :/...../.....

Chirurgien :

<i>Étiquette patient</i>
NOM :
Prénom :
Date de naissance :

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1- Quelle est votre profession ?

2- Quel est votre statut marital ?

- célibataire
- Marié
- Divorcé ou séparé

3- Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

4- Quel est votre niveau d'étude ?

- Étude supérieure (université et classes préparatoires)
- Secondaire avec baccalauréat
- Secondaire sans baccalauréat
- Autres (BEP, CAP, BTS)
- Sans (niveau collège, certificat d'étude)

5- Avez - vous accès à internet ?

- oui
- non

6- Concernant votre pathologie, avez -vous fait des recherches sur internet ?

- oui
- non

7- Avez-vous déjà été hospitalisé dans notre service pour bénéficier d'une intervention chirurgicale pour cette même pathologie ?

- oui
- non

DURANT LA 1^{ère} CONSULTATION

8-Considérez-vous que l'information que votre chirurgien vous a délivrée ORALEMENT soit suffisante ?

- oui
- non

9-Est-ce que votre chirurgien a utilisé un langage non médical pour vous expliquer l'intervention et ses principes ?

- Oui
- Non

10- Votre chirurgien vous a-t-il fait un ou des schéma(s) expliquant l'intervention ?

- oui
- non

11- Votre Chirurgien vous a-t-il remis des documents explicatifs concernant votre intervention?

- oui
- non

12- Avez-vous bénéficié d'informations provenant d'une infirmière de consultation ?

- oui
- non

13- Est ce qu'un de vos proches a assisté à la consultation avec votre chirurgien ?

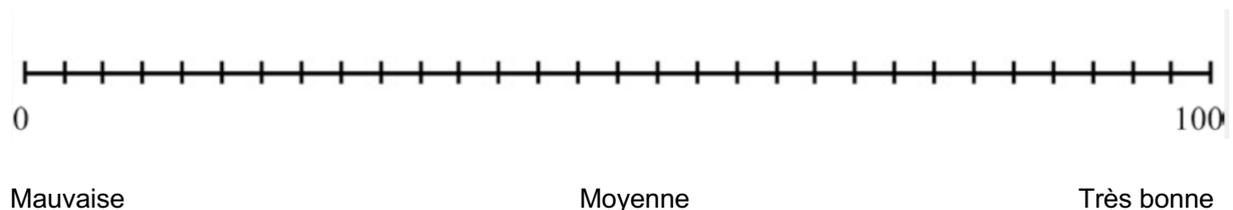
- Oui
- Non

CONCERNANT VOTRE INTERVENTION

14-Vous a-t-on parlé de votre pathologie/ du diagnostic lors de la consultation ?

- oui
- non

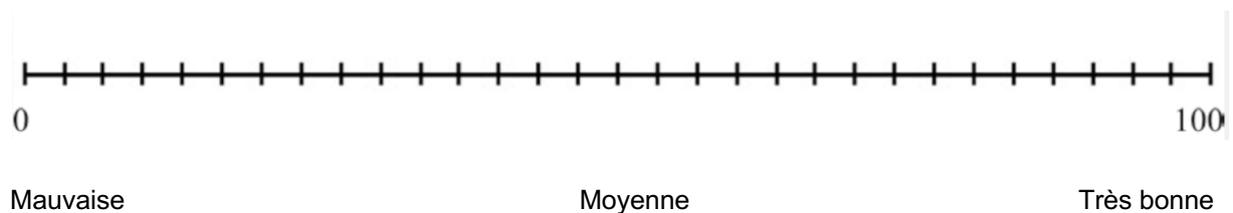
Comment évaluez-vous votre connaissance sur VOTRE PATHOLOGIE/ DIAGNOSTIC aujourd'hui:
Entourez sur l'échelle ci-dessous



15- Vous a-t-on parlé du but de l'intervention et de ses principes généraux ?

- oui
- non

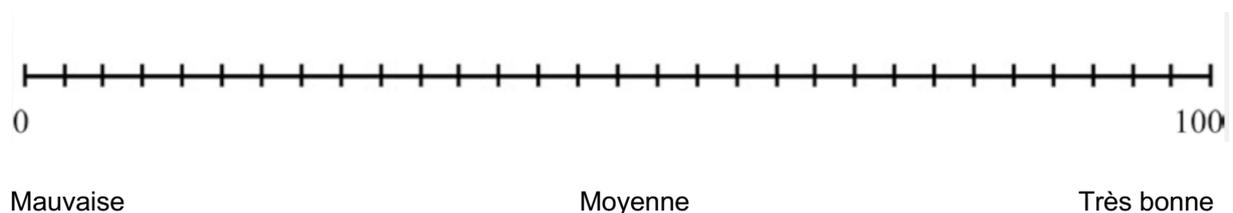
Comment évaluez-vous votre connaissance sur le BUT de l'intervention aujourd'hui : Entourez sur l'échelle ci-dessous



16- Vous a-t-on parlé de son déroulement général ? (Bloc opératoire, salle de réveil, chambre)

- oui
- non

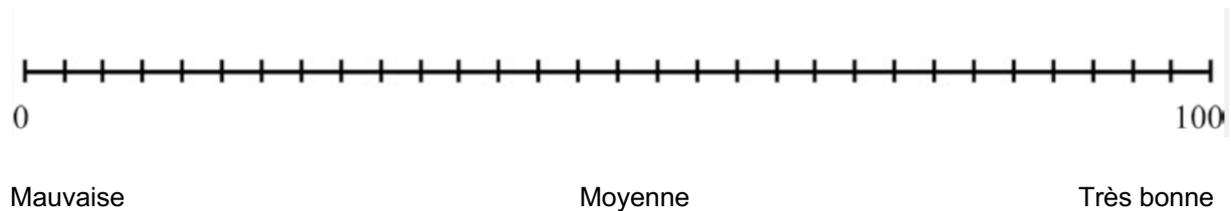
Comment évaluez-vous votre connaissance sur le DEROULEMENT GÉNÉRAL l'intervention aujourd'hui : Entourez sur l'échelle ci-dessous



17- Vous a-t-on parlé de la durée d'intervention (en heures) ?

- oui
- non

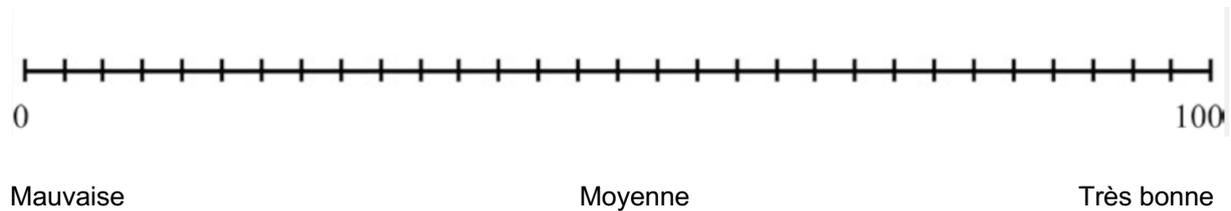
Comment évaluez-vous votre connaissance sur la DUREE de l'intervention aujourd'hui : Entourez sur l'échelle ci-dessous



18- Vous a-t-on parlé des suites opératoires habituelles : durée de séjour, passage aux soins intensifs ?

- oui
- non

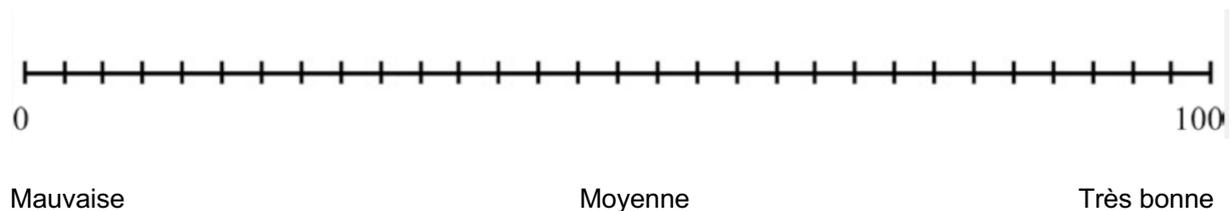
Comment évaluez-vous votre connaissance sur les SUITES OPÉRATOIRES HABITUELLES de l'intervention aujourd'hui : Entourez sur l'échelle ci-dessous



19 - Vous a-t-on parlé des risques pendant l'opération ? (Blessures des organes de voisinage, hémorragies, compressions nerveuses...)

- oui
- non

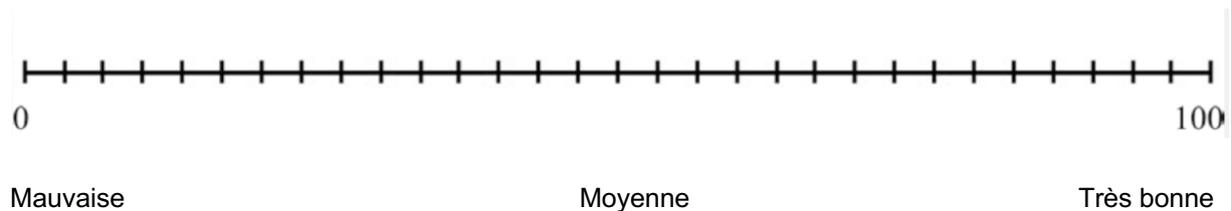
Comment évaluez-vous votre connaissance sur les RISQUES PENDANT L'INTERVENTION aujourd'hui : Entourez sur l'échelle ci-dessous



20- Vous a-t-on parlé des risques postopératoires précoces (dans le mois suivant votre intervention) ?

- oui
- non

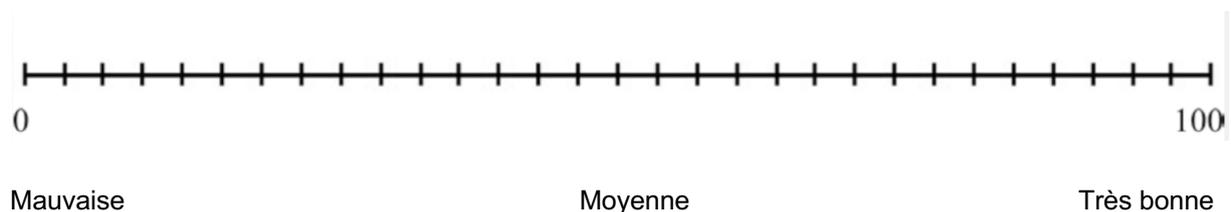
Comment évaluez-vous votre connaissance sur les RISQUES POST OPÉRATOIRES PRÉCOCES aujourd'hui : Entourez sur l'échelle ci-dessous



21- Vous a-t-on parlé des complications tardives (après le 1^{er} mois postopératoire) ?

- oui
- non

Comment évaluez-vous votre connaissance sur les COMPLICATIONS TARDIVES aujourd'hui : Entourez sur l'échelle ci-dessous



A PROPOS DE VOS BESOINS

22- Après la consultation avec votre chirurgien, avez-vous eu besoin de demander des informations à votre médecin traitant ?

- oui
- non

23-Auriez-vous souhaité que votre chirurgien vous donne plus d'informations (documentation, site internet) sur certains éléments de votre prise en charge ?

- oui
- non

24- Avez-vous déjà pris contact ou adhéré à une association de patients concernant votre pathologie ?

- oui
- non

25- Avez-vous l'impression que votre chirurgien s'est soucié de votre compréhension lors de la consultation ?

- oui
- non

CONCERNANT LA SORTIE D'HOSPITALISATION

26 - Vous a-t-on évoqué la possibilité du retour à domicile ou d'une convalescence dans un centre de soins de suite ?

- oui
- non

27- La sortie est – elle organisée (par exemple : infirmière à domicile, aménagement (lit médicalisé), kinésithérapie, besoin d'un proche au domicile) ?

- oui
- non

28 - Vous a-t-on parlé de la durée de l'arrêt de travail ?

- oui
- non

29 - Vous a-t-on parlé d'un traitement anticoagulant (piqûre pour éviter le risque de phlébite ou d'embolie pulmonaire) en postopératoire et sa durée ?

- oui
- non

Annexe 5 : Article

Journal de Chirurgie Viscérale / Journal of Visceral Surgery Impact du taux d'assimilation de l'information préopératoire sur l'anxiété des patients avant chirurgie digestive. --Projet de manuscrit--

Numéro du manuscrit:	
Type d'article:	Article original
Titre complet:	Impact du taux d'assimilation de l'information préopératoire sur l'anxiété des patients avant chirurgie digestive.
Second titre complet:	Does patient comprehension rate produce a decrease of preoperative anxiety before digestive surgery?
Résumé:	<p>Contexte : Il existe une discordance entre l'information donnée par le chirurgien et celle retenue par le patient. Ce défaut d'assimilation de l'information peut être un facteur d'anxiété préopératoire. Le but de cette étude était d'évaluer le taux d'assimilation de l'information retenue par les patients selon un questionnaire reprenant les éléments de la « fiche Information préopératoire » de la FCVD.</p> <p>Matériels et Méthodes : Entre juin 2020 et août 2020, une étude prospective multicentrique et comparative a été menée chez 89 patients opérés en chirurgie digestive. Ils ont été inclus soit dans le groupe standard (prise en charge habituelle), soit dans le groupe expérimental (consultation supplémentaire préopératoire une semaine avant la chirurgie). Tous ont remplis la veille de l'intervention, 3 questionnaires analysant le pourcentage d'assimilation et l'anxiété selon deux échelles : Amsterdam Preoperative Anxiety and information Scale (APAIS) et échelle visuelle analogique d'anxiété (EVA-A).</p> <p>Résultats : Le pourcentage d'assimilation de l'information était de 94 % dans le groupe expérimental et de 63 % dans le groupe standard ($p=1,08 \cdot 10^{-28}$). Le groupe standard était significativement plus anxieux que le groupe expérimental, avec respectivement une EVA-A à 6.2 et 4.6 ($p=0.014$). Les patients du groupe standard comme les patients du groupe expérimental étaient considérés comme anxieux avec un score APAIS-Anxiété, respectivement de 11.3 et 11.9 ($p=0,2$).</p> <p>Conclusion : Renouveler l'information médicale de manière exhaustive et peu de temps avant une chirurgie a permis d'améliorer son assimilation. Cette meilleure compréhension et mémorisation par le patient a réduit son anxiété préopératoire.</p>
Mots-clés:	information préopératoire, chirurgie digestive, assimilation, anxiété, APAIS, EVA
Auteur correspondant:	ABDELKADER TAIBI Limoges, FRANCE
Premier auteur:	Celia BOUNIF
Ordre des auteurs:	Celia BOUNIF victoria ducos evan appourchaux alexia roux muriel mathonnet ABDELKADER TAIBI

Activé par Editorial Manager® et ProduXion Manager® depuis Aries Systems Corporation

Titre : Impact du taux d'assimilation de l'information préopératoire sur l'anxiété des patients

Auteurs : BOUNIF Celia¹, DUCOS Victoria², APPOURCHAUX Evan³, FERRERO Pierre Alexandre³, ROUX Alexia², MATHONNET Muriel¹, TAIBI Abdelkader^{1,4}

¹ Visceral Surgery Department, Limoges University Hospital, France

² Visceral Surgery Department, Saint Junien Hospital, France

³ Visceral Surgery Department, Brive la Gaillarde Hospital, France

⁴ University Limoges, CNRS, XLIM, UMR 7252, F-87000 Limoges, France

Correspondant:

TAIBI Abdelkader, Visceral Surgery Department, Limoges University Hospital, France,
abdelkader.taibi@hotmail.fr, tel: +33 5 55 05 62 96, fax: +33 5 55 05 62 12

Projet: CB, TA, MM

Inclusion, base de données: CB, DV, AE, FPA, AR

Prise en charge des patients: TA, MM

Ecriture: TA, MM, TA

Statistique : TA, CB

Relecture: MM, TA

1
2 **Titre :** Impact du taux d'assimilation de l'information préopératoire sur l'anxiété des patients avant
3 chirurgie digestive.
4

5
6 **Title:** Does patient comprehension rate produce a decrease of preoperative anxiety before digestive
7 surgery.
8
9

10 11 12 **Résumé**

13 **Contexte.** Il existe une discordance entre l'information donnée par le chirurgien et celle retenue par le
14 patient. Ce défaut d'assimilation de l'information peut être un facteur d'anxiété préopératoire. Le but
15 de cette étude était d'évaluer le taux d'assimilation de l'information retenue par les patients selon un
16 questionnaire reprenant les éléments de la « fiche Information préopératoire » de la FCVD.
17

18 **Matériels et Méthodes.** Entre juin 2020 et août 2020, une étude prospective multicentrique et
19 comparative a été menée chez 89 patients opérés en chirurgie digestive. Ils ont été inclus soit dans le
20 groupe standard (prise en charge habituelle), soit dans le groupe expérimental (consultation
21 supplémentaire préopératoire une semaine avant la chirurgie). Tous ont remplis la veille de
22 l'intervention, 3 questionnaires analysant le pourcentage d'assimilation et l'anxiété selon deux
23 échelles : Amsterdam Preoperative Anxiety and information Scale (APAIS) et échelle visuelle
24 analogique d'anxiété (EVA-A).
25
26

27 **Résultats.** Le pourcentage d'assimilation de l'information était de 94 % dans le groupe expérimental
28 et de 63 % dans le groupe standard ($p=1,08 \cdot 10^{-28}$). Le groupe standard était significativement plus
29 anxieux que le groupe expérimental, avec respectivement une EVA-A à 6.2 et 4.6 ($p=0.014$). Les
30 patients du groupe standard comme les patients du groupe expérimental étaient considérés comme
31 anxieux avec un score APAIS-Anxiété, respectivement de 11.3 et 11.9 ($p=0,2$).
32
33

34 **Conclusion.** Renouveler l'information médicale de manière exhaustive et peu de temps avant une
35 chirurgie a permis d'améliorer son assimilation. Cette meilleure compréhension et mémorisation par le
36 patient a réduit son anxiété préopératoire.
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Mots clés : information préopératoire, chirurgie digestive, assimilation, anxiété, APAIS, EVA

Abstract:

Background. The aim of this study was to assess the patients comprehension rate according to a questionnaire of the FCVD (Federation de Chirurgie Viscérale et Digestive).

Materials. From June 2020 to august 2020, prospective, multicenter study included 89 patients before digestive surgery. Management of the first group was performed according to French guidelines. The experimental group received a second consultation, one week before the surgery. All patients answered to 3 questionnaire (Anxiety rate according to Amsterdam Preoperative Anxiety and information Scale (APAIS) and visual analogue scale for anxiety (VAS-A) and patient comprehension rate according to FCVD information's).

Results. Patient comprehension rate was 94 % and 63% on experimental and control groups ($p= 1,08 \cdot 10^{-28}$). Anxiety rate according to VAS-A was 6.2 and 4.6 ($p=0.014$) and 11.3 versus 11.9 according to APAIS respectively ($p=0.2$).

Conclusion. Patient comprehension rate increased with renewing medical information and reduced preoperative anxiety.

Keywords: preoperative information, digestive surgery, assimilation, anxiety, APAIS, VAS

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Introduction

L'information donnée au patient en consultation pré opératoire est indispensable. A son terme, et après un délai de réflexion, elle va contribuer au consentement éclairé à toute intervention chirurgicale. Elle constitue une obligation professionnelle dictée par le code de déontologie médicale et une obligation pénale dictée par le code de la Santé publique (1,2). Celle-ci doit étayer les bénéfices et les risques chirurgicaux encourus à l'occasion du geste chirurgical (3,4).

L'information est nécessaire et va permettre une participation active du patient dans le projet thérapeutique. Par ailleurs, elle va renforcer la confiance médecin-malade et ainsi augmenter la satisfaction du patient. Deux études ont montré que l'information médicale est indissociable de soins complets car elle permet la participation ainsi qu'une meilleure adhésion du patient à la décision médicale (5,6). De plus, elle instaure un lien de confiance entre le médecin et le malade en améliorant la satisfaction de ces derniers et permet d'éviter de nombreux recours juridiques ultérieurs.

Pour améliorer la compréhension des patients, en plus de l'information orale, des documents écrits, comme des schémas, des documents explicatifs ou des sites internet peuvent être proposés. Le patient doit pouvoir être éclairé pour consentir au projet thérapeutique et comprendre la prise en charge. Une information écrite et tracée (fiche d'information préopératoire signée) et un consentement signé sont susceptibles d'exonérer le médecin du défaut d'information qui représente aujourd'hui environ 30% des condamnations civiles (7). En chirurgie digestive, viscérale et endocrinienne, sous l'égide de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD), ont été rédigées par des experts des fiches d'information préopératoire spécifiques à l'intervention projetée. L'information repose sur des données validées. Elle expose les bénéfices et les risques prévisibles, les risques fréquents ainsi que les risques graves. La « fiche information » comprend généralement le même plan (Figure 1).

Une analyse de la littérature a permis de montrer qu'une concordance entre l'information donnée par le chirurgien et celle retenue par le patient variait de 15 à 50 % (8,9). Ainsi, l'information médicale restait trop souvent peu claire et incomplète. Ces mêmes études ont montré que la perte d'information s'élevait à 75% (8,10). Cette perte d'information peut avoir de nombreuses conséquences. Outre d'altérer la compréhension du malade et d'augmenter son besoin d'information, elle peut aussi être un

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
facteur d'anxiété préopératoire (11). Il est essentiel de détecter l'anxiété des patients car elle a le
potentiel d'affecter tous les aspects de la chirurgie lors de la période préopératoire, de l'induction
anesthésique comme de la récupération (12). Une augmentation de l'anxiété préopératoire entraîne une
consommation de produits anesthésiques plus importante (et ses effets secondaires : à savoir nausées
et vomissements) et une augmentation de la douleur en post opératoire (13). En raison de ces
complications, il a été rapporté que la période de convalescence et la durée du séjour à l'hôpital ont été
prolongées (14).

15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
Le but de cette étude était de démontrer l'intérêt d'une seconde consultation préopératoire peu de
temps avant la chirurgie pour améliorer l'assimilation des informations par le patient et et diminuer
l'anxiété préopératoire.

25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65

Matériels et méthodes

Population et type d'étude

Tous les patients devant bénéficier d'une chirurgie digestive, viscérale ou endocrinienne entre le 29
juin 2020 et le 02 aout 2020 ont été inclus consécutivement dans cette étude prospective, comparative
et stratifiée en fonction de la pathologie. Il s'agissait d'une étude multicentrique dans trois centres de
la région Nouvelle Aquitaine : le service de chirurgie digestive, viscérale et endocrinienne du Centre
Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges, les services de chirurgie digestive et viscérale des
Centres Hospitaliers (CH) de Brive-La-Gaillarde et de Saint -Junien. Les patients opérés en urgence,
ou présentant des troubles cognitifs, ou ne parlant pas français ont été exclus.

Le critère principal de jugement était le pourcentage d'assimilation de l'information retenue par les
patients selon un questionnaire reprenant les éléments de la « fiche information préopératoire » dans
les deux groupes (Figure1).

Les critères de jugement secondaires étaient :

- La moyenne du score d'anxiété selon le questionnaire Amsterdam Preoperative Anxiety and
information Scale (APAIS) (Annexe 1) faisant référence aux « items 1-2-4-5 » dans les deux
groupes. *Les sujets étaient considérés comme anxieux lorsqu'ils avaient un score strictement >
11 (15).*

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
- La moyenne du score d'anxiété selon l'échelle Echelle Visuelle Analogique d'Anxiété (EVA-A). *Le patient était considéré comme non anxieux si le score EVA-A ≤ 5 et anxieux si score EVA-A >5 .*
 - La moyenne du score de besoin d'information selon le questionnaire APAIS « items 3-6 », dans les deux groupes. *Un score de 2 à 4 impliquait un « refus d'information », un score entre 5 et 7 un « désir moyen d'information », un score supérieur à 7 un « désir avide d'information»(16).*

Description du Protocole

Les patients étaient inclus consécutivement, soit dans le groupe de référence après une prise en charge classique, à savoir une « consultation avec le chirurgien référent », soit dans le groupe expérimental. Ce groupe a bénéficié d'une consultation avec son chirurgien référent et secondairement d'une consultation téléphonique avec un médecin non-opérateur une semaine avant l'intervention prévue.

(Figure 2)

Tous les patients devaient remplir à l'admission (la veille ou le jour de l'intervention) trois questionnaires : le questionnaire d'assimilation de l'information basé sur les fiches préopératoires de la FCVD, l'échelle APAIS et l'EVA-A.

Les données démographiques liées au patient et à la consultation ont été analysées afin d'établir une comparabilité des groupes.

Analyses statistiques

Les résultats sont exprimés en moyenne (+/- déviation standard) ou en pourcentage (%). Statistiquement, tous les critères étudiés avaient la même valeur numérique égale à 1. Une valeur de p inférieure à 0.05 a été considérée comme statistiquement significative. L'ensemble de l'analyse statistique a été conduite sur le logiciel GraphPad®. Afin de démontrer une augmentation de l'assimilation de l'information de 25% à 57 %, dans cette étude comparative, avec un risque alpha de 0,05 et une puissance de 80%, le nombre de sujets nécessaire a été estimé à 36 patients dans chaque groupe (au minimum). Après l'inclusion des 72 patients nécessaires, les patients suivants ont été inclus dans un bras ou dans un autre en fonction de leur choix.

Résultats

1
2 Notre questionnaire a été proposé à 106 patients. Neuf patients ont refusé de le remplir et 8 patients
3
4 qui ont été exclus (4 patients présentaient des troubles cognitifs, 3 patients présentaient une barrière de
5
6 la langue et 1 patient était sous tutelle). *In fine*, l'étude a inclus 89 malades : 53 dans le bras
7
8 expérimental et 36 dans le bras de référence (Figure 3). Les données démographiques et de
9
10 consultations étaient comparables entre les deux groupes (Tableau 1).

Pourcentage d'assimilation

11
12
13 Le pourcentage d'assimilation de l'information était de 94% dans le groupe expérimental et de 63%
14
15 dans le groupe standard ($p= 1.08 \cdot 10^{-28}$). Parmi les 9 items de ce questionnaire, 6 étaient statistiquement
16
17 significatifs en faveur du groupe expérimental (Tableau 2).
18
19

Taux d'anxiété

20
21
22 Les patients du groupe standard comme les patients du groupe expérimental étaient considérés comme
23
24 anxieux avec un score APAIS-Anxiété, respectivement de 11.3 et 11.9 ($p=0,2$). En utilisant l'échelle
25
26 EVA-A, le groupe standard était significativement plus anxieux que le groupe expérimental, avec
27
28 respectivement une EVA-A à 6.2 et 4.6 ($p=0.014$). (Tableau 3).
29
30

Besoin d'information

31
32
33 Le besoin d'information la veille ou le jour de l'intervention était considéré comme moyen dans les
34
35 deux groupes (score APAIS-information à 5,5 dans groupe standard versus 6,9 $p=0,01$). Le besoin de
36
37 consultation auprès du médecin traitant était respectivement de 31% et de 36 % dans le groupe
38
39 standard et expérimental ($p=0,6$). Aucune différence significative entre les deux groupes n'a été
40
41 retrouvée en ce qui concerne l'adhésion à une association de patients (Tableau 3).
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Discussion

1
2 Il existe une discordance entre l'information donnée par le chirurgien et celle retenue par le patient. Ce
3 défaut d'assimilation de l'information peut être un facteur d'anxiété pour les patients opérés et
4 notamment dans un contexte carcinologique. L'originalité de notre travail consistait à introduire une
5 deuxième consultation (basée sur des fiches d'information validées par les sociétés savantes) faite par
6 un médecin une semaine avant l'intervention afin de diminuer *in fine* cette anxiété. Dans notre étude,
7 le fait d'instaurer une seconde consultation préopératoire a permis d'augmenter de près de 30% le
8 pourcentage d'assimilation de l'information. Ce gain d'assimilation a réduit significativement
9 l'anxiété préopératoire dans le groupe expérimental selon l'échelle EVA-A.
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

Amélioration de l'assimilation de l'information

21
22 Dans notre étude, 63% des patients dans le groupe standard avaient assimilé l'information. Ce taux
23 constitue le meilleur score publié à ce jour. Dans l'étude de Savornin *et al.* qui a inclus 78 patients,
24 traités pour affection de l'appareil locomoteur, ce taux était de 55.6% (17). On peut retrouver une
25 tendance similaire en médecine, notamment en oncologie. Gattellari *et al.* a démontré que 40% des
26 patients inclus n'avaient pas compris le but des traitements et que moins de 20% d'entre eux pouvaient
27 décrire les chances de succès (18). Dans notre étude, ce taux d'assimilation de 63% dans le bras
28 standard peut s'expliquer par le nombre de patients opérés de cancers digestifs nécessitant souvent
29 plusieurs consultations en préopératoire.
30
31
32

33 Dans le groupe expérimental, le pourcentage d'assimilation était de 94%. A notre connaissance, il
34 s'agit de la première étude française qui montre l'intérêt d'une nouvelle consultation par un médecin
35 peu de temps avant la chirurgie. Notre protocole expérimental se calque sur ceux de la chirurgie
36 ambulatoire ou de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) qui ont mis en place une
37 consultation téléphonique la veille de l'intervention. Dans notre étude, cette population représentait
38 47.1% des patients inclus.
39
40
41

42 Cette différence n'est pas liée au type de support utilisé par le chirurgien pour délivrer ces
43 informations ni par la présence d'un proche ou d'un(e) infirmier(e) de consultation, qui étaient
44 comparables dans les deux groupes d'études. Néanmoins un support écrit ou vidéo peut être un
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54

complément essentiel lors d'une consultation d'annonce thérapeutique. Dans la littérature, Coudeyre et al. a montré que la connaissance et la satisfaction du malade étaient améliorées en associant une notice d'information à l'information orale délivrée (19). Une revue systématique de la littérature incluant 12 essais randomisés (1752 patients) a confirmé l'intérêt de ces multiples supports (vidéo, fiche écrite, consultation paramédicale préopératoire, internet) dans la prévention de l'anxiété préopératoire (20).

Type d'information retenue

Nos résultats montrent que certains items sont plus ou moins bien assimilés lors de la consultation. Dans le groupe standard, qui équivaut à la population générale, 6 items sur 9 du plan de la fiche d'information de la FCVD ont été retenus à plus de 50 % (la pathologie, le but de l'intervention, le déroulement, la durée d'intervention, les suites opératoires et les risques per opératoires). A contrario, les items pouvant correspondre à des risques graves ont obtenu un score de 25 à 40% (les risques postopératoires précoces, les complications tardives et les risques thromboemboliques). Dans le groupe expérimental, tous les items étaient assimilés à plus de 80%. De plus, l'assimilation de 6 des 9 items était statistiquement plus élevée dans le groupe expérimental versus groupe standard.

Ces résultats peuvent être expliqués par le climat de la première consultation entre le chirurgien et le patient. Cette situation anxiogène peut altérer la compréhension et la mémorisation. De plus, la consultation qui implique une information condensée donnée dans un laps de temps court peut constituer un autre facteur de perte d'information.

Grhea *et al.* a montré que l'information communiquée au patient est en général peu retenue même lorsqu'elle est considérée comme suffisante (9). Bien que 90.5% des patients informés oralement avant chirurgie orthopédique aient jugé les explications du médecin très compréhensibles, la moitié d'entre eux ont affirmé, en fin de consultation, qu'il n'y avait pas de risque infectieux ou neurologique. En 2005, sur une série de 156 patients, Laccourreye *et al.* a mis en évidence en post opératoire immédiat, qu'aucun des patients n'avait mémorisé plus de quatre des six risques exposés en préopératoire et 68.8 % d'entre eux n'avaient mémorisé qu'un ou deux risques (8).

Diminution de l'anxiété

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

L'exhaustivité de l'information permettrait de réduire l'anxiété préopératoire (21). Une méta-analyse effectuée en 2014 a montré qu'accroître l'information en préopératoire de chirurgie programmée réduisait considérablement l'anxiété préopératoire ($p < 0.05$) (17). En 2016, une autre étude a analysé l'impact du support utilisé en chirurgie digestive sur l'anxiété du patient (22). Les résultats ont démontré que le groupe de patients qui avait bénéficié de vidéos en préopératoire expliquant la chirurgie et ses modalités était moins anxieux ($p < 0.01$) et plus satisfait ($p < 0.01$) que le groupe témoin. Cette évaluation de l'anxiété peut être réalisée à l'aide d'échelles psychométriques. De nombreux facteurs doivent être pris en considération lors du choix de l'échelle, notamment sa faisabilité et sa précision, le but de l'évaluation, l'âge et l'état clinique du patient, ainsi que le type de chirurgie envisagée (23). Il existe des méthodes fiables et standardisées qui peuvent être utilisées dans l'évaluation de l'anxiété préopératoire chez les patients devant bénéficier d'une intervention chirurgicale. Dans notre étude nous avons fait le choix d'utiliser l'échelle APAIS et EVA-A en raison de leur simplicité et validité en langue française. De plus, cette double association (APAIS dans sa composante anxiété et l'EVA-A) semble être un outil pertinent d'évaluation de l'anxiété (24) et du besoin d'information.

Dans notre étude, nous avons confirmé le lien entre le taux d'information assimilée et l'anxiété préopératoire du patient selon l'échelle EVA-A. De manière significative et en utilisant cette échelle, le groupe ayant bénéficié d'une seconde consultation était moins anxieux que le groupe standard (4.6 versus 6.2 $p = 0.014$). Néanmoins, cette différence entre les deux bras n'a pas été retrouvée avec l'échelle APAIS. Ce résultat peut être expliqué par un biais de jugement puisque l'échelle APAIS a été considérée comme plus alarmiste par plusieurs patients (exemple : « je suis préoccupé par la chirurgie »). Les facteurs d'anxiété préopératoire chez l'adulte sont connus dans la littérature : antécédent de cancer, tabac, troubles psychiatriques, dépression, douleur modérée à intense, American Society of Anesthesiologists Score (ASA) à III, sexe féminin et études supérieures (25). Nous n'avons pas pu analyser ces critères séparément en raison du nombre d'effectif dans notre étude.

Conclusion :

1
2 Notre étude a démontré que renouveler l'information médicale au patient de manière exhaustive et peu
3
4 de temps avant une chirurgie permet une meilleure assimilation de celle-ci. Cette meilleure
5
6 compréhension et mémorisation a permis de prévenir l'anxiété préopératoire des patients avant
7
8 chirurgie digestive.
9

Sources de financements

10
11
12
13
14
15
16
17
18 Aucun
19

Lien d'intérêt

20
21
22 Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt
23
24
25
26
27

Références

- 28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
1. Code de la santé publique - Article L1111-2; URL <http://www.legifrance.gouv.fr>. code civil.
 2. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Recomman-dations de bonnes pratiques. Haute Autorité de santé; 2012 <http://www.has.fr>[Consulté le 15 avril 2014].
 3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé Recommandations pour la pratique clinique Information des patients - Recommandations destinées aux médecins. Mars : (2000).
 4. Simon C., Peytral C., Courtat P. Les dommages en rapport avec la chirurgie thyroïdienne dans l'expertise en ORL et chirurgie cervicofaciale : Société Française d'otorhinolaryngologie et de chirurgie de la face et du cou, Editeur (2003). 318-320.
 5. Musso MW, Perret JN, Sanders T, Daray R, Anderson K, Lancaster M, et al. Patients' comprehension of their emergency department encounter: a pilot study using physician observers. *Annals of Emergency Medicine*. févr 2015;65(2):151-155.e4.
 6. Picault L, Jenvrin J, Appère P, Bourrigan P, Crom P, Mehu G. Information du patient: fiches de conseils, de soins et de prévention (fiches CSP). *J Eur des Urgences* 2004; [ps://www.fiches-informations-patients-fcvd](http://www.fiches-informations-patients-fcvd).
 7. Laccourreye O, Cauchois R, Touraine P, Garay A, Bourla A. [Preoperative oral information prior to planned thyroid surgery: the surgeon, physician, lawyer and judge's point of view]. *Annales De Chirurgie*. sept 2005;130(8):458 - 65.

- 1 9. Ghrea M, Dumontier C, Sautet A, Hervé C. [Quality of information transfer for informed
2 consent: an experimental study in 21 patients]. *Revue De Chirurgie Orthopedique Et Reparatrice*
3 *De L'appareil Moteur*. févr 2006;92(1):7- 18.
- 4 10. Yann-Erick Claessens. *Thèmes de recherche; Evaluation et éthique* 2011.
- 5 11. Buonanno P, Laiola A, Palumbo C, Spinelli G, Terminiello V, Servillo G. Italian validation of
6 the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale. *Minerva Anestesiologica*. juill
7 2017;83(7):705- 11.
- 8 12. Laufenberg-Feldmann R, Kappis B. Assessing preoperative anxiety using a questionnaire and
9 clinical rating: A prospective observational study. *European Journal of Anaesthesiology*. déc
10 2013;30(12):758- 63.
- 11 13. Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements.
12 *Anesthesia and Analgesia*. déc 1999;89(6):1346- 51.
- 13 14. Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, Subedi A. Nepalese patients' anxiety and
14 concerns before surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*. août 2011;23(5):372- 8.
- 15 15. Blumer D, Montouris G, Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a
16 neurodiagnostic monitoring unit. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*.
17 1995;7(4):445- 56.
- 18 16. Berth M, Moser FM, Kolbe M, Bernhardt J. The state of the art in the analysis of two-
19 dimensional gel electrophoresis images. *Applied Microbiology and Biotechnology*. oct
20 2007;76(6):1223- 43.
- 21 17. Savornin C., Clappaz P., Arvers P., Versier G., Soares J.- L.,«Le devoir d'information du
22 chirurgien et la pratique quotidienne».
- 23 18. Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH. Informed consent: what did the doctor say? *Lancet*. 15
24 mai 1999;353(9165):1713.
- 25 19. Coudeyre E, Poiradeau S, Revel M, Kahan A, Drapé JL, Ravaud P. Beneficial effects of
26 information leaflets before spinal steroid injection. *Joint Bone Spine*. déc 2002;69(6):597- 603.
- 27 20. Ayyadhah Alanazi A. Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *Br J Nurs*.
28 10 avr 2014;23(7):387- 93.
- 29 21. Giraudet-Le Quintrec J-S, Coste J, Vastel L, Pacault V, Jeanne L, Lamas J-P, et al. Positive
30 Effect of Patient Education for Hip Surgery: A Randomized Trial. *Clinical Orthopaedics and*
31 *Related Research*. sept 2003;414:112- 20.
- 32 22. Soydaş Yeşilyurt D, Yıldız Findik Ü. Effect of Preoperative Video Information on Anxiety and
33 Satisfaction in Patients Undergoing Abdominal Surgery. *Comput Inform Nurs*. août
34 2019;37(8):430- 6.
- 35 23. Zemla AJ, Nowicka-Sauer K, Jarmoszewicz K, Wera K, Batkiewicz S, Pietrzykowska M.
36 Measures of preoperative anxiety. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2019;51(1):64- 9.
- 37 24. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale
38 provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anaesth*. oct
39 2002;49(8):792- 8.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

25. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Bandeira D, et al. Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand.* mars 2001;45(3):298- 307.

Légendes :

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tableau 1 : Données démographiques et de consultations de la population.

Tableau 2 : Comparaison de l'assimilation préopératoire selon les informations de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive.

Tableau 3 : Comparaison de l'anxiété préopératoire selon l'échelle Amsterdam Preoperative Anxiety Scale (APAIS) (Annexe 1) et l'échelle Echelle Visuelle Analogique d'Anxiété (EVA-A).

Figure 1 : Items d'informations selon la fiche information patient de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive.

Figure 2 : Protocole d'expérimentations

Figure 3 : Diagramme de flux des patients

Annexe 1 : Echelle d'anxiété selon APAIS : Amsterdam Preoperative Anxiety and information Scale

Tableau

	<i> Groupe standard n = 36 % (n) Moyenne + /- EC</i>	<i> Groupe avec seconde Consultation n = 53 % (n) Moyenne + /- EC</i>	<i> P Value</i>	<i> Effectif global n = 89 % (n) Moyenne + /- EC</i>
Âge				
Moyenne	57,54 (22-88)	61,2 (28-82)	0,3	59,4 (22-88)
Médiane	55 (22-88)	55 (28-82)		55 (22-88)
Sexe				
Femme	47,2% (n=17)	39,6% (n=21)	1	42,7% (n=38)
Homme	52,8% (n=19)	60,4% (n=32)	0,5	57,3% (n=51)
Statut marital				
Célibataire	8,3% (n=3)	7,5% (n=4)	1	7,9% (n=7)
Marié(e)	66,7% (n=24)	77,4% (n=41)	0,3	73% (n=65)
Divorcé(e) ou séparé(e)	25% (n=9)	15,1% (n=8)	0,2	19,1% (n=17)
Enfant	77,8% (n=28)	92,4% (n=49)	0,06	86,5% (n=77)
Niveau d'étude				
Sans	19,4% (n=7)	18,9 (n=10)	1	19,1% (n=17)
CAP, BEP, BTS	38,9% (n=14)	35,9% (n=19)	0,8	37,1% (n=33)
Secondaire sans baccalauréat	5,6% (n=2)	11,3% (n=6)	0,6	9% (n=8)
Secondaire avec baccalauréat	13,9% (n=5)	22,6% (n=12)	0,6	19,1% (n=17)
Études supérieures	22,2% (n=8)	11,3% (n=6)	1	15,7% (n=14)
Conditions socioprofessionnelles				
Sans emploi	11,1% (n=4)	16,9% (n=9)	0,5	14,6% (n=13)
Étudiant	2,8% (n=1)	0% (n=0)	0,4	1,1 % (n=1)
Avec emploi	36,1% (n=13)	39,7% (n=21)	0,14	38,2% (n=34)
Retraité	50% (n=18)	43,4% (n=23)	0,6	46,1% (n=41)
Profession en lien avec la santé	2,8% (n=1)	0% (n=0)	0,4	1,1% (n=1)
Étiologie				
Oncologie digestive	36,1% (n=13)	20,8% (n=11)	0,1	26,9% (n=24)
Chirurgie endocrinienne	19,5% (n=7)	11,3% (n=6)	0,3	14,6% (n=13)
Pathologie biliaire	13,8% (n=5)	11,3% (n=6)	0,06	12,4% (n=11)
Chirurgie pariétale	19,5% (n=7)	39,6% (n=21)	1	31,5% (n=28)
Chirurgie de la statique pelvienne	0% (n=0)	0% (n=0)	0,07	0% (n=0)
Chirurgie bariatrique	0% (n=0)	9,4% (n=5)	1	5,6% (n=5)
Autres	11,1% (n=4)	7,6 % (n=4)	0,5	9% (n=8)
Accès à internet	80,6% (n=29)	84,9 (n=45)	1	83,1% (n=74)
HTA	27,8% (n=10)	24,5% (n=13)	0,8	25,8% (n=23)
Béta Bloquant	13,9% (n=5)	11,3% (n=6)	0,7	12,3% (n=11)
Antécédents chirurgicaux digestifs	47,2% (n=17)	62,3% (n=33)	1	56,2% (n=50)
Hospitalisé pour la même pathologie	25% (n=9)	18,9% (n=10)	0,16	21,3% (n=19)
RAAC	11,1% (n=4)	13,2% (n=7)	0,5	12,3% (n=11)
Chirurgie ambulatoire	27,8% (n=10)	39,6% (n=21)	1	34,8% (n=31)
Nombre de Consultation avec le chirurgien référent				
1	66,7% (n=24)	60,4 (n=32)	0,6	63% (n=56)
2	13,9% (n=5)	18,9% (n=10)	0,5	16,8% (n=15)
>2	19,4% (n=7)	20,7% (n=11)	0,9	20,2 % (n=18)
Utilisation d'un langage non médical	80,5 % (n=29)	83% (n=44)	1	82% (n=73)
Utilisation d'un schéma explicatif	58,3% (n=21)	54,7% (n=29)	0,8	56,2% (n=50)
Remise d'un document explicatif	63,8% (n=23)	64,1% (n=34)	1	64% (n=57)
Présence d'une IDE de consultation	44,4% (n=16)	58,5% (n=31)	0,2	52,8% (n=47)
Présence d'un proche lors de la première consultation	27,7% (n=10)	41,5% (n=22)	0,2	35,9% (n=32)

Tableau 1 : données démographiques et de consultations de la population

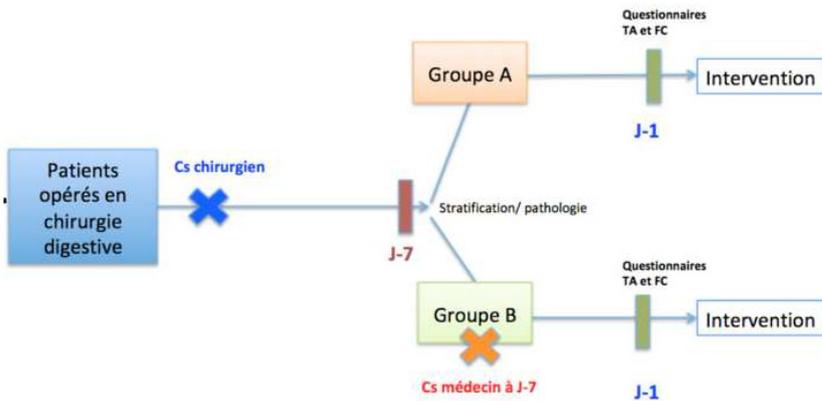
	<i>Groupe Standard</i> <i>n = 36</i> <i>%(n)</i>	<i>Groupe avec seconde Consultation</i> <i>n = 53</i> <i>%(n)</i>	<i>P Value</i>
Pathologie et diagnostic	88% (n=32)	98% (n=52)	0,1
But et principes généraux de l'intervention	94% (n=34)	100% (n=53)	0,2
Déroulement général de l'intervention	92% (n=33)	100% (n=53)	0,08
Durée de l'intervention	67% (n=24)	89% (n=47)	0,01
Suites opératoires habituelles	81% (n=29)	92% (n=51)	0,03
Risques per opératoires	58% (n=21)	94% (n=50)	0,0002
Risques post opératoires précoces	36% (n=13)	91% (n=48)	1,86 x 10⁻⁷
Complications tardives	25%(n=9)	81% (n=43)	4,09 x 10⁻⁸
Risques thromboemboliques	28% (n=10)	98% (n=52)	4,06 10⁻¹¹
Score total	63% (n=205)	94% (n=449)	1,08 10⁻²⁸

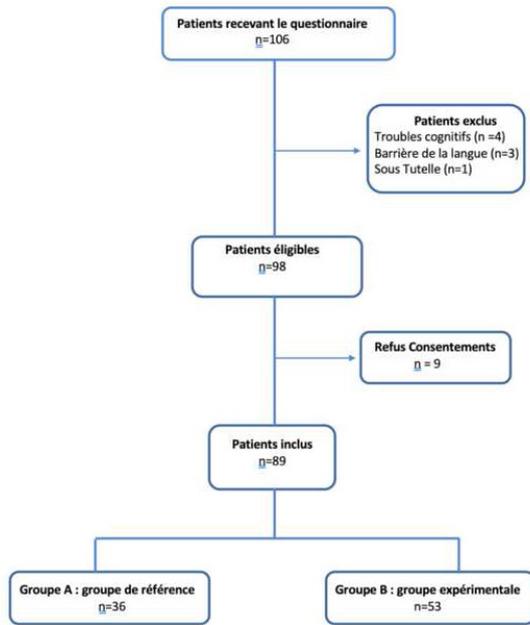
Tableau 2 : comparaison de l'assimilation préopératoire selon les informations de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive.

	<i>Groupe Standard</i> <i>n = 36</i> <i>(Moyenne +/- EC)</i> <i>(%)</i>	<i>Groupe avec seconde Consultation</i> <i>n = 53</i> <i>(Moyenne +/- EC)</i> <i>(%)</i>	<i>P Value</i>
APAIS - score global	16,8 +/-6,7	18,9 +/- 7	0,1
APAIS-Anxiété	11,9	11,3	0,2
APAIS-anesthésie	5,5 +/- 2,7	5,6 +/-2,6	0,9
APAIS-chirurgie	5,7	6,4	0,2
APAIS - information	5,5 +/-2,7	6,9 +/-2,5	0,01
EVA-A	6,2 +/-2,9	4,6 +/-2,8	0,014

- Tableau 3 : comparaison de l'anxiété préopératoire selon l'échelle le questionnaire Amsterdam Preoperative Anxiety Scale (APAIS) (Annexe 1) et l'échelle Echelle Visuelle Analogique d'Anxiété (EVA-A).

FICHE D'INFORMATION PATIENT	
	
<i>Pathologie et diagnostic</i>	
<i>But de l'intervention et principes généraux</i>	
<i>Déroulement général</i>	
<i>Durée de l'intervention</i>	
<i>Suites habituelles</i>	
<i>Risques per opératoire</i>	
<i>Complications précoces</i>	
<i>Complications liées à la maladie thromboemboliques (METV)</i>	
<i>Complications tardives</i>	





Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Résumé

Contexte. Il existe une discordance entre l'information donnée par le chirurgien et celle retenue par le patient. Ce défaut d'assimilation de l'information peut être un facteur d'anxiété préopératoire. Le but de cette étude était d'évaluer le taux d'assimilation de l'information retenue par les patients selon un questionnaire reprenant les éléments de la « fiche information préopératoire » de la FCVD.

Matériels et Méthodes. Entre juin 2020 et août 2020, une étude prospective multicentrique et comparative a été menée chez 89 patients opérés en chirurgie digestive. Ils ont été inclus soit dans le groupe standard (prise en charge habituelle), soit dans le groupe expérimental (consultation supplémentaire préopératoire une semaine avant la chirurgie). Tous ont remplis la veille de l'intervention, 3 questionnaires analysant le pourcentage d'assimilation et l'anxiété selon deux échelles : Amsterdam Preoperative Anxiety and information Scale (APAIS) et échelle visuelle analogique d'anxiété (EVA-A).

Résultats. Le pourcentage d'assimilation de l'information était de 94 % dans le groupe expérimental et de 63 % dans le groupe standard ($p= 1,08 \cdot 10^{-28}$). Le groupe standard était significativement plus anxieux que le groupe expérimental, avec respectivement une EVA-A à 6.2 et 4.6 ($p=0.014$). Les patients du groupe standard comme les patients du groupe expérimental étaient considérés comme anxieux avec un score APAIS-Anxiété, respectivement de 11.3 et 11.9 ($p=0,2$).

Conclusion. Renouveler l'information médicale de manière exhaustive et peu de temps avant une chirurgie a permis d'améliorer son assimilation. Cette meilleure compréhension et mémorisation par le patient a réduit son anxiété préopératoire.

Mots-clés : information préopératoire, chirurgie digestive, assimilation, anxiété, APAIS, EVA

Abstract

Background. The aim of this study was to assess the patients comprehension rate according to a questionnaire of the FCVD (Federation de Chirurgie Viscérale et Digestive).

Materials. From June 2020 to august 2020, prospective, multicenter study included 89 patients operated by digestive surgeon. Management of the first group was performed according to French guidelines. The experimental group received a second consultation one week before the surgery. All patients answered to 3 questionnaire (Anxiety rate according to Amsterdam Preoperative Anxiety and information Scale (APAIS) and visual analogue scale for anxiety (VAS-A) and patient comprehension rate according to FCVD information's.

Results. Patient comprehension rate was 94 % and 63% on experimental and control groups ($p= 1,08 \cdot 10^{-28}$). Anxiety rate according to VAS-A was 6.2 and 4.6 ($p=0.014$) and 11.3 versus 11.9 according to APAIS respectively ($p=0.2$).

Conclusion. Patient comprehension rate increased with renewing medical information and reduced preoperative anxiety.

Keywords : preoperative information, digestive surgery, assimilation, anxiety, APAIS, VAS

