



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2022

Thèse N° 292

Les troubles anxieux et dépressifs chez les patients atteints de cancer

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11/11/2022

PAR

Mr. **ALAOUI Hamza**

Né Le 14 Mai 1997 à Marrakech

Médecin interne au **CHU MOHAMMED VI** de Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Cancer - Anxiété - Dépression

JURY

Mme. **I. ADALI**

Professeur de psychiatrie

PRESIDENT

Mme. **F. MANOUDI**

Professeur de psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. **M.A. LAFFINTI**

Professeur agrégé de psychiatrie

Mme. **S. AIT BATAHAR**

Professeur agrégé de Pneumo-Phtisiologie

JUGES

حَتَّىٰ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ، وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ
رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي^ص
إِنِّي تَوَكَّلْتُ عَلَىٰكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ



Serment d'hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir
membre de la profession médicale, j'em'engage solennellement à consacrer ma vie au
service de l'humanité.*

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qu'ils ont dus.

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La
santé de mes malades sera mon premier but.*

Je n'entraînerai pas les secrets qui me seront confiés.

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles tradi-
tions de la profession médicale.*

Les médecins seront mes frères.

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

*Même sous la menace, j'en userai pas mes connaissances médicales d'une façon con-
traire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



**UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vicedoyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vicedoyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vicedoyen chargé de la pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine ELHOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	ELOMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOUELHASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	FAKHRI Bouchra	Gynécologie-obstétrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique
ADALI Imane	Psychiatrie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie

AGHOUTANEI Mouhaddi	Chirurgie pédiatrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AITAMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HAJJI Btissam	Ophthalmologie
AITBENALI Said	Neurochirurgie	HAROUK Karam	Gynécologie-obstétrique
AITBENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT-SABImane	Pédiatrie	JALAL Hicham	Radiologie

ALJSoumaya	Radiologie	KAMILIEI Ouafi ElAouni	Chirurgie pédiatrique
AMAL Said	Dermatologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AMINEMohamed	Epidémiologie-clinique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMROLamyae	Pneumo-phtisiologie	KISSANINajib	Neurologie
ANIBAKhalid	Neurochirurgie	KRATIKhadija	Gastro-entérologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-Virologie	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	LAGHMARIMehdi	Neurochirurgie
ATMANEEI Mehdi	Radiologie	LAKMICHIMohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillofaciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUADI Nass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	LOUHABNIsrine	Neurologie
BELBARAKARhizlane	Oncologie médicale	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie-générale
BELKHOUAhlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENDRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale
BENCHAMKHAYassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENELKHAIAT BENOMARRidouan	Chirurgie-générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire

BENHIMAMohamedAm ine	Traumatologie- orthopédie	MOUAFFAKYoussef	Anesthésie-réanimation
BENJELLOUNHARZIMIA mine	Pneumo-phtisiologie	MOUDOUNISaid Mohammed	Urologie
BENJILALILaila	Médecineinterne	MOUFIDKamal	Urologie
BENZAROUELDounia	Cardiologie	MOUTAJRedouane	Parasitologie
BOUCHENTOUFRachid	Pneumo-phtisiologie	MOUTAOUAKILAbdeljalil	Ophthalmologie
BOUKHANNILahcen	Gynécologie-obstétrique	MSOUGGARYassine	Chirurgiethoracique
BOUKHIRAAbderrahm an	Biochimie-chimie	NAJEBYoussef	Traumato-orthopédie
BOUMZEBRADrissi	ChirurgieCardio- Vasculaire	NARJISYoussef	Chirurgiegénérale
BOURRAHOUATAAicha	Pédiatrie	NEJMIHicham	Anesthésie-réanimation
BOURROUSMonir	Pédiatrie	NIAMANERadouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUMohamm ed	Pédiatrie	OUALIIDRISSIMariem	Radiologie

BSISSMohamedAziz	Biophysique	OUBAHASofia	Physiologie
CHAFIKRachid	Traumato-orthopédie	OULADSAIADMohamed	Chirurgiepédiatrique
CHAKOURMohamed	HématologieBiologique	QACIFHassan	Médecineinterne
CHELLAKSaliha	Biochimie-chimie	QAMOUSYoussef	Anesthésie-réanimation
CHERIFIDRISSIELGANOU NI Najat	Radiologie	RABBANIKhalid	Chirurgiegénérale
CHOULLIMohamedKhale d	Neuropharmacologie	RADANoureddine	Pédiatrie
DAHAMIZakaria	Urologie	RAISHanane	Anatomiepathologique
DAROUASSIYoussef	Oto-Rhino-Laryngologie	RAJIAbdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISSGhizlane	Pédiatrie	ROCHDIYoussef	Oto-rhino-laryngologie
ELADIBAhmedRhassane	Anesthésie-réanimation	SAMKAOUMohamedAbden asser	Anesthésie-réanimation
ELAMRANIMoulayDriss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
ELANSARINawal	Endocrinologieet maladiesmétaboliques	SARFIsmail	Urologie

ELBARNIRachid	Chirurgie-générale	SORAAAbabila	Microbiologie-Virologie
ELBOUCHTIlmane	Rhumatologie	SOUMMANIAbderraouf	Gynécologie-obstétrique
ELBOUIHIMohamed	Stomatologieetchirmaxill ofaciale	TASSINoura	Maladiesinfectieuses
ELFEZZAZI Redoua ne	Chirurgiepédiatrique	TAZIMohamedIllias	Hématologie-clinique
ELHAOURYHanane	Traumato-orthopédie	YOUNOUSSaid	Anesthésie-réanimation
ELHATTAOUMustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
ELHOUDZIJamila	Pédiatrie	ZAHLANEMouna	Médecineinterne
ELIDRISSILITINENadia	Pédiatrie	ZAOUISanaa	Pharmacologie
ELKARIMISaloua	Cardiologie	ZEMRAOUINadir	Néphrologie
ELKHADERAhmed	Chirurgiegénérale	ZIADIAmra	Anesthésie-réanimation
ELKHAYARIMina	Réanimationmédicale	ZOUHAIRSaid	Microbiologie
ELMGHARITABIBGhizlan e	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	ZYANIMohammed	Médecineinterne
ELFIKRIAbdelghani	Radiologie		

ProfesseursAgrégés

NometPrénom	Spécialité	NometPrénom	Spécialité
ABDOUAbdessamad	ChiruCardiovasculaire	HAZMIRIFatimaEzzahra	Histologie- embyologiecytogéneti que
ABIRBadreddine	Stomatologie etChirurgiemaxillofaciale	JANAHHicham	Pneumo-phtisiologie
ADARMOUCHLatifa	MédecineCommunautai re(médecine préventive,santépubliqu eet hygiène)	KADDOURISaid	Médecineinterne
AITBATAHARSalma	Pneumo-phtisiologie	LAFFINTIMahmoudAmine	Psychiatrie
ALAOUIHassan	Anesthésie - Réanimation	LAHKIMMohammed	Chirurgiegénérale
ALJALILAbdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	MARGADOMar	Traumatologie-orthopédie

ARABIHafid	Médecinephysiqueet réadaptationf onctionnelle	MESSAOUDIRedouane	Ophtalmologie
ARSALANEAdil	ChirurgieThoracique	MLIHATOUATIMohammed	Oto-Rhino-Laryngologie
ASSERRAJIMohammed	Néphrologie	MOUHSINEAbdelilah	Radiologie
BELBACHIRAnass	Anatomie-pathologique	NADERYoussef	Traumatologie-orthopédie
BELHADJAYoub	Anesthésie-Réanimation	NASSIMSABAHTaoufik	Chirurgie Réparatrice etPlastique
BOUZERDAAbdelmajid	Cardiologie	RHARRASSIIsam	Anatomie-patologique
CHRAAMohamed	Physiologie	SALAMATarik	Chirurgiepédiatrique
ELHAOUATIRachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SEDDIKIRachid	Anesthésie-Réanimation
ELKAMOUNIYoussef	MicrobiologieVirologie	SERGHINIIsam	Anesthésie-Réanimation
ELMEZOUARIEIMoustaf a	ParasitologieMycologie	TOURABIKhalid	Chirurgie réparatrice etplastique
ESSADIIsmail	OncologieMédicale	ZARROUKIYoussef	Anesthésie-Réanimation
GHAZIMirieme	Rhumatologie	ZIDANEMoulayAbdelfettah	ChirurgieThoracique
HammouneNabil	Radiologie		

Professeurs Assistants

NometPrénom	Spécialité	NometPrénom	Spécialité
AABBASSIBouchra	Psychiatrie	ELJADIHamza	Endocrinologie et maladiesmétaboliques
ABALLANajoua	Chirurgiepédiatrique	EL-QADIRYRabiy	Pédiatrie
ABDELFETTAHYouness	Rééducation etRéhabilitation Fonctionnelle	FASSIFIHRIMohamedjawad	Chirurgiegénérale
ABOUDOURIBMaryem	Dermatologie	FDILNaima	Chimie de Coordination Bio- organique
ABOULMAKARIMSiham	Biochimie	FENNANEHicham	ChirurgieThoracique
ACHKOUNAbdessalam	Anatomie	GEBRATILhoucine	Chimiephysique
AHBALATariq	Chirurgiegénérale	HAIJHOUJIFarouk	Neurochirurgie
AITERRAMIAdil	Gastro-entérologie	HAIJIFouad	Urologie
AKKARachid	Gastro-entérologie	HAMRIAsma	ChirurgieGénérale

AMINEAbdellah		HAZIMERaja	Immunologie
ARROBAdil	Cardiologie	IDALENEMalika	Maladiesinfectieuses
AZAMIMohamedAmine	Chirurgieréparatrice etplastique	KHALLIKANESaid	Anesthésie-réanimation
AZIZZakaria	Anatomiepathologique	JALLALHamid	Cardiologie
AZIZIMounia	Néphrologie	LACHHABZineb	Pharmacognosie
BAALLALHassan	Neurochirurgie	LAHLIMFatimaEzzahra	Hématologieclinique
BABAHiham	Chirurgiegénérale	LAHMINIWidad	Pédiatrie
BELARBIMarouane	Néphrologie	LAMRANIHANCHAsmae	Microbiologie-virologie
BELFQUIHHatim	Neurochirurgie	LOQMANSouad	Microbiologie et toxicologieenvironnementale
BELGHMAIDISarah	OPhtalmologie	MAOUJOUDDomar	Néphrologie
BELLASRISalah	Radiologie	MEFTAHZellarab	Endocrinologie et maladiesmétaboliques
BENAMEURYassir	Médecinenucléaire	MILOUDIMohcine	Microbiologie-Virologie
BENANTARLamia	Neurochirurgie	MOUGUIAhmed	Rhumatologie
BENCHAFAllias	Oto-rhino-laryngologie	MOULINESouhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUIFatiha	Pédiatrie	NASSIHHouda	Pédiatrie
BENYASSYoussef	Traumatologie- orthopédie	OUERIAGLINABIHFadoua	Psychiatrie
BENZALIMMeriam	Radiologie	OUMERZOUKJawad	Neurologie
BOUHAMIDIAhmed	Dermatologie	RAGGABIamine	Neurologie
BOUTAKIOUTEBadr	Radiologie	RAISSIAbderrahim	Hématologieclinique
CHAHBIZakaria	Maladiesinfectieuses	REBAHIHoussam	Anesthésie-Réanimation
CHEGGOURMouna	Biochimie	RHEZALIManal	Anesthésie-réanimation

CHETOUIAbdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSIRedouane	Radiologie
CHETTATIMariam	Néphrologie	SAHRAOUIHoussamEddine	Anesthésie-réanimation
DAMIAbdallah	MédecineLégale	SALLAHIHicham	Traumatologie-orthopédie
DARFAOUMouna	Radiothérapie	SAYAGHSanae	Hématologie
DOUIREKFouzia	Anesthésie-réanimation	SBAAIMohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNEHassan	Radiologie	SBAIAsma	Informatique

EL-AKHIRIMohammed	Oto-rhino-laryngologie	SEBBANIMajda	Médecine Communautaire(médecine préventive, santépubliqueethygiène)
ELAMIRIMyAhmed	Chimie de Coordinationbio- organique	SIRBOURachid	Médecine d'urgence et decatastrophes
ELFADLIMohammed	Oncologiemédicale	SLIOUIBadr	Radiologie
ELFAKIRIKarima	Pédiatrie	WARDAKarima	Microbiologie
ELGAMRANIYounes	Gastro-entérologie	YAHYAOUIHicham	Hématologie
ELHAKKOUNIAwatif	Parasitologiemycologie	YANISSESiham	Pharmaciegalénique
ELKHASSOUIAmine	Chirurgiepédiatrique	ZBITOUMohamedAnas	Cardiologie
ELATIQIOumkeltoum	Chirurgieréparatrice etplastique	ZIRAOUIOualid	Chimiethérapeutique
ELBAZMeriem	Pédiatrie	ZOUITABtissam	Radiologie
ELJAMILIMohammed	Cardiologie	ZOUIZRAZahira	ChirurgieCardio-vasculaire
ELOUARDIYoussef	Anesthésieréanimation		

LISTEARRÉTÉE03/03/2022



DEDICACES



Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,

Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que...



Je dédie cette thèse à...

الله

Le tout puissant, le très miséricordieux

Qui m'a inspiré,

Qui m'a guidé sur le droit chemin,

Je vous dois ce que je suis devenue,

Soumission, louanges et remerciements,

Pour votre clémence et miséricorde

Au Prophète Mohamed (P.S.L.)

Notre guide et notre exemple bien-aimé.

Qu'il nous oriente dans le droit chemin

A la mémoire de mes grands-pères Moulay Ali ALAOUI, Abdellah JEDDANE, de ma grand-mère Lalla Zineb, et de mon oncle Moulay Ahmed ALAOUI

Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de mon grand amour et ma profonde affection. Puissent vos âmes reposer en paix.

A ma très chère Mère Mariam JEDDANE

A celle qui m'a donné la vie, qui a marqué chaque moment de mon existence avec son intarissable tendresse, à celle à qui je dois le meilleur de moi-même Tu as veillé sur mon éducation et mon bien être avec amour, tendresse, dévouement et perfection.

Tes prières m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours. Tu sais très bien que mon amour et mon respect pour toi sont sans limite et dépassent toute description.

J'espère qu'en ce jour l'un de tes rêves se réalise à travers moi en concrétisant le fruit de tes sacrifices. A toi, je dédie ce travail en gage de mon amour et mon respect les plus profonds. Puisse Dieu te préserver et faire de moi un garçon à la hauteur de ton espérance. Puisse Dieu tout puissant t'accorder longue vie, santé, bonheur pour que notre vie soit illuminée pour toujours.

A mon très cher père, Moulay Abdelhadi ALAOUI

Vous remercier en quelques lignes ne comblerait en rien ma gratitude envers vous ! Votre abnégation sans faille a été le fer de lance pour moi et mon grand frère depuis nos premiers pas dans la vie. Vous avez été le père, la mère et le meilleur ami que je ne pourrais jamais espérer avoir.

Votre grandeur d'esprit et votre compréhension ont fait de vous un grand monsieur, humble et protecteur. C'est ainsi que vos qualités m'ont permis de franchir les obstacles et les aléas de la vie pour aujourd'hui répondre à vos attentes et vous rendre fier de votre fils.

En cet honorable jour, mon bonheur est puisé de votre satisfaction, laquelle sera ma motivation et mon appui durant mon cursus professionnel et me permettra d'être au chevet de mes patients et de conduire au mieux ma mission, comme le cas a été pour vous. Merci PAPA !

A ma très chère épouse SOUHIR

Aucune dédicace ne pourrait exprimer mon amour et mon attachement à toi.

Depuis que je t'ai connu, tu n'as cessé de me soutenir et de m'épauler. Tu me voulais toujours le meilleur.

Ton amour ne m'a procuré que confiance et stabilité.

Tu as partagé avec moi les meilleurs moments de ma vie, aux moments les plus difficiles de ma vie, tu étais toujours à mes côtés,

Je te remercie de ne m'avoir jamais déçu.

Aucun mot ne pourrait exprimer ma gratitude, mon amour et mon respect.

Je remercie le bon dieu qui a croisé nos chemins.

Puisse le bon dieu nous procurer santé et longue vie.

A mon adorable sœur Fatima Zahra et son époux Ziad,

Ma douce sœur,

Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant mes années d'études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait, Je ne te remercierai jamais assez, d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir toujours défendu,

de m'avoir toujours supportée et plus que tout d'avoir existé dans ma vie. Mon amour, mon respect et ma gratitude pour toi dépassent ce que les mots peuvent transmettre. Que ce travail soit pour vous le témoignage de mon amour, mon respect, Que Dieu, tout puissant, vous garde et vous procure santé, bonheur et bénisse vos projets.

A mon cher frère Mohammed Hafid et son épouse Aicha,

Aucune dédicace ne peut exprimer mon amour et ma gratitude de t'avoir comme frère. Tu comptes énormément pour moi, tu es le frère qui assure son rôle comme il le faut, je t'estime et je t'aime beaucoup petit frérot.

A mon très cher frère Ayoub ALAOUI,

Mon estime pour ta personne est sans limite, tu es l'exemple du frère parfait.

Merci pour ton grand soutien qui m'a toujours rendu plus fort. Que mon travail soit témoignage de mon grand amour et respect. Que notre amour fraternel dure toute la vie, je suis très fier de toi, c'est à ton tour aujourd'hui d'être fier de moi. je t'aime.

A mon neveu Adam et mes nièces Zineb et Aya,

Mes petits choux d'amour, votre venue au monde a vraiment embelli mes jours et sans vous, je ne serais jamais le cher oncle de la famille.

A ma grand-mère « MIMA Fatima »,

A celle qui a toujours mis un point d'honneur sur l'importance des études, j'espère te rendre fière par la réalisation de ce travail. Que Dieu vous garde en vie et en bonne santé pour notre bonheur à tous.

A mes chers tantes et oncles et leurs conjoints, cousines et cousins,

A toute la famille ALAOUI et JEDDANE.

J'aurai aimé rendre hommage à tout un chacun d'entre vous en témoignage de mon attachement et de ma grande considération. Vous aviez toujours su rendre, les moments les plus difficiles, plus joyeux. J'ai une chance inestimable d'être né dans une famille si aimante et si généreuse. Pour tous les moments de folies qu'on a passés ensemble, je vous dédie ma chère famille ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises,

vos encouragements, votre amour, votre patience et votre soutien quotidien tout au long de ces années.

A toute la famille Kassou, A mon oncle Ahmed et son aimable épouse Houria, A mes chères Salma, Marwa, Imane et son mari Ilyass et le petit prince Ghali

Vous êtes pour moi une seconde famille. Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de ma considération la plus profonde et mon affection la plus sincère. En implorant Dieu le tout-puissant de vous accorder une longue vie pleine de santé, de bonheur, de prospérité et de réussite que vous méritez.

A mon cher ami Hamza Boussaid,

Cher ami, voilà déjà treize ans qu'on s'est connu. Nous avons traversé beaucoup de moments ensemble, les bons comme les plus difficiles. A tous nos éclats de rire, à toutes ces longues nuits de durs labeurs et à un brillant avenir, je te dédie ce travail.

A mes très chers amis Saad Eddine Abaid, et Said Abidar,

À tous les moments qu'on a passés ensemble à l'hôpital et ailleurs, à tous nos souvenirs. Vous êtes pour moi plus que des amis.

Je ne trouve pas une expression qui illustre ma reconnaissance les sentiments de fraternité que je vous porte.

Je suis honoré de vous avoir dans ma vie et je vous souhaite tout le bonheur et le succès que vous méritez.

En hommage à notre belle amitié et aux années à venir. Que notre amitié reste éternelle, que ce lien si spécial que nous avons tissé au fil du temps soit éternellement incassable.

A tous mes amis de l'enfance,

Issam El Haroui, Anouar El Hazim, Abdellah El Morabaa, Abderrahman Lotfi, Khalid Filali, Oussama Alouan, Saif Eddine Chaouni, Youssef Margoul, Achraf Asfsi.

A tous nos éclats de rire, à tous nos souvenirs, trouvez dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance et mes respects...

**A tous mes amis et confrères de la 20^{ème} promotion des internes de
MARRAKECH et L'AMIMA:**

*Bouqourou, Chbihi-Moukit, Mouhssine, El Garni, Thalal, Ait Moha
Ouhaddou, Outaghyame, Ouahi, Bouchtalla, Elfahli, Zeroual, Haouach, Bennajma,
Zouaki, Ezzine, Boutaba, Karim, Laghrib, Ait Yazza, Erramli, Younsi, Yassine,
Choukri, Misely, Mouhcine, Zemrani, Serghini, Goujdami, Hayat, Bennjakhoukh,
Naouis, Amal, El Guermai, Nadifiyine, El Ouatiq, El Aakib, Laaribi, Rohi, Chait,
Kanali, Jalil, Bellaji, Layoune, Bouwiti, Taoufiki, El Aarabi, Ghalbane, Bouanani,
Hajjou, El Kaddouri, Amrani, Abdalani, Misab, Ait errouhi, Bourht, Oudadda, Abbi,
Taouhid, Injirahi.*

*Les moments qu'on a passés ensemble sont gravés à l'encre indélébile dans
mes pensées. Je vous dédie ce travail en guise de reconnaissance et d'affection
qu'aucune épreuve ne saura effacer, pas même celle du temps.*

A la 19^{ème} et la 21^{ème} promotions des internes.

*Une belle rencontre, je vous souhaite tout le bonheur possible, en attendant
cette exceptionnelle journée où j'esperai à vos côtés.*

**A toute l'équipe de Médecine nucléaire, de Chirurgie maxillo-faciale
et stomatologie, la Réanimation Maternelle, et de Pédiatrie A**

*Vous avez marqué mes passages d'externat et d'internat. Vous êtes un
exemple de générosité, de persévérance, et d'excellence. Veuillez trouver dans ce
modeste travail l'expression de ma reconnaissance, mes respects et mes sentiments
les plus distingués. Spécialement Dr Chaimae Sebbar, Dr Sara Zougari, Dr Hind
Bensmail, Dr Hind Ait Talhiq.*

A mon groupe d'externat

*Tant de souvenirs sur les bancs de la faculté et durant les stages, qui ont forgé
notre personnalité et ont fait de nous les médecins que nous sommes aujourd'hui.
Merci pour les bons moments qu'on a passé ensemble, de votre soutien et de votre
serviabilité.*

A tous mes enseignants de primaire, secondaire

**A tous les ami(e)s, confrères et consœurs de la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de Marrakech**

A tous les malades...

Je leur souhaite prompt rétablissement

A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur.

***A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de
ce travail.***

***A tous ceux ou celles qui me sont cher(e)s et que j'ai omis
involontairement de citer.***



Remerciements



J'ai longuement hésité à choisir des mots dont la sémantique se hisse au niveau des sentiments de remerciement, de reconnaissance et de gratitude que je désire exprimer à votre intention. Ayez l'amabilité, vous prie-je, de combler ces mots de leur sens le plus fort et le plus profond.

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE, MADAME LE
PROFESSEUR « ADALI IMANE »**

Votre gentillesse extrême, vos qualités humaines et professionnelles, ainsi que votre compréhension à l'égard des étudiants, nous inspirent une grande admiration et un profond respect. En présidant ce jury, vous nous faites un grand honneur, nous vous remercions énormément.

Que ce travail soit un témoignage de notre profonde gratitude.

**A MON MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE, MADAME
LE PROFESSEUR « MANOUDI FATIHA »**

Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de diriger mon travail. Votre disponibilité et vos précieuses recommandations ont été pour moi d'une grande aide. Vous m'avez comblé par votre sympathie, votre modestie et vos qualités humaines, je vous remercie pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps, de m'avoir guidé dans ce travail avec rigueur et bienveillance. Vos remarques successives ont permis d'améliorer les différentes versions de ce travail. Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de me confier ce travail. Je suis très touché par votre disponibilité et par le réconfort que vous m'avez apporté lors de l'élaboration de ce travail. Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple.

Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma profonde gratitude.

**A MON MAITRE ET JUGE DE THESE, MONSIEUR LE
PROFESSEUR « LAFFINTI MAHMOUD AMINE »**

Je suis très privilégié de vous avoir comme juge. La spontanéité et la candeur avec lesquelles vous avez accepté d'évaluer mon travail et de statuer sur mon mérite à porter le titre de Docteur en médecine représentent pour moi un honneur

insigne. L'accueil que vous m'avez réservé me comble de confiance, veuillez accepter l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.

Je rends hommage à votre grand sens du professionnalisme, à votre méticulosité dans votre travail, à votre disponibilité, ainsi qu'à vos qualités humaines qui font votre réputation.

Permettez-moi de vous exprimer nos sincères remerciements.

A MON MAITRE ET JUGE DE THESE, MADAME LE PROFESSEUR

« AIT BATAHAR SALMA »

Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre dévouement professionnel qui font de vous un praticien émérite. Nous sommes très reconnaissants envers vous pour la courtoisie dont vous avez fait preuve en recevant cette thèse, et pour l'honneur que vous nous avez fait de faire partie de ce jury.

Que ce travail soit, cher maître, le témoignage de notre grand respect et de notre plus haute considération.

A tous les enseignants de la FMPM

Avec ma reconnaissance et ma haute considération.



Liste des abréviations



Liste des abréviations

ABL	Abelson gene
AD	Antidépresseur

AKUADS	Aga Khan University Anxiety Scale
BCR	Breakpoint Cluster Region protein
BDI	Beck Dépression Inventory
BEDS	Brief Edinburgh Dépression Scale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COVID-19	CoronaVirus Disease 2019
DSM	Diagnostic and statistical manuel of mental disorders
EDM	Episode Dépressif Majeure
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
GLOBOCAN	Global Cancer incidence, mortality, and prevalence
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAMA	Hamilton Anxiety Rating scale
HER 2	Human Epidermal growth factor Receptor
IBM	International Business Machines
IL	Interleukine
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
MINI	Mini International Neuropsychiatry Interview

N	Nombre
NK	Natural Killer
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P- value	Probability value
PHQ-9	the Patient Health Questionnaire
QT	Onde Q et T sur l'électrocardiogramme
Se	Sensibilité
SNRI	Serotonin- Norepinephrine Reuptake Inhibitor
Sp	Spécificité
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences



PLAN



PLAN :

INTRODCUTION.....	1
MATERIEL ET METHODES.....	4
I- MATERIELDEL'ETUDE.....	5
1- Type d'étude.....	5
2- Période de l'étude.....	5
3- Lieu de l'étude.....	5
4- Population étudiée.....	5
5- Critères d'inclusion et d'exclusion.....	5
6- Considérations éthiques.....	6
II - METHODES.....	6
1- Recueil des données.....	6
2- Méthode statistique.....	7
RESULTATS.....	8
I- ANALYSE UNIVARIEE.....	9
1- Caractéristiques de l'échantillon global.....	9
2- Evaluation psychiatrique.....	27
2-1 Etude de la dépression.....	27
2-2 Etude de l'anxiété.....	28
II - ANALYSE BIVARIEE DE LA DEPRESSION.....	28
1- Corrélacion entre la dépression et les paramètres étudiés.....	28
1-1 Paramètres sociodémographiques.....	28

1-2 Paramètres cliniques.....	33
1-3 Paramètres psychosociaux.....	36
2- Corrélation entre l'anxiété et les paramètres étudiés.....	40
2-1 Paramètres sociodémographiques.....	40
2-2 Paramètres cliniques.....	45
2-3 Paramètres psychosociaux.....	48
DISCUSSION.....	52
I - LE CANCER CHEZ L'ADULTE.....	53
1- Généralités.....	53
2- Epidémiologie.....	53
3- Dépistage du cancer.....	58
4- Diagnostic du cancer.....	59
5- Principes thérapeutiques.....	66
II-Réactions psychologiques chez les patients atteints de cancer.....	68
1- Dépression.....	68
2- Anxiété.....	74
III- DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE.....	80
1- Etude de la dépression chez les patients atteints du cancer.....	80
1-1 Prévalence de la dépression.....	80
1-2 Caractéristiques des patients déprimés.....	82
2- Etude de l'anxiété chez les patients atteints du cancer.....	88
2-1 Prévalence de l'anxiété.....	88
2-2 Caractéristiques des patients anxieux.....	90

CONCLUSION.....	95
ANNEXS.....	97
RESUMES.....	113
BIBLIOGRAPHIE.....	117



INTRODUCTION



Le cancer est le résultat de la multiplication désordonnée des cellules d'un tissu ou d'un organe qui envahissent les tissus voisins en détruisant les capsules de séparation provoquant ainsi des métastases[1].

On estime que le fardeau mondial du cancer a atteint 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès en 2018. Un homme sur cinq et une femme sur six dans le monde développeront un cancer au cours de leur vie, et un homme sur huit et une femme sur 11 meurent de cette maladie [2].

Le Maroc est également affecté par ce fléau mondial. Le nombre estimé de nouveaux cas de cancer par année avoisine les 50 000 nouveaux cas ; malgré les importants efforts consentis ces dernières années, la mortalité reste importante, les tumeurs seraient la 2ème cause du décès au Maroc avec 13.4% des décès, après les maladies de l'appareil cardio-vasculaire [3].

La maladie cancéreuse doit être envisagée comme une crise entraînant souvent des perturbations du comportement ou des troubles de l'humeur : 50 % de troubles anxio-dépressifs au cours de la maladie. Les conséquences psychologiques dépendent de l'importance des agressions physiques et psychiques subies par le malade et de sa personnalité avec sa propre histoire personnelle [4].

En 2019, une personne sur huit dans le monde, soit 970 millions de personnes présentait un trouble mental, les troubles anxieux et les troubles dépressifs étant les plus courants.[6] En 2020, le nombre de personnes atteintes de tels troubles a augmenté considérablement du fait de la pandémie de COVID-19. Les premières estimations indiquent une hausse de 26 % et 28 %, respectivement, pour les troubles anxieux et les troubles dépressifs majeurs en l'espace d'une année seulement [7].

Au Maroc, les troubles mentaux ne commencent que récemment à figurer dans les priorités du système de santé [5]. Une étude du service d'épidémiologie en santé mentale (enquête nationale de prévalences en population générale 2003-2006)[8], estime que la prévalence des principaux troubles psychiatriques dans la population générale de plus de 15 ans est :

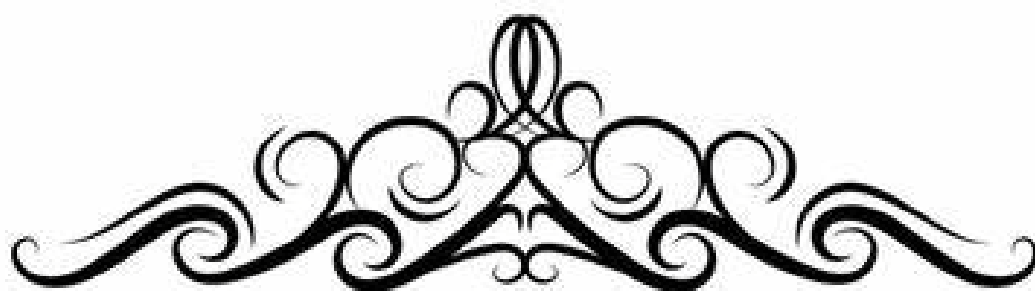
- Trouble dépressif : 26,5 %.
- Trouble d'anxiété généralisée : 9,3 %.
- Troubles psychotiques : 5,6%
- Abus et dépendance à l'alcool : 2.0%, 1,4% respectivement.

La difficulté est dans le dépistage précoce de ces troubles de l'humeur, puisque l'importance des troubles somatiques liés au cancer (par exemple : douleur physique, anorexie, fatigue, trouble du sommeil, trouble de la libido) est un ensemble des symptômes communs aux deux pathologies et peut par conséquent masquer un trouble anxieux ou dépressif, souvent dénié par le patient lui-même, d'où la nécessité d'une évaluation rigoureuse.

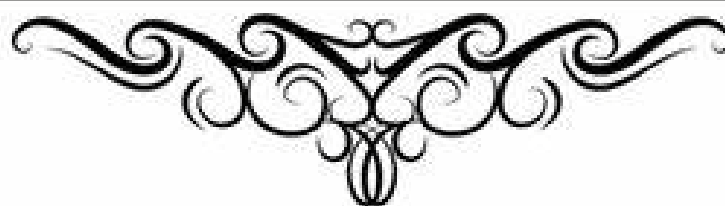
Dans notre pays, on en sait peu sur la santé psychiatrique de nos patients atteints du cancer, ce qui justifiait la nécessité de mener cette étude, car cela donnerait l'occasion d'évaluer les états anxieux et dépressifs afin d'améliorer les soins dans les services d'oncologie.

Les objectifs de notre travail sont :

- Déterminer la prévalence de l'anxiété et la dépression au sein d'une population de patients atteints de cancer pris en charge au niveau du CHU Mohammed VI.
- Décrire le profil sociodémographique et clinique des patients anxieux et déprimés.
- Développement des connaissances sur les facteurs influençant la survenue de l'anxiété et la dépression.



MATERIELS ET METHODES



I. MATERIELS DE L'ETUDE :

1. Type d'étude

Nous avons mené une étude descriptive et analytique de type transversal, afin d'estimer la prévalence de l'anxiété et la dépression chez les patients atteints du cancer, et le profil des patients atteints de cancer anxieux, et déprimés.

2. Période d'étude :

Notre étude s'étale sur une période de six mois, du Mars 2022 à Septembre 2022.

3. Lieu d'étude :

Notre étude a eu lieu au sein des services : Médecine nucléaire, oncologie médicale et radiothérapie, gynécologie-obstétrique, et urologie, CHU Mohammed VI de Marrakech.

4. Population étudiée :

Notre enquête a concerné un échantillon de 100 patients tous atteints de cancers, de stades et localisations différentes.

5. Critères d'inclusion et d'exclusion :

- Critères d'inclusion :
 - Consentement éclairé des patients qui ont été informés du but du travail
 - Sujets atteints de cancer suivis et traités
 - Age supérieur ou égal à 18 ans.
 - Cancer confirmé histologiquement quel que soit le stade.
 - En cours de traitement.
- Critères d'exclusion :
 - Patients dont l'état général est très altéré.
 - Patients âgés de moins de 18 ans
 - Patients ayant des difficultés ou des troubles du langage
 - Refus de participer à l'étude

6. Considérations éthiques :

Les patients ont été choisis de façon aléatoire. Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés. Le recueil des données a été effectué avec le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.

II. METHODES :

1. Recueil des données :

Nous avons élaboré un questionnaire au sein du service de psychiatrie, CHU Mohammed VI Marrakech. Les questions ont été posées en langue arabe dialectale. Il est constitué de quatre parties:

- 1ère partie : Les caractéristiques sociodémographiques des patients : âge, statut matrimonial, milieu de vie, niveau d'instruction, profession, revenu mensuel, couverture sociale, et nombre d'enfants. (Annexe 1)
 - 2ème partie : Les caractéristiques cliniques : antécédents personnels et familiaux, localisation du cancer, stade du cancer, ancienneté, traitement reçu, et son évolution. (Annexe 1). Ces données ont été recueillies à partir du dossier médical.
 - 3ème partie : les caractéristiques psychosociales : L'étude de l'attitude de l'entourage, du changement de la pratique religieuse, de la gêne du patient, de sa connaissance ou non du diagnostic de cancer, ainsi que l'estimation du patient concernant le pronostic de sa maladie. (Annexe 1)
 - 4ème partie : L'évaluation de la prévalence et la sévérité de l'anxiété et la dépression. (Annexe 2 et 3)
- Pour l'étude de la dépression, nous avons utilisé deux types d'instruments :
- le MINI (Mini International Neuropsychiatry Interview) : est un entretien qui reprend les critères du DSM-V, pour poser le diagnostic de la dépression. (Annexe 3)
 - L'échelle de BECK, (Annexe 3) pour évaluer la sévérité de la dépression, comporte 21 items cotés de 0 à 3. Le score total correspond à la somme des différents Items, allant de 0 à 63. Elle permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de

gravité, de retenir le diagnostic de dépression à partir d'un score de 10 et de juger de l'intensité de cette dépression :

- 0 à 9 : pas de dépression.
- 10 à 18 : dépression légère.
- 19 à 29 : dépression modérée.
- 30 et plus : dépression sévère.

➤ Pour l'étude de l'anxiété, nous avons utilisé l'échelle d'anxiété de Hamilton HAMA(Annexe2), qui comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien clinique classique. Le diagnostic d'anxiété est retenu à partir d'un score de 13, et de juger de l'intensité de cette anxiété :

- 0 à 12 : anxiété dite normale.
- 13 à 25 : anxiété mineure.
- > 25 : anxiété majeure.

2. Méthode statistique :

La saisie et le traitement statistique des données ont été faits à l'aide du logiciel IBM-SPSS Version 22, à l'aide du service d'épidémiologie et de recherche clinique, il nous a permis d'effectuer une analyse statistique qui s'est basée sur deux méthodes :

- Des analyses descriptives univariées des variables qualitatives et quantitatives pour chaque paramètre étudié : calcul des effectifs.
- Des analyses analytiques bivariées : les corrélations entre la dépression et l'anxiété et plusieurs variables explicatives potentielles ont été recherchées par les tests Khi deux.

Les tests statistiques sont considérés comme significatifs lorsque P-Value (degré de signification) est inférieur à 0,05.



RESULTATS



I. ANALYSE UNIVARIEE :

1. Caractéristiques de l'échantillon global :

1.1 Sexe :

La majorité des patients de notre échantillon étaient de sexe féminin (74%).

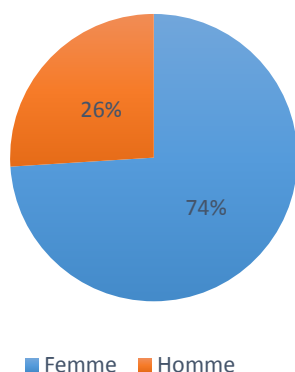
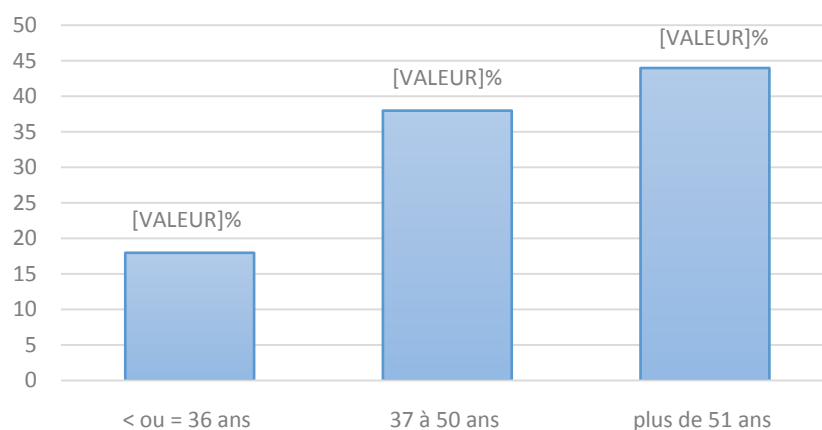


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe.

1.2 Age :

L'âge moyen est de 48.52 ans, avec un âge minimal de 18 ans, et un âge maximal de 74ans. La tranche d'âge plus de 51 ans était la plus représentée dans notre échantillon, elle

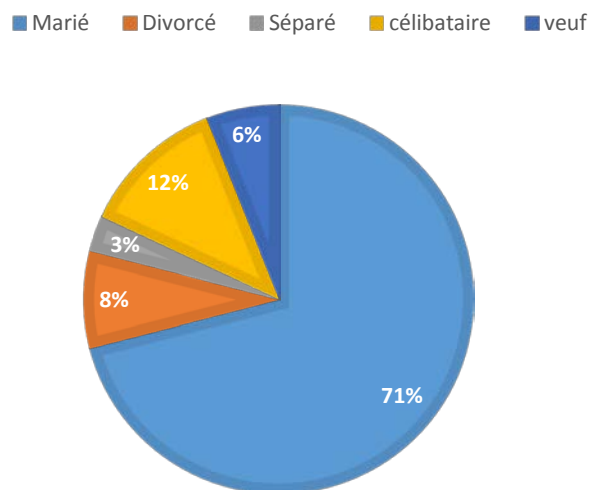


constituait 44%.

Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge.

1.3 Situation matrimoniale :

La majorité des patients de notre échantillon étaient marié(e)s avec un pourcentage de 71%



Figure

3 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale.

1.4 Milieu de vie :

On a observé que la majorité des patients étaient d'origine urbaine (55%) contre 45% d'origine rurale.

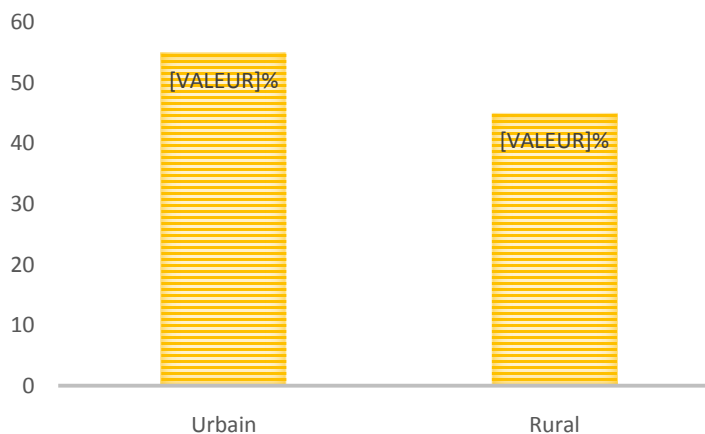


Figure 4 : répartition des patients selon le milieu de vie.

1.5 Nombre d'enfants :

La majorité des patients avaient entre 1 et 3 enfants (45%), alors que 37% avaient plus de 4 enfants, et 18% n'avaient pas d'enfants.

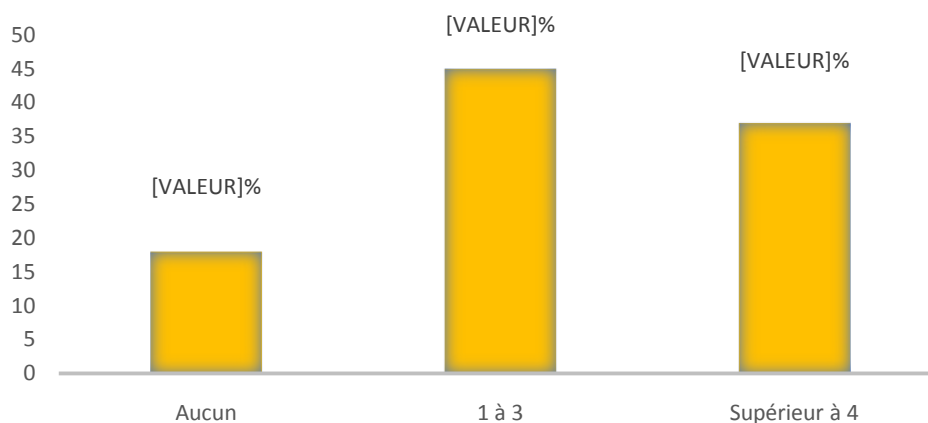


Figure5 : Répartition des patients selon le nombre d'enfants.

1.6 Niveau d'instruction :

Presque les deux tiers des patients n'étaient jamais scolarisés (60%), et 3% des patients seulement avaient un niveau universitaire.

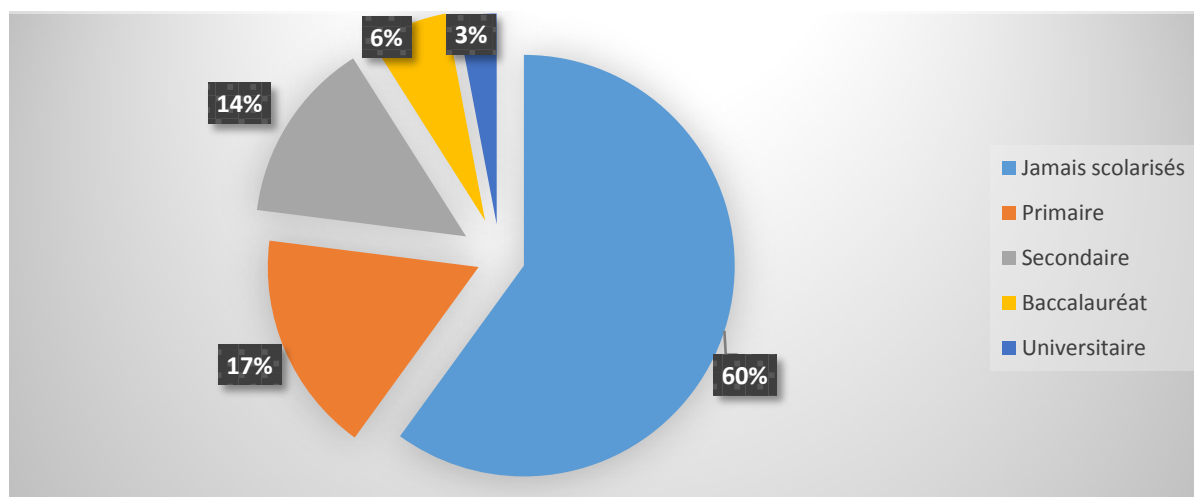


Figure 6 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.

1.7 Nombre d'enfants :

La majorité des patients étaient des femmes au foyer (61%), et 16% avaient un travail actif (dont 10% étaient des ouvriers, 6% des fonctionnaires).

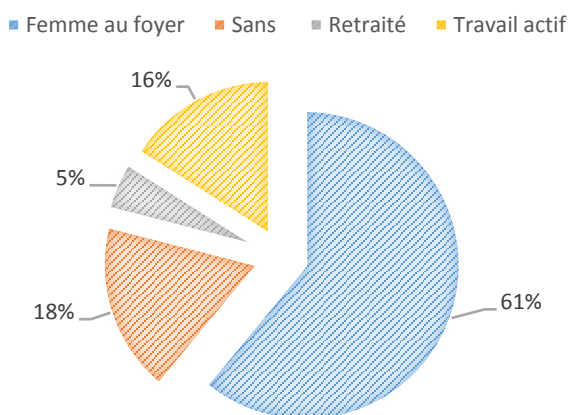


Figure 8 : Répartition des patients selon la profession.

1.8 Revenu mensuel de la famille :

La majorité des patients avaient un revenu mensuel familial inférieur à 1000 Dh par mois (85%) ; 4% avaient un revenu mensuel entre 1000 et 2000 Dh ; 8% entre 2000 et 4000Dh ; 1% entre 4000 et 6000 Dh et seulement 2% avait un revenu qui dépasse 6000 Dh par

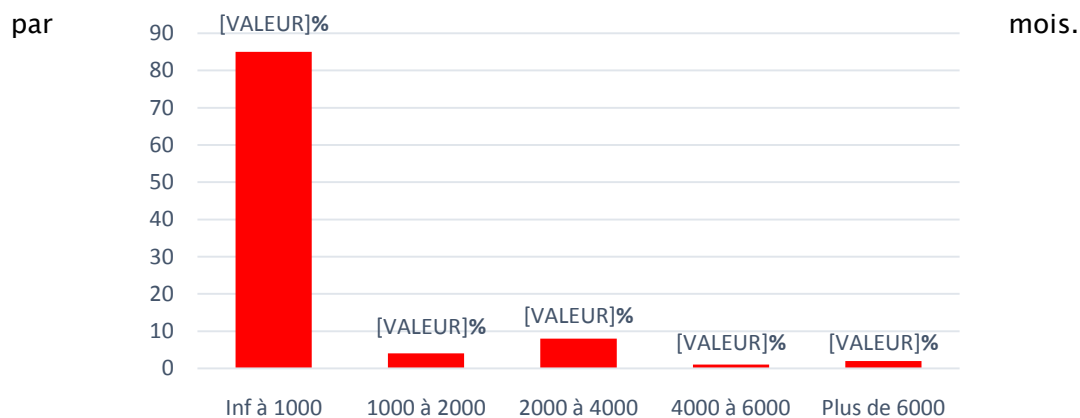


Figure 9 : Répartition des patients selon le revenu mensuel de la famille.

1.9 Couverture sociale :

La grande majorité des patients avaient le RAMED (85%), et 10% la mutuelle.

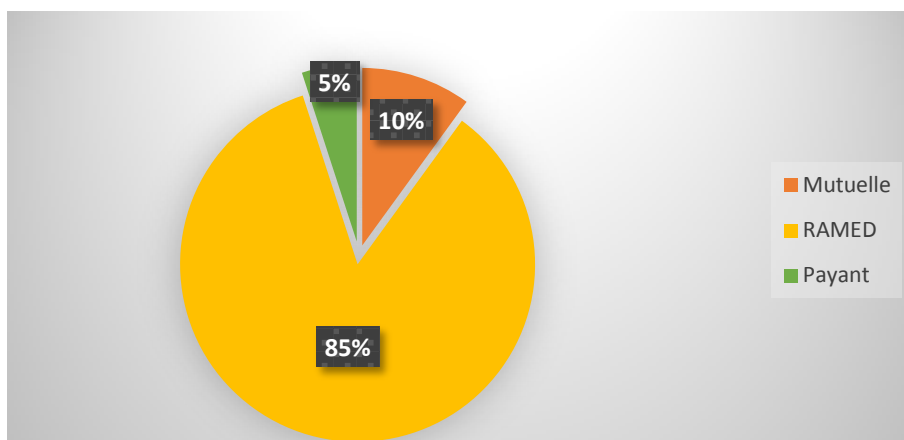


Figure 10 : Répartition des patients selon la couverture sociale.

1.10 Antécédents médicaux et chirurgicaux :

1.10.1 Antécédents personnels :

❖ Médicaux et chirurgicaux :

La majorité des patients n'avaient pas d'antécédents médicaux (70%) ni chirurgicaux (73%).

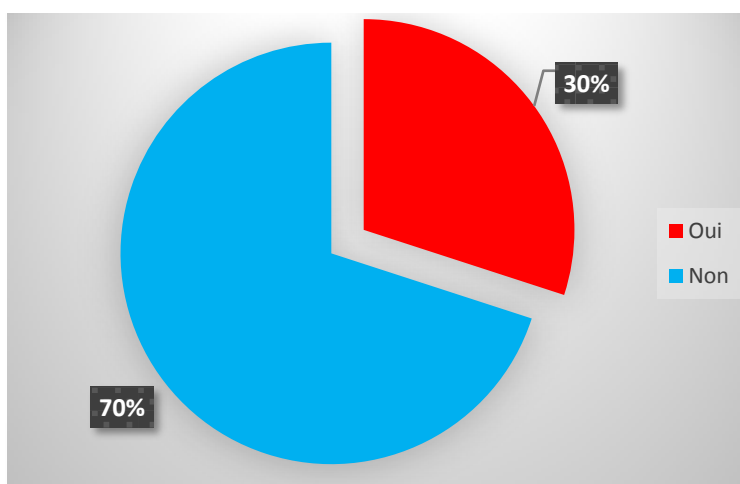


Figure 11 : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

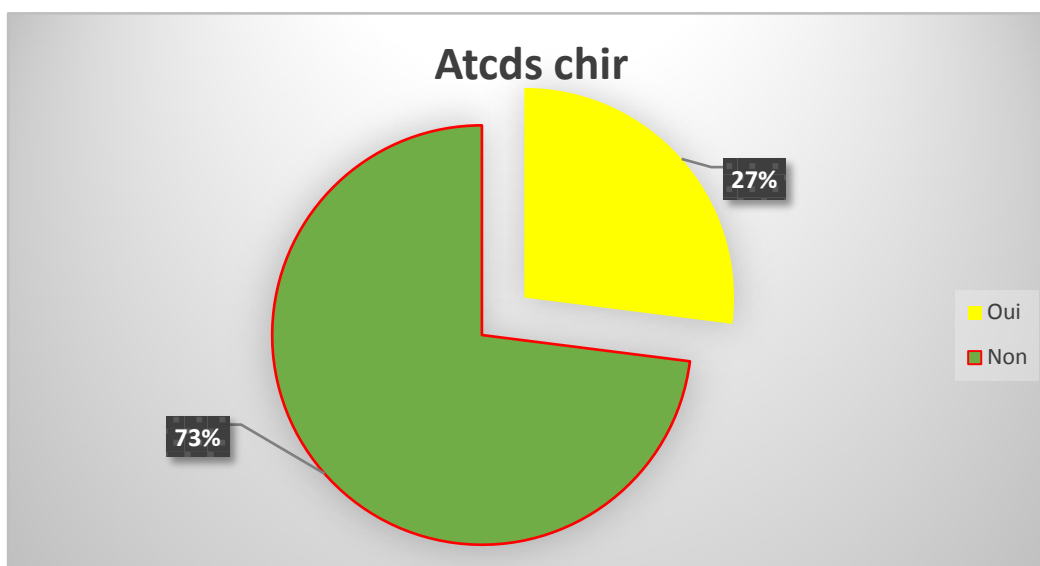


Figure 12 : Répartition des patients selon l'existence d'antécédents chirurgicaux.

❖ **Cancer :**

Cinq patients avaient un antécédent du cancer : trois avaient un cancer de l'appareil génital féminin, diagnostiqué il y a plus de 36 mois, traité par chirurgie, ayant bien évolué.

Deux avaient un cancer du sein, diagnostiqué il y a plus de 48 mois, traité par chirurgie et radiothérapie-chimiothérapie, ayant bien évolué.

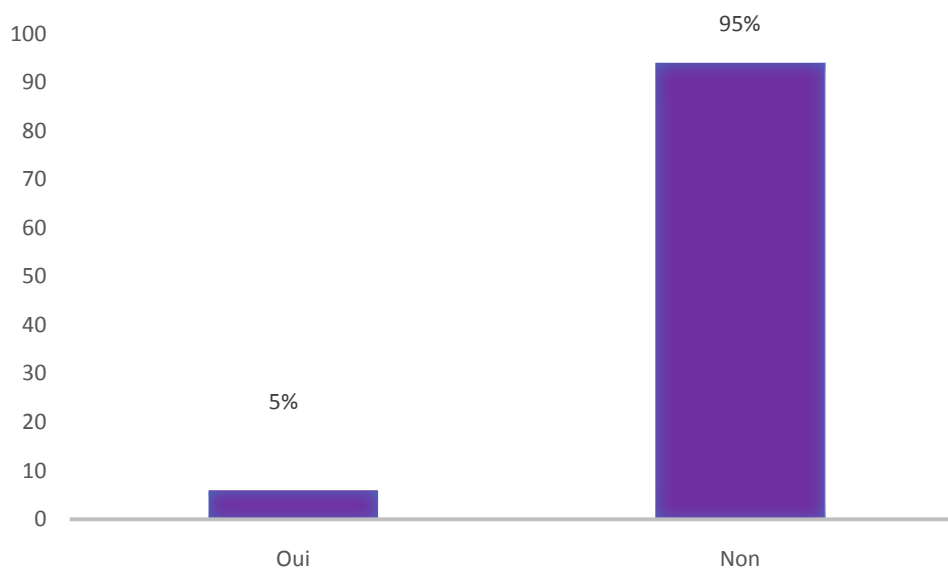


Figure 13 : Répartition des patients selon l'existence d'antécédents d'un autre cancer.

❖ **Maladie psychiatrique :**

Dans notre étude, 11% des patients avaient un antécédent de maladie psychiatrique, dont 7% suivis pour la dépression et 4% suivis pour l'anxiété.

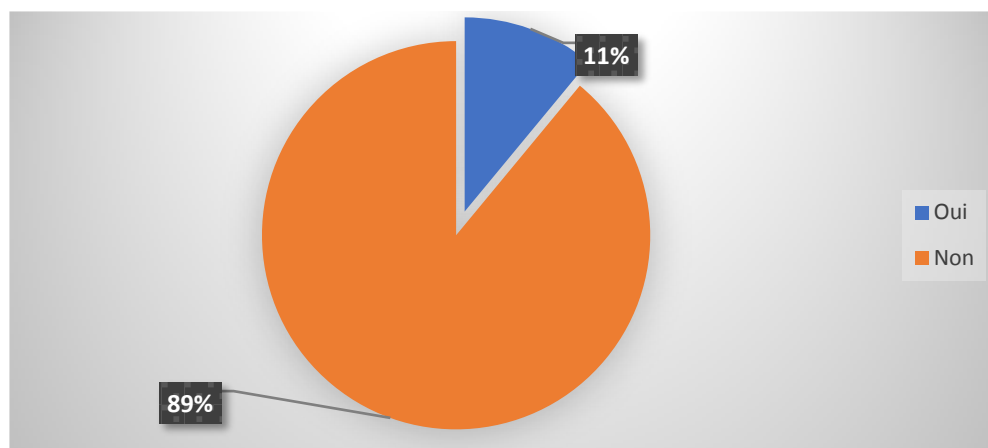


Figure 14 : répartition des patients selon leurs antécédents de maladie psychiatrique.

❖ **Habitudes toxiques :**

Huit patients dans notre série avaient des habitudes toxiques, cinq consommaient du tabac, un de l'alcool et deux du cannabis.

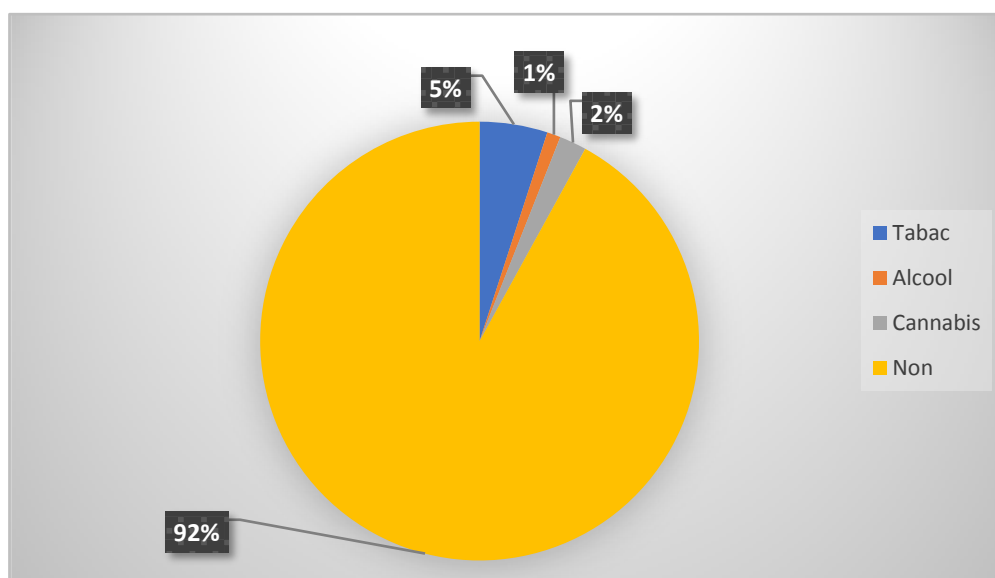


Figure 15 : répartition des patients selon leurs habitudes toxiques.

1.10.2 Antécédents familiaux :

❖ **Cancer :**

Vingt-un pourcent des patients, avaient un antécédent de cancer dans leurs familles.

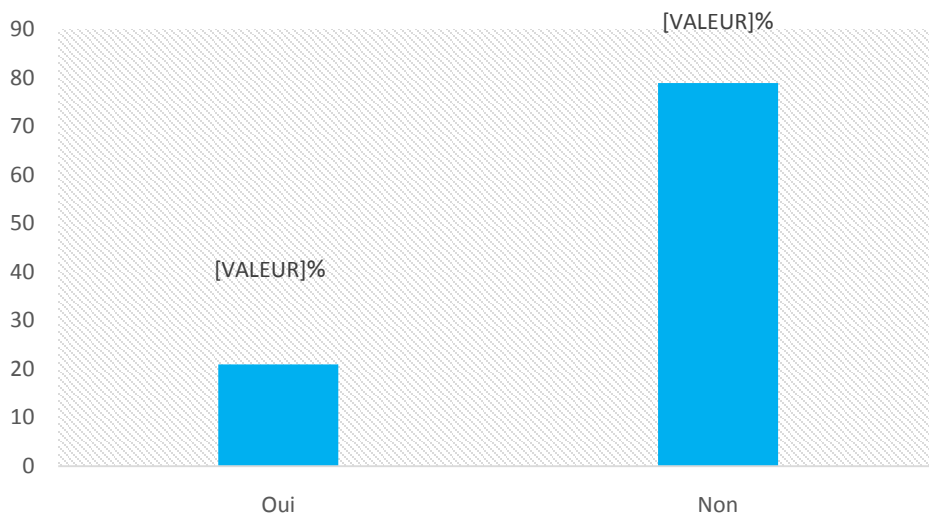


Figure 16 : répartition des patients selon l'antécédent de cancer familial.

❖ **Maladie psychiatrique :**

On a observé des antécédents de maladie psychiatrique familiale chez 8% des patients, dont 5% suivis pour la dépression et 3% suivis pour l'anxiété.

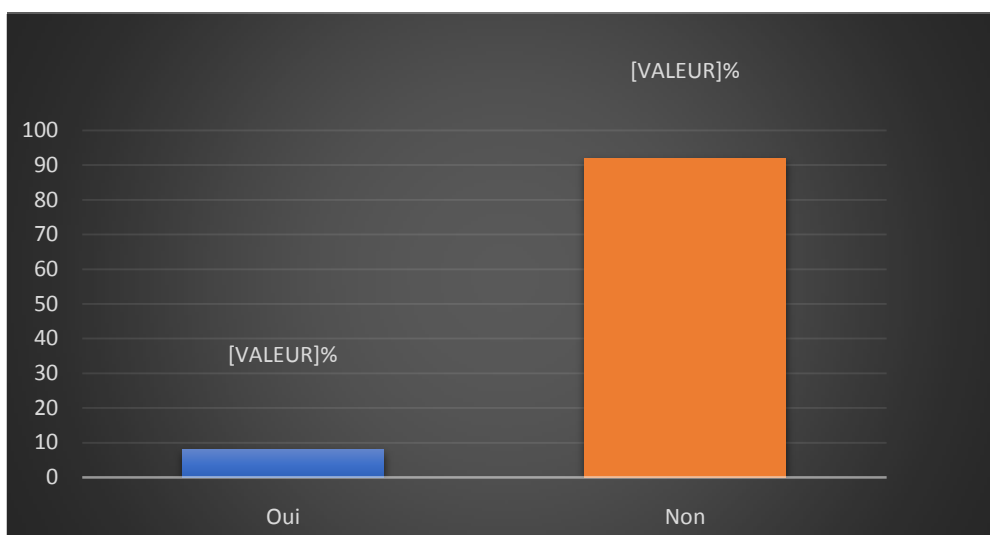


Figure 17 : répartition des parents selon l'antécédent familial de maladie psychiatrique.

1.11 Localisation du cancer :

La localisation majoritaire retrouvée dans notre échantillon était la localisation mammaire (39%), suivie de la localisation thyroïdienne (23%) et 14% des cancers étaient localisés au niveau de l'appareil urologique. Les tumeurs hématologiques représentaient 5% de l'ensemble des localisations.

Les 6 autres localisations étaient représentées par 3 localisations osseuses, 2 au niveau du larynx, et un foyer primitif inconnu.

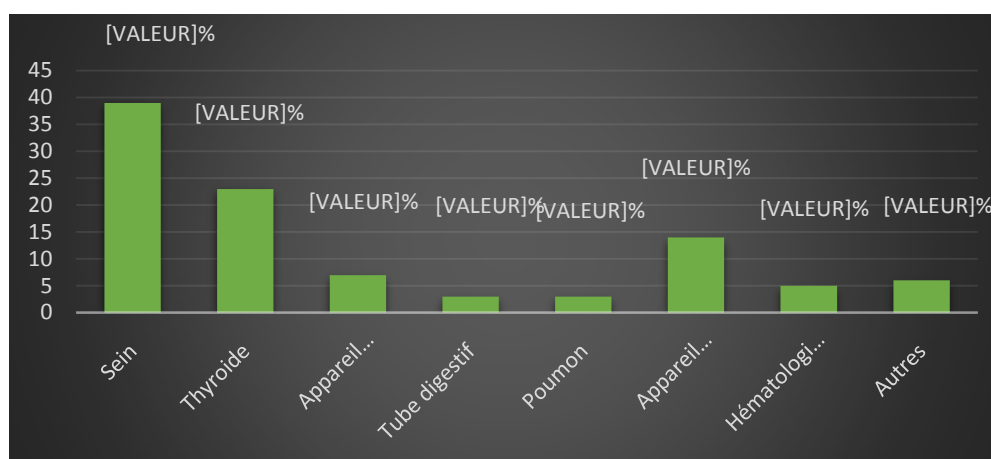


Figure18 : Répartition des patients selon le site du cancer.

1.12 Type du cancer

La grande majorité des patients avaient une tumeur solide (95%).

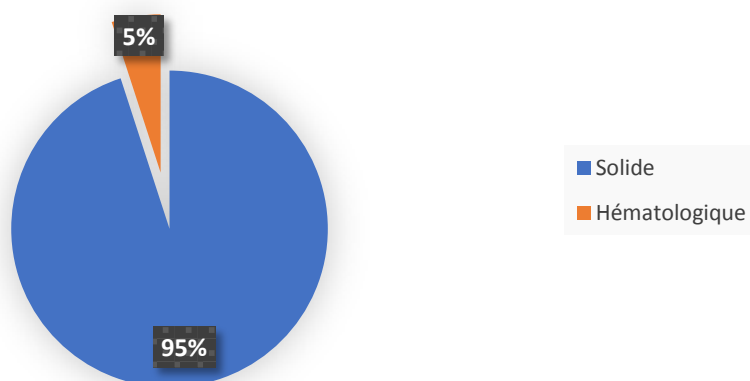


Figure 19 : Répartition des patients selon le type du cancer.

1.13 Stade de cancer :

La plupart des patients de notre échantillon avaient un cancer de stade localisé (42%), et 35% des patients avaient un cancer au stade métastatique.

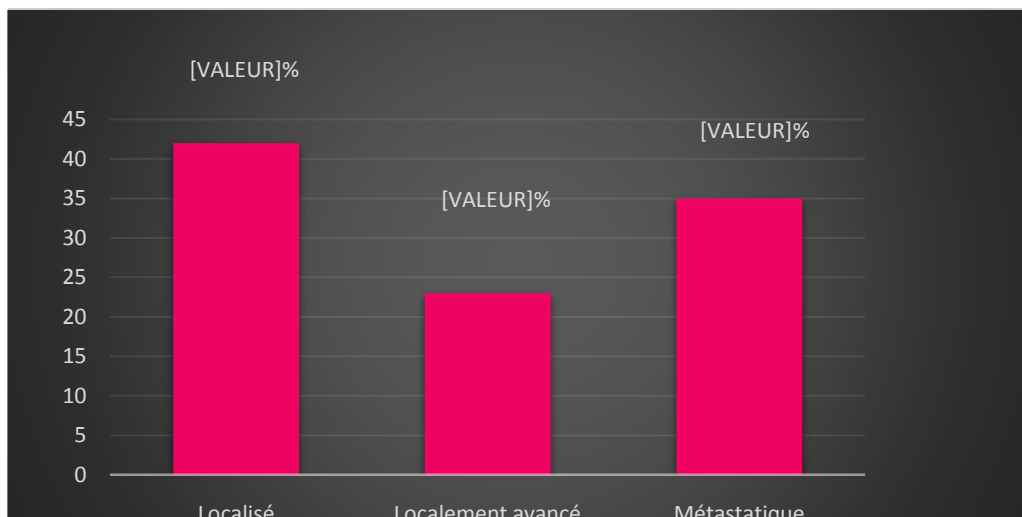


Figure 20 : Répartition des patients selon le stade du cancer.

1.14 Délai de découverte du cancer :

Le délai moyen de découverte du cancer était de 12,44 mois avec des extrêmes allant de 2 mois à 72 mois.

Quarante-trois pourcent des patients de notre échantillon, avaient découvert le diagnostic de cancer entre 12 et 24 mois.

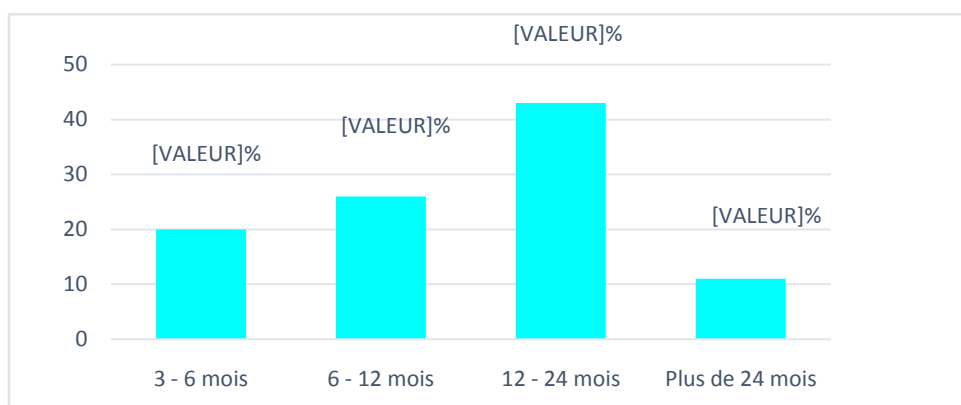


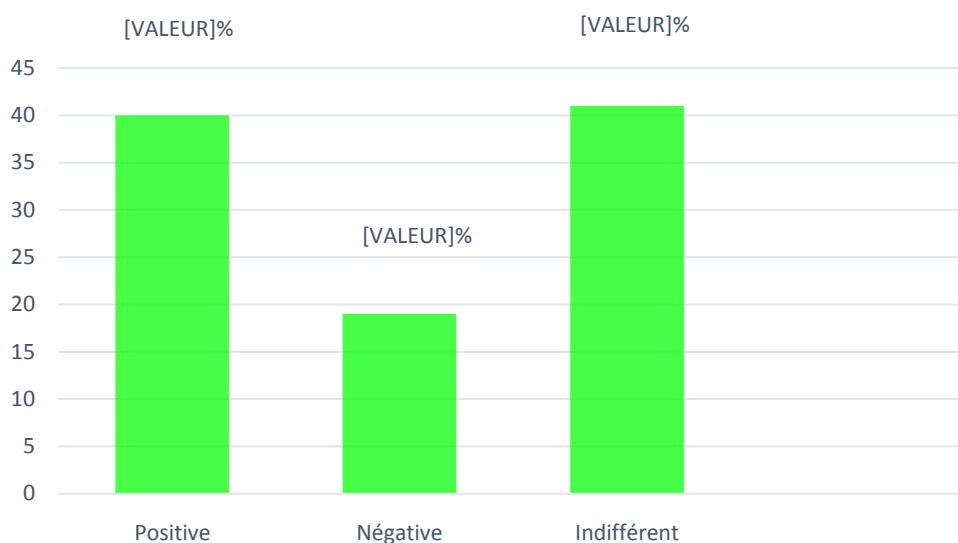
Figure 21 : Répartition des patients selon le délai de découverte du cancer.

1.15 Attitude de l'entourage

Il n'y avait pas de changement d'attitude de l'entourage chez 41% des patients, et 59% rapportaient un changement.

Changement positif : soutien social et familial.

Changement négatif : éloignement par craintes de contagiosité, abandon.



Pas de changement : attitude indifférente

Figure 22 : Répartition des patients selon l'attitude de l'entourage du patient.

1.16 Pratique religieuse :

Chez 50% des patients il n'y avait aucun changement dans la pratique religieuse, 27% avaient rapporté une diminution, et 23% avaient augmenté leur pratique.

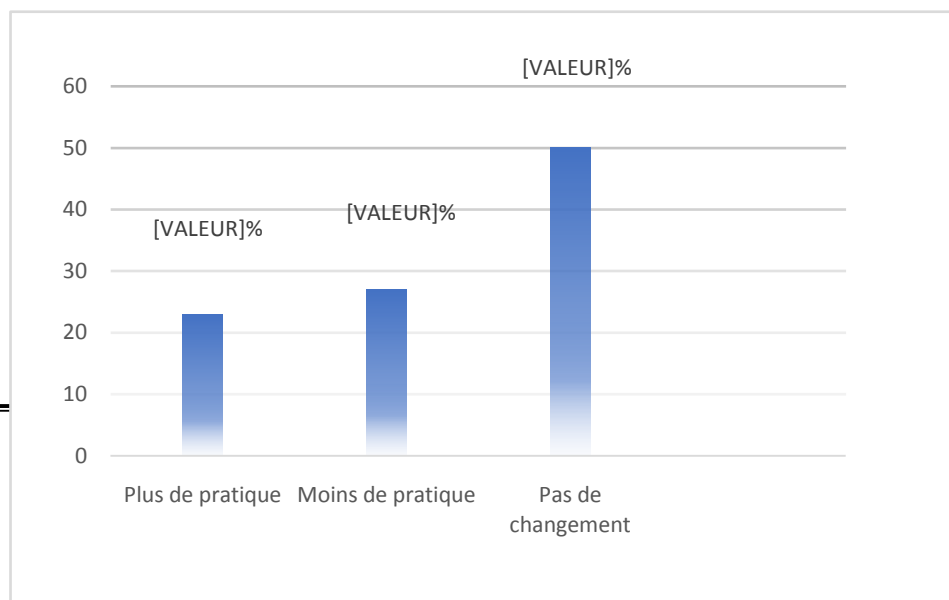
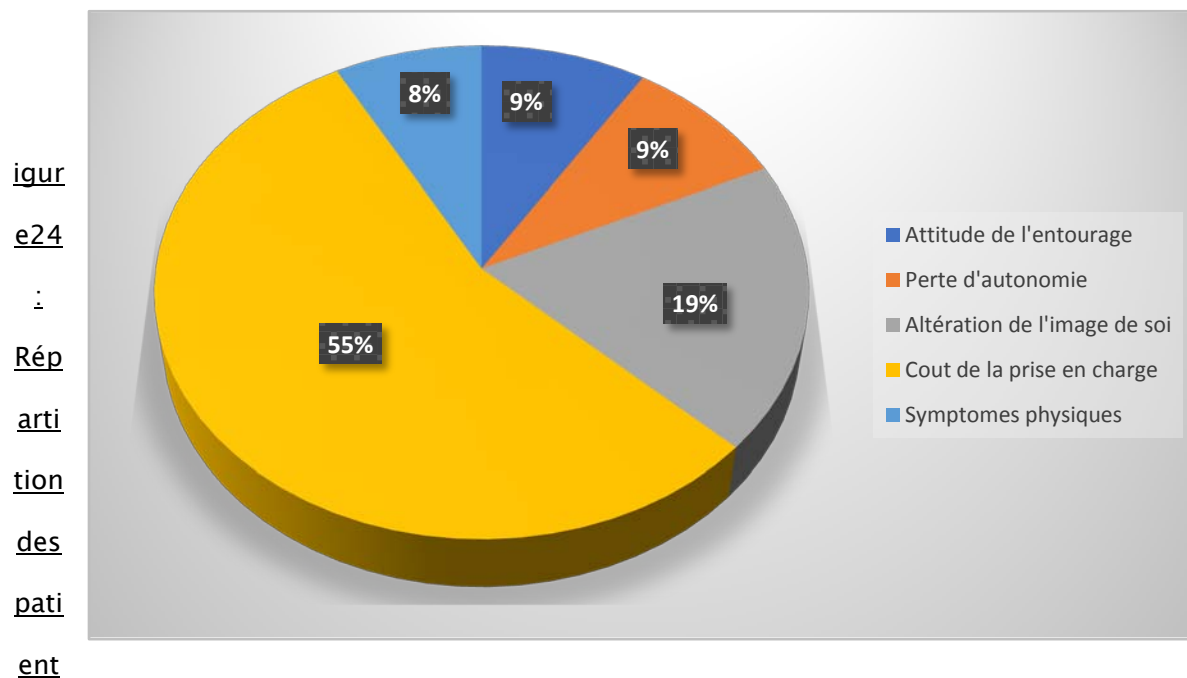


Figure23 : Répartition des patients selon la pratique religieuse.

1.17 Cause de la gêne :

La gêne des patients dans notre étude était due principalement à deux éléments : le coût de la prise en charge (55%), et l'altération de l'image de soi (19%).



s selon la cause principale de la gêne.

1.18 Traitement du cancer :

Plus de la moitié des patients recevaient un traitement locorégional seul (57%), alors que 43% recevaient un traitement systémique : chimiothérapie seule ou associée à un traitement locorégional (chirurgie ou radiothérapie ou les deux)

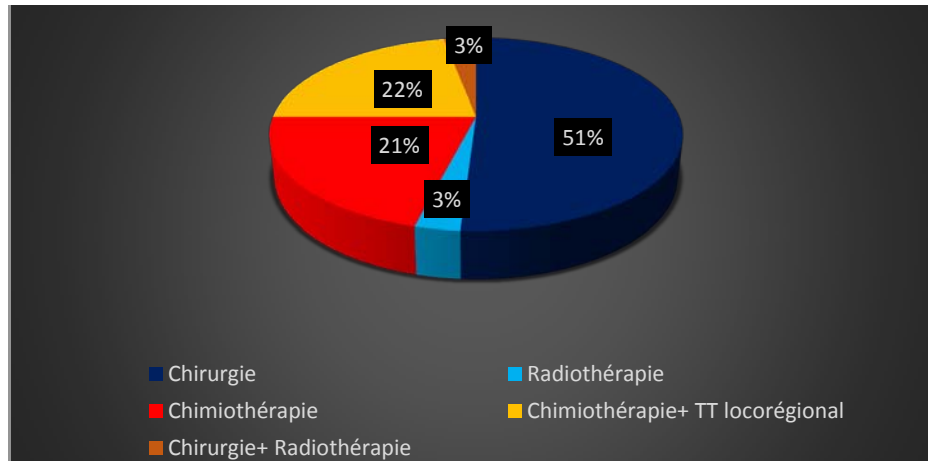


Figure 25 : Répartition des patients selon le traitement reçu.

1.19 Situation actuelle de la maladie :

Presque la moitié des patients avaient une situation inconnue(49%), 31% étaient en stabilisation, 14% des patients étaient en rechute, et 6% en rémission.

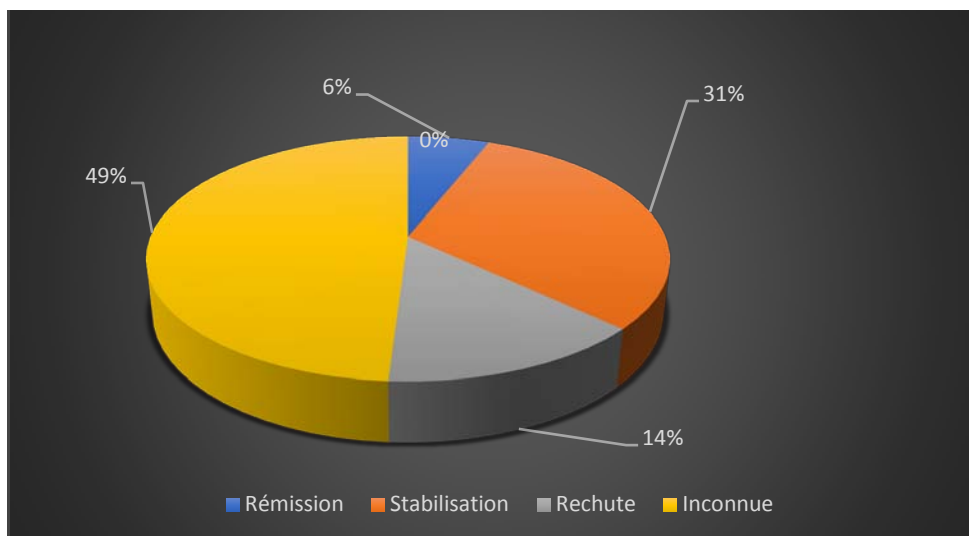


Figure26 : Répartition des patients selon La situation actuelle de la maladie cancéreuse.

1.20 Estimation du patient du pronostic de sa maladie cancéreuse :

Plus de la moitié des patients (54%) croyaient que leur maladie est curable, contre 9% qui la croyaient incurable. Alors que 37% ne pouvaient donner aucune estimation.

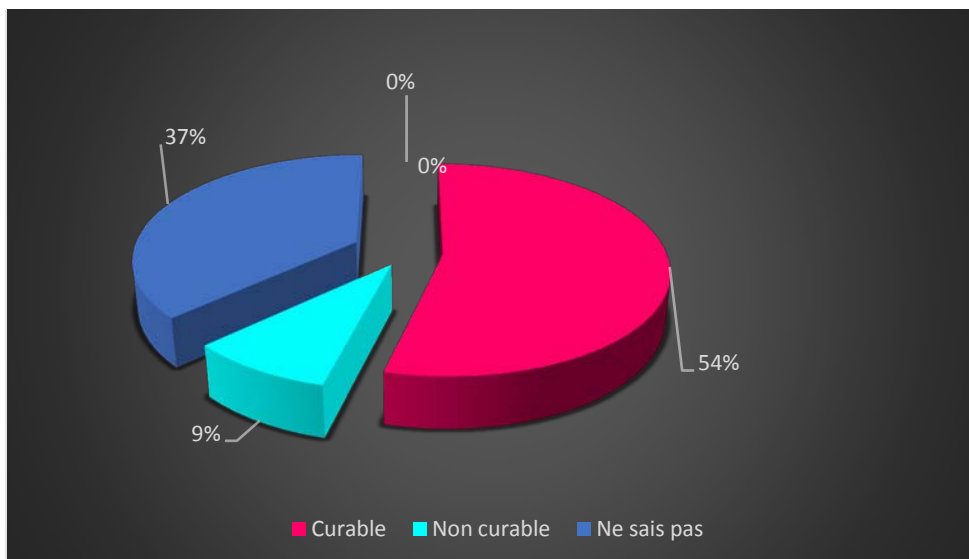


Figure27 : Répartition des patients selon l'estimation du patient du pronostic de sa maladie.

1.21 La connaissance du diagnostic :

La majorité des patients savaient qu'ils avaient un cancer (84%).

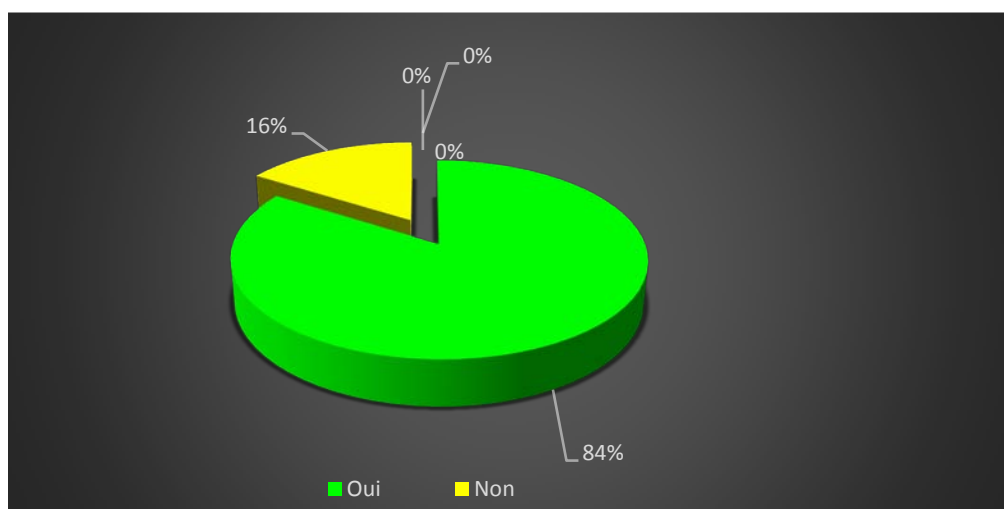


Figure28 : Répartition des patients selon leur connaissance du diagnostic de cancer.

Tableau n° I : Caractéristiques de l'échantillon global :

Caractéristiques de l'échantillon global	Participants de l'étude N= 100
--	-----------------------------------

	N	%
Sexe		
Féminin	74	74
Masculin	26	26
Age		
Moins de 36 ans	18	18
37 - 50 ans	38	38
Plus de 51 ans	44	44
Situation familiale		
Célibataire	12	12
Marié	71	71
Divorcé	8	8
Veuf	6	6
Séparé	3	3
Nombre d'enfants		
Aucun	18	18
Entre 1 et 3	45	45
Plus de 4	37	37
Niveau d'instruction		
Aucun	60	60
Primaire	17	17
Secondaire	14	14
Baccalauréat	6	6
Universitaire	3	3
Profession		
Femme au foyer	61	61

Sans	18	18
Retraité	5	5
Travail actif	16	16
Milieu de vie		
Urbain	55	55
Rural	45	45
Revenu mensuel		
Moins de 1000 Dh	85	85
1000 à 2000 Dh	4	4
2000 à 4000 Dh	8	8
4000 à 6000 Dh	1	1
Plus de 6000 Dh	2	2
Couverture sociale		
Mutuelle	10	10
RAMED	85	85
Payant	5	5
Caractéristiques de l'échantillon global	Participants dans l'étude (N=100)	
	N	%
Antécédents médicaux		
Maladie chronique	70	70
Autre cancer	6	6
Maladie psychiatrique	11	11
Antécédents chirurgicaux		
Oui	27	27
Non	73	73
Habitudes toxiques		

Non	92	92
Oui	8	8
Antécédents de cancer dans la famille		
Oui	21	21
Non	79	79
Antécédents familiaux de la maladie psychiatrique		
Oui	8	8
Non	92	92
Localisation du cancer		
Sein	39	39
Thyroïde	23	23
Appareil urologique	14	14
Appareil génital féminin	7	7
Poumon	3	3
Tube digestif	3	3
Hématologique	5	5
Autres	6	6
Type de tumeur		
Solide	95	95
Hématologique	5	5
Stade du cancer		
Localisé	42	42
Localement avancé	23	23
Métastases à distance	35	35
Découverte du cancer		
3 à 6 mois	20	20

6 à 12 mois	26	26
13 à 24 mois	43	43
Plus de 24 mois	11	11
Attitude de l'entourage		
Positive	40	40
Négative	19	19
Indifférente	41	41
Pratique religieuse		
Plus de pratique	23	23
Moins de pratique	27	27
Pas de changement	50	50
Cause de la gêne		
Coût de PEC	55	55
Symptômes physiques	8	8
Altération de l'image de soi	19	19
Perte d'autonomie	9	9
Attitude de l'entourage	9	9
Traitement du cancer		
Chirurgie	51	51
Radiothérapie	3	3
Chimiothérapie	21	21
Chimiothérapie+traitement locorégional	22	22
Chirurgie+radiothérapie	3	3
Situation actuelle de la maladie		
Rémission	6	6
Stabilisation	31	31

Rechute	21	21
Inconnue	49	49
Estimation du pronostic par le patient		
Curable	54	54
Non curable	9	9
Ne sais pas	37	37
Connaissance du diagnostic		
Oui	84	84
Non	16	16

2. Evaluation psychiatrique :

2.1 Etude de la dépression :

Selon le MINI, 71% des malades présentaient un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête.

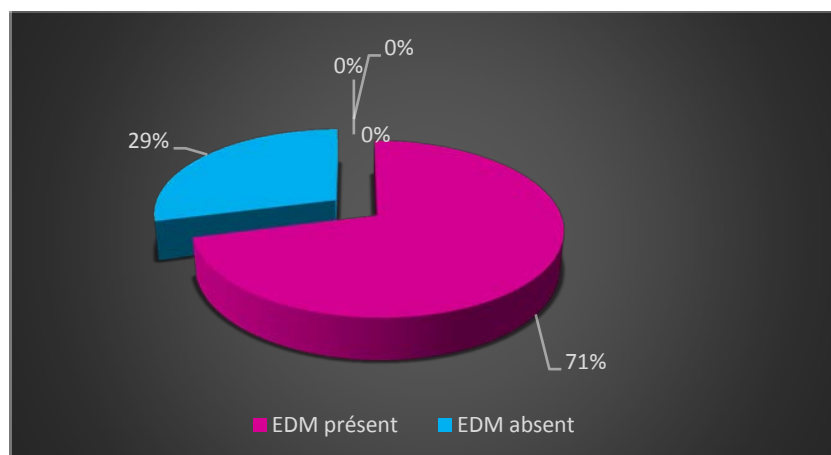


Figure 29 : Prévalence de l'épisode dépressif majeur actuel.

Selon l'échelle de Beck, 10% des patients déprimés avaient une dépression sévère, 37% avaient une dépression modérée, et 53% avaient une dépression légère.

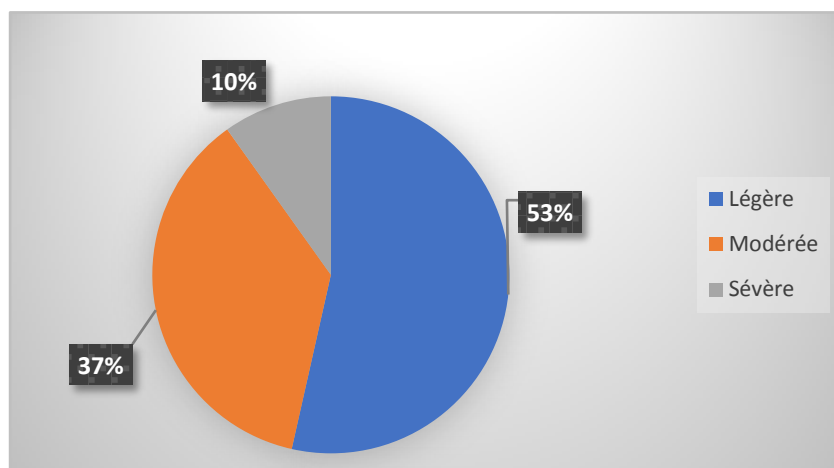


Figure 30 : sévérité de la dépression.

2.2 Etude de l'anxiété :

L'échelle de Hamilton est en faveur d'une anxiété majeure chez 19% des patients et mineure chez 21%. L'anxiété est absente chez 60% des cas.

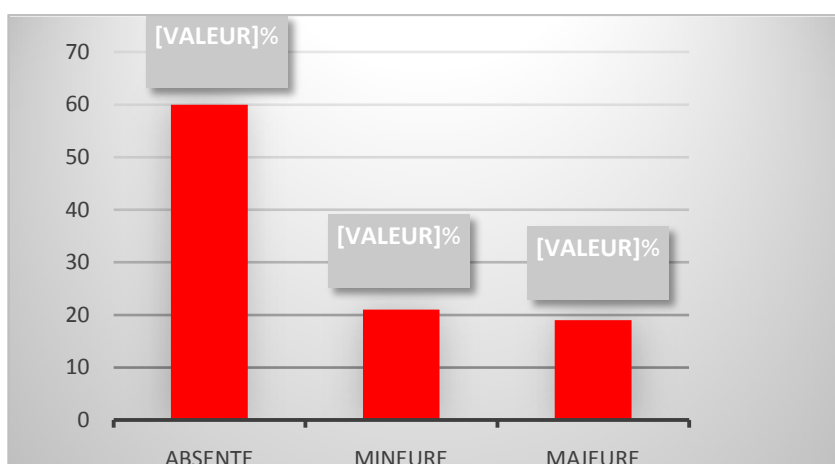


Figure 31 : répartition des patients selon l'échelle de Hamilton d'anxiété.

II – Analyse bi-variée :

1. Corrélation entre la dépression et les paramètres étudiées :

1.1 Paramètres sociodémographiques :

1.1.1 Sexe :

L'épisode dépressif majeur (EDM) est retrouvé un peu plus chez les femmes (74,3%), que chez les hommes (61,5%). Cette différence est statistiquement significative. ($p=0,016$)

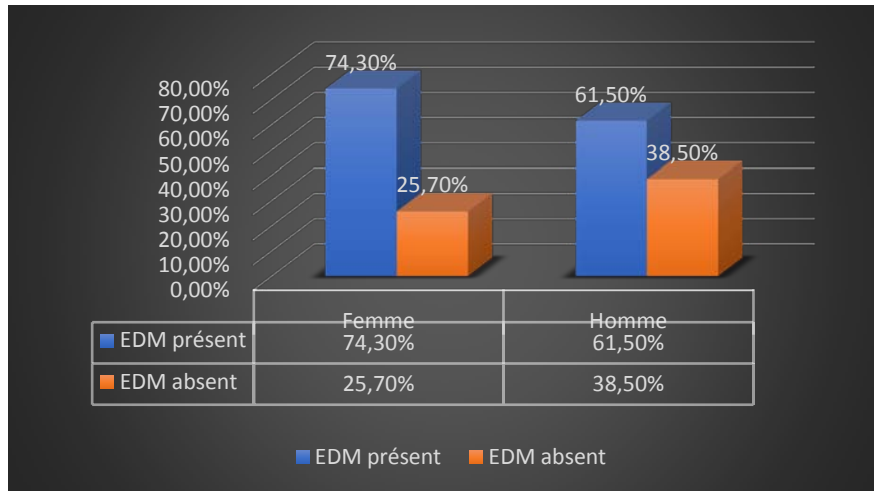


Figure 32 :Prévalence de la dépression selon le sexe.

1.1.2 Age :

La prévalence de la dépression est légèrement élevée chez les sujets âgés de 37 à 50 ans (76,3%), 72,2% âgés de moins de 36 ans et enfin 65,9% des plus de 51 ans. Cette différence est statistiquement non significative($p=0,580$).

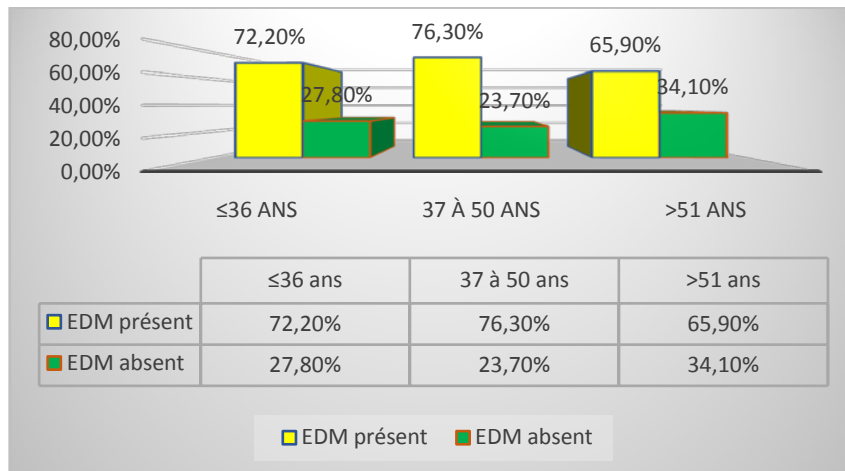


Figure 33 : Prévalence de la dépression selon l'âge.

1.1.3 Situation matrimoniale :

La dépression est plus retrouvée chez les sujets veufs (83,3%) ainsi que chez les sujets célibataires et mariés (respectivement 75% et 70,4%). Ceci est statistiquement non significatif ($p=0,931$).

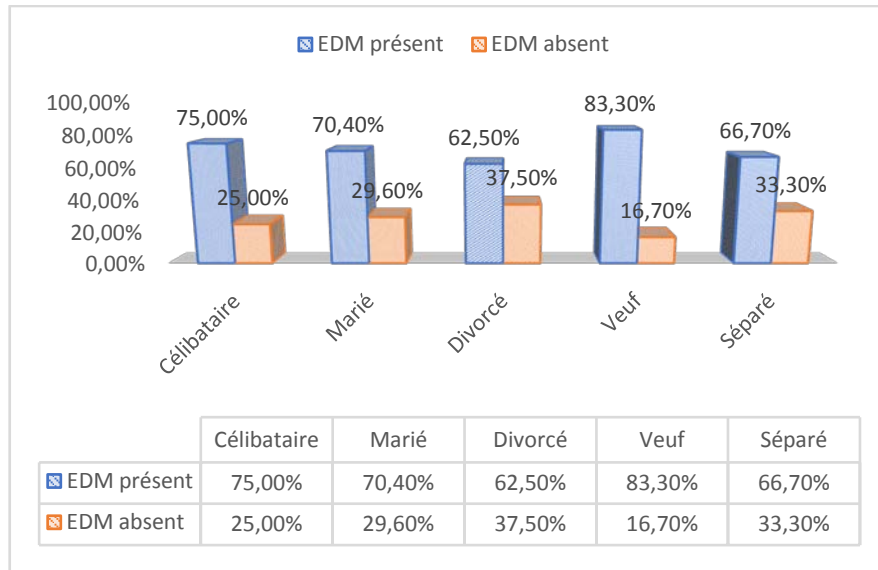


Figure 34 : Prévalence de la dépression selon la situation matrimoniale.

1.1.4 Profession :

L'EDM a été diagnostiqué chez 83.3% des patients sans travail, contre 56,3 % chez les travailleurs actifs. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,013$).

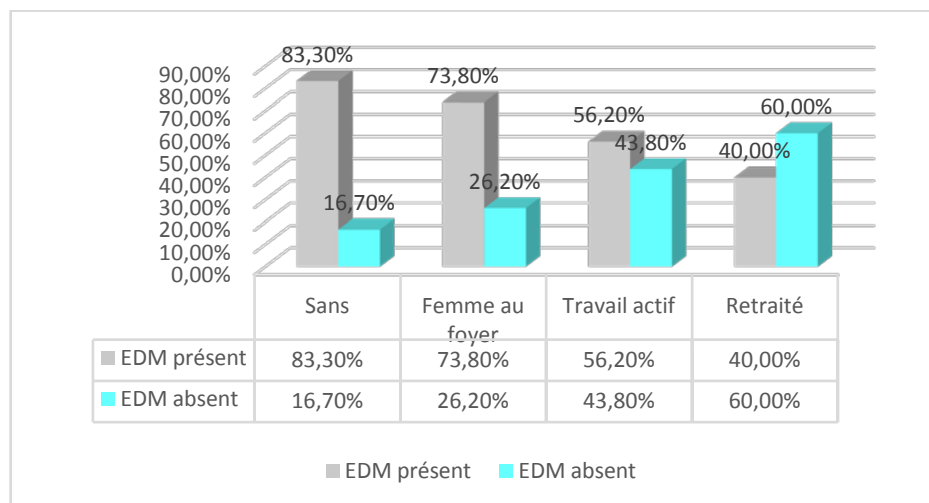


Figure 35: Prévalence de la dépression selon la profession.

1.1.5 Niveau d'instruction :

La prévalence de la dépression retrouvée était presque égale pour les patients n'ayant aucun niveau d'instruction et pour ceux ayant un niveau secondaire (73,3% et 78,6%), ainsi que les patients ayant un niveau primaire et pour ceux ayant un niveau baccalauréat (64,7%

et 66,7%). Alors que la prévalence de la dépression était de 33,3% chez les patients ayant un niveau universitaire. Ceci est statistiquement non significatif.

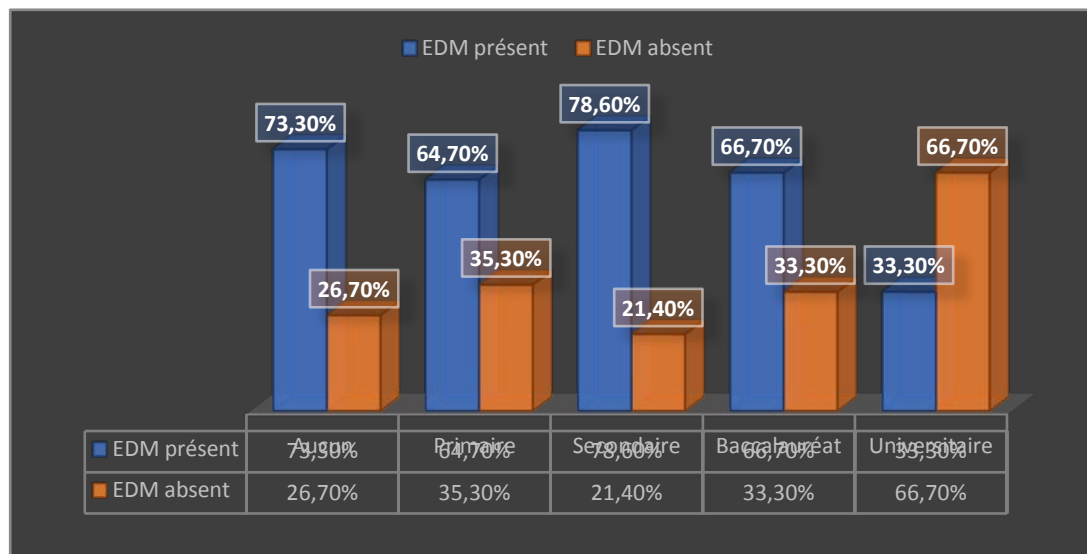


Figure 36 : Prévalence de la dépression selon le niveau d'instruction.

1.1.6 Couverture sociale :

Les patients non mutualistes avaient plus de dépression (80%), que les mutualistes (50%). Cette différence est statistiquement significative.

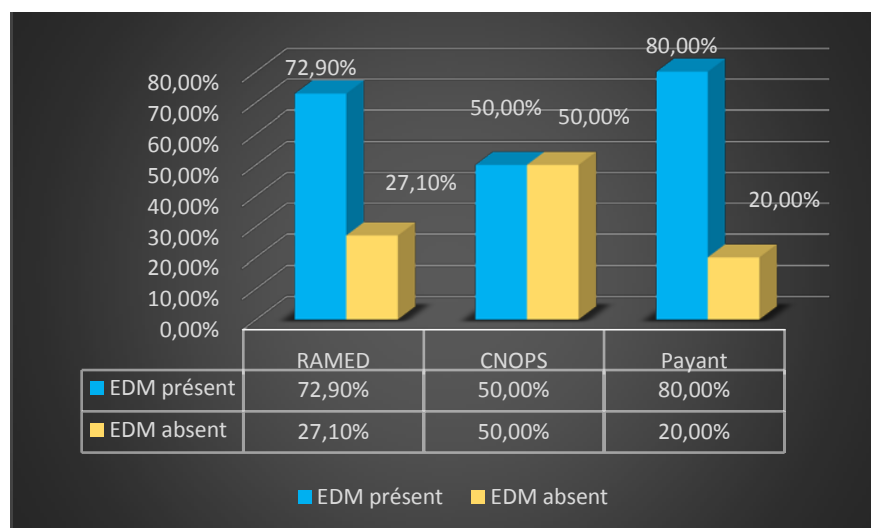


Figure 37 : Prévalence de la dépression selon la couverture sociale.

Tableau n° II : Corrélation entre la dépression et les paramètres sociodémographiques :

	EDM (%)		Khi deux	P
	OUI	NON		
SEXE				
Femme	74.3%	25.7%	1.528	0.016
Homme	61.5%	38.5%		
AGE				
≤ 36 ans	72.2%	27.8%	1.088	0.580
37 à 50 ans	76.3%	23.7%		
≥ 51 ans	65.9%	34.1%		
SITUATION MATRIMONIALE				
Célibataire	75%	25%	0.856	0.931
Marié	70.4%	29.6%		
Divorcé	62.5%	37.5%		
Veuf	83.3%	16.7%		
Séparé	66.7%	33.3%		
PROFESSION				
Sans	83.3%	16.7%	5.581	0.013
Femme au foyer	73.8%	26.2%		
Travail actif	56.2%	43.8%		
Retraité	40%	60%		

Niveau d'instruction				
Aucun	73.3%	26.7%	2.997	0.558
Primaire	64.7%	35.3%		
Secondaire	78.6%	21.4%		
Baccalauréat	66.7%	33.3%		
Universitaire	33.3%	66.7%		
Couverture sociale				
RAMED	72.9%	27.1%	2.494	0.028
CNOPS	50%	50%		
Payant	80%	20%		

1.2 Paramètres cliniques :

1.2.1 Comorbidité :

Nous avons trouvé que l'existence de comorbidité est significativement liée à la dépression, puisque 76,7% des patients ayant une maladie chronique étaient déprimés.

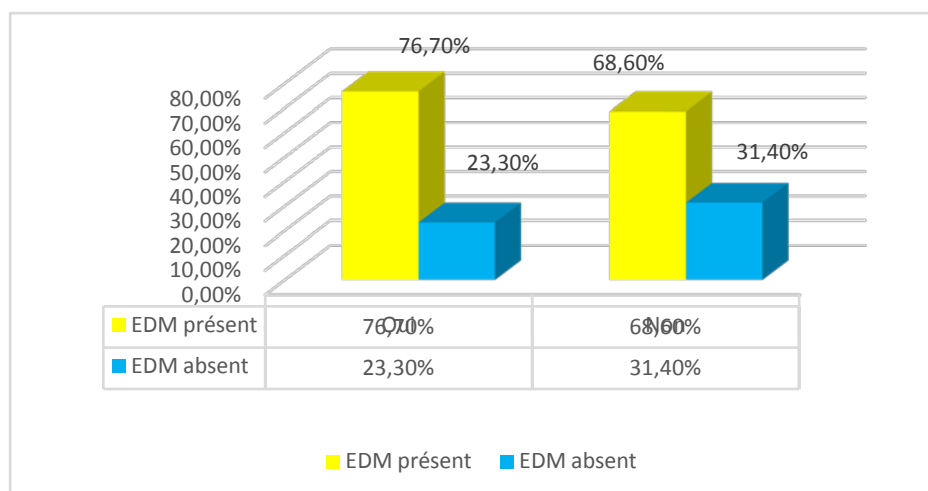


Figure 38 : Prévalence de la dépression selon la présence de comorbidité.

1.2.2 Stade du cancer :

C'est dans le stade métastatique qu'on a retrouvé plus de dépression : 77.1%. La prévalence de la dépression dans le stade localisé est de 64.3%, et dans le stade localement avancé de 73.9%. Ceci est statistiquement significatif.

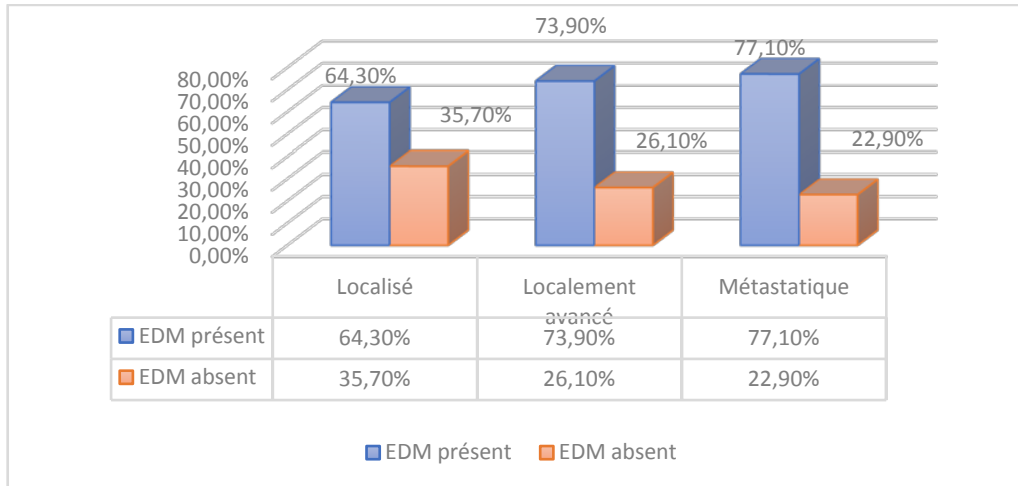


Figure 39 : Prévalence de la dépression selon le stade du cancer.

1.2.3 Délai de découverte du cancer :

La prévalence de dépression retrouvée était presque égale pour les patients dont le diagnostic a été posé il y a plus de 6 mois. Ceci est statistiquement non significatif.

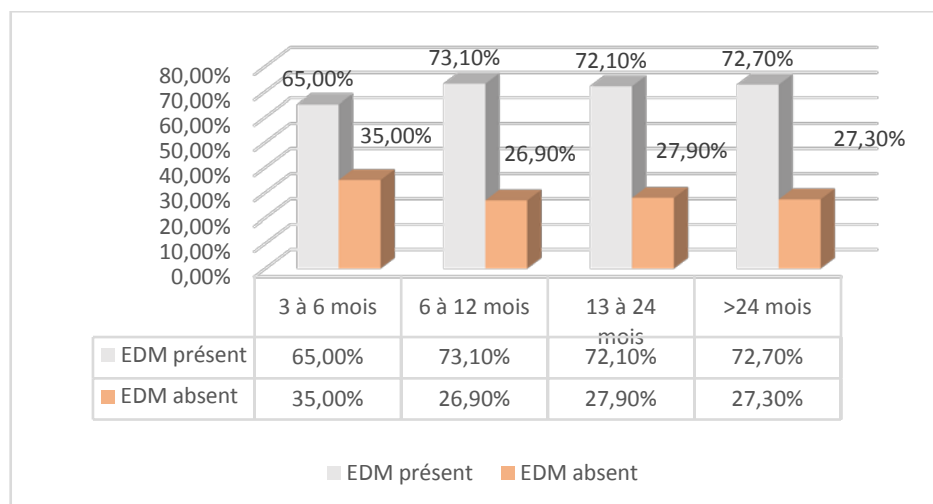


Figure 40: Prévalence de la dépression selon le délai de découverte du cancer

1.2.4 Situation de la maladie :

Dans notre étude, nous n'avons pas pu trouver de corrélation significative ($p=0,072$). Les patients les plus déprimés étaient en stabilisation (80,6%), et les moins déprimés en rémission (50%).

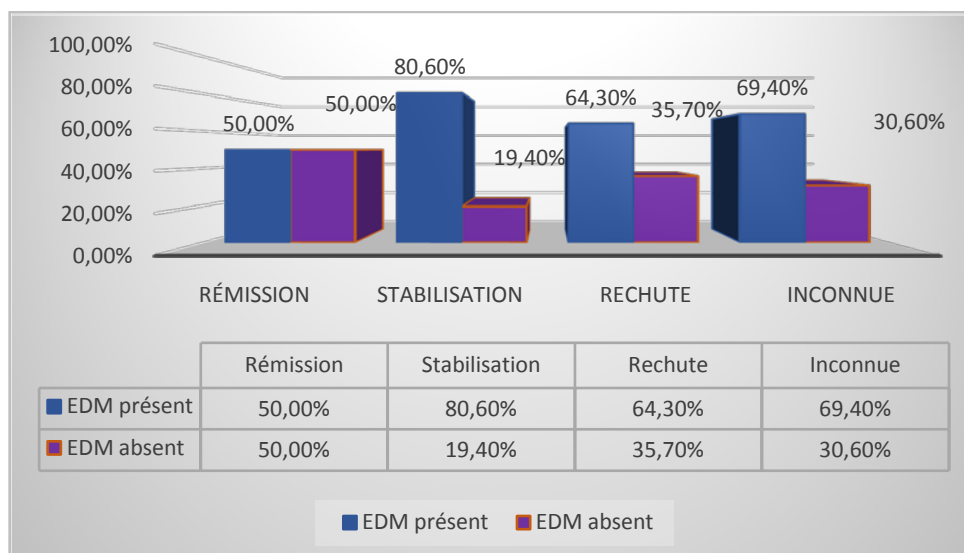


Figure 41 : Prévalence de la dépression selon la situation de la maladie.

Tableau n° III : Corrélation entre la dépression et les paramètres cliniques :

	EDM		Khideux	P
	Oui	Non		
Antécédents de maladie chronique				
Oui	76.7%	23.3%	0.668	0,046
Non	68.6%	31.4%		
Stadedu cancer				
Localisé	64.3%	35.7%	1.656	0,043
Localement avancé	73.9%	26.1%		
Métastatique	77.1%	22.9%		
Délaidedécouverteducancer				
3à6 mois	65%	35%	0.445	0.931
6 à12mois	73.1%	26.9%		

13à 24mois	72.1%	27.9%		
>24mois	72.7%	27.3%		
Situation de la maladie				
Rémission	50%	50%	1,246	0,072
Stabilisation	80.6%	19.4%		
Rechute	64.3%	35.7%		
Inconnue	69.4%	30.6%		

1.3 Paramètres psychosociaux :

1.3.1 Attitude de l'entourage :

L'EDM a été retrouvée dans le cas où il y a de changement positif d'attitude de l'entourage chez 75% des patients, et 63.2% des patients avaient un EDM dans le cas où il y a un changement négatif. Sans que cette différence soit significative.

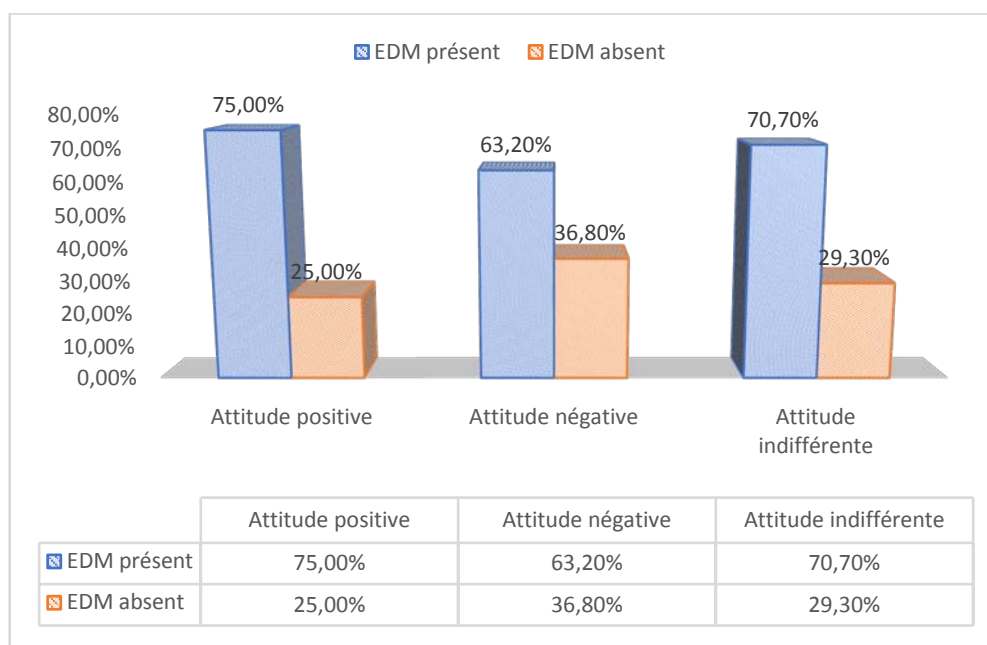


Figure 42 : Prévalence de la dépression selon le changement d'attitude de l'entourage.

1.3.2 Antécédents familiaux du cancer :

L'EDM a été retrouvé le plus chez les patients qui n'avaient pas d'antécédents familiaux du cancer, que ceux qui les avaient (74,7% contre 57,1%). Ceci est statistiquement non significatif.

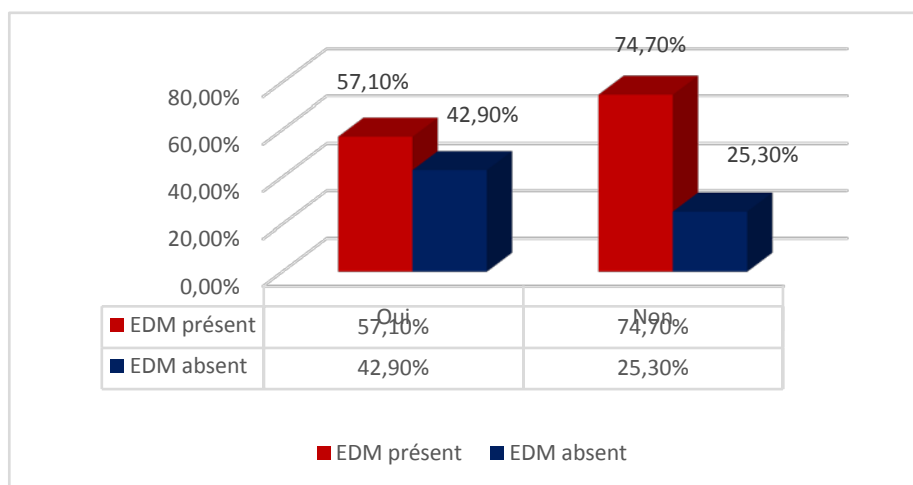


Figure 43 : Prévalence de la dépression selon les antécédents familiaux du cancer.

1.3.3 Pratique religieuse :

Nous avons trouvé une corrélation significative ($p=0,05$). Les patients les plus déprimés avaient moins de pratiques religieuses (77,8%), que ceux qui les avaient plus (73,9%).

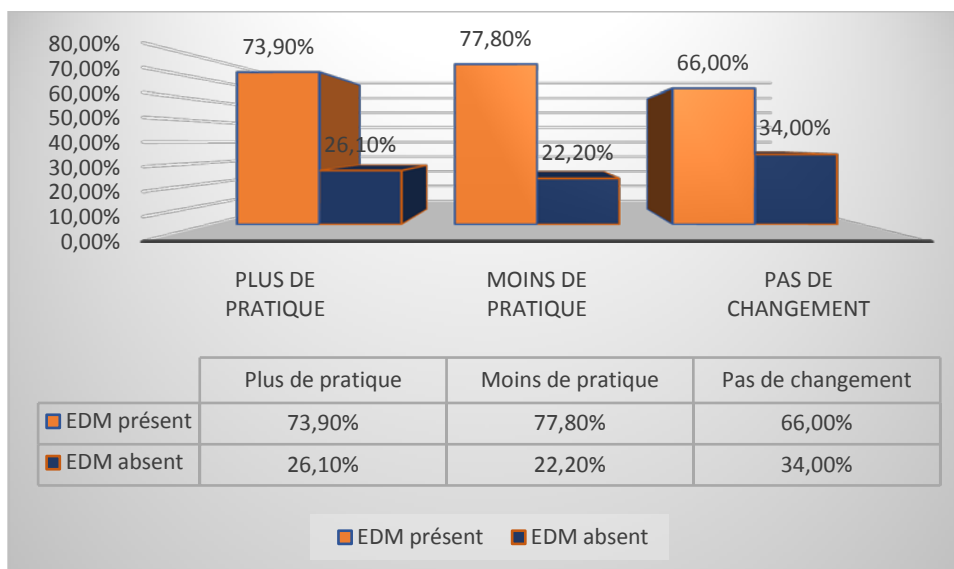


Figure 44 : Prévalence de la dépression selon la pratique religieuse.

1.3.4 Connaissance de la maladie :

L'EDM était retrouvé le plus chez les patients qui savaient qu'ils ont un cancer, que ceux qui l'ignoraient (71,4% contre 68,8%). Cette différence est statistiquement non significative.

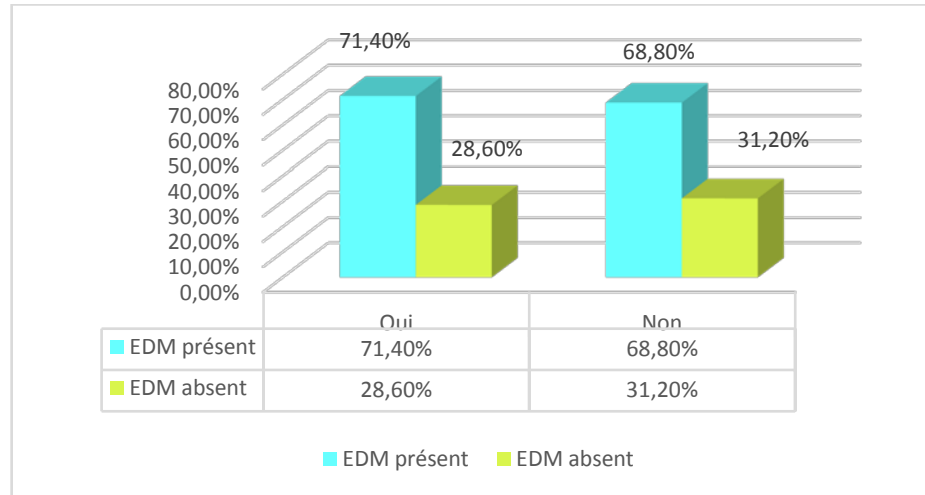


Figure 45 : Prévalence de la dépression selon la connaissance du patient du diagnostic de cancer.

1.3.5 Estimation du pronostic par le patient :

Dans notre étude, les patients qui croyaient que leur maladie est curable, avaient moins de dépression (68,5%), que ceux qui la croyaient incurable (100%), et encore moins par rapport à ceux qui n'en savaient rien et ne pouvaient donner aucune estimation (67,6%), et ces résultats sont statistiquement significatifs.

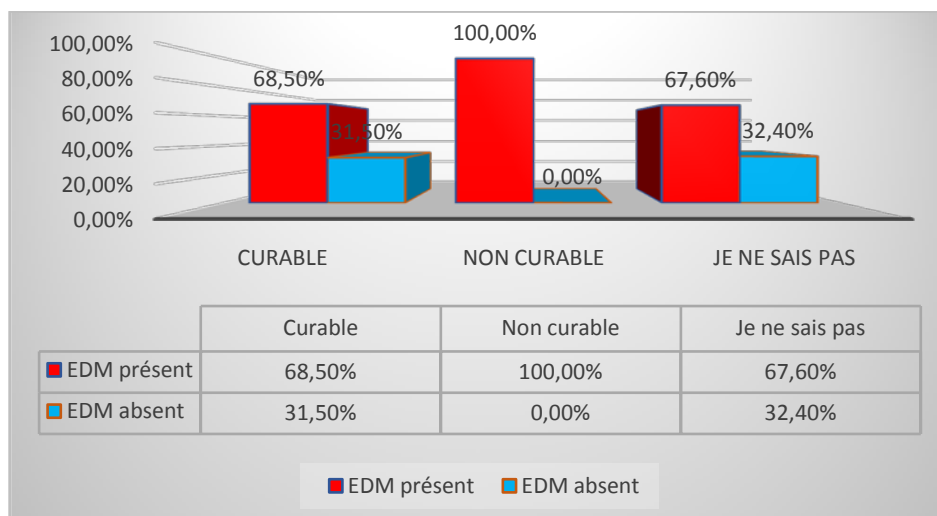


Figure 46 : Prévalence de la dépression selon la vision du patient du pronostic de sa maladie.

Tableau n° IV : Corrélation entre la dépression et les paramètres psychosociaux :

	EDM(%)		Khideux	P
	Oui	Non		
Attitude de l'entourage				
Attitude positive	75%	25%	0,880	0,644
Attitude négative	63.2%	36.8%		
Attitude indifférente	70.7%	29.3%		
Antécédents familiaux du cancer				
Oui	57.1%	42.9%	2.479	0,115
Non	74.7%	25.3%		
Pratique religieuse				
Plus de pratique	73.9%	26.1%	1,304	0,05
Moins de pratique	77.8%	22.2%		
Pas de changement	66%	34%		
Connaissance de la maladie				
Oui	71.4%	28.6%	0,047	0,522
Non	68.8%	31.2%		
Estimation du pronostic par le patient				
Curable	8.5%	31.5%		

Non curable	100%	0%	4,049	0,012
Je ne sais pas	67.6%	32.4%		

2. Corrélation entre l'anxiété et les paramètres étudiés :

2.1 Paramètres sociodémographiques :

2.1.1 Sexe :

Les femmes avaient plus d'anxiété (41,9%) que les hommes (34,6%), et ceci de manière significative ($p=0.034$).

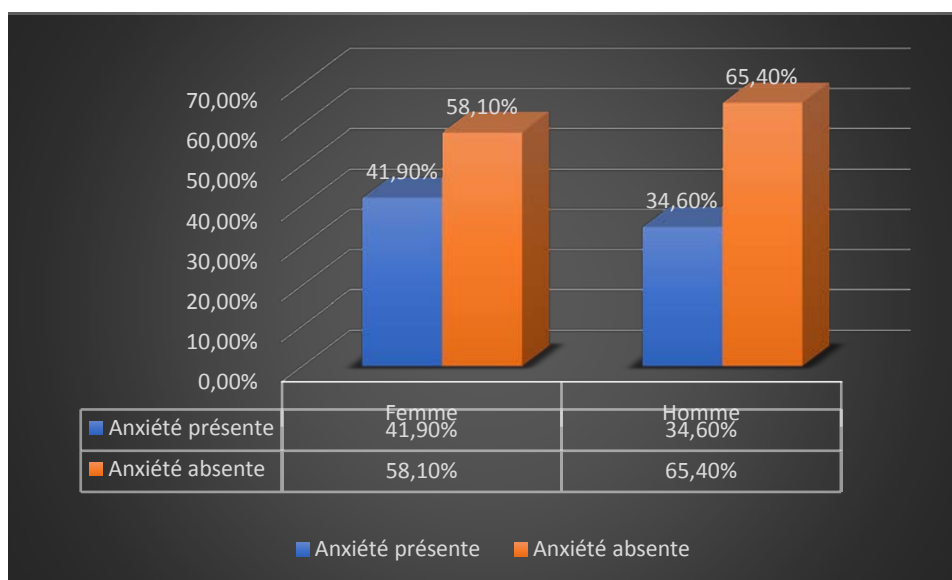


Figure 47 : Prévalence de l'anxiété selon le sexe.

2.1.2 Age :

La prévalence de l'anxiété est légèrement élevée chez les sujets âgés de 37 à 50 ans (47,4%), 27,8% âgés de moins de 36 ans et enfin 38,6% des plus de 51 ans. Cette différence est statistiquement non significative ($p=0,365$).

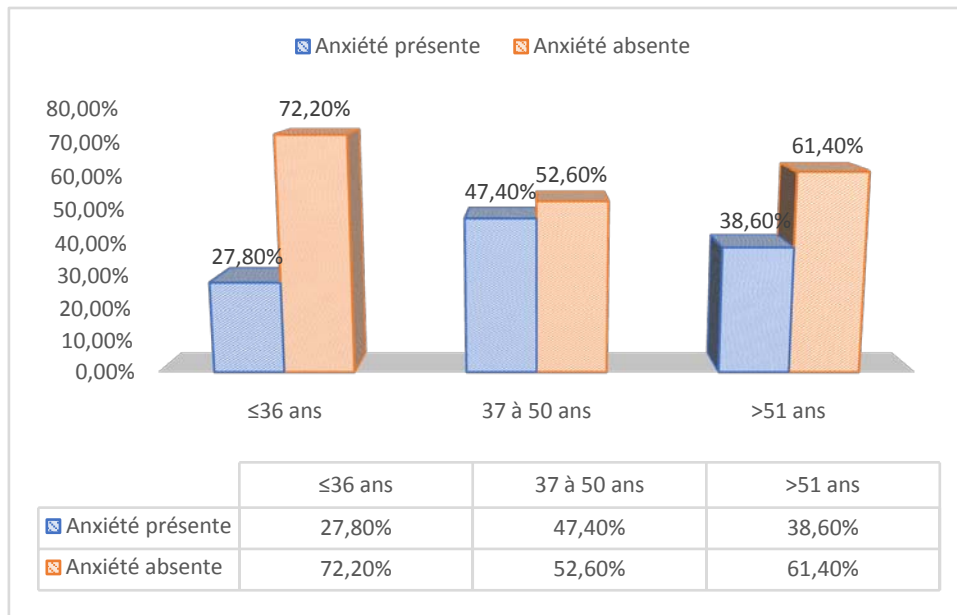


Figure 48 : Prévalence de l'anxiété selon l'âge.

2.1.3 Situation matrimoniale :

L'anxiété est retrouvée plus chez les sujets séparés (66,7%). La prévalence de l'anxiété retrouvée est égale pour les sujets mariés, et divorcés (36,6% et 37,5%). Alors que la prévalence de l'anxiété est de 50% chez les sujets célibataires et veufs. Cette différence est statistiquement non significative.

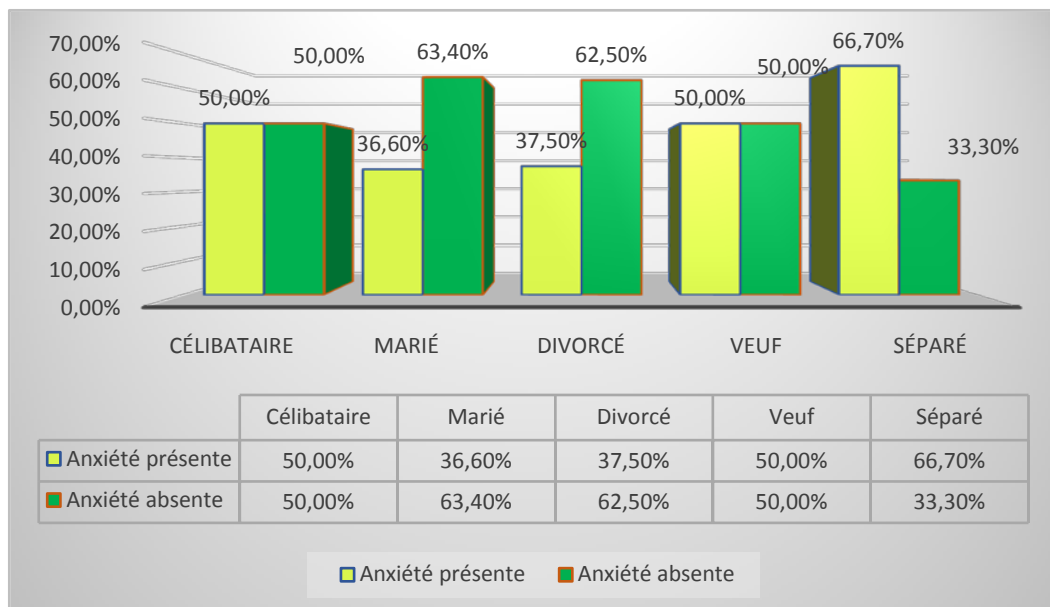


Figure 49 : Prévalence de l'anxiété selon la situation matrimoniale.

2.1.4 Profession :

Les patients sans profession soient 55.6% étaient plus anxieux, que les travailleurs actifs (37,5 %). Cette différence est statistiquement significative ($p=0,032$).

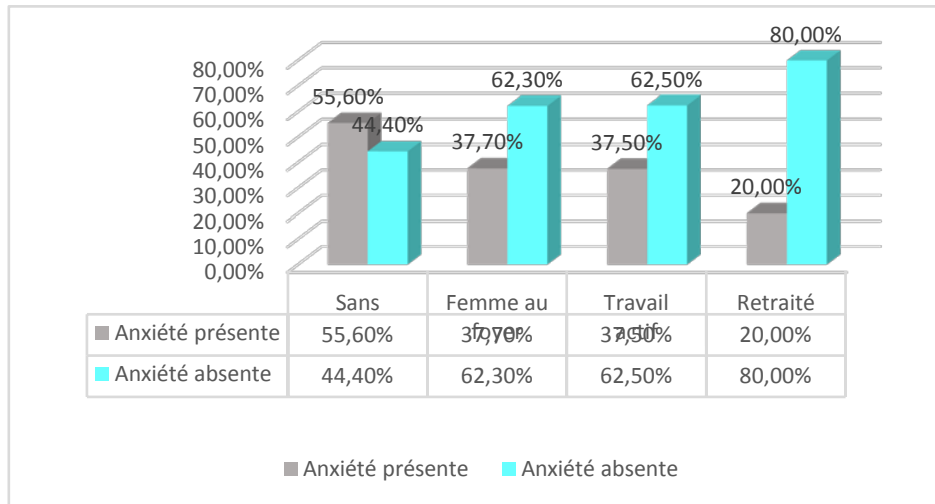


Figure 50 : Prévalence de l'anxiété selon la profession.

2.1.5 Niveau d'instruction :

La prévalence de l'anxiété retrouvée était presque égale pour les patients ayant un niveau primaire et pour ceux ayant un niveau baccalauréat (47,1% et 50%), 40% chez les patients n'ayant aucun d'instruction, et 33,3% chez ceux ayant un niveau universitaire. Alors que la prévalence de l'anxiété était de 28,6% chez les patients ayant un niveau secondaire.

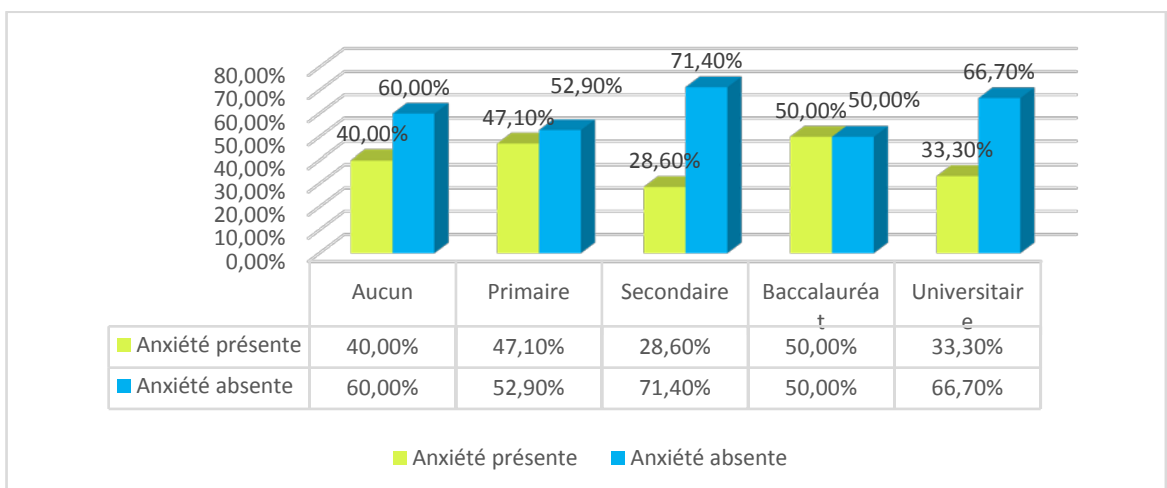


Figure 51 : Prévalence de l'anxiété selon le niveau d'instruction.

2.1.6 Couverture sociale :

Les patients non mutualistes avaient plus d'anxiété, que les mutualistes (80% contre 30%). Cette différence est statistiquement significative.

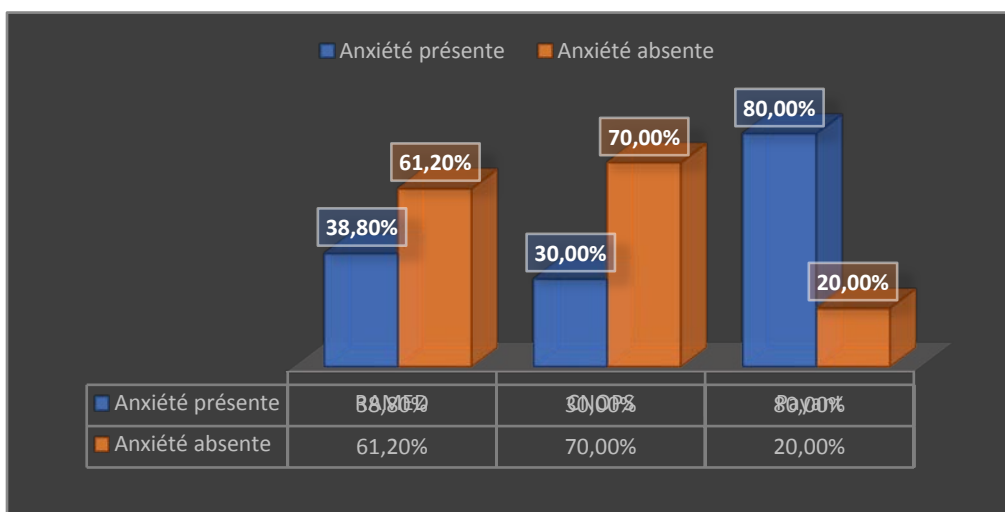


Figure 52 : Prévalence de l'anxiété selon la couverture sociale.

Tableau n° V : Corrélation entre l'anxiété et les paramètres sociodémographique :

	Anxiété (%)		Khi deux	P
	OUI	NON		
SEXE				
Femme	41.9%	58.1%	0.424	0.034
Homme	34.6%	65.4%		
AGE				
≤ 36 ans	27.8%	72.2%	2.014	0.365
37 à 50 ans	47.4%	52.6%		

≥ 51 ans	38.6%	61.4%		
SITUATION MATRIMONIALE				
Célibataire	50%	50%	1.998	0.736
Marié	36.6%	63.4%		
Divorcé	37.5%	62.5%		
Veuf	50%	50%		
Séparé	66.7%	33.3%		
PROFESSION				
Sans	55.6 %	44.4%	2.824	0.032
Femme au foyer	37.7%	62.3%		
Travail actif	37.5%	62.5%		
Retraité	20%	80%		
Niveau d'instruction				
Aucun	40%	60%	1.420	0.841
Primaire	47.1%	52.9%		
Secondaire	28.6%	71.4%		
Baccalauréat	50%	50%		
Universitaire	33.3%	66.7%		

Couverture sociale				
RAMED	38.8%	61.2%	3.799	0.015
CNOPS	30%	70%		
Payant	80%	20%		

2.2 Paramètres cliniques :

2.2.1 Comorbidité :

L'existence de comorbidités est significativement liée à l'anxiété, puisque 50% des patients ayant une maladie chronique étaient anxieux ($p=0,049$).

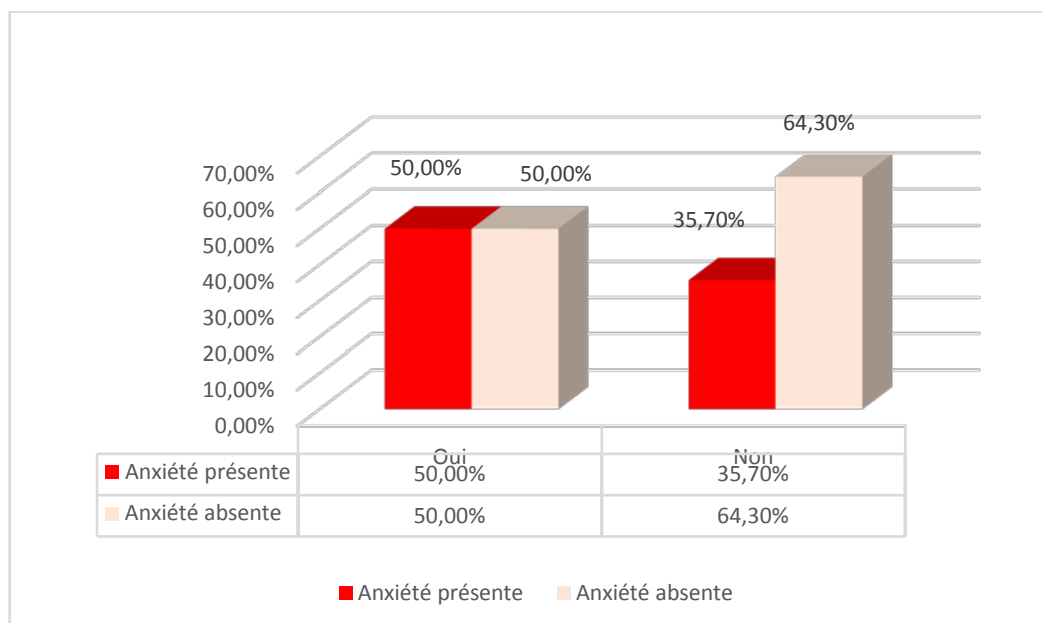


Figure 53 : Prévalence de l'anxiété selon la présence de comorbidité.

2.2.2 Stade du cancer :

On a trouvé le plus d'anxiété chez les patients au stade localisé (45,2%), contre 31,4% au stade métastatique. Cette différence est non significative.

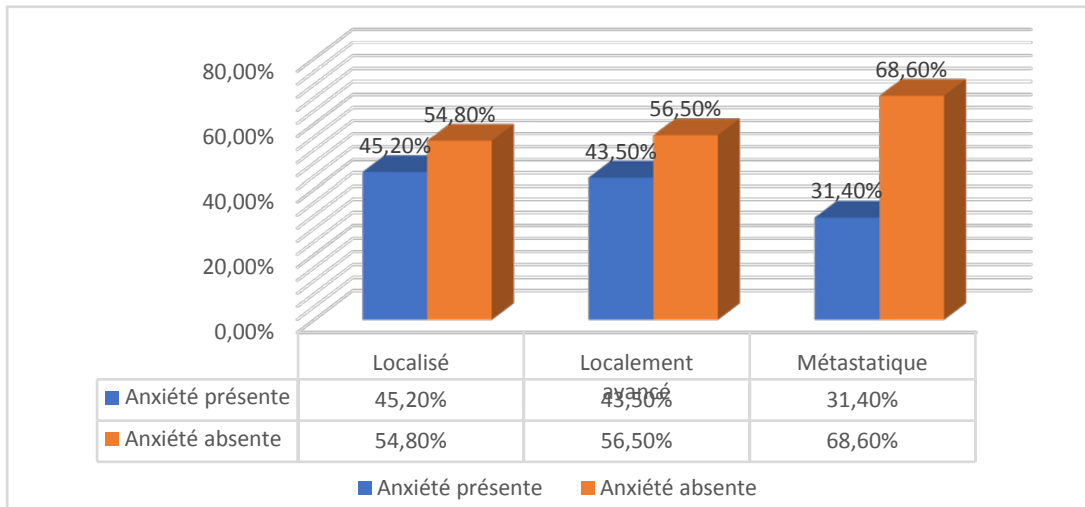


Figure 54 : Prévalence de la dépression selon le stade du cancer.

2.2.3 Délai de découverte du cancer :

La prévalence de l'anxiété retrouvée était presque égale pour Les patients dont le diagnostic a été posé il y a plus de 6 mois. Ceci est statistiquement non significatif.

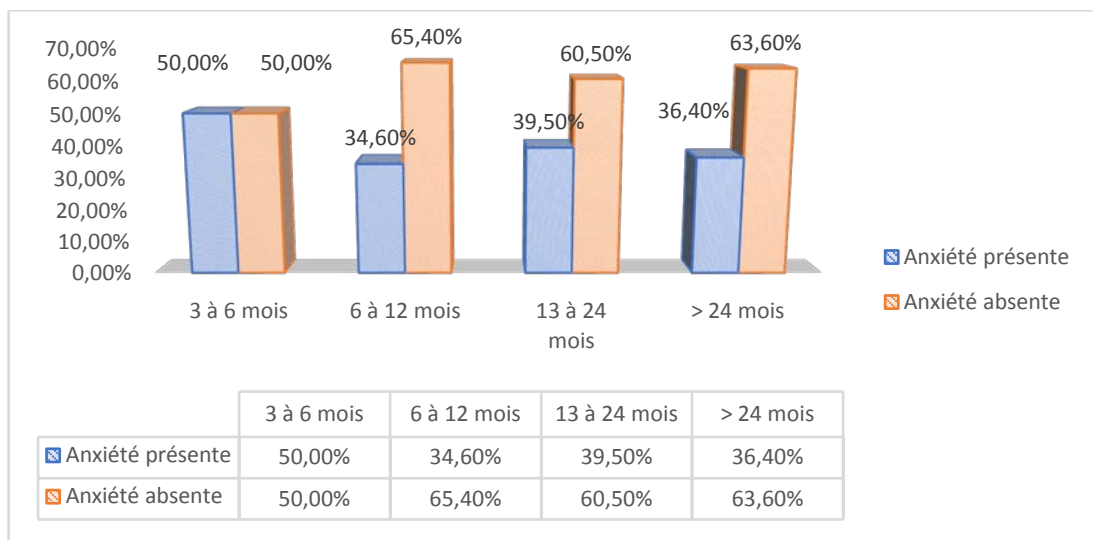


Figure 55 : Prévalence de l'anxiété selon le délai de découverte du cancer.

2.2.4 Situation de la maladie :

Dans notre étude, nous n'avons pas pu trouver de corrélation significative ($p=0,656$). Les patients les plus anxieux étaient en rechute (50%), et les moins anxieux en rémission (33,3%).

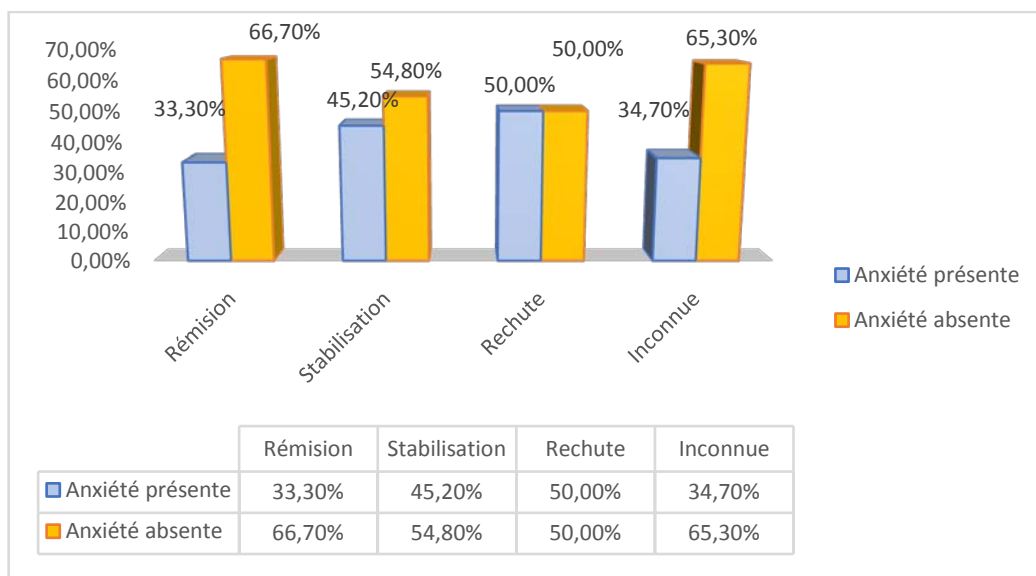


Figure 56 : Prévalence de l'anxiété selon la situation de la maladie.

Tableau n° VI : Corrélation entre l'anxiété et les paramètres cliniques :

	Anxiété (%)		Khideux	P
	Oui	Non		
Antécédents de maladie chronique				
Oui	50%	50%	1.786	0,049
Non	35.7%	64.3%		
Stadedu cancer				
Localisé	45.2%	54.8%	1.668	0,434
Localement avancé	43.5%	56.5%		
Métastatique	31.4%	68.6%		
Délaidedécouverteducancer				
3à6 mois	50%	50%		
6 à12mois	34.6%	65.4%		

13à 24mois	39.5%	60.5%	1.212	0.750
>24mois	36.4%	63.6%		
Situation de la maladie				
Rémission	33.3%	66.7%	1,613	0,656
Stabilisation	45.2%	54.8%		
Rechute	50%	50%		
Inconnue	34.7%	65.3%		

2.3 Paramètres psychosociaux :

2.3.1 Attitude de l'entourage :

L'anxiété a été retrouvée plus dans le cas où il n'y a pas de changement d'attitude de l'entourage, chez 53,7% des patients, et 27,5% des patients avaient l'anxiété dans le cas où il y a un changement positif. Ceci est statistiquement significatif.

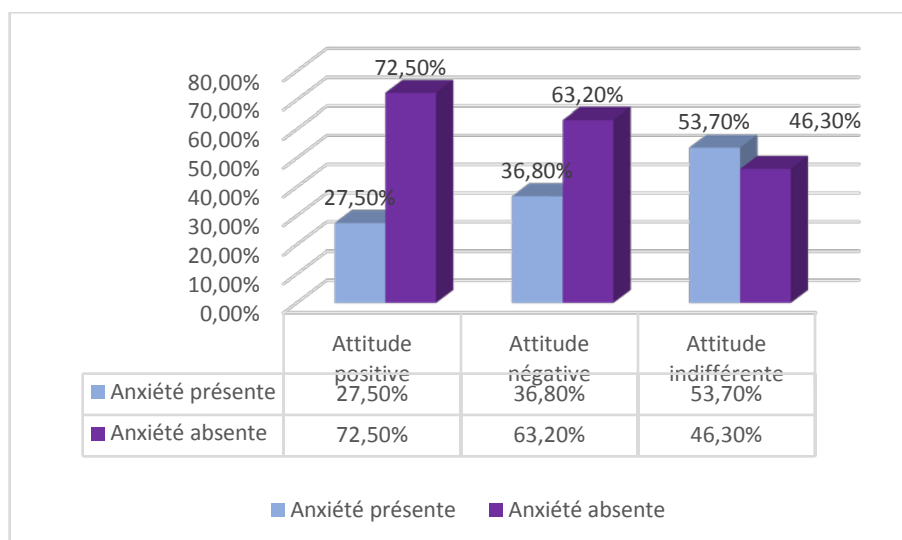


Figure 57 : Prévalence de l'anxiété selon le changement d'attitude de l'entourage.

2.3.2 Antécédents familiaux du cancer :

L'anxiété a été retrouvée le plus chez les patients qui n'avaient pas d'antécédents familiaux du cancer, que ceux qui les avaient (40,5% contre 38,1%). Ceci est statistiquement non significatif.

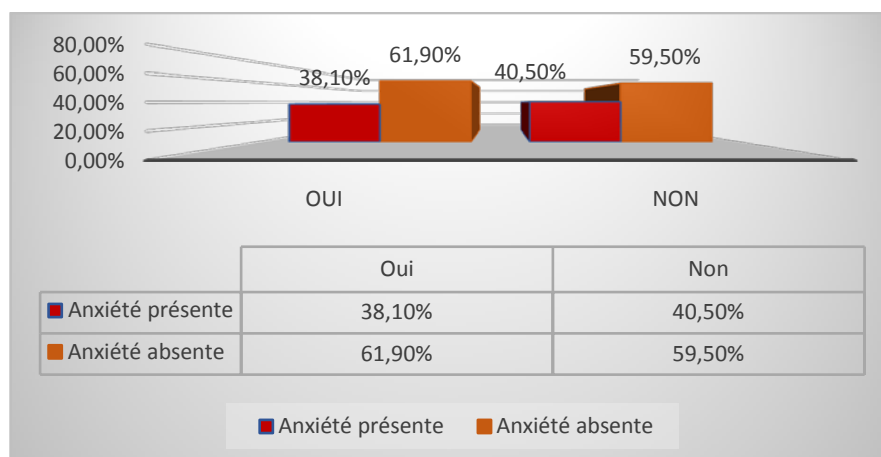


Figure 58 : Prévalence de l'anxiété selon les antécédents familiaux du cancer.

2.3.3 Pratique religieuse :

Nous n'avons pas pu trouver une corrélation significative ($p=0,347$). Les patients les plus anxieux n'avaient pas de changement dans leurs pratiques religieuses (46%), alors que ceux qui les avaient moins, étaient les moins anxieux (29,6%).

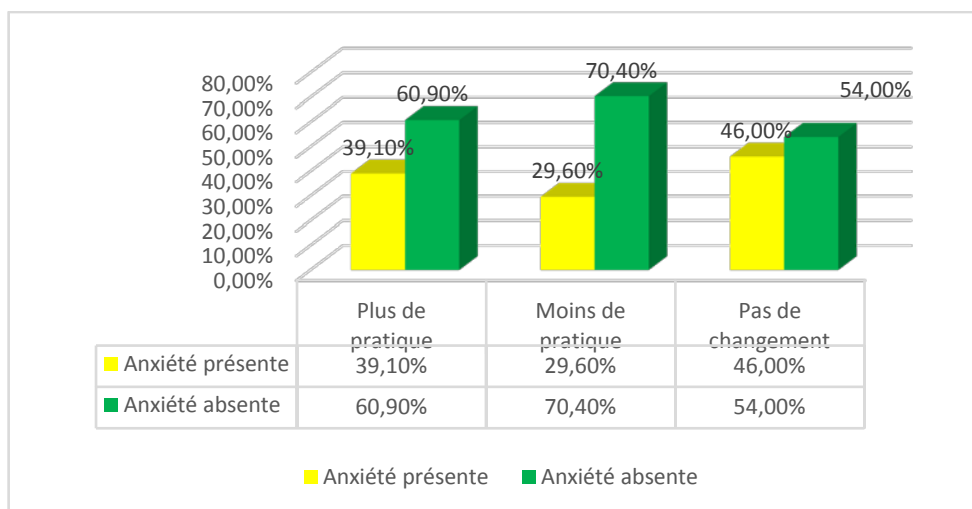


Figure 59 : Prévalence de l'anxiété selon la pratique religieuse.

2.3.4 Connaissance de la maladie :

L'anxiété a été retrouvée le plus chez les patients qui ignoraient qu'ils ont un cancer, que ceux qui le savaient (50% contre 38,1%). Cette différence est statistiquement non significative.

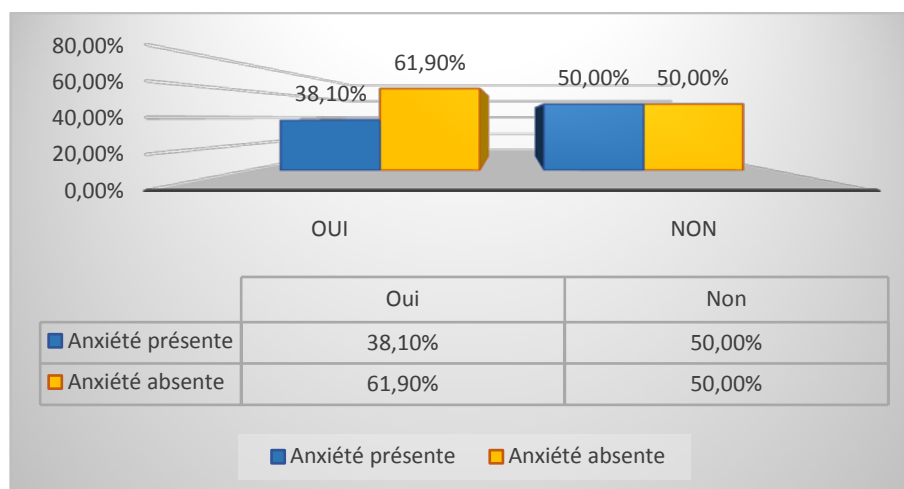


Figure 60: Prévalence de l'anxiété selon la connaissance du patient du diagnostic de cancer.

2.3.5 Estimation du pronostic par le patient :

Les patients qui ne savaient rien et ne pouvaient donner aucune estimation, avaient plus d'anxiété (43,2%), que ceux qui croyaient que leur maladie est curable (38,9%), et encore moins par rapport à ceux qui la croyaient incurable (33,3%). Ceci est statistiquement non significatif.

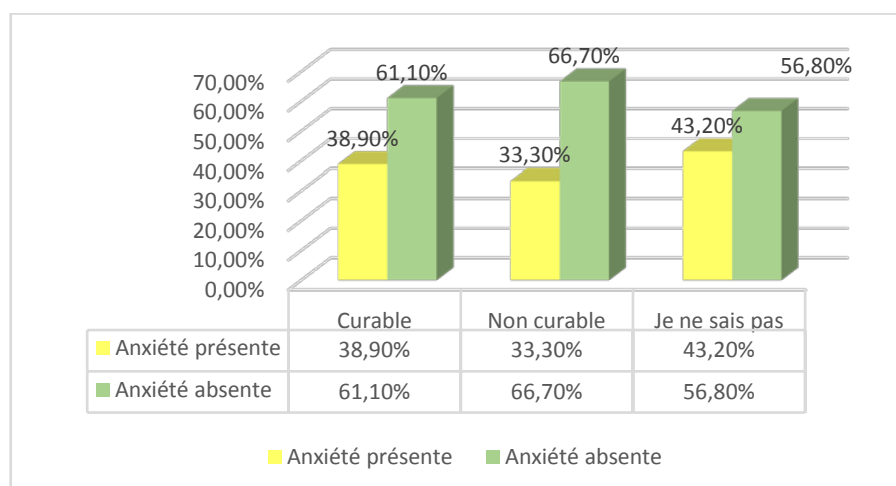


Figure 61 : Prévalence de l'anxiété selon la vision du patient du pronostic de sa maladie.

Tableau n° VII : Corrélation entre l'anxiété et les paramètres psychosociaux :

	Anxiété (%)		Khideux	P
	Oui	Non		
Attitudedel'entourage				
Attitudepositive	27.5%	72.5%	5,870	0,05
Attitudenégative	36.8%	63.2%		
Attitudeindifférente	53.7%	46.3%		
Antécédents familiaux du cancer				
Oui	38.1%	61.9%	0.04	0.524
Non	40.5%	59.5%		
Pratique religieuse				
Plus de pratique	39.1%	60.9%	1,967	0,347
Moins de pratique	29.6%	70.4%		
Pas de changement	46%	54%		
Connaissance de la maladie				
Oui	38.1%	61.9%	0,047	0,522
Non	50%	50%		
Estimation du pronostic par le patient				
Curable	38.9%	61.1%	0,357	0,837
Non curable	33.3%	66.7%		

Je ne sais pas	43.2%	56.8%		
----------------	-------	-------	--	--



DISCUSSION



I. Le Cancer de l'adulte :

1. Généralités-définitions :

Le « Cancer » est un terme général désignant toutes maladies pour lesquelles certaines cellules du corps humain se divisent d'une manière incontrôlée. C'est une maladie déroutante et effrayante ou ensemble de maladies. Les cancers ont affligé les êtres vivants multicellulaires pendant plus de 200 millions d'années, et il existe des preuves de cancers parmi les ancêtres des humains modernes remontant à plus d'un million d'années. Contrairement aux maladies infectieuses, aux parasites et à de nombreuses maladies environnementales, le cancer n'est pas principalement causé par une entité étrangère à notre corps [9].

Le mot « cancer » a été associé pendant très longtemps à la souffrance et à la mort et possède actuellement une connotation très péjorative. La tendance actuelle vise à utiliser plus justement la dénomination de "maladies oncologiques" [10]. La cellule cancéreuse possède les caractéristiques phénotypiques suivantes :

- Perte de l'inhibition de contact
- Perte de la dépendance vis à vis de l'ancrage
- Indépendance par rapport aux facteurs de croissance
- Immortalité
- Tumorigénicité

2. Épidémiologie :

2.1 Au niveau mondial :

Le cancer est l'une des principales causes de décès et un obstacle important à l'augmentation de l'espérance de vie dans tous les pays du monde [1]. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2019 [12], le cancer est la première ou la deuxième cause de décès avant l'âge de 70 ans dans 112 pays sur 183 et se classe troisième ou quatrième dans 23 autres pays (Fig. 1). L'importance croissante du cancer en tant que principale cause de décès reflète en partie la baisse marquée des taux de mortalité par

accident vasculaire cérébral et coronaropathie, par rapport au cancer, dans de nombreux pays [11].

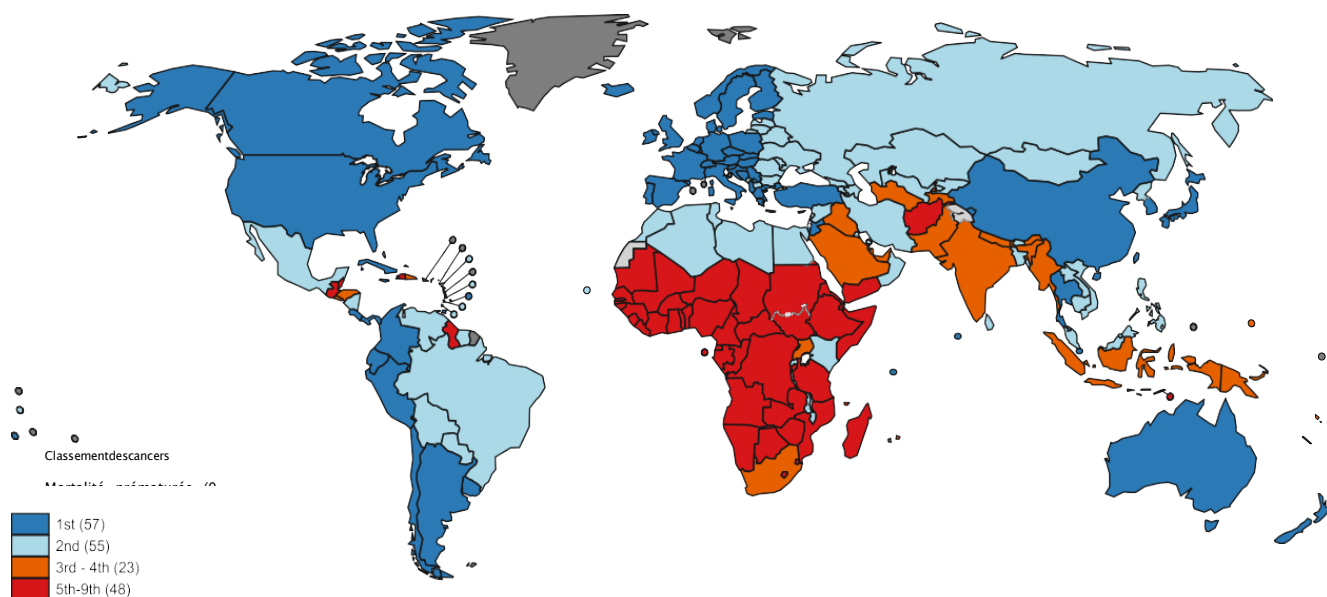


FIGURE 62. Classement national du cancer comme cause de décès selon l'âge <70ans en 2019. Source : OMS

Les estimations GLOBOCAN 2020 indiquent qu'il y a eu 19,3 millions de nouveaux cas de cancer et près de 10 millions de décès par cancer en 2020. La maladie est une cause importante de morbidité et de mortalité dans le monde, dans toutes les régions du monde, et quel que soit le niveau du développement humain. Cela vaut la peine de le répéter, en Afrique, le risque cumulé de décès par cancer chez les femmes en 2020 est globalement comparable aux risques observés chez les femmes en Amérique du Nord et dans les pays européens aux revenus les plus élevés. Par conséquent, les efforts visant à construire une infrastructure durable pour la diffusion de mesures éprouvées de prévention du cancer et la fourniture de soins anticancéreux dans les pays en transition sont essentiels pour la lutte mondiale contre le cancer [11].

Pour les deux sexes combinés, on estime que la moitié de tous les cas et 58,3 % des décès par cancer se produiront en Asie en 2020, où réside 59,5 % de la population mondiale. L'Europe représente 22,8 % du nombre total de cas de cancer et 19,6 % des décès par cancer,

bien qu'elle représente 9,7 % de la population mondiale, suivie par les Amériques avec 20,9 % d'incidence et 14,2 % de mortalité dans le monde [12].

2.2 Au niveau national :

Au Maroc, le cancer occupe une place de plus en plus importante dans les préoccupations sanitaires. Selon le registre de la région du Grand Casablanca 2008–2012 :

Un total de 24 231 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués durant la période 2008 – 2012 soit un taux d'incidence brute de 120,4 pour 100 000 habitants et standardisée sur la population Mondiale de 137,3 pour 100 000 habitants [13].

Tableau°

VIII: INCIDENCES BRUTE, STANDARDISÉE ET CUMULÉE PAR SEXE ET TOUTES LOCALISATIONS CONFONDUES, REGISTRE DES CANCERS DU GRAND CASABLANCA 2008–2012.

	Femmes	Hommes	Deux sexes
Nouveaux cas	13394,0	10838,0	24231,0
Incidence brute	131,3	109,3	120,5
Incidence standardisées sur la population Maroc	124,4	104,4	15,4
Incidence standardisées sur la population Mondiale	143,1	138,5	37,3
Incidence cumulée 0–64 ans	10,8	8,5	9,7
Incidence cumulée 0–74 ans	15,6	16,3	5,8

Les taux spécifiques de l'incidence globale du cancer étaient plus élevés chez le sexe masculin atteignant 981,2 pour 100 000 pour le groupe d'âge de 75 ans et plus, 805,0 pour 100 000 pour le groupe 70–74 ans et 753,8 pour 100 000 pour le groupe 65 – 69 ans contre 510,4; 448,0 et 511,6 pour 100 000 respectivement chez le sexe féminin [13].

Tableau

n°IX:INCIDENCEPARCLASSED'ÂGEETPARSEXE,REGISTREDESCANCERSDUGRANDCASABLANCASURLAPÉRIODE2008-2012.

Classes d'âge	Nombre de cas sur la période	Taux d'Incidence brute	Pourcentage en %
Femmes			
20-24	190	18,6	1,4
25-29	352	37,1	2,6
30-34	620	69,6	4,6
35-39	983	121,7	7,3
40-44	1469	188,3	11,0
45-49	1828	290,8	13,6
50-54	1872	391,6	14,0
55-59	1572	513,8	11,7
60-64	1337	493,7	10,0
65-69	1027	511,6	7,7
70-74	798	448,0	6,0
75+	1003	510,4	7,5
Total	13394	131,3	100,0
Hommes			
20-24	151	15,2	1,4
25-29	174	19,3	1,6
30-34	227	26,8	2,1
35-39	291	39,1	2,7
40-44	476	65,9	4,4

45-49	738	118,0	6,8
50-54	1262	243,7	11,6
55-59	1520	506,6	14,0
60-64	1429	617,5	13,2
65-69	1232	753,8	11,4
70-74	1169	805,0	10,8
75+	1700	981,2	15,7
Total	10837	109,3	100,0

Deuxsexes

20-24	341	17,0	1,4
25-29	526	28,5	2,2
30-34	847	48,8	3,5
35-39	1274	82,1	5,3
40-44	1945	129,6	8,0
45-49	2566	204,8	10,6
50-54	3134	314,8	12,9
55-59	3092	511,1	12,8
60-64	2767	551,2	11,4
65-69	2259	620,9	9,3
70-74	1967	608,6	8,1
75+	2703	731,2	11,2
Total	24231	120,5	100,0

Le nombre de nouveaux cas augmentait avec l'âge pour les deux sexes pour atteindre son maximum pour les femmes à l'âge entre 50 et 54 ans et pour les hommes à l'âge entre 55 et 59 ans. L'incidence brute chez les hommes est en nette augmentation avec l'âge, chez les femmes cette incidence se stabilise à partir de la tranchée d'âge de 55-59 ans [13].

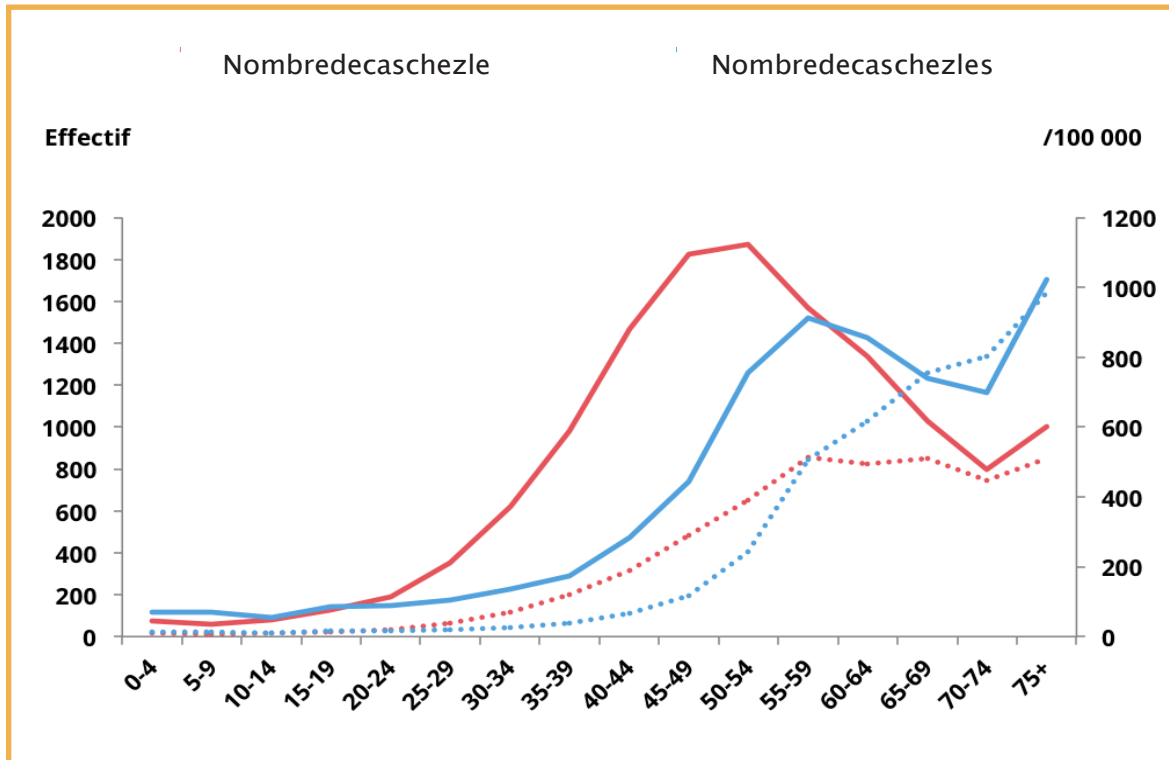


FIGURE 63: INCIDENCE PAR CLASSE D'ÂGE ET PAR SEXE TOUTES LOCALISATIONS, REGISTRE DES CANCERS DU GRAND CASABLANCA 2008-2012.

3. Dépistage du cancer : Théorie et réalité :

Le schéma retrace le parcours clinique d'une personne développant un cancer diagnostiqué à trois moments différents de l'évolution naturelle de la maladie. En A, le diagnostic est posé après l'apparition des symptômes, c'est à dire une fois que la maladie est entrée dans sa phase clinique. Il y a généralement un délai entre l'apparition des symptômes, le diagnostic et le début du traitement. Ce délai peut avoir de graves conséquences, même aujourd'hui, en termes d'espérance de vie après traitement, à cause des complications éventuelles du cancer et des effets secondaires du traitement. Dans la situation B, le diagnostic (posé au tout début de la phase clinique) et le traitement sont plus rapides, grâce à une meilleure sensibilisation du patient, de ses proches et du médecin. On pourra alors constater une certaine amélioration de l'espérance de vie, associée à une diminution de la gravité des conséquences de la maladie. En C, le cancer est détecté avant l'apparition des symptômes, c'est à dire dans sa phase préclinique, grâce aux tests de dépistage (qui nécessitent toujours confirmation par un examen diagnostique complet). La

détection précoce du cancer et son traitement rapide peuvent améliorer l'espérance de vie de façon considérable et atténuer la gravité des complications thérapeutiques, dans la mesure où les protocoles de traitement sont moins drastiques dans les premiers stades de la maladie [14].

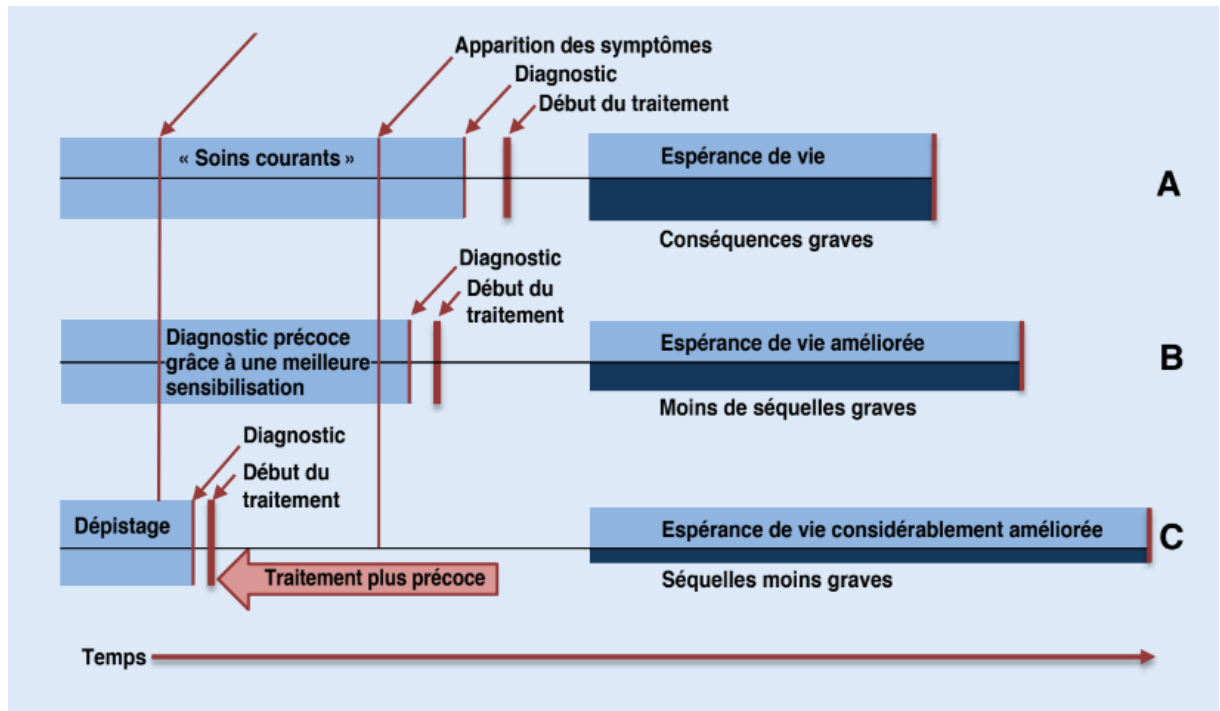


Figure 64 : Théorie et réalité du dépistage du cancer.

En théorie, la situation C est parfaitement vraisemblable du point de vue biologique et clinique, mais qu'en est-il dans la réalité quand un programme de dépistage est systématiquement proposé à une population ? Que se passe-t-il si la détection et le traitement précoces conduisent uniquement à ce que la personne vive plus longtemps en tant que patient cancéreux reconnu, mais qu'au final son espérance de vie ne soit pas plus longue ? Seules des études épidémiologiques permettent d'aborder sérieusement ces questions en assignant aléatoirement des sujets soit au dépistage programmé, régulier [14].

4. Diagnostic du cancer :

4.1 Aspects cliniques :

Le cancer peut provoquer de nombreux symptômes différents, certains plus subtils que d'autres. Certains symptômes apparaissent précocement au cours du développement

d'un cancer, comme une masse indolore dans le sein, et représentent donc des signes précurseurs importants qui doivent être pris en compte par le médecin. D'autres symptômes, tels que la perte de poids ou la fièvre, n'apparaissent que tardivement, alors que le cancer est déjà développé. D'autres symptômes encore, comme une modification du transit intestinal, la présence de sang dans les selles ou des problèmes de déglutition, sont des signes de cancer touchant des régions spécifiques de l'organisme[15].

Dans tous les cas, la découverte ou la suspicion d'un cancer nécessite de l'adresser rapidement en milieu spécialisé pluridisciplinaire d'oncologie. Une attention toute particulière doit être prêtée aux signes suivants :

- Perte de poids inexplicée
- Fatigue
- Sueurs nocturnes
- Perte d'appétit
- Douleur nouvelle et prolongée
- Nausées ou vomissements récurrents
- Sang dans les urines
- Sang dans les selles (visible ou détectable par des examens de laboratoire)
- Récente modification du transit intestinal (constipation ou diarrhée)
- Fièvre récurrente
- Toux chronique
- Changements de taille ou de couleur d'un nævus ou changements dans une ulcération cutanée qui ne guérit pas
- Ganglions lymphatiques hypertrophiés
- Lésion qui ne cicatrise pas
- Excroissance ou marque sur la peau qui grossit ou change d'aspect

4.2 Démarche diagnostique :

L'examen clinique est la première étape indispensable, qui doit être complet, en examinant tous les appareils du corps. Il a non seulement pour but de diagnostiquer la présence d'une tumeur, mais aussi de repérer la présence éventuelle de métastases. Il permet en outre d'évaluer l'état du patient afin, notamment, de définir les possibilités thérapeutiques.

Les examens biologiques viennent après, pour mesurer des paramètres relatifs à l'état de santé général du patient, et de doser d'éventuels marqueurs tumoraux pouvant être utiles au diagnosticet/ou au suivi de certains cancers. Ces marqueurs sont généralement des molécules formées en petites quantités par des cellules normales mais qui se retrouvent produites en excès par les cellules tumorales. Une fois passés dans la circulation sanguine ou dans les urines, ces marqueurs peuvent être dosés : leur concentration est généralement dépendante du nombre de cellules cancéreuses[16].

Tableau n° X : Les principaux marqueurs tumoraux [17].

Marqueur tumoral	Cancer(s) associé(s)	Type d'échantillon	Mode d'utilisation	Commentaires
AFP (Alpha-foetoprotéine)	Cancers du foie, des ovaires ou des testicules	Sang	Diagnostic, surveillance du traitement, détection des rechutes	Également augmenté durant la grossesse et hépatites
ALK réarrangements des gènes	Cancer du poumon non à petites cellules, <u>Lymphome</u> à grandes cellules anaplasique	Tissu	Aide au choix du traitement	Aide à déterminer si le traitement par thérapie ciblée est approprié
Réarrangement des gènes des Immunoglobulines des cellules B	Lymphome à cellules B	Moëlle osseuse, tissu, liquide biologique, sang	Diagnostic, surveillance du traitement, détection des rechutes	Détecte les changements caractéristiques (réarrangements) de gènes spécifiques des cellules B

β2M (Béta-2 microglobuline)	<u>Myélome multiple</u> , certaines <u>leucémies</u> et certains lymphomes	Sang, urine, liquide céphalo-rachidien	Détermine le pronostic, surveillance du traitement, détection des rechutes	Elevé dans d'autres maladies comme les maladies rénales
<u>BCR-ABL</u>	Leucémie myéloïde chronique (LMC) et leucémie lymphocytaire aigüe (LLA) BCR-ABL positive	Sang, moëlle osseuse	Diagnostic, surveillance du traitement, détection des rechutes	
CA 15-3 (Rq : le test CA 27-29 recherche le même marqueur)	Cancer du sein	Sang	Traitement, détection des rechutes locales ou des métastases	Aussi élevé dans d'autres cancers : (poumon, ovaires) ainsi que dans les maladies bénignes du sein, l'endométriase, l'hépatite
CA 19-9	Pancréas, parfois voies biliaires, vessie, estomac et colon	Sang	Traitement, détection des rechutes	Aussi élevé dans d'autres cancers de l'appareil digestif ou d'autres pathologies non-cancéreuses du tube digestif, pathologie thyroïdienne, <u>pancréatite</u> , obstruction des canaux biliaires et maladies inflammatoires chroniques des intestins
CA-125	Ovaires	Sang	Diagnostic, suivi du traitement, détection des rechutes	Aussi élevé dans d'autres cancers (endomètre, péritoine, trompes de Fallope) et autres maladies bénignes telles que fibrome

				utérin, endométriose. Élévation possible aussi pendant la grossesse
Calcitonine	Carcinome médullaire de la thyroïde (CMT) et hyperplasie à cellules C	Sang	Diagnostic, suivi du traitement, détection des rechutes	Aussi élevée dans d'autres cancers (poumons, leucémies) mais non utilisé pour les détecter.
CEA (Antigène carcino-embryonnaire)	Colon, pulmonaire, sein, thyroïde, pancréas, foie, col de l'utérus, vessie	Sang	Détermine le stade, le pronostic, suivi du traitement, détection des rechutes	Aussi élevé dans hépatite, en cas d'arthrite rhumatoïde, BPCO, colite, pancréatite, et chez les fumeurs
Chromogranine A	Tumeurs neuroendocrines (neuroblastome)	Sang	Diagnostic, surveillance du traitement et rechutes	Marqueur le plus sensible des tumeurs carcinoïdes
DCP (Des-gamma-carboxy prothrombine)	Carcinome hépatocellulaire	Sang	Traitement, détection des rechutes	souvent utilisé avec AFP et /ou AFP-L3%
EGRF(mutation)	Cancer pulmonaire non à petites cellules; parfois tête et cou	Tissu	Détermine le pronostic, aide au choix du traitement	Aide à déterminer si le traitement par thérapie ciblée est approprié
Récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone	Sein	Tissu	Détermine pronostic, aide au choix du traitement	Elevé dans tous les cancers hormono-dépendants
Fibrine/fibrinogène	Vessie	Urine	Traitement, détection des rechutes	

Gastrine	Hyperplasie à cellules G, tumeur produisant de la gastrine	Sang	Diagnostic, suivi du traitement, détection des rechutes	Également utilisé pour aider au diagnostic du <u>syndrome</u> de Zollinger–Ellison
HCG ou β HCG (Gonadotrophine chorionique humaine)	Testicule, maladie trophoblastique, tumeur des cellules germinales, choriocarcinome	Sang, urine	Diagnostic, facteur pronostic, suivi du traitement, détection des rechutes	Elevé lors de grossesse
HER-2	Sein, estomac, œsophage	Tissu	Détermine pronostic, aide au choix du traitement	Guide pour l'utilisation des médicaments actifs contre le récepteur HER2 sur les cellules cancéreuses
JAK2 (mutation)	certain types de leucémies myéloprolifératie, Néoplasmes	Sang, moëlle osseuse	Aide au diagnostic	Aide au diagnostic
KRAS (mutation)	Cancer colorectal, pulmonaire non à petites cellules	Tissu	Détermine pronostic, aide au choix du traitement	Aide à déterminer si le traitement par thérapie ciblée est approprié
LDH (lactate déshydrogénase)	Tumeurs testiculaires ou autres cellules germinales	Sang	Détermine le stade, le pronostic, suivi du traitement, détection des rechutes	LDH est élevée dans de très nombreuses pathologies ; Peut être utilisé pour d'autres cancers: lymphomes, mélanomes neuroblastomes..
Immunoglobulines monoclonales	Myélome multiple, maladie de Waldenström, macroglobulinémie	Sang, urine	Aide au diagnostic, surveillance du traitement, détection des rechutes	Détecté par électrophorèse

PSA (Antigène spécifique de la prostate)	Prostate	Sang	Préconisé pour la détection précoce et diagnostic différentiel du <u>cancer de la prostate</u> , suivi de traitement, détection des rechutes	Elevé en cas d'hyperplasie bénigne prostatique et prostatite
SMRP (mésothéline)	Mésothéliome	Sang	Suivi du traitement, détection des rechutes	Souvent utilisé avec l'imagerie
Récepteur aux cellules T (réarrangement des gènes)	lymphome à cellules T	Moëlle osseuse, tissu, liquides biologiques, Sang	Aide au diagnostic, suivi du traitement, détection des rechutes	Détecte les changements caractéristiques (réarrangements) dans les gènes spécifiques des cellules T
Thyroglobuline	Thyroïde	Sang	Détection des rechutes	Utilisé après ablation de la thyroïde

Bien que les marqueurs tumoraux fournissent des informations très utiles, ils ont des limites :

- De nombreux marqueurs tumoraux peuvent être élevés chez les personnes atteintes d'affections ou de maladies autres que le cancer.
- Certains marqueurs tumoraux sont spécifiques à un type particulier de cancer, tandis que d'autres sont observés dans plusieurs types de cancers différents.

Toutes les personnes atteintes d'un type de cancer particulier n'auront pas un niveau élevé de marqueur tumoral correspondant. Tous les cancers n'ont pas de marqueur tumoral associé.

Par conséquent, les marqueurs tumoraux ne sont pas à eux seuls un diagnostic de cancer ; pour certains types de cancer, ils fournissent des informations supplémentaires qui peuvent être considérées conjointement avec les antécédents médicaux et l'examen physique d'un patient ainsi que d'autres tests de laboratoire et / ou d'imagerie. D'où vient

l'importance de l'imagerie médicale qui permet d'obtenir des images des parties internes du corps, et de vérifier la présence d'une tumeur, sa taille, sa forme, son activité métabolique et sa localisation exacte. Ces informations sont utiles aux médecins pour définir les traitements à mettre en œuvre et pour évaluer si la chirurgie peut être proposée.

Dans ce cadre on cite l'apport de la médecine nucléaire et la radiothérapie, dans le diagnostic et le traitement des cancers qui étaient auparavant considérés comme incurables et mortels, offrant aux patients une meilleure qualité de vie et, pour beaucoup, une forte probabilité de guérison. Cette évolution s'explique par les progrès accomplis dans la recherche et les innovations technologiques, qui sont de plus en plus accessibles. En introduisant dans l'organisme un radiopharmaceutique qui contient une très petite quantité de substance radioactive, appelé « traceur ». Lorsque le traceur s'est accumulé dans les cellules cancéreuses ou à proximité de celles-ci, on utilise une caméra spéciale pour détecter le rayonnement émis, et ainsi créer des images précises de ce qui se passe dans le corps du patient. Ces images aident l'équipe soignante à comprendre la maladie et à planifier le traitement. On peut recourir à l'imagerie tout au long de ce dernier pour suivre l'évolution de la maladie et adapter les soins en conséquence [18].

La biopsie est la seule qui permet de confirmer le diagnostic et de préciser la nature de la lésion cancéreuse. En pratique, la biopsie consiste à prélever un échantillon de tissu suspect pour l'examiner par microscopie. L'analyse des tissus est effectuée par un anatomo-pathologiste. Selon la localisation de la tumeur, le prélèvement est réalisé par ponction, à l'aide d'une aiguille fine, ou par endoscopie, au moyen d'une sonde munie d'un système optique et introduite dans un organe creux (intestin, bronches, vessie). Dans d'autres cas, l'analyse anatomo-pathologique est effectuée directement sur la tumeur retirée lors d'une intervention chirurgicale [16].

Après confirmation histologique du cancer, vient le bilan d'extension (local, régional, et à distance). Il est notamment crucial de savoir si la maladie s'est propagée à d'autres organes, pour prendre les décisions thérapeutiques adéquates. Il est établi à partir des résultats des examens diagnostiques, parfois complétés par un ou deux examens complémentaires.

5. Principes thérapeutiques :

Le but du traitement d'un cancer est d'obtenir la guérison. Si la guérison n'est pas possible, le traitement cherche à arrêter l'évolution le plus longtemps possible et de permettre au malade de mener une vie aussi proche de la normale que possible en atténuant les symptômes de la maladie.

On distingue trois grandes disciplines:

- La chirurgie (ablation chirurgicale de la tumeur et, éventuellement, des extensions);
- La radiothérapie (traitement par diverses sources et modalités de rayonnement);
- Les traitements médicaux (chimiothérapie, hormonothérapie, traitements ciblés, immunothérapie, irradiation).

Tous ces traitements visent à éliminer les cellules cancéreuses. Ils agissent soit localement, c'est-à-dire uniquement sur les cellules cancéreuses d'un organe atteint, soit par voie générale, c'est-à-dire sur l'ensemble des cellules cancéreuses présentes dans l'organisme. La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements dits locaux, la chimiothérapie et l'hormonothérapie des traitements dits généraux [19].

Les malades ne sont pas nécessairement tous traités avec les trois types de traitements mais, pour certains malades, l'association de deux ou trois techniques peut donner de meilleurs résultats que l'utilisation d'une seule. On arrive alors à la notion d'un traitement principal et de traitements associés que l'on appelle plus communément traitements adjuvants, c'est-à-dire renforçant l'efficacité du premier traitement, notamment dans le but d'éviter les rechutes. Une nécessité dans les traitements du cancer : la pluridisciplinarité [20].

La recherche du meilleur traitement est le fruit d'une concertation pluridisciplinaire dans une équipe thérapeutique associant des médecins de disciplines différentes (chirurgiens, radiothérapeutes, chimiothérapeutes, pathologistes, spécialistes d'organes). Ces compétences multidisciplinaires sont indispensables pour prendre une décision, accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment.

Au cours de la prise en charge médicale d'un cancer, différents bilans sont pratiqués pour évaluer le résultat des traitements. Ces examens se poursuivent tout au long du suivi et vont parfois jusqu'à ne plus montrer la moindre trace de la maladie[21].

Pour déterminer si une rémission complète est synonyme de guérison ou non, il n'y a qu'une seule solution :attendre et surveiller. Au fil du temps, si aucune récurrence du cancer ne se manifeste, la guérison sera considérée comme définitive [22].

II. Réactions psychologiques chez les patients atteints du cancer:

Lorsqu'une personne apprend qu'elle a reçu un diagnostic de cancer, la première réaction est souvent une sorte de choc : « Ça ne peut pas être moi ; ils doivent avoir confondu les résultats du test avec une autre personne». Pour de nombreux patients, recevoir un tel diagnostic est associé à la peur de la douleur intense, de la perte de contrôle, de la stigmatisation et de la mort [23]. Obtenir un tel diagnostic ressemble donc à un cauchemar. Des processus complexes de déni et de réalisation subséquente de la vérité, souvent suivis à nouveau d'un déni, sont observés chez ces patients.

Au bout d'un certain temps, selon les ressources psychosociales dont dispose le patient, la vérité peut être plus pleinement affrontée par le patient. Dans cette phase d'adaptation à la maladie, les gens commencent souvent à se battre et à se disputer avec leurs médecins, leurs proches, leur sort. C'est comme s'ils essayaient de vaincre la maladie en se battant. Lorsqu'ils réalisent que ce n'est pas possible, cela se traduit souvent par des sentiments intenses d'espoir et d'impuissance qui peuvent se transformer en dépression. Tout le monde n'est pas capable d'accepter enfin la maladie maligne comme faisant partie de sa vie[24].

Habituellement, le concept de détresse psychologique inclut les troubles psychiatriques majeurs ainsi que la détresse psychologique mineure et la morbidité psychosociale. Les troubles psychiatriques majeurs les plus fréquents sont la dépression, et l'anxiété [25] [26].

1. La dépression :

1.1 Définition de l'épisode dépressif majeur :

L'épisode dépressif majeur est défini selon le DSM V, par la présence d'au moins 6 des 9 symptômes suivants pour une durée d'au moins deux semaines, et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir :

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).

2. Perte d'intérêt ou de plaisir Présence d'au moins 1 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.

3. Perte ou gain de poids significatif

4. Insomnie ou hypersomnie

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur

6. Fatigue ou perte d'énergie

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante)

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer

9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider [27].

1.2 Intérêt du dépistage de la dépression :

La dépression en cancérologie renvoie à la dimension de la souffrance psychique et de la détresse psychologique. Paradoxalement, elle reste encore trop souvent sous-estimée et banalisée car considérée comme réactionnelle au cancer. Pourtant, son retentissement sur la qualité de vie des patients et son incidence tant sur le plan médico-économique que sur la prise en charge oncologique sont loin d'être négligeables [28].

Ainsi, la comorbidité dépressive associée au cancer augmente la durée d'hospitalisation, la durée des consultations, le coût de la maladie et accroît la probabilité de passage à l'acte suicidaire [29] [30].

Plusieurs études ont retrouvé un défaut d'identification de la dépression par les oncologues, les médecins généralistes, ou les infirmiers, alors qu'il existe plusieurs outils de dépistage de la dépression pouvant être utilisés par des intervenants sans formation spécifique (tableau XI).

En oncologie, ce dépistage a pu être complété par une échelle de dépistage d'auto-évaluation HADS, d'utilisation pratique et rapide dans son administration (quelques minutes). L'absence d'items somatiques (pouvant artificiellement majorer les scores) l'a fait préférer aux habituelles échelles d'hétéroévaluation de la dépression [31].

Tableau n° XI : Exemple d'outils de dépistage de la dépression en oncologie.

	ESAS (item déprime) ≥ 2	BEDS > 6	HADS (14 questions ≥ 16)	BDI (21 questions) ≥ 8
Simplicité d'utilisation	++++	+++	++	+
Efficacité	Se=0,72 Sp=0,50	Se=0,72 Sp=0,83	Se=0,77 Sp=0,89	Se=0,79 Sp=0,71
Acceptabilité	++++	+++	++	+

1.3 Les liens étiopathogéniques entre les troubles dépressifs et le cancer :

Les états dépressifs ont été fréquemment rencontrés chez les patients atteints de cancer. Durant les soins de routine en oncologie, leur dépistage, leur évaluation et leur traitement sont d'importance capitale au regard de la prise en charge psychosociale [32].

Le rôle potentiel de la dépression dans l'initiation, la promotion et la progression du cancer, c'est-à-dire dans l'étiologie et le pronostic de la maladie cancéreuse, est une

question ancienne dans l'histoire de la médecine. Hippocrate et Gallien attribuaient ainsi la dépression et le cancer à un excès de bile noire. Cette question a fait l'objet d'un grand nombre de travaux épidémiologiques de plus en plus contrôlés au cours des trois dernières décennies. Ces travaux ont eux-mêmes fait l'objet de méta-analyses récentes qui concluent globalement à une association entre dépression, notamment chronique, et développement d'un cancer [33] [34] [35]. Cette association concerne aussi bien l'incidence du cancer chez des sujets a priori sains que la mortalité en cas de cancer déclaré. Dans les deux cas, l'association est statistiquement significative mais la significativité clinique, mesurée par la taille de l'effet, est faible. À noter que le terme de dépression ne doit pas être entendu ici comme désignant nécessairement une dépression cliniquement significative, au sens du trouble dépressif majeur des classifications internationales, mais plutôt une symptomatologie dépressive éventuellement infra-clinique mais néanmoins mesurable [36].

Sur le plan sémantique toutefois, la notion de facteur de risque est souvent confondue avec celle de facteur causal. En l'absence d'étude expérimentale, une association ne doit pas être interprétée comme témoignant nécessairement d'une relation causale, un tiers facteur pouvant être à l'origine du facteur de risque et de la maladie. On parlera alors de facteur « confondant ». Cela explique pourquoi les interventions psychothérapeutiques efficaces pour traiter la dépression des patients atteints de cancer peuvent être dans le même temps inefficaces pour augmenter la survie des patients [37].

Les mécanismes expliquant l'association entre dépression et incidence ou pronostic du cancer impliquent probablement certains facteurs confondants, c'est-à-dire augmentant à la fois le risque de dépression et de cancer (ou péjorant son pronostic) sans lien direct entre les deux, ainsi que des médiateurs comportementaux et biologiques, c'est-à-dire des corrélats de la dépression ayant une influence péjorative secondaire sur le risque ou le pronostic du cancer [38].

En ce qui concerne les médiateurs biologiques, la dépression chez les patients atteints de cancer est associée à une augmentation des cytokines pro-inflammatoires (IL-6, IL-12, TNF α), une dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) et une sécrétion accrue de catécholamines et de métalloprotéases matricielles [38]. Ces

modifications immunologiques et neuroendocrines sont susceptibles de favoriser l'initiation et la promotion du cancer, via une situation de « permissivité immunitaire » vis-à-vis de virus oncogènes ou des cellules cancéreuses elles-mêmes, voire sa progression en inhibant les cellules NK, en stimulant la néo angiogenèse et en facilitant la migration des cellules cancéreuses. Il faut toutefois noter que les relations entre cytokines pro-inflammatoires et dépression sont réciproques, les premières ayant une action sur certaines régions cérébrales impliquées dans la régulation du comportement et des émotions, telles que le cortex médian préfrontal et l'amygdale cérébrale [39]. En ce qui concerne les médiateurs comportementaux, la dépression pourrait être associée à des comportements de santé néfastes tels qu'une sédentarité excessive, une alimentation « à risque » ou la consommation d'alcool ou de tabac, susceptibles d'augmenter secondairement le risque de cancer [34].

La possibilité d'un lien entre la présence d'un état dépressif et la progression de la maladie tumorale, voire d'une mortalité accrue chez les patients atteints de cancer, a suscité de nombreux débats et polémiques au sein de la communauté scientifique [40].

Une étude britannique prospective chez 578 femmes atteintes d'un cancer du sein de petit stade a rapporté un risque accru de décès cinq ans après le diagnostic chez celles qui souffraient d'un état dépressif, avec un odd ratio de 3,59 (intervalle de confiance à 95 % : 1,39-9,24) [41]. Les troubles dépressifs peuvent diminuer la survie des patients en raison d'une moins bonne adhésion au traitement anticancéreux et d'une perception amoindrie de la nécessité de se faire soigner [42].

1.4 La prise en charge de la dépression:

La prise en charge de la dépression en oncologie s'inscrit dans un projet de soin global faisant appel à une pluridisciplinarité des acteurs de soin tout en cherchant à impliquer le patient. Une fois diagnostiquée ne doit souffrir d'aucun retard pour ce qui est du démarrage du traitement spécifique. D'une part, seul un traitement adéquat peut guérir la dépression et soulager le patient de sa souffrance morale, et d'autre part le cancer nécessite une observance thérapeutique sans relâche, or le cancéreux déprimé a tendance à négliger son traitement anti-cancéreux avec tous les problèmes que cela sous-entend.

1.4.1 Traitement pharmacologique :

Le traitement habituel comporte des médicaments antidépresseurs qui peuvent être associés à une évaluation et à un soutien psychiatrique tel qu'une thérapie cognitivo-comportementale et la participation à des groupes d'auto-assistance. 70% des patients présentant une dépression répondent en première intention à la prescription d'un AD dans un délai moyen d'un mois [43].

Il existe plusieurs classes différentes d'AD avec différents mécanismes d'action. Quelques médicaments, en particulier les AD de première génération, tels que les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), conservent un rôle mineur dans le traitement de certaines formes de dépression résistante, mais ne font pas partie des soins de routine en oncologie. Ils doivent généralement être évités en raison du risque élevé d'interactions médicamenteuses potentiellement mortelles avec d'autres médicaments couramment prescrits chez les patients cancéreux (par exemple, les opioïdes). D'autres AD de première génération, tels que les antidépresseurs tricycliques (ATC), ont plusieurs effets secondaires liés à leur profil anticholinergique qui peuvent être problématiques pour de nombreux patients atteints de cancer [44]. Les AD de nouvelle génération [ISRS ou IRS] et [IRSNa]) sont, de manière générale, mieux tolérés [43]. En termes d'efficacité et d'acceptabilité, une méta-analyse récente concernant les AD de nouvelle génération montre des résultats en faveur de l'escitalopram, le citalopram et de la sertraline. En raison de sa longue demi-vie et de ses puissants effets inhibiteurs du cytochrome P450, la fluoxétine doit être utilisée avec prudence chez les patients cancéreux recevant une chimiothérapie, afin d'éviter le risque d'interaction médicamenteuse avec des agents anticancéreux métabolisés par le système du cytochrome P450. Ces médicaments ont tendance à être bien tolérés, bien que la prudence s'impose en raison du risque d'allongement de l'intervalle QT à des doses plus élevées et de saignement chez les patients prenant de l'aspirine, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, de la warfarine ou de l'héparine, en raison des effets antiplaquettaires des ISRS [44].

Les psychostimulants traditionnels (méthylphénidate et dexamphétamine), qui présentent des propriétés sympathomimétiques, ont été proposés pour le traitement de la dépression dans le cancer. Jours plutôt que des semaines, seraient bénéfiques chez les

patients atteints d'une maladie avancée. Certaines preuves appuient leur utilisation dans le traitement de l'anorexie, des troubles de l'attention et de la concentration, de la sédation et de la douleur induites par les opiacés [45][46]. Ils agissent non seulement sur le système monoaminergique (comme les ISRS, SNRI, SNRI), mais aussi sur d'autres mécanismes moléculaires, y compris la neurotransmission glutamatergique (Glu), pourraient avoir de futures applications importantes dans le cancer et d'autres patients médicalement malades [47][48].

1.4.2 La psychothérapie :

En plus des antidépresseurs, plusieurs études ont mis en évidence que les interventions psychosociales peuvent être bénéfiques pour ces patients. La psychothérapie a démontré une influence positive chez les personnes atteintes de cancer, peu importe le stade de la maladie où elles se trouvent. En effet, elle a fait ses preuves sur les composantes psychologiques telles que la dépression et l'anxiété, mais également sur le plan de la qualité de vie en général. L'étude en question avance qu'on observe non seulement une diminution de la détresse et une amélioration de l'humeur, mais également une amélioration du bien-être physique et fonctionnel. Ecouter le patient avec attention, l'accompagner, et le soutenir est souvent thérapeutique en lui-même.

Une méta-analyse de comparaisons directes a révélé que la psychothérapie était à peu près aussi efficace que les pharmacothérapies pour les troubles dépressifs [49]. Dans une autre méta-analyse, Cuijpers et al. ont inclus 92 essais contrôlés randomisés (ECR) différents et ont démontré l'efficacité de la psychothérapie par rapport à la pharmacothérapie – égale à court terme et supérieure à long terme, en ce qui concerne la prévention des rechutes [50]. D'autres études méta-analytiques sur les effets du traitement psychologique chez les adultes diagnostiqués avec un cancer fournissent des preuves solides des effets bénéfiques de l'intervention sur la réduction de la détresse et l'amélioration du bien-être [51] [52]. Il est aussi crucial le soutien social de la famille, les amis, et les groupes religieux.

2. L'anxiété :

2.1 Définition de l'anxiété :

L'anxiété, qui se manifeste sous forme de grande inquiétude, est un phénomène tout à fait normal de la vie. Lorsqu'elle prend un caractère excessif menant à une pathologie, il s'agit alors de troubles anxieux, affectant le comportement, les pensées, les émotions de la personne. S'ils peuvent être handicapants, ils sont, selon l'auteur, tout à fait abordables d'un point de vue thérapeutique. Comportant a priori un grand nombre d'états en apparence très différents, le point sur ces affections est ici proposé[53].

Entre l'anxiété normale et les troubles anxieux caractérisés, il existe des formes intermédiaires habituellement classées dans "les troubles de l'adaptation avec anxiété" auxquelles il faut ajouter les manifestations anxieuses au cours des affections psychiatriques.

Quelle que soit leur intensité, les manifestations cliniques de l'anxiété sont habituellement définies selon trois ordres : psychologique, somatique et comportemental. Elles peuvent être présentes, à des degrés divers, dans toutes les entités correspondantes de la classification DSM-IV et DSM-5 [54] [55] :

- **symptômes psychologiques**(y compris cognitifs) : appréhension, inquiétude, anticipation, panique, irritabilité, tension, difficultés d'attention et de concentration, susceptibilité exacerbée, réactivité exagérée, incapacité à gérer des situations simples, fuite en avant.
- **symptômes somatiques** : tachycardie, palpitations, douleurs thoraciques, sensation d'oppression thoracique, dyspnée, troubles digestifs (diarrhées, constipation), impression de nœud à l'estomac ou à la gorge, sensations vertigineuses, sueurs, paresthésies, tremblements, douleurs musculaires, céphalées, insomnie, fatigue, troubles du sommeil, spasmophilie.
- **symptômes comportementaux** : immobilisation, conduites d'évitement ou de fuite, phobique et addictives, maladresse, hyperactivité, compulsions, rituels.

Les troubles anxieux regroupent six entités cliniques : le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxiété sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'état de stress posttraumatique (ESPT) [56].

L'anxiété est une réaction courante à un diagnostic de cancer et une réponse normale aux menaces perçues comme la perte des fonctions corporelles, les altérations de l'apparence, les perturbations familiales, la mort, etc. L'anxiété peut persister tout au long du processus de la maladie, affectant considérablement la qualité de vie du patient, et coexiste souvent avec la dépression chez les patients atteints de cancer[57].

Bien que l'anxiété soit une réaction normale à des menaces telles que le cancer, certains patients présentent une réponse extrêmement anxieuse qui nuit à leur fonctionnement quotidien. Fréquemment, l'anxiété augmente à mesure que la maladie progresse ou que le traitement devient plus agressif [58], ainsi qu'aux points de transition qui représentent des événements menaçants tout au long de l'évolution de la maladie.

L'anxiété peut affecter le comportement d'une personne vis-à-vis de sa santé, contribuant à retarder ou à négliger les mesures susceptibles de prévenir ou de traiter adéquatement le cancer. L'anxiété peut conduire à une surestimation du pronostic négatif. Par exemple, les femmes avec des niveaux élevés d'anxiété qui apprennent qu'elles ont un niveau génétiquement plus élevé de risque de cancer du sein qu'elles ne le croyaient auparavant pourraient effectuer des auto-examens des seins moins fréquemment [59]. Une étude longitudinale menée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein a révélé que l'anxiété était le facteur le plus systématiquement et fortement associé à une perception inexacte et à une surestimation du risque futur lié au cancer du sein [60].

La prévalence actuelle estimée des troubles anxieux en oncologie se situe dans une fourchette de 15 à 28 % [61], les variations étant dues à des différences dans la méthodologie de recherche. Dans de grandes études utilisant des entretiens psychiatriques standardisés et appliquant des critères de diagnostic de recherche, les estimations de l'anxiété anormale dans les populations cancéreuses variaient de 10 % à 30 % [62].

2.2 Dépistage et évaluation :

Une prise en charge optimale des troubles anxieux nécessite une évaluation complète et un diagnostic précis. La distinction entre les peurs normales et les peurs plus graves qui atteignent les critères d'un trouble anxieux n'est pas toujours claire dans le contexte du cancer. D'après Nicolas [63], les patients présentant des inquiétudes normales par rapport à ceux présentant des symptômes plus graves de troubles anxieux n'ont que quelques difficultés à se concentrer, sont capables d'« éteindre leurs pensées » la plupart du temps, ont parfois des difficultés à s'endormir et des crises de larmes qui semblent les soulager, et présentent peu ou pas de symptômes physiques tels que bouche sèche, agitation ou accélération du rythme cardiaque. L'inquiétude va et vient dans ce groupe de patients.

Des instruments psychométriques peuvent être utilisés pour compléter l'entretien clinique lors de l'évaluation de l'anxiété. Les échelles les plus fréquemment utilisées avec les patients atteints de cancer comprennent :

- Echelle hospitalière d'anxiété et de dépression (HADS) [64], qui est une échelle de 14 items mesurant les symptômes de la dépression clinique et de l'anxiété ;
- Bref inventaire des symptômes (BSI) [65], qui est une échelle en 18 items mesurant la somatisation, la dépression, l'anxiété et la détresse générale ;
- Profil des états d'humeur (POMS) [66], qui est une échelle de 65 items mesurant six états d'humeur : anxiété, fatigue, confusion, dépression, colère, vigueur ;
- Inventaire de l'anxiété des traits d'état (STAI) [67], qui est une mesure de 40 items qui indique l'intensité des sentiments d'anxiété ; STAI fait la différence entre l'anxiété d'état (une condition temporaire vécue dans des situations spécifiques) et l'anxiété de trait (une tendance générale à percevoir les situations comme menaçantes) ;
- Thermomètre de détresse et liste de problèmes, qui consiste en une échelle de 0 à 10 pour mesurer la détresse accompagnée d'une liste de problèmes dans laquelle les patients sont invités à noter la nature et la source de leur détresse (physique, sociale, psychologique ou spirituelle) [68].

Les instruments de dépistage d'auto-évaluation doivent être notés, évalués et discutés avec chaque patient, et sont utiles pour fournir à l'équipe d'oncologie des notions sur le degré d'anxiété du patient.

2.3 La prise en charge :

L'adaptation psychosociale au cancer est un processus continu dans lequel le patient essaie de gérer sa détresse émotionnelle, de résoudre des problèmes spécifiques liés au cancer et de prendre le contrôle des événements liés au cancer [69]. Le but du traitement de l'anxiété chez les patients atteints de cancer est de faciliter une adaptation réussie à la maladie : c'est-à-dire de les aider à minimiser les perturbations de la vie.

Le traitement de l'anxiété doit être multimodal, comprenant une combinaison de pharmacothérapie et de différentes interventions psychothérapeutiques. Les médicaments ne sont envisagés que lorsque les patients présentent des symptômes graves, lorsque leur anxiété ne répond pas à une intervention psychologique et/ou lorsqu'il n'y a pas de services psychosociaux disponibles ou que le patient refuse de les utiliser.

Hollande et al.[70], dans une étude randomisée, ont comparé la relaxation à l'alprazolam dans le traitement de l'anxiété et de la détresse chez les patients cancéreux. Les résultats ont démontré que les deux traitements étaient tout aussi efficaces pour des degrés légers à modérés d'anxiété ou de détresse. L'alprazolam était plus efficace pour des niveaux plus élevés d'anxiété ou de détresse, et avait un début plus rapide de l'effet bénéfique.

Les approches psychologiques dans le traitement de l'anxiété comprennent des combinaisons de thérapie cognitivo-comportementale (par exemple, calmer le discours intérieur), une psychothérapie axée sur la perspicacité et de soutien, une intervention de crise, des groupes de soutien et d'entraide et des interventions basées sur la relaxation telles que l'hypnose, la méditation, relaxation progressive, imagerie guidée et biofeedback [57].

Une évaluation continue de l'incidence des nouvelles contraintes dans leur vie personnelle, professionnelle, et sociale, tenant compte des incidences financières est primordial.

➤ **Traitements médicamenteux :**

Les antidépresseurs :

- Certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et certains inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) sont recommandés en première intention dans l'un ou l'autre des cinq types de troubles anxieux ; ils peuvent, en début de traitement, entraîner une aggravation de l'anxiété, une agitation ou, rarement, des idées suicidaires. Dans tous les cas, une surveillance initiale étroite est nécessaire.
- Les antidépresseurs tricycliques sont efficaces dans certains troubles anxieux, mais sont associés à plus d'effets indésirables que les ISRS ou les IRSNA. Ils devraient n'être utilisés qu'après une non-réponse ou une mauvaise tolérance aux traitements de première intention ;
- La prescription d'antidépresseurs sera particulièrement surveillée chez les patients présentant un trouble bipolaire associé.

Les anxiolytiques :

- Les benzodiazépines sont indiquées lorsque le contrôle rapide de l'anxiété est crucial, car elles ont un effet anxiolytique significatif et rapide. Elles ont un risque de rebond de l'anxiété à l'arrêt, risque qui est diminué par le sevrage progressif. Outre la dépendance physique et psychique, les autres effets indésirables sont notamment une amnésie antérograde, une baisse de la vigilance, une confusion, des chutes chez le sujet âgé. La durée de traitement maximale préconisée est de 12 semaines, sevrage progressif inclus ;
- D'autres molécules à effet anxiolytique sont utilisables : hydroxyzine (sédatif), buspirone.

➤ **Psychothérapies structurées :**

Elles ont des objectifs différents, qui doivent être communiqués au patient, et selon les circonstances à l'entourage avec l'accord du patient :

- Certaines sont orientées vers la gestion des problèmes actuels et le futur : thérapies comportementales et cognitives (TCC) qui constituent une option thérapeutique dans les troubles anxieux ;
- D'autres sont centrées sur l'individu et ses conflits psychiques (psychothérapie d'inspiration analytique, psychanalyse, etc.) ;
- La thérapie « self help », ou gestion de l'anxiété par soi-même, met l'accent sur l'information du patient et les moyens de changer par lui-même. La plupart des programmes incluent un ouvrage pratique conçu comme des guides d'autothérapie (bibliothérapie). Les objectifs sont dirigés vers les symptômes : anxieux, somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Ils proposent des exercices concrets à faire soi-même (relaxation, contrôle respiratoire, gestion émotionnelle, d'exposition et d'affirmation de soi, etc.). Le contact avec le thérapeute reste indispensable. La formation initiale du patient et l'évaluation en cours de thérapie sont essentielles [56].

III. Discussion des principaux résultats de l'enquête :

1. Etude de la dépression chez les patients atteints de cancer :

1.1 Prévalence de la dépression chez les patients atteints de cancer :

Dans notre étude, 71% des patients de notre échantillon représenté par 100 patients, avaient un épisode dépressif majeur ; 10% de ces patients déprimés avaient une dépression sévère, 37% avaient une dépression modérée et 53% avaient une dépression légère.

Nos résultats sont similaires particulièrement à une étude faite en Éthiopie en 2014 par l'équipe de Tesfalem Lukas, qui a retrouvé sur un échantillon de 325 patients, ayant des cancers de différents sites et stades, mais ayant utilisé une autre échelle d'évaluation (PHQ-9), une prévalence très élevée, soit un pourcentage de 79.1%. [71]

Nikbakhsh Net al (Iran) en 2012 a trouvé sur un échantillon de 150 patients ayant des cancers des sites variés, 26,7 % de dépression légère et 21,3% de dépression sévères. [72]

Anish Khalil et al (Pakistan) en 2014 a noté sur un échantillon de 300 patients, un taux de dépression de 48,7%, en utilisant à la fois AKUADS. [73]

Yang et al (Chine) une méta-analyse en 2013, a trouvé que 54,90% des patients de son échantillon, représenté par 3497 patients ayant des cancers de sites variés, étaient déprimés.[74]

Wen Gul et al (Chine) en 2017, en utilisant comme échelle HADS-D, chez des patients souffrant de Cancer du poumon, a objectivé un taux de dépression de 43,2%.[75]

T.J. Hartung et al (Germany), a noté que sur un échantillon de 4020 patients, 24% étaient déprimés.[76]

EL KILALIRajae (Rabat) 2018, a retrouvé sur un échantillon de 100 patients, ayant un cancer de sein, un taux de dépression de 26%.[77]

Wangetal2020 (Chine), a mis en évidence un taux de dépression de 53% dans un échantillon de 245 patients ayant des cancers de différents types et stades.[78]

Tableau° XII:Prévalence de la dépression dans certaines études similaires :

Auteur	Année	Population étudiée	Méthode utilisée	Prévalence de la dépression
Nikbakhsh N et al[72]	2012	Sites et stades variés N=150	HADS	26,7 % légère 21,3% sévère
Yang et al (Chine) [74]	2013	Cancers de sites variés N=3497	HADS	54,90%
Tesfalem Lukas (Éthiopie) [71]	2014	Stade terminal N=325	PHQ-9	79,1%
Anish Khalil Pakistan [73]	2014	Sites variés de cancer N=300	AKUADS	48,7%

Wen Gu1 et al (Chine) [75]	2017	Cancer du poumon	HADS-D	43,2%
T.J. Hartung et al Germany [76]	2017	Sites variés ambulatoriaux N=4020	PHQ-9	24%
EL KILALIRajae (Rabat) [77]	2018	Cancer du sein N=100	Entretien structuré DSM-5 BECK	26%
Wang et al (Chine) [78]	2020	Sites variés de cancers N=245	l'échelle d'auto-évaluation de la dépression de Zung	53%
NOTRE ETUDE (MAROC)	2022	Différents sites et stades N=100	MINI, BECK	71%, 10% sévère, 37% modérée, 53% légère

1.2 Caractéristiques des patients déprimés :

1.2.1 Les facteurs sociodémographiques :

a) Le sexe :

L'influence du sexe a fait l'objet de plusieurs études, aboutissant à des résultats discordants. Les données provenant d'études épidémiologiques sur la dépression font systématiquement état d'un taux de prévalence des symptômes dépressifs plus élevé chez les femmes que chez les hommes [79].

Dans notre étude, les femmes avaient plus de dépression (74,3%) que les hommes (61,5%), et ceci de manière significative ($p=0.016$). Wen Gu1 et al [75] a trouvé que les femmes étaient plus déprimées que les hommes, ainsi que Novin Nikbakhsh et al [72], qui a objectivé une prévalence de dépression de 48% chez le sexe masculin, et 52% chez le sexe féminin. Domogauer et al [80], en 2017 dans leur étude sur un échantillon de 400 patients

atteints de cancer, la prévalence de la dépression était plus élevée chez les femmes (47%) que chez les hommes (32%), est ceci de manière significative.

Contrairement, Wang et al [78] a trouvé que 36% des femmes et 64% des hommes étaient déprimés, sans que ce soit statistiquement significatif.

Tableau n° XIII : Prévalence et de la dépression selon le sexe dans des études similaires :

Auteur	Année	Population étudiée	Résultats
Wen Gu1 et al (Chine) [75]	2017	Cancer du poumon	Les femmes étaient plus déprimées que les hommes.
Nikbakhsh N et al [72]	2012	Sites variés	52% étaient des femmes 48% étaient des hommes. Pas de différence significative
Domogauer et al [80]	2017	Sites variés	La dépression est plus élevée chez les femmes (47%) que chez les hommes (32%), de manière significative.
Wang et al [78]	2020	Sites variés	Les hommes sont plus déprimés que les femmes.
Anish Khalil et al [73]	2014	Sites variés	37.7% chez les hommes 62.3% chez les femmes.
Notre étude (Maroc)	2022	Sites variés	Les femmes avaient plus de dépression (74,3%) que les hommes (61,5%), de manière significative.

b) L'âge :

Nous avons trouvé dans notre étude, que la prévalence de la dépression est légèrement élevée chez les sujets âgés de 37 à 50 ans (76,3%), 72,2% âgés de moins de 36 ans et enfin 65,9% des plus de 51 ans. Cette différence est statistiquement non significative ($p=0,580$). Cette moyenne est proche de celle retrouvée par la majorité des études.

T. J. Hartung et al, Allemagne [76], a trouvé une prévalence plus élevée chez les sujets âgés de 46 à 55 ans (31%), ainsi que plusieurs auteurs [81] [82], ont trouvé que le jeune âge est un facteur significativement associé à la dépression.

Une étude faite en 2012 par Nikbakhsh N et al [72], sur un échantillon de cent cinquante patients, a retrouvé que l'âge moyen des patients cancéreux dépressifs était de $59,04 \pm 14,34$.

Wen Gul et al [75], a retrouvé que l'âge moyen des 148 participants était de 64,8 ans [Écart type] : 11,5 ans, intervalle de 20 à 99 ans et 94 ans (63,5%) étaient des hommes, ainsi que Heide Gotze et al [83] en 2018, a trouvé une prévalence élevée chez les sujets âgés de 50 à 70 ans, et qui a conclu que la dépression diminuait avec l'âge.

Linden W et al [84], a trouvé qu'un âge plus jeune était associé à des taux plus élevés de dépression, mais dans le cas du cancer du poumon, aucune différence d'âge n'a émergé. Encore une fois, pour les cancers génito-urinaires, gynécologiques et hématologiques. Dans cette étude l'âge n'était pas fortement lié aux différences de niveau de dépression, n'expliquant jamais plus de 2,5 % de la variance.

c) La situation familiale :

La dépression est plus retrouvée chez les sujets veufs (83,3%) ainsi que chez les sujets célibataires et mariés (respectivement 75% et 70,4%). Ceci est statistiquement non significatif ($p=0,931$).

Contrairement à nos résultats, la fréquence est plus élevée chez les sujets mariés et dans la majorité des auteurs.

Nikbakhsh N et al [72] en Iran, a trouvé que 97,3% des cas étaient mariés, 2% des célibataires et 0,7% divorcé, ainsi que Tesfalem Lukas et al (Éthiopie) [71], a retrouvé 60,3% des patients atteints de cancer étaient mariés, tandis que les autres (39,7%) étaient célibataires (non mariés, divorcés ou veufs).

Par contre T. J. Hartung et al [76], a retrouvé dans son étude que la prévalence la plus élevée de la dépression a été observée chez les célibataires, avec une différence significative ($p < 0,001$).

d) La profession :

Notre étude a révélé que la majorité des patients sans profession soit 83,3% étaient déprimés, et 56,3 % des patients actifs sont déprimés. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,013$). En population générale la prévalence de l'EDM est trois fois supérieure chez les sujets sans emploi ou recevant un soutien de l'Etat, par rapport aux employés [86].

Par contre, Nobuya Akizuki et al [85] et autres auteurs [86] [87] n'ont pas trouvé de corrélation significative de la profession avec la dépression.

e) Couverture sociale :

Nous avons trouvé que les patients qui sont non mutualistes étaient plus déprimés, que les mutualistes (80% contre 50%). Cette différence est significative ($p = 0,028$). Cela rejoint les données de la littérature ; H. Errihani et al [88], a trouvé que 82% des patients déprimés n'avaient pas de couverture sociale.

Par contre CIARAMELLA [86] et ELL [87], n'ont pas trouvés de différence entre les patients ayant une mutuelle, et ceux n'ayant aucune prise en charge sociale.

1.2.2 Les facteurs cliniques :

a) Comorbidités :

Nous avons trouvé que l'existence de comorbidités est significativement liée à la dépression, puisque 76,7% des patients ayant une maladie chronique étaient déprimés.

L'étude de ELL [87], Tarwate[89], et YUN [90], ont trouvé que l'existence de comorbidités augmentent le risque de dépression.

Par contre, T. J.Hartung et al [76], a démontré que le nombre des comorbidités somatiques n'était passignificativement lié avec les symptômes dépressifs.

b) Stade du cancer :

Dans notre étude, une association significative entre le stade avancé et la dépression est attendue, car le cancer au stade avancé est plus létal et moins traitable que le cancer au stade précoce, on a retrouvé une augmentation de la dépression chez les patients au stade métastatique au chiffre de 77,1% contre 66,3% au stade localisé. Cette différence est statistiquement significative ($p= 0,043$). En effet, Ciaramella et al [86] a rapporté dans son étude une augmentation significative de la dépression chez les patients au stade de métastases, ainsi que Wen GU et al [75],a retrouvé que 64,1% des patients au stade métastatique sont déprimés.

Eliza M Park et al [93], a trouvé que les femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique sont particulièrement exposées à des problèmes de santé mentale.

BARDWELL [91] et PERDRIZET CHEVALLIER [92], n'ont pas trouvé de corrélation avec le stade.

c) Situation de la maladie :

Dans notre étude, nous n'avons pas pu trouver de corrélation significative ($p=0,072$). Les patients les plus déprimés étaient en stabilisation (80,6%), et les moins déprimés en rémission (50%).

La rechute est très associée à la dépression. Perdrizet-chevallier[92] et ELL [87], ont trouvé une corrélation significative, il rapporte que plus de 40% des patients en rechute étaient déprimés.

AASS [94], a également trouvé que la rechute est un facteur prédictif de la dépression.

1.2.3 Les facteurs psychosociaux :

a) Soutien social et familial :

Le soutien familial représente la principale source de détente auprès de laquelle se réfugient nos patients. Ce rôle du soutien social comme élément favorisant l'adaptation a inspiré plusieurs travaux.

Notre étude n'a pas permis de souligner l'importance de la réaction de l'entourage et comment celui-ci influence les différentes stratégies d'adaptation, puisque on a trouvé 75% des patients qui ont un soutien familial positif, sont déprimés.

Par contre, N. Ahbeddou et al [95], et H. Errihani et al [88], ont trouvé que les patients qui ont bénéficié du support moral de leur entourage, la prévalence des dysfonctionnements psychiatriques était plus faible de façon statistiquement significative (respectivement $p=0.005$, $p=0,001$).

b) La religion :

Les valeurs religieuses et les croyances des individus ont une participation importante dans le choix de la réponse face au cancer. Plusieurs études ont évalué le rôle de la religion dans l'exagération ou l'atténuation des troubles dépressifs chez les patients cancéreux.

Dans notre étude, nous avons trouvé une corrélation significative ($p=0,05$). Les patients les plus déprimés avaient moins de pratiques religieuses (77,8%). Nos résultats rejoignent ceux de la littérature.

Eliza M Park et al [93], a trouvé que les patients qui ont une croyance religieuse, sont les moins déprimés.

Funda Kavak Budak et al [96], a constaté que les croyances religieuses affectaient la dépression et le désespoir chez les patients atteints de cancer. Au fur et à mesure que les croyances religieuses des patients augmentaient, leurs niveaux de dépression et de désespoir diminuaient.

c) Connaissance du diagnostic :

Les patients de notre étude qui savaient qu'ils avaient un cancer constituaient 84% de l'échantillon, ils étaient les plus déprimés (71,4%) que ceux qui ignoraient le diagnostic de cancer (68,8%). Mais sans corrélation significative ($p=0,522$). Nos résultats rejoignent ceux de la littérature.

Tarwate et al [89], les patients qui ignoraient qu'ils avaient un cancer constituaient 46% de l'échantillon, ils étaient moins déprimés (3%) que ceux qui connaissaient le diagnostic de cancer (12%). Mais sans corrélation significative. Ainsi que l'étude de F. Sbaihi et al [97], les patients qui connaissaient le diagnostic de cancer, étaient plus déprimés (87,9%) que ceux qui ignoraient qu'ils avaient un cancer (12.1%).

Par contre, Alexander et al [98], a trouvé que les patients ignorant le diagnostic, représentaient 33%, et qu'ils étaient significativement moins déprimés que ceux qui étaient au courant du diagnostic de cancer.

d) Estimation du patient du pronostic de sa maladie cancéreuse :

Dans notre étude, 54% des patients considéraient leur maladie curable, avaient moins de dépression (68,5%), que les patients qui considéraient que leur maladie est incurable représente un pourcentage de 100% et encore moins par rapport à ceux qui n'en savaient rien et ne pouvaient donner aucune estimation (67,6%), et ces résultats sont statistiquement significatifs ($p=0,012$). Nos résultats rejoignent ceux de la littérature.

Alexander [98], a trouvé dans son étude que 82% des patients considéraient que leur maladie est curable ; ces patients optimistes avaient considérablement moins de dépression que les autres.

DALLAIRE-HABEL et al [99], a déduit que penser positivement du pronostic de la maladie est moins associée au détresse psychologique, que le pessimisme. Ainsi que Boehmke et Brown [100], ont trouvé que les femmes qui conservaient un bon moral et faisaient confiance à leurs prestataires de soins éprouvaient des degrés moindres de détresse liée aux symptômes.

2. Etude de l'anxiété chez les patients atteints de cancer :

2.1 Prévalence de l'anxiété chez les patients atteints de cancer :

Dans notre étude, 40% des patients de notre échantillon représenté par 100 patients, avaient l'anxiété ; 19% de ces patients anxieux avaient une anxiété majeure, et 21% avaient une anxiété mineure.

Nos résultats sont similaires particulièrement à une étude faite en Chine en 2013 par Yang et al, qui a retrouvé sur un échantillon de 3497 patients, ayant des cancers de différents sites et stades, une prévalence très élevée, soit un pourcentage de 49.69% [74].

Hong J.S et al (Chine) en 2013 a trouvé sur un échantillon de 1217 patients, un taux d'anxiété de 6,49 % [101].

Tan et al (Singapour) en 2014 a noté sur un échantillon de 315 patients, un taux d'anxiété de 9,5% [102].

L. Jacob et al (Allemagne) faite en 2015 a trouvé que 35,1% des patients de son échantillon, représenté par 24537 patients ayant des cancers de sites variés, étaient anxieux [103].

G. Cardoso et al (Portugal) en 2015 a trouvé que 30% des patients de son échantillon, représenté par 270, étaient anxieux [104].

Konstantinos et al (Japon) 2018 a noté que sur un échantillon de 152 patients, 32,2% étaient anxieux [105].

E.J Shim et al (Corée) 2019 a retrouvé sur un échantillon de 124381 patients, un taux d'anxiété de 10,9% [106].

Lan et al 2020 (Chine) a mis en évidence un taux d'anxiété de 8,8% dans un échantillon de 114 patients [107].

Baba et al 2020 (Allemagne) a mis en évidence un taux d'anxiété de 13% dans un échantillon de 130 patients [108].

Tableau° XIV:Prévalence de l'anxiété dans certaines études similaires :

Auteur	Année	Pays	Effectif	Prévalence de l'anxiété
Yang et al[74]	2013	Chine	3497	49,69 %
Hong J.S et al [101]	2013	Japon	1217	6,49%
Tan et al [102]	2014	Singapour	315	9,5%
L. Jacob et al [103]	2015	Allemagne	24537	35,1%
G. Cardoso [104]	2015	Portugal	270	30%
Konstantinos et al [105]	2018	Japon	152	32,2%
E.J Shim et al [106]	2019	Corée	124381	10,9%
Lan et al [107]	2020	Chine	114	8,8%
Baba et al [108]	2020	Allemagne	130	13%
NOTRE ETUDE	2022	Maroc	100	40%

2.2 Caractéristiques des patients anxieux :

2.2.1 Les facteurs sociodémographiques :

a) **Le sexe :**

Dans notre étude, les femmes avaient plus d'anxiété (41,9%) que les hommes (34,6%), et ceci de manière significative ($p=0.034$). Nos résultats rejoignent ceux de la littérature.

G. Cardoso et al [104] a trouvé que les femmes étaient plus anxieuses que les hommes, ainsi que Tan et al [102], qui a objectivé une prévalence d'anxiété de 47,2% chez le sexe masculin, et 52,8% chez le sexe féminin.

Par contre, l'étude de D.V Truong et al [109] (Vietnam) faite en 2019, a trouvé que les hommes étaient plus anxieux que les femmes (16,2% contre 14%), ainsi que Villoria et al [110] (Chili) faite en 2021, objective une prévalence d'anxiété plus élevée chez les hommes, que les femmes.

b) **L'âge :**

Nous avons trouvé dans notre étude, que la prévalence de l'anxiété est légèrement élevée chez les sujets âgés de 37 à 50 ans (47,4%), 27,8% âgés de moins de 36 ans et enfin 38,6% des plus de 51 ans. Cette différence est statistiquement non significative ($p=0,365$).

Villoria et al [110], a trouvé que l'anxiété était corrélée négativement avec l'âge, indiquant des niveaux d'anxiété plus faibles aux âges avancés.

G. Cardoso et al [104], constate une diminution significative des taux cliniques d'anxiété avec l'âge, ce qui suggère que les personnes âgées peuvent mieux accepter un diagnostic de cancer.

D.V Truong et al [109], a objectivé qu'il n'avait pas de corrélation entre l'âge et l'anxiété.

Obispo-Portero et al [111] en 2022, a conclu qu'un âge plus jeune était associé à un risque plus élevé d'anxiété.

c) La profession :

Notre étude a révélé que les patients sans profession soient 55.6% étaient plus anxieux, que les patients avec travail actif (37,5 %). Cette différence est statistiquement significative ($p=0,032$).

Villoria et al [110] a trouvé que les chômeurs avaient des scores plus élevés d'anxiété que les actifs, ainsi que Tan et al [102], a noté que l'anxiété est plus élevée chez les patients sans emploi, sans que ce soit statistiquement significatif.

Par contre, D.V Truong et al [109] a trouvé qu'il n'avait pas de corrélation entre la profession et l'anxiété.

d) Couverture sociale :

Nous avons trouvé que les patients non mutualistes étaient plus anxieux, que les mutualistes (80% contre 30%). Cette différence est significative ($p=0,015$). Cela rejoint les données de la littérature.

L. Jacob et al (Allemagne) [103] faite en 2015, a trouvé que les patients ayant une assurance maladie privée avaient un risque plus faible d'anxiété ($p<0,0001$).

Geng et al [113], a démontré que l'anxiété est corrélée positivement à l'absence de couverture sociale.

D.V Truong et al [109], a trouvé qu'il n'avait pas de corrélation entre la couverture et l'anxiété, cela peut être expliqué par le grand nombre de mutualistes admis dans son étude (98,6%), ainsi que Vin-Raviv et al [112], a trouvé qu'il n'y avait pas de corrélation significative entre l'anxiété et la couverture sociale.

2.2.2 Les facteurs cliniques :

a) Comorbidités :

Nous avons trouvé que l'existence de comorbidités est significativement liée à l'anxiété, puisque 50% des patients ayant une maladie chronique étaient anxieux ($p=0,049$). Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Nobuya Akizuki et al [85], qui a trouvé que la présence d'une maladie chronique, est un facteur prédictif de l'anxiété ; 54,1% de patients

qui ont des comorbidités, avaient l'anxiété. De plus, Vin-Raviv et al [112] a déterminé l'impact de la présence de comorbidités, sur la santé mentale des patients.

Aiping Hao et al [114] (Ireland 2020) , a aussi conclu que la présence d'une maladie chronique est significativement corrélée au développement de l'anxiété chez les patients atteints de cancer.

b) Stade du cancer :

Dans notre étude, on a trouvé une augmentation de l'anxiété chez les patients au stade localisé au chiffre de 45,2% contre 31,4% au stade métastatique. Cette différence est non significative.

Pour Obispo-Portero et al [111] en 2022, Les taux d'incidents liés à l'anxiété sont très élevés chez les patients atteints d'un cancer métastatique.

Park et al [115], a trouvé que les jeunes femmes atteintes du cancer du sein métastatique, développaient plus d'anxiété.

c) Situation de la maladie :

Dans notre étude, nous n'avons pas pu trouver de corrélation significative ($p=0,656$). Les patients les plus anxieux étaient en rechute (50%), et les moins anxieux étaient en rémission (33,3%).

Pour Lisha Zhang [116], a trouvé une corrélation positive entre la récurrence du cancer, et l'anxiété.

Par contre PERDRIZET CHEVALLIER [92] n'a pas trouvé de corrélation avec le stade.

2.2.3 Les facteurs psychosociaux :

a) Soutien social et familial :

Dans notre étude, on a trouvé que la majorité des patients atteints de l'anxiété avaient une attitude négative ou indifférente de leur entourage, sans que ça soit statistiquement significatif.

Pour De Sefik Tagay et al [117], Le soutien social et le sens de la cohérence étaient fortement corrélés négativement avec l'anxiété (les deux $p \leq 0,001$). Ainsi que Baba et al

[108], a démontré la corrélation entre la détresse mentale et le soutien psychosocial chez les patients atteints de cancer.

D'autres auteurs aussi [110][118][119], ont objectivé une corrélation entre le soutien social et l'anxiété.

b) La religion :

Dernièrement, il y a eu un intérêt accru pour la relation entre les besoins spirituels, le bien-être spirituel, la santé physique et le bien-être mental chez les personnes diagnostiquées avec un cancer.

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé une corrélation significative ($p=0,347$). Les patients les plus anxieux n'avaient pas changé leurs pratiques religieuses (46%).

Kandasamy A [120], suggère que le bien-être spirituel est un élément important de la qualité de vie des patients atteints d'un cancer avancé et qu'il est étroitement lié aux symptômes physiques et psychologiques de la détresse. Ainsi que d'autres auteurs [121] [122] [123], ont montré l'intérêt du bien être spirituel sur la santé mentale des patients atteints de cancer.

Par contre De Sefik Tagay et al [117], n'a pas trouvé de corrélation entre la religiosité et l'anxiété.

c) Connaissance du diagnostic :

Les patients de notre étude qui savaient qu'ils avaient un cancer constituaient 84% de l'échantillon, ils étaient les moins anxieux (38,1%) que ceux qui ignoraient le diagnostic de cancer (50%). Mais sans corrélation significative ($p=0,522$).

Par contre Tavoli et al [124], a trouvé que les patients qui savaient leur diagnostic de cancer, avaient plus d'anxiété que les patients qui l'ignorent (9.1% vs. 6.3% respectivement, $P < 0.001$).

Ainsi que Montazeri et al [125], les patients qui ignorent leur diagnostic de cancer, avaient moins d'anxiété par rapport à ceux qu'ils le connaissaient.

d) Estimation du patient du pronostic de sa maladie cancéreuse:

Dans notre étude, 37% des patients qui ne savaient pas le pronostic de leur maladie, ils avaient plus d'anxiété (43,2%), 38,9% chez les patients qui estimaient leur maladie est curable et 33,3% chez ceux qui considéraient leur maladie incurable, et ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs ($p=0,837$).

Au contraire, Pitceathly C [126], Price et al [127], et Matthews EE [128], ont conclu que penser positivement du pronostic de la maladie est moins associée à l'anxiété.



CONCLUSION



Le cancer est à l'origine de détresse psychologique alourdissant les morbidités des patients, pour cette raison on s'est intéressé à étudier la prévalence de l'anxiété et la dépression dans une population de patients atteints de cancer au sein du CHU Mohammed VI, d'autant plus que ces pathologies sont souvent négligées et non diagnostiquées. En rejoignant les données de la littérature, cette étude a démontré une forte prévalence de l'anxiété, et la dépression. Le profil sociodémographique et clinique de ces patients a été déterminé.

Ces constatations sont fondamentales, car c'est à partir d'elles que des interventions de réduction de ces atteintes et des stratégies pourront être mises en place, pour le devenir et le bien-être du patient.

Il semble que le niveau de l'anxiété et la dépression augmente et diminue d'une étude à une autre, parce que les taux de prévalence ont été obtenus à partir d'outils d'évaluation, de temps de mesure et sous des protocoles de traitements oncologiques différents.

Bien que les caractéristiques spécifiques, de l'échantillon étudié, ne permettent pas la généralisation de ces résultats, il n'en demeure pas moins que la présente recherche, encourage la poursuite de travaux, sur l'intérêt du dépistage de l'anxiété et la dépression en oncologie, pour mieux comprendre les différents facteurs intervenant dans la genèse de ces troubles psychologiques, et de les traiter précocement, dans le cadre d'une prise en charge globale et multidisciplinaire pour une meilleure qualité de vie du patient.



ANNEXES



Annexe 1 : Questionnaire de l'étude des troubles anxieux et dépressifs chez les patients atteints du cancer :

- Date d'entretien :
- Initiales nom et prénom du patient :

I-Paramètres sociodémographiques :

- Age : Sexe : 1-M 2-F
- Statut matrimonial :
1-marié(e) 2-divorcé(e) 3-séparé(e) 4-célibataire 5- veuf (ve)
- Milieu de vie :
1-urbain 2-rural
- Niveau d'instruction :
1-non scolarisé 2-primaire 3-secondaire 4- Baccalauréat 5-universitaire
- Activité professionnelle :
1- femme au foyer 3- sans
2- retraité 4- étudiant 5- travaille encore (profession)
.....
- Revenu mensuel :
1-<1000 2- 1000-2000 3- 2000-4000 4- 4000-6000 5- >6000
- Couverture sociale :
1-assurance privée 2-CNOPS 3-RAMED 4-payant 5-autre : . . .
- Nombre d'enfants :

II-Paramètres cliniques :

Antécédents :

- **Personnels :**

- **Cancer :** 1- oui 2- non

Si oui :

- Quel type:

- Depuis quand :

- Traitement reçu:

1- chirurgie 2- Chimiothérapie 3- Radiothérapie 4- TT local + Chimiothérapie

- Evolution:

- **Maladie somatique chronique :**

- Diabète - HTA - Tuberculose - Autre maladie Chronique :.....

- **Chirurgicaux :**

1-oui 2- non si oui : précisez.....

- **Psychiatriques :**

1-oui 2- non

* Si oui précisez : 1- Dépression 2- Anxiété si oui : type 3- Trouble bipolaire

4- Schizophrénié 5- Tentative de suicide 6- Consultation psychiatrique

7 - Hospitalisation psychiatrique : a-oui b- non

8- Aucun

* Traitement psychiatrique actuel : 1-oui 2-non

Précisez : AD- AO- TR....

- **Habitudes toxiques :**

* Tabac : 1- oui 2- non

Nombre de cigarettes/jour :..... Depuis :

* Alcool : 1-oui 2- occasionnel 3- abus 4dépendance
5- non

*Cannabis :

* Autres drogues :

- **Événement traumatisant** :1-oui Quand : 2-Non

• **Familiaux :**

- **Cancer dans la famille** : 1-oui 2- non

Si ATCD de cancer similaire familial, quel est son évolution ?

a- guérison b- stabilisation c- décès

- **Psychiatriques** :

1-oui avec diagnostic si Dépression ou Trouble anxieux 2- non

• **Cancer actuel :**

- **Localisation du cancer:**

- **Stade** :

-**Découverte depuis** :

A - semaines B - mois C- ans

-Après la découverte de votre cancer, y a-t-il eu un changement d'attitude de votre entourage

(Conjoint, enfants, parents) ? :

A- oui positif B- oui négatif C- indifférent

- **Avez-vous changé vos habitudes religieuses après la découverte du cancer ? :**

A- oui: plus de prières, de jeun...

B- oui: diminution ou arrêt des prières

C- non : pas de changement

- Qu'est-ce qui vous gêne le plus ? :

- A. attitude de l'entourage
- B- perte d'autonomie
- C- altération de l'image de soi
- D- frais et coût de la prise en charge médicale
- E- les symptômes physiques :
- F- les effets secondaires du traitement :

- Traitement curatif :

- A- chirurgie seule
- B - chirurgie +chimiothérapie
- C- chirurgie +Radiothérapie
- D - chirurgie +chimio +radiothérapie
- E- chimiothérapie seule
- F - radiothérapie seule
- G- chimiothérapie +radiothérapie
- H- hormonothérapie

-Traitement palliatif :

- A- anti douleur
- B- chimiothérapie
- C- Radiothérapie
- D- chirurgie +chimio +radiothérapie

- Début du traitement remonte à :

- Evolution sous traitement :

- A- rémission
- B- stabilisation
- C- rechute
- D- inconnue

- Selon vous votre maladie est :

- A- curable
- B- non curable
- C- ne sait pas

- Connaissez-vous le nom de votre maladie :

- A - oui
- B - non

Annexe 2 : ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE :

<u>1.Humeur anxieuse :</u> Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.
0 - Le/lapatient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.
1 - Que le/lapatient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.
2 - Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de lapatient(e).
3 - Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de lapatient(e).
4 - Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de lapatient(e).
<u>2.Tension nerveuse :</u> Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.
0 - Le/lapatient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude
1 - Le/la patient(e) semble quelque peu plus nerveux (nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.
2 - Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.
3 - L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de lapatient(e).
4 - Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de lapatient(e).
<u>3.Craintes :</u> Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0-Absentes

1-Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2-Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3 - Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

4-L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie :

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0-Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 - La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 - La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 - La durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4-

Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire :

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0-Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1-Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2-

Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

<p>3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; parexemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.</p>
<p>4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.</p>
<p>6. Humeur dépressive :</p> <p>Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.</p>
<p>0 – Absente</p>
<p>1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattu(e) ou triste qu'à l'habitude, ou seulement vaguement.</p>
<p>2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.</p>
<p>3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.</p>
<p>4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prédominants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état.</p>
<p>7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffusées dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.</p>
<p>0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux (se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles qu'à l'habitude.</p>
<p>1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'à l'habitude.</p>
<p>2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.</p>
<p>3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de patient(e).</p>
<p>4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de patient(e).</p>
<p>8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels</p> <p>Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations</p>

réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.
0-Absent
1-Il n'est pas clair si les indications du / de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.
2-Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaison ou de fourmillements de la peau.
3- Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du / de la patient(e).
4 - Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du / de la patient(e).
<u>9.Symptômes cardio-vasculaires :</u>
Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de «cognement» dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.
0-Absents
1-Leur présence n'est pas claire
2-Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le / la patient(e) peut les contrôler.
3-Le / la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
4 - Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du / de la patient(e).
<u>10.Symptômes respiratoires :</u>
Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respirations sifflantes
0-Absents
1-Présence peu claire

2- Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.
3 - Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
4- Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/ de la patient(e).
11. Symptômes gastro-intestinaux :
Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'oesophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.
0- Absents
1- Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.
2- Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.
3- Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.
4 - Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/ de la patient(e).
12. Symptômes urinaires et génitaux :
Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, des douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.
0- Absents
1- Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).
2- Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/ de la patient(e).
3- Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/ de la patient(e).

4-
Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

13. Autres symptômes du SNA : Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0-Absents

1-Présence peu claire.

2 - Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3-
Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4- Les
symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien :

Le/lapatient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiet(e), tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0-Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux (se).

1-Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux (se).

2-Le/lapatient(e) est modérément anxieux (se).

3-Le/lapatient(e) est anxieux (se) de façon marquée.

4-Le/lapatient(e) est submergé(e) par l'anxiété ; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

Annexe 3 :

1) Le MINI :EPISODE DEPRESSIF MAJEUR :

A1	Aucoursdesdeuxdernièressemaines,vousêtes- vous senti(e)particulièrement triste, cafardeux (se), déprimé(e), la plupart du tempsaucours delajournée,etce,presque touslesjours ?	NON	OUI
A2	Aucoursdesdeuxdernièressemaines,aviez-vouspresquetoutletemps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ouleplaisirpourleschosesquivousplaisenthabituellement	NON	OUI
	A1OUA2SONT-ELLESCOTEESOU?	NON	OUI
A3	Aucoursdecesdeuxdernièressemaines,lorsquevousvoussentiezdépri- mé(e)et/ousansintérêtpourlaplupartdeschoses:		
A	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu dupoids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c.à.d. $\pm 3,5\text{kg}$ / $\pm 8\text{ lbs.}$,pour une personne de65kg/120lbs.)	NON	OUI
B	Aviez- vousdesproblèmesdesommeilpresquetouteslesnuits(endormissement, réveilsnocturnesouprécoces,dormirtrop)?	NON	OUI
C	Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ouaucontrairevoussentiez-vousagité(e),etaviez-	NON	OUI

	vousdumalàresterenplace, presque tous lesjours ?		
D	Vous sentiez–vouspresquetoutletempsfatigué(e), sansénergie, etcepresquetous les jours?	NON	OUI
E	Vous sentiez–vous sans valeur oucoupable, etce presquetousles jours?	NON	OUI
F	Aviez–vousdumalàvousconcentrerouàprendre desdécisions, etcepresquetous les jours?	NON	OUI
G	Avez–vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu’ilvaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez–vous pensé à vous fairedumal ?	NON	OUI
A4	YA–T–ILAUMOINS3OUIENA3?(ou4siA1 <u>OUA</u> 2ESTCOTEENON)Si lepatientprésenteunépisode dépressifmajeuractuel	NON	OUI
A5a	Aucoursdevotrevie, avez–vous eu d’autres périodes dedeux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ousans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	NON	OUI
b	Cettefois-ci, avant devous sentir déprimé(e) et/ousans intérêt pour laplupart des choses, vous sentiez–vous bien depuis au moins deux mois	NON	OUI
	A5bEST–ELLECOTEEOUI?	NON	OUI
		Episodedépressifmajeurpass	

		é	
--	--	---	--

2) Inventaire de Dépression de Beck :

<p>0-Je ne me sens pas triste.</p> <p>1- Je me sens triste.</p> <p>2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.</p> <p>3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.</p>
<p>0- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.</p> <p>1- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.</p> <p>2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.</p> <p>3- L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.</p>
<p>0- Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).</p> <p>1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.</p> <p>2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.</p> <p>3- Je suis un(e) raté(e).</p>
<p>0-Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.</p> <p>1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.</p> <p>2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.</p> <p>3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.</p>
<p>0-Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1- Je me sens coupable une grande partie du temps.</p> <p>2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.</p> <p>3- Je me sens constamment coupable.</p>
<p>0-Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).</p> <p>1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).</p> <p>2- Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).</p>
<p>0- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.</p> <p>1- 1- Je suis déçu(e) de moi-même.</p> <p>2- 2- Je suis dégoûté(e) de moi-même.</p>

3- 3- Je me hais.
0- Je ne crois pas être pire que les autres. 1- Je critique mes propres faiblesses et défauts. 2- Je me blâme constamment de mes défauts. 3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.
0- Je ne pense jamais à me tuer. 1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais. 2- J'aimerais me tuer. 3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.
0- Je ne pleure pas plus que d'habitude. 1- Je pleure plus qu'autrefois. 2- Je pleure constamment. 3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui
0- Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois. 1- Je suis légèrement plus irritable que d'habitude 2- Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps. 3- Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.
0- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres. 1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois. 2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres. 3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.
0- Je prends mes décisions exactement comme autrefois. 1- Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois. 2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours. 3- Je suis incapable de prendre des décisions.
0- Je ne crois pas que mon apparence a empiré. 1- Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e). 2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e). 3- Je crois que je suis laid(e).

0- Je travaille aussi bien qu'autrefois.

1- J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.

2- Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.

3- Je suis absolument incapable de travailler.

0- Je dors aussi bien que d'habitude.

1- Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.

2- Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.

3- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.

0- Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude.

1- Je me fatigue plus vite qu'autrefois.

2- Un rien me fatigue.

3- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

0- Mon appétit n'a pas changé.

1- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.

2- Mon appétit a beaucoup diminué.

3- Je n'ai plus d'appétit du tout

0- Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps.

1- J'ai maigri de plus de cinq livres (2.2 kg).

2- J'ai maigri de plus de dix livres (4.5 kg).

3- J'ai maigri de plus de quinze livres (6.8 kg).

0- Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.

1- Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou de la constipation.

2- Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose.

3- Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.

0- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido.

1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.

2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.

3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.



RESUMES



RESUME

La maladie cancéreuse doit être envisagée comme une crise entraînant souvent des perturbations du comportement ou des troubles de l'humeur : 50 % de troubles anxio-dépressifs au cours de la maladie.

Les objectifs de cette étude sont, d'une part, de déterminer la prévalence de l'anxiété et la dépression chez une population des patients atteints de cancer, et d'autre part, de décrire leur profil sociodémographique et clinique et de développer des connaissances sur les facteurs éventuels influençant la survenue de l'anxiété et la dépression chez ces patients.

Notre étude est une étude descriptive et analytique de type transversale, menée chez les patients atteints de cancer, au sein des services : Médecine nucléaire, Oncologie médicale et Radiothérapie, Gynécologie- Obstétrique, et Urologie, CHU Mohammed VI de Marrakech sur une période de six mois entre Mars 2022 et Septembre 2022, et a concerné 100 patients ayant des cancers de différents sites et stades. Les instruments utilisés étaient : le MINI pour poser le diagnostic de la dépression et l'échelle de BECK pour évaluer sa sévérité, et l'échelle de Hamilton pour diagnostiquer l'anxiété et juger son intensité.

Dans notre série, 71 % de nos patients avaient une dépression ; 10 % avaient une dépression sévère, 37 % une dépression modérée, et 53 % avaient une dépression légère. La prévalence de l'anxiété a atteint 40 % des patients ; 19 % avaient une anxiété majeure, et 21 % avaient une anxiété légère.

Plusieurs facteurs prédictifs étaient liés à la survenue de ces troubles. Le sexe, la profession, la couverture sociale, les antécédents personnels d'une maladie chronique, le stade du cancer, la pratique religieuse, et l'estimation du pronostic par le patient étaient des facteurs liés à la dépression. Le sexe, la profession, la couverture sociale, les antécédents personnels d'une maladie chronique, et l'attitude de l'entourage étaient corrélés à l'anxiété.

La recherche et le traitement précoce de l'anxiété et la dépression devraient être systématiques afin d'améliorer la prise en charge et le pronostic du cancer.

ABSTRACT

The cancerous disease must be considered as a crisis often leading to behavioral disturbances or mood disorders: 50% of anxiety–depressive disorders during the disease.

The objectives of this study are, on the one hand, to determine the prevalence of anxiety and depression in a population of cancer patients, and on the other hand, to describe their socio–demographic and clinical profile and to develop knowledge of the possible factors influencing the occurrence of anxiety and depression in these patients.

Our study is a descriptive and analytical cross–sectional study, conducted in cancer patients, within the departments: Nuclear Medicine, Medical Oncology and Radiotherapy, Gynecology–Obstetrics, and Urology, UHC Mohammed VI of Marrakesh over a period of six months between March 2022 and September 2022, and involved 100 cancer patients from different sites and stadiums. The instruments used were: the MINI to place the diagnosis of depression and the BECK scale to assess its severity, and the Hamilton scale to diagnose anxiety and judge its intensity.

In our series, 71% of our patients had depression; 10% had severe depression, 37% had moderate depression, and 53% had mild depression. The prevalence of anxiety reached 40% of patients; 19% had major anxiety, and 21% had mild anxiety.

Several predictive factors were linked to the occurrence of these disorders. Gender, profession, social coverage, personal history of chronic disease, stage of cancer, religious practice, and patient's estimate of prognosis were factors associated with depression. Gender, profession, social coverage, personal history of a chronic disease, and the attitude of those around you were correlated with anxiety.

The search and early treatment of anxiety and depression should be systematic in order to improve the management and prognosis of cancer.

ملخص

يجب اعتبار المرض السرطاني أزمة تؤدي غالبًا إلى اضطرابات سلوكية أو اضطرابات مزاجية: 50% من اضطرابات القلق والاكتئاب أثناء المرض.

تتمثل أهداف هذه الدراسة، من ناحية، في تحديد مدى انتشار القلق والاكتئاب لدى مجموعة من مرضى السرطان، ومن ناحية أخرى، وصف حالاتهم الاجتماعية-الديموغرافية والجوانب السريرية وتطوير المعرفة بالعوامل المحتملة التي تؤثر على حدوث القلق والاكتئاب لدى هؤلاء المرضى.

دراستنا عبارة عن دراسة مقطعية وصفية وتحليلية، أجريت على مرضى السرطان، في أقسام: الطب النووي، طب الأورام والعلاج الإشعاعي، أمراض النساء والتوليد والمسالك البولية،

في المستشفى الجامعي محمد السادس بمراسم أكشعل من ديسمبر 2022 إلى يوليو / سبتمبر 2022، وشارك فيها 100 مريض من مرضى السرطان، في مواقع وأطواره المختلفة. الأدوات المستخدمة هي: (المني) لوضع تشخيص الاكتئاب، وسلم بيك لتقييم شدته، وسلم هاملتون لتشخيص القلق والحكم على شدته.

في سلسلتنا، كان 71% من مرضانا يعانون من الاكتئاب. 10% لديهم اكتئاب حاد، 37% اكتئاب متوسط، 53% اكتئاب خفيف. بلغ انتشار القلق 40% من المرضى. 19% لديهم قلق شديد، و21% لديهم قلق خفيف.

تم ربط العديد من العوامل التنبئية بحدوث هذه الاضطرابات. الجنس، المهنة، التغطية الاجتماعية، والتاريخ الشخصي للأمراض المزمنة، ومرحلة السرطان، والممارسة الدينية، وتقدير المريض للتشخيص كانت عوامل مرتبطة بالاكتئاب. الجنس، المهنة، التغطية الاجتماعية، التاريخ الشخصي لمرض مزمن، وموقف من حوله كانت مرتبطة بالقلق.

يجب أن يكون البحث والعلاج المبكر للقلق والاكتئاب منهجيًا من أجل تحسين رعاية مرضى السرطان وتقديم مضاغفات هذا المرض المزمن.



BIBLIOGRAPHIE



1. Morel Nicole,

GENERALITES SUR LE CANCER. Formation continue AS en cancérologie Nicole Morel le 17/10/2008 (docplayer.fr)

2. Centre international de recherche sur le cancer.

Dernières données mondiales sur le cancer : le fardeau du cancer atteint 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès par cancer en 2018 (who.int)

3. Plan_National_de_Prevention_et_de_Controlé_du_Cancer 2020–2029.

https://www.sante.gov.ma/Documents/2021/03/Plan_National_de_Prevention_et_de_Controlé_du_Cancer_2020–2029.

4. Université Pierre et Marie Curie. Cancérologie. Niveau DCEM Service de radiothérapie – Professeur Baillet.

<https://docplayer.fr/4037221–Universite–pierre–et–marie–curie–cancerologie–niveau–dcem3–2002–2003–service–de–radiotherapie–professeur–baillet.html>.

5. Institute for Health Metrics and Evaluation. Institute for Health Metrics and Evaluation.

<https://www.healthdata.org/institute–health–metrics–and–evaluation>.

6. Mental Health and COVID–19: Early evidence of the pandemic’s impact: Scientific brief, 2 March 2022.

https://www.who.int/publications–detail–redirect/WHO–2019–nCoV–Sci_Brief–Mental_health–2022.1.

7. Sekkat F–Z, Belbachir S.

La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis. L’information psychiatrique 2009;85:605–10. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8507.0605>.

8. Asouab F, Agoub M, Kadri N, Moussaoui D, Rachidi S, Toufiq J.

PREVALENCES DES TROUBLES MENTAUX DANS LA POPULATION GENERALE MAROCAINE 2005:38.

9. Daniel M. Hausmann,

Perspectives en biologie et médecine, Volume 62, Numéro 4, Automne 2019, pp. 778–784.

10. Pr Baillet

Cancérologie Niveau DCEM3 (2002 – 2003) Service de radiothérapie – Mise à jour: 5 octobre 2015 Université Pierre et Marie Curie.

11. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.

Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2021; 71:209–49.

<https://doi.org/10.3322/caac.21660>.

12. Organisation mondiale de la santé (OMS).

Estimations de la santé mondiale 2020 : Décès par cause, âge, sexe, par pays et par région, 2000–2019. OMS; 2020. Consulté le 11 décembre 2020. [who.int/data/gho/data/themes/mortalityandglobal–health–estimates/gheleadingcauses–of–death](https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortalityandglobal–health–estimates/gheleadingcauses–of–death)

13. Registre des cancers de la région du Grand Casablanca.

https://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/RCRGC.pdf

14. IARC_50years.

Dépistage et diagnostic précoce du cancer. <http://publication.iarc.fr>

15. Signes précurseurs de cancer –

Cancer. Manuels MSD pour le grand public.

<https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/cancer/pr%C3%A9sentation-des-cancers/signes-pr%C3%A9curseurs-de-cancer>

16. Cancer : le diagnostic | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer.

<https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-le-diagnostic-cancer>.

17. Labtest – Marqueurs tumoraux .

<http://www.labtestsonline.fr/tests/TumorMarkers.html>

18. bull603sept2019.

<https://www.iaea.org/sites/default/files/bull603sept2019>

19. cancer-les-différents-types-de-traitement.

Centre de Cancérologie de la Porte de Saint-Cloud | Glossaire (ccpsc.fr)

20. traitements-cancers-2011-06_0.

https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/traitements-cancers-2011-06_0

21. Rémission et guérison du cancer | Pact Onco.

<https://www.pactonco.fr/remission-et-guerison-du-cancer>

22. LNCC. SOR « Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer ».

Guide d'information et de dialogue à l'usage des proches de personnes malades. Janvier 2005.

23. Holland J, Rowland J (1989)

Manuel de psycho-oncologie. Oxford University Press, New York Hungerbuehler I.

24. Singer S.

Psychosocial Impact of Cancer. In: Goerling U, Mehnert A, editors. Psycho-Oncology, vol. 210, Cham: Springer International Publishing; 2018.

25. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N,

Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des troubles de l'adaptation dans les milieux de soins oncologiques, hématologiques et palliatifs : une méta-analyse de 94 études basées sur des entretiens. *Lancette Oncol* 2011,12 :160-174

26. Härter M, Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburg A, Weis J,

Troubles psychiatriques et facteurs associés au cancer : résultats d'une étude par entretiens avec des patients en traitement hospitalier, de réadaptation et ambulatoire. *Eur J Cancer* 2001,37:1385-1393.

27. Épisode dépressif: les critères diagnostiques.

Psychiatre Paris TCC, TIP, EMDR, American Psychiatric Association: DSM-V development, Major depressive episode. www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=427,

28. Reich M.

La dépression en oncologie. *Cancer/Radiothérapie* 2010;14:535-8.
<https://doi.org/10.1016/j.canrad.2010.06.003>.

29. Labisi O.

Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 2006;24:43-50.

30. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF.

Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry* 1990;147:1498-503.

31. Rhondali W, Chirac A, Celles L, Filbet M.

Dépression et cancer en phase avancée: concordance entre différentes stratégies de dépistage. *Bull Cancer* 2014; 101 : 137-43.doi: 10.1684/bdc.2014.1897.

32. M. Reich,

La dépression en oncologie Depression in oncology © 2010 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS.

33. Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A,

Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol* 5:466-75

34. Oerlemans MEJ, van den Akker M, Schuurman AG, et al,

A meta-analysis on depression and subsequent cancer risk. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 3:29

35. Satin JR, Linden W, Phillips MJ,

Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a metaanalysis. *Cancer* 115:5349-61

36. Lemogne C.

III-Dépression et cancers: facteur de risque ou perte de chance? *Psycho Oncologie* 2010;4:281-2. <https://doi.org/10.1007/s11839-010-0292-4>.

37. Boesen EH, Johansen C,

Impact of psychotherapy on cancer survival: time to move on? *Curr Opin Oncol* 20:372-7

38. Lemogne C, Consoli SM,

Dépression et cancer : le mythe à l'épreuve de l'épidémiologie. *Psycho-oncologie* 4:22-7

39. Harrison NA, Brydon L, Walker C, et al,

Inflammation causes mood changes through alterations in subgenual cingulate activity and mesolimbic connectivity. *Biol Psychiatry* 66:407-14

40. Irwin MR, Miller AH,

Depression and risk of cancer progression: an elusive link. *J Clin Oncol* 2007;25:2343-4.

41. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM.

- Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999;354:1331-6.
- 42. Somerset W, Stout SC, Miller AH, Musselman D.**
Breast cancer and depression. *Oncology* 2004;18:1021-34.
- 43. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et coll.**
Comparative efficacy and acceptability of 12 new generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009; 373(9665):746-58.
- 44. Grassi L, Nanni MG, Rodin G, Li M, Caruso R.**
The use of antidepressants in oncology: a review and practical tips for oncologists. *Ann Oncol* 2018;29:101-11. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx526>.
- 45. Pae CU, Kim YJ, Won WY, Kim HJ, Lee S, Lee CU, Lee SJ, Kim DW, Lee C, Min WS, Kim CC, Paik IH, Serretti A.**
La paroxétine dans le traitement des patients déprimés atteints d'hémopathies malignes : une étude en ouvert. *Hum Psychopharmacol.* 2004;19(1):25-9.
- 46. Morrow GR, Hickok JT, Roscoe JA, Raubertas RF, Andrews PL, Flynn PJ, Hynes HE, Banerjee TK, Kirshner JJ, King DK ;**
Programme d'oncologie clinique communautaire du centre de cancérologie de l'Université de Rochester. Effets différentiels de la paroxétine sur la fatigue et la dépression : un essai randomisé en double aveugle du programme d'oncologie clinique communautaire du centre de cancérologie de l'Université de Rochester. *J Clin Oncol.* 2003;21(24):4635-4641
- 47. Holland JC, Romano SJ, Heiligenstein JH, Tepner RG, Wilson MG.**
Un essai contrôlé de fluoxétine et de désipramine chez des femmes déprimées atteintes d'un cancer avancé. *Psychooncologie.* 1998;7(4):291-300.
- 48. Razavi D, Allilaire JF, Smith M, Salimpour A, Verra M, Desclaux B, Saltel P, Piollet I, Gauvain-Piquard A, Trichard C, Cordier B, Fresco R, Guillibert E, Sechter D, Orth JP, Bouhassira M , Mesters P, Blin P.**
L'effet de la fluoxétine sur les symptômes d'anxiété et de dépression chez les patients cancéreux. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;94(3):205-10.
- 49. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF 3e.**
L'efficacité de la psychothérapie et de la pharmacothérapie dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux : une méta-analyse de comparaisons directes. *Psychiatrie mondiale.* 2013;12:137-48.
- 50. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF 3e.**
Ajouter une psychothérapie aux antidépresseurs dans la dépression et les troubles anxieux : une méta-analyse. *Psychiatrie mondiale.* 2014;13:56-67.
- 51. Meyer TJ, Mark MM.**
Effets des interventions psychosociales auprès de patients adultes atteints de cancer : une méta-analyse d'expériences randomisées. *Santé Psychologique* 1995 ;14:101-108.
- 52. Osborn RL, Dmoncada AC, Feuerstein M.**
Interventions psychosociales pour la dépression, l'anxiété et la qualité de vie des survivants du cancer. *Int J Psychiatrie Med* 2006 ;36: 13-34.
- 53. Palazzolo J.**
De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique. *Le Journal des psychologues* 2019;369:72-7. <https://doi.org/10.3917/jdp.369.0072>.
- 54. Mini DSM-IV-TR critères diagnostiques.**
-

Issy-lesMoulineaux: Elsevier Masson; 2011.

55. Crocq MA, Guelfi JD.

DSM 5.Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

56. guide_medecin_troubles_anxieux.

<https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/anxiety-guide-fr.pdf>

57. Die Trill M.

Anxiety and sleep disorders in cancer patients. European Journal of Cancer Supplements 2013;11:216-24. <https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.009>.

58. Breitbart W.

Identification des patients à risque et traitement des complications psychiatriques majeures du cancer. Soins de soutien Cancer 1995;3:45-60

59. Lerman C, Kask K, Stefanek M.

Jeunes femmes à risque accru de cancer du sein : risque perçu, bien-être psychosocial et comportement de surveillance. J Natl Cancer Inst Monogr 1994;16:171-6

60. Partridge A, Adloff K, Blood E, et al.

Perceptions du risque et résultats psychosociaux des femmes atteintes d'un carcinome canalaire in situ : résultats longitudinaux d'une étude de cohorte. J Natl Cancer Institute 2008;100:243-51

61. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC.

Agoraphobie, phobie simple et phobie sociale chez les cancéreux.

62. Jenkins R, Bebbington P, Brugha TS, et al.

Enquête britannique sur la morbidité psychiatrique. Br J Psychiatry 1998;173:4-7.

63. Nicolas DR.

Effets secondaires émotionnels du cancer : distinguer la détresse normale des troubles mentaux (brochure). Muncie (IN): Ball Memorial Hospital et Ball State University; 2008.

64. Zigmond AS, Snaith RP.

L'échelle hospitalière d'anxiété et de dépression. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-70.

65. Derogatis LR, Melisaratos N.

Le bref inventaire des symptômes : un rapport introductif. Psychol Med 1983;13:595-605.

66. McNair DM, Lorr M, Droppleman LF.

Manuel du profil des états d'humeur. San Diego (CA) : Service d'essais éducatifs et industriels ; 1992.

67. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE.

Manuel pour l'Inventaire d'anxiété de trait d'état (STAI). Palo Alto (CA) : Consulting Psychologists Press ; 1970.

68. Ransom S, Jacobsen PB, Booth-Jones M.

Validation du thermomètre de détresse chez les patients transplantés de moelle osseuse. Psycho-oncologie 2006;15:604-12.

69. Brennan J.

Adaptation au cancer - adaptation ou transition personnelle ? Psycho-oncologie 2001 ; 10 : 1-18

70. Holland JC, Morrow G, Schmale A, et al.

Un essai clinique randomisé comparant l'alprazolam à la relaxation musculaire progressive chez des patients cancéreux présentant des symptômes anxieux et dépressifs. *J Clin Oncol* 1991;9:1004–11.

71. Tesfalem Lukas,

Prevalence of depression and its determinants in cancer patients at Tikur Anbessa Specialized Hospital /Addis Ababa University Addis Ababa, Ethiopia November, 2017.

72. Novin Nikbakhsh (MD) – Sussan Moudi (MD) *- Setareh Abbasian – Soraya Khafri (PhD)

Prevalence of depression and anxiety among cancer patients / *Caspian J Intern Med* 2014; 5(3): 167–170 (Babol, en Iran).

73. Anish Khalil, et al.

Prevalence of Depression and Anxiety amongst Cancer Patients in a Hospital Setting: A Cross-Sectional Study. Islamabad, Pakistan. Received 14 May 2016; Revised 17 July 2016; Accepted 7 August 2016

74. Yang Y-L, Liu L, Wang Y, Wu H, Yang X-S, Wang J-N, et al.

The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2013;13:393. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-393>.

75. Wen Gu¹, et al

La dépression et son impact sur la qualité de vie liée à la santé chez les patients chinois atteints de cancer du poumon / Institut de recherche sur la santé mentale de Shenzhen, Shenzhen Kangning Hôpital, province du Guangdong, Chine. September 18, 2017.

76. Tim Julian .Hartung .

The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. Article in *European journal of cancer* (Oxford, England: 1990) 72:46–53 · February 2017 with 138 Reads DOI: 10.1016/j.ejca.2016.11.017 University of Leipzig

77. Rajae EL KILALI,

Thèse, Dépression et cancer du sein: Prévalence et facteurs associés (Étude Transversale à propos de 100 CAS) 2018.

78. Wang Y, Mei C, Fu Y, Yue Z, Jiang Y, Zhu J.

Anxiety and depression among Tibetan inpatients with cancer: a multicenter investigation. *Ann Palliat Med* 2020;9:3776–84. <https://doi.org/10.21037/apm-20-1721>.

79. Miaskowski C.

Gender Differences in pain, fatigue, and depression in patients with cancer. *Journal of National Cancer Institute Monographs*. 2004; 32:139–143.

80. Domogauer N.

Colangelo R, Aggarwal. Étude de la dépression totale et non diagnostiquée dans une population de patients cancéreux dans un centre de cancer urbain. 2017

81. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y

Major Depression, Adjustment Disorders, and Post-Traumatic Stress Disorder in Terminally Ill Cancer Patients: Associated and Predictive Factors
J Clin Oncol. 2004. vol 22;10

- 82. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, OShea F, Kuhl D, Fainsinger RL, Clinch JJ**
Depression and anxiety disorders in palliative cancer care
Journal of Pain and Symptom Management. 2007; vol33; N2
- 83. Heide Gotze, Michel, Friedrich, Sabine Taubenheim, Andréas Dietz, Florian Lordick, Anja Mehnert,**
Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. 2020
- 84. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D.**
Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. J Affect Disord 2012;141:343-51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>.
- 85. Akizuki N, Shimizu K, Asai M, Nakano T, Okusaka T, Shimada K, et al.**
Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study. Jpn J Clin Oncol 2016;46:71-7.
<https://doi.org/10.1093/jjco/hyv169>.
- 86. Ciaramella A, Poli p ;**
Assesment of depression among cancer patients : the role of pain, cancer type and treatment P O. 2001; 10: 156-165
- 87. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee P-J, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, Muderspach L, Russell C ;**
Depression, Correlates of Depression, and Receipt of Depression Care Among LowIncome Women With Breast or Gynecologic Cancer J Clin Oncol. 2005 may; vol 23; N 13
- 88. H. Errihani · H. M'rabti · S. Ahid · N. Ahbeddou.**
Troubles psychiatriques et cancer : pour une approche globale et multidimensionnelle.
Reçu le 10 août 2010 ; accepté le 10 septembre 2010
- 89. Tarwate. Mariam,**
Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer, thèse n=6, au Maroc (Marrakech), soutenue en 2008.
- 90. Yun YH, Kim SH, Lee KM, Park SM, Kim YM**
Age, sex, and comorbidities were considered in comparing reference data for healthrelated quality of life in the general and cancer populations J C Epidemiology. 2007; 60: 1164-1175.
- 91. WA. Bardwell, L Natarajan, JE. Dimsdale, CL. Rock, JE. Mortimer, K Hollenbach, JP. Pierce**
Objective Cancer-Related Variables Are Not Associated With Depressive Symptoms in Women Treated for Early-Stage Breast Cancer
J Clin Oncol. 2006; vol 24; N16
- 92. Perdrizet-Chevallier C , Reich M, Lesur A**
Anxiety and Mood Disorders and Gynaecologic Cancer Patients European Psychiatry. 2007; 22: 482-483
- 93. Eliza M Park et al ;**

Anxiety and Depression in Young Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *j.psym*.2018.01.007.

94. Aass N, Fossa SD, Dahl AA, Moe TJ

Prevalence of Anxiety and Depression in Cancer Patients Seen at the Norwegian Radium Hospital.

95. N. Ahbeddou et al,

Retentissement psycho-socio-économique du cancer. Maroc.

96. Funda Kavak Budak et al,

The Effect of Religious Belief on Depression and Hopelessness in Advanced Cancer Patients. *Journal of religion and health* 2021 Jan 3.

97. F. Sbaihi et al,

La prévalence de la dépression chez les patients atteints de cancer pris en charge à L'EPH de ROUIBA. Thèse en Algérie, soutenue en 2020.

98. Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS

Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome.

99. Dallaire-Habel S, Ouellet G, Thériault-Couture F, Massicotte V, Ivers H, Guimond A-J, et al.

La relation entre les pensées positives et négatives, les stratégies de régulation émotionnelle et la peur de récurrence du cancer. *Psycause : revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval* 2019;9:15-7. <https://doi.org/10.51656/psycause.v9i2.20146>.

100. Boehmke MM, Brown JK.

Prédicteurs de détresse liée aux symptômes chez les femmes atteintes de cancer du sein durant le premier cycle de chimiothérapie. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie* 2005;15:222-7.

101. Hong JS, Tian J.

Prévalence de l'anxiété et de la dépression et leurs facteurs de risque chez les patients cancéreux chinois. *Support Care Cancer* 2014; 22(2):453-9. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1997-y>.

102. Tan SM, Beck KR, Li H, Lim ECL, Krishna LKR.

Depression and anxiety in cancer patients in a Tertiary General Hospital in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry* 2014;8:33-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.10.002>.

103. Jacob L, Bleicher L, Kostev K, Kalder M.

Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices. *J Cancer Res Clin Oncol* 2016;142:447-52. <https://doi.org/10.1007/s00432-015-2048-5>.

104. Cardoso G, Graca J, Klut C, Trancas B, Papoila A.

Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine* 2016;21:562-70. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1125006>.

105. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, et al.

Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pac J Cancer Prev* 2018;19. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>.

106. Shim E-J, Lee JW, Cho J, Jung HK, Kim NH, Lee JE, et al.

Association of depression and anxiety disorder with the risk of mortality in breast cancer: A National Health Insurance Service study in Korea. *Breast Cancer Res Treat* 2020;179:491-8. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05479-3>.

107. Lan B, Jiang S, Li T, Sun X, Ma F.

Depression, anxiety, and their associated factors among Chinese early breast cancer in women under 35 years of age: A cross sectional study. *Current Problems in Cancer* 2020;44:100558. <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2020.100558>.

108. Baba N, Schrage T, Hartmann A, Baba K, Wuensch A, Schultze-Seemann W, et al.

Mental distress and need for psychosocial support in prostate cancer patients: An observational cross-sectional study. *Int J Psychiatry Med* 2021;56:51-63. <https://doi.org/10.1177/0091217420938896>.

109. Dung Viet Truong, Quyen Thi Tu Bui, Do Tri Nguyen, Jaleesa Moore,

Anxiety Among Inpatients With Cancer: Findings From a Hospital-Based Cross-Sectional Study in Vietnam 2019 n.d. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1073274819864641> (accessed October 8, 2022).

110. Villoria E, Lara L, Salcedo R, Villoria E, Lara L, Salcedo R.

Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas. *Revista Médica de Chile* 2021;149:708-15. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000500708>.

111. Obispo-Portero B, Cruz-Castellanos P, Jiménez-Fonseca P, Rogado J, Hernandez R, Castillo-Trujillo OA, et al.

Anxiety and depression in patients with advanced cancer during the COVID-19 pandemic. *Support Care Cancer* 2022;30:3363-70. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06789-3>.

112. Vin–Raviv N, Akinyemiju TF, Galea S, Bovbjerg DH.

Depression and Anxiety Disorders among Hospitalized Women with Breast Cancer. *PLoS ONE* 2015;10:e0129169. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129169>.

113. Geng H, Chuang D, Yang F, Yang Y, Liu W, Liu L, et al.

Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta–analysis. *Medicine* 2018;97:e11863. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>.

114. Anxiety and depression in glioma patients: prevalence, risk factors, and their correlation with survival .

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11845-020-02374-5> (accessed October 8, 2022).

115. Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Seah DSE, Schapira L, Come SE, et al.

Anxiety and Depression in Young Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross–Sectional Study. *Psychosomatics* 2018;59:251–8. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2018.01.007>.

116. Zhang L.

Anxiety and depression in recurrent gastric cancer: Their prevalence and independent risk factors analyses. *Medicine (Baltimore)* 2021;100:e28358. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028358>.

117. Tagay S, Senf W, Schöpfer N, Mewes R, Bockisch A, Görges R.

Protektive Faktoren für Angst und Depression bei Schilddrüsenkarzinompatienten. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie* 2007;53:62–74.

118. Costa G, Ballester R.

Influence des caractéristiques sociodémographiques et cliniques sur la qualité de vie et la détresse émotionnelle chez les patients atteints de cancer. *Psychooncologie* 2010 ; 7 (2–3): 453–62.

119. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, et al.

Évaluation de la dépression et de l'anxiété chez les patientes atteintes d'un cancer du sein : prévalence et facteurs associés. *Asian Pac J Cancer Prev* 2018 ; 19 (6): 1661–9. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>.

120. Kandasamy A, Chaturvedi S, Desai G.

Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer* 2011;48:55. <https://doi.org/10.4103/0019-509X.75828>.

121. Fisch MJ, Titzer ML, Kristeller JL.

Évaluation de la qualité de vie des patients ambulatoires atteints d'un cancer avancé : la précision des estimations des cliniciens et la pertinence du bien-être spirituel – une étude du Hoosier Oncology Group. *J Clin Oncol* 2003;21:2754–9

122. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W.

Effets du bien-être spirituel sur le désespoir de fin de vie chez les patients cancéreux en phase terminale. *Lancet* 2003;361:1603–7.

123. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D.

Mesurer le bien-être spirituel chez les personnes atteintes de cancer : la fonction Évaluation de la thérapie des maladies chroniques – Échelle de bien-être spirituel (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 2002;24:49–58.

124. Tavoli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S.

Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterol* 2007;7:28. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-7-28>.

125. Montazeri A, Tavoli A, Mohagheghi MA, Roshan R, Tavoli Z.

Disclosure of cancer diagnosis and quality of life in cancer patients: should it be the same everywhere? *BMC Cancer* 2009;9:39. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-9-39>.

126. Pitceathly C, Maguire P.

The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer* 2003; 39: 1517–1524.

127. Price MA, Butow PN, Costa DSJ, King MT, Aldridge LJ, Fardell JE, et al.

Prevalence and predictors of anxiety and depression in women with invasive ovarian cancer and their caregivers. *Med J Aust* 2010;193:S52–57. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03929.x>.

128. Matthews EE, Cook PF.

Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psychooncology* 2009; 18: 716–726

129. HAM- A.

HAM- A fr.pdf (sommeil-mg.net)

130. QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK.

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK (amiform.com)

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال بالذلا وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بالذلا رعايتي الطبية للقريب و

البعيد، للصالح والطالح، والصديق و العدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأن أكون أخا لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري و علانيتي، نقية مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

2022 أطروحة رقم 292

سنة

اضطرابات القلق والإكتئاب لدى مرضى السرطان

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/11/11

من طرف

السيد حمزة العلوي

المزداد في 14 ماي 1997 بمراكش

طبيب داخلي بالمستشفى الجامعي محمد السادس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

القلق - الإكتئاب - السرطان

اللجنة

الرئيس

إ. عدالي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

المشرف

ف. منودي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

م.أ. لفينتي

السيد

أستاذ مبرز في الطب النفسي

س. آيت بطهار

السيدة

أستاذة مبرزة في طب الأمراض التنفسية