



**Université A. Mira De Bejaia**

**Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales  
Département De psychologie et d'orthophonie**

***Mémoire de fin du cycle***

**En Vue De L'obtention Du Diplôme Master en psychologie clinique**

***Thème***

**L'anxiété chez les patients colostomisés  
Etude clinique de 04 cas au niveau de l'association des  
stomisés Iheddaden Bejaia**

***Réalisé par***

Mlle. MEDDOUR Nawal

Mlle. LOUAIL Hadjila

***Encadré par***

Dr. LAOUDJ Mabrouk

**Année universitaire : 2022/2023**

## **REMERCIEMENTS**

*Tous D'abord nous remercions Dieu tout puissant de nous avoir ouvert la voix pour atteindre ce stade scientifique. Et de nous avoir accordé le succès dans la réalisation de ce mémoire.*

*Nous souhaitons exprimer notre gratitude envers notre encadreur Mr LAOUDJ MEBROUK pour son soutien constant, et pour le président de l'association des stomisés IHEDDADEN Bejaia Mr RACHID MENSOURI et la psychologue pour ces conseils, son encouragements et tous le personnel.*

*Nous tenons également à remercier les membres du jury d'évaluation pour avoir pris le temps d'examiner notre mémoire.*

*Nous tenons à exprimer nos plus sincères remerciements à toutes les personnes qui nous ont soutenus tout au long de la rédaction de ce mémoire de fin d'études.*

*Un grand merci à nos professeurs, qui nous 'ont transmis leur savoir et leur passion pour la discipline tout au long de notre cursus universitaire.*

*Enfin, nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

## ***Dédicace***

*Je dédie ce travail avec grand amour et sincérité :*

*À mes parents, source de tendresse, de noblesse et d'affection puisse cette étape pour vous un motif de satisfaction.*

*Mes petits frères et mes sœurs que j'aime beaucoup, spécialement mes deux sœurs Louna et Liza, je les remercie infiniment pour leurs aide.*

*A mes petites nièces, et à tous les membres de ma famille.*

*À toutes mes copines.*

*À ma binôme Hadjila.*

*Et à tous mes camarades de la promotion 2022/ 2023.*

***Nawal***

## ***Dédicace***

*C'est avec un grand plaisir que je dédie ce travail :*

*À ceux qui, quels que soient les termes embrassés, je n'arrivais jamais à leur exprimer mon amour sincère*

*Mes chers parents, Ma précieuse offre de dieu*

*A mon unique frère Fouad*

*A mes adorables sœurs Lydia, Amina, Aya*

*A mon cher fiancé Saber qui n'a pas cessé de me conseiller, m'encourager. Merci de m'aider et surtout de me supporter*

*A mes grands-mères, mes adorables cousins et cousines, mes oncles, mes tantes particulièrement Tata Razika que j'aime beaucoup*

*À ma binôme Nawal*

*A Tounes & Maïssa et à tous mes amis qui m'ont toujours encouragée*

***Hadjila***

## Liste des abréviations

Abréviation	L'intitulé
OMS	Organisation mondiale de la santé
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
INCA	Institut national du cancer
CCR	Cancer colorectaux
HAS	Haute autorité de santé

## Listes des figures :

Figures	Titre	Page
Figure n°1	Les différentes étapes de la digestion	23
Figure n°2	Les différents segments du colon	24
Figure n°3	Les différentes couches de la paroi du colon	25
Figure n°4	Anatomie du colon	25
Figure n°5	Colostomie terminale	31
Figure n°6	Colostomie latérale	31
Figure n°7	Les types de la colostomie	32
Figure n°8	Les principaux éléments de l'appareillage	35
Figure n°9	Type d'appareillage	36

**Liste des tableaux :**

Numéro du tableau	Titre	Page
Tableau n°1	Tableau récapitulatif des caractéristiques du choix de la population	45
Tableau n°2	Résultat d'échelle d'anxiété du cas n°01	53
Tableau n°3	Résultat d'échelle d'anxiété du cas n°02	55
Tableau n°4	Résultat d'échelle d'anxiété du cas n°03	59
Tableau n°5	Résultat d'échelle d'anxiété du cas n°04	61
Tableau n°6	Le degré d'anxiété de la population d'étude	63

## Liste des abréviations

## Listes des figures

## Liste des tableaux

## Introduction générale .....2

## Le cadre générale de la problématique

1. Problématique.....	5
2. Hypothèse.....	7
3. L'objectif de l'étude.....	7
4. Choix du thème.....	8
5. Objectif de choix du thème et les difficultés rencontrées.....	8
6. Définitions des concepts clés.....	8
7. Opérationnalisation des concepts.....	8

## PARTIE THÉORIQUE.

### CHAPITRE I : L'anxiété.

Préambule.....	12
1. Définition de l'anxiété.....	12
2. La symptomatologie anxieuse .....	12
2.1. Le registre psycho-porte mental.....	12
2.2. Symptômes somatique.....	13
3. Distinction entre anxiété, angoisse, stress et peur .....	14
3.1. Anxiété et angoisse.....	14
3.2. Anxiété et stress.....	15
3.3. Anxiété et peur .....	15
4. Les états anxieux.....	15
4.1. L'anxiété état.....	15
4.2. L'anxiété trait.....	15
5. L'anxiété du normal au pathologie.....	15
6. Les différentes formes cliniques.....	16
6.1. Troubles anxieux généralisés (TAG).....	16
6.2. Troubles de panique.....	16
6.3. La phobie sociale.....	16
6.4. La phobie spécifique .....	17



7. Les approches théoriques de l'anxiété.....	17
7.1. La théorie cognitive-comportementale.....	17
7.2. La théorie psychanalytique.....	18
7.3. Le model biologique.....	18
8. Le traitement de l'anxiété.....	18
8.1. Le traitement non médicamenteux.....	19
8.1.1. Les thérapies cognitives comportementales.....	19
8.1.2. La relaxation.....	19
8-2. Le traitement médicamenteux.....	20
9. Anxiété et cancer.....	20

## **CHAPITRE II : Cancer colorectal.**

Préambule.....	23
1. Anatomie de tube digestif.....	23
1.1 .Le colon.....	23
1.2. Le rectum.....	25
2. Cancer.....	26
3. Cancer colorectal.....	26
3.1. Épidémiologie.....	26
4. Les symptômes du cancer colorectal.....	26
5. Facteur du risque dépistage.....	27
6. Diagnostic du cancer colorectal.....	27
7. Traitement du cancer.....	28
7.1. La chirurgie.....	28
7.2. La radiothérapie.....	28
7.3. La chimiothérapie.....	28
7.4. Les thérapies ciblées.....	29
Conclusion.....	29

## **CHAPITREIII : Généralités La colostomie.**

Préambule.....	31
1. Définition de la colostomie.....	31
2. Types de la colostomie.....	30

2.1. La colostomie terminale.....	30
2.1.1. Colostomie temporaire.....	31
2.1.2. Colostomie permanente ou définitif.....	32
2.2. La colostomie latérale.....	32
3. Emplacement de la colostomie.....	32
3.1. La colostomie sigmoïde.....	32
3.2. La colostomie transversale.....	33
3.3. La colostomie droite.....	33
3.4. La colostomie descendante.....	33
4. Les complications des colostomies.....	33
4.1. Les complications précoces.....	33
4.2. Les complications tardives.....	33
5. Les indications de la colostomie.....	34
5.1. La colostomie temporaire.....	34
5.2. La colostomie définitive.....	34
6. Irrigation colique.....	34
6.1. Définition.....	34
6.2. Principe et but.....	34
6.3. Les conditions pour pratiquer l'irrigation.....	34
7. L'appareillage de la colostomie.....	35
7.1. Généralités et choix de l'appareillage.....	35
7.2. Préservation de différents types de poche.....	36
7.3 Les différents types d'appareillage.....	36
8. Les conséquences sur le patient colostomisé.....	36
8.1. Les conséquences physiques.....	37
8.2. Les conséquences psychologiques.....	37
8.3. Les conséquences sociales.....	38
Conclusion.....	39

## **PARTIE PRATIQUE**

### **CHAPITRE IV: Méthodologie de recherche.**

Préambule.....	42
----------------	----

1. Les méthodes utilisées.....	42
1.1. La méthode clinique.....	42
1.2. L'étude de cas.....	43
2. La pré-enquête.....	43
3. Présentation de lieu de recherche.....	43
3.1. Les objectifs de l'association.....	44
3.2. Le corps technique de l'association.....	44
4. La population d'étude et les caractéristiques du choix.....	44
5. Les techniques de recherche.....	45
5.1. L'entretien semi directif.....	45
5.2. L'échelle d'Hamilton de l'évaluation de l'anxiété.....	46
5.2.1. Définition de l'échelle.....	46
5.2.2. La présentation de l'échelle.....	46
5.2.2. Mode de passation de l'échelle d'Hamilton.....	46
Conclusion.....	49

## **CHAPITRE V : Analyses des cas et discussion hypothèses**

Préambule.....	51
1. Présentation et analyse des cas .....	51
1.1. Présentation et analyse des résultats du cas N°1.....	51
1.2. Présentation et analyse des résultats du cas N°2.....	54
1.3. Présentation et analyse des résultats du cas N°3.....	57
1.4. Présentation et analyse des résultats du cas N°4.....	60
2. Discussion d' hypothèses.....	62

<b>Conclusion générale</b> .....	<b>66</b>
----------------------------------	-----------

## **La bibliographie**

## **Annexe**

# *Introduction*

Avec près de 45000 nouveaux cas et 18000 décès par an. Le cancer colorectal se place au 3eme rang des cancers les plus fréquents. Il reste le second le plus meurtrier en France. Cependant, malgré ces chiffres, le cancer colorectal est encore bien souvent méconnu de la population générale, et malheureusement, lorsqu'il est diagnostiquée tardivement il implique alors des traitements lourds comme une chirurgie pouvant la nécessité, la réalisation d'une Stomie.

L'être humain est constamment confronté à divers problèmes et dangers qui affectent son intégrité physique et mental, son bien-être et nuire à sa santé. Par conséquent des maladies, qu'il affecte : le cancer (cancer colorectal), qui nécessite une intervention chirurgicale et propose comme solution la réalisation du sommier définitif ou temporaire. Cette intervention est éprouvante physiquement et psychiquement pour le patient qui doit gérer au quotidien les conséquences de l'intervention qu'il subit.

Les patients potentiels atteints d'une colostomie se sentent mal à l'aise et se retrouvent confrontés a divers difficultés psychologiques lorsque la nécessité d'une opération de colostomie est annoncé tel que l'anxiété qui est le sujet de notre recherche. La notion d'anxiété associé à la colostomie revêt en effet une importance fondamentale dans notre société, se manifeste par de l'inquiétude, un manque de sommeil, l'irritabilité, l'angoisse ...etc.

L'anxiété est une maladie fréquente qui peut se présenter sous différentes formes comme l'anxiété généralisée, les phobies, les troubles de panique. Les troubles anxieux correspondent à des sentiments tout à fait normaux et sont le plus souvent liés à des difficultés passagères de la vie et ils peuvent perturber considérablement la vie quotidienne, qu'il s'agisse de la vie affective, familiale, professionnelle ou sociale. Pour enrichir les idées que nous avons abordées précédemment, nous avons suivi le plan de travail suivant.

-Le thème de notre recherche est L'anxiété chez les colostomisés. Notre étude s'est concentrée sur le lien possible entre la colostomie et son impact sur l'anxiété chez 4 personnes adultes atteintes de cette pathologie grave. Quant à la méthode d'enquête, nous avons adopté la méthode de l'entretien semi-directif et l'échelle d'anxiété d'Hamilton.

-Partie théorique : Divisée en 3 chapitres.

-Le premier chapitre (variables dépendantes) qui est l'anxiété et la symptomatologie anxieux et les différentes approches théoriques qui Comprennent tous les concepts ayant un rapport

avec cette variable .On a approuvé avec quelques définitions telles que l'anxiété, angoisse, peur, stress.

-Le deuxième chapitre intitulé le cancer colorectal, il est focalisé sur la présentation de ce dernier, le diagnostic, le dépistage, les facteurs de risques ainsi, le traitement.

-Le troisième chapitre réservé à la première variable indépendante qui est la colostomie, aspect médical et aspect psychologique, dans lequel nous avons présenté la définition de la stomie et la colostomie. Ainsi, les types et l'emplacement de la stomie dans l'abdomen, les complications précoces et tardives qui touchent le patient. C'est après cela qu'on a élargi dans les soins et les appareillages utilisés par les stomisés et leur l'impact psychologique sur les colostomisés.

-La partie pratique comprend 2 chapitres :

-Le 4eme chapitre dans lequel nous allons présenter la pré enquête, la méthode utilisé dans notre recherche et le lieu de recherche dont nous avons effectué notre stage pratique à l'association des Stomisés de Bejaïa ainsi, les critères de notre population et les caractéristiques de choix de ce dernier. Et enfin les techniques utilisées telles que l'entretien clinique et semi directif et l'échelle spécifique destinée à mesurer le degré de l'anxiété chez les personnes y ont une colostomie.

-Le 5eme chapitre comprend la présentation et l'analyse, ainsi les entretiens cliniques effectués sur notre population d'études, cas par cas. Ce qui nous a permis de vérifier nos hypothèses, ainsi, la présentation et l'analyse de l'échelle d'Hamilton de l'anxiété.

Ainsi, nous avons utilisé la psychothérapie de la relaxation de Jacobson Pour les patients diagnostiqués avec une anxiété pathologique. Qui était pour but d'adopter un état de soulagement aux patients et diminuer leur degré d'anxiété.

Enfin, nous avons achevé notre étude par une conclusion englobant tous les objectifs tracés tout au long de notre recherche Suivez d'une liste Bibliographique et des annexes.

*Le cadre général de la  
problématique*

## 1. Problématique

La maladie est à l'origine d'une atteinte de l'intégrité du patient, d'une gêne à l'exercice normal de sa vie, elle entraîne une rupture de l'équilibre antérieur laquelle le patient doit s'adapter ; cette adaptation mobilise une quantité de l'énergie psychique et physique du patient.

Ainsi, la maladie est susceptible de déclencher chez l'individu un certain nombre de réactions variables selon sa personnalité, sa représentation imaginaire et la présentation collective de la maladie. Parmi ces maladies on trouve le cancer qui demeure un problème majeur de santé publique.

Le mot cancer est un terme générique désignant un large groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes et néoplasme, l'un des traits caractéristiques du cancer est la multiplication rapide de cellules anormales à la croissance inhabituelle, qui peuvent ensuite envahir des parties voisines de l'organisme, puis migrer vers d'autres organes.

Selon l'OMS. Il existe plusieurs facteurs qui aident l'évolution de la pathologie cancéreuse on trouve les facteurs biologiques (hormonaux neuro-immunologique, génétique), les facteurs événementiels (Exposition des agents microbiens, chimique...), Les facteurs Sociaux et Culturels (habitudes de vie alimentaires...), et les facteurs psychologiques (attitude à l'égard des conduites préventives, participation à des stratégies de dépistage, comportement additif). Donc la psycho-oncologie s'inscrit dans une approche bio psychosociale de la maladie cancéreuse (**Patrick. B, 2008, p 28**).

Il existe de nombreux types de cancer. Le cancer n'est pas seulement une maladie. Il peut commencer dans les poumons, dans un Sein, Dans le sang ou dans le côlon. Les divers types de cancer se ressemblent dans certaines façons mais ils se différencient par leur façon de se développer et de se propager.

Parmi ces types de cancer on prend le cancer colorectal qui est notre sujet de recherche. Le cancer du colorectal est une maladie des cellules qui tapissent l'intérieur du côlon ou du rectum. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique, à la suite d'une mutation. Il met du temps à se développer et peut être efficacement pris en charge grâce à un dépistage précoce. C'est une maladie des cellules qui tapissent l'intérieur du côlon ou du rectum. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique, à la suite d'une



mutation. Il met du temps à se développer et peut être efficacement pris en charge grâce à un dépistage précoce.

Parmi les symptômes anxieux selon le DSM 5 on trouve : perturbation de sommeil, la fatigue, l'irritabilité ; agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, difficulté de concentration où trous de mémoire, des crises de larmes...etc.

En France, le cancer colorectal représente 15% de l'ensemble des cancers avec plus de 37000 nouveau cas par an selon. C'est un des cancers les plus fréquents avec le cancer de la prostate chez l'homme et celui du sein chez la femme, ce type de cancer est aussi plus fréquent chez les hommes que les femmes.

Environ de 40% de ces cancers touchent le rectum, 60% le côlon où la localisation principale est le Sigmoidé. L'incidence est en augmentation régulière de 4% d'une année à l'autre selon une estimation faite dans le département de la côte d'Or.

La période 2003/2007, le cancer colorectal a fait en moyenne chaque année 8690 victimes chez les hommes et 7740 chez les femmes. Le taux de mortalité du cancer colorectal a diminué à 21% en 20 ans. Les personnes âgées de 50 ans et plus réunissent à elles seules près de 95% des nouveaux cas estimés en 2010 (49% pour les personnes âgées entre 50 et 74ans), selon INCA, 2010.

Le diagnostic est estimé à l'âge de 70 ans chez l'homme et 73 ans chez la femme en 2015. Quatre homme sur 100 et trois femmes sur 100 risquent de développer un cancer du côlon rectum au cours de leurs vie jusqu'à 74 ans, selon INCA, 2010.

Le traitement du cancer colorectal se fait en fonction du stade et du patient, on a la prise en charge chirurgicale on prend exemple d'une nécessité d'une stomie ou la pratique d'une colostomie qui est notre sujet de recherche. Donc cette dernière consiste à aboucher un segment du côlon à la peau cette dérivation peut être temporaire ou définitive. La fréquence de cette opération a diminué au cours des dernières années grâce au progrès de la chirurgie conservatrice, qui permet la réalisation d'anastomoses colorectales très basses, d'anastomoses colo- anales avec ou sans réservoirs coliques compensant partiellement la perte du rectum. Dans l'idéal, la stomie doit siéger à distance des reliefs osseux, des plis cutanés et des cicatrices de façon à permettre une bonne adaptation de la poche Collective par la suite. Il faut adapter le lieu en fonction de la morphologie et de l'adiposité du patient. Face à la maladie cancéreuse, le colostomisé doit adopter de nouvelles conditions de vie face à des nouvelles situations. faire de déni souffrance, d'anxiété, les représentations de la mort et de souffrance, si active chez le patient et son entourage encore aujourd'hui s'explique par le fait

que cette pathologie Particulièrement pré investie Affectivement et cognitivement. L'anxiété est un état émotionnel qui possède la qualité subjective, expérimentez de la peur ou d'une émotion très proche. L'anxiété et considérer comme étant des émotions tel que la peur et la panique, les quelles Sont fonctionnement associé à la confrontation présente et immédiate avec le danger, et non simplement à la détection À l'anticipation et à la préparation au danger (**Graziani.P, 2003, p, 12,13**).

D'un point de vue plus cognitif, l'anxiété et présente là où le sujet perçoit un danger ou une menace. Elle est le produit de l'évaluation cognitive et correspond à un ensemble de cognition et affects face à une situation menaçante : sentiment d'appréhension, perception d'un danger imminent, activation de divers systèmes psychophysiologique. (**Graziani. P, 2003, p, 10**). Cette étude épidémiologique a montré que le trouble psychopathologique tel que l'anxiété sont souvent associés aux maladies organiques et cancéreuses.

Ce dernier nous a mené à poser la question suivante :

- Est-ce que les colostomisés manifestent de l'anxiété ?

## **2. Hypothèse :**

« L'hypothèse est une réponse provisoire à la question probablement posé ».

Afin de répondre à la question posée dans cette recherche nous avons formulé une hypothèse qui nous facilitera notre enquête comme suivant :

Les colostomisés manifestent de l'anxiété.

Les colostomisés ne manifestent pas de l'anxiété.

## **3. L'objectif de l'étude :**

L'objectif principal de notre recherche est de :

- Décrire la souffrance psychologique, physique et sociale de nos patients ayant la colostomie. Ainsi de leur proposer des solutions pour prévenir l'anxiété.
- Evaluer le degré de l'anxiété de nos patients.

## **4. Choix du thème :**

Les raisons qui nous a motivés à choisir ce thème qui est « l'anxiété chez les colostomisés » sont :

- Déterminer l'impact psychologique de la colostomie.
- L'importance des deux variables (anxiété/ colostomie) dans l'actualité.
- Nous avons constaté un réel manque de recherches sur l'anxiété chez les colostomisés, ce qui nous à inciter à aborder ce sujet dans l'optique d'apporter des nouvelles idées.
- La disponibilité des cas grâce auquel nous pouvons infirmer ou confirmer nos hypothèses de recherche.

### **5. Objectif de choix du thème et les difficultés rencontrés :**

Le but de notre recherche et de décrire la souffrance psychologique, physique et sociale de nos patients ayant la colostomie. Ainsi de leur proposer des solutions pour prévenir l'anxiété, ainsi d'évaluer le degré de l'anxiété de nos patients.

Nous avons eu des difficultés concernant la documentation de chapitre de la colostomie en particulier, ainsi le temps passer d'avoir un lieu de stage.

### **6. Définitions des Concepts clé :**

- **Cancer colorectal** : est une tumeur maligne de la muqueuse du colon ou du rectum
- **Colostomie** : C'est une opération chirurgicale qui est réalisée quand une partie du côlon doit être retirée (ablation ou résection) chez les personnes atteintes de cancer ou de maladie inflammatoire de l'intestin. Elle consiste à relier, à raccorder, la paroi du côlon à celle de l'abdomen et à la coudre.
- **L'anxiété** : État de trouble psychique causé par la crainte d'un danger.

### **7. Opérationnalisation des concepts :**

- Anxiété :
  - Irritabilité
  - Tristesse
  - Agitation
  - Sentiment d'insécurité
  - Sentiment de danger
  - Peur
  - inhibition
- Cancer colorectal

- Constipation ou diarrhée
- Douleurs abdominales
- Perte du poids
- Les saignements dans les selles
- La fatigue
  - Colostomie
- Faible débit de la stomie ou constipation
- Nausées
- Vomissement
- Sensation de ballonnement
- Sécheresse de bouche

## *Partie Théorique*

*Chapitre I :*  
*L'anxiété*

## **Préambule**

L'anxiété est un affect, une émotion, comme le sont aussi la tristesse ou la joie. Autant vécues dans le registre psychique que sur le plan corporel, les émotions font partie intégrante de l'existence humaine.

A travers ce chapitre nous allons se focaliser sur les définitions de certains concepts et leurs contexte théorique par rapport a notre thème de recherche, afin de mieux cerner notre sujet d'investigation qui est l'anxiété.

### **1. Définition de l'anxiété**

Selon Freud, l'anxiété résulte d'un conflit mental. Ce serait comme une « transformation toxique » de nos énergies, d'une qui a besoin de certaines choses qui ne peuvent ni être atteintes ni satisfaites. Egaleme nt d'obsession que nous cachons souvent et qui véhiculent en nous des peurs injustifiés ou même l'ombre persistante de certains traumatismes enfouis.

L'OMS définit l'anxiété comme : « le sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi, voire d'anéantissement ».

L'anxiété état affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité, de trouble diffus. Souvent employé comme synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencier par l'absence de modifications psychologiques( sensation d'étouffement, sueurs, accélérations du poules...), qui manquent jamais dans l'angoisse. **(Sillamy. N, 2003, p.25)**

### **2. La symptomatologie anxieuse**

#### **2.1. Le registre psycho-comportemental**

L'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise de tension interne, l'anxieux souffre comme suivant

- Les pensées de l'anxieux sont généralement orientées vers l'avenir, il crainte facilement pour lui-même ou pour les proches.
- L'activité cognitive et intellectuelle est consacrée à forger des scenarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs (professionnels ou affectifs).
- L'atteinte d'une maladie, d'un accident, des problèmes financiers, etc.

Lors de certains états anxieux aigus, le patient peut vivre d'authentiques expériences de dépersonnalisation (impression de perdre son identité) et/ou de déréalisation (perdre de l'intimité avec le monde habituel). Comme il peut avoir peur de devenir «fou », sans la présence d'une pathologie psychotique. (**Besançon. G, 1993, p39**)

- L'inhibition anxieuse est un élément central de l'anxiété. Face à une situation stressante, les plans d'action sont bloqués chez l'anxieux ;
- L'évitement phobique : l'exposition au stimulus phobique déclenche une réponse anxieuse dont l'intensité varie mais qui peut aller jusqu'à l'attaque de panique. Lorsque l'anxiété est marquée et persistante entraînant un gêne et un handicap dans la vie du sujet.
- Les troubles du sommeil : l'insomnie est très fréquente dans les troubles anxieux, il s'agit classiquement d'une difficulté à s'endormir souvent due aux ruminations qui maintiennent éveillé. Les rêves et les cauchemars sont souvent rapportés par le patient anxieux comme une reviviscence des difficultés actuelles

Enfin, à coté de ces symptômes caractéristiques, une certaine tristesse modérée, fluctuante et habituelles chez de nombreux patients anxieux. (Servant. D, 2012, p 83,84)

## **2.2. Symptômes somatiques**

Ce sont comme suit :

- au niveau cardio-vasculaire : modifications labiles de la tension artérielle, troubles mineurs du rythme cardiaque (parfois l'anxieux a l'impression que son cœur va s'arrêter), douleurs précordiales ( l'anxieux redoute de faire un infarctus ) ;

- sur le plan respiratoire : des sensations d'étouffement, souffle coupé, se sont des signes d'une discrète oppression ;

- sur le sphère digestif : les nausées, ballonnements abdominaux, la diarrhée motrice, et la sensation de boule dans la gorge ( qui gêne l'alimentation ) ;

- sur le plan neuromusculaire : tension musculaire parfois douloureuse (notamment céphalées postérieures, tremblements, sursauts, paresthésies, les bourdonnements d'oreilles ;

- sur le plan vaso-moteur : hypersudation parfois profuse, bouffés vaso-motrices, pâleur ;



- Au niveau génito-urinaire : difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidité chez les femmes, Pollakiurie.

La présence de ces signes est constante lors des états anxieux, ce qui amène le patient à consulter plus souvent qu'un psychiatre, son médecin généraliste ...

Comme il existe d'autres symptômes qui sont plus complexes et qui ont des causes mal connues que les symptômes proprement somatiques de l'anxiété telle que l'insomnie et l'asthénie. **(Besançon. G, 1993, p40)**

### **3. Distinction entre, anxiété, angoisse, stress et peur**

Anxiété, stress, peur et angoisse sont des réactions normales aux situations difficiles de la vie. Cependant ils peuvent être difficiles à distinguer les uns des autres, car ils ont des symptômes similaires et sont souvent utilisés de manière interchangeable. Ainsi voici comment distinguer entre les quatre termes.

#### **3.1. Anxiété et angoisse**

La définition de l'anxiété donnée au début du siècle par Pierre Janet et celle qui est généralement retenue, même si elle comporte des limites certaines. L'anxiété est une peur sans objet réel, apparent ou défini, comme certaines cas, telles que le trac lors d'un passage d'examens, montre bien le caractère schématique et réducteur de cette définition.

L'angoisse, terme plus ancien que celui de l'anxiété, était préférentiellement utilisée par les auteurs classiques pour désigner la dimension corporelle de l'anxiété, cette dernière renvoyant aux aspects psychologiques. Cette distinction n'est plus guère employée aujourd'hui et la notion d'anxiété tend à recouvrir indistinctement l'ensemble des phénomènes corporels et psychiques. L'anxiété est un tous de cette évolution intégrative et simplificatrice permet peut être une meilleure rigueur aux discours cliniques actuels. **(Besançon. G, 1993, p36).**

La psychiatrie française a longtemps conservé une distinction entre les deux termes : L'anxiété est réservée au versant psychologique, l'angoisse au versant somatique, avec une idée de striction, d'oppression psychique. Pour Littré (1863), l'angoisse est défini par une sensation de constriction dans la région épigastrique, avec une difficulté à respirer et une grande tristesse. L'anxiété, est, quant à elle une angoisse de l'esprit, état de trouble et d'agitation avec sentiment de gêne et de resserrement dans la région précordiale. **(Servant .D, 2012, p 02).**

### 3.2. Anxiété et stress

Bien que l'anxiété découle directement du stress, ce n'est pas exactement la même chose. L'anxiété est une réponse émotionnelle (crainte ou peur) à un stress qui pousse à éviter une situation donnée. Il s'agit d'une émotion désagréable qui combine des symptômes physiques (respiration difficile, palpitations, sueurs...) et des pensées anxieuses (inquiétudes, obsessions, doutes...)

### 3.3. Anxiété et peur

L'anxiété est considérée comme étant distincte des émotions telles que la peur et la panique, lesquelles sont fonctionnellement associées à la confrontation présente et immédiate avec le danger, et non simplement à la détection, à l'anticipation et à la préparation du danger. A l'inverse de l'anxiété, la peur est conçue comme une activité du FFS (« fight and flight system »), caractérisée par une augmentation de l'arousal du système autonome et associée à une tendance de fuite, d'évidement actif ou d'agression défensive. (**Graziani. P, 2004, p 13**).

## 4. Les états anxieux

### 4.1. L'anxiété état :

La notion d'anxiété état, comme son nom l'indique, correspond à un état passager, qui peut survenir chez tout individu.

L'anxiété état est la réponse comportementale qui décrit la perception d'une menace. L'émotion vit avec la perception de la menace et s'efface avec cette menace. (**Bouvard. M et Cotraux. J, 1996, p.284**).

### 4.2. L'anxiété trait :

L'anxiété trait réfère à des différences individuelles relativement stables dans la prédisposition à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à ces situations avec une élévation d'anxiété situationnelle. (**Spielberger, 1988**) .

## 5. L'anxiété, du normal à la pathologie

L'anxiété n'est pas pathologique en soit et s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. Sa fonction est multiple et complexe.

Les réponses anxieuses s'expriment sur différents registres physiologiques, psychologique, émotionnels et comportementaux. L'anxiété physique permet de détecter un danger et de préparer les comportements de défense. L'anxiété physique, cognitive et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluation, de perception, de traitement, de l'information et de mémorisation. L'anxiété est donc un facteur d'adaptation permettant de faire face aux situations de danger et d'urgences. A partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissante et, au contraire, inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant (**Servant.D, 2012, p 4-5**).

## **6. Les différentes formes cliniques**

La nosographie actuelle des troubles anxieux distingue cinq (05) types de troubles anxieux.

### **6.1. Troubles anxieux généralisés (TAG)**

C'est la forme d'anxiété qui a été parfaitement décrite par Freud sous le terme de névrose d'angoisse. Il existe un fond permanent d'anxiété et d'intensité modérée.

Le DSM5 définit l'anxiété générale comme étant un souci excessif concernant un certain nombre d'évènements ou activités, dont la personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines important

### **6.2. Trouble de panique**

Le trouble panique est individualisé depuis une période récente (D.F. Klein, 1962). Il consiste en la répétition depuis une période de crise aiguë d'angoisse (attaques de panique). L'attaque survient sans prévenir, sans circonstance déclenchant particulière Elle dure moins d'une heure, le plus souvent une dizaine de minutes tout au plus. Les signes somatiques d'anxiété sont au premier plan, constants. Le vécu subjectif est extrêmement pénible, le patient a peur de mourir (d'un infarctus notamment ou de devenir fou. Lorsqu'elle s'arrête, la crise laisse place à un moment de fatigue intense mais aussi un soulagement. (**Besançon, 1993, p 41**)

### **6.3. La phobie sociale**

Ce qu'on appelle aussi « troubles d'anxiété sociale », elle est souvent source d'un handicap important qui altère différentes dimensions du fonctionnement social comme la vie

professionnelle ou scolaire, les relations sociales ou familiales. Les phobiques sociaux sont souvent isolés, vivant seuls et ont peu d'amis. Ce trouble est d'autant plus marqué dans les formes comorbides avec la dépression. Le handicap social est un paramètre important à prendre en compte à la fois pour évaluer la gravité du trouble et pour suivre son amélioration lors de la mise en place d'un traitement. (Servant. D, 2012, p154).

#### **6.4. La phobie spécifique**

Ce trouble se caractérise par une peur intense et prolongée déclenchée lors de la confrontation ou l'anticipation à des objets ou des situations objectivement visibles et circonscrites (par exemple, prendre l'avion, les hauteurs, les piqûres...). Le danger est externe alors que dans la phobie sociale, le danger peut également venir du sujet lui-même (peur de rougir, d'avoir une malaise). Le sujet a tendance à éviter l'objet ou la situation qu'il redoute. Le diagnostic est porté uniquement si l'évitement, la peur et l'anticipation anxieuse d'être confronté au stimulus phobogènes interfèrent de façon importante avec la vie du sujet. (Servant .D, 2012, p 150)

### **7. Les approches théoriques de l'anxiété**

#### **7.1. La théorie cognitive-comportementale**

La théorie comportementale est relativement succincte. Comme les autres émotions, l'anxiété résulte d'un apprentissage par des conditionnements plus ou moins précoces.

L'approche cognitive, plus récente, paraît aussi plus pertinente. L'inhibition représente le phénomène central de l'anxiété. Elle est conçue comme résultant de l'activation d'un système d'inhibition comportementale (J. Gray) ayant un support neuro-anatomique. Devenu incapable de traiter les informations qu'il reçoit, le sujet anxieux ne peut plus agir (interruption des « plans d'actions »). L'anxiété proprement dite est considérée ici comme secondaire à l'inhibition. Outre le vécu subjectif désagréable, elle comprend un véritable hyperéveil psychique destiné à favoriser la recherche de plans d'actions, recherche qui s'avère improductive ; d'autant qu'il paraît exister dans l'anxiété un traitement sélectif de l'information, les perceptions anxiogènes étant favorisées. À cet égard, les symptômes somatiques, fréquemment interprétés comme témoignant d'une maladie possiblement grave renforcent l'anxiété du sujet.

## 7.2. La théorie psychanalytique

Freud a élaboré successivement deux théories de l'angoisse paraissent à première vue contradictoires :

- La première théorie (1895) est économique. L'angoisse est conçue comme la résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence du surmoi), soit par insatisfaction (privation, coït interrompu) ;
- La deuxième théorie (1926) est génétique. L'angoisse reçoit un sens. Elle est le signal de l'effraction d'une angoisse automatique liée à un conflit intrapsychique. Elle alerte le Moi et provoque le refoulement du conflit.

Dans la première théorie le refoulement crée l'angoisse, par contre dans la deuxième c'est l'angoisse qui provoque le refoulement.

Après Freud, de nombreux auteurs ont apporté leurs propres contributions. Bowlby a montré que, lorsqu'un bébé est séparé durablement de sa mère, il développe successivement trois types de réactions : protestations, désespoir, détachement. Ultérieurement, D .F. Klein a proposé une compréhension de l'attaque de panique inspirée des travaux de Bowlby, la crise anxieuse correspondant à une phase de protestation par rapport à une angoisse de séparation inconsciente. (**Besançon .G, 2012, p 46,47**).

## 7.3. Le model Biologique :

L'utilisation des médicaments dans l'anxiété repose sur des hypothèses biologiques, elles concernent certains récepteurs particulières (complexes GABA et récepteur aux Benzodiazépines) et sur les expérimentations d'autres systèmes représentés par le jeu des monoamines cérébrales, notamment de la sérotonine et de la noradrénaline. (**Libbey Eurotext. J, 2007, p. 777**)

## 8. Le traitement de l'anxiété

La prise en charge des troubles anxieux repose su deux types de traitement

- Le traitement non médicamenteux
- le traitement médicamenteux

## **8.1. Le traitement non médicamenteux**

Dans cette partie on va aborder les différentes thérapies les mieux appliquées pour réduire l'anxiété.

### **8.1.1. Les thérapies cognitive-comportementales**

La thérapie cognitive-comportementale est l'approche la plus couramment utilisée pour traiter les troubles anxieux. Le but de ce traitement est d'empêcher le patient d'éviter les causes profondes de ces troubles anxieux et d'aider le patient à développer les techniques spécifiques est également une théorie de l'apprentissage et se concentre sur les changements de comportement tels que l'évitement qui déclenche l'anxiété et le remplace avec des comportements appropriés. L'objectif principal de ces thérapies est d'enseigner aux patients comment supprimer les pensées négatives qui entretiennent ou exacerbent l'anxiété.

La thérapie cognitive-comportementale comprend quatre domaines principaux :

- 1/ L'information peut réduire la mauvaise interprétation de l'anxiété grâce aux modules d'interprétation.
- 2/ il s'agit lors de restructuration cognitive de contre carrer la peur à l'aide d'exercices mentaux et d'apprendre à juger les situations anxiogènes.
- 3/ Les exercices d'exposition sont la confrontation progressive du patient avec les situations angoissantes, il apprend à supporter la peur.
- 4/ Le principe du traitement n'est pas seulement de réduire l'anxiété des patients, mais de leur fournir des stratégies pour faire face à l'anxiété, qu'il pourra ensuite utiliser de manière autonome à l'aide des techniques de respirations, d'exercices de respiration musculaire et d'exercices sensoriels.

### **8.1.2. La relaxation**

La relaxation est la réponse physiologique opposée à l'anxiété pour cette raison, il est difficile d'imaginer une stratégie de gestion de l'anxiété qui n'intègre pas cette approche sous une forme ou une autre. Elle n'est pas innée, mais s'acquiert par une pratique régulière et la pleine utilisation d'une des nombreuses techniques disponibles : training autogène, relaxation musculaire progressive, etc. Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher

volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété.

L'état physiologique de relaxation peut être atteint si l'individu respecte les quatre conditions de base : environnement calme, attitude passive, concentration (se concentrer sur une image, un mot, etc....), tonus musculaire réduit. (**Palazzolo.J, 2007 .P.07**).

## **8.2. Le traitement médicamenteux**

Il existe plusieurs types des médicaments contre l'anxiété sont fréquemment utilisés pour soigner les adultes, enfants et adolescents des troubles anxieux.

On cite quelque uns ;

- **Les antidépresseurs** : Sont-ils le traitement de choix pour les troubles anxieux aujourd'hui car ils sont généralement bien tolérés, l'effet secondaire le plus courant est de légères nausées, ont tendance à s'atténuer en moins d'une semaine, ils s'entraînent pas de dépendance pas d'accoutumance et ne sont pas sédatifs , ils doit être considéré comme un traitement de l'anxiété.
- **Les benzodiazépines** : Ils peuvent aider à réduire l'anxiété et faciliter le sommeil, ils sont également utilisés comme relaxant musculaire pour induire le sommeil avant la chirurgie et d'autres interventions médicales. Les benzodiazépines sont aussi appelés tranquillisants mineurs, sédatifs ou hypnotiques. Il s'agit des psychotropes les plus prescrits dans le monde.
- **L'hydroxyzine (Atarax)** : Agit sur les récepteurs histaminergiques, agit également sur les récepteurs sérotoninergiques. Souvent préférée aux benzodiazépines par manque de dépendance et de tolérance, il n'a pas d'effet dépresseur cortial, inhibé l'activité de certaines zones cortiales, donc cliniquement il est à l'origine d'un soulagement de l'humeur et d'une légère sédation bien utiles en cas d'anxiété patiente. (**Palazzolo.J. J, 2007. P71, 74**)

## **9. Anxiété et cancer**

Quand on parle de l'anxiété, on fait d'avantage référence à des préoccupations, des craintes et des inquiétudes qui amènent un «état de tension inconfortable .L' annonce d'un cancer est une épreuve bouleversante qui demande de mobiliser une grande quantité d'énergie pour s'adapter et qui peut affecter plusieurs sphères de la vie. Les réactions varient d'une personne à l'autre,

on peut ressentir l'anxiété à différents degrés, selon la situation et la façon dont on la perçoit. Par exemple, l'anxiété peut être plus présente au moment du diagnostic du cancer, lors de l'attente des résultats ou au début des traitements. Il arrive cependant que l'anxiété se présente de façon fréquente, devienne plus envahissante et nous empêche de bien fonctionner.



*Chapitre II :*  
*Le cancer colorectal*

## Préambule :

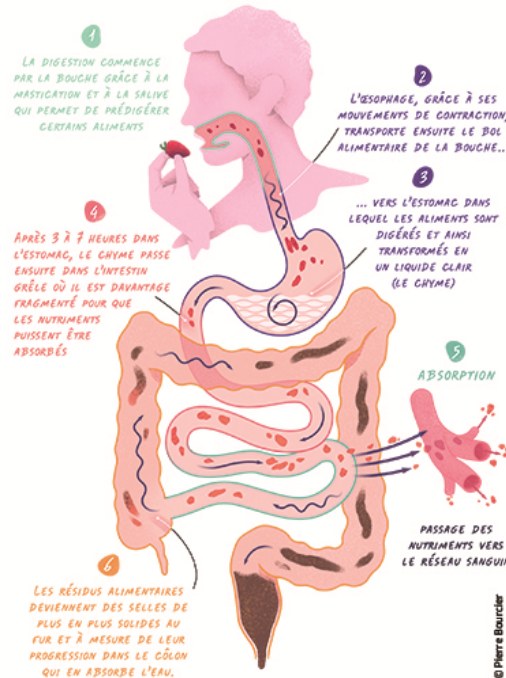
Le cancer colorectal est une pathologie touchant comme son nom indique, le colon (partie moyenne du gros intestin), ou le rectum (dernière partie du gros intestin).

Pour en savoir plus sur cette maladie, dans ce chapitre nous allons à entamer les définitions et la symptomatologie pour passer au diagnostic et la prise en charge.

## 1. Anatomie du tube digestif

### 1.1. Le colon

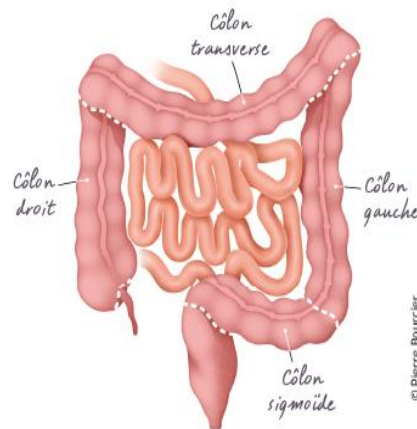
Appelé aussi gros intestin, fait partie du tube digestif. Il est situé dans l'abdomen, entre l'intestin grêle et le rectum. Il a pour fonction de fabriquer les matières fécales. Après la digestion et l'absorption des nutriments dans l'intestin grêle, les résidus alimentaires se dirigent vers le colon sous forme liquide. Le colon absorbe l'eau de ces résidus. Au fur et à mesure que les selles progressent dans le colon, elles deviennent de plus en plus solides. Les selles sont ensuite stockées dans la partie finale du colon, le sigmoïde, puis poussées dans le rectum. Ce dernier va déclencher un signal pour l'évacuation des selles par l'anus. (Voir figure 01).



**Figure 01 :** Les différentes étapes de la digestion

Le colon se divise en 4 segments ou parties (Voir figure II-2).

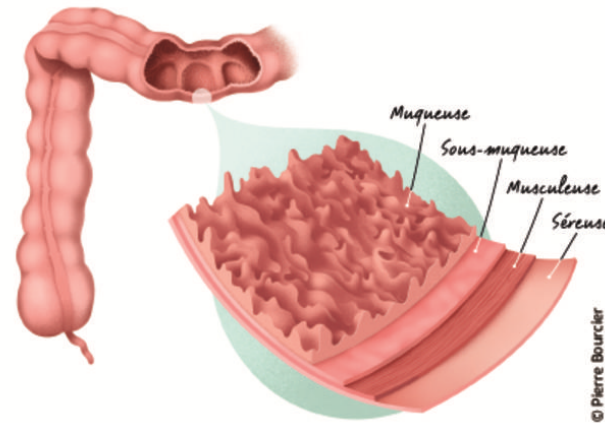
- Le colon droit appelé aussi le colon ascendant, est situé du côté droit du corps. Il commence par le caecum qui relie le colon à l'intestin grêle et se prolonge vers le haut jusqu'au colon transverse.
- Le colon transverse parcourt la partie supérieure de l'abdomen. Il relie le colon droit au colon gauche ;
- Le colon gauche, appelé aussi colon descendant longe le côté gauche du corps. Il part du colon transverse et se prolonge vers le bas jusqu'au colon sigmoïde ;
- Le colon sigmoïde est la dernière portion du colon. Il relie le colon gauche au rectum



**Figure 02 :** Les différents segments du colon.

Le colon mesure environ de 1,5 mètre et de 4 à 8 centimètre de diamètre. La paroi du colon est composée de plusieurs couches de l'intérieur vers l'extérieur :

- la muqueuse qui tapisse l'intérieur du colon ;
- la sous muqueuse ;
- la musculuse (deux couches de fibres musculaires) ;
- la séreuse (couche externe) qui constitue une partie du péritoine (la membrane qui recouvre les organes abdominaux). (Voir figure II-3).

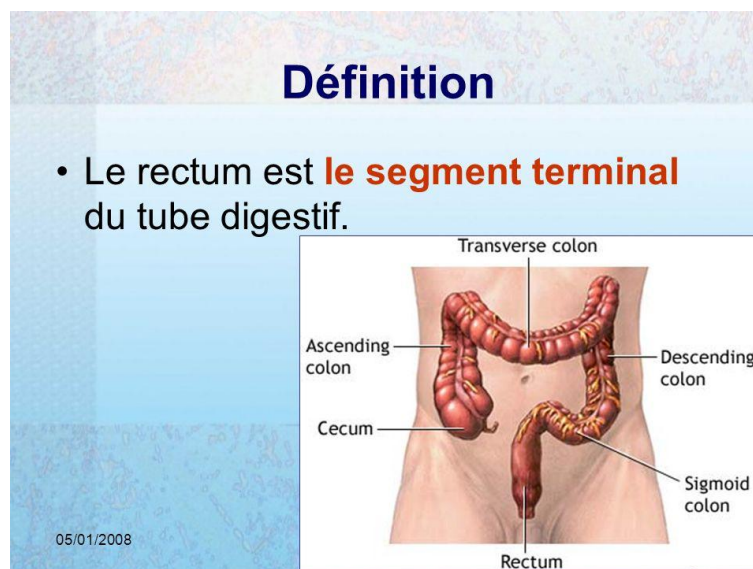


**Figure 03** : Les différentes couches de la paroi du colon

## 1.2. Le rectum

Le rectum constitue la dernière partie du tube digestif dans le bassin, en avant du sacrum. Il fait suite au colon et s'étend jusqu'à l'anus. Il est situé dans le bassin, en avant du sacrum et du coccyx, les deux sont situés à l'extrémité de la colonne vertébrale. Il est situé en arrière de la vessie et de la prostate chez les hommes, du vagin et de l'utérus chez les femmes.

Le rectum mesure entre 15 et 18 centimètres de long et présente un diamètre variable : étroit au niveau de sa jonction avec le colon, il s'élargit au niveau de l'ampoule rectale (zone de stockage des selles). (Voir figure 04).



**Figure 04** : Anatomie du rectum

## 2. Cancer

Maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur. Elles migrent alors par les vaisseaux lymphatiques pour aller former autre tumeur (métastase).

## 3. Cancer colorectal

### 3.1. Epidémiologie

Dans le monde, les CCR se situent au troisième rang avec près de 945000 nouveaux cas et 500000 décès par an et représentent ainsi, la quatrième cause de décès par cancer. **(HAS, 2008)**

Ils s'agissent du cancer digestif le plus fréquent pour les deux sexes confondus, il arrive chez l'homme en troisième position après le cancer du pommons et de la prostate et chez la femme en deuxième position après le cancer du sein.

En Algérie, l'incidence des cancers colorectaux est relativement faible mais en constante augmentation, son incidence selon le registre des tumeurs d'Alger est de 14,7/105 pour les hommes et 13,2/105 chez les femmes. En 2005, les données fournissent du registre des tumeurs en Algérie, montrent que sur 4212 nouveaux cas dans la wilaya, 379 étaient des cancers colorectaux.

L'âge estimé du diagnostic chez l'homme âgé (>70ans) et chez la femme âgée (<50ans) .

## 4. Les symptômes du cancer colorectal

Ils sont présents dans plus de 70% des cas ;

- Troubles du transit : constipation, diarrhée, et surtout l'alternance constipation, la valeur de ces troubles est importante lorsqu'ils sont d'apparition récente.
- Douleurs abdominales souvent peu évocatrices, ou parfois à type de colique soulagé par l'émission des selles.
- Hémorragie digestive ; rectorragie en cas de saignement abondant, l'origine tumorale ou de saignement distal.
- Méléna en cas de saignement peu abondant ou colique proximal.

- Symptômes d'anémie (asthénie, pâleur, précordialgies) ; anémie ferriprive par saignement occulte.
- Masse abdominale : en cas de tumeur totalement avancés

### **5. Facteurs du risque et dépistage**

Il existe de différents facteurs à développer un cancer colorectal, les principaux facteurs sont ;

- L'âge : supérieur à 50 ans
- Les maladies inflammatoires intestinales
- Antécédents familiales ou personnels d'adénome ou de cancer colorectal
- Une prédisposition génétique
- La consommation excessive de viande rouge ou de boissons alcoolisés
- Le tabagisme
- L'obésité

Comme il existe pleins d'autres facteurs, on a cité les principaux. **(Guides patients, 2003. P, 14).**

### **6. Diagnostic du cancer colorectal**

L'apparition d'un cancer du colon peut être suspectée devant plusieurs signes dont :

- la survenue des douleurs abdominales ;
- la présence de sang dans les selles ;
- une constipation soudaine ou qui s'aggrave ;
- une diarrhée qui se prolonge
- une alternance entre diarrhée et constipation ;
- une envie constante d'aller à la selle
- une masse à la palpation de l'abdomen ;
- une dégradation inexplicée de l'état général se manifestant notamment par une perte de poids et d'appétit, une diminution de la prise alimentaire et de la fatigue ;
- une animé inexplicée.

Le CCR peut également être suspecté si le test de recherche de sang dans les selles effectué dans le cadre du dépistage organisé des cancers colorectaux se révèle positif.

Quel que ce soit le contexte de découverte, un certain nombre d'examens doivent être réalisés pour confirmer le diagnostic de cancer du colon et en évaluer le stade, c'est-à-dire son degré d'extension. L'ensemble de ces examens constitue le bilan diagnostique, il comporte le :

- **le bilan initial** qui a pour objectif de confirmer la présence d'un cancer, de localiser et de définir de quel type de cancer il s'agit ;
- **le bilan d'extension** qui a pour objectif de compléter le diagnostic. Il consiste à évaluer l'étendu du cancer, c'est-à-dire à déterminer jusqu'ou il est propagé. C'est ce qui permet de définir le stade du cancer. (**Guides patients, 2020. p, 15**).

## 7. Traitement du cancer colorectal

Le choix du traitement du CCR dépend du stade, de localisation du cancer et de l'état générale du patient

### 7.1. La chirurgie

La chirurgie représente le principal traitement du cancer colorectal. L'intervention consiste à enlever le segment de colon concerné. S'il s'agit d'un cancer rectal, le chirurgien réalise l'ablation du rectum en préservant si possible le sphincter anal.

La chirurgie par cœlioscopie donne des résultats similaires à la chirurgie classique. Elle consiste à introduire une micro-caméra et les instruments par plusieurs petites incisions. Dans certains cas une colostomie est nécessaire, il s'agit d'une ouverture réalisée au niveau du ventre permettant une évacuation des selles dans une poche située à l'extérieur du corps. Elle peut être provisoire lorsqu'elle est réalisée pour protéger la suture.

### 7.2. La radiothérapie

Elle est essentiellement utilisée en cas de cancer du rectum. Elle précède en général la chirurgie et est souvent associée à une chimiothérapie. Elle a essentiellement pour but de diminuer le risque de récurrence local.

### 7.3. La chimiothérapie

Après chirurgie, une chimiothérapie complémentaire peut être proposée si la tumeur a envahi les ganglions ; elle est discutée au cas par cas.

Les principales molécules utilisées sont des médicaments mis sur le marché ces dix dernières années. Le médicament de référence reste le 5-fluor uracile ou 5FU. Ce produit administré par voie intraveineuse peut être parfois remplacé par la capécitabine qui se donne sous forme de comprimés. Les résultats du 5FU ont été améliorés par l'adjonction d'acide folinique, puis soit d'irinotecan (protocole Folfiri), soit d'oxaliplatine (protocole folfox).

#### **7.4. Les thérapies ciblées**

Les thérapies ciblées sont des médicaments anticancéreux bloquant un mécanisme précis de la cellule cancéreuse. Deux grands types sont utilisés dans le traitement du CCR :

- les anti-angiogéniques, qui bloquent la formation des nouveaux vaisseaux dans et autour de la tumeur ;
- les anti-récepteurs à l'épiderme Growth factor qui empêchent la tumeur de proliférer.

#### **Conclusion**

Le cancer peut apparaître dans n'importe lequel des quatre segments du colon, pour confirmer le diagnostic du CCR et évaluer son degré d'extension, une série d'examen doit être pratiquée. C'est ce qu'on appelle le bilan diagnostique.

On peut dire que la maladie du cancer engendre chez un patient des difficultés dans sa vie que se soit dans son organisme ou psychisme.



***Chapitre III :***  
***Généralités Sur La Colostomie***

## Préambule

En raison d'une maladie intestinale, il peut s'avérer nécessaire de poser un orifice artificiel pour les matières fécales appelées (stomie). Le colon est dévié vers l'extérieur par voie chirurgicale et suturé à la peau. Cette opération est appelée Colostomie. On ne contrôle pas l'écoulement des matières fécales par cet orifice C'est pourquoi un système de recueil des matières fécales est nécessaire.

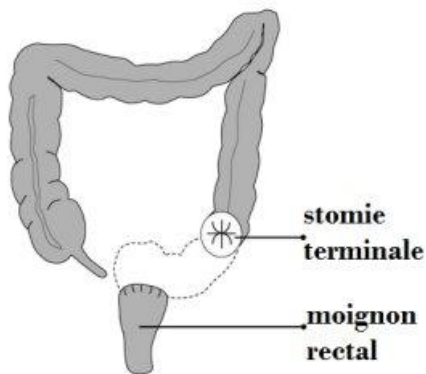
### 1. Définition de la colostomie :

La colostomie, le mot « stomie » vient du mot grec « stoma » qui signifie « Ouverture bouche-orifice ».

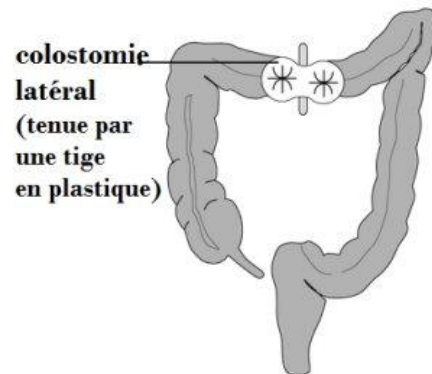
Une colostomie est une ouverture créée par voie chirurgicale au niveau de l'abdomen, permettant l'évacuation des selles puisqu'une colostomie n'a pas de sphincter. La personne n'a pas de contrôle sur l'évacuation de ses selles, C'est pourquoi elle doit porter Un appareil pour recueillir les selles en permanence.

### 2. Les types de la colostomie

Il existe 2 types de colostomie Terminale et latérale (Voir figures 05 et 06)



**Figure 05 :** colostomie terminale



**Figure 06 :** Colostomie latérale

#### 2.1. La colostomie Terminale :

Est une stomie qui ne comporte qu'un seul orifice. C'est l'abouchement proximale de l'intestin à la peau. Le segment d'aval étant suturé et laissé dans l'abdomen. Une colostomie terminale peut-être Temporaire ou permanente.

### 2.1.1. Colostomie temporaire :

La colostomie temporaire est envisagée dans le cas où la partie de l'intestin atteint a été retiré et la partie restante doit être mise au repos, pour permettre par exemple l'assèchement de fistules ou d'abcès, ou permettre une efficacité plus grande d'un traitement sans les contraintes du transit. Une fois le résultat obtenu, les deux extrémités du colon seront réunies (rétablissement de la continuité).

### 2.1.2. Colostomie permanente ou définitive :

C'est une stomie définitive qui est nécessaire lorsque le rectum et l'anus ont été enlevés et que l'on n'a donc pas pu conserver la fonction Sphinctérienne.

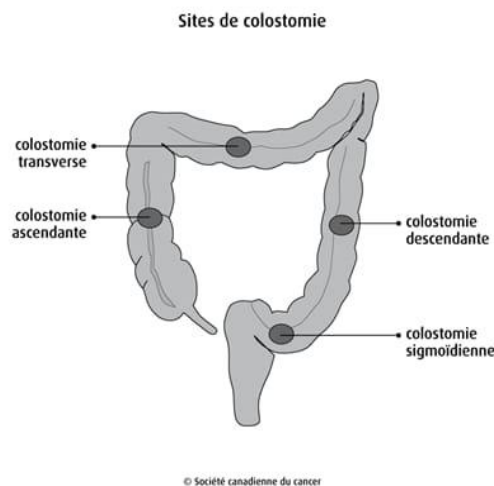
### 2.2. La colostomie latérale :

Elle est une stomie qui comporte deux orifices, un en amont d'où s'évacuent les selles et un d'aval qui évacue le mucus. C'est une stomie de protection en amont d'une anastomose "fragile" ou en amont d'un obstacle.

Une ouverture est pratiquée sur la paroi abdominale, une anse intestinale est extériorisée et maintenue sur l'abdomen avec une baguette qui prend appui sur la peau évite la rétraction.

### 3. Emplacement de la colostomie :

On nomme les différents types de colostomie d'après l'endroit où l'intervention sera effectuée dans le colon. (Voir figure 07)



**Figure 07 :** Les types de la colostomie selon l'endroit

### 3.1. La colostomie Sigmoïde (gauche) :

Le colon Sigmoïde Soit la partie du colon qui est reliée au rectum. La colostomie sigmoïde les selles du Sigmoïde sont généralement mouillées parce que presque toute la quantité d'eau contenue dans la matière fécales a été absorbée pendant le passage De celle-ci dont le colon

ascendant, transverse, et le descendant.

Il faut probablement vider le sac une à 2 fois par jour ou une fois par 2 jours.

### **3.2. La colostomie transversale :**

Elle est pratiquée sur le colon transverse. Situé dans l'hypochondre droit ou gauche. Les selles sont généralement liquides à semi mouillés (pâteuse) parce que le côlon aura absorbé une partie de l'eau des selles pendant leur passage dans le colon ascendant. Probablement, il faut vider le sac 4 à 6 fois par jour.

### **3.3. La colostomie droite :**

Elle est pratiquée sur le colon ascendant, la nature des selles est de liquide à semi liquide et contiennent des enzymes digestive qui risquent d'irriter la peau autour de l'astomie. Probablement, il faut vider le sac 4 à 6 fois par jour, situé le plus souvent dans l'hypochondre droit et elle est rarement pratiquée.

### **3.4. La colostomie descendante :**

Elle est pratiquée sur le colon descendant situer dans l'hypochondre gauche. Les selles sont semi- mouillés (pâteuse) à mouillé parce qu'une grande quantité d'eau contenue dans les matières fécales a été absorbée Pendant le passage de celle-ci dans le colon ascendant et le colon transverse. Il faut probablement vider le sac un à 3 fois par jour.

## **4. Les complications des colostomies :**

La réalisation d'une colostomie considérée comme un geste technique simple, expose cependant à de nombreuses complications qui touchent près d'un patient sur trois. Elles sont classiquement divisées en complications précoces, pouvant mettre en jeu la vie du patient et en complication tardives, source de difficultés d'appareillage.

### **4.1. Les complications précoces:**

Survenant dans les 30 premiers jours postopératoires sont multiples, occlusions, hémorragie, suppuration, nécrose et rétractions stominale. Elles relèvent avant tout d'une technique dans la réalisation de la STOMIE est requièrent souvent une ré-intervention chirurgicale.

### **4.2. Les complications tardives :**

Essentiellement prolapsus. Sténose, éventration. Bien que très fréquente sont souvent bien tolérées par les patients. L'indication opératoire et le choix d'une technique de réparation doivent être soigneusement pesés, compte tenu des résultats contradictoires rapportés dans la littérature.

## **5. Les indications de la colostomie :**

### **5.1. La stomie temporaire :**

Elle est réalisée dans les cas suivants :

- Hors contexte D'urgence
- Protection d'une anastomose à risque.
- En urgence
- Occlusion colique.
- Péritonite Par perforation du colon.
- Mais au repos d'une partie du colon.
- Perforation du colon par un traumatisme.
- Le rétablissement de la continuité est à l'appréciation de la chirurgie.

### **5.2. La stomie définitive :**

Elle est réalisée dans les cas suivants :

- Cancer de rectum non résécable.
- L'amputation, abdomino périnéale.

## **6. Irrigation colique :**

### **6.1. Définition :**

L'irrigation est une technique de lavement simple. Elle s'adresse aux patients porteurs d'une colostomie terminale gauche. Cette technique repose sur un lavement par l'orifice de la stomie tous les 2 ou 3 jours avec 3 à 4 litres d'eau tempérée.

### **6.2. Principes et buts**

Le but recherché est de permettre la régularisation du transit intestinal. Tout en contrôlant l'évacuation de contenu du colon. Cette évacuation du colon va suspendre l'émission de selles pendant 2 à 3 jours et le patient peut aussi se dispenser du port d'une poche de recueil. L'initiation de l'irrigation peut débuter très rapidement après l'intervention chirurgicale en milieu hospitalier. Au bien être mis en place à tout moment sur les conseils du stomate thérapeute ou d'une infirmière pour une colostomie plus ancienne.

### **6.3. Les conditions pour pratiquer l'irrigation :**

- Avoir une colostomie gauche descendante au sigmoïdienne.
- Avoir des selles solides
- Ne pas souffrir d'hernié.
- Ne pas être en traitement de radiothérapie ou chimiothérapie.

## 7. Appareillage de la colostomie :

Lors d'une colostomie le colon étant abouché à la peau, la matière et les gaz s'évacuent. Par celle-ci, les personnes stomisés ayant perdu le contrôle d'émission il est nécessaire de porter une poche de recueil.

### 7.1. Généralités et choix de l'appareillage

L'appareillage comprend tout matériel nécessaire au recueil, au stockage et à l'évacuation des selles. Il doit être étanche aux odeurs et Adapté au type de matières évacuées. Les principaux éléments de L'appareillage sans la poche de recueil et le support aussi appelé protecteur cutané qui permet de fixer la poche à l'abdomen. (Voir figure 08).



**Figure 08:** Les principaux éléments de l'appareillage.

Les laboratoires fabricants proposent des matériels variés. Ce qui peut rendre difficile le choix de l'appareillage pour la personne stomisée. C'est pourquoi une infirmière stomathérapeute oriente généralement le choix en apportant aide et conseille aux patients. C'est un moment important pour le stomisé et il est primordial que celui-ci participe activement au choix, surtout en cas de stomie définitif.

C'est grâce à un appareillage fiable et adapté à sa morphologie Et à son mode de vie que le patient pourra reprendre sa vie le plus normalement possible. Il existe différents types de poches car la consistance et la composition des selles sont différentes en fonction de la localisation de la stomie :

- Pour une colostomie droite ou les selles sont semi liquides à liquide. Irritante et avec évacuation fréquente en préconisera, une poche vidable.
- Pour une colostomie transverse ou les selles sont pâteuses irritantes avec encore des évacuations assez fréquentes en utilisera une poche vidable ou fermée.

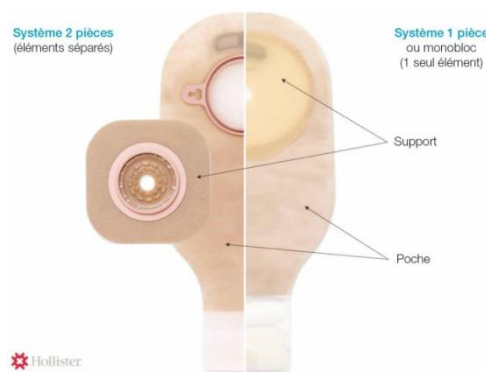
- Enfin, pour une colostomie gauche où les selles sont mouillées non irritantes mais avec des émissions importantes de gaz et des évacuations à intervalles réguliers en préconisera une poche fermée munie d'un filtre désodorisant permettant d'éliminer les odeurs Et de garantir une imperméabilité totale au fluide.

## 7.2. Présentation de différents types de poches :

Les poches peuvent être transparentes au opaques et de couleur beige. Les modèles transparents sont intéressants au début lors de l'apprentissage de la mise en place de l'appareillage, mais par la suite les modèles opaques sont préférés pour plus de discrétion. Les poches sont toutes munies d'un filtre permettant de laisser passer l'air tout en neutralisant les odeurs et garantissant une imperméabilité vis-à-vis des liquides internes externes.

## 7.3. Les différents types d'appareillage :

Il existe 2types d'appareillage, le système une pièce et le système deux pièces (Voir figure 09)



**Figure 09 :** Types d'appareillage.

Quel que soit le type de modèle choisi, le patient pourra opter pour des systèmes avec des diamètres prédécoupés prêts à l'emploi pour des systèmes à découper soi-même ou pour des systèmes modelables afin d'ajuster au mieux le support à la taille et la forme de la stomie

## 8. Les conséquences sur le patient Colostomisé :

Malgré l'amélioration de leur sort par les appareillages modernes. Les colostomisés subissent les conséquences physiques de l'intervention chirurgicale ainsi que des conséquences psychologiques et sociales liées à leur profil individuel et à l'information qui leur est transmise.

### **8.1. Les conséquences physiques :**

- Les modifications de l'image corporelle. Ainsi sur l'abdomen. Lieu où l'on voit sans cesse la maladie : Le cancer, car la stomie est visible. Elle constitue un aspect de « viande crue » qui peut être désagréable pour le patient et peut être. Accentué par les bruits et les odeurs qui le gênent, le rendent difficiles à l'accepter.
- La perte de la continence. Comme nous l'avons vu, le colon est abouché à la peau, donc les matières fécales sont expulsées par l'orifice de la Stomie. Or, le colon ne contient pas de sphincter comme pour l'anus qui permettent de retenir les selles. Et Déféquer volontairement, donc le patient devient incontinent fécal qui ne maîtrise pas ses défécations. De ce fait, les selles sont expulsés à n'importe quel moment en dehors de la volonté de la personne si le patient ne pratique pas l'irrigation colique.
- Le retentissement sur la vie quotidienne. Des patients doivent adopter un nouveau rythme de vie car des soins doivent être pratiqués régulièrement pour prévenir les complications. Il faut qu'ils s'organisent différemment.

De plus. Le système de recueil peut entraîner des gênes pour s'habiller. Les personnes changent parfois de style vestimentaire pour cacher cette poche.

### **8.2. Les conséquences psychologiques :**

Lors de l'annonce de la nécessité d'une stomie, le patient est en état de choc. Pour lui, ce n'est pas possible. Il est bouleversé, ce qui peut générer du stress et de l'anxiété, car il ne connaît pas le futur. Il va vers une situation inconnue.

Le patient doit faire le deuil de sa santé avec la perte de la continence fécale. Ceci entraîne chez Le patient un retour à l'enfance. Une peur de ne pas être acceptée. Par là.

Continence s'acquiert à la petite enfance. Afin que le patient se sente reconnu Comme un être à part entière, il existe des systèmes qui permettent de recueillir les selles, de limiter les odeurs. Ce sont des petits détails qui ont toutes leur importance car ils rassurent et redonnent confiance aux patients pour donner une vie normale.

La personne a du mal à se Positionné, étant donné que d'un côté elle est proche de son corps, elle a une certaine Curiosité pour découvrir ce nouvel élément. Mais d'un autre côté. Elle le hait, elle présente du dégoût à effectuer ses soins.

Mais également le patient doit faire le deuil de son image corporelle. Un nouvel organe est posé sur son abdomen. Il le perçoit comme un étranger. Une mutilation A son corps visible à tout le monde parce qu'il n'y a plus la continuité de sa peau sur son ventre. Ceci rappelle la chronicité de sa maladie qui entraîne cette destruction.



Il est donc normal que la personne soit en état de choc et de révolte. Elle devra faire le deuil de son ancien corps et l'acceptation de ce nouvel organe.

Pour permettre aux patients d'accepter cette stomie. La famille et l'équipe soignante doivent faire preuve d'écoute. D'empathie et maintenir un dialogue. Nous devons considérer la personne comme un être humain ordinaire, porteur d'une stomie, et non comme une personne différente.

« Le patient colostomisé ne change pas de personnalité après son intervention. Comme tout être humain. Il éprouve la nécessité d'être aidé, Accompagner. Pour faire face à sa nouvelle situation et retrouver son autonomie et sa dignité ».

### **8.3. Les conséquences sociales :**

La réinsertion sociale se fait progressivement de l'hôpital au domicile. Puis du domicile au cercle élargi des relations sociales. A noter que plus la personne colostomisée a une image valorisée d'elle-même. Plus cette confiance va gagner son entourage et vice versa : une famille. Qui offre pleinement son soutien vers son proche, va regagner l'estime d'elle-même. La personne colostomisée s'enferme souvent chez elle. A peur du regard des autres. Croit qu'elle ne peut reprendre cette activité alors que, au contraire, Il est important de maintenir une activité physique. Nous avons développé, ces dessous, quelques points pour montrer que les personnes colostomisées peuvent avoir une vie normale.

**Habillage :** Il faut éviter la compression de la Stomie et de la poche par des vêtements trop serrés et par le port de ceinture. Toutefois. Ils peuvent porter tout types de vêtements, malgré leurs souhaits de vêtements amples pour dissimuler cette poche.

**Activité professionnelle :** Elle est maintenue en fonction de l'état du patient. Seules les professions nécessitant des efforts physiques intenses, des soulèvements de charges entraîneront un reclassement professionnel.

**Loisirs :** Les sports déconseillés sont les sports de combat et violences (boxe, judo) Les Autre sport peuvent être pratiqués, même la baignade, le vélo et la plongée sous-marine.

**Voyage :** bien prévoir les ordonnances et tout le matériel nécessaire. Mieux vaut en emportant plus qu'il ne faut

**Vie de couple :** Elle peut reprendre dans de bonnes conditions. Néanmoins si elle est perturber (deuil à faire, perturbation de l'image corporelle). Les patients ne doivent pas hésiter à en parler.

Grâce à ces situations, nous voyant bien qu'une personne colostomisée ne doit pas limiter ses loisirs. Au contraire, pour oublier les mauvais moments qu'elle a dû traverser, elle doit avoir beaucoup de loisirs en adoptant sa nouvelle vie.

### **Conclusion**

On peut en réduire qu'un patient subissant une colostomie subit des changements physiques et psychiques qui perturbent sa qualité de vie et qu'il doit faire face tout au long de l'intervention à divers difficultés qui apparaissent comme des bouleversements. Car la maladie est une tache complexe, on ressent une douleur interne, caractérisée par de multiples conséquences sur le plan psychologique entraînant de l'anxiété.

*Chapitre IV :*  
*Méthodologie De Recherche*

## *Partie Pratique*

## **Préambule**

La méthodologie est un aperçu de la façon dont une recherche donnée est effectuée, elle définit les techniques et les démarches utilisées pour identifier et analyser les informations concernant le travail de recherche spécifique.

Ce chapitre méthodologique sera consacré des différentes étapes qu'on a suivi dans notre recherche, afin de mieux cerner notre thème intitulé l'anxiété chez les colostomisés, qui consiste en pré-enquête, la méthode utilisée ainsi que le choix de la population et les outils d'investigations.

### **1. Les méthodes utilisées :**

Dans l'élaboration d'une recherche scientifique on utilise une ou plusieurs méthodes efficaces qui correspondent à l'objectif visé en pratique.

« La méthode est un ensemble d'opérations en vue d'atteindre un objectif ». Selon Roger.

Dans notre travail de recherche on a utilisé deux méthodes : l'étude de cas et la méthode clinique.

#### **1.1 La méthode clinique :**

Cette méthode est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas. La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) pour la recueil des informations, et le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas.

La méthode clinique est une méthode empirique où n'y a aucune sorte d'intermédiaire entre l'observateur et ce qu'il étudie, L'objectif de cette démarche clinique est de comprendre l'état psychique de l'individu à partir de son histoire arrivant à ces relations actuelles.

Pedinielli (2012) écrit à propos de la méthode clinique ceci par méthode clinique on peut entendre aussi bien l'ensemble des techniques utilisées dans la pratique des cliniciens que la démarche clinique centrée sur l'individu, la singularité, la totalité et l'implication. En outre, la méthode clinique ne correspond pas aux mêmes techniques s'il s'agit de recherche ou bien d'intervention pratique (Diagnostic, évaluation, thérapie...). (Pedinielli, 2012, P, 33). Comme il dit aussi que la méthode clinique s'appuie sur des techniques qui peuvent être utilisées tant

dans la pratique que dans la recherche certains visant le recueil du matériel alors que d'autres sont des outils de traitement de l'information recueillie.

### **1.1.1 L'étude de cas :**

L'étude de cas est la méthode la plus utilisée en pratique clinique, elle fait partie des méthodes descriptives consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. Il s'agit pour le chercheur de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire celui la favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la classification de la demande et du problème, l'émergence de relation entre les faits, les événements passés et présent etc.

L'étude de cas selon W.HUBER vise non seulement à donner une description d'une personne de sa situation et ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclaircir l'origine et le développement' l'anamnèse ayant d'objet de résoudre les causes et la genèse de ces problèmes.

## **2. La pré enquête**

Le pré enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise est surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignés, augmentées et justifiées. De même la pré enquête permet de fixer, en meilleur connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réaliser pour vérifier ces hypothèses. Très souvent aussi on a recours à la pré enquête pour effectuer le choix d'instrument et le mode de construction de celui-ci.

Le but de cette pré enquête est de s'assurer la faisabilité de notre recherche, la consultation de l'hypothèse et du guide d'entretien, et les conditions d'étude, ainsi que la possibilité d'obtenir le consentement des patients colostomisés pour participer à notre recherche, avant de d'entamer cette dernière relative au problème posé de notre thème.

On à débuté notre recherche de travail par une pré enquête qui à effectuée d'une période de 45 jours, à l'associations des stomisés de Bejaia à travers laquelle nous avons reçue l'aide de la part de la psychologue et la stomathérapeute et les renseignements du président de l'association qui nous à facilité la possibilité de rencontrées des colostomisés et d'effectuer un certain nombre d'observation, et d'entretiens clinique, afin de cerner leurs vécus

psychologiques et leurs anxiété et de discuter avec eux sur les différents symptômes et problèmes qui contiennent leurs vie.

### **3. La présentation de lieu de recherche**

Notre recherche effectuée au niveau de l'association des stomisés de Bejaia située à Iheddaden cité de 300 logements, c'est un centre d'entéro-stomathérapie, qui a commencé ces activités en 2002.

#### **3.1 Les objectifs de l'association**

- ✓ Assurer la prise en charge et le soutien psychologique des stomisés.
- ✓ Organiser des rassemblements des personnes stomisés afin de favoriser les échanges d'idées, et susciter un climat propice à la solution de tous les problèmes liés à leurs états.
- ✓ Organiser et développer la formation du personnel stomathérapeute et améliorer les soins de réhabilitation.
- ✓ Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des stomisés.
- ✓ Promouvoir et assurer des soins de qualité.
- ✓ Veiller et aider à organiser une diffusion des appareillages en vue d'un meilleur confort et dans le but d'alléger les charges de la collectivité à leur égard.

#### **3.2 Le corps technique de l'association**

- Psychologues
- Une stomathérapeute
- Un médecin généraliste
- Des agents administratifs
- Président de l'association

### **4. La population d'étude et les caractéristiques du choix**

#### **Section de notre population d'étude**

Nous avons procédé à la sélection de quatre cas de patients colostomisés adultes de sexes différents dont l'âge varie de 50 à 75 ans.

**Les caractéristiques du choix :** (voici le tableau ci-dessous)

**Tableau N° 01 : Tableau récapitulatif des caractéristiques du choix de la population de recherche**

<b>Cas</b>	<b>Sexe</b>	<b>Age</b>	<b>Situation familiale</b>	<b>Niveau d'instruction</b>	<b>profession</b>	<b>Début de la colostomie</b>
Amar	Masculin	73 ans	Marié	Aucun	retraité	2009
Ghania	Féminin	67 ans	Mariée	Moyen	Femme au foyer	2021
Razika	Féminin	52 ans	divorcée	Moyen	Femme au foyer	2022
Kafia	Féminin	46	Mariée	Moyen	Femme au foyer	2015

## **5. Les techniques de recherche**

### **5.1. L'entretien semi-directif**

Le type de l'entretien qu'on a choisi comme dispositif de recueil des données est l'entretien semi directif, il aborde assez librement une série de thème à partir d'une consigne large, permet de rendre compte de la dynamique des processus psychique ; le sujet pouvant organiser la dynamique de son discours comme il l'entend, tout en permettant une forme de standardisation. (Cyssau.C, 20), le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. (Chahraoui.KH., Bénony.H., 2003, p143)

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. (Chahraoui.KH., Bénony.H., 2003, p143).

### **5.2. L'échelle d Hamilton de l'évaluation de l'anxiété**

#### **5.2.1. Définition de l'échelle**

L'échelle d'Hamilton est parmi les échelles de nation, développée pour mesurer le degré et la gravité des symptômes anxieux.



Elle a été présentée par Hamilton en 1959 comme un instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété traduite par P.Pichot en français.

### **5.2.2 La présentation de l'échelle**

L'échelle de Hamilton (1959) pour l'anxiété en 14 items donne un score global et deux sous-scores (anxiété psychique et anxiété somatique).

Les items couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil et enfin l'humeur dépressive. Il est demandé au clinicien de choisir, en fonction de son expérience, l'intensité qui lui paraît le mieux correspondre à l'état du patient. L'entretien est libre, mais la liste des symptômes proposés constitue un guide utile et un rappel de la sémiologie. Elle a été traduite et adaptée à la population française par Pichot et coll. en 1981. (Mirabel- Sarron. C, Vera. L 2011, p.33).

### **5.2.3. Mode de passation d'échelle Hamilton**

Elle comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien clinique classique.

#### **D'après Pichot P;**

- La note 0 correspond à l'absence de manifestation des symptômes;
- La note 1 correspond à des manifestations d'intensité légère;
- La note 2 à des manifestations d'intensité moyenne;
- La note 3 à des manifestations d'intensité forte et;
- La note 4 à des manifestations d'intensité extrême, véritablement invalidantes.

La note 4 ne doit être attribuée qu'exceptionnellement à des maladies ambulatoires. La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle c'est-à-dire, le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximum d'une semaine.

#### **Cotation :**

La note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items. Il est possible d'avoir deux notes partielles : une note d'anxiété psychique (somme des items 1-2-3-4-5-6-14) et une note d'anxiété somatique (somme des items 7 à 13).

#### **Normes :**

**D'après Bech et Coll. (1989) :**

- De 0 à 5 = pas d'anxiété
- De 6 à 14 = anxiété mineure
- 15 et plus = anxiété majeur. (Marten.B,Cotraux. J, 2005, P.89-90)

L'échelle d'anxiété comprend quatorze (14) items qui couvrent la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire, vasculaire, les troubles cognitifs et du sommeil, l'humeur dépressive:

**1. Humeur anxieuse:**

Inquiétude- attente du pire- appréhension (anticipation avec peur)-irritabilité-consommation de tranquillisants.

**2. Tension**

Impossibilité de se détendre- réaction de sursaut-pleurs faciles-tremblement-sensation d'être incapable de rester en place-fatigabilité.

**3. Peur :**

De mourir brutalement - d'être abandonné -du noir - des gens - des animaux – de la foule - des grands espaces – des ascenseurs – des avions – des transports.

**4. Insomnie:**

Difficultés d'endormissement - sommeil interrompu- sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil- rêve pénible- cauchemars- angoisse ou malaise nocturne.

**5. Fonctions intellectuelles (cognitives) :**

Difficultés de concentration – mauvaise mémoire – cherche ces mots – fait des erreurs.

**6. Humeur dépressive:**

Perte des intérêts – ne prend plus plaisir à ses passe-temps – tristesse – insomnie du matin.

**7. Symptômes somatiques généraux (musculaires):**

Douleurs et courbatures – raideurs musculaire – grincements des dents –contraction de la mâchoire – voix mal assurée.

#### **8. Symptômes somatiques généraux (sensoriels) :**

Sifflements d'oreilles – vision brouillée – bouffées de chaleur ou de froid –Sensations de faiblesse – sensations de fourmis de picotements.

#### **9. Symptômes cardiovasculaire :**

Tachycardie – palpitation – douleurs dans la poitrine – battements des vaisseaux –Sensations syncopales – extrasystoles.

#### **10. Symptômes respiratoire :**

Oppression- douleur dans la poitrine- sensations de blocage, d'étouffement-soupires, respiratoire rapide au repos.

#### **11. Symptômes gastro-intestinaux :**

Difficultés pour avaler- douleurs avant ou après les repas, sensation de brûlure, Ballonnement, reflux, nausées, vomissement, creux à l'estomac, colique abdominales-Borborygmes-diarrhée- constipation.

#### **12. Symptômes urinaires :**

Règles douloureuses ou anormales- troubles sexuelles (Impuissance, frigidité)-Miction fréquente, urgentes, ou douloureuse.

#### **13. Symptômes du système nerveux autonome :**

Bouche sèche- accès de rougeur –pâleur- sueur- vertige- maux de tête.

#### **14. Comportement lors de l'entretien :**

Général : mal à l'aise agitations nerveuse-tremblement des mains-font plisser- faciès Tendue- augmentation du tonus musculaire physiologique : avale sa salive- éructations- palpitation au

repos- accélération Respiratoire-réflexe tendineux vifs- dilatation pupillaire- battements des paupières.

### **Conclusion**

Dans ce chapitre méthodologique, on a assurée une organisation pour notre travail de recherche ce qui nous à permis de comprendre la passation de la démarche adoptée et la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique à l'aide des techniques utilisées et la passation de l'échelle mesurant en évaluant l'anxiété chez les patients colostomisés.

*Chapitre V :*  
*Analyse Des Cas Et Discussion Des*  
*Hypothèses*

## **Préambule**

Ce chapitre est consacré pour l'analyse des données et des résultats obtenus à travers notre entretien et l'échelle d'Hamilton, afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses.

### **1. Présentation et analyse de cas**

#### **Cas N°1 : Madame Kafia**

Lors de l'entretien de Madame Kafia. Qui a duré 32 min au sein de l'association des Madame Kafia. Marié. Mère de 3 enfants, 2 garçons et une fille, demeurant à Bejaïa, son niveau d'instruction est 9<sup>eme</sup> année moyen, Elle n'exerce aucune activité professionnelle, femme au foyer actuellement porteuse d'une poche colostomie gauche.

#### **-Interprétation de l'entretien.**

Lors de l'entretien de madame Kafia qui a duré 32 minutes au sein de l'association des stomisés. Madame k. Paraissait soucieuse et pâle, elle agissait calmement mais intéressée a menée l'entretien avec nous et elle commençait à nous raconter sur sa maladie. Durant son enfance Mme k. Était en parfaite santé. Elle n'avait aucune maladie. En 2015, son histoire a commencé. Ses douleurs au ventre étaient insupportables. Et à la Eu une irrégularité menstruelle, La patiente remarque souvent l'évacuation des selles avec les urines. Elle est allée chez un gynécologue pendant 2 mois. Mais il y a eu aucun résultat. Là où elle a dû consulter un médecin généraliste qui suspectait directement son État., suite à des examens complémentaires, elle découvre qu'elle a une tumeur dans le colon. Et elle affectait la vessie et les ovaires. La patiente a subi sa première intervention en urgence qu'elle a accepté facilement bien-sûr avec peur, de côté gauche de son colon qu'elle traité actuellement par chimiothérapie, Elle porte des poche fermée. Et ses deuxièmes et troisièmes interventions étaient en 2016. Elle a été 10 jours en hospitalisation, Elle ajoute qu'elle n'est pas la seule dans sa famille atteint d'un cancer. Elle pensait que cette maladie est héréditaire du moment que sa mère et sa tante en étaient atteints. Parmi les complications qu'ils ont affectées négativement Madame (k), La poche, la vraiment empêché de sortir comme à la l'habitude de sortir de peur, de se sentir mauvais. Elle a tellement trouvé des difficultés à en mettre, elle ne trouve pas sa position pour bien s'allonger.

Nous nous sommes demandé si elle avait du mal à aller dans les lieux publics, et la réponse a été : « Ouais, je ne suis pas sortie depuis ma dernière fois que j'ai pris le bus, j'ai eu des fuites

de gaz dans mes selles, les gens là-bas sentent mauvais puant mauvaise chose, ils regardent ce que ça sent, c'est la que je meurs de stress et de timidité.».

Ensuite, on lui a demandé de nous parler sur sa vie sexuelle de couple. Selon ses dire, on a constaté que la patiente partage rarement le même lit que son partenaire a cause de la poche et parce que elle porte des couches. Mais elle ajoute malgré ça mon époux est compréhensif et toujours la pour moi. « C'est ça qui me rend folle, c'est ça qui me tue le plus le fait de porter aussi des couches.» . Elle se sent incapable même de faire ces tâches ménagères sans demander de l'aide. «C'est tellement difficile quand tu vois tes enfants ont besoin de toi et tu es incapable de prendre soin d'eux et de ta maison».

On a ensuite voulu avoir quelques informations sur sa qualité de vie, quelle était sa réaction et celle de son entourage et si elle a eu un soutien familial, elle répond avec une humeur dépressive : « j'étais en mode choc, traumatisée comme jamais je me demandais si je dois toujours porter et voir toujours cette poche sur mon corps ». Ma famille attendent que je quitte la vie puisque j'étais gravement malade, dans une chambre médicale seule, attachée des machines, je passe ma vie a l'hôpital».

Mme k. Nous a dit qu'elle bénéficiait du fort soutien de la part de sa belle famille, et qu'elle vivait chez ses parents durant cette période, en particulier ses sœurs s'occupaient vraiment d'elle.

En fin, comparant son état de moment, ses souhaits à l'avenir, la patiente est toujours optimiste elle préserve toujours sa croyance en dieu elle dit : une chose est sur dans cette vie, Ya pas que la maladie qui tue.» . Elle espère retirer la poche et reprendre sa vie normale et se rétablir, surtout pour le bien de ces petits enfants et ainsi faire l'OMRA.

#### **Tableau N° 02 : Résultat de l'échelle Hamilton de l'anxiété de madame Kafia**

Nous avons représenté les résultats de l'échelle Hamilton de l'anxiété de Mme Kafia dans le tableau suivant :

Les items	Le degré				
	0	1	2	3	4
Humeur dépressive				X	
Tension	X				
Craintes		X			
Insomnie		X			
Dysfonction intellectuelle		X			
Humeur dépressive				X	
Symptômes musculaires					X
Symptômes sensoriels		X			
Symptômes cardio-respiratoires	X				
Symptômes respiratoires	X				
Symptômes gastro-intestinaux					X
Symptômes génito-urinaires					X
Symptômes neuro-végétatifs		X			
Comportement au cours de l'entrevue	X				

Après la passation de l'échelle, Kafia a obtenue un score de (23) points, ce qui signifie une anxiété modérée. Elle a obtenue (05) réponses de degré (01) dans les items « Craintes, insomnie, dysfonction intellectuelle, symptômes sensoriels et les symptômes neuro-végétatifs », et (02) réponses du (04) dans les items « symptômes musculaires, symptômes gastro-intestinaux et les symptômes génito-urinaires ».

D'après l'analyse de l'entretien et l'observation directe de Madame Kafia on a remarqué quelle développe une anxiété d'après avoir subit la tumeur et les trois interventions chirurgicales.

#### **-Synthèse du cas**

On a constaté que Kafia a une anxiété pathologique suite au cancer colorectal, elle est submergée par le stress et la fatigue, inquiète pour sa santé et effrayée de quitter ces enfants.



**Cas N°2 : Monsieur Amar****-Présentation du cas**

Monsieur Amar, une personne âgé de 73ans, habite à Toudja, marié 2 fois, père de 9 enfants. Il n'a jamais été à l'école.

Le patient d'après lui, il a eu une enfance et une adolescence saines. Il n'a eu aucun problème médical jusqu'à 2001.

**Analyse et interprétation de l'entretien**

Pendant l'entretien, le patient était très à l'aise avec nous, contrairement aux autres personnes âgées que nous avons interviewées. Il a gardé le sourire tout au long de l'entretien.

Monsieur Amar a raconté comment il a découvert sa maladie : "en 2001, j'ai saigné abondamment, j'ai consulté un médecin directement, j'ai fait une analyse, mais cela s'est avéré sain. En 2006, je me suis plaint de fortes douleurs abdominales avec un saignement dans les selles, ces symptômes se sont rapidement et progressivement aggravés avec le temps, je me suis tout de suite envoyé à l'hôpital en extrême urgence, j'ai continué à faire des examens médicaux j'ai constaté que j'avais un cancer du colon. Notre patient a subi sa première colostomie à l'âge de 51 ans et 1 mois d'hospitalisation.

Monsieur Amar a noté que le suivi postopératoire n'était pas normal et que sa première intervention n'avait pas abouti, en 2006. "Cette fois ça m'a laissé une profonde impression et j'ai beaucoup souffert où point où je voulais mourir mais je ne le trouvais pas." Notre patient a ajouté : Cette maladie m'a donné de l'hypertension. En 2012, le physique du patient a changé, amaigrissement marquant, faiblesse, il a dit : " je n'ai rien mangé, j'ai continué à vomir jusqu'à ce que je sois un cadavre, je n'ai pas mangé pendant 45 jours "

L'hospitalisation de notre patient a été dans le service pendant 8 jours. Continuant à lui poser des questions, nous lui avons demandé de nous décrire comment lui et sa famille ont réagi quand ils ont su qu'il est malade, il a dit : « la première fois c'était vrai, j'étais triste et déprimé, mais la deuxième fois que je suis intervenu j'étais normal, mais ma famille était tellement triste pour moi surtout mes enfants et jusqu'à maintenant ils s'inquiètent beaucoup pour moi ». Il a également déclaré : « ma vie est instable depuis lors et ça me dérange que quelqu'un fasse mon travail à ma place ». Concernant sa vie de couple, selon ses mots : « ma vie sexuelle n'en souffre pas vraiment, je communique toujours avec mon épouse avec compréhension ».

Nous avons également demandé au patient s'il croyait que la maladie était héréditaire lorsque son père y a été exposé et l'a transmise. Oui, je pense que oui. Au cours de l'entretien, quelqu'un lui a demandé s'il avait de soutien de son entourage, et il a dit : « juste moralement, personne ne le soutien financièrement je n'ai que Allah. Ensuite, notre question était spécifiquement de savoir s'il bénéficiait du traitement de stomie et il a répandu : « oui, de plus, la stomathérapeute m'a beaucoup aidé, elle m'a donné des conseils d'hygiène pour garder ma stomie en bonne état ». Le patient a dit : « je ne vais pas bien financièrement, au début on a eu une crise avec ces poches, je les ai gardées plus long ce qui m'a ennuyé, mais grâce à cette association on a plus de problème ». Ensuite, nous avons voulu savoir si le patient avait des difficultés à se rendre dans les lieux publics, et la réponse a été : au début, il y en avait, surtout quand le sac faisait beaucoup de bruit, et j'avais toujours peur des fuites de selles. Les poches sont nouvelles pour moi, mais je m'y suis habitué avec le temps. En concluant notre entretien, nous avons voulu savoir quelles activités il menait et quelle est sa vision de l'avenir. Sa réponse : Oui, à cet âge, mais je suis toujours une personne dynamique, j'aime bouger et je marche beaucoup. «Je passe mon temps à garder les moutons, et je trouve du réconfort à penser au monde avec mes moutons. C'est ainsi que nous vivons et ne faisons confiance qu'à la volonté et au destin de Dieu.»

### **Tableau N° 03 : Résultat de l'échelle Hamilton de l'anxiété de Mr Amar**

Nous avons représenté les résultats de l'échelle Hamilton de Mr Amar dans le tableau suivant:

Les items	Le degré				
	0	1	2	3	4
<b>Humeur anxieuse</b>				<b>X</b>	
<b>Tension</b>			<b>X</b>		
<b>Craintes</b>				<b>X</b>	
<b>Insomnie</b>				<b>X</b>	
<b>Dysfonction intellectuelle</b>		<b>X</b>			
<b>Humeur dépressive</b>				<b>X</b>	
<b>Symptômes musculaires</b>		<b>X</b>			
<b>Symptômes sensoriels</b>	<b>X</b>				
<b>Symptômes cardio-respiratoires</b>	<b>X</b>				
<b>Symptômes respiratoires</b>		<b>X</b>			

Les items	Le degré				
	1	2	3	4	5
Symptômes gastro-intestinaux	X				
Symptômes génito-urinaires		X			
Symptômes neuro-végétatifs	X				
Comportement au cours de l'entrevue	X				

Après la passation de l'échelle, Monsieur Amar a obtenu 18 points pour le total de l'anxiété qui signifie une anxiété légère.

Il a acquis (04) réponses de degré (01) dans les items :

- Dysfonction intellectuelle ;
- symptômes musculaires ;
- symptômes respiratoires
- les symptômes génito-urinaires »

(01) réponse de degré (02) l'item de « tension ».

(04) réponses de degré (03) dans les items :

- humeur anxieuse.
- Crainte.
- Insomnie.
- humeur dépressive

### **-Synthèse du cas**

Nous avons constaté chez Amar un état d'irritabilité présenté dans l'humeur anxieuse, et des difficultés de l'endormissement a cause de la poche qu'il la trouve un peu gênante, comme on a trouvé l'état du craintes qu'il est une personne qui préfère la plupart du temps s'isoler des personnes et de rester seul.

**Cas N°3 : Madame Razika**

Mme Razika, née en 1971, divorcée, mère de 4 enfants, femme au foyer, son niveau d'instruction est primaire.

Elle était timide au début, mais elle a vite appris à bien nous connaître.

Nous avons demandé à la patiente de commencer à nous parler de comment elle a découvert sa maladie, et elle a répandue de mauvaise humeur avec les larmes aux yeux : « j'ai des douleurs abdominales insupportable depuis plusieurs mois, et je ne les ai pas prises au sérieux jusqu'à ce que je trouve du sang dans les selles, c'est là que je commençais à avoir peur ».

A travers ces dires on a constaté que notre patiente elle a tardé pour consulter. Elle a dit : « j'avais toujours des douleurs, des douleurs récurrentes, et j'ai dû être transportés directement chez un spécialiste ».

Le spécialiste lui a fait faire un scanner et une IRM et sur la base des résultats de l'examen physique de notre patiente atteinte d'un cancer du colon, et d'après ce qu'elle a raconté, notre patiente était susceptible de subir une intervention chirurgicale car malgré sa peur, son choc, sa tristesse, elle voulait guérir pour ses enfants alors elle a facilement acceptée.

A travers les propos de notre patiente, nous avons remarqué qu'elle était en retard, qu'elle ne prenait pas sa douleur au sérieux qu'elle était terrifiée après, et elle s'est dit que quelque chose avait du mal tourner et c'est ça qu'il a poussera consulter.

Et pour son hospitalisation a duré 2 mois et depuis sa sortie, elle reçoit une chimiothérapie en 2 cycles tous les 20 jours et une radiothérapie.

Les antécédents médicaux de notre patiente indiquaient qu'elle souffrait d'hypertension.

On a continué à lui poser des questions, on lui avait demandé de nous dire comment elle et sa famille avaient réagis lorsqu'ils ont appris qu'elle était malade, elle a dit : « que tout le monde était sous le choc même moi je n'arrivais pas a y croire ».

Ma famille est désolée pour moi .et, moi, depuis que ma maladie été déclarée je vois mes enfants comme ma source d'énergie et ils m'encouragent a ne pas les laisser seuls car je suis déjà seule et j'ai perdu ma mère et je ne veux pas que mes enfants vivent la même chose.”

Sur la base de ses réponses nous avons constaté que notre patiente traversait beaucoup de stress et beaucoup de chocs dans sa vie (elle a perdu sa mère, elle vient de divorcer et bien d'autre choc), alors elle s'est adaptée à la maladie, elle a accepté avec le temps.

Après avoir répandu sur sa réaction et celle de sa famille, on lui a demandé de fournir plus de détails sur la maladie et de la stomie avec nous, elle a dit : « je porte une poche, et je suis d'une colostomie gauche définitive. La poche était une chose que je ne pourrais pas supporter au début, et je me suis retrouvée assez incompétente ».

D'après notre échange effectué avec elle, notre patiente sa vie a basculé depuis sa maladie, elle ne coud plus depuis ça, son travail de jour est aidé par sa sœur. « je ne sais pas ce que je ferais sans l'aide de ma sœur, surtout avec mes petits enfants ».

Non seulement cela, mais elle ne pouvait pas se détendre comme avant : « je trouve pas de bonne positions pour bien m'allonger ».

Et c'est aussi difficile pour elle d'acheter les poches car c'est très cher, elle devait les changer tous les jours mais comme c'est cher elle trouve ça vraiment dur ; « je ne suis pas dans une bonne situation financière parce que ça m'embêterait que je change toujours ma poche, mais depuis ma découverte de l'association des stomisés je ne trouve plus de problème ».

Nous en avons profité pour lui demander si elle avait du mal à sortir et à se rendre dans les lieux publics, et elle a dit : « au début, oui, je me suis enfermée à la maison, j'ai arrêté d'aller aux fêtes, même celle des proches par peur de fuite, et des gaz, je l'ai évité de peur que les gens me regardent, mais aujourd'hui, soit je sors, soit je vais n'importe où, j'essaie d'être confiante et j'accepte qui je suis ».

À la fin de notre entretien, nous avons découvert que notre patiente n'avait aucun soutien réel de sa famille, seulement quelques-uns, dont sa sœur aînée.

Quant à sa vision d'avenir, elle prie Dieu d'avoir le courage pour pouvoir continuer avec ses douleurs surtout pour ses enfants, elle espère vivre plus longtemps et voir ses enfants dans les plus rangs, c'est ce qui va mettre un sourire sur mon visage malgré tout ce qui s'est passé.

#### **Tableau N°04 : Résultat de l'échelle Hamilton de l'anxiété de Razika**

Nous avons représenté les résultats de l'échelle Hamilton de l'anxiété de Mme Razika dans le tableau suivant :

Les items	Le degré				
	0	1	2	3	4
Humeur anxieuse					X
Tension			X		
Craintes	X				
Insomnie		X			
Dysfonction intellectuelle			X		
Humeur dépressive		X			
Symptômes musculaires			X		
Symptômes sensoriels		X			
Symptômes cardio-respiratoires		X			
Symptômes respiratoires		X			
Symptômes gastro-intestinaux	X				
Symptômes génito-urinaires	X				
Symptômes neuro-végétatifs		X			
Comportement au cours de l'entrevue					X

Suite à la passation de l'échelle à madame Razika, elle a obtenue score de 21 points, ce qui signifie une anxiété modérée.

Elle a obtenue (03) réponses du degré (0) dans les items :

- Craintes
- Symptômes gastro-intestinaux
- Symptômes génito-urinaires

Elle a obtenue (06) réponses du degré (01) dans les items :

- Insomnie
- Humeur dépressive
- Symptômes sensoriels
- Symptômes cardio-respiratoires
- Symptômes respiratoires

- Symptômes neuro-végétatifs

Elle a obtenue (03) réponses du degré (02) dans les items :

- Tensions
- Dysfonction intellectuelle
- Symptômes musculaire

Elle a obtenue (02) réponses du degré (04) dans les items :

- Humeur anxieux
- Comportement au cours de l'entrevue

### **Synthèse du cas**

Au cours de l'entretien et la passation de l'échelle on a remarqué qu'elle est très triste tellement perturbée, a cause de cette tumeur elle a trop souffert et elle est inquiétante concernant les jours à venir.

### **Cas N°4 : Madame Ghania**

Mme Ghania âgée de 67 ans, demeurant à Bejaïa ville, veuve, mère de 5 enfants, femme au foyer son niveau d'instruction est moyen. Elle a quitté l'école à l'âge de 12 ans. Mme Ghania est actuellement sous traitement médicamenteux et sous chimiothérapie

#### **-Analyse des données de l'entretien semi directif :**

Au cours de l'entretien de Madame Ghania qui a duré 45 minutes, dans une chambre médicale, au sein de l'association des stomisés. Elle était coopérative et aise, elle n'a pas hésité d'être sujet de notre recherche et de répondre à nos questions durant l'entretien. Concernant son état de santé la patiente n'a aucune autre maladie mise à part le cancer. Elle a commencé à nous raconter comment la maladie est commencé et ce qu'elle a cru être du au deuil de son conjoint, mais elle n'a jamais cru que c'est le Cancer. Un matin je faisais les mêmes corvées que les jours précédents, je ne me sens pas bien, j'ai des douleurs au ventre, des ballonnements, des gaz, les vomissements, je n'ai pas pu supporter la douleur. J'ai dû de se rendre à l'hôpital en extrême d'urgence ». « Au début, j'ai pensé que c'était un choc parce que je n'avais pas de complications. J'allais bien jusqu'au début du mois d'août où je vomis tout le temps au point de peser 45 kg. ». En mois de Novembre La patiente visite une gastroentérologie, il commence à diagnostiqué un serrement de côlon dans un endroit, il a douté d'un début de cellules cancéreuses. Ce fut directement emmène pour s'opérer, où elle a accepté facilement car elle veut guérir «je veux guérir pour mes enfants.

Après le résultat de la coloscopie et le scanner le gastro-entérologue a affirmé le cancer colorectal.

Après un mois et une semaine début décembre La patiente suivie une séance de chimio thérapie tous les 3 semaines qui engendre quelques complications dont une sensation de courant dans les mains, perte d'appétit 4/5 jour après la chimio, trouble de sommeil, des vomissements.

Concernant sa vie de famille souligne la présence de ces frères qu'elles lui sont reconnaissante de leur aide et ces enfants tout au cours de sa maladie

En parlant de son quotidien Elle fait ces tâches quotidiens sans qu'elle fasse beaucoup d'effort

La patiente a une vision optimiste envers l'avenir car Ya une amélioration de 60% de la perte des cellules après avoir pesé 45 kg puisque 3 mois sans rien manger, il Ya une amélioration significative.

**Tableau N°05 : Résultat de l'échelle Hamilton de l'anxiété de Ghania**

Les items	Le degré				
	0	1	2	3	4
Humeur anxieuse				X	
Tension			X		
Craintes		X			
Insomnie		X			
Dysfonction intellectuelle	X				
Humeur dépressive				X	
Symptômes musculaires					X
Symptômes sensoriels		X			
Symptômes cardio-respiratoires					X
Symptômes respiratoires		X			
Symptômes gastro-intestinaux					X
Symptômes génito-urinaires	X				
Symptômes neuro-végétatifs					X
Comportement au cours de l'entrevue				X	



Suite à la passation de l'échelle à Madame Ghania, elle a obtenue un score de 31 points ce qui signifie une anxiété sévère.

Elle a obtenue 02 réponses de degré 0 dans les items :

- Dysfonction intellectuelle
- Symptômes génito-urinaires

Elle a obtenue 04 réponses du degré 01 dans les items :

- Craintes
- Insomnie
- Symptômes sensoriels
- Symptômes respiratoires

Elle a obtenue une réponse du degré 02 dans l'item de tension

Elle a obtenue 03 réponses du degré 03 dans les items ;

- Humeur anxieuse
- Humeur dépressive
- Comportement au cours de l'entrevue

Elle a obtenue 04 réponses du degré 04 dans les items ;

- Symptômes
- Symptômes cardio-respiratoire
- Symptômes gastro-intestinaux
- Symptômes neuro-végétatifs

### **Synthèse du cas**

Madame Ghania a développé une anxiété pathologique suite à sa tumeur et son intervention chirurgicale, elle est dominée par la fatigue suite aux séances des chimiothérapies et l'inquiétude sur sa santé.

#### **1. Discussion d'hypothèses**

Cette partie de notre chapitre, sera consacrée pour la discussion et la vérification de notre hypothèse que nous avons reformulée, et pour la confirmer ou l'infirmier dans notre recherche.

Afin d'analyser l'états anxieux chez les patients colostomisés, nous avons formulé l'hypothèse suivante :« Oui, les patients colostomisés manifestent de l'anxiété. ».D'après les résultats obtenus par les outils de recherche, nous pouvons annoncer la confirmation de notre hypothèse dans les quatre cas étudiés.

**Tableau N°06 : le degré d'anxiété de notre population d'étude**

<b>Nombre de cas</b>	<b>Score</b>	<b>Degré de l'anxiété</b>
Kafia	<b>23</b>	<b>Modérée</b>
<b>Amar</b>	<b>18</b>	<b>Légère</b>
<b>Ghania</b>	<b>31</b>	<b>Sévère</b>
<b>Razika</b>	<b>21</b>	<b>Modérée</b>

On a utilisé la psychothérapie de la relaxation de type **Jacobson** pour les patients diagnostiqués avec une anxiété pathologique.

La relaxation a un effet positif sur l'anxiété, c'est pour cela on a voulu d'expérimenter la relaxation Jacobson sur les patients subis un cancer colorectal porteurs d'une colostomie qui présentent des troubles anxieux.

En effet la relaxation aura pour but d'adopter un état de soulagement aux patients et de diminuer leurs degré de l'anxiété.

Les séances de la relaxation sont toutes similaires pour tous nos cas, pour apporter un organisation et un cadre pratique présentable aux patients.

Voici quelques recommandations demandés aux patients:

- On a demandé aux patients d'enlever ces chaussures et se mettre sur la table médicale et se mettent à l'aise.
- On les a fait expliquer les exercices de la respiration profonde de la relaxation : inspiré doucement et calmement, en dilatant le ventre, puis expirer aussi de la même façon on essayant de garder une duré régulière dans les deux opérations.

Comme on a expliqué aussi les exercices des démonstrations visuelles qui consiste à contracter le regroupement musculaire puis le relâcher, dans le but d'obtenir progressivement un état de détente physique et psychologique.

Dans la relaxation Jacobson les exercices de contractions musculaires sont de 5 secondes pour chacun, chaque partie des muscles réalisé e, deux fois, entre chaque contraction il faut 3 respirations, on précise au patient de bien prendre le temps dans le relâchement musculaire.

- Serrer les poings, en gardant les bras le long du corps
- Décoller légèrement les bras de la tables, il faut que ça vous tire dans les épaules
- Décoller légèrement la tête de la table
- Serer fortement les yeux en ouvrant bien la bouche
- Décoller le dos de la table
- Jambe droite : lever la jambe droite légèrement de la table
- Jambe gauche ; lever la jambe gauche légèrement de la table
- Mettez les pointes des pieds en avant
- Ramenez les pointes de pieds vers votre visage

À la fin de cette thérapie on a demandé l'avis des patients concernant les exercices et on a obtenu la même réponse pour la majorité des cas qui est la sensation de soulagement et une détente psychique durant l'application.

## *Conclusion Générale*

Notre travail a donc consisté à la réalisation d'une étude de cas de l'anxiété chez les personnes colostomisés dont nous avons étudié quatre (04) cas de colostomisés et cela par le moyen du guide d'entretien et de l'échelle d'Hamilton de l'anxiété évaluant le niveau et la sévérité de l'anxiété chez ces patients.

Afin d'arriver à la confirmation ou la négation de notre hypothèse qui est comme suit : « Les colostomisés manifestent de l'anxiété », nous avons adopté une méthodologie bien déterminée qui est la démarche de recherche : la méthode clinique et la pré-enquête, en ce qui concerne les outils d'investigations : l'entretien semi directif, ainsi que le guide d'entretien qui répond aux exigences de notre thème, et l'application de l'échelle d'Hamilton de l'anxiété pour bien déterminer le niveau de l'anxiété chez les patients colostomisés.

Au cours de notre stage pratique ainsi que les entretiens effectués avec nos cas et l'application de l'échelle, nous avons pu confirmer de façon précise nos hypothèses. Notre travail sur le terrain de stage nous a permis de vivre une expérience humaine ; on a pu sentir ce qu'un colostomisé peut endurer et vit quotidiennement, et toutes les difficultés qu'il peut affronter que se soit psychique, physique et relationnelle.

Alors on propose que le colostomisé doit être suivi par des stomathérapeutes et toute une équipe soignante, afin de lui assurer une vie parfaite et confortables.

En concluant notre travail par la technique de relaxation Jacobson qu'on a utilisé pour nos cas pour les aider à diminuer l'anxiété fréquente chez les colostomisés. Dans ce contexte, la relation Jacobson a été intégrée pour but a été de leur apprendre à se relâcher et sentir un soulagement par la suite contrôler ses manifestations anxieuses.

## Liste des abréviations

- **OMS** : organisation mondiale de la santé.
- **DSM** : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- **TCC** : thérapie cognitive et comportementale.
- **INCA** : institue national du cancer.
- **CCR** : cancers colorectaux.
- **HAS** : haute autorité de santé.

## La liste bibliographique

- 1) Aktouf, O. (2006). Méthodologie des sciences sociales et approches quantitative des organisations. Montréal, Canada : HEC.
- 2) Américain psychiatrique Association (2015). **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** (5e édition). Paris : Elsevier Masson.
- 3) Besançon, G. (1993). **Manuel de psychopathologie, anxiété, dépression et psychopathologie du corps**. Paris, France : Dunod.
- 4) Bouvard, M. Cottraux, J. 1966, 1998, 2002, 2005, **protocoles des échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie** (4<sup>e</sup> éd).Paris, France, Masson
- 5) Bouvet, C. (2015) **18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique**. Paris, France : Dunod
- 6) Bruchon-schweitzer, M. Boujut, E. (2014). **Psychologie de la santé**. (2<sup>e</sup> éd). Paris, France : Dunod.
- 7) Chahraoui, Kh. Benoy, H. (2003). **Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique**. Paris : Dunod.
- 8) Derveaux, J. L, (2014). **Dépression et anxiété**. France : Dangles.
- 9) Doron, J. (2001). **La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie**. Paris, France : Dunod.
- 10) Graziani, P. (2003). **Anxiété et troubles anxieux**. Paris, France. Nathan, vuf.
- 11) Laugier, F. (2012). **Manuel psychiatrique et de psychopathologie de l'adulte**. (1<sup>e</sup> éd). Paris, France.
- 12) Libbey Eurotext, J. (2007). «Troubles anxieux : diversité des approches théoriques », « l'information psychiatrique ».
- 13) Martin. M, Antony, Ph. D, C, psych Richard. P. Swinson, MD, (1996) **les troubles anxieux et leurs traitement : Analyse critique de la littérature sur les traitements fondés sur des preuves** . Santé. Canada.
- 14) Mathieu, J. Raymond. Th (1994). **Manuel de psychologie**. France : vigot médecine, Hygiène.
- 15) Servent, D. (2011). **Gestion du stress et de l'anxiété** (3<sup>e</sup> éd). Elsevier Masson.
- 16) Soumaille, S.(2015) L'anxiété et les troubles anxieux. Genève.
- 17) Sillamy. N,(2003). **Dictionnaire de la psychologie** , Québec, Canada : Larousse, VUEF.
- 18) SIL Quevauvilliers J.(2009), **Dictionnaire médical**, Paris ? édition Masson.
- 19) Liza De Meulemeester,(2014), **Cancer colorectal : Appareillage et accompagnement des patients colostomisés**. France : l'île.
- 20) **Brochure, cancers colorectaux**, (2023) PDF.
- 21) 823\_01\_011\_ Colostomie\_PDF

# *Annexe*



## **Annexe n°01**

### **Guide de l'entretien clinique semi-directif :**

#### **Informations Personnelles**

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel est votre situation familiale ?
3. Quel est votre niveau d'instruction ?
4. Vous faites quoi dans la vie ?

#### **Axe N°1 : Informations sur l'état de santé actuel**

5. Quel est votre maladie ?
6. A quel âge votre maladie s'est déclarée ?
7. Quel est votre réaction lors de l'annonce de la maladie ?
8. Quels sont les premiers signes qui vous en poussé a consulter le médecin ?
9. Combien de fois vous étiez hospitalisé a cause de cette maladie ?
10. Quel est votre traitement actuel ? et comment le vivez-vous ?
11. Suivez-vous un régime alimentaire strict ?
12. Ya t'il d'autres personnes de votre famille atteint de la même maladie ?

#### **AXE N°2 : Informations sur l'état de santé antérieure**

13. Avez-vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance ?
14. Avez-vous une autre maladie chronique ?
15. Avez-vous subit une intervention chirurgicale avant ?

#### **Axe N° 3 : informations concernant la qualité de vie**

16. Quels était la réaction de votre entourage
17. avez-vous trouvez un soutien de l'entourage
18. avez-vous des activités et passion que vous exercer ?
19. comment sont elle vos relations sociale et dans le milieu professionnel ?
20. pouvez-vous nous parler de la réaction de votre famille lors du diagnostic de la maladie ?
21. quels est votre vision du futur ? et que pensez-vous de l'avenir ?
22. comment vivez-vous votre maladie au sein de votre vie conjugale ?
23. Qu'espéré vous par le traitement ?
24. Prenez vous soins de votre corps ?

#### **Axe N°4 : l'anxiété**

25. Comment vous vivez votre maladie ?
26. Qu'est ce qui vous inquiétez en ce moment ?
27. Avez-vous accepté la chirurgie et le traitement administré facilement ?

28. Avez-vous peur ? vous sentez vous anxieux ?

29. Est-ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirable vis-à-vis de votre conjoint ?

30. Parlez-moi de vos rêves, décrivez les, quelle sont leurs caractéristiques ?

**Annexe n°02**

**13.1 ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ**

E Évaluation de A l'Anxiété E Échelle de H Hamilton		Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?				
		Consigne : Encercler la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.				
<b>Catégories</b>	<b>Exemples</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Énormément</b>
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Crainces	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil, précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4
Score : ≤ 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère.						

D'après : Hamilton MC. [1959], Hamilton Anxiety rating scale.

© Ce document est un outil complémentaire au livre *La Consultation infirmière*, ouvrage collectif publié aux éditions Lamarre. IS, 2014. isbn: 978-2-7573-0735-9 (DR). Chapitre 13, « Consultation d'accompagnement du deuil » de Isabelle Sanselme.

# L'anxiété chez les colostomisés

## *Etude clinique à l'association des stomisés Iheddaden- Bejaia*

### **Résumé**

Cette étude porte sur « L'anxiété chez les colostomisés ». Dans le cadre d'un cancer colorectal l'équipe chirurgicale est parfois contrainte à proposer aux patients le placement d'une colostomie. La colostomie est l'abouchement chirurgicale d'une partie mobile du colon à la peau afin d'éliminer les matières fécales.

La colostomie entraîne habituellement de lourdes conséquences sur la santé physique mais aussi sur la santé psychique, dont elle provoque des troubles émotionnelles comme l'anxiété est la première réaction.

En effet, notre étude est effectuée à l'association des stomisés de Bejaia auprès des malades subits un cancer colorectal porteurs d'une colostomie.

**Mot clés :** cancer colorectal, colostomie et anxiété.

### **Abstract**

This study focuses on anxiety in colostomy patients, in the context of colorectal cancer, the surgical team is sometimes forced to offer patients the placement of a colostomy. The colostomy is the surgical culmination of a movable part of the colon to the skin in order to eliminate feces.

Colostomy usually has serious consequences on physical and psychological health, including emotional disorders such as anxiety which is the first reaction.

Indeed, our study is carried out at the association of ostomates bejaia with the patients suffering from colorectal cancer who have a colostomy.

**Keywords ;** colorectal cancer, colostomy, anxiety