

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences Humaines et Sociale
Département de Psychologie et d'Orthophonie



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention de diplôme de Master en psychologie clinique

Option : psychologie clinique

Thème

La dépression chez les patients atteints du cancer du côlon

Etude de quatre (4) cas réalisée à l'Hôpital d'Amizour

-Bejaia-

Réalisé par :

- HAMADI Kayssa
- ZAIDI Nesrine

Encadré par :

Mme MEHENNI Zahoua

Année universitaire 2023/2024

Remerciement

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à dieu qui nous a donné le courage, la santé et la patience à réaliser ce modeste travail.

*Nous tenons à remercier **Mme MEHENNI Zahoua** pour avoir accepté de nous encadré et de nous diriger, pour son soutien, ses encouragements, les critiques et conseils qui ont toujours été constructifs et pertinents qui nous ont permis d'évalué tout au long de cette formation et de faire avancer ce travail. Soyez assurée, madame de notre profonde reconnaissance et de notre très grand respect.*

*Nous remercions **Mme SOUALMI Jaziya** de nous avoir orientés durant notre stage pratique au niveau Du service d'oncologie de L'Hôpital d'Amizour.*

On désire aussi remercier tout les membres de jury qui vont nous évalué.

Nous adressons également nos remerciements les plus profondes à nos enseignants qui nous ont enseigné tout au long de notre cursus universitaire.

Enfin, nous sommes reconnaissantes à toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire

Merci

Dédicaces

C'est avec profonde gratitude, que je dédie ce modeste travail de fin d'étude à mes chers parents.

*A mon très cher père **Boualem** l'homme de ma vie, mon exemple éternel, mon soutien moral et source de joie et de bonheur, Tu as toujours été à mes cotes pour me soutenir et m'encourager, que ce travail traduit ma gratitude et mon affection. Merci d'être toujours là pour moi que dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, te protège de tout mal.*

*A ma très chère maman **Zoulikha** et ma grande mère **Houria** Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point vous remercier comme il se doit, votre affection me couvre, votre bienveillance me guide et votre présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles. Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse dieu, le tout puissant, vous préserve et vous accorde santé longue vie et bonheur.*

*A mon frère **Mounir** a qui je souhaite un avenir radieux plein de réussite, que dieu le tout puissant vous donne santé, bonheur, courage.*

*A mes chères sœur **Manel, Nabila, Linda, et Fahima**. Merci pour votre amour et votre amitié tout au long de ma vie, votre présence a été un véritable trésor pour moi , et je suis reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour moi A mes petites Neveux **youliwass, Ithri, Ilyane, Daris** je vous remercie de m'avoir apporté tant de joie et de bonheur, votre innocence. M'ont inspirée à travailler dur, je suis fière d'être votre tante.*

*A mon très chère Binôme **Nesrine** Ce mémoire est dédié à toi, pour célébrer notre partenariat exceptionnel et pour te remercier de tout mon cœur pour cette aventure merveilleuse.*

Kayssa

Dédicaces

Je souhaiterais dédier ce précieux travail aux deux êtres les plus Respectueux qui comptent le plus à mes yeux : mes parents.

*A ma mère **Fadila** , première école de ma vie qui m'a enseignée la bonté, l'honnêteté et les valeurs ; source de tendresse, exemple de lutte qui à toujours Donner de sa personne pour ma stabilité et mon bonheur.*

*A mon père **Said** , source de sagesse, de passion et de patience qui Ma soutenu tout au long de ma vie d'un soutien moral et matériel qu'il ma offert Tout au long de mes études.*

*A mes chères sœur **Nedjma, Yasmine**, Merci pour votre amour et votre amitié tout au long de ma vie, votre présence a été un véritable trésor pour moi , et je suis reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour moi.*

A mes chères tantes et mes chers oncles, ainsi qu'à mes adorables cousines et cousins.

*Je dédie ce travail aussi à ma promotrice **Mme MEHENNI. Zahoua** qui Ma guidés vers la concrétisation de ce travail.*

*A mon très chère Binôme **Kayssa** Ce mémoire est dédié à toi, pour célébrer notre partenariat exceptionnel et pour te remercier de tout mon cœur pour cette aventure merveilleuse.*

A tous ceux qui m'ont aidé, conseillé, et à tous ceux que j'aime et que je porte dans mon cœur.

Nesrine

Sommaire

Remerciement.

Dédicaces.

Liste des abréviations.

Liste des tableaux.

Liste des figures.

Liste des annexes.

Introduction.....1

Cadre méthodologique de la recherche

1-La problématique.....4

2-Les hypothèses de la recherche.....5

3-Définition et opérationnalisations des concepts clés.....5

4-Les raisons du choix de thème.....7

5-Les objectifs de la recherche.....7

6-Les difficultés rencontrées.....7

Partie théorique

Chapitre I: Le Cancer du côlon : aspect médical et psychologique.

-Préambule

I.Le cancer du côlon : aspect médical

1- Définition du cancer du côlon.....10

2-L'épidémiologie du cancer du côlon.....11

3- Les causes du cancer du côlon.....12

4-les symptômes du cancer du côlon.....13

5- Les formes topographiques du cancer du côlon.....13

6- Les facteurs de risque du cancer du côlon.....15

7- Diagnostic du cancer du côlon.....	16
8-Les stades de la maladie du cancer du côlon.....	17
9- Le traitement du cancer du côlon.....	18

II. Le cancer du côlon : aspect psychologique

1-Aspect psychologique du cancer du côlon.....	21
2-La personnalité des cancéreux du côlon.....	21
3-L'annonce de diagnostic du cancer du côlon.....	22
4-Processus d'acceptation de la maladie chronique.....	22
5-Le lien entre le cancer du côlon et la dépression.....	23
-Synthèse.....	24

Chapitre II:La dépression.

-Préambule

1-Définition de la dépression.....	27
2-Aperçu historique sur la dépression.....	28
3-Les types de la dépression.....	29
4-Les symptômes de la dépression.....	30
5-L'épidémiologie de la dépression.....	32
6-Les facteurs de risque de la dépression.....	33
7-Le diagnostic de la dépression et le diagnostic différentiel.....	34
8-Prise en charge de la dépression.....	36
-Synthèse.....	39

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

-Préambule

1- La pré-enquête.....	42
2-le lieu de recherche.....	42
3-Les limites de recherche.....	43
4-La méthode de recherche.....	44

5-La population d'étude et les caractéristiques de choix.....	44
6-Les outils d'investigations.....	45
-Synthèse.....	49
Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses.	
-Préambule	
1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien de l'échelle de Beck.....	52
2-Discussion des hypothèses.....	63
-Synthèse.....	65
Conclusion.....	66
Liste bibliographique.....	67
Annexe	

Liste des abréviations :

Abréviation	Signification
BDI	Beck Depression Inventaire
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5
INCa	l'Institut National du Cancer
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Liste des tableaux :

Numéro du tableau	Titre du tableau	Numéro de page
Tableau n°1	Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population de recherche	45
Tableau n°2	Tableau qui représente le dépouillement de l'échelle de l'évaluation de dépression de Beck.	48
Tableau n°3	Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°1.	53
Tableau n°4	Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°2.	56
Tableau n°5	Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°3.	59
Tableau n°6	Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°4.	61
Tableau n°7	Tableau récapitulatif des niveaux de dépression obtenus chez les cas étudiés.	63

Liste des figures :

Numéro de la figure	Titre de la figure	Numéro de page
Figure n°1	Représente le côlon dans le système digestif.	10
Figure n°2	Représente le cancer du côlon.	11
Figure n°3	Représente les formes topographiques du cancer du côlon.	15
Figure n°4	Représente les stades de la maladie du cancer du côlon.	18
Figure n°5	Représente le traitement chirurgical du cancer du côlon.	19

Liste des annexes :

Annexes	Titres
Annexe n°1	Guide d'entretien
Annexe n°2	L'échelle de dépression de Beck

Introduction :

Les maladies chroniques sont des maladies de longue durée, non transmissibles pour la plupart qui ne guérissent généralement pas. Parmi ces derniers on trouve ; les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer etc.

Le cancer est une maladie chronique caractérisée par une prolifération anarchique et incontrôlée de cellules dans l'organisme .Ces cellules cancéreuses se multiplient de manière excessive et forment une masses appelées tumeurs. Parmi les types du cancer on trouve : le cancer de la prostate, cancer de l'estomac et le cancer du côlon.

Ce dernier est une maladie qui se développe en gros intestin appelé côlon. Il se forme quand des cellules normales du côlon commencent à se multiplier de façon anormal et incontrôlée, formant une masse appelé tumeur.

Le cancer du côlon à des effets sur la santé physique et mentale de l'individu.sur le plan physique les patients atteints du cancer du côlon peuvent avoir des changements dans leurs habitudes intestinales (diarrhée, et des douleurs abdominales). Quant à la santé mentale les personnes atteintes de cette maladie peuvent éprouver des difficultés à dormir, le stress, l'anxiété, changement de l'humeur et risque de développer une dépression.

La dépression est un trouble mental caractérisé par une humeur dépressive persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir, des troubles du sommeil et de l'appétit, ainsi qu'un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation.

Le diagnostic et le traitement du cancer du côlon peuvent engendrer un stress important et déclencher des symptômes dépressifs chez certains patients. De plus, les effets secondaires des traitements, tels que la fatigue, la douleur et les troubles du sommeil, peuvent également contribuer à l'apparition de la dépression.

Notre travail de recherche qui porte sur « la dépression chez les patients atteints du cancer du côlon » a pour objectif de connaître le degré de la dépression chez ces personnes et les différents symptômes et facteurs de cette dépression.

Nous avons effectué notre recherche au niveau du « service d'oncologie de l'Hôpital d'Amizour de Bejaia », ou se trouve notre population d'étude qui représente les personnes atteintes du cancer du côlon, et nous avons choisi l'approche cognitivo-comportementale comme un cadre référentiel a notre recherche, et nous avons utilisés comme outils ; un guide d'entretien clinique de type de semi-directif et l'échelle de dépression de Beck.

Pour réaliser notre recherche, nous avons repartie notre travail en deux partie ; théorique et pratique.

D'abord nous avons commencé le travail par une introduction suivit d'un cadre méthodologique qui comprend : la problématique, les hypothèses de la recherche, la définition

opérationnalisation des concepts clés, les raisons de choix du thème, les objectifs de la recherche et les difficultés rencontrées.

Puis, la partie théorique qui est divisée en deux chapitre ; le premier chapitre intitulé le cancer du côlon l'aspect médical et l'aspect psychologique, il est réservé a la présentation de la définition du cancer du côlon l'épidémiologie, les causes, les symptômes, les formes topographique, les facteurs de risque, le diagnostic, les stades de la maladie et le traitement du cancer du côlon. plus les thèmes réservés a l'aspect psychologique des patients atteints du cancer du côlon qui correspond à l'aspect psychologique du cancer du côlon, la personnalité des cancéreux du côlon ,l'annonce de diagnostic du cancer, processus d'acceptation de la maladie chronique et le lien entre le cancer et la dépression.

Le deuxième chapitre qui sera réservé à la deuxième variable qui est la dépression qui comprend; la définition, un aperçu historique, les types, les symptômes, l'épidémiologie, les facteurs de risque, le diagnostic, le diagnostic différentiel et la prise en charge de la dépression.

Ensuite, nous avons abordé la partie pratique répartie en deux chapitre;

Le premier est le chapitre méthodologie de la recherche dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête, le lieu de la recherche, les limites de recherche, la méthode de recherche la population d'étude et les caractéristiques de choix et les outils d'investigations tels que l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de dépression de Beck.

Le seconde chapitre dans lequel nous avons présenté les résultats obtenu de nos quatre cas accompagné de l'interprétation de ces derniers tout en complétant cela avec la discussion des hypothèses de notre recherche.

Enfin, nous avons achevé notre travail de recherche par une conclusion suivi d'une liste bibliographique et les annexes.

Cadre méthodologique de la recherche :

1-Problématique.

2-Les hypothèses de la recherche.

3-Définition et opérationnalisations des concepts clés.

4-Les raisons du choix de thème.

5-Les objectifs de la recherche.

6-Les difficultés rencontrées.

Problématique et cadre méthodologique de la recherche

1. Problématique :

La Santé de l'individu est un état de bien être physique, mental ; elle permet aux individus de vivre une vie longue et productive, de contribuer à la société et de profiter de leurs temps libre. Mais cette santé peut être touché par divers maladies tels que ; le diabète, maladies cardiovasculaire, les cancers etc.

Le cancer est une maladie chronique caractérisée par la prolifération, dans un tissu, de cellules anormales, dites cellules cancéreuses .cette prolifération cellulaire aboutit à la constitution d'une tumeur maligne, également appelée néoplasme. Le processus qui aboutit à une cellule cancéreuse en partant d'une cellule normal est la cancérogenèse. (<https://www.dictionnaire-médical.fr/definitions/044-cancer.>)

Le cancer du côlon est une maladie de la muqueuse, qui tapisse l'intérieur du côlon ou du rectum pour le cancer rectal. Les tumeurs colorectales se développent généralement à partir de la muqueuse tapissant les parois du côlon et du rectum. Le cancer colorectal met plusieurs années à se développer, de 9 à 10 ans. Il se forme à partir de la transformation d'une tumeur bénigne, un polype (excroissance charnue) apparu sur la muqueuse. (<https://www.ligue-cancer.net>).

Le cancer du côlon peut avoir des effets sur la santé physique et mentale de l'individu. Sur le plan physique les patients atteints du cancer du côlon peuvent avoir des changements dans leurs habitudes intestinales, des troubles du transit intestinal, et des douleurs abdominales. En ce qui concerne la santé mentale les personnes atteints de cette maladie peuvent éprouver de difficulté à dormir, l'anxiété, changement de l'humeur et la dépression qui est la plus fréquente chez eux car elle peut rendre le traitement du cancer du côlon plus difficile, tout cela peut influencer négativement dans leurs habitudes de vie et leurs qualité de vie.

Une étude menée en Tunisie auprès de 100 patients atteints du cancer du côlon a L'Hôpital Salah Azaiez dans le but dévaluer le degré de la dépression le résultat de cette étude est l'existence d'une prévalence élevée de symptômes dépressifs significatifs chez les patients atteints du cancer du côlon.(Ben Abedallah et all,2020,p.147)

La dépression est un état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend –il plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui résulte augmente encore sa mélancolie. (Sillamy, 2003, p.79).

Une étude menée en France auprès de 350 patients atteints du cancer colorectal ils ont constaté que 22% des patients souffraient de dépression majeure avant le diagnostic, et que ce taux augmentait à 30% après le diagnostic et ils ont constaté aussi que les facteurs de risque de la dépression chez les patients atteints du cancer du côlon comprenaient le stade avancé de la maladie et le sexe féminins. (Ayed et all, p.2)

Les patients atteints du cancer du côlon vivent un véritable traumatisme psychique avec l'annonce de diagnostic du cancer, la détresse émotionnelle qui s'en suit et se traduit en terme de

Problématique et cadre méthodologique de la recherche

la dépression. Cette dernière peut avoir un impact négatif sur la vie des patients atteints du cancer du côlon, elle peut entraîner une diminution de la capacité de faire face aux traitements ; une augmentation de risque de complication du cancer et une diminution des chances de survie.

A base de tout ce qui a été avancé précédemment, on est arrivé à former la problématique suivante ;

1-Est-ce que les patients atteints du cancer du côlon souffrent d'une dépression?

2-Si oui, quelle est le degré d'intensité de la dépression chez les cancéreux du côlon?

2. Les hypothèses de la recherche :

- Les patients atteints de cancer du côlon souffrent d'une dépression.
- La dépression se manifeste à des niveaux divers chez les cancéreux colorectaux.

3. Définition et opérationnalisation des concepts clés :

Nous allons débiter notre recherche par la définition des concepts clés, qui vont nous guider dans notre démarche théorique et pratique, ensuite nous allons essayer de les rendre opérationnels, concrets.

-Définition du cancer :

Le cancer est une maladie chronique caractérisée par la prolifération, dans un tissu, de cellules anormales, dites cellules cancéreuses .cette prolifération cellulaire aboutit à la constitution d'une tumeur maligne, également appelée néoplasme. Le processus qui aboutit à une cellule cancéreuse en partant d'une cellule normale est la cancérogenèse. ([https://www.dictionnaire-médical.fr/définitions/044-cancer.](https://www.dictionnaire-médical.fr/définitions/044-cancer))

-Définition opérationnelle du cancer:

- Maladie chronique.
- La prolifération incontrôlée de cellules.
- Echappent le contrôle de l'organisme.
- Tumeur maligne.
- Envahissent les tissus voisins en les détruisant.
- Les cellules cancéreuses migrent alors par les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur.

- Définition du cancer du côlon :

Comme son nom l'indique, le cancer colorectal se forme dans le côlon ou dans le rectum, la dernière partie du gros intestin.

Problématique et cadre méthodologique de la recherche

-Définition opérationnelle du cancer du côlon:

- Perte de poids.
- Perte d'appétit.
- Fatigue et faiblesse.
- Troubles de transit (constipation ou diarrhées).
- La présence de sang dans les selles.
- Saignement du rectum.
- Les douleurs abdominales.
- Blocage dans l'intestin
- Anémie.
- Météorisme, gaz ou de gargouillements.
- Douleurs ou inconfort au rectum.
- Nausées et vomissement.
- Douleurs à l'abdomen, au dos aux fesses ou aux jambes.
- Troubles respiratoire.

-Définition de la dépression:

Selon le grand dictionnaire de la psychologie; la dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. (Sillamy, 1999, p.79)

-Définition opérationnelle de la dépression :

- Un humeur triste, se sentir malheureux et démoralisé.
- Tristesse et manque de joie.
- Inhibition.
- Délire.
- Désespoir face à l'avenir.
- Une réduction marquée du plaisir et de l'intérêt pour presque toutes les activités.
- Faible estime de soi.
- un sentiment de dévalorisation, d'être inutile.

Problématique et cadre méthodologique de la recherche

- Une fatigue important ou une perte d'énergie.
- Sensibilité émotionnelle excessive.
- Les changements des habitudes de sommeil.
- Un changement marqué de l'appétit ou du poids.
- Manque de concentration.
- Idée suicidaire.

4. Les raisons du choix de thème :

Chaque recherche scientifique doit avoir un but précis, sachant qu'il n'existe pas de thème plus intéressant qu'un autre en psychologie. Le choix de notre sujet d'étude est motivé par les facteurs suivants :

- L'augmentation du nombre des cancéreux colorectaux dans notre pays.
- La souffrance psychique des patients causée par le cancer du côlon et la chimiothérapie.
- L'apparition des symptômes dépressifs causée par le cancer.

5. Les objectifs de la recherche :

- Dépister si les personnes atteintes du cancer du côlon souffrent d'une dépression.
- Connaitre le degré d'intensité de la dépression chez les cancéreux du côlon.
- Enrichir la recherche académique par notre travail.

6. Difficulté rencontrée :

Dans la réalisation de notre recherche sur la dépression chez les patients atteints du cancer du côlon, on a rencontré quelques difficultés au niveau de la théorie, un manque de documentation sur le cancer du côlon et aussi la difficulté de trouver un lieu de stage.

Chapitre I: Le Cancer du côlon : aspect médical et psychologique.

I.Aspect médical:

-Préambule.

- 1- Définition du cancer du côlon.
- 2-L'épidémiologie du cancer du côlon.
- 3- Les causes du cancer du côlon.
- 4-Les symptômes du cancer du côlon.
- 5- Les formes topographiques du cancer du côlon.
- 6- Les facteurs de risque du cancer du côlon.
- 7- Diagnostic du cancer du côlon.
- 8-Les stades de la maladie du cancer du côlon.
- 9- Le traitement du cancer du côlon.

II.Aspect psychologique :

- 1-Aspect psychologique du cancer du côlon.
- 2-La personnalité des cancéreux du côlon.
- 3-L'annonce de diagnostic du cancer du côlon.
- 4-Processus d'acceptation de la maladie chronique.
- 5-Le lien entre le cancer du côlon et la dépression.

-Synthèse.

-Préambule:

Le cancer colorectal, est un cancer qui se développe dans le côlon ou le rectum. Le côlon est la partie la plus longue du gros intestin, et le rectum est la partie terminale du gros intestin. Le cancer peut affecter aussi le côté psychologique de la personne.

Selon l'institut national du cancer (INCa) ,Le cancer colorectal ;ou cancer du côlon-rectum, est le 3^{ème} cancer le plus fréquent chez l'homme après ceux de la prostate et du poumon. C'est le 2^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme après celui du sein.

A travers ce chapitre on va essayer d'aborder l'aspect médical et l'aspect psychologique du cancer du côlon .Dans l'aspect médical nous allons aborder: la définition du cancer du côlon ensuite l'épidémiologie du cancer du côlon et les causes du cancer du côlon puis les symptômes du cancer du côlon et les formes topographique du cancer du côlon ensuite les facteurs de risque du cancer du côlon puis diagnostic du cancer du côlon et les stades de la maladie du cancer du côlon et pour finir par le traitement du cancer du côlon .Dans l'aspect psychologique nous allons aborder : l'aspect psychologique du cancer du côlon ensuite la personnalité des cancéreux du côlon puis l'annonce de diagnostic du cancer et processus d'acceptation de la maladie chronique et pour finir parle lien entre le cancer et la dépression.

I.Aspect médical:

1-Définition du cancer du côlon :

Le cancer du côlon « gros intestin » est le cancer le plus fréquent du tube digestif. Il résulte de l'accumulation de mutations dans différents gènes au sein des cellules constitutives de la couche la plus interne de la paroi colique appelée « muqueuse ». Ces mutations sont responsables de la prolifération excessive et anarchique de ces cellules qui aboutit à la formation de petites tumeurs initialement bénignes appelées « adénomes » ou « polypes adénomateux ». Ces polypes peuvent se transformer secondairement en tumeurs malignes c'est-à-dire cancéreuses également appelées « adénocarcinomes » qui ont la capacité d'infiltrer progressivement l'épaisseur de la paroi colique puis de diffuser à distance du côlon pour donner naissance à des métastases tumeurs « filles », localisées à distance du côlon, par exemple dans le foie ou les poumons par envahissement des vaisseaux sanguins et/ou lymphatiques.

Plusieurs années d'évolution sont nécessaires pour qu'un petit adénome se transforme éventuellement en un cancer invasif. Cette séquence adénome-cancer permet d'expliquer en partie l'efficacité du dépistage qui permet non seulement de faire le diagnostic des cancers à un stade plus précoce mais également de diminuer leur fréquence grâce à l'identification et à l'exérèse généralement au cours de la coloscopie des polypes adénomateux avant qu'ils ne se transforment voir le paragraphe « Dépistage » de ce document (Quevauvilliers, 2009, p.152).

Selon L'OMS (l'organisation mondiale de la santé): "C'est une tumeur maligne qui se développe dans la paroi du côlon. La continuité du colon avec le rectum fait que l'on parle également de cancer colorectal. C'est un cancer qui reste longtemps silencieux et ne donne aucun symptôme. Plus il est dépisté à un stade précoce, plus on augmente les chances de le guérir. Le dépistage organisé permet de diminuer la mortalité."

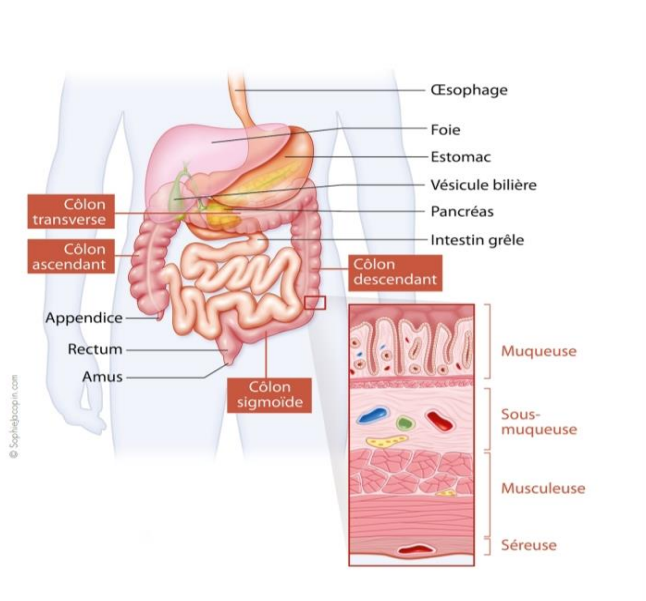


Figure n°1 : Représente le côlon dans le système digestif. (Garmont et all, 2012, p.11)

Le cancer colorectal met plusieurs années à se développer, de 9 à 10 ans. Il se forme à partir de la transformation d'une tumeur bénigne, un polype (excroissance charnue) apparu sur la muqueuse. La forme la plus répandue des cancers colorectaux est appelée carcinome.

Pour définir l'étendue du cancer, différents examens permettent de constater :

- La taille de la tumeur ;
- L'atteinte ou non des ganglions lymphatiques par des cellules cancéreuses ;
- L'atteinte ou non des structures voisines ;
- La présence ou non de métastases à distance ;

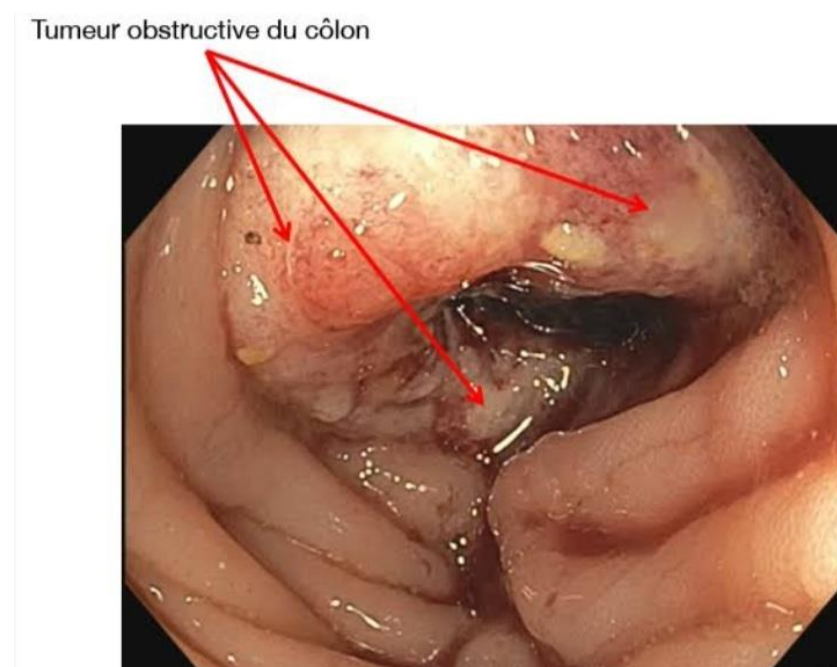


Figure n°2 : Représente le cancer du côlon. ([https :
//www.lequotidiendumedecin.fr/specialistes/cancerologie/cancer-colorectal](https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialistes/cancerologie/cancer-colorectal))

2-l'épidémiologies du cancer du côlon:

Selon l'institut national du cancer(INCa):

Le cancer colorectal, ou cancer du côlon et du rectum, est l'un des plus fréquents en France. Il touche chaque année plus de 47 000 personnes et cause 17 000 décès. Dans plus de 80 % des cas, il provient d'une tumeur bénigne qui évolue lentement et finit par devenir cancéreuse.

-47 582 nouveaux cas en 2023 (26 212 hommes et 21 370 femmes).

-Âge médian au diagnostic : 71 ans chez l'homme, 72 ans chez la femme.

-Taux d'incidence : -0,5 % par an en moyenne entre 2010 et 2023 pour les hommes, +0,4 % pour les femmes.

-17 100 décès en 2018 (9 200 hommes et 7 900 femmes).

-Âge médian au moment du décès : 77 ans chez l'homme, 81 ans chez la femme.

-Diminution du taux de mortalité : -1,8 % par an en moyenne chez l'homme et -1,6 % chez la femme entre 2010 et 2018.

-Survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans : 63 % (62 % chez l'homme, 65 % chez la femme).

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme, après ceux de la prostate et du poumon. Il représente 11,2 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers masculins. Chez la femme, ce cancer est le deuxième plus fréquent après le cancer du sein (11,3 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers féminins).

Ce cancer constitue la deuxième cause de décès par cancer en France. Il représente près de 12 % de l'ensemble des décès par cancer, en particulier chez les 65 ans et plus. Toutefois, la mortalité diminue régulièrement depuis 1980. L'accès au dépistage du cancer colorectal et à la résection des lésions précancéreuses explique en partie cette baisse.

En Algérie près de 6.500 nouveaux cas du cancer colorectal, dont 3.500 chez les hommes et 3.000 chez les femmes selon les registres du cancer de l'institut national de santé publique(INSP).

3- Les causes du cancer du côlon :

Le cancer colorectal est provoqué par des mutations (ou dérèglements) des gènes. Le gène est la partie d'un chromosome dont dépendent la transmission et le développement des caractères de l'individu. Les chromosomes sont situés dans les noyaux des cellules.

Les mécanismes qui aboutissent au cancer du côlon et du rectum sont aujourd'hui connus. Il s'agit schématiquement de mutations successives portant sur des gènes. Ces derniers transforment progressivement la cellule intestinale normale en cellule cancéreuse. Les gènes modifiés deviennent des oncogènes (c'est-à-dire qu'ils favorisent le processus de cancérisation). À l'opposé, certains gènes sont des anti-oncogènes : ils s'opposent au processus de cancérisation. Ainsi le gène qui délivre les informations nécessaires à la fabrication de la protéine p53 est un anti-oncogène. Sa mutation contribue à favoriser le cancer car elle retient sur la structure de la protéine p53 qui n'est alors plus capable de jouer son rôle protecteur. Ces données permettent de comprendre pourquoi les personnes ayant hérité d'un gène anormal ou acquis une mutation développent plus facilement des cancers colorectaux que les autres personnes. Ils ont, en effet, moins d'étapes à franchir pour aboutir à la transformation maligne. D'autres facteurs, comme les facteurs nutritionnels interviennent pour favoriser ces modifications de gènes. (Gramont et coll, 2012, p. 25)

4- Les symptômes du cancer du côlon :

Les cancers colorectaux restent longtemps discrets, mais ils entraînent l'apparition progressive de symptômes digestifs et abdominaux s'ils ne sont pas détectés. Comme pour tous les cancers, un diagnostic précoce est gage d'un meilleur pronostic.

Les cancers colorectaux restent longtemps asymptomatiques. Ainsi, lorsque les symptômes apparaissent, ils sont souvent le signe d'une maladie déjà évoluée. Plus le diagnostic tarde à être posé et plus ces symptômes sont nombreux et fréquents :

-Des douleurs abdominales liées à des contractions de l'intestin, évoluant par crises de deux ou trois jours et accompagnées parfois de bruits abdominaux ;

-Des troubles du transit intestinal : constipation brutale ou diarrhée prolongée, voire alternance des deux ;

-Une présence de sang dans les selles, passant le plus souvent inaperçue ou associée à tort à des hémorroïdes ;

-Une masse perceptible à la palpation de l'abdomen ;

-Une anémie (taux d'hémoglobine dans le sang inférieur à la normale) ;

-Un amaigrissement inexplicable, une altération de l'état de santé général et/ou une légère fièvre persistante ;

-Des saignements du rectum (ou rectorragies) et des envies fréquentes d'aller à la selle en cas de cancer du rectum.

À un stade plus avancé, des complications peuvent survenir comme l'occlusion intestinale ou la perforation tumorale (déchirure de l'intestin par la tumeur) ; elles exigent une prise en charge en urgence. (<https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-colorectal/symptomes-diagnostic-cancer>)

5- les formes topographiques du cancer du côlon:

❖ *Cancers du côlon droit, ascendant :*

Ils siègent depuis la valvule iléo-caecale jusqu'au tiers droit du transverse.

-Caractères anatomiques : siégeant dans la portion la plus large du cadre colique, ces cancers sont souvent longtemps latents, avec un faible risque d'occlusion.

-Caractères cliniques : les douleurs et surtout l'anémie hypochrome sont classiques la palpation permet assez souvent de mettre en évidence la tumeur sur ce segment colique qui est assez superficiel et bien accessible.

❖ *Cancers du côlon transverse :*

-Caractères anatomiques : leur propagation lymphatique est particulière et de mauvais pronostic, car l'envahissement ganglionnaire peut se faire vers l'origine des 2 axes vasculaires mésentérique supérieur et mésentérique inférieur, et atteindre précocement les ganglions rétro-pancréatiques, inaccessible à une exérèse chirurgicale curative.

-Caractères cliniques : ils ont une symptomatologie d'emprunt souvent trompeuse (crises coliques, troubles du transit, distension caecale, ballonnements, palpation d'une tumeur épigastrique), ou évoquer une affection gastrique, biliaire ou pancréatique.

❖ *Cancers du côlon gauche, descendant :*

Ce sont les plus fréquents des cancers coliques (60 %) et trois quarts d'entre eux siègent sur le sigmoïde.

-Caractères anatomiques : Ils sont rapidement sténosants avec symptomatologie occlusive.

-Ils sont très lymphophiles, essaient vers l'axe mésentérique inférieur.

-Le cancer de l'angle gauche a une propagation lymphatique rétro-pancréatique.

-Caractères cliniques :

Quelques particularités propres à certains sites :

-Symptomatologie d'emprunt sus-mésocolique des cancers de l'angle gauche ;

-Occlusion révélatrice des cancers du côlon descendant ;

-Épreintes et faux besoins des localisations recto-sigmoïdiennes.

Le diagnostic différentiel peut faire évoquer :

-Devant une sténose radiologique sigmoïdienne une sigmoïdite diverticulaire ;

-Une colite ischémique ;

-Une maladie de Crohn colique.

❖ *Cancers du rectum :*

-Caractères anatomiques : le tiers inférieur étant extra-péritonéal, l'extension tumorale intrapelvienne est la règle. La distance entre le pôle inférieur de la tumeur et l'appareil sphinctérien anal conditionne les possibilités de conservation fonctionnelle.

-Caractères cliniques : les rectorragies sont isolées, sans caractère spécifique.

Souvent minimales, réduites à quelques filets de sang entourant les selles, trop souvent à tort négligées par les malades qui les attribuent volontiers à un saignement hémorroïdaire. Noter que la coexistence d'un cancer du rectum et d'hémorroïdes est fréquente.

Les faux besoins s'associent aux rectorragies et sont dus à une sensation de plénitudes rectale.

Parfois la tumeur est diagnostiquée à un stade très évolué, métastatique. (Scotte et coll, 2002, p.242-244).

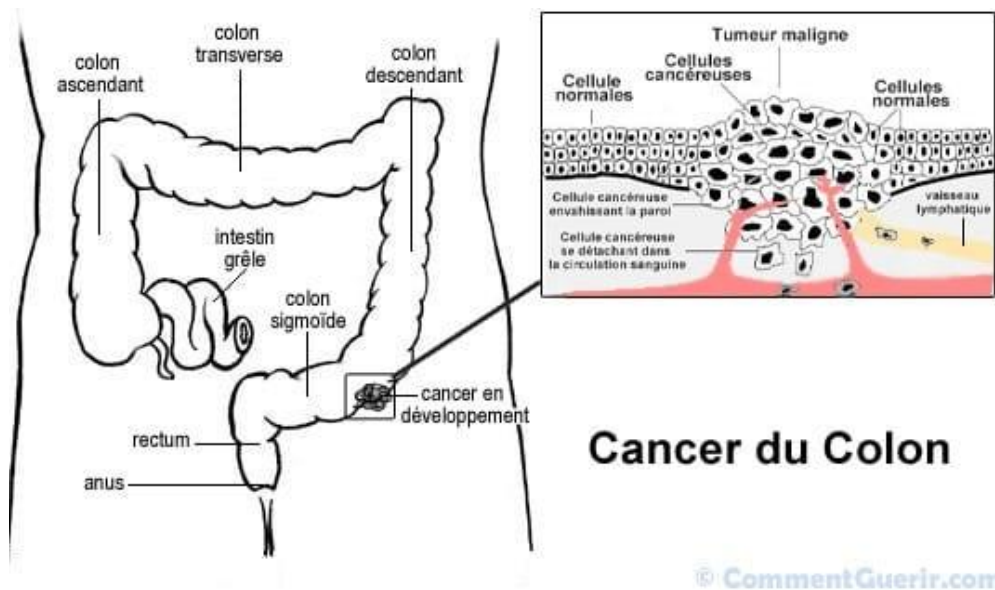


Figure n°3 : Représente les formes topographiques du cancer du côlon. ([https : //www.commentguerir.com/gastrologie/cancer-colon/amp](https://www.commentguerir.com/gastrologie/cancer-colon/amp))

6-Les facteurs de risque du cancer du côlon :

➤ Génétique :

-La polypose rectocolique familiale, affection autosomique dominante à pénétrance variable ;

La mutation du gène APC sur le chromosome 5q peut être dépistée à partir des leucocytes du sang circulant, permettant un diagnostic génétique. L'impossibilité de surveiller et de prévenir la transformation de ces centaines de polypes impose une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale chez les sujets atteints de la mutation présentant une polypose.

-Le syndrome de lynche ou syndrome HNPCC (Hereditary Non Poliposies Colorectal Cancer), forme héréditaire sans polypose ;

Le risque de développement d'un cancer du côlon est de 1,6 % par an chez l'adulte, avec un risque de 100 % à l'âge de 40 ans.

Une mutation germinale des gènes de réparation des mésappariements de l'ADN est retrouvée dans la moitié des cas. Les tumeurs de ces sujets ont un phénotype RER (RER pour « Replication Error »).

Il existe un risque d'autre localisation cancéreuse associée (endomètre chez 50 % chez les femmes porteuses de la mutation, mais aussi sein, ovaire, estomac).

La prévention impose des coloscopies de dépistage tous les 18 mois.

-Il existe aussi des sujets à risque augmenté.

Antécédents familiaux de cancer rectocolique (risque multiplié par 2 à 4).

-Sujets avec antécédents personnels d'adénome.

-Sujets avec antécédents de cancer épidémiologiquement liés. (cancer de L'endomètre, cancer du sein).

➤ *Lésions locales :*

-*Les adénomes :*

Ce sont des tumeurs épithéliales bénignes affectant 30 à 60 % de la population de plus de 55 ans. Or les 3/4 des cancers colo-rectaux proviennent de la transformation maligne d'un adénome. La détection et l'exérèse des adénomes permettent d'envisager la prévention secondaire du cancer colique.

-*Maladies inflammatoires*

-Rectocolite hémorragique ; risque de développement d'un cancer colorectal très élevé, de l'ordre 2 % par an chez l'adulte. Effet préventif très probable de l'aspirine.

-Maladie de crohn : risque élevé mais de façon moins importante.

-**Autres facteurs de risques :**

-Tabac : serait un facteur favorisant (10 % des cancers coliques pour l'American Cancer Society).

-Habitudes de vie : rôle protecteur de l'activité physique.

-Alimentation :

-Rôle protecteur des régimes riches en légumes, en fibres et en calcium et en vitamine D, des vitamines anti-oxydantes (A, C, E), folates.

-Rôle favorisant d'un régime riche en viande, graisses animales et en protéines, alcool ;

-Rôle protecteur de la prise régulière de faibles doses d'aspirine. (Scotte et coll ,2002 p. 236-237).

7- Diagnostic du cancer du côlon :

-**Circonstances de découverte :**

-Trois ordres de troubles, associés tardivement seulement :

-Troubles du transit : constipation, diarrhée, alternance diarrhée/ constipation;

-Rectorragies ;

-Douleurs abdominales.

-Coloscopie de dépistage. (Scotte, et coll, 2002, p.241-242).

-Examen clinique :

L'examen clinique peut retrouver une masse abdominale surtout dans les cancers du caecaux-ascendant ou permettre de sentir par le toucher rectal une masse sigmoïdienne prolapsée dans le Douglas. Une adénopathie sus-claviculaire gauche ou des métastases seront soigneusement recherchées. (Hamburger et coll, 1987, p.470).

8-les Stades de la maladie du cancer du côlon :

Le facteur le plus important pour décider du traitement et donner un pronostic est le stade de la maladie au moment du diagnostic.

-Trois critères (TNM) permettent d'évaluer l'étendue de la maladie :

-la taille et la profondeur de la tumeur (T) ;

-L'atteinte ou non des ganglions et leur nombre en cas d'atteinte (N) ;

-La présence ou non de métastases (M) Ces critères sont combinés pour donner un stade global dont va dépendre la stratégie thérapeutique :

-Stade 0 : la tumeur est in situ, ce qui signifie qu'elle est très superficielle et qu'elle n'envahit pas la sous-muqueuse, que les ganglions lymphatiques ne sont pas atteints et qu'il n'y a pas de métastase à distance.

-Stade I : la tumeur envahit la deuxième couche (sous-muqueuse) ou la couche musculaire (muscleuse) de la paroi du côlon ou du rectum, les ganglions lymphatiques ne sont pas atteints et il n'y a pas de métastase à distance.

-Stade II : les cellules cancéreuses ont traversé plusieurs couches de la paroi du côlon ou du rectum, mais aucun ganglion n'est atteint et il n'y a pas de métastase.

-Stade III : les cellules cancéreuses ont envahi les ganglions lymphatiques proches de la tumeur.

-Stade IV : le cancer s'est propagé au-delà du côlon ou du rectum, vers des emplacements ou des organes éloignés, généralement le foie ou les poumons.(<https://www.ligue-cancer.net>)

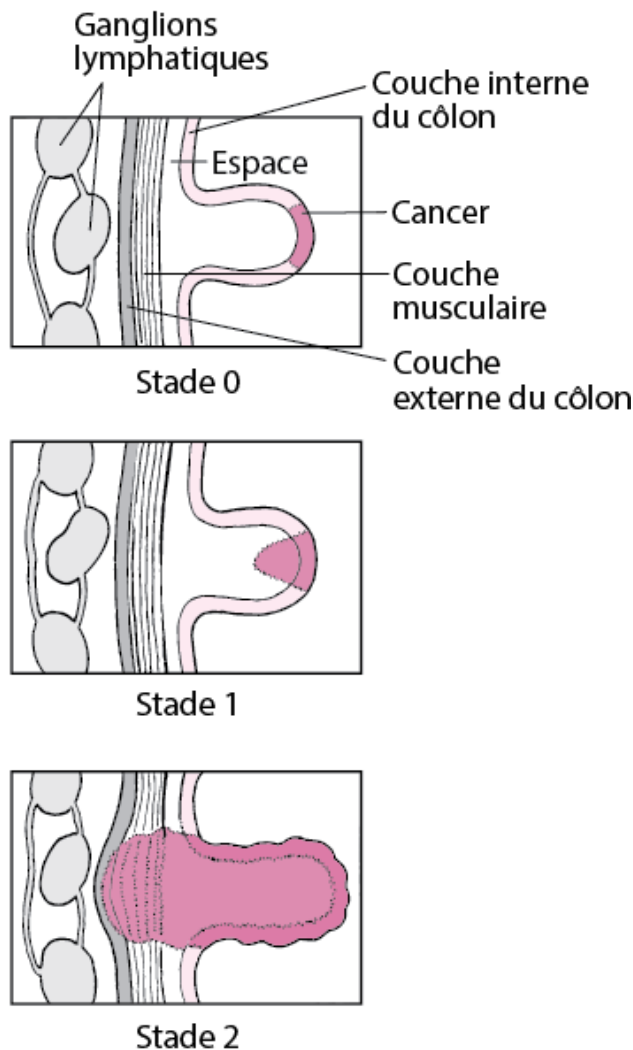


Figure n°4 : les stades de la maladie du cancer du côlon. (<https://nord-chirurgie.com/cancer-colorectal/>).

9-le traitement du cancer du côlon :

-Traitement chirurgical :

Après une préparation du malade destinée à corriger les troubles métaboliques et à assurer la vacuité et la désinfection du côlon, l'intervention comporte un temps d'exploration permettant d'apprécier les possibilités d'exérèse de la tumeur et l'étendue de la résection colique.

-Le côlon droit : l'opération idéal est l'hémi-colectomie droite en un temps avec anastomose iléo-transverse (entre l'intestin grêle et le côlon transverse).

-Le côlon gauche : (du tiers gauche du transverse au côlon iliaque), sont traités par hémi-colectomie gauche enlevant la partie proximale du sigmoïde avec anastomose transverso-sigmoïdienne.

-Les cancers coliques compliqués : imposent des techniques opératoires Particulières, en présence d'une occlusion, il est nécessaire de pratiquer une dérivation soit externe, par création

d'un anus en amont de la tumeur, soit interne, en pratiquant une anastomose excluant la zone sténosée.

Les abcès péritumoraux relèvent du traitement antibiotique ; il est rare que l'on soit obligé de drainer l'abcès et d'assurer une dérivation des matières. Le pronostic des cancers du côlon est, certes, fonction du types histologique-gravité des sarcomes et des épithéliomas anaplastiques, meilleur pronostic des épithéliomas glandulaires différenciés, mais surtout de la précocité du diagnostic et de l'état général du sujet. Le pronostic éloigné de ces tumeurs peut être considéré comme favorable, puisque plus de 50 p. 100 des sujets opérés peuvent être considérés comme guéris à la cinquième année. (Domart, et coll, 1982, p.364)

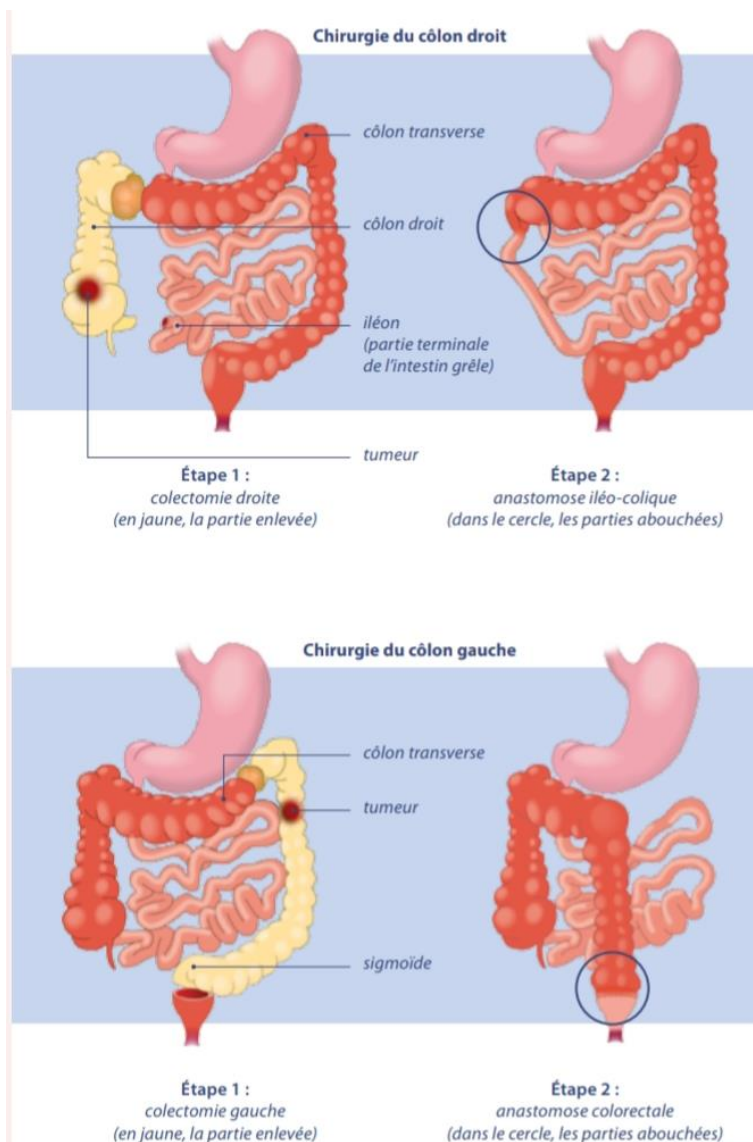


Figure n°5 : Représente le traitement chirurgical du cancer du côlon. (Gramont et all, 2012, p.54)

-Traitement adjuvant :

La radiothérapie est indiquée en cas de cancer du rectum. La chimiothérapie a un intérêt à tous les stades (traitement adjuvant des métastases occultes dans les formes apparemment localisées et traitement des métastases).

-Cancer colique :

- Stade B2 : Chimiothérapie souvent proposée pour les patients jeunes en bon état général.

-Stade C : Chimiothérapie adjuvante indiquée avec diminution du risque de récurrence.

Habituellement, associant de 5-FU et d'acide folinique ; de nouvelles drogues (irinotécan,oxaliplatine) sont généralement utilisées en deuxième intention.

- Stades D : Chimiothérapie associant acide folinique, 5-FU +/- Oxaliplatine ou Irinotécan.

-Cancer du rectum :

- Essais de chimiothérapie adjuvante en cours pour le cancer du rectum.

- Intérêt d'une radio-chimiothérapie adjuvante en terme de survie et de rechutes.

- Tolérance de la radiothérapie post-opératoire moins bonne que celle de la radiothérapie pré-opératoire.

-Importance de la radiothérapie néo-adjuvante en termes d'augmentation de la survie globale.

-Métastase :

En cas de métastase hépatiques ou pulmonaires isolées ou facilement accessibles à une résection limitée, une hépatectomie ou une lobectomie doivent être discutées.

Dans tous les cas, une chimiothérapie (5-FU, oxaliplatine, irinotécan) peut être proposée car elle augmente la survie et la qualité de celle-ci.

Une prise en charge palliative devra être proposée aux patients dont la pathologie est non accessible aux traitements curatifs en optimisant la prise en charge des complications digestives (Scotte et coll, 2002, p .24)

II. Aspect psychologique:

1-Aspect psychologique du cancer du côlon :

L'aspect psychologique du cancer du côlon est essentiel à comprendre pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de cette maladie. Plusieurs études ont été menées pour étudier les répercussions psychologiques du cancer du côlon et du traitement associé.

Les patients atteints du cancer du côlon peuvent vivre une altération de leur qualité de vie due à divers facteurs, tels que l'estime de soi, les idées négatives, l'anxiété, la dépression. Les répercussions psychologiques du cancer du côlon sont similaires à celles d'autres cancers, mais il existe également des aspects spécifiques liés à la maladie et à sa prise en charge.

Parmi les répercussions psychologiques du cancer du côlon, on peut citer :

- Traumatisme de la communication du diagnostic : La manière dont le patient est informé de sa maladie peut avoir un impact significatif sur le plan psychologique.
- Peur de la mort et des séquelles : Les patients peuvent avoir peur de la mort et des conséquences de leur traitement, comme la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.
- Problèmes de sexualité : Les conséquences du traitement du cancer du côlon sur la sexualité sont importantes et peuvent avoir un impact sur la qualité de vie du patient.

Pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer du côlon, il est important de prendre en compte ces aspects psychologiques et de proposer des soutiens adaptés à leurs besoins spécifiques. (<https://www.colorectalcancercanada.com>)

2-La personnalité des cancéreux colorectaux :

La personnalité de patient cancéreux est décrite comme étant hypersensibles, émotive, prudent et ayant un grand besoin de sécurité et elle a un impact négatif sur la qualité de vie, cette personnalité est caractérisée par les caractéristiques psychologiques suivantes :

- Une longue histoire de stress psychologique et physique.
- La souffrance de la privation pendant une longue période.
- Céder au désespoir de toute rapidement.
- Des sentiments de dépression grave.
- Un sentiment d'instabilité et d'anxiété.
- Faux sentiments de la misère et l'injustice.
- Mauvaises relations avec les autres en particulier les parents.
- Échappe à la prise de responsabilité.

-L'hésitation et la remarque de confiance en soi.(<http://www.elle.fr/Astro/Horoscope/caractere/cancer>)

3- L'annonce de diagnostic du cancer du côlon :

L'annonce d'un diagnostic déclenche une série de perturbation chez le patient tout comme la famille de ce dernier. L'annonce du diagnostic du cancer du côlon peut avoir des répercussions psychologiques significatives sur le patient.

La perte de la fonction physiologique naturelle de l'élimination, par exemple, peut entraîner une baisse de l'estime de soi et une dépression chez certains patients. Les troubles psychologiques les plus fréquents lors de cette phase de la maladie sont des symptômes anxieux et dépressifs, des idéations suicidaires et de l'insomnie il est donc important que l'annonce du diagnostic soit accompagnée d'un soutien psychologique adéquat pour aider le patient à faire face aux répercussions émotionnelles de la maladie.

Les professionnels de la santé doivent adopter une approche empathique et informative pour aider le patient à participer activement à sa prise en charge.(<https://Cairn.info.com>).

4- Processus d'acceptation de la maladie chronique :

Le processus d'acceptation d'une maladie chronique comme le cancer peut être difficile et prendre du temps. Accepter ne signifie pas abandonner ou se résigner à la situation, mais plutôt reconnaître l'existence de la maladie et être capable de faire face aux changements avec plus de résilience.

Le processus d'acceptation d'une maladie chronique, comme le cancer, peut être complexe et varier d'une personne à l'autre. . Le processus d'acceptation peut comprendre différentes étapes tels que :

-Déni : La personne peut refuser de croire qu'elle est malade ou ne pas vouloir admettre sa situation.

-Colère : La personne peut éprouver de la colère envers sa situation, les soignants ou les proches.

-Tristesse : La personne peut ressentir de la tristesse en raison de la maladie et de ses conséquences sur sa vie.

-Négociation : La personne peut tenter de négocier avec sa maladie ou ses soignants pour essayer de contrôler ou de modifier sa situation.

-Phase de dépression: elle a deux aspects, la dépression réactionnelle due aux pertes de sa perception de soi et aux autres et le chagrin préparatoire d'acceptation de son destin.

-Acceptation : La personne accepte la maladie et apprend à vivre avec elle, en trouvant des moyens de gérer ses émotions et de s'adapter à sa nouvelle situation.

Le processus d'acceptation peut être influencé par divers facteurs, tels que la personnalité, l'entourage familial et social, et les ressources internes de la personne. L'acceptation de la maladie

peut permettre de créer un équilibre avec les émotions plus difficiles et de trouver une forme d'espoir pour aller de l'avant. (<https://Cairn.info.com>).

5-Le lien entre le cancer du côlon et la dépression :

La dépression est fréquente chez les patients qui présentent des troubles physiques graves tels que le cancer du côlon.

La dépression peut avoir un impact négatif sur la vie des patients atteints de cancer du côlon, elle peut entraîner une diminution de la capacité de faire face aux traitements ; une augmentation de risque de complication du cancer et une diminution des chances de survie. Les patients atteints de cancer du côlon vivent un véritable traumatisme psychique avec l'annonce de diagnostic de cancer, la détresse émotionnelle qui s'en suit et se traduit en terme de la dépression.

Synthèse:

Le cancer du côlon peut avoir un impact à la fois psychologique et médical sur les personnes qui en sont atteintes. Sur le plan psychologique le diagnostic du cancer du côlon peut susciter des émotions telles que la peur, la colère etc. Sur le plan médical, le cancer du côlon nécessite souvent un traitement multidisciplinaire, comprenant la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. Ces traitement peuvent avoir des effets secondaires physiques tels que ; les changements dans la fonction intestin ; et le bouleversement hormonaux, et aussi des effets émotionnels tels que ; la fatigue, la perte d'appétit etc.

Chapitre II: La dépression.

-Préambule.

1-Définition de la dépression.

2-Aperçu historique sur la dépression.

3-Les types de la dépression.

4-Les symptômes de la dépression.

5-L'épidémiologie de la dépression.

6-Les facteurs de risque de la dépression

7-Le diagnostic de la dépression et le diagnostic différentiel.

8-Prise en charge de la dépression.

-Synthèse.

Préambule:

Malgré l'avancés scientifique, la dépression reste un enjeu majeur de la santé publique, le syndrome dépressif et la dépression sont des synonymes pour exprimer une perturbation de l'humeur dans le sens de tristesse.

On parle de la dépression lorsque le sujet présente une tristesse, une souffrance intérieure, une douleur moral au sens pathologique, et lorsque cette dépression de l'humeur atteint un certain degré d'intensité et de durée, et quelle a un ralentissement sur la vie affective et psychique de sujet.

A travers ce chapitre on va essayer d'aborder ; définition de la dépression ensuite l'aperçu historique sur la dépression et les types de la dépression puis les symptômes de la dépression et l'épidémiologie de la dépression ensuite le diagnostic de la dépression et le diagnostic différentiel et Les facteurs de risque de la dépression et pour finir par la prise en charge de la dépression.

1-Définition de la dépression :

Étymologiquement, le mot « dépression » dérive du latin *deprimere* qui signifie « presser de haut en bas » (Fondacci, 2009, p 11). Elle est définie par Perrot et Weyeneth (2004) comme « une affection mentale sans substrat organique connu, caractérisée par la tristesse, l'angoisse et le ralentissement psychomoteur. Elle est extrêmement répandue, puisqu'elle représente une altération de l'humeur et peut en conséquence atteindre tout un chacun ».

La dépression est un phénomène relativement fréquent, sa définition n'est pas facile, même les spécialistes ne sont pas d'accord sur sa nature. C'est-à-dire s'il s'agit d'un phénomène biologique ou psychologique.

Selon l'OMS "l'organisation mondiale de la santé" ; la dépression est un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration.

Selon le grand dictionnaire de la psychologie la "dépression" est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante de parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (Grand dictionnaire de la psychologie, 2011, P25).

La dépression est un état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-il plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui résulte augmente encore sa mélancolie. (Sillamy, 2003, p79).

La définition psychopathologique de la dépression diffère au sens où elle tient compte. En plus des symptômes, du polymorphisme des troubles dépressifs. Les cliniciens portent regard et un intérêt sur les conditions de vie du sujet dépressifs via la mise en relation des formes cliniques de la dépression et leur étiologie. (Pedieli et al, 2005, p77).

La dépression est une pathologie très fréquente dont le traitement repose essentiellement sur les antidépresseurs, qui sont en général assez efficaces. Mais un certain nombre de dépressions sont résistantes au traitement et d'une façon générale, la dépression reste toujours une pathologie très handicapante, responsable de beaucoup de souffrance individuelles et d'un coût important en termes aussi bien socio-familiaux que d'économie de la santé (Pretti, 2013, p.69)

2-Aperçu historique sur la dépression :

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois termes : la mélancolie, la dépression, la manie, terme ayant connu un sort plus chaotique.

La naissance de la notion de « dépression » est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans les dialogues (50ap.J6C) : la maladie a pour origine un manque déséquilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer.

Au IV^{ème} siècle, saint Jean Chrysostome parle de la « tristitia » comme effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement. A la même époque, Evagre le Pontique évoque désintérêt, qui fait partie des péchés capitaux et qui désigne le dégoût et l'anxiété du cœur.

Rien de spécifique jusqu'au XVII^{ème} siècle la dépression se perd dans la mélancolie l'hypocondrie, (les troubles nerveux). Mais en 1678 Bâle, Johannes Hofer publie sa Dissertation de nostalgie pour décrire un état d'anxiété, d'insomnies, de désespoir, la nostalgie c'est le mal du pays, forme atténuée de souffrance dépressive ! En 1733, George Cheyne invente le « spleen » (rate atrabilaire et morosité de l'humeur).

Il existe donc à l'âge classique des formes de dépression Il existe donc à l'âge classique des formes de dépression distinctes de la mélancolie.au XIX^{ème} siècle. Esquirol (1818) reprend, dans son texte de suicide, le spleen et la nostalgie sans considérer comme causes suffisantes. J.P. Falret (1822) développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse », et bien d'autre. (Pardinielli et all, 2005, P9-14)

En 1934, la classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle », chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la « dépression névrotique » est clairement mentionnée ; tout en maintenant qu'il n'existe pas de frontière nette entre la dépression psychotique et la dépression névrotique, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objectifs la classe « dépression névrotique » est de plus en plus utilisée, puis celle de « dépression limite », avant de faire l'objet de vivre controverses dans les années (80).(Pardinielli, 2005 ,p14-15)

Le terme de dépression est relativement récent (Delasiauve, 1856). On parlait auparavant, depuis Hippocrate, de mélancolie. Celle-ci était considérée comme une affection de la bile noire, en référence à la théorie des humeurs qui a prévalu durant toute la médecine pré -moderne.

La mélancolie est donc longtemps restée considérée comme une maladie essentiellement somatique. Depuis Freud (1915), elle a été l'objet de nombreux travaux psychopathologique. Cependant, le terme de mélancolie n'est plus guère utilisé dans le langage médical .il a été remplacé par celui de dépression, qui connaît par ailleurs depuis quelques décennies un succès considérable auprès du grand public. (Besançon, 2005, p48).

3-Les types de la dépression :

-La dépression mélancolique :

Le terme de mélancolie est utilisé depuis plus d'un siècle pour décrire un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère ayant des caractéristiques quantitatives et qualitative particulière. Du point de vue qualitatif, la mélancolie est remarquable par la gravité du tableau clinique. L'intensité dépressive est reflétée par la douleur morale intense qui transparait sur le visage du patient, perte de la capacité à éprouver du plaisir pouvant aller Jusqu'à l'anesthésie affective. Le ralentissement psychomoteur est majeur, allant jusqu'à la catatonie. Du point du vue quantitatif, la mélancolie se distingue par l'existence d'une symptomatologie plus importante le matin que le soir, des insomnies, des réveils précoces, une perte de poids majeur et rapide, l'existence d'un sentiment de honte, de culpabilité » (Pretti, 2013, p34-38.)

-La dépression typique, dépression atypique :

Les personnes qui présentant une dépression typique, souffrent de trouble de sommeil (insomnie d'endormissement, réveil précoce...), diminution de l'appétit, la matinée la période la plus difficile à affronter de la journée. Et les personnes qui souffrent de symptômes atypiques, ils ont tendance à manger, et à dormir excessivement, la soirée et la période de la journée la plus difficile à appréhender.

-La dépression saisonnière :

Caractérisée par un manque d'énergie, une grande fatigue, une nécessité supplémentaire de sommeil, et une baisse d'activité. Les symptômes de la dépression saisonnière, font leur apparition en Octobre (parfois en Septembre), et disparaissent en générale en Avril et Mai. Le manque de lumière est considéré comme la cause de l'apparition de cette dernière.

-La dépression avec symptômes psychotiques :

Entraîne une rupture avec la réalité, et l'apparition d'un délire, caractérisée par un ralentissement psychomoteur majeur, douleur morale, idées délirantes.

-La dépression masquée :

Elle manifeste essentiellement par des symptômes attirant l'attention sur un organe bien précis. La personne atteint de ce type de dépression a tendance à exprimer davantage que les autres, sa souffrance morale, au moyenne son corps. (Palazzolo, 2007, p.32-35).

-La dépression unipolaire :

Il s'agit de la grande dépression qui dure généralement de plusieurs mois à plusieurs années et qui nécessite parfois l'hospitalisation, la médication et certainement une forme ou une autre de psychothérapie. La personne perd le goût de vivre et si les suicides sont relativement peu élevés, les idées suicidaires sont nombreuses, tenaces et les chercheurs observent une croissance des tentatives suicidaires ces dernières années. Les chercheurs ne doivent pas les prendre à la légère, car la personne passe parfois à l'acte, sans pour autant réussir, mais la personne en ressort le plus souvent très blessée physiquement, psychologiquement et socialement. Même si ce n'est pas la

majorité des déprimés qui réussissent à se suicider, lorsqu'une personne agit ses idées suicidaires, avec succès ou non, c'est toujours une fois de trop (Renaud, 2002, p.5)

-La dépression bipolaire :

Il y a ici deux types de dépression bipolaire.

-La dépression bipolaire de type 1 :

Réfère à une personne qui alterne entre des épisodes dépressifs plus ou moins sévères et des épisodes de vie relativement normale. Entre deux épisodes dépressifs, la personne fonctionne de façon relativement adaptée, mais elle conserve toujours un fond dépressif. Elle est ainsi facilement portée à se décourager, à démissionner. En ce sens, elle ressemble un peu à la personne dysthymique, mais les périodes dépressives sont plus morbides.

-La dépression bipolaire de type 2 :

Décrit ce que l'on connaît maintenant sous le nom de la psychose maniaco-dépressive, c'est-à-dire que la personne traverse une phase dépressive plus ou moins sévère pour passer à une phase maniaque où elle devient enthousiaste, entreprenante, avec des projets de tout refaire, de tout recommencer en neuf et en mieux. La personne est convaincue dans son esprit que cette fois est la bonne, que ses projets vont réussir, que la chance l'accompagne. Elle entraîne parfois d'autres personnes dans son sillage avant de rechuter dans une dépression maligne. L'alternance de l'humeur se fait en quelques mois ou quelques années, mais avec une aggravation à chaque fois. Le lithium est souvent utilisé pour aider la personne à moduler ses humeurs (Renaud, 2002, p 6).

-La dysthymie :

C'est-à-dire l'absence d'émotion, de sentiment, d'affectivité. La personne semble vivre au neutre comme si toute sa vie affective était à plat, en panne. C'est une personne ennuyante qui suscite généralement beaucoup d'agressivité autour d'elle, en raison de son apathie, de sa passivité et provoque l'abandon, le rejet de la part des gens autour d'elle (Renaud, 2002, p.5).

4-Les symptômes de la dépression:

-Les symptômes spécifiques :

-L'humeur dépressive :

- Tristesse pathologique.
- Vécu pessimiste accompagné des sentiments d'insatisfaction, d'auto- dépréciation et de culpabilité pouvant aller jusqu'à des manifestations délirantes.
- Le sentiment d'ennui.
- L'anesthésie affective qui est la perte des émotions.
- L'incapacité à trouver du plaisir.
- La perte des intérêts antérieurs.

- La vision négative du soi.
- La vision négative du monde extérieur qui veut dire le sentiment d'être incompris.
- La vision négative du futur ou la perte d'espoir.
- L'anxiété qui est un sentiment pénible d'attente d'un danger imine imprécis.

-La perte de l'élan vital : (le ralentissement dépressif) :

- Le ralentissement de la démarche ou l'impossibilité de marcher seule
- Le ralentissement des mouvements ou l'impossibilité de se déplacer
- Le ralentissement de la mimique (l'absence du sourire par exemple).
- Le ralentissement du débit verbal ou la diminution de la conversation.
- Le ralentissement de la modulation de la voix.
- Le ralentissement des réponses.
- Le ralentissement psychique, dont les opérations de la vie normale freinées. (Pardinielli et al, 2005, p. 22-27)

-Les symptômes non spécifiques (les symptômes physiques):

-Le syndrome somatique :

Les plaintes somatiques sont fréquentes chez les déprimés, constituant parfois le seul motif de consultation. La plupart des plaintes douloureuses (céphalées, lombalgies, myalgies...) sont deux à trois fois plus fréquentes chez les patients présentant une dépression. Ces symptômes peuvent être reliés ou aggravés par la dépression. Les principaux signes somatiques de dépression sont :

-L'asthénie, symptômes le plus fréquent et souvent le plus précoce. Sa prédominance matinale et son amélioration vespérale sont des signes fortement évocateurs d'un trouble de l'humeur sous-jacent.

-Des troubles de l'appétit :

- Une anorexie involontaire est très fréquente avec dégoût des aliments, sensation d'oppression dans la gorge.

-Des troubles de sommeil variables :

-Sentiment d'un sommeil de mauvaise qualité et non réparateur en dépit d'un temps de sommeil habituel. Insomnie d'endormissement accompagnée d'une tension psychologique avec rumination anxieuses et tension neuromusculaire rendant le repos impossible.

-Insomnie de milieu de la nuit avec sommeil entrecoupé de réveils multiples.

-Insomnie de fin de nuit, éveil en avance sur les réveils habituels du sujet: elle est très évocatrice d'un trouble dépressif. Ce réveil est classiquement douloureux et a haut risque de passage à l'acte suicidaire.

-Insomnie mixte, associant retard à l'endormissement, réveils nocturnes et en avance matinales, conduisant à un rapide épuisement.

-Hypersomnie dans 10% des cas : le patient trouve refuge dans un sommeil qui a perdu sa valeur réparatrice d'où la sensation de fatigue des réveils. Cette hypersomnie peut s'accompagner d'une somnolence diurne.

-Des troubles de la libido : la baisse de la libido, impuissance ou frigidité.

-Des troubles digestifs : inconfort, ballonnement abdominal, diarrhée, constipation, gastralgies etc.ces plaintes digestives sont souvent au premier plan.

-Des algies diverse : céphalées, poly algie articulaires, crampes musculaires, troubles cénesthopathiques...

-Des troubles cardiovasculaires : palpitation, bouffées vasomotrices, hypotension voire bradycardie (dans dépression dominée par le ralentissement). L'intensité des symptômes somatiques peut fluctuer sur le nycthémère. Lorsque les symptômes physiques sont au premier plan on parle alors de dépression masquée. (Pretti, 2013, p, 132)

5-L'épidémiologie de la dépression :

La dépression constitue un enjeu majeur de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression représente 4,3 % des DALYs totales (une DALY -disability-adjusted life year -correspond une année de vie en bonne santé perdue), occupant ainsi la troisième place au niveau mondial derrière les infections respiratoires basses et les diarrhées aiguës, mais la première place dans les pays à PIB élevé (8,2 % des DALYs)

Jeanneau (2012) a admis que 50 à 70% des sujets déprimés ne sont pas reconnus comme tels par leur médecin lors d'une première consultation. Comme il a estimé que la prévalence annuelle de la dépression est d'environ 10 %. Elle est deux fois plus élevée chez la femme, ainsi que chez les sujets séparés ou divorcés que chez les hommes. Le taux étant trois fois plus élevé chez les sujets de 18 à 29 ans que chez ceux de plus de 60 ans (DSM-V, 2015, p 205). La fréquence de la dépression chez les personnes âgées augmente de 35 à 40% en cas d'hospitalisation ou de vie en institution (foyers, maisons de retraite) (Fondacci, 2009)

Dans le monde et selon les chiffres de l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé), 350 millions de personnes souffrent d'une forme donnée de dépression, soit 5% de la population mondiale. Chaque année, près de 800 000 personnes meurent par suicide. Selon L'OMS, la dépression deviendra la 2ème cause d'invalidité dans le monde d'ici 2020, après les maladies cardiovasculaires.

En France, selon des études récentes, 5 à 8% de la population française est touchée chaque année par un épisode dépressif, ce qui représente 2 à 3 millions de personnes. De 1970 à 1996, le nombre de dépression a été multiplié par 7.

En Algérie, peu d'études sur la prévalence de cette pathologie ont été menées jusqu'à présent. Lors d'une enquête réalisée en 2005 par des psychiatres de l'EHS (l'Etablissement Hospitalier spécialisé en psychiatrie) de Chéraga auprès de 900 personnes représentatives de la population d'Alger, 7% déclarent avoir été soignés pour dépression. Durant la même année, une enquête menée dans le cadre du Programme National de Santé Mentale par le département de la santé estime à 6,76% la prédominance de la dépression en Algérie.

L'analyse données épidémiologiques issues des études consacrées à la dépression permet, d'une part, d'évaluer les besoins sanitaires et ainsi d'adapter l'offre de soins et participe, d'autre part, à l'identification des facteurs de vulnérabilité impliqués (Pretti, 2013, p.1).

6-Les facteurs de risque de la dépression : Selon le DSM5 :

-Facteurs tempéramentaux :

Le névrosisme (affectivité négative) est un facteur de risque bien connu de développer un trouble dépressif caractérisé, et des niveaux élevés rendent les individus plus à risque de développer des épisodes dépressifs en réponse à des événements de vie stressants.

-Facteurs environnementaux :

Les expériences négatives de l'enfance, particulièrement s'il s'agit d'expériences multiples de divers types, constituent un groupe de facteurs de risque potentiels pour les troubles dépressifs caractérisés. Les événements de vies stressantes sont bien connus pour être des facteurs précipitant des épisodes dépressifs caractérisés mais la présence ou l'absence d'événements de vie négatifs proches du début des épisodes ne semble pas fournir des informations utiles pour le pronostic ou le choix du traitement.

-Facteurs Génétiques et physiologiques :

Les parents du premier degré d'individus qui présentent des troubles dépressifs caractérisés ont un risque de trouble dépressif caractérisé multiplié par 2 à 4 par rapport à la population générale (Sullivan et al. 2000). Les risques relatifs sont plus élevés pour les troubles à début précoce et pour les formes récidivantes. L'héritabilité est d'environ 40 % et le trait de névrosisme est responsable d'une part importante de cette prédisposition génétique.

-Facteurs influençant l'évolution :

Quasiment tous les troubles majeurs non thymiques Augmentent le risque pour un individu de développer une dépression. Les épisodes dépressifs caractérisés qui se développent dans le contexte d'un autre trouble ont souvent une Évolution plus réfractaire. Les troubles de l'usage d'une substance, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité borderline sont parmi les plus fréquents de ces troubles, et la présence de symptômes dépressifs peut rendre difficile et différer leur diagnostic. Cependant, l'amélioration clinique durable des symptômes dépressifs peut dépendre du traitement adapté des pathologies sous-jacentes. Les affections médicales chroniques ou handicapantes augmentent également le risque d'épisode dépressif caractérisé. Des maladies aussi fréquentes que le diabète, l'obésité morbide et les maladies cardiovasculaires se Compliquent

souvent d'épisodes dépressifs, et ces épisodes ont plus tendance à devenir Chroniques que les épisodes dépressifs survenant chez des sujets en bonne santé physique (DSM5, 2003, p.206)

7- Le diagnostic de la dépression et le diagnostic différentiel :

-Le diagnostic du trouble dépressif caractérisé (trouble dépressif majeur) selon le DSM5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5) :

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir

N.B. : ne pas inclure les symptômes qui sont manifestement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleure). **N.B. :** éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédent 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. **N.B. :** chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets directs d'une substance ou d'une autre affection médicale.

D. L'épisode ne répond pas au critère de trouble schizo-affectif et ne se superpose pas à un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque

Note : la réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, des ruminations, de l'insomnie, une perte de l'appétit et une perte de poids peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être considérés comme adaptés à la perte, l'existence d'un épisode dépressif majeur associé à cette réponse normale doit être attentivement évaluée. Pour cela, le jugement clinique doit prendre en compte l'histoire individuelle et les normes culturelles concernant l'expression de la souffrance en relation avec une telle perte.

Ce diagnostic catégoriel regroupe des réalités cliniques hétérogènes en termes d'intensité et de retentissement. Certaines sont compatibles avec le maintien des activités sociales, d'autres justifient d'une prise en charge en urgence. Le DSM-5 invite à préciser des critères pertinents pour le pronostic et la prise en charge :

-Intensité : léger, modéré, sévère ;

-Les spécifications mélancoliques, avec caractéristiques psychotiques, avec traits mixtes (trois symptômes maniaques, insuffisant pour porter le diagnostic d'épisode mixte mais augmentant le risque d'un trouble bipolaire), avec traits anxieux, atypiques (humeur réactive, inversion des troubles instinctuels, membre de plombs et/ou hypersensibilité au rejet qui s'associe plus souvent avec l'âge jeune et certains troubles de la personnalité ou troubles anxieux) ;

-La symptomatologie suicidaire. L'évaluation de l'idéation, des intentions et des projets suicidaires doit faire partie de l'évaluation en raison d'un lien étroit avec la dépression (Marcelli et al, 2013, p 244)

-Diagnostic différentiel selon DSM5 :

- **Épisodes maniaques avec humeur irritable ou épisodes mixtes:**

Les épisodes dépressifs caractérisés avec humeur irritable au premier plan peuvent être difficiles à distinguer des épisodes maniaques avec humeur irritable ou des épisodes mixtes. Cette distinction nécessite une évaluation clinique soigneuse de la présence de symptômes maniaques.

- **Trouble de l'humeur dû à une autre affection médicale:**

Un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé est approprié si la perturbation de l'humeur n'est pas jugée, sur la base des antécédents personnels, de l'examen physique et des examens paracliniques, être une conséquence physiopathologique directe d'une affection médicale spécifique (p. ex. sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral, hypothyroïdie)

- **Trouble dépressif ou bipolaire induit par une substance/un médicament:**

Ce trouble se distingue du trouble dépressif caractérisé par le fait qu'une substance (p. Ex. une substance addictogène, un médicament, une substance toxique) apparaît étiologiquement liée à la perturbation thymique. Par exemple, un épisode dépressif survenant uniquement dans un contexte de sevrage de la cocaïne serait diagnostiqué comme trouble dépressif induit par la cocaïne.

- **Déficit de l'attention/hyperactivité:**

Une distractibilité et un seuil bas de tolérance à la frustration peuvent survenir à la fois au cours d'un déficit de l'attention/hyperactivité Et d'un épisode dépressif caractérisé ; si les critères des deux troubles sont remplis, un déficit de l'attention/hyperactivité peut être diagnostiqué en plus du trouble de l'humeur. Le clinicien doit cependant faire attention à ne pas faire un diagnostic excessif d'épisode dépressif caractérisé chez des enfants présentant un déficit de l'attention/hyperactivité dont l'humeur est caractérisée par une irritabilité plutôt que par une tristesse ou une perte d'intérêt.

- **Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive:**

Un épisode dépressif caractérisé qui survient en réponse à un facteur de stress psychosocial se distingue d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive par le fait que tous les critères de l'épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis dans le trouble de l'adaptation.

- **Tristesse:**

Finalement, des périodes de tristesse font partie de l'expérience humaine.

Ces périodes ne doivent pas être diagnostiquées comme des épisodes dépressifs caractérisés, à moins que les critères de sévérité (c.-à-d. Cinq parmi neuf symptômes), de durée (c.-à-d. Quasiment toute la journée, presque tous les jours, pendant au moins 2 semaines) et de détresse cliniquement significative ou d'altération du fonctionnement, ne soient remplis. Un diagnostic « autre trouble dépressif spécifié » peut être approprié pour les sujets présentant une humeur dépressive avec altération clinique significative qui ne remplissent pas les critères de durée ou de sévérité. (DSM5, 2003, p.207)

8-Prise en charge de la dépression :

- **Prise en charge psychothérapeutique :**

-Les thérapies d'inspiration analytique :

Elles reposent sur l'évocation par le souvenir, donc la compréhension des conflits psychiques infantiles par le déprimé, elles visent à un travail de deuil et de détachement, elle nécessite de l'écoute, de l'empathie et une compréhension psycho. Socioculturelle des phénomènes observés. (Pedinelli, 2005, p.120).

-La thérapie cognitive-comportementale :

Une thérapie très efficace à court terme qui s'intéresse exclusivement au comportement présent du sujet déprimé, un travail de modification des contenus dépressogènes du schéma de représentation des mentale du sujet. Le but à atteindre ici doit se traduire par une prise de conscience des pensées négatives que le sujet a engendrée et ce que dernier y substitut des pensées conformes à sa réalité environnante par l'intermédiaire d'interprétation plus réaliste et adéquate aux situations vécues et à venir. (Pedinielli, 2005, p. 121).

-Les thérapies interpersonnelles :

Elles font référence à l'adaptation de son milieu et ce travail thérapeutique se centre sur les dysfonctionnements relationnels du sujet déprimé que cela doit dans son travail, avec a famille, ses amis, etc. Le rétablissement de liens et des relations interpersonnelles stables et satisfaisantes permet un retour au bien-être du sujet déprimé et le but à atteindre ici est d'améliorer les compétences relationnelles du sujet en se focalisant sur les modalités de communication et ses capacités de résolutions des problèmes. (Pedinielli, 2005, p .121)

- **Traitement médicamenteux :**

Toute dépression doit être traitée, il n'existe pas de "petite dépression". Il est important de s'assurer, avant de commencer le traitement, qu'il n'existe pas de pathologie organique sous-jacente.

L'hospitalisation est parfois nécessaire au besoin par contrainte lorsque : le risque suicidaire est important, lorsque il existe un terrain endogène, dépression mélancolique, délirante, stuporeuse, anxieuse, agitée.) L'environnement du patient est insuffisant (isolement affectif, social.) lorsqu'il existe un ralentissement somatique sévère (perte du poids de plus de 5 kg en un mois, lorsque l'insomnie est totale, lorsque il a eu un échec d'un traitement ambulatoire à doses efficace et pendant un temps suffisant etc.

-Dans la dépression non endogène, et la dépression mineure; l'hospitalisation est éviter si possible, car elle représente un facteur de chronicisation, de régression.

-Choix de l'antidépresseur : Ce choix est fonction de :

-La symptomatologie ; pôle anxieux, prédominance du ralentissement, profondeur de la dépression.

-Des contre-indications aux tricycliques.

-Des échecs ou des succès aux traitements antérieure (types, doses , durée, effets).

-1er intention :

Antidépresseurs ISRS, antidépresseurs ISRS+NA, autres antidépresseurs ADTsi efficacité antérieure du même traitement.

-2ème intention :

Dépression avec pôle anxieux important impulsif, ISRS ATHYMIL (Miansérine):très anxiolytique.

-Il faut éviter les benzodiazépines dans ces formes agitées et impulsives risque de désinhibition.

- Dépression très ralentie, anesthésie affective : antidépresseur (psychotonique) stimulant: ADT psychostimulant : TOFRANIL, IMAO sélectif, MOCLAMINE IMAO non sélectif : MARSILID.

- dépression masquées: antidépresseurs sédatifs.

Dépression au cours des psychoses chroniques, antidépresseurs Sédatifs tricycliques. (LAROXYL).

-La durée du traitement antidépresseur:

Il n'existe pas de règles absolues, il semble qu'un an de traitement au moins soit une nécessité, afin de minimiser les risques de rechutes (parfois 2 ans). Par la suite, il faut diminuer progressivement le traitement. Après l'arrêt du traitement, une surveillance doit être poursuivie pendant 6 à 12 mois.

La diminution se fait au rythme de la symptomatologie de l'individu et de la tolérance au traitement. Il est important d'informer le patient du délai d'action des antidépresseurs : de 15 à 20 jours.

Synthèse :

La dépression est un trouble mental, caractérisé par une tristesse persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir et des changements physiques tels que ; la perturbation du sommeil et de l'appétit, elle touche des personnes de tous âges. la dépression avec ces différents types de symptômes reste un état psychologique négatif, qui affecte la personne et touche son intégrité physique et psychique et le fait vivre dans un cycle fermé sur lui-même et perdent l'espoir et le goût de la vie. Le diagnostic et le traitement du cancer représentent un stress psychologique et physique important qui augmente considérablement le risque de développer une dépression chez ces personnes, avec des conséquences potentiellement graves sur leur santé et leur vie.

Chapitre III: Méthodologie de la recherche

-Préambule.

1- La pré-enquête.

2-le lieu de recherche.

3-Les limites de recherche.

4-La méthode de recherche.

5-La population d'étude et les caractéristiques de choix.

6-Les outils d'investigations.

-Synthèse.

Préambule :

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée et avoir un terrain de recherche et une population d'étude et des outils d'investigations avant de fréquenter le lieu de recherche. Premièrement il faut faire une pré-enquête, qui nous permettra de recueillir le maximum d'informations sur notre thème de recherche qu'est « la dépression chez les patients atteint du cancer du côlon ».

A travers ce chapitre on va essayer d'aborder la pré-enquête, le lieu de recherche puis les limites de recherche, la méthode de recherche la population d'étude et les caractéristiques de choix et finir avec les outils d'investigations.

1-La pré-enquête :

La meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique et de procéder à une pré-enquête afin de préparer l'enquête dite. Elle est pour l'objectif de recueillir le plus de connaissance et d'information sur le sujet à étudier, elle est très utile pour enrichir notre problématique préciser nos hypothèses et construction notre guide d'entretien.

De ce fait « La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations qui permettent le déroulement de l'enquête. Elle est une phase de déchiffrement, d'investigation préliminaire de reconnaissance, dont le but essentiel est d'aider à construire une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. Elle est de fixer en meilleure connaissance de cause. Les objectifs précis aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisés pour vérifier ces hypothèses ». (Aktouf, 1987, p.102).

On a effectué notre recherche au niveau du service d'oncologie qui se trouve à l'Hôpital d'Amizour de Béjaïa durant 38 jours à partir du 11 février 2024 au 19 mars 2024, on s'est approché des cancéreux du côlon pour avoir plus de renseignements et d'informations sur leurs vécu psychologiques. On a demandé le consentement de ses malades pour participer à cette recherche, afin de cerner leurs fonctionnements psychiques.

Cette pré-enquête nous a menées à la connaissance de terrain d'étude et notre population d'étude et avoir une idée sur le fonctionnement de l'hôpital ainsi que le recueil des informations concernant notre population d'étude et le choix de la technique utilisée, vérifier nos hypothèses et la construction de notre guide d'entretien semi-directif et elle nous a permis aussi d'établir un bon contact avec ces cancéreux colorectaux et de gagner leur confiance.

On a commencé d'abord à expliquer et donner un ensemble d'idées sur notre thème de recherche qui s'agit de « la dépression chez les patients atteints du cancer du côlon » aux patients atteints de cette maladie qui ont acceptés de participer à cette recherche, puis à appliquer la consigne de l'échelle de Beck et les questions de notre guide d'entretien semi-directif.

Nous avons rencontrés parmi ces patients ceux qui ont trouvés des difficultés à comprendre certaines questions en langue française ce qui nous a obligé de les traduire en Kabyle ou en arabe pour arriver à recevoir des réponses.

En effet, le but de cette pré-enquête est d'assurer la faisabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et du guide d'entretien, et les conditions d'étude, ainsi la possibilité d'obtenir le consentement des patients pour constituer notre population d'étude de notre recherche, avant d'entamer cette dernière relative au problème posé dans notre thème.

2-Le lieu de la recherche :

On a réalisé notre recherche au sein de L'Etablissement Public Hospitalier d'Amizour;« Hôpital BENMERAD EL MEKKI », est situé au nord à 25 km du chef lieu de la Wilaya de Bejaïa. Le début d'hospitalisation se date de 1983, il est constitué de cinq étages répartis en services.

Notre recherche a été effectuée au niveau du service d'oncologie qui a été inauguré le 27 janvier 2007 par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. La prise en charge des patients se fait en ambulatoire. Le service comprend :

- **Le cadre physique :**

- Une salle de six lits.
- Deux salle de trois lits chacune.
- Deux salles d'aplasie de deux lits chacune.
- Une salle préparation des protocoles de chimiothérapie, comportant une hotte à flux Laminaire.
- Une salle de soins.

- **Le cadre humain :**

- Le personnel exerçant dans la structure :
- Quatre oncologues.
- Quatre médecins généralistes.
- Un surveillant médical.
- Quatorze infirmiers préparateurs.
- Deux biologistes.
- Trois psychologues.

- **L'activité hebdomadaire :**

- Trois journées de chimiothérapie.
- Deux journées de consultation (prise en charge de nouveaux malades, contrôle, administration de biphosphonate, transfusions et traitements antalgiques).
- L'approvisionnement des produits cytotoxiques se fait le jour même de la Préparation.

3-Les limites de recherche :

Notre recherche s'est déroulée au sein de L'Etablissement Public Hospitalier d'Amizour « BENMERAD EL MEKKI » à une fréquence de deux fois par semaine à partir de 11 février 2024 jusqu'à 19 mars 2024.

Notre groupe de recherche présentent le cancer du côlon.

On a utilisé Comme outil l'entretien clinique semi directif et l'échelle de dépression de Beck.

4-La méthode de recherche :

Un bon travail de recherche nécessite un choix soigneux et rigoureux de la méthode de travail, le chercheur doit donc connaître les points d'appui et les obstacles de terrain choisis. Donc, cela va lui permettre une meilleure manipulation des données collectées et enregistrées, alors une bonne organisation est nécessaire dans un bon déroulement de travail.

Dans le but de la réalisation de notre recherche, nous avons utilisé la méthode descriptive qui est la méthode la plus appropriée pour observer, explorer, décrire et interpréter les données dans leurs aspects multidimensionnels.

Nous avons choisis d'utiliser l'étude de cas qui est une méthode descriptive, qui a pour objets l'analyse des modes de fonctionnement d'un patient comment se construit son monde interne, comment se fonctionnent-ils à partir de ses représentations. (Ionescu. S, 2009 :65)

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenues actuelles et passées. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle difficulté de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. (Chahraoui et al, 2003, p.125).

5-La population d'étude et les caractéristiques de choix :

La détermination de la population d'étude est très importante pour mener une recherche scientifique. Elle « est un ensemble d'éléments ayant une ou plusieurs caractéristiques en commun qui les distinguent d'autres éléments et sur lesquels porte l'investigation » (ANGERS, 2014, p98).

Pour la population d'étude, nous avons procédé à la sélection de quatre cas de patients atteints du cancer du côlon. Cette étude a été choisie selon les critères suivants :

-Critères d'inclusion :

-Tous les cas sont atteints du cancer du côlon, et qui ont subi une intervention chirurgicale (ablation du côlon).

-Tous les cas sont en phase de chimiothérapie.

-Critères d'exclusion :

-La situation matrimoniale et l'âge n'ont pas été pris en compte.

-Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération.

-La variable « sexe » n'a pas été prise en considération, car notre thème ne se porte pas seulement sur les hommes ou sur les femmes, mais sur les deux.

-L'âge de l'atteinte pour la première fois de cette maladie n'était pas pris en

Considération lors du choix de notre population d'étude.

-les critères de choix : (voir le tableau ci-dessus)

Tableau n°1 : Récapitulatif des caractéristiques de choix de la population de la recherche :

Cas	Sexe	Âge	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Profession	Durée de maladie
Omar	Masculin	49 ans	Marié	Universitaire	comptable	6 mois
Saliha	Féminin	51 ans	Mariée	5 ème année primaire	Femme au foyer	4 mois
Samir	Masculin	41 Ans	marié	3 ème année secondaire	Agent de sécurité	8 mois.
Souhila	Féminin	35 Ans	Mariée	1ème année secondaire	Femme au foyer	8 mois

Le tableau ci – dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant, le sexe, l'âge, situation matrimoniale, niveau d'instruction, profession, durée de maladie.

Concernant les prénoms des patients, nous avons tenue à les changer pour garder la confidentialité selon la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique.

6-les outils d'investigations :

En psychologie clinique une recherche comporte l'utilisation des outils de mesure efficace qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs et valider notre étude. Vue que notre Travail porte sur « la dépression chez les patients atteints du cancer du côlon », nous avons optée pour L'utilisation des deux outils : l'échelle de dépression de Beck, dans le but de mesurer le niveau de dépression de ces patients, et l'entretien semi-directif car il guide la personne interrogé en la laissant s'exprimer librement et de collecter des données concernant notre thème de recherche.

• L'entretien clinique :

L'entretien clinique peut être définie comme une action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes, C'est un échange au cour de quel l'interlocuteur exprime ses perceptions, ses interprétations, ses expériences.

L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien. Il fait partie de La méthode clinique qui comprend ; une clinique « à main nues » (l'observation et l'entretien) Et une clinique instrumentale (tests projectifs, échelles cliniques, etc.). L'entretien clinique a donc

une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet. (Chahraoui et al 1999, P.13).

L'entretien clinique est une relation intersubjective, c'est-à-dire qui se produit entre Deux sujets humains. Cette situation de communication entre deux personnes est un croisement de deux subjectivités. Il s'agit de subjectivité car nul n'est totalement objectif et que chacun secrète son identité par rapport à sa vie. Selon elle le clinicien doit savoir écouter et faciliter la parole de l'autre avant de parler lui-même. Ce qui le différencie d'un entretien ordinaire, c'est qu'il prend en compte l'inconscient. En tenant compte que dans la recherche clinique, l'étude décasés le noyau de toute recherche en psychopathologie qui débute souvent par la technique de l'entretien d'autres outils si y'à lieu. (Chiland, 1983, p.1-25).

Il existe trois types d'entretiens selon l'objectif recherché : Entretien directif, entretien non directif et entretien semi-directif, dans notre recherche c'est l'entretien semi directif qui semble le plus adéquat.

- **L'entretien semi directif:**

Notre choix s'est porté sur l'entretien semi-directif qui nous a permis de poser des questions ouvertes et bien précise dans notre guide d'entretien. Il se situe entre l'entretien Directif et non-directif, ni totalement fermé, ni totalement ouvert. C'est le plus courant il invite le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. (Lavande, 2008, p.194).

L'entretien semi-directif, qui a pour but d'obtenir, dans un temps relativement court, des renseignements précis et déterminés sur l'histoire et la vie actuelle du sujet. Cette démarche est déjà qualitative et tout en laissant une liberté relative à l'expression personnelle. Elle met en jeu un certain nombre de questions incontournable, qui devront permettre un recueil de donnée psychiques et psychopathologiques en lien avec des exigences sociales contraignantes. Il s'agit d'un entretien de recherche, dont le programme et la grille d'entretien sont déterminés à l'avance. (Armand, 2015, P.47).

Cette démarche est déjà qualitative et tout en laissant une liberté relative à l'expression personnelle, elle met en jeu un certain nombre de questions incontrôlables, qui devront permettre un recueil des données psychiques, psychologiques. (Attigui, Chourier, 2016, p.46).

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquelles il se Propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnés mais au moment opportun de l'entretien à la fin d'une association du sujet. (Chahraoui, 2003, p.16)

- **Guide d'entretien:**

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelque questions à l'avance, toutefois celle-ci ne doivent pas être posée d'une manière directe, il s'agit davantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui, 1999, p.69).

Nous avons utilisé un guide d'entretien qui comporte 3 axes, chaque axe contiens des questions en relation avec notre recherche, les questions sont écriées et posées en langue française et kabyle.

-Présentation des axes:

Axe 1:informations personnelles.

-Objectif : premièrement on a procédé au recueil des informations personnelles sur les cancéreux du côlon.

Axe 2: informations sur le vécu de patient atteint du cancer du côlon.

-Objectif : connaitre l'impact du cancer du côlon sur les personnes atteintes de cette maladie.

Axe 3: Informations sur les signes de la dépression chez les cancéreux de côlon.

-objectif :Savoir si les personnes atteints du cancer du côlon souffrent d'une dépression.

• Présentation de l'échelle inventaire de dépression de Beck:

On a choisi l'échelle de Beck étant donné que notre travail tourne autour de « la dépression chez les patients atteints cancer du côlon », en plus de ça cette échelle est en harmonie avec l'arrière plan théorique adopté dans notre mémoire.

Un test est une procédure systématique pour observer le comportement d'un sujet et le décrire à l'aide d'une échelle numérique ou d'un système de classification.

-Rappelle historique :

Le test de dépression ou l'inventaire de dépression de Beck a été publié pour la première fois en 1961 pour le psychiatre Aaron T.Beck et réviser en 1996 pour tenir compte notamment des critères diagnostiques actuels de la dépression.

L'utilisation de ce test est et répondu dans la recherche et la pratique médicale et psychologique.
(<https://therapie cognitive.free.fr/beck>)

-Définition de l'échelle de Beck:

Beck Dépression inventaire BDI de 13 items et une auto-évaluation qui mesure l'existence de la sévérité des symptômes de dépression et n'établit pas de diagnostic.

Les 13 items mesurent les symptômes suivants : tristesse, pessimisme, échec personnel, insatisfaction, culpabilité, dégoût de soi, tendances suicidaires, retrait social, indécision modification négative de l'image de soi, difficulté au travail, fatigabilité, anorexie. (Beck et all ,1996)

-Mode de passation :

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation. Il est demander au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie, il peut entourer dans une série plusieurs numéros, c'est plus ses propositions lui conviennent.

Temps de passation :

Généralement 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole. Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peut prendre plus de temps. (Beck, 1961 p.1).

-Cotation :

Chaque item est constitué de quatre phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3 dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores de 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé. (Beck, 1961 p.1)

-Application :

Il s'agit d'une mesure des cognitions dépressives. Cette échelle est destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression. Elle complète l'échelle de dépression de Hamilton ou la MADES qui sont principalement des échelles d'évaluation des composantes somatiques de la dépression. Il est recommandé de respecter un intervalle de temps d'au moins huit jours entre deux passations de cet inventaire. (Beck, 1961 p.1)

-Intérêts-limites:

Elle permet d'aider le clinicien qui utilise le différent seuil de gravité retenus par Beck et Beamesderfer (1974). (Beck, 1961 p.1).

Tableau n °2: les niveaux de la dépression

Note totale	Niveau
0-4	Minimum
4-7	Légère
8-15	Modérée
16 et plus	Sévère

Synthèse :

Ce chapitre nous a permis de présenter le déroulement de la démarche clinique , et d'apprendre l'utilisation des techniques à suivre comme l'échelle de Beck qui mesure le degré de la dépression de notre population d'étude, ainsi le guide d'entretien qui nous a permis de recueillir les informations nécessaires afin de vérifier nos hypothèse de recherche.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses.

-Préambule.

1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien de l'échelle de Beck.

2-Discussion des hypothèses.

-Synthèse.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

Préambule :

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche, comportant l'analyse des entretiens et l'analyse des résultats de l'échelle de Beck pour évaluer la dépression, et la discussion des hypothèses émises au départ.

1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien de l'échelle de Beck :

Cas clinique n°1 :

Axe n°1 : informations personnelles

Il s'agit de Monsieur Omar âgé de 49 ans marié avec 3 enfants, comptable son niveau d'instruction est universitaire.

Axe n°2: informations sur le vécu du patient atteint du cancer du côlon :

Pendant l'entretien notre patient paraissait triste et fatigué, mais cela ne l'a pas empêché de répondre à nos questions, nous avons commencé notre guide d'entretien en posant les questions du premier axe qui s'intitule le vécu du patient atteint du cancer du côlon, d'abord, pour la durée de la maladie notre patient a dit: « j'étais malade environ 6 mois ». À travers les dires de Omar on comprend que six mois est une période courte pour s'adapter à cette maladie.

Concernant la découverte de la maladie notre patient a dit: « j'ai découvert ma maladie suite à des saignements rectaux et une modification de mes habitudes intestinales, j'ai consulté les résultats on m'a indiqué la présence du cancer au niveau du côlon ». Les symptômes que Omar a cités nous semblent fréquents chez les cancéreux du côlon et c'est ce que les résultats ont éprouvé après le diagnostic.

Concernant son vécu lors de l'annonce du diagnostic notre patient a dit : « c'est un choc pour moi, mon médecin m'a dit que vous avez une tumeur, j'ai pensé directement à mes enfants, j'ai pleuré fort mon sort ». Sa réponse montre bien son inquiétude et sa crainte de la mort.

Après avoir interrogé Omar à propos de son régime alimentaire Omar a dit : « je mange juste des légumes vapeur des fruits du poisson et je ne dois pas manger des produits laitiers et de viande rouge ». D'après ses paroles on constate qu'il respecte son régime alimentaire de manière stricte.

Omar ne souffre pas d'autres maladies à part la tumeur, il nous a dit: « je ne souffre de rien, sauf la tumeur qui me stresse, elle a changé toute ma vie ». Sa réponse montre bien son inquiétude à cause de cette maladie et l'effet négatif du cancer sur son état psychologique.

Pour la question du soutien familial et de l'entourage Omar dit : « mon entourage, notamment familial m'a beaucoup soutenu surtout ma femme et mes enfants et j'ai reçu de l'aide de la part de mon cousin pour me faire opérer en urgence. ». A travers les dires de Omar on constate de l'aide et du soutien de la part de son entourage familial, c'est quelque chose qui pourra lui rendre un petit espoir pour gérer sa maladie.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

Axe n°3 : informations sur les signes de la dépression chez les cancéreux du côlon :

Après avoir interrogé Omar sur ses sentiments quand il pense à sa situation actuelle notre patient a dit: « j'ai peur de mourir et de laisser mes enfants ».sa réponse montre bien son inquiétude, son désespoir et surtout la crainte de se séparer avec ses enfants.

Concernant ses habitudes alimentaire notre patient a dit: « j'ai perdu mon appétit je n'arrive pas à manger surtout après la chimiothérapie ».a traves les dires de Omar on constate un changement radical de ses habitudes alimentaire manifesté par la perte d'appétit, causé par les effets secondaires de la chimiothérapie.

Quant 'au sommeil notre patient a dit : « Je dors un peu plus moins que j'ai l'habitude » .ce qui montre aussi un changement, par rapport a son sommeil auparavant, influencé toujours par sa maladie et son traitement.

Au sujet de ses activités habituelles après l'annonce du diagnostic, Monsieur Omar nous a dit : «je n'exerce aucune activité ».il s'avère a travers sa réponse que sa maladie là bloqué et a freiner toutes ses activités car il se sent faible et impuissant physiquement sous l'effet de traitement et il ressent une souffrance sur le plan psychologique, chose confirmé par l'échelle de Beck (dépression a un degré sévère).

-Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

Lors de la passation de l'échelle, Monsieur Omar répond aux questions avec attention, nous avons obtenons les résultats suivants :

Tableau n °3 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n° 1 :

Lettre de l'item	Items	cotation	Expression
A	Tristesse	3	je suis si triste et si malheureux que je ne peux supporter
B	Pessimisme	3	je sens qu'il n'y aucun espoir pour mon avenir et je ne vois pas comment la situation pourrait s'améliorer.
C	Echec personnel	0	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.
D	Insatisfaction	3	Je suis mecontent de tout.
E	Culpabilité	2	Je me sens coupable.
F	Dégoût de soi	3	Je me hais.
G	Tendances suicidaires	1	Je pense que la mort me libérerait.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

Lettre de l'item	Items	cotation	Expression
H	Retrait social	0	J'éprouve toujours l'intérêt pour les gens.
I	Indécision	2	J'ai des grosses difficultés pour prendre décision.
J	Modification négative de l'image de soi	0	Je ne me trouve plus laid qu'avant.
K	Difficulté au travail	2	Il faut que je me force beaucoup pour accomplir quoi que ce soit.
L	Fatigabilité	3	Je suis très fatigué pour faire quoi que ce soit.
M	Anorexie	3	Je n'ai plus d'appétit.
Le score total		26	Dépression sévère.

Analyse de l'échelle du cas n°1 :

Lors de passation de l'échelle de dépression de Beck, on a remarqué que Monsieur Omar a pris du temps pour répondre aux questions, sur la base des résultats obtenus on constate que Mr Omar manifeste une dépression sévère avec un score de 26 sur les note de seuil de l'échelle de Beck qui est entre (16 et 36).

D'après les dires de Monsieur Omar on constate qu'il a une humeur triste, avec une crainte de se séparer avec ses enfants. On constate aussi qu'il présente un changement radical de ses habitudes alimentaire manifesté par la perte d'appétit causé par les effets secondaires de la chimiothérapie. Omar souffre également de troubles du sommeil entre insomnie et hypersomnie qui est l'un des symptômes de la dépression, ainsi que de difficultés de concentration. De plus, elle a perdu tout intérêt et plaisir pour les activités qui lui étaient auparavant agréables qui est également un symptôme de la dépression.

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck révèle que monsieur Omar a obtenu (3) réponses de degré (0) dans les items suivants : échec personnel, Retrait social, Modification négative de l'image de soi.il a ainsi obtenu (1) réponse de degré (1) dans l'item de Tendances suicidaires ;(3) réponses de degré (2) dans les items suivants : culpabilité, indécision, difficulté au travail.

Enfin (6) réponses de degré (3) dans les items suivant : tristesse, pessimisme, insatisfaction, dégoût de soi, fatigabilité, anorexie.

Synthèse du cas n°1 :

D'après l'analyse de l'entretien que nous avons effectué avec Monsieur Omar et l'interprétation des résultats de l'échelle de Beck, on a constaté qu'il a développé une dépression sévère. Nous pouvons dire que le cancer du côlon représente une situation difficile dans son vécu psychologique. Cet état manifeste par une grande tristesse, des pleurs, des regrets et aussi des troubles de sommeil et la crainte de la mort et de la séparation avec sa famille.

Cas clinique n°2 :

Axe n°1 : informations personnelles

Il s'agit de Madame Saliha âgée de 51 ans mariée avec 4 enfants, femme au foyer son niveau d'instruction est 5^{ème} année primaire.

Axe n°2: informations sur le vécu du patient atteint du cancer du côlon :

Pendant l'entretien notre patiente paraissait calme, nous avons commencé notre guide d'entretien en posant les questions du premier axe qui s'intitule le vécu du patient atteint du cancer du côlon, d'abord, pour la durée de la maladie notre patiente a dit: « j'étais malade environ 4 mois ». À travers les dires de Saliha on comprend que quatre mois est une période courte pour s'adapter à cette maladie.

Concernant la découverte de la maladie notre patiente a dit: « j'ai découvert ma maladie suite à des douleurs abdominales et du sang dans les selles, j'ai consulté les résultats on indiquait la présence du cancer au niveau du côlon ». Les symptômes mentionnés par Madame Saliha semblent être courants chez les patients atteints du cancer du côlon, comme l'ont confirmé les résultats du diagnostic.

Concernant son vécu lors de l'annonce du diagnostic notre patiente a dit : « j'étais choquée et effrayée, je n'avais jamais imaginé que je pourrais avoir un cancer, j'étais également inquiétée pour mes enfants ». Sa réponse montre bien son inquiétude et sa crainte de la mort.

Après avoir interrogé Saliha à propos de son régime alimentaire Saliha a dit : « je mange juste des légumes vapeurs des fruits du poisson et je ne dois pas manger des produits laitiers et de viande rouge. Je n'ai pas l'habitude de prendre un régime alimentaire et cela me gêne beaucoup ». D'après ses paroles on constate qu'elle respecte son régime alimentaire de manière stricte.

Saliha ne souffre pas d'autres maladies à part la tumeur, elle nous a dit: « je ne souffre de rien, sauf la tumeur qui me stresse ». Sa réponse montre bien son inquiétude à cause de cette maladie et l'effet négatif du cancer sur son état psychologique.

Pour la question du soutien familial et de l'entourage Saliha dit : « mon entourage, notamment familial m'a beaucoup soutenu surtout mon mari qui m'accompagne pour faire mes soins ». A

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

travers les dires de Saliha on constate qu'elle a un soutien de la part de son entourage familial, c'est quelque chose qui pourra lui rendre un petit espoir pour gérer sa maladie.

Axe n°3 : informations sur les signes de la dépression chez les cancéreux du côlon :

Après avoir interrogé Saliha sur ses sentiments quand elle pense à sa situation actuelle notre patiente a dit: «j'ai peur de quitter ce monde et de laisser mes enfants seuls.».Sa réponse montre bien son inquiétude, son désespoir et surtout la crainte de se séparer avec ses enfants.

Concernant ses habitudes alimentaire notre patiente a dit: «j'ai perdu mon appétit je n'arrive pas à manger.».A travers les dires de Saliha on constate un changement radical de ses habitudes alimentaire manifesté par la perte d'appétit.

Quant 'au sommeil notre patiente a dit : «Je ne dors pas, je pense a mes enfants et a mon mari».Ce qui montre aussi un changement, par rapport a son sommeil auparavant, influencé toujours par sa maladie et son traitement.

Au sujet de changement de plaisir à des activités après l'annonce de diagnostic, Madame Saliha déclare : «je suis incapable de faire mes tâches ».Il s'avère a travers sa réponse que sa maladie là bloquée et a freiner toutes ses activités car elle se sent faible et impuissant physiquement sous l'effet de traitement et elle ressent une souffrance sur le plan psychologique.

-Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

Tableau n °4 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n° 2 :

Lettre de l'item	Items	cotation	Expression
A	Tristesse	1	je me sens triste ou cafardeux.
B	Pessimisme	0	Je ne suis pas spécialement pessimiste ou découragé en ce qui concerne l'avenir.
C	Echec personnel	0	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.
D	Insatisfaction	1	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.
E	Culpabilité	1	Je me sens mauvaise ou indigne une bonne partie du temps.
F	Dégoût de soi	2	Je me dégoûte.
G	Tendances suicidaires	0	Je n'ai pas l'idée de me faire du mal.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

Lettre de l'item	Items	cotation	Expression
H	Retrait social	0	J'éprouve toujours l'intérêt pour les gens.
I	Indécision	1	J'essaie de ne pas avoir a prendre de décision.
J	Modification négative de l'image de soi	1	J'ai peur d'apparaître vieille et peu attirante.
K	Difficulté au travail	1	Il me faut faire un effort supplémentaire pour me mettre a faire quelque chose.
L	Fatigabilité	3	Je suis très fatigué pour faire quoi que ce soit.
M	Anorexie	1	Je n'ai plus aussi bon appétit qu'avant.
Le score total		12	Dépression Modérée

Analyse de l'échelle du cas n°2 :

Lors de passation de l'échelle de dépression de Beck, on a remarqué que Madame Saliha n'a pas pris beaucoup de temps pour répondre aux questions, sur la base des résultats obtenus on constate que Madame Saliha manifeste une dépression modérée avec un score de 12 sur les note de seuil de l'échelle de Beck qui est entre (8et 15).

D'après les dires de Madame Saliha on constate qu'elle a une humeur triste avec des sensations de peur et d'inquiétude sur ses enfants. On constate aussi qu'elle présente une fatigue permanente et une modification de son sommeil qui est l'un des symptômes de la dépression. De plus, elle présente une perte totale par rapport aux choses qu'elle aimait faire avant d'être malade, qui est également un symptôme de la dépression.

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck révèle que madame Saliha a obtenue (4) réponses de degré (0) dans les items suivants : Pessimisme, échec personnel, Tendances suicidaires Retrait social.il a ainsi obtenu (7) réponse de degré (1) dans les items suivants : tristesse, insatisfaction, culpabilité, indécision, Modification négative de l'image de soi, Difficulté au travail, Anorexie;(1) réponses de degré (2) dans l'item suivant : dégoût de soi.

Enfin (1) réponse de degré (3) dans l'item suivant fatigabilité.

Synthèse du cas n°2 :

D'après l'analyse de l'entretien que nous avons effectué avec Madame Saliha et l'interprétation des résultats de l'échelle de Beck, nous avons constaté qu'elle développe une dépression modérée caractérisé par : une grande tristesse, des pleurs, des regrets et aussi des troubles de sommeil.

Cas clinique n°3 :

Axe n°1: informations personnelles

Il s'agit de Madame Souhila, âgée de 35 ans, mariée avec une fille, elle est une femme au foyer avec un niveau de première année lycée (1As). Souhila souffre d'une tumeur au côlon depuis 8 mois.

Axe n°02: informations sur le vécu du patient atteint du cancer du côlon :

Madame Souhila paraissait motivée pour l'entretien et le contact avec elle était facile et elle a répondu à toutes les questions posées, nous avons commencé notre guide d'entretien en posant les questions du premier axe qui s'intitule le vécu du patient atteint du cancer du côlon. D'abord pour la durée de la maladie notre patiente a dit : «j'étais malade environ huit mois ». À travers les dires de Souhila on comprend que huit mois est une période courte pour s'adapter à cette maladie.

Concernant son vécu lors de l'annonce du diagnostic notre patiente a dit : « c'était vraiment un choc pour moi et j'étais trop inquiète ». Sa réponse montre bien que c'était une nouvelle très bouleversante et difficile à accepter.

Après avoir interrogé Madame Souhila à propos des signes de sa maladie notre patiente a dit : « je ressentais quelques troubles digestifs et de la constipation ». Les symptômes que Souhila a cités nous semblent fréquents chez les cancéreux du côlon et c'est ce que les résultats ont éprouvé après le diagnostic.

Après avoir interrogé Souhila à propos de son régime alimentaire Madame Souhila déclare : « je mange juste des salades, des légumes et des fruits ». On constate que notre patiente prend soin d'elle en suivant son régime alimentaire de manière stricte.

Pour la question du soutien familial et de l'entourage Souhila dit : « il y a que mon mari qui m'accompagne pour faire mes soins ». A travers les dires de Souhila on constate qu'elle a un soutien de la part de son mari, c'est quelque chose qui pourra lui rendre un petit espoir pour gérer sa maladie.

Axe n°3 : informations sur les signes de la dépression chez les cancéreux du côlon :

Après avoir interrogé Souhila sur ses sentiments quand elle pense à sa situation actuelle notre patiente a dit : « j'ai peur de mourir et de laisser ma petite fille seule ». Sa réponse montre bien son inquiétude, son désespoir et surtout la crainte de se séparer avec sa fille.

Concernant ses habitudes alimentaires notre patiente a dit : « j'ai perdu mon appétit je n'arrive pas à manger, surtout après avoir pris mes médicaments ». A travers sa réponse on constate que ce problème est dû au fait que les médicaments pris affectent le goût des aliments.

Quant à son sommeil notre patiente a dit : « je ne dors pas la nuit, je pense juste à ma maladie et à l'avenir de ma fille ». Ce qui montre aussi un changement, par rapport à son sommeil auparavant, influencé toujours par sa maladie et son traitement.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

Au sujet de ses activités habituelles après l'annonce du diagnostic, Madame Souhila déclare : « je fais aucun effort, je me sens faible et impuissant ». Il s'avère à travers sa réponse que sa maladie l'a bloquée et a freiné toutes ses activités car elle se sent faible et impuissant physiquement sous l'effet de traitement et elle ressent une souffrance sur le plan psychologique.

Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

Lors de la passation de l'échelle, Madame Souhila répond aux questions avec attention, nous avons obtenu les résultats suivants :

Tableau n°5 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n° 6:

Lettre de l'item	Items	Cotation	Expression
A	Tristesse	1	Je me sens triste ou cafardeux.
B	Pessimisme	2	Pour mon avenir je n'ai aucun motif d'espérer
C	Echec personnel	1	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle.
D	Insatisfaction	3	Je suis mécontent de tout.
E	Culpabilité	2	Je ne me sens pas coupable.
F	Dégoût de soi	2	Je me dégoûte.
G	Tendances suicidaires	0	Je n'ai pas l'idée de me faire du mal.
H	Retrait social	1	Maintenant je trouve moins d'intérêts aux autres gens qu'auparavant.
I	Indécision	1	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.
J	Modification négative de l'image de soi	1	J'ai peur de paraître vieux et peu attirante.
K	Difficulté au travail	0	Je travaille toujours aussi facilement.
L	Fatigabilité	3	Je suis trop fatiguée pour faire quoi que ce soit.
M	Anorexie	1	Je n'ai plus aussi bon appétit qu'avant
Le score total		18	Dépression sévère.

Analyse de l'échelle de Beck :

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquant que le sujet est atteint d'une dépression sévère d'un score de 18, par le fait que presque tous les items existants dans l'échelle dans le cas de Souhila sont considérés énormes des signes indicateurs de la dépression chez elle, on constate que la majorité des scores se trouvent entre élevés est très élevés, ceci dit que plusieurs signes montrent ce cas dépressif chez le sujet, on trouve aussi des items qui comptent un score de cas, ce qui indique la position négative du sujet par rapport à l'échelle de Beck révèle que Madame

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

Souhila a obtenu 2 réponses de degré (0) dans les items suivants : item tendance suicidaires et item difficultés au travail.

Puis elle a obtenu 6 réponses de degré de (1) dans les items suivants : item tristesse, échec personnel, retrait social, indécision, modification, anorexie et 3 réponses de l'item 2 : pessimisme, culpabilité, dégoût de soi.

Enfin 2 réponses de degré 3: dans l'item de l'insatisfaction et l'item de fatigabilité.

Synthèse du cas :

D'après l'analyse de l'entretien que nous avons effectué avec Madame Souhila et l'interprétation des résultats de l'échelle de Beck, nous avons constaté qu'elle développe une dépression sévère d'un score de 18, vu que la majorité des réponses sont situées entre les degrés (1) et (2). La dépression de Madame Souhila se focalise sur le sentiment de fatigue et l'insatisfaction.

Cas clinique n°4 :

Axe n°01: informations personnelles :

Il s'agit de Monsieur « Samir », âgé de 41 ans, d'un niveau d'instruction de 3ème année secondaire, agent de sécurité, et père de 2 filles et 2 garçons, il souffre d'une tumeur au niveau du colon depuis 8 mois.

Axe n°02 : informations sur le vécu de patient atteint du cancer du côlon :

Nous avons commencé notre guide d'entretien en posant les questions du premier axe qui s'intitule le vécu du patient atteint du cancer du côlon, d'abord pour la durée de la maladie notre patient a dit : « j'étais malade environ huit mois ». A travers les dires de Samir on comprend que huit mois est une courte pour s'adapter à cette maladie.

Après avoir interrogé Samir a propos des signes de sa maladie notre patient a dit : « je ressentais quelques troubles digestifs et de la constipation ». Les symptômes que Samir a cités nous semblent fréquents chez les cancéreux du côlon et c'est ce que les résultats ont éprouvé après le diagnostic.

Concernant son vécu lors de l'annonce du diagnostic notre patient a dit : « j'étais choqué, mais pas vraiment car je suis au premier stade ». Sa réponse montre bien qu'il a un espoir de guérison.

Après avoir interrogé Samir a propos de son régime alimentaire Samir a dit : « je mange juste des légumes vapeurs, des fruits, du poisson ». D'après ses paroles on constate qu'il respecte son régime alimentaire.

Samir ne souffre pas d'autre maladie à part la tumeur, il nous a dit : « je me soufre de rien, sauf la tumeur qui me stresse ». Sa réponse montre bien son inquiétude à cause de cette maladie.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

Pour la question du soutien familial et de l'entourage Samir dit : « j'ai un soutien pendant cette période, particulièrement de la part de ma femme ». A travers la réponse de Samir on constate qu'il a un soutien de la part de son entourage familial c'est quelques chose de positive qui pourra lui rendre un petit espoir.

Axe N° 3 : information sur les signes de la dépression chez les cancéreux du côlon

Après avoir interrogé Samir sur ses sentiments quand il pense à sa situation actuelle notre patient a dit : « J'ai peur de l'avenir et de la progression de la maladie, mais je garde espoir et je me bats pour guérir mais parfois je ressens des moments de découragement avec des pensées négatives». Sa réponse montre bien son côté négative et son sentiment de désespoir.

Concernant ses habitudes alimentaires notre patient a dit : « Mon appétit a diminué depuis le début de la maladie ». A travers les dires de Samir on constate un changement radical de ses habitudes alimentaires manifesté par la perte d'appétit.

Quant au sommeil notre patient a dit : «je réveille souvent pendant la nuit et a chaque fois je pense a mon avenir ». Ce qui montre aussi un changement, par rapport a son sommeil auparavant, influencé toujours par sa maladie et son traitement.

Au sujet de ses activités habituelles après l'annonce du diagnostic, Monsieur Samir nous a dit : «le plaisir a diminué pour certaines activités a cause de la fatigue et les effets secondaires du traitement ». Il s'avère a travers sa réponse que sa maladie là bloquée et a freiner toutes ses activités car elle se sent faible et impuissant physiquement sous l'effet de traitement et elle ressent une souffrance sur le plan psychologique.

Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

Lors de la passation de l'échelle, Monsieur Samir répond aux questions avec attention, nous obtenons les résultats suivants :

Tableau n °6 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n° 4:

Lettre de l'item	Items	Cotation	Expression
A	Tristesse	1	je me sens triste ou cafardeux.
B	Pessimisme	1	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.
C	Echec personnel	0	je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.
D	Insatisfaction	1	je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.
E	Culpabilité	0	Je ne me sens pas spécialement coupable.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

Lettre de l'item	Items	Cotation	Expression
F	Dégoût de soi	0	je ne me sens pas déçu par moi-même.
G	Tendances suicidaires	0	Je n'ai pas l'idée de me faire du mal.
H	Retrait social	1	Maintenant, je trouve moins d'intérêt aux autres gens, et j'ai peu de sentiment.
I	Indécision	1	j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.
J	Modification négative de l'image de soi	1	j'ai peur de paraître vieux et peu attirant.
K	Difficulté au travail	0	je travaille toujours aussi facilement.
L	Fatigabilité	0	je ne suis pas plus que d'habitude.
M	Anorexie	1	je n'ai plus aussi bon appétit qu'avant.
Score total		7	Dépression légère

Analyse de l'échelle du cas n°4 :

Lors de passation de l'échelle de dépression de Beck, on a remarqué que Monsieur Samir n'a pas pris beaucoup de temps pour répondre aux questions, sur la base des résultats obtenus on constate que Monsieur Samir manifeste une dépression légère avec un score de 7 sur les notes de seuil de l'échelle de Beck qui est entre 4 et 7.

D'après l'analyse de l'échelle de dépression de Beck nous avons constaté que Samir présente des signes dépressifs, qui se manifestent par des pleurs et un pessimisme, il a également un sentiment de frustration et de dégoût causés par sa santé. sur le plan physique cela est manifesté par une fatigue permanente et une modification de son sommeil. De plus, il présente une perte totale par rapport aux choses qu'elle aimait faire avant d'être malade.

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck a révélé que notre patient réponses de degré (0) dans les items suivants : item de échec personnel, culpabilité, dégoûte de soi, tendances suicidaires, difficulté au travail et fatigabilité ; puis il a obtenu 7 réponse de degré de (1) dans les items suivants : item de tristesse, pessimisme, insatisfaction, retrait social, indécision, modification négative et anorexie.

Synthèse du cas n°4:

D'après l'analyse de l'entretien que nous avons effectué avec Monsieur Samir et l'interprétation des résultats de l'échelle de Beck, nous avons constaté qu'il développe une dépression légère d'un score de 7 qui se situe entre 4 et 7 vu que toutes les réponses sont situées entre les degrés (1) et (0). Nous pouvons dire que le cancer du côlon représente une situation difficile dans son vécu

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

psychologique. cet état manifeste par une grande tristesse, des pleurs, des regrets, la fatigue et aussi des troubles de sommeil.

2. Discussion des hypothèses :

Après la présentation et l'interprétation des résultats obtenus dans notre travail de recherche et les résultats d'entretien semi directif et l'échelle de dépression de Beck nous sommes arrivés à la phase de discussion des hypothèses pour confirmés nos hypothèses ou les infirmés.

Les hypothèses émises en départ sont deux, nous allons commencer par la discussion de la première hypothèse qui se pose que : « les patients atteints du cancer du côlon souffrent d'une dépression ».

A travers les entretiens semi-directifs et l'analyse de l'échelle de Beck, nous avons déduit que notre population d'étude souffrent d'une dépression qui se traduit par le manque d'appétit, l'inquiétude, l'inattention et l'incapacité de concentrer, plainte somatique, l'humeur triste, pensées morbide, fatigue et l'isolement etc.une étude Marocaine a montré que la prévalence de la dépression chez 100 patients atteints du cancer du côlon était de 15%,dont 26,7% de forme sévère. La dépression était plus fréquente chez les femmes, les personnes âgées de 37 ans a 50 ans, mariées, non scolarisées ou de niveau universitaire, atteintes du cancer a un stade localisé, et dont la découverte était très précoce ou dépassait 49 mois.(Manoudi et all,2010).

Après la passation de l'entretien semi-directif et de l'échelle de dépression de Beck sur nos cas de recherche, on déduit que notre hypothèse de départ est confirmée. Nos quatre cas souffrent tous d'une dépression.

Quant à notre deuxième hypothèse suppose que: « la dépression se manifeste à des niveaux divers chez les cancéreux du côlon ».D'après la passation de l'échelle de Beck nous avons enregistrés les résultats suivantes :

Tableau n°9 : présentation des niveaux de dépression obtenus a l'échelle de dépression de Beck :

Cas	Degré de dépression « minime »	Degré de dépression «légère »	Degré de dépression « modérée »	Degré de dépression « sévère »
Omar				✓
Saliha			✓	
Samir		✓		
Souhila				✓

D'après le tableau on constate que « la dépression se manifeste à des niveaux divers chez les cancéreux du côlon »; Nos quatre cas ont confirmé notre hypothèse, car tous ces derniers ont montré la présence d'une dépression variante d'un cas à un autre, d'une dépression légère, modérée

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

ou sévère. Une étude saoudienne a révélé que 30% des patients atteints du cancer du côlon souffraient de troubles dépressifs, dont 12,9% de dépression majeure, 5,7% de dépression minime. De plus, 75,1% présentaient des symptômes dépressifs significatifs. (Shaheen, 2015).

On n'a pas trouvé de cas qui ne présente pas de dépression dans les résultats de l'échelle de Beck. Le cas qui présente une dépression légère est : Samir. Le cas qui présente une dépression modérée est : Saliha. Les cas qui présentent une dépression sévère sont : Souhila, Omar.

Pour Monsieur Omar On a conclu d'après les résultats de l'échelle à Beck qu'il présente un état de dépression éprouvé par une tristesse, des sentiments d'échec et de culpabilité et une perte de plaisir, d'une fatigue intense et le changement dans l'appétit et le sommeil. Son score est 26 qui signifie une dépression sévère.

Saliha est une femme qui fait preuve de courage lors de notre entretien, elle présente un état de dépression éprouvé par une fatigue intense et le changement dans l'appétit et le sommeil, elle se reconforte en disant qu'elle n'est pas seule. Son score dépression est 12 qui signifie une dépression modérée.

Souhila a montré qu'elle était satisfaite de notre intervention, elle a répondu à nos questions, elle manifeste de plusieurs symptômes qui sont relatives à son état de santé tels que : une tristesse, culpabilité et de punition elle est déçue de elle-même ainsi une perte d'intérêt et d'énergie des changements dans l'appétit et le sommeil des sentiments d'irritabilité, de fatigue et elle avait vraiment des difficultés de concentrations, elle se rattache à l'espoir de vivre comme avant. Son score de dépression est 18 qui signifie une dépression sévère.

Samir, est un homme à l'humeur changeante avec un sentiment de culpabilité et une très grande fatigue à cause de la maladie. Son score de dépression est 7 qui signifie une dépression légère.

Pour conclure, on a compris durant cette étude que les patients atteints du cancer du côlon souffrent d'une dépression, et que cette dépression se manifeste à des niveaux divers.

Les résultats obtenus dans le cadre de notre recherche, on a pu confirmer nos hypothèses de recherche par rapport à nos quatre cas.

Synthèse :

Notre étude faite sur la dépression chez les patients atteints du cancer du côlon auprès de quatre cas qui nous ont permis d'obtenir les résultats que nous avons utilisés lors de la discussion des hypothèses de départ dans le but de les confirmer ou de les infirmer.

Conclusion :

Pour conclure notre travail de recherche effectué sur « la dépression chez les patients atteints du cancer du côlon », on peut dire que le thème de notre recherche nous a donné l'opportunité d'approfondir et de pratiquer nos connaissances sur le terrain où nous avons eu l'occasion d'assimiler l'état psychique, somatique, et relationnel des cas et même de découvrir leurs réactions émotionnelles face à cette maladie.

Notre travail de recherche a donc consisté à la réalisation d'une étude de cas sur la dépression chez les patients atteints du cancer du côlon, dont nous avons interrogés quatre cas sur des informations liées à leur maladie, ainsi que les signes de la dépression ; grâce au guide d'entretien et l'échelle de dépression de Beck.

Nous pouvons dire à travers ce modeste travail de recherche, que nous avons essayé de démontrer l'implication et l'influence du cancer du côlon sur l'émergence de la dépression chez les cancéreux du côlon, en utilisant les notions fondamentales et les termes de base du cancer du côlon ainsi que les concepts liés à la dépression.

Pour pouvoir alors vérifier la présence de dépression chez les cancéreux du côlon nous avons effectués une recherche au niveau du service d'oncologie qui se trouve à l'Hôpital d'Amizour de Béjaïa durant 38 jours, où nous avons sélectionné notre groupe de recherche contenant quatre cas de différents âges et sexes. Ces derniers sont tous atteints du cancer du côlon, dans le but de savoir l'état psychique de ces cas ainsi la présence d'une dépression face à cette maladie.

À travers notre recherche, nous avons pu vérifier de façon très claire nos hypothèses et les confirmer.

Nous avons confirmé nos deux hypothèses à travers la passation de l'entretien clinique de type semi-directif et l'échelle de dépression de Beck avec nos quatre cas ; (Monsieur Omar, Samir et Madame Saliha, Souhila).

Cette recherche présente donc une contribution pour la santé et la maladie soient mieux appréhendées dans leurs dimensions psychosociales, surtout au niveau de la prise en charge.

Liste bibliographique :

I.Ouvrages :

- 1-Aktouf, O. (1987).Méthodologie de sciences sociales et approche Qualitative des organisations. Québec, Canada: HEG Presses.
- 2-Armand, C. (2015). L'observation Clinique et l'étude de cas. Paris, France : Dunod.
- 3-Attigui, P. Et Chourier, B. (2016). L'entretien clinique. Paris, France : Armand Colin.
- 4-American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statisticalManual of mental disorders DSM-5 (5 éme édition; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Normandie, France : Elsevier Masson.
- 5-Beck, T et all. (1998).Inventaire de dépression de Beck. Paris, France, centre de psychologie appliqué : 2 éme édition.
- 6-Besançon G, et all. (2005) .Manuel de psychologie. Paris, France : Dunod.
- 7- Chahraoui,K,et all (1999). L'entretien clinique. Paris ,France: Dunod
- 8-Chahraoui, K ,et all. (2003).méthode, évaluation et recherche en psychologie Clinique. Paris, France :Dunod.
- 9- Chiland, C. (1983). L'entretien clinique. Paris,France :Presses universitaires de France.
- 10-Fandacci,C.(2009).les dépressions.Paris:Springer-Verlag.
- 11-Gramont,A,et coll.(2012).Cancer colorectal en questions.Paris,France :Fondation A.R.CA.D.
- 12- Hamburger,J, et coll. (1987).Petite encyclopédie médicale. Paris, France : Flammarion.
- 13- Ionescu, S et all. (2009).Méthodologie de la recherche en Psychologie clinique .Paris, France : Puf.
- 14- Lavande,M.(2008).guide méthodologique de la recherche en psychologie,Paris,France:Boek.
- 15- Marcello, D et all.(2013).Adolescence et psychopathologie 8 émeédition.Paris,France:Elsevier Masson.
- 16- Palazzolo,J.(2007).Dépression et anxiété .Paris, France : Masson.
- 17- Pedinielli, J et all. (2005).Les états dépressifs, Paris, France : Armand colin.
- 18-Peretti,C. (2013). Comprendre et soigner la dépression. Rome, Italie : Elsevier Masson.
- 19- Scotte,F, et coll.(2002).Cancérologie.Paris,France : Marketing.

20-Dormart, A, et coll. (1982), Larousse de la médecine, santé, Hygiène. Paris, France : Larousse.

21-Henriette, B et all. (1999). Grand dictionnaire de psychologie, Paris, France : Larousse bordas.

22-Sillamy,N.(2003), « Dictionnaire de psychologie », Paris, France :Larousse-vue.

23-SIL Quevauvilliers, J. (2009). Dictionnaire médical, Paris, France : Masson.

III.Site internet :

1-([https : //www.commentguerir.com/gastrologie/cancer-colon/amp](https://www.commentguerir.com/gastrologie/cancer-colon/amp)). Consulté le 16/01/2024 a 11h :30.

2-([https : //www.dictionnaire-médical.fr/definitions/044-cancer.](https://www.dictionnaire-médical.fr/definitions/044-cancer.)). Consulté le 16/01/2024 a 14h.

3-(<https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-colorectal/symptomes-diagnostic-cancer>). Consulté le 17/01/2024 a 21 h.

4-(<https://www.ligue-cancer.net>). Consulté le 17/01/2024 a 11 h.

5-([https : //www.lequotidiendumedecin.fr/specialistes/cancerologie/cancer-colorectal](https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialistes/cancerologie/cancer-colorectal)). Consulté le 18/01/2024 a 9 h.

Annexes :

1-Guide d'entretien clinique semi-directif :

Axe n°1 : Renseignement personnels :

- 1-Nom/Prénom.
- 2- Quel âge avez-vous?
- 3- Quel est votre niveau d'instruction?
- 4- Quel est votre situation personnel?
- 5-Quelle est votre profession?

Axe N°2: Informations sur le vécu de patient atteint du cancer du côlon

- 1- Depuis quand vous êtes malade ?
- 2-Comment avez-vous découvert votre maladie?
- 3-Quels sont les signes qui sont apparus?
- 4- Pourriez-vous nous décrire votre réaction lors de l'annonce du diagnostic du cancer du côlon?
- 5-Suivez-vous un régime particulier?
- 6-Avez-vous d'autres maladies?
- 7-Avez-vous reçu le soutien de la part de l'entourage?

Axe N° 3 : Informations sur les signes de la dépression chez les cancéreux du côlon

- 1- Quelles sont vos sentiments quand vous pensez à votre situation actuelle ?
- 2-Est-ce que vous remarquez un changement au niveau de votre appétit?
- 3-Avez-vous remarqué un changement par rapport à votre sommeil?
- 4-Vous prenez plaisir aux mêmes choses qu'autre fois?

2-L'échelle de dépression de Beck :

Nom:..... Prénom :..... Date :.....

Sexe :..... Age :.....

La consigne générale :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie, si dans une série plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A. Tristesse

0-Je ne me sens pas triste.

1- Je me sens triste ou cafardeux.

2- Je me sens triste ou cafardeux tout le temps et je n'arrive pas à m'en sortir.

3- Je suis si triste et si malheureux /se que je ne peux pas le supporter.

B. Pessimisme

0- Je ne suis pas spécialement pessimiste ou découragé en ce qui concerne l'avenir.

1- J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.

2- Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.

3 - Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et je ne vois pas comment la situation pourrait s'améliorer.

C. Echec personnel

0- Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.

1- J'ai l'impression d'avoir raté plus de choses que la plupart des gens.

2- Quand je considère ma vie, passée, je ne vois que des échecs.

3- J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).

D. Insatisfaction

- Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.

- Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.

- Plus rien ne me donne de satisfaction.

- Je suis mécontent de tout.

E. Culpabilité

0- Je ne me sens pas spécialement coupable.

1 - Je me sens mauvais/e ou indigne une bonne partie du temps.

2- Je me sens coupable.

3- Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.

F. Dégoût de soi

0- Je ne suis pas déçu/e par moi-même.

1- Je suis déçu par moi-même.

2- Je me dégoûte.

3- Je me hais.

G. Tendances suicidaires

0- Je n'ai pas l'idée de me faire du mal.

1- Je pense que la mort me libérerait.

2- J'ai des plans précis pour me suicider.

3- Je me tuerais si je le pouvais.

H. Retrait social

0- J'éprouve toujours de l'intérêt pour les gens.

1- Maintenant, je trouve moins d'intérêt aux autres gens qu'auparavant.

2- J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.

3 - J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement.

I. Indécision

0- Je prends des décisions facilement.

1 - J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.

2 - J'ai de grosses difficultés pour prendre une décision.

3 - Je n'arrive absolument plus à prendre de décision.

J. Modification négative de l'image de soi

0- Je ne me trouve pas plus laid qu'avant.

1- J'ai peur de paraître vieux et peu attirant.

2- J'ai l'impression que mon apparence a changée définitivement et que cela me rend peu attirant.

3- Je me sens affreux/se et répugnant/e à voir.

K. difficulté au travail

0- Je travaille toujours aussi facilement.

1- Il me faut faire un effort supplémentaire pour me mettre à faire quelque chose.

2 - Il faut que je me force beaucoup pour accomplir quoi que ce soit.

3- Je n'arrive à faire aucun travail.

L. Fatigabilité

0- Je ne suis pas plus fatigué/e que d'habitude.

1- Je me fatigue plus qu'avant.

2- Un rien me fatigue.

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

M. Anorexie

0- J'ai aussi bon appétit que d'habitude.

1- Je n'ai plus aussi bon appétit qu'avant.

2 - Mon appétit est beaucoup moins bon qu'avant.

3- Je n'ai plus aucun appétit.

Résumé :

Ce travail vise à éclairer modestement la complexité psychopathologique des maladies somatiques graves telles le cancer du côlon, et cette contribution réalisée sur quatre patients à l'hôpital d'Amizour, met en exergue les corrélations qui existent entre le cancer du côlon et le développement d'un trouble de l'humeur qui est «la dépression ».

A partir d'un entretien clinique semi directif et l'échelle de dépression de Beck, nos résultats mettent en évidence que la rencontre de cette maladie grave et de son traitement est une de ces épreuves parmi les plus redoutables pour la santé psychique du patient, cette pathologie cancéreuse bouleverse la vie de ces patients à plusieurs niveaux et constitue une véritable menace pour leur intégrité psychique.

La dépression représente une souffrance psychique avérée chez ces patients, nous avons néanmoins constaté une souffrance globale, à la fois psychique, psychologique, sociale et spirituelle.