



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

**Université A. MIRA-BEJAIA**

**Faculté des sciences Humaines et Sociales**

**Département de Psychologie et d'Orthophonie**

**Mémoire de fin de cycle**

**En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie**

**Option : Psychologie Clinique**

**Thème :**

***L'anxiété chez les stomisées suite à un cancer du côlon.***

***Etude de huit cas au CHU de Boukhalfa.***

**Réalisé par :**

Mansouri Razik

Hamouche Yacine

**Encadré par :**

Dr: Belbessai Rachid

*Promotion  
2023/2024*

## ***Remerciment***

*En premier lieu, on tient à exprimer notre gratitude à Dieu, le Tout-Puissant, pour sa guidance et sa bienveillance tout au long de cette aventure académique. Sans Sa grâce, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.*

*On tient à exprimer notre profonde gratitude à notre encadrant, [Dr Belbessai rachid], pour sa guidance éclairée, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de ce mémoire. Votre expertise et votre soutien ont été déterminants pour la réussite de ce travail.*

*Nos remerciements s'adressent également aux membres du jury pour l'honneur qu'ils nous font d'évaluer ce travail. Votre expertise et vos critiques constructives sont pour nous une source d'enrichissement et de perfectionnement.*

*On'oublie pas nos professeurs, qui ont su transmettre leur savoir avec passion et rigueur. Votre enseignement a posé les bases solides de notre parcours académique et nous a permis de mener à bien cette recherche.*

*On souhaite également remercier chaleureusement les psychologues de notre stage, dont l'engagement, le partage d'expérience, et les échanges enrichissants ont été essentiels dans l'approfondissement de nos connaissances en psychologie clinique.*

*On remercie le service d'oncologie du CHU de Boukhalfa pour leur collaboration et leur soutien dans la réalisation de cette étude. Votre contribution a été cruciale pour la collecte des données et pour la compréhension des défis auxquels font face les patients stomisés.*

## ***Dédicaces***

### ***Je dédie Ce modeste travail:***

*À mes parent, mon frère et mes soeurs pour leurs soutien inconditionnel et leurs encouragement tout au long de mon parcours.*

*À ma femme et à ma fille, je vous exprime toute ma reconnaissance pour votre amour, votre compréhension et votre soutien constant. Vous avez été ma source de force et d'inspiration, et je vous dédie ce travail avec toute mon affection.*

*À mon binôme, pour notre collaboration fructueuse, ton amitié, et ton engagement tout au long de cette aventure. Ensemble, nous avons surmonté les défis et atteint nos objectifs.*

***Mansouri razik***

## ***Dédicaces***

### ***Je dédie Ce modeste travail:***

*À mes parents, dont l'amour et le soutien indéfectible ont été pour moi une source inépuisable de motivation.*

*À mon frère et mes deux sœurs, merci pour votre présence constante et vos encouragements précieux, vous avez été un véritable appui tout au long de ce parcours.*

*À ma future femme, qui m'a accompagné avec patience et bienveillance durant toutes les étapes de cette aventure.*

*En fin Je dédie Ce modeste travail à mon binôme. Ton engagement, ta rigueur, et ta précieuse collaboration ont grandement enrichi ce projet. Sans toi, cette expérience n'aurait certainement pas été la même. Merci pour ta confiance et ton soutien tout au long de ce mémoire.*

***Hamouche yacine***

---

# Sommaire

## Chapitre I

Introduction generale.....	01
1- Problématique et hypothèse.....	04
2- L'objectif de l'étude .....	07
3- Importance de l'étude .....	08
4- Opérationnalisation des concepts .....	08

## Chapitre II

### Section 1 : le cancer colorectal (aspect médical)

Préambule.....	11
1- Aperçu historique du cancer.....	11
2- Définition du cancer .....	12
3- Définition du cancer colorectal.....	12
4- Symptômes de cancer colorectal.....	14
5- L'étiologie de cancer colorectal.....	15
6- Les stades du cancer colorectal.....	17
7- La prise en charge de cancer colorectal .....	18
-Synthèse.....	21

### Section 2 : la stomie

Préambule.....	22
1- Aperçu historique de la stomie.....	22
2- Définition de la stomie .....	23
3- Types de stomie digestive.....	23
4- Type d'appareillages.....	26
5 - L'étiologie de la stomie .....	27
6- Impact psychologique de la stomie.....	28
-Synthèse .....	30

---

## Chapitre III

### **L'anxiété et la stomie ( aspect psychologique)**

Préambule .....	32
1- Aperçu historique de l'anxiété .....	32
2- Définition de l'anxiété .....	34
3- Types de l'anxiété .....	35
4- Symptômes de l'anxiété .....	37
5- L'étiologie de l'anxiété .....	39
6- Le lien entre la stomie et l'anxiété.....	42
7- Les théories explicatives de l'anxiété .....	44
8- La prise en charge de l'anxiété .....	48
- Synthèse .....	51

## Chapitre IV

### **Chapitre IV : Méthodologie de la recherche.**

- Préambule .....	53
1- La pré-enquête.....	53
2- La méthode de recherche.....	54
3-Le lieu de la recherche.....	55
4-La population d'étude.....	55
5-Les outils d'investigations.....	58
6- Le déroulement de l'enquête.....	60
- Synthèse.....	62

---

## Chapitre V

### **Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des**

#### **Hypothèses.**

- Préambule.....	64
1-Présentation et analyse des résultats du test d'anxiété de Hamilton et de l'entretien.....	64
2-Discussion des hypothèses.....	86
- Synthèse .....	88
-Conclusion Générale.....	89
-Liste bibliographique.....	90
-Annexe .....	95

---

# Chapitre I



## Introduction générale :

La santé mentale et physique jouent un rôle crucial dans notre bien-être et notre qualité de vie. La santé mentale est essentielle car elle affecte notre capacité à penser clairement, à gérer le stress et les émotions, à maintenir des relations saines et à prendre des décisions éclairées.

La santé physique, quant à elle, est également fondamentale car elle nous permet d'avoir suffisamment d'énergie pour mener nos activités quotidiennes, de maintenir un poids santé, d'avoir une bonne condition physique et de prévenir les maladies. Ces deux dimensions sont étroitement liées et se renforcent mutuellement. Il est important d'en prendre soin en adoptant des habitudes de vie saines. De plus, il est important de se tourner vers des professionnels de la santé, tels que des médecins ou des psychologues, pour obtenir un soutien et des conseils adaptés à nos besoins spécifiques car ces deux dimensions sont les fondements de notre bien-être global. Elles influencent notre capacité à gérer le stress, à maintenir des relations saines et à prendre des décisions éclairées dans tous les aspects de notre vie. De plus, la santé mentale et physique sont interdépendantes. Cela signifie que lorsque nous prenons soin de notre santé mentale, en gérant le stress, en développant des stratégies de gestion des émotions et en favorisant un état d'esprit positif, cela a un impact direct sur notre santé physique. De même, en prenant soin de notre corps par une alimentation saine, de l'exercice régulier et un sommeil adéquat, nous soutenons notre santé mentale en réduisant le risque de troubles tels que l'anxiété et la dépression.

L'impact de la maladie sur la santé physique et mentale peut être profond. Lorsqu'une maladie affecte le corps, elle peut également avoir des répercussions sur l'état mental de la personne. Les symptômes physiques peuvent entraîner un stress émotionnel, une anxiété accrue et même une dépression. De plus, la gestion d'une maladie chronique peut souvent entraîner un fardeau émotionnel important, affectant la santé mentale de la personne concernée.

Il est donc essentiel de prendre en compte l'impact global d'une maladie, à la fois sur la santé physique et mentale. En plus des traitements médicaux, il est important de fournir un soutien psychologique et émotionnel aux personnes atteintes de maladies, en les aidant à faire face aux défis mentaux et émotionnels associés à leur état de santé.

Notre recherche s'est inscrite dans le cadre de notre stage au service d'oncologie du CHU de Boukhalfa à Amizour, qui s'est déroulé du 10 janvier 2024 au 23 février 2024. Au cours de cette période, nous avons mené une étude auprès de huit patients stomisés, avec pour objectif principal d'explorer l'anxiété liée à la stomie après un cancer colorectal. Nous avons adopté une méthode descriptive, utilisant des entretiens semi-directifs et l'échelle d'anxiété de Hamilton pour évaluer le niveau d'anxiété des patients. Ces outils nous ont permis de recueillir des données pertinentes pour mieux comprendre leur vécu émotionnel et psychologique.

Ce mémoire, contient une étude minutieuse afin de mieux comprendre l'anxiété chez les personnes stomisées à la suite d'un cancer colorectal. Cette recherche s'est déroulée en plusieurs étapes, chacune contribuant de manière significative à l'élaboration de nos conclusions et à l'enrichissement de la littérature existante sur ce sujet.

Dans le **chapitre I**, nous avons d'abord formulé la problématique centrale de notre étude. Conscients des défis psychologiques auxquels les patients stomisés sont confrontés, nous avons articulé nos hypothèses autour de l'idée que ces individus souffrent d'une anxiété significativement élevée, exacerbée par le diagnostic de cancer colorectal. En définissant clairement les objectifs de notre recherche, nous avons souligné la nécessité d'une exploration rigoureuse de ces aspects psychologiques, souvent sous-estimés dans les prises en charge cliniques. Nous avons également mis en avant l'importance de cette étude dans le contexte médical et psychologique, en insistant sur ses contributions potentielles à l'amélioration des soins apportés aux patients. L'opérationnalisation des concepts a constitué une étape cruciale dans ce chapitre, nous permettant de transformer des notions théoriques complexes en variables mesurables et analysables. Cette étape a établi un cadre méthodologique précis qui a guidé l'ensemble de notre travail.

Le **chapitre II** s'est concentré sur une revue détaillée du cancer colorectal, abordé sous l'angle médical. Nous avons débuté par un aperçu historique du cancer, retraçant l'évolution de sa compréhension et de son traitement à travers les siècles. Ensuite, nous avons fourni une définition précise du cancer en général avant de nous concentrer spécifiquement sur le cancer colorectal. Ce chapitre a exploré en profondeur les symptômes caractéristiques de cette maladie, ses causes étiologiques, et les différents stades par lesquels elle évolue. La prise en charge médicale du cancer colorectal a également été abordée, avec un focus sur les interventions chirurgicales menant à la stomie, un aspect central de notre étude. Dans la seconde section de ce chapitre, nous avons examiné la stomie, en retraçant l'histoire et en offrant une définition claire. Nous avons décrit les différents types de stomies digestives et les appareillages associés, tout en explorant les causes médicales menant à la nécessité d'une telle intervention. L'impact psychologique de la stomie, un élément central de notre recherche, a également été discuté en détail, posant ainsi les bases de l'analyse que nous avons menée par la suite.

Le **chapitre III** a été dédié à l'étude de l'anxiété, notamment dans le contexte des patients stomisés. Nous avons commencé par une revue historique de la notion d'anxiété, en mettant en lumière son évolution conceptuelle et les différentes approches théoriques qui l'ont façonnée. Après avoir défini l'anxiété, nous avons exploré ses différentes manifestations et types, en les classifiant selon des critères diagnostiques reconnus. Les symptômes de l'anxiété ont été décrits de manière exhaustive, en tenant compte des spécificités observées chez les patients stomisés. Nous avons analysé les causes de l'anxiété en nous concentrant sur le lien spécifique entre la stomie et cette détresse psychologique. Ce lien a été exploré à travers diverses théories explicatives de l'anxiété, qui nous ont permis de mieux comprendre les

mécanismes psychiques en jeu. Enfin, nous avons abordé les stratégies de prise en charge de l'anxiété, en évaluant leur efficacité dans le contexte des patients stomisés.

Dans le **chapitre IV**, nous avons exposé la méthodologie de notre recherche. Nous avons commencé par décrire la pré-enquête que nous avons menée pour affiner notre approche et valider nos outils d'investigation. Nous avons ensuite détaillé la méthode de recherche que nous avons choisie, en justifiant nos choix méthodologiques. Le lieu de la recherche et la population étudiée ont été décrits avec précision, en soulignant les critères de sélection des participants et les caractéristiques démographiques pertinentes. Les outils d'investigation, incluant le test d'anxiété de Hamilton et les entretiens semi-directifs, ont été présentés, et nous avons expliqué en détail leur utilisation. Le déroulement de l'enquête a été décrit de manière chronologique, en insistant sur les étapes clés de la collecte des données. Ce chapitre s'est conclu par une synthèse méthodologique, qui a récapitulé les approches employées et leur pertinence pour notre étude.

Enfin, le **chapitre V** a été consacré à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus, ainsi qu'à la discussion de nos hypothèses. Nous avons présenté les résultats du test d'anxiété de Hamilton, en les analysant de manière quantitative et qualitative. Les entretiens menés avec les participants ont également été analysés, avec une attention particulière portée aux témoignages révélant des niveaux d'anxiété élevés et aux expériences personnelles des patients. Ces résultats ont ensuite été confrontés à nos hypothèses initiales, et nous avons discuté de leur validité à la lumière des données recueillies. La discussion a permis d'éclairer les implications de nos résultats pour la compréhension de l'anxiété chez les patients stomisés, tout en proposant des pistes pour de futures recherches. Ce chapitre s'est conclu par une synthèse des résultats et des réflexions critiques sur les limites de notre étude.

Le mémoire se termine par une **conclusion générale**, où nous avons récapitulé les principaux apports de notre recherche et proposé des recommandations pour améliorer la prise en charge psychologique des patients stomisés. Nous avons également inclus une **liste bibliographique** complète des sources consultées, ainsi que des **annexes** contenant des documents pertinents, tels que notre guide d'entretien avec ses différents axes et l'échelle d'anxiété de Hamilton.

## 1-Problématique et hypothèse :

Le bien-être physique constitue un aspect essentiel de la santé globale d'un individu. Il englobe différents aspects de la santé physique, tels que la capacité à fonctionner normalement dans la vie quotidienne, à mener des activités sans limitation et à maintenir un état de santé optimal. Le bien-être physique est également lié à la prévention des maladies, à la gestion des maladies existantes et à la promotion d'un mode de vie sain. Un bon état de bien-être physique permet à une personne de se sentir énergique, dynamique et capable de faire face aux défis de la vie quotidienne.

D'après l'organisation mondiale de la santé : « La santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité ». Elle est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie ; c'est un concept positif qui met l'accent sur les ressources sociales et personnelles aussi bien que sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu » (OMS, 1984).

Les maladies graves représentent un défi majeur pour la santé publique, affectant des millions de personnes à travers le monde et ayant un impact significatif sur la qualité de vie des individus concernés. Parmi ces maladies, le cancer qui occupe une place prépondérante en raison de sa prévalence élevée, de sa gravité et de ses conséquences sur la santé physique, mentale et sociale des patients.

D'après les estimations du centre international de recherche du cancer (CIRC) qui est une agence de l'organisation mondiale de la santé OMS, près de 20 millions de nouveaux cas de cancer et 9,7 millions de décès ont été enregistrés en 2022. Le CIRC exprime son inquiétude à propos de la croissance de cette maladie soulignant trois principaux types de cancer qui prédominent le monde, le cancer de poumon près de 2,5 millions de nouveaux cas, le cancer de sein 2,3 millions de cas et le cancer colorectal 1,9 millions de cas enregistrés en 2022 (OMS, 2024).

En Algérie, l'institut national de santé publique (INSP) a enregistré en 2021 près de 6500 cas de cancer colorectal dont 3500 hommes et 3000 femmes (Algérie presse service, 2021).

Le cancer est une pathologie caractérisée par une croissance incontrôlée de cellules anormales qui peuvent se propager à d'autres parties du corps, entraînant la formation de tumeurs malignes. Cette maladie peut toucher n'importe quel organe ou tissu du corps, et ses causes sont multiples, notamment génétiques, environnementales et comportementales.

En raison de sa nature complexe et de son impact dévastateur sur la vie des individus, le cancer est reconnu comme l'un des principaux problèmes de santé à l'échelle mondiale. Son diagnostic et son traitement nécessitent souvent une approche multidisciplinaire et une prise en charge globale pour répondre aux besoins complexes des patients et améliorer leur qualité de vie. Notre recherche se concentre spécifiquement sur le cancer colorectal parmi les divers types de cancer, y compris le cancer du poumon, le lymphome, du rein ...etc.

Le cancer du côlon est une maladie caractérisée par la croissance anormale et incontrôlée de cellules dans la muqueuse du côlon ou du rectum, qui recouvre l'intérieur du côlon ou du rectum pour le cancer rectal. Ce dernier met plusieurs années à se développer, de 9 à 10 ans et il se forme à partir de la transformation d'une tumeur bénigne, un polype (excroissance charnue) apparu sur la muqueuse. C'est l'un des cancers les plus prédominant dans le monde qui touche à la fois les femmes et les hommes. Selon sa fréquence Il est représenté autant que second cancer chez la femme et le troisième chez l'homme. Cette fréquence augmente après l'âge de 45 ans sachant que l'âge médian du diagnostic est de 75 ans chez la femme et de 72 ans chez l'homme.

Les symptômes du cancer colorectal peuvent inclure des changements dans les habitudes intestinales, tels que la constipation ou la diarrhée, du sang dans les selles, des douleurs abdominales, une sensation de ballonnement ou de plénitude, et une perte de poids inexplicée.

Le cancer colorectal nécessite une intervention chirurgicale appelée la stomie qui consiste à créer une ouverture artificielle dans abdomens pour dévier temporairement ou définitivement le flux des selles ou de l'urine. Cette dernière a un impact profond sur la vie des patients car la pose de la stomie est considérée comme une effraction qui impact à la fois le corps et le psychique et cette modification du corps altère la perception du malade de son corps vu les modifications apparentes. Cette mutilation nécessite une prise en charge psychosociale car son impact déborde même sur l'environnement du malade (Michel Reich, 2009, p252).

La prise en charge du cancer colorectal repose sur différents traitements, y compris la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, en fonction du stade de la maladie et de la présence de métastases. Un diagnostic précoce et un traitement approprié sont cruciaux pour L'anxiété améliorer les chances de survie et la qualité de vie des patients atteints de cancer colorectal.

Dans son article <<psychobiologie de la peur>>,Robert.D souligne : « La peur psychologique n'a rien à voir avec la peur ressentie face à un danger concret, réel et immédiat.

La peur psychologique se présente sous une multitude de formes : un malaise, une inquiétude, de l'anxiété, de la nervosité, une tension, de l'appréhension, une phobie, etc. Ce type de peur concerne toujours quelque chose qui pourrait survenir et non pas ce qui est en train d'arriver. Vous êtes dans l'ici-maintenant, tandis que votre mental est dans le futur. » (Robert Dantzer ,1993, p34)

Il convient de distinguer le concept d'anxiété de celui d'angoisse, auquel il est souvent associé. Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Dans le Grand dictionnaire de la psychologie (Guelfi, 1985 p42), l'angoisse désigne des troubles mentaux caractérisés par de fortes anxiétés, souvent liées à la panique et accompagnées de manifestations somatiques et neurovégétatives multiples. En revanche, l'anxiété, telle que nous l'avons définie, ne renvoie pas à des troubles mentaux comme l'angoisse, mais plutôt à une réaction émotionnelle provoquée par un événement.

Cette réaction émotionnelle, qualifiée d'anxiété, peut être définie comme « une condition ou un état émotionnel désagréable qui se caractérise par des sensations subjectives de tension, d'appréhension et d'inquiétude, et par l'activation du système nerveux » (Spielberger, 1972, cité par Aurélie pasquier dans son ouvrage ‘psychologie et psychopathologie des émotions’, 2021, p. 192).

L'anxiété en tant que composante mentale de la santé, joue un rôle significatif dans l'expérience des malades atteints d'un cancer colorectal. Cette anxiété découle souvent du diagnostic de la maladie, des traitements invasifs associés et de la crainte de la récurrence. Elle peut également être influencée par des facteurs psychosociaux tels que le soutien social, les perceptions individuelles de la maladie et les stratégies d'adaptation employées par les patients.

La compréhension de l'anxiété chez les patients atteints de cancer colorectal est essentielle pour une prise en charge holistique de leur santé. Elle souligne l'importance d'une approche multidimensionnelle de la santé qui reconnaît les interactions complexes entre les facteurs physiques, mentaux et sociaux.

De plus, la discussion sur l'anxiété met en lumière la nécessité d'interventions psychologiques ciblées pour atténuer les effets négatifs de l'anxiété sur la qualité de vie des patients. Ces interventions peuvent inclure des techniques de gestion du stress, des thérapies cognitivo-comportementales et un soutien psychologique continu tout au long du parcours de traitement du cancer colorectal.

En conclusion, l'impact psychologique du cancer colorectal, en particulier en ce qui concerne l'anxiété, souligne l'importance d'une approche intégrée de la santé qui prend en compte les aspects physiques, mentaux et sociaux de la maladie. Cela met en évidence la nécessité d'une prise en charge globale des patients, qui englobe à la fois les aspects médicaux et psychologiques de leur bien-être.

Dans cette étude qui porte sur l'anxiété chez les personnes stomisées suite à un cancer du colon, nous visons à explorer les aspects suivants :

-Les patients stomisés souffrent-ils d'anxiété ?

-Est-ce que les personnes atteintes d'un cancer de colon manifestent une anxiété élevée après avoir été stomisées ?

Pour répondre à ces questionnements on a formulé plusieurs hypothèses afin d'explorer les relations entre cette maladie et l'anxiété ainsi que les divers aspects de la qualité de vie des patients. Ces hypothèses sont cruciales pour orienter notre recherche et guider nos analyses.

### **Hypothèses :**

En examinant la littérature existante sur le cancer colorectal, nous avons analysé divers ouvrages et études pour comprendre les effets de cette maladie sur les patients. Parmi les sources consultées, nous avons étudié des publications médicales, des revues scientifiques et des rapports cliniques. Ces recherches bibliographiques nous ont permis de dégager des tendances et des thèmes récurrents concernant l'impact du cancer colorectal, en particulier sur la qualité de vie et le bien-être des patients.

Ces conclusions ont servi de base à nos hypothèses spécifiques sur les effets du cancer colorectal et de ses traitements :

- Les patients stomisés souffrent d'anxiété.

- Le diagnostic de cancer colorectal est associé à une augmentation significative du niveau d'anxiété chez les patients stomisés

### **2 - Objectif de l'étude :**

Dans ce mémoire qui est réalisé dans le cadre de l'obtention d'un diplôme de Master en psychologie clinique, on vise à étudier l'impact psychologique du cancer colorectal notamment l'anxiété sur les patients stomisés.

Nos objectifs principaux dans cette recherche consistent à explorer l'influence du cancer colorectal sur le bien-être physique, mental et relationnel des malades en s'appuyant sur un volet théorique qui explique les conséquences de cette maladie. À clarifier l'impact de l'anxiété sur la vie des personnes stomisées et cela en procédant à des entretiens et des tests cliniques où on pourra mesurer l'intensité de cette anxiété. Cet ensemble nous permettra d'acquérir une compréhension de l'expérience des patients ce qui nous permet surtout de démontrer l'obligation d'une intervention thérapeutique pour diminuer l'anxiété chez les stomisés.

### 3-L'importance de l'étude :

L'étude de l'anxiété chez les personnes stomisées représente un domaine de recherche essentiel pour nous les étudiants en psychologie clinique. En plus d'approfondir notre compréhension des troubles anxieux et d'enrichir nos compétences cliniques, cette étude nous sensibilise aux réalités des patients confrontés à des défis médicaux complexes. En intégrant ces connaissances dans notre pratique future, nous serons mieux préparés à offrir un soutien efficace et holistique à nos futurs patients.

Cette étude nous offre une opportunité unique d'explorer les liens entre la santé physique et mentale. En se penchant sur les facteurs psychologiques et émotionnels qui influent sur l'anxiété chez les stomisées, on peut acquérir une compréhension de la manière dont les conditions médicales peuvent interagir avec les processus psychologiques. Cette perspective intégrative est essentielle pour nous les futurs cliniciens, car elle nous permet d'adopter une approche holistique dans l'évaluation et la prise en charge des patients présentant des problèmes de santé complexes. De plus, cette étude nous permet de développer notre empathie envers les patients, en nous sensibilisant aux défis uniques auxquels sont confrontées ces personnes dans leur vie quotidienne et dans leur relation avec les soins de santé.

### 4- Opérationnalisation des concepts :

Afin de mieux comprendre les sens des concepts utilisés dans notre mémoire, nous proposons des définitions concrètes qui se rapprochent le plus possible de leurs essence.

- **La stomie** : est une intervention chirurgicale consistant à créer une ouverture artificielle (appelée stoma) à travers la paroi abdominale pour dévier temporairement ou définitivement le flux des selles ou de l'urine hors du corps

- **Le cancer colorectal** : est un cancer qui se développe dans le côlon ou le rectum, qui font partie du gros intestin.

- **Le cancer du côlon** : est une maladie qui affecte le gros intestin, appelé côlon. Il débute souvent par la formation de polypes, des excroissances non cancéreuses qui peuvent évoluer en cancer si elles ne sont pas traitées.

- **L'anxiété** : est une réaction normale à une situation stressante. Cependant, elle peut devenir excessive et persistante, entraînant des symptômes tels que nervosité, tension musculaire et difficulté à se concentrer



- **La qualité de vie** : se réfère à la satisfaction générale et au bien-être qu'une personne ressent dans sa vie quotidienne, influencée par des aspects tels que la santé physique, les relations sociales, le niveau d'indépendance et les conditions de vie.

- **Le bien-être** : est un état de satisfaction, de bonheur et d'harmonie tant sur le plan physique que mental.

# Chapitre II

**Section 1 : le cancer colorectal (aspect médical) :****Préambule :**

Le cancer demeure l'un des principaux défis de santé publique mondiale, nécessitant une approche globale et coordonnée pour prévenir, diagnostiquer et traiter efficacement la maladie. Il est crucial de poursuivre les efforts de recherche, d'améliorer l'accès aux soins de santé et de sensibiliser le public aux facteurs de risque et aux symptômes du cancer. En adoptant une approche intégrée, il est possible de réduire l'incidence du cancer, d'améliorer les taux de survie et de préserver la qualité de vie des patients atteints de cancer

Dans cette partie de ce chapitre nous allons explorer cette maladie commençant par la définir, marquer un aperçu historique puis en passera au cancer colorectal, le définir, éclairer ces symptômes, ces causes et sa classification, puis on abordera sa prise en charge.

**1- Aperçu historique du cancer :**

Le cancer est une maladie complexe et dévastatrice qui a façonné l'histoire de la médecine et de la société à travers les âges. Ses origines remontent à l'Antiquité, où des références sporadiques à des tumeurs malignes sont documentées dans des textes médicaux anciens. Cependant, ce n'est qu'au fil du temps que le cancer a été identifié en tant qu'entité distincte et que des tentatives ont été faites pour comprendre sa nature et son traitement.

Les premières théories sur l'origine du cancer étaient souvent liées à des croyances religieuses ou à des superstitions, attribuant parfois la maladie à des causes surnaturelles. Au Moyen Âge, le cancer était souvent considéré comme une maladie incurable, entraînant souvent des stigmates sociaux importants pour ceux qui en étaient atteints.

Considéré comme le père de la médecine occidentale, Hippocrate (460-370 av. J.-C.) a décrit le cancer comme une maladie caractérisée par des excroissances en forme de crabe qu'il nommait "karakinos" en grec ancien. Il a observé que ces excroissances avaient tendance à se propager de manière invasive, évoquant ainsi le mouvement d'un crabe se déplaçant dans le corps. Ces observations bien que fondamentales dans l'histoire de la compréhension du cancer reflètent le niveau de connaissances médicales de l'époque et ont contribué à poser les bases de la compréhension ancienne du cancer.

La théorie cellulaire, élaborée par Rudolf Virchow au XIXe siècle, constitue un fondement essentiel de la biologie moderne en postulant que tous les êtres vivants sont constitués de cellules, qui sont les unités de base de la vie. Virchow a également été un pionnier dans le domaine de la pathologie en suggérant que les maladies sont souvent le résultat d'altérations cellulaires. Cette perspective a jeté les bases de la compréhension moderne du cancer, en mettant en lumière que cette maladie découle de mutations et de dysfonctionnements cellulaires conduisant à une croissance cellulaire incontrôlée. Sa célèbre maxime "Omnis cellula e cellula" (chaque cellule provient d'une autre cellule) a souligné l'importance de la division cellulaire dans la croissance et la réparation des tissus, jetant ainsi les bases de la médecine moderne. (Zerbinis, E., & Medical Publications. 2004. p333).

Avec l'avènement de la science moderne à la Renaissance, une approche plus rationnelle de la maladie a émergé. Des progrès significatifs ont été réalisés dans la compréhension du cancer, notamment la classification des tumeurs et l'identification de certains facteurs de risque. Les avancées médicales ont permis de mieux comprendre les mécanismes biologiques sous-jacents au cancer, ouvrant la voie à des traitements plus efficaces tels que la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Plus récemment, des avancées majeures dans les domaines de la génétique et de l'immunothérapie ont révolutionné la manière dont nous abordons le traitement du cancer, offrant de l'espoir pour des traitements plus ciblés et personnalisés.

Aujourd'hui, le cancer reste l'une des principales causes de décès dans le monde, mais les progrès continus de la recherche et de la pratique médicale offrent de nouvelles perspectives pour la prévention, le dépistage et le traitement de cette maladie dévastatrice. En revisitant son histoire, nous pouvons mieux comprendre les défis actuels et envisager un avenir où le cancer n'est plus une menace aussi redoutable.

### **1- Définition du cancer :**

Le cancer est une pathologie chronique qui se manifeste par la prolifération, dans un tissu, de cellules anormales, appelées cellules cancéreuses. La multiplication des cellules conduit à la formation d'une tumeur maligne, aussi connue sous le nom de néoplasme. La cancérogénèse est le processus qui produit une cellule cancéreuse à partir d'une cellule normale ([www.dictionnaire-medical.fr](http://www.dictionnaire-medical.fr). Consulté le 02/05/2024).

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS) :

Le cancer est un terme générique regroupant diverses affections pathologiques caractérisées par une prolifération anarchique de cellules anormales, pouvant se développer dans tout le corps. Les tumeurs malignes, résultent de cette croissance incontrôlée, ont la particularité d'envahir les tissus avoisinants et de migrer vers d'autres organes, phénomène connu sous le nom de métastases. Les métastases répandues sont souvent la cause principale de décès chez les patients atteints de cancer ([www.who.int](http://www.who.int). Consulté le 02/05/2024).

### **3-Définition du cancer colorectal :**

Le cancer colorectal est une forme de cancer qui se développe dans le côlon ou le rectum, les deux parties du gros intestin. Il survient lorsque des cellules du côlon ou du rectum commencent à se développer de manière anormale et incontrôlée, formant des tumeurs. Ces tumeurs peuvent rester localisées ou devenir malignes, ce qui signifie qu'elles peuvent envahir les tissus environnants et se propager à d'autres parties du corps (métastases).

#### **3-1 Que sont le colon et le rectum ?:**

Le côlon, également connu sous le nom de « gros intestin », est le prolongement de l'intestin grêle et constitue la partie terminale du tube digestif. Cet organe, d'une longueur d'environ 1,5 mètre, débute au cæcum, où se trouve également l'appendice. Le côlon est divisé en quatre zones principales, définies par leur orientation :

**-Côlon ascendant** : C'est la première partie du côlon, qui "monte" sur le côté droit de l'abdomen à partir du cæcum. Il se termine au niveau de l'angle hépatique.

**-Côlon transverse** : À ce niveau, le côlon traverse l'abdomen de droite à gauche, passant au-dessus du nombril. Il relie le côlon ascendant au côlon descendant.

**-Côlon descendant** : Cette partie du côlon "descend" le long du flanc gauche de l'abdomen, se terminant à l'angle splénique.

**-Côlon sigmoïde** : Cette section terminale du côlon a une forme de « S » ou de « sigma ». Elle relie le côlon descendant au rectum.

Le côlon se prolonge par le rectum, la dernière partie du gros intestin, qui stocke les matières fécales avant leur évacuation par l'anus. L'organisation du côlon permet le transport efficace des déchets digestifs vers le rectum, où ils seront évacués du corps.

La paroi du côlon est composée de quatre couches distinctes, chacune remplissant des fonctions spécifiques. De l'intérieur vers l'extérieur du côlon, ces couches sont :

**-La muqueuse** : Elle a principalement un rôle d'absorption des nutriments et de l'eau présents dans le contenu digestif. Elle est aussi responsable de la sécrétion de mucus qui aide à lubrifier le côlon.

**-La sous-muqueuse** : Cette couche contient de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques, fournissant un réseau de soutien pour la muqueuse et contribuant à la circulation des nutriments et des cellules immunitaires.

**-La musculuse** : Cette couche se compose de muscles qui assurent les contractions nécessaires pour faire avancer le contenu de l'intestin. Ces contractions, appelées péristaltisme, sont essentielles au bon fonctionnement du côlon.

**-La séreuse** : C'est le revêtement extérieur du côlon, fournissant une couche protectrice et contribuant à réduire la friction entre les organes pendant les mouvements intestinaux.

Le cancer colorectal est classifié en différents stades en fonction de l'évolution de la tumeur. On distingue les stades suivants :

**-Cancer in situ** : La tumeur reste localisée au niveau de la muqueuse interne de la paroi intestinale.

**-Cancer invasif** : La tumeur a progressé vers la couche sous-muqueuse, indiquant une pénétration plus profonde dans la paroi intestinale.

**-Cancer métastaté ou métastatique** : Des cellules malignes provenant de la tumeur colorectale se sont disséminées par le biais de la circulation sanguine et lymphatique, s'implantant dans des ganglions lymphatiques proches ou dans des organes éloignés comme le foie ou les poumons.

### 3-2 Le biomarqueur du cancer colorectal :

La plupart des cancers colorectaux commencent par des polypes, qui sont des excroissances bénignes dans la muqueuse du côlon ou du rectum. Si ces polypes ne sont pas

traités, ils peuvent devenir malins au fil du temps, se transformant en adénocarcinomes, qui sont le type le plus courant de cancer colorectal. Les adénocarcinomes se développent à partir de cellules glandulaires, qui sont responsables de la production de mucus et d'autres substances dans le côlon et le rectum: Cela veut dire que les cancers colorectaux prennent naissance dans la muqueuse qui tapisse l'intérieur du côlon ou du rectum. Dans la plupart des cas, il s'agit d'adénocarcinomes, des tumeurs malignes qui se développent à partir de la transformation d'un polype intestinal.

Dans 80 % des cas, les cancers colorectaux se développent à partir d'une tumeur bénigne non cancéreuse qui apparaît sur la muqueuse du côlon. Cette tumeur est appelée polype adénomateux, adénome, ou plus simplement "polype". Les polypes sont assez fréquents et généralement sans gravité. Toutefois, dans 2 à 3 % des cas, ils évoluent sur une période de 5 à 10 ans pour devenir une tumeur (Rev Med Suisse, 2009).

Dans 5 % des cas, les cancers colorectaux se développent à partir d'autres types de cellules que celles à l'origine de l'adénocarcinome. Ces cas spécifiques peuvent être classés en différentes catégories :

**-Tumeurs carcinoïdes** : Ces tumeurs se développent à partir de cellules neuroendocrines dans le système digestif.

**-Mélanomes** : Ces cancers se forment à partir de mélanocytes, principalement dans le canal anal.

**-Lymphomes** : Ces cancers dérivent des cellules des ganglions lymphatiques.

Ces formes de cancers colorectaux, bien que rares, nécessitent des approches de traitement spécifiques. Cependant, cette section se concentre principalement sur les adénocarcinomes, qui représentent la majorité des cancers colorectaux. (Aneuk, Gramont A, Housset M, Norddinger B, Rougier P, 2012).

#### **4-Symptômes de cancer colorectal :**

Le cancer du côlon peut passer longtemps inaperçu, mais s'il n'est pas détecté, il peut progressivement provoquer des problèmes digestifs et abdominaux.

Comme pour tous les types de cancer, un diagnostic précoce garantit un meilleur pronostic.

Le principal facteur de risque du cancer du côlon sont les antécédents familiaux (premier ou deuxième degré).

Les habitudes de vie qui augmentent le risque comprennent une alimentation trop riche en graisses animales, trop de viande rouge et pauvre en fibres. Le tabac, l'alcool, le manque d'exercice et l'obésité sont également nocifs.

Le cancer du côlon reste asymptomatique pendant de longues périodes.

Par conséquent, lorsque des symptômes apparaissent, ils sont souvent le signe d'une maladie avancée.

Plus le diagnostic est long, plus ces symptômes deviennent nombreux et fréquents :

- Douleurs abdominales associées aux contractions intestinales, les crises durent 2 à 3 jours et peuvent être accompagnées de bruits abdominaux.
- Des troubles du transit intestinal :comme la constipation brutale ou diarrhée prolongée, probable les deux.
- Une présence de sang dans les selles, passant souvent inaperçue ou associée à tort à des hémorroïdes.
- Une masse perceptible à la palpation de la zone de l'abdomen.
- Une anémie avec un taux d'hémoglobine dans le sang inférieur.
- Un amaigrissement inexpliqué, des altérations de l'état de santé général ou une fièvre persistante
- Des saignements du rectum et des envies fréquentes d'aller à la selle en cas de cancer du rectum.

Ainsi, la fièvre révélant un cancer du côlon peut survenir à un stade précoce de la maladie tumorale. Elle est principalement d'origine infectieuse, qui résulte d'une bactériémie ou d'un abcès locorégional. La présentation sous la forme d'une fièvre prolongée inexpliquée est beaucoup plus rare. Un interrogatoire et un examen clinique précis avec une lecture attentive des clichés tomodensitométriques permettent de recourir précocement à la coloscopie.

Dans un stade plus avancé, les complications peuvent survenir comme l'occlusion intestinale ou la perforation tumorale qui est une déchirure de l'intestin par , elles exigent une prise en charge urgente. (Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, AVRIL 2022, p.19-22 ).

### **5-L'étiologie du cancer colorectal :**

60 à 80 cas de cancer du côlon se développent à partir de petites tumeurs bénignes appelées polypes situées dans les parois du côlon et du rectum.

Les polypes de la paroi intestinale surviennent souvent après 50 ans.La plupart d'entre eux sont bénins et n'évoluent pas en cancer.

Cependant, certains polypes peuvent se transformer en tumeurs cancéreuses dans certaines conditions.Ce changement se produit lentement, souvent sur 10 ans.

Ces polypes peuvent être visualisés et retirés lors d'une coloscopie (National Cancer Institute, 2023).

Les troubles médicaux prédisposant comprennent les maladies inflammatoires chroniques tel que la maladie de Crohn colique et la rectocolite ulcéro-hémorragique, le risque de cancer augmente avec la durée d'évolution de ces troubles.

Les personnes présentant une incidence élevée de cancer du côlon ont généralement un régime pauvre en fibres et très riche en protéines animalier, en glucides raffinés.

Les aliments peuvent contenir des substances cancérigènes, mais celles-ci sont plus susceptibles de provenir de l'action du microbiote sur les aliments ou des sécrétions biliaires et intestinales.

Le cancer colorectal se propage par propagation directe à travers la paroi intestinale, par métastases hématogènes, par métastases ganglionnaires régionales et par propagation périmébrale (Vidal, 2023).

Les causes du cancer colorectal sont complexes et impliquent une combinaison de facteurs de risque, notamment :

1. **L'âge** : le risque de développer un cancer colorectal augmente avec l'âge, avec 95% des cas apparaissant chez des personnes de plus de 50 ans
2. **Les antécédents médicaux** : des maladies inflammatoires chroniques, comme la maladie de Crohn, augmentent le risque de cancer colorectal
3. **Les antécédents familiaux** : un antécédent familial de cancer du côlon ou du rectum est un facteur de risque, ainsi que certaines maladies génétiques telles que la polyposose adénomateuse familiale (PAF) et le syndrome de Lynch (ou HNPCC)
4. **Le mode de vie** : une alimentation trop riche en graisses animales, en viande rouge, et en charcuterie, ainsi que l'inactivité physique, le surpoids, la consommation d'alcool et le tabagisme, augmentent le risque de cancer colorectal
5. **Des facteurs génétiques** : certaines altérations génétiques peuvent augmenter le risque de cancer colorectal
6. **Alimentation, sédentarité, obésité** : très variables selon les Pays, semblent avoir une importance déterminante, bien que difficile à chiffrer de façon précise. Les sièges les plus impliqués seraient le côlon, le rectum et la prostate (graisses animales viandes ...)
7. **Tabac** : La consommation d'un paquet de cigarettes par jour pendant 30 ans augmente d'environ 20 fois le risque de cancer du poumon. Les autres sites de cancer associés à

La consommation de tabac inclut la bouche, le pharynx, le larynx, l'œsophage, le rein, le pancréas et la vessie. Dans l'ensemble, le tabac contribue à près d'un tiers des décès par cancer aux États-Unis. Les autres habitudes liées au tabac telles que la pipe, le cigare et le chique sont également cancérigènes. Par exemple, il existe une forte incidence de cancers buccaux chez les consommateurs de chique de tabac et de bétel. Il est désormais largement reconnu que l'exposition passive à la fumée de tabac est associée à un risque accru de cancer du poumon. (Www.elsan.care).

Bien que dans certains cas Il n'existe pas une cause unique liée à l'apparition d'un cancer du côlon ou du rectum. Chaque personne peut être touchée par cette maladie et le risque de cette atteinte augmente au fur et à mesure que l'on avance en âge.



**6-Les stades du cancer colorectal :****-Stade 0 (Carcinome in situ) :**

Dans ce stade, les cellules cancéreuses se trouvent exclusivement dans le revêtement interne (muqueuse) du côlon ou du rectum. Il s'agit d'une forme précoce du cancer, où les cellules cancéreuses n'ont pas encore envahi les couches de tissu sous-jacentes. Le traitement est généralement limité à la résection chirurgicale locale, car il est possible de retirer complètement la tumeur avant qu'elle ne se propage.

**-Stade 1 :**

Dans ce stade, la tumeur a envahi la couche de tissu conjonctif qui entoure la muqueuse, soit la sous-muqueuse, ou la couche musculaire externe épaisse du côlon ou du rectum appelée musculature. La tumeur est généralement limitée à une zone spécifique du côlon ou du rectum et n'a pas encore atteint les ganglions lymphatiques ou les parties adjacentes.

**-Stade 2 :**

Dans ce stade, la tumeur a envahi la couche de tissu située entre la musculature et la séreuse, traversé la membrane qui recouvre et soutient le côlon et le rectum (séreuse ou péritoine viscéral), ou traversé la paroi du côlon ou du rectum jusqu'à d'autres organes ou régions du corps. La tumeur peut avoir atteint les ganglions lymphatiques locaux, mais pas encore les ganglions lymphatiques régionaux ou à distance (Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C, 2017).

**-Stade 3 :**

Dans ce stade, des cellules cancéreuses sont observées dans les ganglions lymphatiques situés près du côlon ou du rectum. Cela signifie que le cancer a déjà envahi les ganglions lymphatiques locaux et peut avoir atteint les ganglions lymphatiques régionaux. Le traitement est généralement plus invasif et peut inclure une chimiothérapie adjuvante pour réduire le risque de récurrence. (Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND, 2010.)

**-Stade 4 :**

Dans ce stade, le cancer s'est propagé à d'autres parties du corps (métastases à distance), comme au foie ou aux poumons. Cela signifie que le cancer a déjà envahi les ganglions lymphatiques régionaux et a atteint d'autres parties du corps. Le traitement est généralement plus agressif et peut inclure une chimiothérapie pour réduire le risque de récurrence et améliorer la qualité de vie.

La classification TNM permet de préciser l'étendue du cancer en évaluant la taille de la tumeur (T), l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques (N) et la présence ou non de métastases à distance (M). Cette classification est importante pour déterminer le traitement approprié et évaluer le risque de récurrence. Un diagnostic précoce au stade 0 ou I permet

d'avoir de meilleures chances de traitement efficace. Le dépistage régulier est donc important, surtout après 50 ans, car il permet de détecter les tumeurs à un stade précoce et d'initier un traitement approprié. (American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2013).

### **7-La prise en charge de cancer colorectal :**

La prise en charge d'un cancer colorectal comprend l'ensemble des mesures, des traitements et des soins fournis pour gérer le cancer colorectal, de son diagnostic à son traitement, ainsi que le suivi après le traitement. Cela implique une approche multidisciplinaire, souvent composée de médecins, de chirurgiens, de radiologues, d'oncologues, de pathologistes, de nutritionnistes, de professionnels de la santé mentale et d'autres spécialistes.

**7-1 Diagnostic et évaluation :** Le diagnostic du cancer colorectal se fait généralement par des procédures de dépistage comme la coloscopie, complétées par des biopsies, des examens d'imagerie (comme les scanners ou les IRM), et des tests sanguins pour confirmer la présence de cancer et déterminer son stade fait la preuve de son efficacité (à condition que le taux de participation de la population soit > 50 %<sup>16</sup>) pour diminuer (de 15 à 18 %) la mortalité induite par ce type de cancer. Le dépistage repose sur :

Le dépistage du cancer colorectal chez les sujets âgés de 50 à 74 ans implique une recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans, généralement à l'aide du test au gâïac. Cependant, ce test a une sensibilité de 50 % pour détecter le cancer lors de la première campagne de dépistage. Des efforts sont en cours pour remplacer ce test par des tests immunologiques, qui devraient améliorer la sensibilité du dépistage.

Lorsqu'un test au gâïac s'avère positif, une coloscopie totale est nécessaire pour rechercher la présence d'un cancer ou d'un adénome. Il est impératif de réaliser la coloscopie dès que possible pour confirmer le diagnostic.

Il est important de noter qu'un test négatif de recherche de sang occulte dans les selles ne garantit pas l'absence de cancer colorectal. Cependant, la répétition du test tous les deux ans peut améliorer la sensibilité globale du dépistage.

Pour les sujets à risque élevé de cancer colorectal, le dépistage repose sur une coloscopie à partir de 45 ans ou cinq ans avant l'âge au moment du Le dépistage du cancer colorectal chez les personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin fait l'objet d'un protocole de surveillance endoscopique et biopsique spécifique.

Le dépistage chez les sujets à risque très élevé nécessite une prise en charge spécialisée, généralement menée par une consultation en oncogénétique, et comprend des dépistages endoscopiques par chromo coloscopie. (Bourdillon F, 2009, pp. 100-103)

### **7-2 Démarche diagnostique :**

Interrogatoire : vise à préciser plusieurs éléments, notamment :

-Les facteurs de risque et les comorbidités présents chez le patient.

- Les antécédents personnels et familiaux de cancer colorectal, d'adénome colorectal, ainsi que leur âge de survenue.
- Les antécédents personnels et familiaux de cancers associés au syndrome de Lynch, en mettant particulièrement l'accent sur le cancer de l'endomètre.
- Les antécédents de polypose adénomateuse familiale.

### 7-3 Examen clinique :

L'examen clinique comprend les étapes suivantes :

- Une évaluation de l'état général et nutritionnel, incluant la mesure de la taille, du poids et la recherche d'un amaigrissement récent.
- Un examen de l'abdomen pour détecter d'éventuelles anomalies.
- Des touchers pelviens pour évaluer la région pelvienne.
- Une palpation des aires ganglionnaires pour rechercher d'éventuels ganglions enflés.

Chez le patient symptomatique, le test de recherche de sang occulte n'a pas de place dans le diagnostic initial. De plus, le dosage de l'ACE n'est pas un examen d'orientation diagnostique. Il peut être envisagé en cas de cancer confirmé.

La stratégie de la prise en charge est définie en concertation avec le patient et en collaboration avec le médecin traitant, sur la base de l'avis rendu lors de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis est présenté au patient lors d'une consultation d'annonce et fait l'objet d'un accord mutuel entre toutes les parties impliquées.

Tous les détails de cette stratégie, ainsi que les discussions et les décisions prises, sont consignés dans le programme personnalisé de soins (PPS), qui est remis au patient. Une copie du PPS est également transmise au médecin traitant pour assurer une coordination optimale des soins (OMS, 2002).

### 7-4 Traitement chirurgical du cancer du côlon :

La chirurgie est le traitement de référence pour les cancers du côlon chaque fois qu'elle est possible. En règle générale, il n'existe pas de traitement endoscopique, tel que la mucosectomie, la polypectomie ou la dissection sous-muqueuse, pour les lésions cancéreuses avérées. Cependant, dans le cas où la résection endoscopique d'un polype a permis d'extraire une lésion cancéreuse limitée ne présentant pas de facteurs pronostiques histologiques péjoratifs (stade 0 = Tis-T1sm1), cette résection endoscopique constitue souvent le seul traitement nécessaire.

Lorsque les critères pour une résection endoscopique ne sont pas remplis, une intervention chirurgicale sera nécessaire. Dans ce cas, il sera crucial de déterminer précisément la localisation du polype réséqué.

Les recommandations de traitements sont les suivantes :

**-Stade I = T1-T2 N0 M0 :** La chirurgie seule est recommandée, sauf dans les cas où le traitement endoscopique est jugé suffisant après avis d'une RCP.

**-Stade II = T3-T4 N0 M0** : En l'absence de facteurs de risque de récurrence, la chirurgie seule est recommandée. En présence de facteurs de risque de récurrence, la chirurgie est également recommandée, avec une discussion sur le rapport bénéfice/risque d'une chimiothérapie adjuvante en RCP et avec le patient.

**-Stade III = tous T N1-N2 M0** : La chirurgie est suivie d'une chimiothérapie adjuvante dans un délai de 8 semaines et durant 6 mois après la chirurgie.

**-Stade IV : stade métastatique** : La prise en charge de ces patients est discutée au cas par cas en RCP, en prenant en compte le caractère symptomatique ou non de la tumeur primitive ainsi que le caractère résecable ou non résecable des métastases. (Guide ALD n°30, janvier 2012, P 17).

Et parmi les modalités de prise en charge on trouve :

#### **7-4-1 La Chirurgie :**

Avant toute chirurgie carcinologique du tube digestif, une prise en charge nutritionnelle est assurée chez tous les patients. En postopératoire, elle est recommandée uniquement chez les patients présentant une dénutrition.

#### **7-4-2 La Radiothérapie :**

La radiothérapie administre la dose nécessaire sur les zones à traiter tout en épargnant les tissus sains environnants tels que le grêle, le côlon sigmoïde, la vessie, l'utérus, les ovaires, la prostate, les têtes fémorales et la peau périnéale. Elle est réalisée dans le cancer du tiers inférieur ou moyen du rectum, que ce soit à titre curatif ou palliatif.

#### **7-4-3 La Chimiothérapie :**

Les protocoles de chimiothérapie utilisés dans le cancer colorectal, approuvés dans le cadre de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), incluent principalement les agents suivants :

-Pour les stades non métastatiques : le 5-fluoro-uracile, l'oxaliplatine, l'irinotecan, la capécitabine, la leucovorine (acide folinique), la mitomycine C.

-Pour les stades métastatiques : l'oxaliplatine, l'irinotecan, le 5-fluoro-uracile, la leucovorine (acide folinique), la capécitabine, le raltitrexed, l'uracile-tegafur, la mitomycine C, ainsi que des traitements ciblés tels que le cétuximab, le panitumumab et le bévacizumab (aucun facteur prédictif de réponse n'a été identifié pour cette molécule).

Il peut être proposé au patient de participer à un essai thérapeutique pour bénéficier de nouvelles approches de traitement. Le choix des molécules est discuté en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en tenant compte du stade et des caractéristiques de la tumeur, de l'état général du patient, des maladies associées, et du projet thérapeutique du patient, notamment la possibilité de résection des métastases.

La réalisation de la chimiothérapie nécessite généralement la pose d'une voie veineuse centrale, comme une chambre à cathéter implantable ou un cathéter tunnélisé. La chambre implantable ne nécessite pas de soins particuliers en dehors des cures et ne limite pas la réalisation des activités quotidiennes.

Avant chaque cure, un bilan standard est effectué, comprenant un examen clinique (température, poids, taille, état général, examen de l'abord veineux, mesure de la pression artérielle, examen cutané, évaluation de la tolérance aux cures précédentes et recherche d'effets secondaires) ainsi que des examens biologiques adaptés au traitement reçu.

En fonction des résultats, la cure de chimiothérapie peut être reportée ou les doses éventuellement adaptées.

Ainsi, le suivi du cancer colorectal fait partie intégrante d'une prise en charge médicale globale, comprenant notamment la surveillance des complications tardives et des comorbidités du patient, qui incluent :

- Les vaccinations et les conseils classiques en usage. La vaccination antigrippale peut être administrée au cours de la chimiothérapie, bien qu'elle soit moins efficace dans ce contexte.
- Le diagnostic et la prise en charge d'une éventuelle dépression.
- L'aide au sevrage alcoolique et tabagique.
- La surveillance nutritionnelle, qui doit être régulière.
- conseils hygiéno-diététiques.
- prise en charge psycho-sociale. (Guide ALD n° 30, janvier 2012, P.22).

### **Synthèse :**

Le cancer colorectal, une affection maligne touchant le côlon et le rectum, représente une préoccupation majeure en oncologie. Caractérisé par la croissance incontrôlée de cellules anormales dans ces régions, il est souvent asymptomatique à ses débuts, rendant son dépistage crucial. Les symptômes courants incluent des saignements rectaux, des changements dans les habitudes intestinales, une perte de poids inexplicée et une fatigue persistante. Parmi les facteurs de risque identifiés figurent les antécédents familiaux, un régime alimentaire riche en graisses et pauvre en fibres, ainsi que certaines conditions inflammatoires comme la maladie de Crohn. Le cancer colorectal est classifié en stades allant de I à IV, déterminés par l'étendue de la tumeur et la présence de métastases. Une détection précoce est essentielle pour améliorer le pronostic et les options thérapeutiques disponibles.

**Préambule :**

La stomie, une intervention chirurgicale permettant de créer une ouverture artificielle pour l'évacuation des déchets corporels, représente un défi majeur pour les patients. Cette procédure, souvent nécessaire suite à des maladies graves comme le cancer du côlon, modifie considérablement la vie quotidienne des personnes concernées.

Sur le plan psychologique, l'impact d'une stomie peut être significatif, bien que variable selon les individus. Les patients peuvent éprouver des sentiments d'anxiété et de gêne liés à leur image corporelle et à la gestion de leur stomie. Une prise en charge appropriée et un soutien psychologique sont essentiels pour aider les patients à s'adapter à leur nouvelle réalité et à maintenir une bonne qualité de vie.

Dans cette section nous débutons par un aperçu historique de la stomie, expliquant son évolution au fil du temps. Ensuite nous définissons la stomie, en mettant en lumière sa signification médicale. Nous examinons ensuite les différents types de stomie en détaillant les différences entre eux; par la suite nous nous concentrons sur l'impact psychologique de la stomie, en soulignant les défis émotionnels auxquels sont confrontés les patients notamment l'anxiété. Enfin nous proposons une synthèse de ces éléments.

**1-Aperçu historique de la stomie :**

L'histoire de la stomie est complexe, elle remontant à plusieurs siècles et illustrant l'évolution des pratiques médicales et chirurgicales. Les premières mentions d'interventions similaires à la stomie apparaissent dans les textes de l'Antiquité, notamment en Égypte ancienne, où les médecins utilisaient des méthodes rudimentaires pour traiter les occlusions intestinales. Cependant, ces premières tentatives étaient souvent désespérées et peu efficaces.

Avant les années 1700, les récits de chirurgie de la stomie sont rares et fragmentaires. Au XVIIIe siècle, la prise en charge standard des perforations intestinales consistait à suturer la plaie abdominale et à espérer une guérison, une approche souvent associée à des taux de mortalité élevés. Les premières stomies étaient en fait des fistules qui se formaient spontanément après une perforation intestinale. Les chirurgien ont observés que les patients survivaient parfois après le développement spontané de telles fistules et a suggéré que les stomies planifiées pourraient améliorer les résultats. (Rothstein, J.A.(1996). *Reconsidering trust in the physician-patient relationship*.(pp.36-41). Yal University).

L'avancée majeure dans l'histoire de la stomie s'est produite au XVIIIe siècle a travers l'innovations médicales significatives. L'une des premières personnes connues à avoir eu une stomie était Margaret White, opérée par le chirurgien William CHESELDEN vers 1780, utilisant un réservoir en métal. Les dispositifs de collecte ont ensuite évolué, passant du métal à des matériaux plus souples comme le textile, le cuir, et enfin le caoutchouc, bien que ces solutions posaient des problèmes d'hygiène et de confort. (www.img44.xooimage.com. Consulté le 19/05/2024 à 22h50).

Au début du XXe siècle, des entreprises comme SCHMEINK à Amsterdam ont commencé à commercialiser des appareillages médicaux spécialisés, incluant des dispositifs de collecte d'urine. Après la Seconde Guerre mondiale, l'utilisation des matières plastiques a permis la

création des premières poches jetables, ce qui a amélioré considérablement la gestion des stomies en termes de praticité et d'hygiène. En 1954, Elise Sorensen, une infirmière danoise, a innové en créant la première poche non poreuse, flexible et mince, permettant aux stomisés de mener une vie plus normale. ([www.img44.xooimage.com](http://www.img44.xooimage.com). Consulté le 19/05/2024 à 22h50).

Les avancées récentes dans les matériaux et les technologies ont permis d'améliorer encore la qualité de vie des personnes stomisées. Les innovations continuent de se développer grâce aux collaborations entre les patients, les professionnels de la santé, les fabricants et les associations, ce qui montre l'importance de l'expérience utilisateur dans le développement de solutions médicales efficaces et adaptées.

### 2-Définition de la stomie :

D'après le dictionnaire médical, la stomie est une connexion entre les organes internes et la peau qui est créée à la fin d'une intervention chirurgicale pour rediriger temporairement ou définitivement les organes digestives ou urinaire. ([www.dictionnaire-medical.fr](http://www.dictionnaire-medical.fr). Consulté le 17/05/2024 à 18h10).

Le nom stomie se compose du nom de l'organe dérivé comme préfixe et de stomie comme suffixe, pour gastrostomie, iléostomie ou fistule gastro-intestinale, pour fistule artificielle, urétérostomie ou fistule des vois urinaires est une fistule vésicale. ([www.dictionnaire-medical.fr](http://www.dictionnaire-medical.fr). Consulté le 17/05/2024 à 18h10).

L'institut nationale du cancer (INC), lance que la stomie gastro-intestinale( digestive) est une ouverture créée à travers l'abdomen dans le côlon ou l'intestin grêle pour permettre le passage des selles.Cela peut être effectué pendant une intervention chirurgicale pour enlever une tumeur qui a envahi l'intestin grêle, le côlon ou le rectum.(Institut nationale du cancer. ( septembre, 2020). *la stomie digestive*. Cancer info. Paris).

### 3-Types de la stomie digestive :

Les stomies représentent des interventions chirurgicales cruciales dans la prise en charge de diverses pathologies gastrointestinales, uro-génitales ou encore traumatologiques. Leur classification repose principalement sur la fonction qu'elles assument et leur emplacement anatomique. Ce chapitre vise à détailler les principaux types de stomie digestive et leurs classification, en mettant en évidence les indications cliniques, les techniques chirurgicales.La stomie peut être :

- **temporaire** : sera créée Si le site chirurgical doit être protégé pour favoriser la guérison.

Une fois la zone chirurgicale cicatrisée, une nouvelle procédure est prévue pour fermer la stomie et rétablir la continuité intestinale.Cette chirurgie est généralement réalisée 3 à 6 mois après la chirurgie initiale.

Elle peut être réalisée plus tôt (7 jours), si le contrôle radiologique de l'anastomose est normal, elle peut également être réalisée plus tard, sans le cas ou une chimiothérapie est prévue.

**-permanente:** une stomie permanente peut être nécessaire après une intervention chirurgicale pour un cancer du rectum inférieur, et le sphincter anal peut devoir être retiré, ce qui rend la défécation par l'anus impossible. (Fiche stomie digestive, 2020. P 5).

La stomie est classifiée comme suit :

### 3-1 La Colostomie:

La colostomie est une connexion d'une partie du gros intestin à la peau. Elle peut être latérale et temporaire, où une anse intestinale est extériorisée et maintenue sur l'abdomen par des points de fil résorbable ou non, et parfois par la présence d'une baguette. La colostomie peut être également terminale, définitive ou provisoire, en cas d'amputation abdomino-périnéale ou de protection d'une anastomose colorectale basse. Les colostomies peuvent être réalisées à différents niveaux du côlon:

**3-1-1 La colostomie Sigmoidienne :** réalisée dans le côlon sigmoïde qui correspond à la dernière partie du gros intestin juste en avant du rectum. Elle est le type de colostomie le plus courant.( Colostomie : Déroulement et suites: [www.elsan.care](http://www.elsan.care). consulté le 21/05/2024 à 18h05).

**3-1-2 La Colostomie descendante :** réalisée dans le côlon descendant, la partie du côlon située sur le côté gauche de l'abdomen, juste en avant du côlon sigmoïde.( Colostomie : Déroulement et suites: [www.elsan.care](http://www.elsan.care). consulté le 21/05/2024 à 18h05).

**3-1-3 La colostomie ascendante :** réalisée au niveau du côlon ascendant, ou de la première partie du côlon (du côté droit de l'estomac).ce types est inhabituel.( Colostomie : Déroulement et suites: [www.elsan.care](http://www.elsan.care). consulté le 21/05/2024 à 18h05).

**3-1-4 La colostomie transversale :** réalisée dans le côlon transverse (entre le côlon ascendant et descendant). Cette partie du gros intestin est située dans la partie supérieure de l'abdomen.( Colostomie : Déroulement et suites: [www.elsan.care](http://www.elsan.care). consulté le 21/05/2024 à 18h05).

**3-1-5 L'iléostomie :** c'est une stomie qui est réalisée dans l'iléon (la partie dernière de l'intestin grêle).( Colostomie : Déroulement et suites: [www.elsan.care](http://www.elsan.care). consulté le 21/05/2024 à 18h05).

#### Indications:

Les indications courantes pour une colostomie incluent :

**-Cancers colorectaux :** Lorsqu'une résection étendue du côlon et/ou du rectum est nécessaire, une colostomie peut permettre la continuité des fonctions excrétoires.

**- Diverticulites :** En cas de perforation avec péritonite, une colostomie temporaire peut être réalisée pour permettre la guérison de l'inflammation.(Institut nationale du cancer.(2020). *les traitement su cancer du colon*. P 35-44).



- **Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin** : Dans des conditions comme la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse, où des segments significatifs du côlon doivent être retirés.(Institue nationale du cancer.(2020). *les traitement su cancer du colon*. P 35-44).

-**Traumatisme abdominal sévère** : Lorsqu'il y a des lésions importantes du côlon nécessitant une dérivation pour la guérison.(Institue nationale du cancer.(2020). *les traitement su cancer du colon*. P 35-44).

### **Techniques Chirurgicales :**

La colostomie peut être réalisée selon différentes approches :

-**Colostomie terminale** : Utilisée lorsque la résection du côlon distal est nécessaire. Le bout proximal du côlon est amené à la surface de la peau, formant une stomie permanente. C'est souvent le cas après une abdominoperineal resection (APR).( Les stomie.www.oiiq.org. Consulté le 21/05/2024 à 22h05).

-**Colostomie en boucle** : Souvent temporaire, utilisée pour dévier les selles et protéger une anastomose intestinale en cours de cicatrisation. Une boucle du côlon est amenée à la surface et ouverte pour créer deux orifices dans une seule stomie. Cette technique est couramment utilisée pour des interventions réversibles.( Les stomie.www.oiiq.org. Consulté le 21/05/2024 à 22h05).

### **3-2 -L'Iléostomie:**

L'iléostomie est l'abouchement de l'iléon terminal à la peau. Elle peut être latérale, souvent provisoire, utilisant la technique de Turnbull, où le fût proximal de l'anse intestinale est éversé de 2 cm au-dessus de la peau, et le fût distal est suturé au ras de la peau. (Soins au patient porteur de colostomie / iléostomie.2023. Consulté le: 22/05/2024 à l'adresse : www.hug.ch).

L'iléostomie peut être aussi terminale, soit permanente, soit temporaire, en extériorisant l'anse grêle à travers la paroi et en la retournant pour créer une petite « trompe » de 2 cm de hauteur, selon la technique de Brooke. Les indications incluent les maladies inflammatoires du côlon, la protection d'une anastomose digestive, les perforations intestinales, et les traumatismes abdominaux graves. (Soins au patient porteur de colostomie / iléostomie.2023. Consulté le: 22/05/2024 à l'adresse : www.hug.ch).

### **Indications:**

Les indications majeures pour une iléostomie incluent :

-**Rectocolite hémorragique** : Lorsqu'elle est réfractaire aux traitements médicamenteux, une colectomie totale avec iléostomie est souvent réalisée.(Soins au patient porteur de colostomie / iléostomie.2023. Consulté le: 22/05/2024 à l'adresse : www.hug.ch).

**-Maladie de Crohn :** Pour les segments du côlon gravement affectés, nécessitant une résection.(Soins au patient porteur de colostomie / iléostomie.2023. Consulté le: 22/05/2024 à l'adresse : [www.hug.ch](http://www.hug.ch)).

**-Cancers colorectaux :** Nécessitant une résection complète du côlon avec une dérivation iléale.

**-Prévention des fuites anastomotiques :** Après une chirurgie colo-rectale où la protection de l'anastomose intestinale est nécessaire pour permettre la cicatrisation. (Soins au patient porteur de colostomie / iléostomie.2023. Consulté le: 22/05/2024 à l'adresse : [www.hug.ch](http://www.hug.ch)).

### Techniques Chirurgicales:

Les principales techniques comprennent :

**- Iléostomie terminale :** Pratiquée après une proctocolectomie totale, l'extrémité distale de l'iléon est amenée à la surface de la peau. Cette technique est souvent utilisée pour les patients avec une colite ulcéreuse ou un cancer colorectal.( Les stomie.[www.oiiq.org](http://www.oiiq.org). Consulté le 21/05/2024 à 22h05).

**-Iléostomie en boucle :** Utilisée pour dévier temporairement les selles afin de protéger une anastomose intestinale. Elle est souvent réversible et permet de rétablir la continuité intestinale une fois que la zone affectée est guérie. ( Les stomie.[www.oiiq.org](http://www.oiiq.org). Consulté le 21/05/2024 à 22h05).

### 4-Les types de l'appareillages de la stomie digestive :

Les poches de stomies sont des dispositifs médicaux utilisés pour recueillir les effluents intestinaux provenant de la stomie. Elles sont disponibles en différentes formes, tailles et systèmes, adaptés aux besoins individuels des patients.

**4-1 Les poches de stomie à une pièce:** le sac collecteur et l'adhésif sont intégrés en une seule pièce, facile à utiliser et moins de manipulation.(Institut nationale du cancer.(2020). *la stomie digestive*. P. 11-12)

**4-2 Les poches de stomie à deux pièces :** composée de deux parties, une plaque adhésive fixée à la peau et un sac collecteur détachable. La plaque peut rester en place plusieurs jours, tandis que le sac peut être changé sans retirer la plaque.(Institut nationale du cancer.(2020). *la stomie digestive*. P. 11-12)

Le choix du type de sac dépend de l'emplacement de la stomie et de la consistance des selles:

**-les selles solides :** des sacs scellés sont généralement recommandés.Un filtre désodorisant dans chaque poche élimine les odeurs de gaz et fécales.(Institut nationale du cancer.(2020). *la stomie digestive*. P. 11-12)

**-les selles liquides ou semi-liquides:** des sacs vidables sont plus efficaces car ils peuvent être vidés régulièrement et le sac peut être remplacé à intervalles réguliers. (Institut nationale du cancer.(2020). *la stomie digestive*. P. 11-12)

**5-L'étiologie de la stomie digestive :**

Les stomies digestives sont réalisées pour diverses raisons, souvent en réponse à des affections intestinales qui peuvent être héréditaires, accidentelles ou non diagnostiquées. La nécessité de créer une stomie peut survenir dans des situations d'urgence telles qu'un accident de la route (Plaies graves de l'appareil digestif) ou une perforation d'organe, où il est essentiel de mettre le tube digestif au repos. Les cas de cancer, de maladies inflammatoires chroniques entrent également dans cette catégorie.

Dans cette partie nous explorons les principales causes de la stomie digestive pour mieux comprendre son impacte sur le processus décisionnel chirurgical et les implications psychologiques pour les patient.

**5-1. Les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin :**

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), notamment la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, constituent des causes fréquentes de stomie.(www.afa.asso.fr. Consulté le 22/05/2024).

**5-2 Maladie de Crohn :** Cette affection peut affecter n'importe quelle partie du tractus gastro-intestinal, de la bouche à l'anus, et est caractérisée par une inflammation segmentaire transmurale. Les complications telles que les fistules, les abcès et les sténoses sévères peuvent nécessiter une intervention chirurgicale pour dériver les matières fécales et permettre la guérison de l'intestin affecté. (www.afa.asso.fr. Consulté le 22/05/2024).

**5-3 Rectocolite Hémorragique :** Affectant principalement le côlon et le rectum, cette maladie provoque une inflammation continue de la muqueuse intestinale. En cas de poussées sévères ou de complications telles que le mégacôlon toxique, une colostomie ou une iléostomie peut être indispensable pour éviter des complications potentiellement mortelles. (www.afa.asso.fr. Consulté le 22/05/2024)

**5-4 Les Cancers Colorectaux :**

Le cancer colorectal, incluant les cancers du côlon et du rectum, est une autre cause majeure de stomie. Les colostomies et l'iléostomies sont généralement réalisées à la suite d'un diagnostic de cancer du côlon, du rectum . En effet, le cancer reste l'une des principales indications pour la création d'une stomie.

Le cancer du côlon et du rectum représente 50% des cancers digestifs qui affectent autant les femmes que les hommes. Dans une vaste étude clinique qui regroupe des patients porteurs d'une des trois stomies digestives, il a été démontré que le cancer y était à l'origine dans plus de la moitié des cas (Andersen, Keizerswaard, Castro, 2011).

**5-5 Chirurgie curative :** Lorsqu'une tumeur maligne est détectée, l'exérèse chirurgicale de la partie affectée de l'intestin peut nécessiter la création d'une stomie temporaire pour protéger les anastomoses (raccordements) intestinales durant la période de

cicatrisation.(Traitement chirurgical du cancer colique en occlusion.www.fmcgastro.org. Consulté le 22/05/2024)

**5-6 Chirurgie palliative :** Pour les cancers avancés, une stomie peut être réalisée afin de soulager les symptômes obstructifs et améliorer la qualité de vie lorsque la tumeur ne peut pas être complètement réséquée. (Traitement chirurgical du cancer colique en occlusion.www.fmcgastro.org. Consulté le 22/05/2024).

### **5-7 Les Obstructions Intestinales :**

Les obstructions intestinales, résultant de diverses étiologies, peuvent également nécessiter une stomie.

**-Adhérences :** Les adhérences, bandes fibreuses de tissu cicatriciel résultant de chirurgies antérieures, peuvent causer des obstructions récurrentes du tractus intestinal, justifiant parfois une dérivation par stomie.(www.association-poic.fr. Consulté le 20/05/2024).

**-Hernies :** Les hernies internes ou externes peuvent entraîner une strangulation intestinale, nécessitant une intervention d'urgence avec création de stomie pour rétablir la perméabilité intestinale.(www.association-poic.fr. Consulté le 20/05/2024).

**-Tumeurs bénignes :** Bien que moins courantes, les tumeurs bénignes telles que les polypes volumineux peuvent également provoquer des obstructions nécessitant une stomie.(www.association-poic.fr. Consulté le 20/05/2024).

**-occlusion intestinale** se produit lorsque le transit intestinal normal est interrompu (Guimbaud, 2001). Cette interruption peut être causée soit par un obstacle physique (comme une strangulation ou une obstruction), soit par une paralysie réactionnelle du tube digestif due à une situation médicale sous-jacente. Étant donné que la vie du patient est en danger, une intervention chirurgicale d'urgence est souvent nécessaire.(www.association-poic.fr. Consulté le 20/05/2024).

## **6-L'impacte psychologique de la stomie :**

La stomie, une intervention chirurgicale qui permet l'ouverture d'une partie de l'intestin à la surface de l'abdomen pour éliminer les déchets corporels, est une procédure médicale qui peut avoir des répercussions profondes sur la vie des patients. Bien que cette intervention soit souvent vitale, notamment pour les personnes atteintes de cancer colorectal, elle entraîne des modifications physiques et psychologiques significatives.

Ce chapitre explore l'impact psychologique de la stomie, en se concentrant sur les divers aspects de l'expérience des patients, de l'acceptation de leur nouvelle condition à la gestion des défis émotionnels et sociaux.

### **6-1 Acceptation de la Stomie et Adaptation Psychologique :**

L'acceptation de la stomie représente une étape cruciale dans le processus de rétablissement. La réaction initiale des patients à l'annonce de la nécessité d'une stomie peut

varier considérablement, allant de la résignation à une profonde détresse. Les recherches montrent que le soutien psychologique préopératoire joue un rôle essentiel dans la préparation des patients à cette transition (Black, 2004). Une étude de Dibley et al. (2017) indique que les patients qui bénéficient d'un accompagnement psychologique avant l'opération montrent une meilleure adaptation et une réduction des symptômes anxieux et dépressifs post-opératoires. (Dibley et al, 2017).

### **6-2 Image Corporelle et Estime de Soi :**

La stomie peut profondément affecter l'image corporelle et l'estime de soi des patients. La présence visible de la stomie peut entraîner un sentiment de honte et de gêne, influençant négativement la perception de soi. Selon White et al. (2018), les patients avec une stomie rapportent une diminution de l'estime de soi liée aux modifications corporelles et aux préoccupations concernant l'acceptation sociale. Les interventions psychologiques axées sur la restructuration cognitive et l'amélioration de l'image corporelle se révèlent efficaces pour aider les patients à reconstruire une perception positive de leur corps. (White et al, 2018).

### **6-3 Impact Culturel et Social :**

Les réponses culturelles à la stomie varient largement, influençant la manière dont les patients perçoivent et gèrent leur condition. Dans certaines cultures, la stomie peut être fortement stigmatisée, aggravant la détresse psychologique et compliquant l'intégration sociale. Il est crucial que les soins apportés tiennent compte de ces aspects culturels pour offrir un soutien approprié et réduire les impacts négatifs sur la santé mentale. (Black, 200).

### **6-4 Vie Sociale et Relations Interpersonnelles :**

L'impact de la stomie sur la vie sociale et les relations interpersonnelles est un autre aspect crucial à considérer. Les patients peuvent éprouver des difficultés à maintenir des relations intimes et à participer à des activités sociales en raison de la peur du rejet ou de l'embarras lié à leur condition. Les études montrent que le soutien des proches et des groupes de pairs joue un rôle significatif dans l'amélioration de la qualité de vie des patients stomisés. La recherche de Richbourg et al. (2007) souligne que les groupes de soutien peuvent fournir un espace sûr pour partager des expériences et des stratégies de gestion, réduisant ainsi le sentiment d'isolement. (Richbourg et al, 2007).

### **6-5 Vie sexuelle :**

La stomie affecte la vie relationnelle et sexuelle des patients car la modification de l'anatomie et les préoccupations concernant l'image corporelle peuvent entraîner des difficultés dans les relations intimes. Les patients peuvent éprouver de l'embarras, de la peur du rejet et une diminution du désir sexuel. Les professionnels de la santé doivent aborder ces problèmes de manière sensible et proposer des solutions adaptées pour aider les patients à retrouver une vie sexuelle satisfaisante (Kilic et al., 2007).

### **6-6 L'Anxiété et la Dépression :**

Les troubles anxieux et dépressifs sont fréquents chez les patients ayant subi une stomie. L'anxiété peut être exacerbée par la peur des fuites, des odeurs, et des complications médicales potentielles. La dépression peut résulter de la perte de l'autonomie et des

changements dans le mode de vie. Les approches thérapeutiques telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie de soutien psychologique se révèlent bénéfiques pour traiter ces symptômes. Des études montrent que les interventions psychologiques personnalisées, adaptées aux besoins spécifiques des patients stomisés, peuvent significativement améliorer leur bien-être mental (Simmons et Smith, 2014).

En résumé, l'impact psychologique de la stomie est complexe et multifacette, touchant divers aspects de la vie des patients. La reconnaissance de ces défis et la mise en place de soutiens appropriés sont essentielles pour aider les patients à surmonter les difficultés liées à cette condition. Les interventions psychologiques, le soutien social et les ressources éducatives jouent tous un rôle crucial dans l'amélioration de la qualité de vie des patients stomisés. Une approche holistique, intégrant des soins médicaux et psychologiques, est nécessaire pour assurer une adaptation optimale et un bien-être global.

**Synthèse:**

La stomie, incluant colostomie et l'iléostomie est souvent nécessaire en raison de cancers colorectaux. Cette intervention, qu'elle soit temporaire ou permanente, peut induire une détresse émotionnelle significative, affectant l'image corporelle et engendrant anxiété et dépression. Les impacts sur les relations et la sexualité sont également notables. L'adaptation des patients repose sur des stratégies de coping efficaces et un soutien psychologique et social adéquat pour atténuer la stigmatisation et améliorer leur qualité de vie. Il est crucial que les interventions médicales incluent un accompagnement psychologique et éducatif pour faciliter cette adaptation et promouvoir le bien-être global des patients stomisés. Les recherches continues sur les impacts psychosociaux de la stomie sont essentielles pour développer des interventions ciblées et efficaces.

# **Chapitre III**

**Préambule :**

L'anxiété est une réponse émotionnelle complexe et multidimensionnelle, souvent déclenchée par des perceptions de danger ou de menace. Elle se manifeste par une combinaison de symptômes cognitifs, émotionnels et physiologiques. Bien que l'anxiété puisse servir de mécanisme adaptatif pour mobiliser des ressources face à des défis, elle devient pathologique lorsqu'elle est excessive et interfère avec la vie quotidienne.

Dans ce chapitre, nous abordons les différentes perspectives de l'anxiété depuis l'Antiquité à ce jour en suite nous la définissons et proposons ses divers types afin de cerner ce concepts dans sa globalité. Puis nous passerons aux symptômes pour la distinguer des autres troubles. Après nous analyserons les causes de l'anxiété, qui sont multifactoriels englobant plusieurs facteurs, puis nous mettrons en lumière le liens entre l'anxiété et la stomie afin de comprendre plus les réactions des patients. Ensuite, nous explorerons les théories explicatives de l'anxiété, allant des conflits inconscients aux réponses apprises, en passant par les schémas de pensée et les bases neurobiologiques. Enfin, nous discuterons des stratégies de prise en charge multimodales, combinant thérapies psychologiques, traitements pharmacologiques et interventions de soutien.

**1-Aperçu historique sur l'anxiété :**

L'anxiété est une émotion universelle et intemporelle, affectant les êtres humains à travers les âges. Comprendre son évolution historique permet de saisir comment les perceptions, les explications et les traitements de l'anxiété ont évolué en fonction des connaissances médicales, des croyances culturelles et des avancées scientifiques. Ce chapitre explore l'histoire de l'anxiété depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, en s'appuyant sur des sources académiques de référence.

**L'Antiquité : Premières perceptions de l'anxiété**

Les premières civilisations considéraient l'anxiété et les autres troubles émotionnels à travers le prisme du surnaturel. Les anciens Égyptiens et Mésopotamiens attribuaient les symptômes anxieux à des esprits malveillants ou à la colère des dieux. Les traitements consistaient souvent en rituels religieux ou en amulettes protectrices.([www.cugmhp.org](http://www.cugmhp.org). Consulté le 01/06/2024).

Avec les philosophes grecs, une transition vers des explications plus naturalistes a eu lieu. Hippocrate (460-370 av. J.-C.), souvent considéré comme le père de la médecine moderne, a proposé que les maladies, y compris les troubles anxieux, résultaient de déséquilibres des quatre humeurs corporelles : le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire (Jackson, 1986). Cette théorie humorale a dominé la médecine occidentale pendant des siècles et a influencé les conceptions ultérieures de l'anxiété. ([www.journals.openedition.org](http://www.journals.openedition.org). Consulté le 01/06/2024).



**Le Moyen Âge : Retour aux explications spirituelles**

Le Moyen Âge a vu un retour aux explications spirituelles des troubles mentaux. L'anxiété était souvent perçue comme une conséquence du péché ou de la possession démoniaque. Les traitements incluaient des prières, des exorcismes et des pèlerinages. Cependant, certains érudits médiévaux ont continué à s'appuyer sur les écrits d'Hippocrate et de Galien pour comprendre les désordres émotionnels de manière plus rationnelle (www.lejournaltoulousain.fr. Consulté le 01/06/2024).

**La Renaissance : Vers une compréhension scientifique**

La Renaissance a marqué un tournant important avec le renouveau de l'intérêt pour les sciences et la redécouverte des textes classiques. Des figures comme Robert Burton, dans son œuvre "The Anatomy of Melancholy" (1621), ont tenté de classer les troubles mentaux, y compris l'anxiété, en explorant des causes physiques et psychologiques. Burton a décrit l'anxiété comme une forme de mélancolie, mettant en lumière l'interconnexion entre les émotions et les états corporels. (Robert Burton, 1621).

**Le XIXe siècle : La naissance de la psychologie moderne**

Le XIXe siècle a été une période de transformation majeure avec l'émergence de la psychologie en tant que discipline scientifique. Sigmund Freud, le fondateur de la psychanalyse, a proposé une théorie révolutionnaire de l'anxiété. Dans son ouvrage "Inhibitions, Symptoms, and Anxiety" (1926), Freud a décrit l'anxiété comme un signal de danger interne, résultant de conflits inconscients entre les différentes instances de la psyché : le moi, le ça et le surmoi, et que cette anxiété est une sorte d'extériorisation d'une libido (Freud, 1926). Cette approche a profondément influencé la compréhension et le traitement de l'anxiété au XXe siècle.(Freud, 1926).

**Le XXe siècle : De la psychanalyse à la thérapie cognitivo-comportementale**

Avec le déclin de la psychanalyse au milieu du XXe siècle, les théories comportementales et cognitives ont gagné en popularité. John B. Watson et B.F. Skinner ont mis l'accent sur les comportements observables et les réponses conditionnées, considérant l'anxiété comme un comportement appris par association (Barlow, 2002).

Parallèlement, Aaron Beck et Albert Ellis ont introduit les théories cognitives de l'anxiété, mettant en avant le rôle des pensées et des croyances irrationnelles dans le développement et le maintien des troubles anxieux. Leur ouvrage, "Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective" (1985), a fourni une base théorique solide pour les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), qui se sont avérées efficaces dans le traitement de l'anxiété (Beck et al., 1985).

**Le XXI<sup>e</sup> siècle : Perspectives contemporaines et intégratives**

Aujourd'hui, l'anxiété est comprise comme un phénomène complexe, influencé par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les neurosciences modernes ont identifié des mécanismes neurobiologiques spécifiques, tels que l'activation de l'amygdale et les déséquilibres des neurotransmetteurs, associés aux troubles anxieux. Les recherches actuelles intègrent des approches multidisciplinaires pour développer des interventions plus holistiques et personnalisées (Neurobiologie de l'anxiété. Consulté le 04/06/2024 à l'adresse : [www.cairn.info](http://www.cairn.info)).

Les traitements contemporains combinent souvent des thérapies cognitivo-comportementales avec des interventions pharmacologiques et des techniques de pleine conscience (mindfulness). L'objectif est de fournir un soutien complet aux individus souffrant d'anxiété, en tenant compte de l'interaction entre les aspects mentaux, émotionnels et physiques de la condition (Barlow, 2002).

Pour conclure l'histoire de l'anxiété illustre une évolution continue des perceptions et des traitements des troubles émotionnels. De l'Antiquité à nos jours, chaque époque a apporté des contributions significatives à la compréhension de l'anxiété, reflétant les avancées scientifiques et les changements culturels de son temps. Aujourd'hui, grâce à une approche intégrative et basée sur des preuves, nous sommes mieux équipés que jamais pour traiter et comprendre l'anxiété, offrant ainsi un espoir de soulagement et de rétablissement pour ceux qui en souffrent.

**2-Définition de l'anxiété :**

Selon la DSM5 l'anxiété est définie comme une anticipation de danger futur accompagné d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatique de tension. Elle diffère de la peur, qui est une réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue. L'anxiété est caractérisée par des inquiétudes excessives et une appréhension persistante, et peut se manifester par des symptômes physiques comme l'augmentation du rythme cardiaque, la respiration rapide, la transpiration et des tremblements (DSM-5, 2013).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'anxiété est un état émotionnel caractérisé par une appréhension et une inquiétude excessives et persistantes. Les troubles anxieux incluent divers types, tels que le trouble anxieux généralisé, les phobies, le trouble panique et l'anxiété sociale, chacun se manifestant par des symptômes spécifiques et pouvant interférer significativement avec la vie quotidienne (OMS, 2022)

Sigmund Freud définit l'anxiété comme un état émotionnel complexe résultant de conflits internes entre les différentes instances de la personnalité, à savoir le ça, le moi et le surmoi. Freud distingue entre deux types principaux d'anxiété : l'angoisse réelle et l'angoisse névrotique. L'angoisse réelle est une réaction à une menace externe, tandis que l'angoisse névrotique provient de conflits inconscients et de désirs refoulés. Freud explore ces concepts dans ses écrits, notamment dans *The Standard Edition of the Complete Psychological Works*

of Sigmund Freud (Vol. 20), édité par James Strachey en collaboration avec Anna Freud, Alix Strachey et Alan Tyson (1925-1926).

## **2- Les Types d'Anxiété selon le DSM-5**

L'anxiété peut se manifester sous diverses formes, chacune ayant ses propres caractéristiques et impacts sur la vie quotidienne. Le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, cinquième édition) propose une classification détaillée des troubles anxieux, aidant à mieux comprendre et à traiter ces conditions. Ce chapitre examine les différents types de troubles anxieux répertoriés dans le DSM-5, en fournissant des définitions larges et détaillées.(DSM-5, 2013).

### **3-1. Anxiété de Séparation:**

L'anxiété de séparation est une peur excessive et inappropriée concernant la séparation des figures d'attachement, telles que les parents ou les proches. Cette peur peut se manifester chez les enfants, mais également chez les adultes. Les individus souffrant de ce trouble peuvent éprouver une détresse intense à l'idée d'être séparés de leurs proches, craignant souvent qu'un malheur ne survienne pendant leur absence. Cette anxiété peut interférer avec les activités quotidiennes, comme aller à l'école ou au travail, et peut entraîner des comportements d'évitement ou des manifestations physiques de détresse.(DSM-5, 2013).

### **3-2. Mutisme Sélectif:**

Le mutisme sélectif se caractérise par l'incapacité persistante à parler dans certaines situations sociales spécifiques où l'on s'attend à ce que la personne parle (par exemple, à l'école ou en public), alors qu'elle peut parler normalement dans d'autres situations. Ce trouble peut interférer significativement avec la performance scolaire ou professionnelle et la communication sociale. Les individus atteints de mutisme sélectif ne refusent pas de parler par opposition ou défi, mais en raison d'une anxiété intense qui les paralyse dans des contextes sociaux précis.(DSM-5, 2013).

### **3-3. Phobie Spécifique:**

Les phobies spécifiques sont des peurs intenses et irrationnelles d'objets ou de situations particulières, comme certaines hauteurs, certains animaux, ou des environnements spécifiques comme les espaces clos. Ces phobies entraînent une réaction immédiate de peur ou d'anxiété lorsqu'on est confronté à l'objet ou à la situation phobique, souvent disproportionnée par rapport au danger réel. Les individus souffrant de phobies spécifiques évitent activement les déclencheurs de leur peur, ce qui peut perturber leurs activités quotidiennes et leur qualité de vie.(DSM-5, 2013).

### **3-4. Anxiété Sociale (Phobie Sociale):**

L'anxiété sociale, ou phobie sociale, se caractérise par une peur intense et persistante des situations où l'individu peut être observé ou jugé par les autres. Cette peur englobe les

interactions sociales quotidiennes et les situations de performance. Les personnes atteintes de ce trouble craignent souvent d'agir de manière embarrassante ou d'être perçues négativement, ce qui peut entraîner un évitement des situations sociales ou une détresse intense lorsqu'elles y sont confrontées. L'anxiété sociale peut avoir un impact profond sur les relations personnelles, les performances scolaires ou professionnelles et le bien-être général.(DSM-5, 2013).

**3-5. Trouble Panique:**

Le trouble panique est marqué par des attaques de panique récurrentes et inattendues, qui sont des sursauts soudains de peur intense accompagnés de symptômes physiques comme des palpitations, des sueurs, des tremblements et des sensations de souffle coupé. Ces attaques peuvent survenir sans avertissement et souvent sans raison apparente. Les individus atteints de trouble panique peuvent vivre dans la crainte constante d'une nouvelle attaque, ce qui peut entraîner un comportement d'évitement des lieux ou des situations où ils ont déjà eu des attaques de panique, perturbant considérablement leur vie quotidienne.(DSM-5, 2013).

**3-6. Spécifications de l'Attaque de Panique:**

Les attaques de panique se caractérisent par des épisodes soudains et intenses de malaise ou de peur, atteignant leur apogée en quelques minutes et accompagnés de divers symptômes physiques et cognitifs. Elles peuvent survenir dans le cadre de différents troubles anxieux ou indépendamment. Les individus qui connaissent des attaques de panique peuvent éprouver une peur intense de mourir, de perdre le contrôle ou de devenir fou, et ces attaques peuvent être si terrifiantes qu'elles entraînent une anxiété anticipatoire sur la possibilité de futures attaques.(DSM-5, 2013).

**3-7. Agoraphobie:**

L'agoraphobie se caractérise par une peur intense du patient de se retrouver dans des situations dont il pourrait être difficile de s'échapper ou où l'aide pourrait ne pas être disponible en cas de panique ou d'autres symptômes incapacitants. Les personnes atteintes d'agoraphobie peuvent éviter de se trouver dans des espaces ouverts, des lieux publics, des transports en commun, des foules ou d'être loin de chez elles sans un compagnon. Cette peur peut être si intense qu'elle limite considérablement la mobilité et les activités quotidiennes, entraînant un isolement social et une détresse importante.(DSM-5, 2013).

**3-8. Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG):**

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se manifeste par une inquiétude excessive et incontrôlable concernant divers aspects de la vie quotidienne, comme la santé, les finances, le travail ou les relations interpersonnelles. Les individus atteints de TAG se sentent souvent agités, fatigués, ont des difficultés à se concentrer, se sentent irritables et éprouvent des tensions musculaires. Cette inquiétude constante et excessive perturbe le fonctionnement quotidien et peut entraîner une détérioration de la qualité de vie.(DSM-5, 2013).

**3-9. Trouble d'Anxiété dû à une Affection Médicale:**

Ce trouble est caractérisé par une anxiété cliniquement significative directement causée par une affection médicale sous-jacente. Les symptômes anxieux peuvent être induits par des conditions médicales telles que les troubles endocriniens, les maladies cardiaques ou les affections neurologiques. La reconnaissance et le traitement de la condition médicale sous-jacente sont essentiels pour la gestion de l'anxiété associée.(DSM-5, 2013).

**3-10. Autres Troubles Anxieux Spécifiques:**

Cette catégorie englobe les troubles anxieux qui ne répondent pas aux critères des catégories spécifiques précédemment décrites, mais qui causent néanmoins une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement. Ces troubles peuvent inclure des symptômes anxieux résultant de situations ou de conditions particulières qui ne sont pas couvertes par d'autres diagnostics de troubles anxieux.(DSM-5, 2013).

**3- Symptômes de l'anxiété :**

Les troubles anxieux, bien qu'ils partagent des caractéristiques communes de peur et d'anxiété excessive, présentent une variété de symptômes spécifiques qui permettent de les distinguer. Le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, cinquième édition) fournit des descriptions détaillées de ces symptômes, aidant les cliniciens à diagnostiquer et à traiter ces conditions. Ce chapitre examine en profondeur les symptômes associés à chaque type de trouble anxieux selon le DSM-5, tout en utilisant un langage académique et original.(DSM-5, 2013).

**4-1. Anxiété de Séparation :**

Les symptômes de l'anxiété de séparation incluent une détresse excessive et récurrente lors de la séparation des figures d'attachement, ainsi que des préoccupations persistantes concernant la perte de ces figures. Les enfants peuvent exprimer cette anxiété par des plaintes physiques telles que des maux de tête ou des douleurs abdominales, et par des cauchemars récurrents. Les adultes peuvent montrer des niveaux élevés d'inquiétude concernant la sécurité de leurs proches, et une réticence à quitter leur domicile ou à être seuls.(DSM-5, 2013).

**4-2. Mutisme Sélectif :**

Le mutisme sélectif se manifeste par une incapacité constante à parler dans des situations sociales spécifiques malgré le fait de parler dans d'autres contextes. Les symptômes incluent une anxiété sociale marquée, des comportements d'évitement dans les situations où la parole est attendue, et une dépendance accrue à la communication non verbale. Les enfants atteints de mutisme sélectif peuvent éviter de parler à l'école mais être parfaitement loquaces à la maison.(DSM-5, 2013).

**4-3. Phobie Spécifique :**

Les phobies spécifiques sont caractérisées par une peur ou une anxiété intense et irrationnelle envers un objet ou une situation particulière. Les symptômes incluent des réactions immédiates de panique ou d'anxiété lorsque l'on est confronté à l'objet ou à la situation phobique, des comportements d'évitement actifs, et une reconnaissance que la peur est excessive. Par exemple, une personne avec une phobie des hauteurs peut éviter les bâtiments élevés et les montagnes.(DSM-5, 2013).

**4-4. Anxiété Sociale (Phobie Sociale) :**

Les symptômes de l'anxiété sociale incluent une peur intense d'être observé ou jugé négativement par les autres, ce qui peut mener à une détresse significative dans les situations sociales ou de performance. Les individus peuvent éprouver des symptômes physiques tels que des rougeurs, des tremblements, une sudation excessive, et des palpitations cardiaques. Ils peuvent également éviter les interactions sociales ou les situations de performance, ou les endurer avec une anxiété intense.(DSM-5, 2013).

**4-5. Trouble Panique :**

Le trouble panique se caractérise par des attaques de panique récurrentes et inattendues, accompagnées de symptômes physiques intenses. Les symptômes d'une attaque de panique incluent des palpitations, des sueurs, des tremblements, une sensation de souffle coupé, des douleurs thoraciques, des nausées, et des sensations de vertige ou d'évanouissement. Les individus peuvent craindre de perdre le contrôle, de devenir fou, ou de mourir. Entre les attaques, ils peuvent éprouver une anxiété persistante concernant la survenue de nouvelles attaques.(DSM-5, 2013).

**4-6. Spécifications de l'Attaque de Panique :**

Les attaques de panique, en tant que spécification, sont définies par des sursauts soudains de peur intense atteignant un pic en quelques minutes, avec des symptômes physiques et cognitifs similaires à ceux décrits dans le trouble panique. Ces attaques peuvent survenir dans le contexte d'autres troubles anxieux ou indépendamment, et sont souvent caractérisées par une montée rapide de l'angoisse accompagnée de palpitations, de tremblements, de sueurs, et de sentiments d'étouffement.(DSM-5, 2013).

**4-7. Agoraphobie :**

L'agoraphobie est marquée par une peur intense des situations où il pourrait être difficile de s'échapper ou où l'aide pourrait ne pas être disponible en cas de panique. Les symptômes incluent l'évitement de lieux tels que les espaces ouverts, les lieux publics, les transports en commun, et les foules. Les individus peuvent éprouver une anxiété intense lorsqu'ils se trouvent dans ces situations, et peuvent éviter de quitter leur domicile sans un compagnon.(DSM-5, 2013).

**8. Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG) :**

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se manifeste par une inquiétude excessive et incontrôlable concernant divers aspects de la vie quotidienne. Les symptômes incluent une agitation constante, une fatigabilité, des difficultés de concentration, de l'irritabilité, des tensions musculaires, et des troubles du sommeil. Les personnes atteintes de TAG peuvent se sentir constamment inquiètes au sujet de divers problèmes, et cette inquiétude peut interférer avec leur fonctionnement quotidien.(DSM-5, 2013).

**9. Trouble d'Anxiété dû à une Affection Médicale :**

Ce trouble se caractérise par des symptômes d'anxiété cliniquement significatifs directement liés à une condition médicale sous-jacente. Les symptômes peuvent inclure une agitation, une inquiétude excessive, des palpitations, des tremblements, et des sueurs. Les conditions médicales pouvant induire une anxiété incluent les troubles endocriniens, les maladies cardiaques, et les affections neurologiques. La reconnaissance et le traitement de la condition médicale sous-jacente sont essentiels pour la gestion de l'anxiété associée.(DSM-5, 2013).

**10. Autres Troubles Anxieux Spécifiques :**

Cette catégorie inclut les troubles anxieux qui ne répondent pas aux critères des catégories spécifiques précédemment décrites, mais qui causent néanmoins une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement. Les symptômes peuvent inclure une anxiété intense et des comportements d'évitement associés à des situations ou des conditions spécifiques qui ne sont pas couvertes par d'autres diagnostics de troubles anxieux.(DSM-5, 2013).

En conclusion les troubles anxieux présentent une gamme variée de symptômes qui peuvent interférer de manière significative avec la vie quotidienne. Le DSM-5 offre un cadre détaillé pour comprendre et diagnostiquer ces troubles, permettant ainsi aux cliniciens de fournir des soins appropriés et ciblés. La reconnaissance des symptômes spécifiques de chaque type de trouble anxieux est cruciale pour le traitement efficace et l'amélioration de la qualité de vie des individus affectés.

**5-L'étiologie de l'anxiété :**

L'anxiété est une réponse naturelle du corps face à des situations stressantes ou perçues comme menaçantes. Cependant, lorsque cette anxiété devient excessive et persistante, elle peut se transformer en divers troubles anxieux. Comprendre les causes de l'anxiété est essentiel pour les cliniciens afin de développer des stratégies de prévention et de traitement efficaces. Les causes de l'anxiété sont multifactorielles, incluant des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux.

**5-1. Les causes Biologiques :****5-1-1. Génétique:**

Des études ont montré que l'anxiété peut avoir une composante génétique. Les troubles anxieux tendent à se regrouper dans les familles, ce qui suggère une prédisposition héréditaire. Les études sur les jumeaux indiquent que si l'un des jumeaux monozygotes (identiques) souffre d'un trouble anxieux, l'autre a une probabilité accrue de développer le même trouble par rapport aux jumeaux dizygotes (fraternels).

**5-1-2. Neurochimie :**

Les déséquilibres des neurotransmetteurs, les substances chimiques qui transmettent les signaux entre les cellules nerveuses dans le cerveau, jouent un rôle crucial dans l'anxiété. Les neurotransmetteurs tels que la sérotonine, la noradrénaline et le GABA (acide gamma-aminobutyrique) sont particulièrement impliqués. Un déséquilibre de ces substances peut conduire à des symptômes anxieux. (Hofmann, S. G., et al, 2008).

**5-1-3. Hormonale :**

Les hormones de stress comme le cortisol jouent un rôle significatif dans la régulation de l'anxiété. Des niveaux élevés de cortisol en raison d'une exposition prolongée au stress peuvent déséquilibrer les systèmes de régulation du stress du corps, contribuant ainsi à des niveaux chroniquement élevés d'anxiété (Hofmann, S. G., et al, 2008).

**5-2. Les Causes Psychologiques :****5-2-1. Traits de Personnalité:**

Certaines personnes peuvent être plus prédisposées à l'anxiété en raison de traits de personnalité tels que le névrosisme, qui est associé à une tendance à ressentir des émotions négatives plus intensément. Les personnes ayant un haut niveau de névrosisme sont plus susceptibles de percevoir les situations comme menaçantes et d'avoir des réactions émotionnelles exagérées.

**5-2-2. Expériences de Vie**

Les expériences de vie, en particulier les événements traumatisants ou stressants, peuvent déclencher ou aggraver les troubles anxieux. Les événements tels que la perte d'un être cher, un divorce, des abus ou des négligences durant l'enfance sont souvent associés à un risque accru de développer de l'anxiété.



**5-2-3. Modèles de Pensée :**

Les schémas de pensée négatifs ou dysfonctionnels, comme la tendance à s'attendre au pire ou à surestimer le danger et sous-estimer ses propres capacités à faire face, peuvent contribuer à l'anxiété. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est souvent utilisée pour aider les individus à identifier et à modifier ces schémas de pensée.

**5-2-4. Coping et Résilience :**

La manière dont les individus gèrent le stress et leurs capacités de résilience influencent également leur niveau d'anxiété. Les personnes ayant des stratégies de coping maladaptatives, comme l'évitement ou la rumination, sont plus susceptibles de développer de l'anxiété (Kessler, R. C., et al, 2021).

**5-3. Causes Environnementales :****5-3.1. Stress Chronique :**

Le stress chronique, tel que les exigences professionnelles élevées, les problèmes financiers, ou les relations interpersonnelles tendues, peut mener à l'anxiété. L'exposition prolongée à des situations stressantes peut épuiser les ressources de coping de l'individu et entraîner des symptômes anxieux.

**5-3-2. Facteurs Socio-économiques :**

Les conditions socio-économiques défavorables, telles que la pauvreté, le manque de soutien social, et l'insécurité du logement ou de l'emploi, sont associées à des niveaux plus élevés d'anxiété. Les personnes vivant dans de telles conditions peuvent ressentir un stress constant et une incertitude qui alimentent l'anxiété.

**5-3-3. Éducation et Environnement Familial :**

Un environnement familial dysfonctionnel, caractérisé par des conflits fréquents, un manque de soutien émotionnel, ou des attentes élevées, peut contribuer au développement de l'anxiété chez les enfants. Les pratiques parentales surprotectrices ou au contraire, négligentes, peuvent également jouer un rôle.

**5-3-4. Exposition à des Substances :**

L'exposition à certaines substances peut également déclencher ou aggraver l'anxiété. Par exemple, la consommation excessive de caféine, de nicotine, d'alcool ou de drogues

récréatives peut augmenter les niveaux d'anxiété. De plus, certains médicaments peuvent avoir des effets secondaires anxiogènes.

### **5-3-5. Environnement de Travail :**

Un environnement de travail toxique, avec des exigences élevées, un manque de contrôle sur les tâches, ou des relations conflictuelles avec les collègues ou les supérieurs, peut également être une source importante d'anxiété. Le harcèlement au travail, en particulier, est un facteur de risque significatif pour le développement de troubles anxieux (Marcelle, Demangeon, 1973).

### **6-Le lien entre la stomie et l'anxiété :**

Les interventions chirurgicales majeures, telles que la création d'une stomie, peuvent avoir des conséquences psychologiques importantes. Une stomie, qu'il s'agisse d'une colostomie, d'une iléostomie ou d'une urostomie, implique une réorganisation physique et fonctionnelle majeure pour le patient. Cette réorganisation peut engendrer des émotions complexes et variées, parmi lesquelles l'anxiété est fréquemment rapportée. Comprendre le lien entre la stomie et l'anxiété est essentiel pour fournir un soutien adéquat aux patients et améliorer leur qualité de vie (P. Chiappa et al, 2008).

L'expérience psychologique d'une stomie gastro-intestinale provoque des troubles psycho-émotionnels qui nécessitent une réorganisation du fonctionnement psychologique.

Les stomies peuvent exacerber l'anxiété et provoquer des troubles anxieux, mais elles peuvent également provoquer des troubles de l'image corporelle, des troubles de l'humeur et un stress aigu.

Parmi les facteurs contribuant à l'Anxiété chez les Patients Stomisés on retrouve :

#### **1- Perception de l'Image Corporelle :**

L'annonce de la stomie génère souvent une anxiété considérable chez les patients, en raison de l'impact significatif sur leur image corporelle et de la nécessité d'adapter leur mode de vie quotidien. Cette anxiété peut être exacerbée par des préoccupations concernant les interactions sociales et intimes, ainsi que par l'incertitude liée à la gestion de la stomie et aux éventuelles complications médicales. Selon Michel (2009), les changements physiques induits par le cancer et les interventions chirurgicales telles que la stomie peuvent entraîner une altération profonde de l'image corporelle, contribuant ainsi à une détresse émotionnelle accrue. La neurobiologie de l'anxiété montre que ces réactions peuvent être partiellement attribuées à des réponses neurobiologiques au stress et aux changements corporels, impliquant des circuits neuronaux spécifiques et des médiateurs biochimiques. Pour atténuer ces effets négatifs, il est crucial d'offrir un soutien psychologique et éducatif dès le diagnostic. Les interventions psychothérapeutiques, les groupes de soutien, et les programmes d'éducation spécifique sont particulièrement efficaces pour aider les patients à gérer leur

anxiété et améliorer leur qualité de vie. Une approche holistique, intégrant des dimensions physiques, psychologiques et sociales, est essentielle pour favoriser une adaptation positive à la stomie. Ainsi, en réduisant l'anxiété, on peut améliorer significativement le bien-être général des patients stomisés (Michel, 2009.p. 252).

la conscience de la stomie a une relation importante avec l'image corporelle.une image corporelle négative est associée à des perceptions négatives de la maladie, tandis qu'une image corporelle positive est associée à des représentations d'aspects positifs de la maladie, en comprenant et en acceptant la maladie.(B. Mahjoubi et al, 2009).

Il existe une relation étroite entre l'anxiété liée à l'impact psychologique des patients porteurs d'une stomie, l'image corporelle et la perception de la maladie, et une relation étroite existe entre ces différentes variables qui influencent la détresse psychologique des patients due au traitement. (B. Mahjoubi et al, 2009).

La modification de l'image corporelle est une source majeure d'anxiété. Les patients peuvent se sentir gênés ou honteux de leur apparence physique après la chirurgie. La crainte du rejet ou du jugement par les autres peut conduire à un isolement social et à une détérioration de l'estime de soi.(B. Mahjoubi et al, 2009).

## **2-Gestion de la Stomie :**

La gestion quotidienne de la stomie nécessite un apprentissage et une adaptation importants. Les préoccupations liées aux fuites, aux odeurs et à l'hygiène peuvent entraîner une anxiété constante. Les patients peuvent également ressentir une peur de ne pas pouvoir gérer correctement leur stomie en dehors de chez eux.(B. Mahjoubi et al, 2009).

## **3-Vie Sociale et Intimité :**

Les relations sociales et l'intimité peuvent être profondément affectées par la présence d'une stomie. Les patients peuvent craindre que leur condition interfère avec leur capacité à participer à des activités sociales ou à maintenir des relations intimes. Ces craintes peuvent exacerber l'anxiété et conduire à un repli sur soi.(Ang, S. G. M.,et al, 2013).

## **4-Stigmatisation et Préjugés :**

La stigmatisation associée à la stomie peut aggraver l'anxiété des patients. Les préjugés et les idées fausses sur les stomies peuvent créer un environnement social négatif, rendant difficile pour les patients de parler ouvertement de leur condition et de demander du soutien (Ang, S. G. M.,et al, 2013).

## 7-Les théories explicatives de l'anxiété :

### 7-1. La théorie Psychanalytique :

La théorie psychanalytique de l'anxiété est basée sur les travaux de Sigmund Freud et d'autres psychanalystes. Selon cette approche, l'anxiété est considérée comme une réponse à des conflits internes, liés à des désirs inconscients et des peurs de la perte de contrôle.

L'anxiété est vue comme une forme de mobilisation psychique qui peut être créatrice, mais peut devenir pathologique si les défenses qu'elle suscite enferment l'individu dans la répétition. Freud considère l'anxiété comme un symptôme nucléaire de la névrose, qui découle de l'attente anxieuse. Cette attente anxieuse est antérieure à toute représentation et fonctionne "à vide", prête à se fixer sur n'importe quel objet. Elle est donc un "pur affect" qui peut se manifester sous forme de crise d'angoisse, de phobie ou de panique. La psychanalyse considère que l'anxiété est liée à des processus inconscients, tels que les désirs et les peurs, qui ne sont pas directement accessibles à la conscience.

L'analyse de l'anxiété passe donc par l'exploration de ces processus inconscients, souvent à travers des techniques de psychothérapie telles que l'association libre et la mise en mots des pensées et des sentiments. ([www.juliebillouin.fr](http://www.juliebillouin.fr). Consulté le 06/06/2024).

Il a identifié trois principaux types d'anxiété :

- **Anxiété réaliste** : C'est une réponse normale à des dangers extérieurs réels. Par exemple, se sentir anxieux en traversant une rue très fréquentée est une réaction adaptative à un danger tangible.
- **Anxiété névrotique** : Cette forme d'anxiété découle de la peur inconsciente que les impulsions du ça (les instincts primitifs) échappent au contrôle de l'ego (la partie rationnelle de l'esprit). Par exemple, une personne peut ressentir une angoisse inexplicable à l'idée d'agir de manière inappropriée.
- **Anxiété morale** : Elle est liée au conflit entre l'ego et le surmoi (la conscience morale). L'anxiété morale survient lorsque les normes morales internes sont violées, entraînant des sentiments de culpabilité ou de honte ([www.juliebillouin.fr](http://www.juliebillouin.fr). Consulté le 06/06/2024).

### 7-2. La théorie Comportementale :

Les théories comportementales de l'anxiété reposent sur l'idée que l'anxiété est une réponse conditionnée par des interactions complexes entre une tâche, une situation et des variables individuelles. Cette approche considère la peur comme une réponse comportementale résultant de la perception d'une menace, plutôt que comme une simple réponse émotionnelle.

Le conditionnement classique, également appelé conditionnement associatif, est le processus par lequel des stimuli neutres et menaçants sont combinés pour produire une réponse de peur.

Cette association peut être acquise grâce à des expériences répétées dans lesquelles des stimuli neutres et menaçants sont présentés simultanément.

Si un stimulus neutre est présenté seul, il peut susciter une réaction de peur parce qu'une personne a appris à l'associer à un stimulus menaçant.

Le conditionnement opérant, également connu sous le nom de conditionnement par résultat, est le processus consistant à renforcer les comportements redoutés en les récompensant ou en les punissant. Lorsqu'un comportement anxieux est récompensé (par exemple éviter des situations stressantes), les gens sont plus susceptibles de répéter ce comportement. Lorsqu'un comportement effrayant est puni (par exemple en subissant un résultat négatif), la personne est moins susceptible de répéter ce comportement.([www.juliebillouin.fr](http://www.juliebillouin.fr). Consulté le 06/06/2024).

Le rétro conditionnement est le processus de conditionnement d'un comportement craintif par association avec des stimuli neutres ou positifs.

Lorsqu'un comportement anxieux s'aggrave, vous êtes moins susceptible de le répéter. Ce dernier peut être réalisé grâce à des expériences de désensibilisation au cours desquelles les individus sont progressivement exposés à des stimuli menaçants dans des situations sûres.

Les thérapies comportementales, telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), utilisent ces principes pour aider les patients à identifier et à modifier les comportements et les pensées à l'origine de leur anxiété.([www.juliebillouin.fr](http://www.juliebillouin.fr). Consulté le 06/06/2024).

Les objectifs de ces thérapies comprennent le conditionnement des comportements anxieux, le conditionnement des comportements sains et de la pensée positive, ainsi que le rétro conditionnement des comportements anxieux.([www.juliebillouin.fr](http://www.juliebillouin.fr). Consulté le 06/06/2024).

Ces thérapies peuvent inclure des techniques telles que l'exposition, la résistance et la relaxation.

L'exposition signifie exposer progressivement une personne à un stimulus menaçant dans un environnement sûr.La résistance consiste à encourager les individus à faire face à leurs peurs et à développer des stratégies pour y faire face.

La relaxation, c'est apprendre des techniques de relaxation pour réduire l'anxiété.

La thérapie comportementale utilise ces principes pour aider les patients à identifier et à modifier les comportements et les pensées à l'origine de leur anxiété. ([www.juliebillouin.fr](http://www.juliebillouin.fr). Consulté le 06/06/2024).

### **7-3. La théorie cognitive:**

La théorie de l'anxiété cognitive repose sur l'idée que l'anxiété est la réponse du corps aux exigences environnementales. Elle considère la peur comme une réponse complexe combinant des aspects cognitifs et physiques.

La nouvelle théorie l'entend dans une perspective cognitiviste : La peur dépend de variables intermédiaires exprimées.

Selon Spielberger (1972), l'état de peur est associé à la perception d'une menace.

Anxiété cognitive et physique L'anxiété se manifeste comme une réaction complexe qui comprend à la fois des aspects cognitifs et physiques. La nouvelle théorie considère ces deux dimensions comme indépendantes. Les auteurs distincts entre :

**Anxiété cognitive** : Caractérisée par des attentes pessimistes de réussite, une auto-évaluation négative et un manque de concentration.

**Anxiété somatique** : fait référence à la dimension physiologique, notamment à la notion d'activation identifiée par des indicateurs tels que la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la tension musculaire, la conductance cutanée et d'autres réponses autonomes. (Spielberger, 1972).

Indépendance des deux dimensions : De nombreuses données expérimentales tendent à démontrer l'indépendance de ces deux dimensions.

Certains facteurs situationnels augmentent l'anxiété cognitive mais pas l'anxiété somatique. Cela est particulièrement vrai lorsque le feedback et la reconnaissance sociale font défaut.

À l'inverse, Morris et Liebert (1973) ont montré que la peur d'un choc électrique augmente de manière sélective l'anxiété somatique. (Cottraux, J, 2016).

Anxiété d'état et anxiété de trait : Ce modèle fait la distinction entre l'anxiété d'état, qui est une réponse comportementale qui découle de la perception d'une menace, et l'anxiété de trait, qui est un trait de personnalité durable défini comme une prédisposition à percevoir une situation particulière comme plus distinguée. Ils deviennent moins menacés et réagissent avec une anxiété plus ou moins forte.

Effets sur la performance : Les effets des deux dimensions de la peur sur la performance soutiennent également la revendication de leur indépendance.

L'anxiété somatique est liée à la performance par le biais d'une relation en forme de U inversé, où la performance diminue linéairement à mesure que l'anxiété cognitive augmente. Dans un premier temps, l'anxiété somatique améliore les niveaux de performance, mais a tendance à s'aggraver une fois les niveaux optimaux dépassés.

Stratégies de contrôle de l'anxiété Les méthodes des stratégies de contrôle de l'anxiété doivent être spécifiques et axées sur la conciliation de l'incertitude de la situation et de la valeur d'atteindre le résultat.(<https://books.openedition.org>. Consulté le 7/06/2024).

Des stratégies de thérapie cognitive, de manipulation des attentes, de relaxation ou de biofeedback peuvent être utilisées pour contrôler les peurs cognitives ou somatiques (<https://books.openedition.org>. Consulté le 7/06/2024).

### 7-4. La théorie Humaniste :

La théorie humaniste, représentée par des psychologues tels que Carl Rogers et Abraham Maslow, considère la peur comme le résultat d'un écart entre le soi réel et le soi idéal.

Cohérence et authenticité : Selon Carl Rogers, la peur survient lorsque les individus ne vivent pas en harmonie avec leur vraie nature et leurs désirs. Les gens peuvent se sentir anxieux lorsque leur comportement n'est pas conforme à leurs valeurs fondamentales.

Réalisation de soi : Abraham Maslow suggère que la réalisation de son potentiel, ou la réalisation de soi, est essentielle au bonheur. L'anxiété peut survenir lorsqu'un individu se sent incapable d'atteindre ses objectifs ou d'atteindre son potentiel.

Les grands principes et techniques de la thérapie existentielle humaniste sont :

**Alliance thérapeutique** : Construire une alliance thérapeutique solide entre le thérapeute et le patient est important pour créer un espace sûr permettant aux patients d'explorer leurs peurs et leurs anxiétés. (Ionescu, S, 2015).

**Conscience de soi et croissance personnelle** : Les exercices et les conversations de conscience de soi aident les patients à comprendre les déclencheurs et les schémas de pensée qui alimentent leur peur (Ionescu, S, 2015).

**Exploration existentielle et recherche de sens** : La thérapie existentielle humaniste encourage les patients à poser des questions existentielles sur leurs valeurs, le sens des interactions sociales et les peurs du jugement, allant au-delà des peurs sociales. Elle vous aide à trouver un sens et une signification.

Limites et critiques : La thérapie existentielle humaniste offre une approche unique et personnelle pour traiter l'anxiété sociale, mais il est important d'être conscient de ses limites et de ses critiques. Dans le cas de l'anxiété, la thérapie n'est peut-être pas le premier choix car elle repose sur l'exploration existentielle et la croissance personnelle. (Ionescu, S, 2015).

Il n'y a pas de solution universelle : Il est important de reconnaître que la thérapie existentielle n'est pas une solution universelle à tous les cas d'anxiété sociale et que chaque personne a des besoins et des objectifs différents ((Ionescu, S, 2003).

### 7-5. Les théories intégratives (holistiques) :

La théorie intégrative (holistique) en psychopathologie est une approche qui vise à intégrer divers modèles explicatifs des troubles mentaux et à exprimer des relations causales multifactorielles. Ces théories postulent que les troubles mentaux sont le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels.(Pirlot., & Cupa, D, 2012).

Les principes et techniques les plus importants de la théorie intégrative (holistique) comprennent :

- Intégration des approches : La théorie intégrative combine des modèles biologiques, psychologiques et psychologiques, tente d'intégrer divers modèles explicatifs de la maladie mentale

- Causalité multifactorielle : Les théories intégratives supposent que la maladie mentale est le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels.

- Approche systémique : La théorie intégrative utilise une approche systémique pour comprendre les troubles mentaux, en tenant compte des interactions entre les différents systèmes et des facteurs qui les influencent.(Pirlot., & Cupa, D, 2012).

Certaines des thérapies que nous avons trouvées comprennent :

**Thérapies intégratives** : Ces thérapies combinent des techniques de différentes écoles de pensée (psychanalyse, behaviorisme, cognitivisme, humanisme) pour traiter l'anxiété.

Par exemple, la thérapie intégrative comprend des éléments de thérapie cognitive pour modifier la pensée irrationnelle, des techniques de relaxation comportementale pour gérer les symptômes physiques de l'anxiété et des styles psychanalytiques exploratoires pour comprendre les conflits inconscients.(Pirlot., & Cupa, D, 2012).

**Perspective biopsychosociale** : Cette approche considère l'anxiété comme le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les facteurs génétiques, les expériences de vie stressantes et les influences culturelles peuvent tous contribuer à l'anxiété d'une personne.(Pirlot., & Cupa, D, 2012).

En revanche, les théories intégratives (holistiques) présentent des limites et critiques tels que :

- La Complexité : Les théories intégratives peuvent être complexes et difficiles à comprendre car elles tentent d'intégrer différents modèles explicatifs.

- Manque de consensus : Il n'y a pas de consensus sur les théories intégratives car elles sont souvent basées sur des perspectives et des approches méthodologiques différentes.

- Manque de données : Les théories intégratives peuvent être limitées par le manque de données et de recherches scientifiques sur les interactions entre divers facteurs qui influencent les troubles mentaux (Pirlot., & Cupa, D, 2012).

### **8-La prise en charge de l'anxiété :**

L'anxiété est un trouble complexe qui peut être traité selon diverses théories psychologiques et médicales. Chaque approche offre des perspectives uniques sur la manière de gérer et de traiter l'anxiété. Voici un aperçu détaillé de la prise en charge de l'anxiété selon différentes théories psychologiques, le DSM-5 et les approches médicamenteuses.



**8-1. Prise en Charge Psychanalytique :**

La théorie psychanalytique, fondée par Sigmund Freud, propose que l'anxiété est un signal d'alarme pour l'ego, indiquant un danger imminent. Freud a identifié trois types d'anxiété : réaliste, névrotique et morale.

La prise en charge psychanalytique de l'anxiété se base sur l'exploration des conflits inconscients et des mécanismes de défense. Les techniques utilisées comprennent l'association libre, où le patient est encouragé à exprimer toutes ses pensées sans censure, et l'analyse des rêves pour comprendre les désirs et conflits inconscients. L'objectif est de révéler et de comprendre les conflits inconscients sous-jacents, de renforcer l'ego pour mieux gérer les impulsions du ça et les exigences du surmoi, et de développer des mécanismes de défense plus adaptatifs (Wise TN, et al, 2013).

**8-2. Prise en Charge Comportementale :**

Les théoriciens comportementalistes, comme John B. Watson et B.F. Skinner, considèrent l'anxiété comme une réponse apprise à travers le conditionnement classique et opérant. Les thérapies comportementales se concentrent sur la modification des comportements appris qui contribue à l'anxiété.

Les techniques incluent la thérapie d'exposition, où le patient est exposé progressivement à des situations anxiogènes pour diminuer la peur par habitude, et la désensibilisation systématique, qui combine la relaxation avec l'exposition graduelle à des stimuli anxiogènes. D'autres techniques incluent l'apprentissage de méthodes de relaxation comme la respiration profonde et la relaxation musculaire progressive. L'objectif est de réduire les comportements d'évitement, de diminuer l'anxiété par l'habitude, et d'enseigner des stratégies de gestion de l'anxiété (Steel J, et al, 2022).

**8-3. Prise en Charge Cognitive :**

Les théories cognitives, développées par des psychologues comme Aaron T. Beck et Albert Ellis, mettent l'accent sur les pensées et les croyances qui sous-tendent l'anxiété. Les thérapies cognitives visent à modifier les pensées irrationnelles qui contribuent à l'anxiété.

Les techniques utilisées incluent la restructuration cognitive, qui consiste à identifier et à modifier les distorsions cognitives, et la thérapie rationnelle-émotive, qui confronte les croyances irrationnelles et les remplace par des croyances plus réalistes. Un journal de pensées peut également aider le patient à prendre conscience de ses pensées anxieuses et à les réévaluer. L'objectif est de modifier les schémas de pensée dysfonctionnels, de réduire l'anxiété en changeant les perceptions et interprétations des situations, et d'améliorer les compétences de résolution de problèmes (Steel J, et al, 2022).

**8-4. Prise en Charge Humaniste :**

Les théories humanistes, représentées par des psychologues comme Carl Rogers et Abraham Maslow, considèrent l'anxiété comme un résultat du manque de congruence entre le soi réel et le soi idéal. Les thérapies humanistes se concentrent sur l'encouragement à la croissance personnelle et à l'authenticité. La thérapie centrée sur la personne de Rogers fournit un environnement empathique, authentique et acceptant pour favoriser la croissance personnelle.

La thérapie existentielle aide les patients à trouver un sens à leur vie et à accepter les aspects inévitables de l'existence humaine. L'objectif est de favoriser l'authenticité et l'auto-actualisation, de réduire l'anxiété en aidant les patients à vivre en accord avec leurs valeurs profondes, et d'encourager l'exploration de soi et la réalisation de son potentiel (Fulton JJ, et al, 2018).

**8-5. Prise en Charge Intégrative (Holistique) :**

Les approches intégratives ou holistiques combinent des éléments de plusieurs théories pour fournir une explication plus complète de l'anxiété.

Ces thérapies utilisent des techniques issues de différentes écoles de pensée (psychanalyse, comportementalisme, cognitivisme, humanisme) pour traiter l'anxiété. Par exemple, une thérapie intégrative pourrait inclure des éléments de thérapie cognitive pour modifier les pensées irrationnelles, des techniques de relaxation comportementale pour gérer les symptômes physiques de l'anxiété, et des discussions exploratoires de type psychanalytique pour comprendre les conflits inconscients. (Fulton JJ, et al, 2018).

La perspective biopsychosociale considère l'anxiété comme résultant d'une interaction complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. En combinant ces différentes perspectives, les approches intégratives visent à fournir une prise en charge complète et personnalisée, aborder l'anxiété sous divers angles pour une meilleure efficacité, et encourager la collaboration entre différents professionnels de santé (Fulton JJ, et al, 2018).

**8-6. Prise en Charge Médicamenteuse :**

La prise en charge médicamenteuse de l'anxiété inclut plusieurs catégories de médicaments, les plus courants sont les antidépresseurs qui portent les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSN), sont souvent utilisés pour traiter les troubles anxieux. Les anxiolytiques, comme les benzodiazépines (diazépam, lorazépam), sont efficaces à court terme mais présentent un risque de dépendance. Les bêta-bloquants sont utilisés pour traiter les symptômes physiques de l'anxiété, tels que les palpitations cardiaques. (www.vidal.fr. Consulté le 06/06/2024).

Parfois, les antipsychotiques atypiques sont utilisés en complément pour traiter des cas d'anxiété résistants aux autres traitements. L'objectif de la prise en charge médicamenteuse est de réduire les symptômes d'anxiété, d'améliorer la qualité de vie des patients et de compléter les thérapies psychologiques pour une prise en charge complète. La surveillance et le suivi réguliers sont essentiels pour évaluer l'efficacité et les effets secondaires des médicaments et adapter le traitement si nécessaire. ([www.vidal.fr](http://www.vidal.fr). Consulté le 06/06/2024).

**Synthèse :**

L'anxiété, reconnue depuis l'Antiquité, est une réponse émotionnelle impliquant tension et inquiétude, devenue pathologique lorsqu'elle interfère avec la vie quotidienne. Elle comprend divers types tels que l'anxiété de séparation, les phobies et le trouble panique, chacun avec des symptômes spécifiques comme les peurs irrationnelles et les attaques de panique. Les causes de l'anxiété sont multifactorielles, englobant des facteurs génétiques, environnementaux et biologiques. Chez les personnes stomisées, l'anxiété est souvent exacerbée par des préoccupations liées à l'image corporelle et à la gestion de la stomie. Les théories explicatives incluent des perspectives psychanalytiques et cognitivo-comportementales, importantes pour une compréhension approfondie et un traitement adapté. La prise en charge efficace combine thérapies, médicaments et interventions psychosociales, soulignant l'importance d'un traitement holistique pour améliorer la qualité de vie des patients.

# **Chapitre IV**

**Préambule :**

Dans ce chapitre, nous détaillons la méthodologie utilisée pour mener notre recherche sur l'anxiété chez les personnes stomisées suite à un cancer du côlon. La méthodologie est une étape cruciale de toute recherche scientifique, car elle garantit la rigueur et la validité des résultats obtenus. Nous commencerons par décrire la phase de pré-enquête qui a permis de cadrer notre problématique et d'affiner notre approche. Ensuite, nous présenterons la méthode de recherche adoptée, en expliquant les choix méthodologiques justifiés par les objectifs de l'étude. Le lieu de la recherche sera ensuite décrit, suivi de la population étudiée, c'est-à-dire les critères de sélection des participants et leurs caractéristiques démographiques et cliniques.

Nous exposerons également les outils d'investigation employés, qu'il s'agisse d'instruments de mesure psychologique validés ou d'entretien spécifiques conçus pour cette étude. Le déroulement de l'enquête sera minutieusement décrit pour assurer la reproductibilité de l'étude et la transparence du processus. Enfin, nous terminerons par une synthèse de cette méthodologie, soulignant ses forces et ses limites, afin de donner une vue d'ensemble claire et cohérente de notre approche méthodologique.

**1. La pré-enquête :**

Selon Creswell, la prés-enquête, ou pré-test, est une étape initiale dans le processus de recherche où des aspects de la méthodologie sont testés à petite échelle pour identifier et résoudre les problèmes potentiels avant de procéder à l'étude principale. Elle permet de vérifier la clarté des instructions, la pertinence des questions, et de s'assurer que les procédures fonctionnent comme prévu (Creswell, 2017. Pp15-17).

Dans le cadre de notre recherche, la pré-enquête représente une phase exploratoire essentielle. Cette étape préliminaire a pour but de clarifier la problématique, de tester les outils méthodologiques envisagés, et d'affiner les hypothèses de travail.

Au cours de cette pré-enquête, nous avons conduit des entretiens informels avec trois personnes stomisées et des professionnels de santé spécialisés dans le suivi des patients stomisés (un chirurgien et deux infirmières). Ces entretiens nous ont permis de recueillir des informations qualitatives sur les expériences vécues par les patients, leurs sources d'anxiété, et les stratégies d'adaptation utilisées. Les retours obtenus ont été précieux pour identifier les thèmes récurrents et les variables pertinentes à inclure dans notre enquête principale.

Par ailleurs, cette phase de pré-enquête nous a permis de tester et de valider notre outils de travail, tel que l'entretien semi directif et le questionnaires d'évaluation de l'anxiété de Hamilton. Nous avons pu ajuster ces instruments en fonction des retours des participants, assurant ainsi leur pertinence et leur fiabilité pour la suite de notre étude.

Enfin, la pré-enquête a également servi à établir un premier contact avec les institutions et les groupes de soutien pour personnes stomisées, facilitant ainsi l'organisation et la logistique de la recherche principale. Les résultats et les enseignements tirés de cette phase exploratoire ont constitué une base solide pour structurer et orienter notre investigation, garantissant ainsi une méthodologie robuste et adaptée à notre problématique de recherche.

**Tableau N°01: tableau récapitulatif de la population de la pré-enquête.**

Les cas	Age	Situation matrimoniale	Niveau d'étude	Profession
Monsieur F	40	marié	socondaire	Sans profession
Monsieur B	38	célibataire	moyen	Agent de sécurité
Madame K	41	mariée	moyen	Femme au foyer

## 2. La méthode de recherche :

Une méthode de recherche désigne l'ensemble des techniques et des procédures utilisées pour collecter et analyser des données dans le cadre d'une étude scientifique. Elle inclut les approches quantitatives, qualitatives et mixtes, chacune ayant ses propres caractéristiques et méthodes de collecte de données. La sélection d'une méthode de recherche appropriée dépend des questions de recherche, des hypothèses, et des objectifs de l'étude (Creswell, 2014. p.16).

La méthodologie de recherche en psychologie se réfère aux méthodes systématiques et aux procédures utilisées pour collecter et analyser des données afin de comprendre et d'expliquer des phénomènes psychologiques. Elle englobe les approches quantitatives et qualitatives, les techniques de collecte de données, les instruments de mesure et les méthodes d'analyse statistique (Coolican, 2018. Pp.33-34).

La méthode de recherche adoptée pour cette étude sur l'anxiété chez les personnes stomisées suite à un cancer du côlon est de nature descriptive qualitative, combinant des approches quantitatives et qualitatives afin de bénéficier des avantages de chaque méthode. Cette approche nous permet de recueillir des données riches et narratives, offrant une compréhension plus complète et nuancée du phénomène étudié.

Nous avons utilisé l'Échelle d'Anxiété de Hamilton (HAM-A), un outil largement reconnu et utilisé dans les contextes cliniques pour mesurer les niveaux d'anxiété. L'Échelle de Hamilton évalue l'anxiété à travers 14 items couvrant des aspects psychologiques et somatiques, permettant ainsi une évaluation exhaustive. Les participants à l'étude ont complété cette échelle, et les résultats ont été analysés selon la cotation. Cette analyse a permis de mieux comprendre des tendances générales et d'explorer les niveaux d'anxiété en divers situations tels que l'âge, le sexe, le stade du cancer, et le temps écoulé depuis la chirurgie de stomie. Les données quantitatives fournissent une base solide pour des

conclusions généralisables et permettent de comparer les résultats avec d'autres études similaires.

Nous avons mené aussi des entretiens semi-structurés qui nous ont offert la flexibilité nécessaire pour explorer en profondeur les expériences individuelles des participants tout en suivant un guide d'entretien prédéfini. Les questions ont été élaborées pour couvrir divers aspects de la vie avec une stomie, y compris les défis émotionnels, les stratégies d'adaptation, les soutiens perçus, et l'impact sur la qualité de vie. Nous avons utilisé une analyse thématique pour examiner les transcriptions, identifiant les thèmes récurrents et les patterns dans les récits des participants. Cette analyse qualitative enrichit notre compréhension des données quantitatives en apportant des insights sur les expériences vécues et les perceptions subjectives des personnes stomisées.

En combinant ces deux outils, notre méthode de recherche permet de trianguler les données, renforçant ainsi la validité et la fiabilité des résultats. La complémentarité des méthodes quantitative et qualitative nous permet de capturer à la fois l'étendue et la profondeur du phénomène de l'anxiété chez les personnes stomisées. Cette méthodologie mixte nous offre une vision globale et intégrée de l'anxiété post-stomie, contribuant ainsi à une meilleure compréhension et à des interventions plus ciblées pour améliorer le bien-être psychologique de cette population.

### **3-Lieu de la recherche :**

La recherche s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Boukhalfa, situé dans la commune d'Amizour wilaya de Bejaia. Plus précisément, l'étude a été conduite au sein du service d'oncologie, où les patients stomisés reçoivent des soins spécialisés. Ce lieu a été choisi pour plusieurs raisons. Premièrement, le service d'oncologie du CHU Boukhalfa dispose d'une unité dédiée aux soins des patients atteints de cancers du côlon, incluant ceux nécessitant une stomie. Cela nous a permis de recruter un échantillon pertinent de participants directement concernés par notre problématique de recherche.

Deuxièmement, le CHU Boukhalfa est reconnu pour ses infrastructures médicales avancées et son personnel médical hautement qualifié, assurant ainsi des conditions optimales pour la conduite des entretiens et des évaluations cliniques nécessaires à notre étude. Les professionnels de santé du service d'oncologie ont collaboré activement et nous ont offert un soutien logistique crucial tout au long de l'étude.

En résumé, le choix du CHU Boukhalfa et de son service d'oncologie comme lieu de recherche a été motivé par des considérations pratiques et méthodologiques, garantissant la pertinence, la qualité et la faisabilité de notre étude sur l'anxiété chez les personnes stomisées suite à un cancer du côlon.

### **4-Population d'étude:**

La sélection de la population d'étude est une étape cruciale dans la méthodologie de

recherche pour garantir la validité et la pertinence des résultats. Ce chapitre décrit les critères de sélection des participants à l'étude, en mettant l'accent sur les critères d'inclusion et d'exclusion.

La population d'étude de notre recherche sur l'anxiété chez les personnes stomisées suite à un cancer du côlon se compose de huit patients qui se caractérise par une grande diversité en termes d'âge et de sexe, on explique:

**Âge :** La tranche d'âge des participants n'a pas été fixée de manière rigide afin de pouvoir inclure un éventail représentatif de patients. Cette flexibilité permet de capturer des données de participants appartenant à différentes tranches d'âge, offrant ainsi une perspective plus globale sur l'impact de l'anxiété post-stomie à divers stades de la vie. Cela nous aide également à identifier des tendances spécifiques liées à l'âge et à examiner comment l'anxiété peut varier en fonction des différentes phases de la vie adulte.

**Sexe :** De même, le sexe des participants n'a pas été prédéterminé pour cette étude. En n'imposant pas de restrictions sur le sexe, nous avons pu inclure à la fois des hommes et des femmes, ce qui nous permet d'explorer les différences potentielles dans les niveaux et les manifestations de l'anxiété entre les sexes. Cette approche inclusive vise à enrichir notre compréhension des expériences de l'anxiété chez les personnes stomisées, indépendamment du sexe.

L'absence de critères stricts concernant l'âge et le sexe des participants vise à garantir une représentativité et une diversité maximales dans notre échantillon. En intégrant une population d'étude hétérogène, nous augmentons la généralisation de nos résultats et obtenons une vue d'ensemble plus complète des facteurs influençant l'anxiété chez les personnes stomisées suite à un cancer du côlon. Cette inclusivité nous permet également de formuler des recommandations adaptées à une population plus large, contribuant ainsi à des interventions cliniques plus efficaces et personnalisées.

#### **4-1.Critères de sélection de la population d'étude:**

##### **4-1-1.Critères d'inclusion:**

Les critères d'inclusion ont été soigneusement définis pour s'assurer que les participants à l'étude possèdent les caractéristiques nécessaires pour répondre aux objectifs de la recherche. Les critères d'inclusion étaient comme suit :

**-Patients avec une stomie :** Les participants devaient avoir une stomie, qu'elle soit temporaire ou permanente, suite à une intervention chirurgicale pour un cancer du côlon. Cette condition était essentielle pour explorer les expériences spécifiques liées à la vie avec une stomie et l'anxiété associée.

**-Consentement éclairé :** Les participants devaient être capables de fournir un consentement éclairé écrit. Cela impliquait qu'ils comprenaient les objectifs de l'étude, les méthodes utilisées, et leurs droits en tant que participants.

**-Capacité à participer aux entretiens :** Les participants devaient être en mesure de



participer aux entretiens semi-directifs et de remplir l'échelle d'anxiété de Hamilton. Cela garantissait que les données recueillies seraient complètes et fiables.

#### 4-1-2. Critères d'exclusion:

Les critères d'exclusion ont été établis pour éviter toute interférence avec la qualité des données recueillies et pour protéger les participants dont la participation pourrait être inappropriée ou nuisible. Les critères d'exclusion comprenaient :

**-Absence de stomie :** Les individus qui n'avaient pas de stomie ont été exclus de l'étude. Cela assurait que l'étude se concentrait uniquement sur les expériences des patients vivant avec une stomie.

**-Aucune ablation du côlon :** Les patients qui n'avaient pas subi une ablation du côlon étaient également exclus. Étant donné que l'étude se concentre sur les personnes ayant une stomie en raison d'un cancer du côlon, cette condition était essentielle pour maintenir l'homogénéité de l'échantillon.

**-Incapacité à fournir un consentement éclairé :** Les personnes incapables de comprendre et de signer le consentement éclairé, en raison de troubles cognitifs ou autres, ont été exclues pour garantir l'éthique et la validité de l'étude.

Ces critères de sélection ont permis de constituer un échantillon de participants représentatif des personnes vivant avec une stomie suite à un cancer du côlon, tout en garantissant que les données recueillies soient pertinentes et de haute qualité pour répondre aux objectifs de la recherche.

**Tableau N° 02: tableau récapitulatif de la population étudiée.**

Les cas	Age	Situation matrimoniale	Niveua d'étude	Profession
<b>Madame L</b>	35	mariée	moyen	Femme au foyer
<b>Monsieur Z</b>	46	marié	secondaire	Technicien en électricité bâtimen
<b>Madame C</b>	50	mariée	secondaire	Femme au foyer
<b>Madame N</b>	51	mariée	moyen	Femme au foyer
<b>Monsieur A</b>	67	marié	universitaire	retraité
<b>Monsieur S</b>	58	marié	secondaire	Emplyé administratif
<b>Monsieur H</b>	56	marié	moyen	Agent de sécurité
<b>Madame F</b>	39	divorcée	moyen	Femme au foyer

## 5- Les outils d'investigation:

**5-1. L'entretien semi-directif :** L'entretien semi-directif est une technique de collecte de données qui permet de recueillir des informations de manière qualitative. Selon Savoie-Zajc (1997), il s'agit d'une interaction verbale animée par un chercheur ou une chercheuse à partir d'une liste de thèmes qu'il ou elle souhaite aborder avec une personne sur un sujet précis. Le participant est libre de s'exprimer, et le chercheur peut mettre l'accent sur les non-dits, comme les mimiques et les gestes non verbaux. Cette méthode permet d'expliquer, de comprendre, d'apprendre et d'approfondir l'univers de l'autre, en mettant l'accent sur la singularité et la contextualisation (Savoie, 1997, pp. 263-285).

L'entretien semi-directif est particulièrement précieux dans les recherches en psychologie clinique car il permet d'explorer en profondeur les expériences subjectives des participants. Il donne aux interviewés la possibilité de s'exprimer librement tout en s'assurant que les thèmes clés de la recherche sont couverts. Cette méthode est efficace pour comprendre les perceptions, les émotions et les comportements des individus dans leur contexte spécifique.

Nous avons choisi l'entretien semi-directif pour cette étude sur l'anxiété chez les personnes stomisées car il offre un équilibre entre orientation et liberté d'expression. Cette approche nous permet de recueillir des données narratives détaillées sur les expériences vécues par les patients, tout en nous assurant que les aspects essentiels de la recherche, tels que les sources d'anxiété et les stratégies d'adaptation, sont abordés. L'entretien semi-directif facilite également l'établissement d'une relation de confiance avec les participants, encourageant des réponses honnêtes et approfondies.

## 5-2. L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) :

L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) est un outil clinique utilisé pour évaluer la sévérité de l'anxiété chez les patients. Selon Hamilton (1959), cette échelle mesure les symptômes d'anxiété à travers une série d'items couvrant à la fois des aspects psychologiques et somatiques.

**5-2-1. Présentation des items :** L'échelle HAM-A comprend 14 items, chacun évaluant un symptôme spécifique de l'anxiété. Ces items sont notés sur une échelle de 0 (absence de symptômes) à 4 (symptômes sévères). Les items incluent :

1. Anxiété mentale (humeur anxieuse, inquiétude, anticipation du pire)
2. Tension (fatigabilité, réactions de sursaut, irritabilité)
3. Peurs (peur du noir, des étrangers, de rester seul)
4. Insomnie (difficultés à s'endormir, réveils fréquents)
5. Fonctions intellectuelles (difficulté de concentration, perte de mémoire)
6. Humeur dépressive (perte d'intérêt, pessimisme)

7. Symptômes somatiques musculaires (tensions, douleurs)
8. Symptômes somatiques sensoriels (vertiges, bourdonnements d'oreilles)
9. Symptômes cardiovasculaires (palpitations, douleurs thoraciques)
10. Symptômes respiratoires (oppression thoracique, sensation d'étouffement)
11. Symptômes gastro-intestinaux (douleurs abdominales, nausées)
12. Symptômes génito-urinaires (fréquence urinaire, dysfonction sexuelle)
13. Symptômes autonomes (bouche sèche, bouffées de chaleur)
14. Comportement au cours de l'entretien (tremblements, transpiration), ( consulté le 21/06/2024 à l'adresse : [www.chmpsy.com](http://www.chmpsy.com))

#### **5-2-2. Notation des résultats de l'échelle d'anxiété de Hamilton :**

Chaque item de l'échelle HAM-A est conçu pour capturer un aspect spécifique de l'anxiété, permettant une évaluation globale de la sévérité des symptômes. Les scores totaux vont de 0 à 56, avec des scores plus élevés indiquant une anxiété plus sévère. Cet outil est largement utilisé dans les contextes cliniques en raison de sa simplicité et de sa fiabilité pour diagnostiquer et suivre les progrès des patients souffrant d'anxiété.

Pour chaque item de l'échelle HAM-A, le participant reçoit une note de 0 à 4, en fonction de la sévérité de chaque symptôme :

- 0 : Absence de symptôme
- 1 : Intensité légère
- 2 : Intensité modérée
- 3 : Intensité sévère
- 4 : Intensité très sévère

Le score total est obtenu en additionnant les notes de tous les items, avec un score maximal possible de 56. Les scores totaux sont interprétés comme suit :

- 0-17 : Anxiété légère
- 18-24 : Anxiété modérée
- 25-30 : Anxiété sévère
- > 30 : Anxiété très sévère

Les résultats sont analysés de deux manières : premièrement, en examinant le score global pour déterminer la sévérité générale de l'anxiété du patient ; deuxièmement, en analysant les scores individuels des différents items pour identifier les aspects spécifiques de l'anxiété qui

sont les plus prononcés. Cette double approche permet de personnaliser les interventions thérapeutiques, en ciblant à la fois l'anxiété globale et les symptômes particuliers qui contribuent à l'état anxieux du patient.

L'analyse détaillée des scores individuels peut révéler des modèles spécifiques, tels que des niveaux élevés d'anxiété mentale mais des symptômes somatiques modérés, ou vice versa. Cette granularité dans l'évaluation permet aux cliniciens de développer des plans de traitement plus nuancés et efficaces, en répondant de manière précise aux besoins uniques de chaque patient. ( consulté le 21/06/2024 à l'adresse : [www.chmpsy.com](http://www.chmpsy.com)).

## **6. Déroulement de l'enquête :**

Cette section décrit en détail le déroulement de l'enquête menée au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Boukhalifa, dans la commune d'Amizour, au sein du service d'oncologie. Cette étude vise à évaluer l'anxiété chez les personnes stomisées suite à un cancer du côlon en utilisant des entretiens semi-directifs et l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A).

Ce chapitre détaillé fournit une vue d'ensemble complète du déroulement de l'enquête menée au CHU Boukhalifa, utilisant des entretiens semi-directifs et l'échelle d'anxiété de Hamilton. Il met en évidence la méthodologie rigoureuse adoptée pour recueillir et analyser les données, garantissant la fiabilité et la validité des résultats obtenus.

### **6.1. Phase préparatoire:**

#### **6.1.1. Sélection des participants :**

La sélection des participants a été réalisée en collaboration avec les professionnels de santé du service d'oncologie.

Les critères d'inclusion :

- Patients ayant subi une stomie suite à un cancer du côlon.
- Consentement éclairé des participants.
- Capacité à participer à des entretiens et à répondre aux questionnaires.

Les critères d'exclusion :

- Patients présentant des troubles cognitifs empêchant la participation à l'étude.
- Refus ou incapacité de donner un consentement éclairé.

#### **6.1.2. Consentement éclairé :**

Tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude, des méthodes utilisées, de la confidentialité des données recueillies, et de leur droit de se retirer de l'étude à tout moment sans conséquences sur leur traitement médical.

**6.2. Collecte des données :****6.2.1. Entretiens semi-directifs :**

Les entretiens semi-directifs ont été conduits pour explorer les expériences et les perceptions des participants concernant leur stomie et l'anxiété associée. Les entretiens ont été menés dans les salles d'observation vu que les patients étaient obligés de rester allongés.

**6.2.1.1. Guide d'entretien :**

Un guide d'entretien structuré a été utilisé pour assurer que tous les aspects pertinents de la recherche soient couverts. Les principaux thèmes abordés sont comme suit :

- Le côté émotionnel et acceptation concernant la stomie
- L'expérience sociale et conjugale de vivre avec une stomie.
- Les perspectives sur l'avenir des personnes stomisées..

La durée des entretiens variait entre 30 et 40 minutes, en fonction de la disponibilité et du confort des participants.

**6.2.1.2. Analyse des entretiens :**

Une analyse thématique a été réalisée pour identifier les thèmes récurrents et significatifs relatifs à l'anxiété et à la stomie. Cette analyse qualitative a permis de dégager des insights profonds sur les expériences individuelles et les facteurs contribuant à l'anxiété.

**6.2.2. Échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) :**

L'échelle d'anxiété de Hamilton a été administrée aux participants après les entretiens semi-directifs pour quantifier le niveau d'anxiété. Cet outil clinique standardisé permet de mesurer la sévérité de l'anxiété à travers 14 items couvrant divers symptômes psychologiques et somatiques.

**6.2.2.1. Administration de l'échelle :**

L'échelle HAM-A a été remplie par les participants avec notre aide pour assurer une compréhension claire de chaque item. Les scores individuels pour chaque item ont été notés sur une échelle de 0 à 4, comme décrit précédemment.

**6.2.2.2. Analyse des scores :**

Les scores totaux de l'échelle HAM-A ont été calculés pour chaque participant. Les scores individuels des 14 items ont également été analysés pour identifier les domaines spécifiques de l'anxiété les plus prononcés. Cette double analyse a fourni une vue d'ensemble de la sévérité de l'anxiété et des symptômes spécifiques nécessitant une attention particulière.

**Synthèse :**

Ce chapitre détaille la méthodologie adoptée pour notre étude descriptive. Une pré-enquête a d'abord permis de cerner les objectifs et d'ajuster les outils de collecte de données. La recherche s'est déroulée dans un service d'oncologie d'un CHU de boukhalfa, où nous avons étudié une population de huit patients stomisés à la suite d'un cancer colorectal. Les outils d'investigation incluaient des entretiens semi-directifs et le test d'anxiété de Hamilton, afin d'évaluer l'impact psychologique. Le déroulement de l'enquête s'est étalé sur plusieurs semaines, avec des entretiens approfondis réalisés auprès des patients.

# **Chapitre V**

## Préambule :

Ce chapitre présente une description détaillée des résultats obtenus à partir des entretiens semi-directifs et de l'échelle d'anxiété de Hamilton. Nous commencerons par décrire les réponses des participants, en soulignant les thèmes récurrents et les expériences partagées. Ensuite, nous fournirons une description des scores obtenus sur l'échelle de Hamilton, illustrant les niveaux d'anxiété présents parmi les sujets étudiés. Cette approche descriptive vise à fournir une vue d'ensemble complète et nuancée des aspects psychologiques liés à la stomie chez les patients atteints de cancer du côlon. Enfin, nous discuterons ces résultats en les comparant avec les données de la littérature existante et en explorant leurs implications pour le suivi clinique et psychologique des personnes stomisées.

## 1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien et l'échelle d'anxiété de Hamilton

### 1-1 Cas Madame L:

#### A- Présentation et analyse des résultats de l'entretien :

##### Axe 1 : information personnelle du patient:

Dans le cadre de l'entretien semi-directif dans cet axe l'accent sera mis sur la collecte d'informations personnelles essentielles.

Madame L, âgée de 35 ans est une femme au foyer avec un niveau d'étude moyen, mariée depuis 2013 et mère de deux filles, sa première intervention de stomie est datée du 3 juillet 2022, côté gauche, représente un moment clé à explorer, en particulier pour comprendre l'impact psychologique de cet événement sur sa vie familiale et personnelle. Il sera important d'aborder son rôle de mère et d'épouse, afin de saisir comment elle gère les responsabilités quotidiennes dans ce nouveau contexte de santé.

##### Axe 2 : lié au côté émotionnel et acceptation:

Cet axe sert à explorer les différents aspects pour comprendre comment les émotions interagissent et influencent le processus de non-acceptation.

Au cours de l'entretien, Madame L. a exprimé un profond rejet de sa stomie, visible à travers des déclarations explicites et des comportements non verbaux révélateurs d'une détresse émotionnelle importante. Lorsqu'elle a prononcé les mots "*je ne me reconnais plus*", elle a évité le contact visuel, et son corps s'est tendu, indiquant un inconfort marqué et une distanciation par rapport à son image corporelle actuelle. En évoquant son corps, elle a montré des signes physiques de retrait, comme le fait de croiser les bras ou de s'éloigner légèrement du point de discussion, ce qui suggère une dissociation partielle entre son identité passée et la nouvelle réalité imposée par la stomie.

Lorsqu'elle a déclaré "*tout semble insurmontable*", sa voix est devenue plus faible, presque murmurée, et elle a souvent marqué de longues pauses, comme si formuler ses sentiments lui demandait un effort considérable. Ce ralentissement dans son discours, associé à des soupirs



répétés, traduit un épuisement émotionnel qui dépasse la simple tristesse et reflète un sentiment d'impuissance face à la situation. Les mots étaient souvent accompagnés d'une posture recroquevillée, où elle se repliait physiquement sur elle-même, cherchant visiblement à se protéger de ce qu'elle considère comme un fardeau émotionnel trop lourd à porter.

### **Axe 3: lié au côté relationnel (conjugale et social) :**

Lors de l'entretien, Madame L. a exprimé des difficultés importantes sur le plan relationnel, particulièrement dans sa vie conjugale, sociale, et intime. Elle a révélé que sa stomie a profondément affecté son intimité avec son mari, partageant des sentiments de honte et de gêne. Elle a utilisé des phrases comme "*je ne me sens plus désirable*" et "*j'ai peur qu'il me voit différemment*", accompagnées d'une baisse de ton dans sa voix et d'un regard fuyant. Ces expressions verbales et non verbales montrent une perte de confiance en elle-même et une peur intense de l'altération de l'image que son conjoint pourrait avoir d'elle, ce qui rend difficile tout rapprochement physique. Lorsqu'elle parle de sa vie intime, ses mains se crispent légèrement, et elle évite tout contact visuel, indiquant à quel point ce sujet est douloureux et chargé de tension émotionnelle.

Sur le plan familial, Madame L. a également exprimé des inquiétudes quant à la perception de sa stomie par ses enfants et ses proches. Elle a mentionné que ses filles sont encore jeunes et qu'elle a des difficultés à expliquer sa situation, disant "*je ne veux pas qu'elles me voient comme ça*". Ce refus de montrer sa vulnérabilité semble lié à une peur de les inquiéter ou de perturber leur vision d'elle en tant que mère forte et protectrice. Elle a également noté un éloignement progressif de certains membres de la famille et amis, déclarant "*je sens que les gens ne savent pas comment réagir avec moi maintenant*", ce qui accentue son sentiment d'isolement social.

### **Axe 4: lié à la perspective sur l'avenir :**

Madame L. a exprimé des préoccupations importantes concernant son quotidien avec la stomie, ainsi que des craintes pour son futur. Lors de l'entretien, elle a partagé des pensées telles que "*je ne sais pas si je pourrai un jour vivre normalement avec ça*", marquées par une intonation pleine d'incertitude. Elle a souvent regardé vers le sol en parlant de l'avenir, comme si cette vision était trop lourde à affronter. Ces comportements traduisent un sentiment de pessimisme et de doute quant à sa capacité à intégrer la stomie dans sa vie, non seulement sur le plan physique, mais aussi psychologique.

Madame L. a également exprimé des inquiétudes concernant la pérennité de ses relations familiales et sociales, déclarant "*j'ai peur que ça devienne trop pour eux*" en parlant de son mari et de ses enfants. Cette phrase, accompagnée d'une posture fermée et d'un soupir audible, révèle une angoisse latente liée à l'idée d'être un fardeau pour son entourage. Elle semble anticiper un rejet ou un épuisement de la part de ses proches, renforçant ainsi son sentiment d'incertitude quant à l'avenir de ses relations.

En termes de préoccupations principales, elle a mentionné à plusieurs reprises des craintes concernant son indépendance et sa capacité à retrouver une vie active. Des phrases comme "*et si je ne pouvais plus s'occuper de ma maison ?*" ou "*comment vais-je m'occuper de mes enfants à long terme?*" ont été prononcées avec une voix faible, presque chuchotée, traduisant une peur profonde de perdre son autonomie. Elle a souvent fait des gestes d'anxiété, comme se tordre les mains ou jouer nerveusement avec un objet pendant qu'elle parlait de ces sujets, ce qui montre l'intensité de ses préoccupations.

### Synthèse du cas madame L :

Madame L. éprouve une profonde détresse émotionnelle face à sa stomie, marquée par une perte d'identité et une difficulté à accepter son changement corporel. Sur le plan relationnel, cette détresse se manifeste par un éloignement progressif de son mari et de son entourage, alimenté par des sentiments de honte et de gêne. Ses préoccupations concernant l'avenir sont dominées par la peur de ne plus pouvoir mener une vie normale, avec des doutes sur sa capacité à maintenir son autonomie et à remplir ses rôles de mère et d'épouse. L'ensemble de ces défis renforce son refus de la stomie, créant un cercle vicieux de rejet et d'isolement qui complique son processus d'acceptation.

### B-Présentation des résultats de l'échelle Hamilton de l'anxiété : Madame L

Items	Degrés				
	0	1	2	3	4
Anxiété mentale			X		
Tension		X			
Peurs			X		
Insomnie		X			
Fonctions intellectuelles		X			
Humeur dépressive				X	
Symptômes somatiques musculaires			X		
Symptômes somatiques sensoriels			X		
Symptômes cardiovasculaires		X			
Symptômes respiratoires				X	
Symptômes gastro-intestinaux			X		
Symptômes génito-urinaires			X		
Symptômes autonomes		X			
Comportement au cours de l'entretien		X			

### Score total :

En additionnant les cotations des différents items, Madame L obtient un score total de 24.

**Analyse des résultats de Madame L :**

Avec un score total de 24, Madame L se situe dans la catégorie d'anxiété modérée (18-24 points). Ce résultat indique que Madame L présente des symptômes d'anxiété significatifs, sans toutefois atteindre le seuil d'une anxiété sévère.

Certaines dimensions se distinguent, notamment :

- Humeur dépressive (3) et symptômes respiratoires (3), qui sont particulièrement marqués et montrent un niveau d'anxiété sévère dans ces domaines spécifiques.
- Les symptômes somatiques musculaires et sensoriels, ainsi que les symptômes gastro-intestinaux et génito-urinaires, sont également présents de manière modérée.

**Synthèse du cas clinique madame L :**

Ces résultats suggèrent que Madame L souffre de symptôme d'anxiété qui affectent plusieurs aspects de son quotidien, en particulier son humeur, sa respiration, et ses sensations somatiques. Bien que les symptômes ne soient pas uniformément sévères, ils pourraient entraîner des difficultés importantes sur le plan fonctionnel et psychologique. Une prise en charge adaptée, ciblant particulièrement les symptômes les plus sévères, serait donc recommandée pour améliorer sa qualité de vie.

**1-2 Cas monsieur Z :****A- Présentation et analyse des résultats de l'entretien****Axe 1 : information personnelle du patient:**

Monsieur Z est un homme de 46 ans, marié depuis 14 ans. Il est père de deux enfants, une fille de 13 ans et un garçon de 10 ans. Monsieur Z a un niveau d'éducation secondaire et travaille en tant que technicien en électricité bâtiment. Il a été stomisé en février 2019 au niveau de son côté gauche et sa stomie est permanente.

Ces informations personnelles offrent un contexte pour comprendre la situation de Monsieur Z avant d'aborder les autres axes d'analyse

**Axe 2 : lié au côté émotionnel et acceptation:**

Sur le plan émotionnel, Monsieur Z semble encore en lutte avec l'acceptation de sa stomie. Tout au long de l'entretien, il regarde la fenêtre commençant par de longues soupires lorsqu'il aborde cette question, un signe que cet aspect de sa vie lui est encore difficile à gérer. Il parle de la frustration ressentie dans les mois qui ont suivi l'opération : "*ghlighe*." exprimant une faiblesse, Il admet que, même s'il a appris à vivre avec, cette frustration se transforme souvent en anxiété lorsqu'il pense aux imprévus ou aux moments où sa stomie pourrait le mettre dans l'embarras. Son anxiété se manifeste particulièrement lorsqu'il parle des

situations où il doit quitter la maison, et il exprime un besoin de sécurité qui le pousse à éviter les sorties imprévues

**Axe 3: lié au coté relationnel (conjugale et social) :**

Monsieur Z a évoqué les défis que sa stomie a engendrés dans sa vie intime, en déclarant : *"Depuis l'opération, je me sens moins désirable. C'est comme si ma partenaire me voyait différemment."* Cette phrase illustre une préoccupation commune chez les stomisés, où l'image corporelle et l'acceptation par le partenaire deviennent des sources d'anxiété. Il a également mentionné : *"Nous avons moins de moments d'intimité, et cela me fait mal."* Cela souligne l'impact émotionnel que la stomie peut avoir sur la relation, rendant la communication et l'intimité plus difficiles.

Monsieur Z a également abordé son entourage social en disant : *"Je n'ose plus sortir avec mes amis, j'ai peur de leur réaction."* Cette peur du jugement peut entraîner un retrait social, ce qui aggrave son sentiment de solitude. Il a mentionné : *"Je me sens souvent seul, même en étant entouré."* Cela souligne l'importance d'un soutien social adéquat et d'une communication ouverte pour aider les personnes stomisées à se sentir acceptées et comprises. Il évite les rassemblements sociaux où il ne se sent pas en contrôle total de la situation. *"Je préfère rester chez moi, c'est plus sûr,"* dit-il, révélant la profondeur de son anxiété sociale.

**Axe 4: lié a la perspective sur l'avenir :**

Lorsque la conversation se tourne vers l'avenir, l'anxiété de Monsieur Z devient particulièrement palpable. Il semble inquiet face à l'incertitude qui accompagne sa condition. En parlant de ses perspectives, il s'agite légèrement sur son lit et il déclare : *"Je prends les choses un jour à la fois, mais c'est difficile de ne pas penser à ce qui pourrait arriver."* Son discours est marqué par une inquiétude persistante, bien qu'il tente de se montrer optimiste pour sa famille. Il exprime un espoir pour des avancées médicales qui pourraient rendre sa vie plus facile, mais l'anxiété liée à l'incertitude reste un poids constant dans sa réflexion sur l'avenir.

**Synthèse du cas monsieur Z:**

Tout au long de l'entretien, l'anxiété de Monsieur Z se manifeste de manière claire à travers ses réponses et sa gestuelle. Bien qu'il tente de s'adapter à sa nouvelle réalité, cette anxiété influence non seulement son bien-être émotionnel, mais aussi ses relations et sa vision de l'avenir.

**B- Présentation des résultats de l'échelle Hamilton de l'anxiété : monsieur Z :**

Items	Degrés				
	0	1	2	3	4
Anxiété mentale			X		
Tension			X		
Peurs		X			
Insomnie		X			
Fonctions intellectuelles		X			
Humeur dépressive			X		
Symptômes somatiques musculaires			X		
Symptômes somatiques sensoriels			X		
Symptômes cardiovasculaires		X			
Symptômes respiratoires			X		
Symptômes gastro-intestinaux				X	
Symptômes génito-urinaires				X	
Symptômes autonomes				X	
Comportement au cours de l'entretien			X		

**Score total :**

En additionnant les cotations des différents items, Monsieur Z obtient un score total de 27.

**Analyse des résultats :**

Avec un score de 27, Monsieur Z se situe dans la catégorie de l'anxiété sévère selon la cotation.

- Symptômes physiques (somatiques) : Les scores élevés dans les domaines des symptômes gastro-intestinaux (3), génito-urinaires (3), et autonomes (3) indiquent que Monsieur Z souffre significativement de symptômes somatiques, ce qui est courant chez les personnes ayant une stomie. L'anxiété liée à ces symptômes pourrait être aggravée par des préoccupations concernant l'image corporelle, le fonctionnement physique, et la gestion quotidienne de la stomie.

- Symptômes psychologiques : Les scores montrent également une anxiété mentale (2) et une humeur dépressive (2) notables, ce qui reflète une détresse émotionnelle significative. Ces symptômes peuvent être en partie liés à l'adaptation à la vie avec une stomie après un cancer, un événement souvent traumatisant.

**Synthèse du cas monsieur Z :**

Monsieur Z présente un niveau d'anxiété sévère, caractérisé par une combinaison de symptômes somatiques et psychologiques. Les symptômes somatiques sont particulièrement

prononcés, notamment dans les domaines gastro-intestinaux, génito-urinaires, et autonomes, suggérant que l'anxiété de Monsieur Z est fortement influencée par les changements physiques induits par la stomie.

### 1-3 Cas madame C :

#### A- Présentation et analyse des résultats de l'entretien

##### Axe 1 : information personnelle du patient:

Madame C, âgée de 50 ans, femme au foyer, mariée depuis 17 ans elle a deux enfants, une fille de 15 ans et un garçon de 13 ans. Elle a un niveau d'études secondaires. Elle est stomisée de son côté gauche depuis février 2023 et sa stomie est permanente. Depuis cette opération, elle semble traverser une période difficile, où ses rôles de mère et d'épouse sont remis en question par les bouleversements physiques et émotionnels liés à sa condition.

##### Axe 2 : lié au côté émotionnel et acceptation:

Sur le plan émotionnel, Madame C montre des signes clairs de détresse. Tout au long de l'entretien, elle avait tendance à baisser la tête, évitant le contact visuel direct, et serrait souvent ses mains l'une contre l'autre, ce qui pourrait indiquer une nervosité ou une angoisse sous-jacente. Ses pleurs fréquents et sa tristesse marquée révèlent un état émotionnel très fragile. Lorsqu'elle a parlé de sa stomie, elle a confié : *“Je n'arrive pas à me regarder dans le miroir, je ne reconnais plus mon propre corps.”* Cette déclaration illustre à quel point l'acceptation de sa nouvelle condition est difficile pour elle, et comment cela affecte profondément son estime de soi. Ce changement corporel lui entrave son épanouissement disant qu'à chaque fois elle touche sa poche elle se sent bizarre et dégoûtante.

##### Axe 3: lié au côté relationnel (conjugale et social) :

Le domaine relationnel est également profondément perturbé. Madame C a exprimé une réticence à s'engager dans des interactions intimes avec son mari, déclarant : *“Je ne me sens plus désirable... je préfère qu'il ne me touche pas.”* Cette phrase souligne l'impact de la stomie sur son sentiment d'attractivité et sur sa vie conjugale. De plus, son isolement social est palpable. Elle a mentionné, en secouant la tête avec un léger tremblement des mains : *“Je préfère éviter les gens, je n'ai pas envie qu'ils me voient comme ça.”* Elle explique qu'elle est bien entourée mais pour elle c'est une forme de pitié. Ce comportement de retrait peut être interprété comme un mécanisme de défense contre le jugement perçu de son entourage, renforçant son isolement et contribuant à son anxiété.

##### Axe 4: lié a la perspective sur l'avenir :

Madame C est particulièrement inquiète pour l'avenir, notamment en ce qui concerne son rôle de mère. Elle a partagé, les yeux embués de larmes : *“J'ai peur de ne pas être là pour mes enfants, de ne plus les voir grandir.”* Cette phrase poignante reflète une peur profonde de l'abandon, de la perte, et une anxiété accrue quant à sa capacité à être présente pour ses

enfants à l’avenir. Son discours était souvent entrecoupé de silences, comme si les mots lui manquaient pour exprimer pleinement ses craintes.

**Synthèse du cas clinique N°3 madame C :**

L’entretien avec Madame C révèle une anxiété profonde, alimentée par des difficultés d’acceptation de sa stomie, des perturbations dans sa vie relationnelle notamment sa vie conjugale, et des inquiétudes majeures concernant l’avenir. Ses gestes et ses paroles témoignent d’une souffrance intense, qui semble envahir tous les aspects de sa vie quotidienne.

**B-Présentation des résultats de l’échelle Hamilton de l’anxiété : Madame C :**

Items	Degrés				
	0	1	2	3	4
Anxiété mentale				X	
Tension			X		
Peurs			X		
Insomnie				X	
Fonctions intellectuelles			X		
Humeur dépressive			X		
Symptômes somatiques musculaires			X		
Symptômes somatiques sensoriels			X		
Symptômes cardiovasculaires			X		
Symptômes respiratoires		X			
Symptômes gastro-intestinaux		X			
Symptômes génito-urinaires		X			
Symptômes autonomes			X		
Comportement au cours de l’entretien			X		

**Score total :**

En additionnant les cotations des différents items, Madame C obtient un score total de 27.

**Analyse des résultats :**

Avec un score total de 27, ce patient se situe dans la catégorie de l’anxiété sévère, selon la cotation .

- Anxiété mentale (3) : Le score élevé en anxiété mentale reflète une forte présence de pensées anxieuses, d’inquiétudes constantes, ou de ruminations.
- Insomnie (3) : Un score de 3 en insomnie indique des difficultés significatives à s’endormir, à rester endormi, ou à avoir un sommeil réparateur, ce qui peut exacerber l’état d’anxiété général.

- Tension et peurs (2) : La tension constante et les peurs présentes, bien que modérées, contribuent à l'état de stress permanent.
- Fonction intellectuelle et humeur dépressive (2) : Des difficultés modérées sont observées dans la concentration, la mémoire ou la prise de décisions, accompagnées d'une humeur dépressive.
- Symptômes somatiques (1-2) : Les symptômes somatiques sont présents, bien qu'ils soient plus légers dans certains domaines, comme les symptômes gastro-intestinaux et génito-urinaires (score de 1). Les symptômes musculaires et sensoriels (score de 2) sont plus prononcés, témoignant de l'impact physique de l'anxiété.

### **Synthèse du cas madame C :**

Madame C présente un niveau d'anxiété sévère, avec des symptômes marqués par des pensées anxieuses, de l'insomnie, et des signes physiques modérés mais diversifiés. Tous ses signes peuvent entraîner des difficultés importantes sur le plan fonctionnel et psychologique. La sévérité de l'anxiété mentale et de l'insomnie suggère que ces facteurs sont particulièrement invalidants pour le patient,

### **1-4 Cas madame N :**

#### **A- Présentation et analyse des résultats de l'entretien**

##### **Axe 1 : information personnelle du patient:**

Madame M, âgée de 51 ans, femme au foyer, est mariée depuis 13 ans et n'a pas d'enfants. Son niveau d'étude est moyen. Elle a subi une stomie coté droit d'une façon permanente le 19 septembre 2023. Ce changement soudain dans sa vie semble avoir profondément perturbé son quotidien, tant sur le plan émotionnel que relationnel.

##### **Axe 2 : lié au coté émotionnel et acceptation:**

Sur le plan émotionnel, Madame M est déçue, choquée, et triste face à cette transformation corporelle imposée par la stomie. Durant l'entretien, elle exprimait sa douleur en se frottant souvent les mains, un signe de son malaise intérieur. Elle a partagé avec une voix tremblante : *"Je ne m'attendais pas à un tel changement... C'est comme si on m'avait enlevé une partie de moi."* Cette phrase témoigne de la difficulté qu'elle éprouve à accepter cette nouvelle réalité, marquée par un sentiment de perte et une dévalorisation de soi, selon ses dires elle n'arrive pas à accepter sa stomie malgré ses efforts de la normaliser car elle est apparente et elle la ressent toujours d'après elle.

##### **Axe 3: lié au coté relationnel (conjugale et social) :**

Dans sa vie relationnelle, bien que son conjoint l'accepte et lui offre un soutien, Madame M se sent chamboulée. Elle a avoué : *"Je sais qu'il m'aime toujours, mais je ne me sens plus la même, je me sens tellement différente."* Ce sentiment d'altération personnelle la pousse à



éviter les contacts intimes, malgré l'amour de son conjoint. De plus, elle a tendance à se retirer socialement, bien qu'elle soit entourée de personnes bienveillantes elle se sent de plus en plus seule. Cette réticence à s'engager socialement pourrait être liée à une crainte d'être jugée ou de ne pas être comprise, renforçant son isolement.

**Axe 4: lié a la perspective sur l'avenir :**

Concernant l'avenir, Madame M exprime un profond espoir de guérir. Son désir de survie est palpable lorsqu'elle dit : *"Je veux juste guérir... je ne veux pas mourir, pas maintenant."* Ses mains, serrées sur ses genoux, montrent sa détermination mais aussi sa peur. Ce besoin intense de se rétablir et de retrouver une certaine normalité dans sa vie reflète une angoisse existentielle, où la peur de la mort domine son horizon mental.

**5 Synthèse du cas madame N :**

Madame M traverse une période de bouleversements émotionnels et relationnels significatifs suite à sa stomie. Sa difficulté à accepter son nouveau corps, combinée à des défis dans sa vie intime et sociale, accentue son isolement et sa détresse. Néanmoins, son désir de guérison et de survie reste fort, bien qu'il soit teinté de peur et d'incertitude.

**B-Présentation des résultats de l'échelle Hamilton de l'anxiété : Madame N :**

Items	Degrés				
	0	1	2	3	4
Anxiété mentale			X		
Tension			X		
Peurs				X	
Insomnie				X	
Fonctions intellectuelles		X			
Humeur dépressive			X		
Symptômes somatiques musculaires			X		
Symptômes somatiques sensoriels			X		
Symptômes cardiovasculaires		X			
Symptômes respiratoires		X			
Symptômes gastro-intestinaux		X			
Symptômes génito-urinaires		X			
Symptômes autonomes			X		
Comportement au cours de l'entretien			X		

**Score total :**

Le score total de Madame N est de 25, ce qui correspond à une anxiété sévère selon la cotation (25-30).

**Analyse des résultats :**

Madame N présente des scores élevés en.

- peurs (3) qui montre qu'elle est proie à des peurs intenses qui peuvent être liées à ses préoccupations concernant sa stomie
- insomnie (3) signifie que madame N éprouve des difficultés à trouver le sommeil ou a maintenir un sommeil réparateur; cela peut être un symptôme de son anxiété ou les pensées anxieuses empêchent la relaxation nécessaire pour dormir.
- tension (2) la tension ressentie par madame N est un indicateur de son état d'anxiété. Ce score montre qu'elle vit dans un état de stress permanent se qui peut se traduire par des signes physiques de tension.
- humeur dépressive (2) avec son score madame N montre des signes modérés de dépression cela se traduit par des moments de découragements et un manque d'intérêt pour les activités qu'elle appréciait auparavant

**Synthèse du cas madame N :**

Madame N présente une anxiété sévère, marquée par des peurs intenses, des troubles du sommeil, et une tension émotionnelle constante. Ces éléments indiquent une perturbation significative de sa qualité de vie, probablement exacerbée par sa stomie et ses répercussions sur ses relations intimes et sociales. Cette anxiété impacte également son bien-être physique, avec des symptômes somatiques modérés.

**1-5 Cas monsieur A :****A- Présentation et analyse des résultats de l'entretien****Axe 1 : information personnelle du patient:**

Monsieur A, 67 ans, est un universitaire retraité. Il est marié et père de sept enfants, une grande famille composée de 6 filles et 1 garçon. En juillet 2023, il a subi deux interventions chirurgicales pour une stomie, la première le 5 juillet et la seconde le 15 juillet. Après ces opérations, il a passé 21 jours dans le coma, une expérience qui a considérablement influencé sa perception de lui-même et de sa maladie. Lors de l'entretien, Monsieur A allongé sur son lit semble souvent perdu dans ses pensées, son regard se détourne fréquemment, signe d'une réflexion intérieure profonde.

**Axe 2 : lié au côté émotionnel et acceptation:**

Sur le plan émotionnel, Monsieur A exprime une profonde déception vis-à-vis de sa stomie. Il utilise des termes forts pour décrire son ressenti, disant : "*Je ne m'attendais pas à ça... C'est comme si mon corps m'avait trahi.*" Le coma qu'il a traversé l'a forcé à faire face à la gravité de sa maladie, et bien qu'il semble résigné à cette nouvelle réalité, son acceptation n'est pas

complète. Il précise : *"Je suis obligé de vivre avec, je n'ai pas le choix."* Cette phrase montre une acceptation contrainte, sans réelle adhésion émotionnelle. Lorsqu'il évoque ce sujet, Monsieur A serre les draps de son lit avec sa mains , un geste qui traduit une tension intérieure et un malaise face à l'inévitable.

**Axe 3: lié au coté relationnel (conjugale et social) :**

Concernant sa vie relationnelle, Monsieur A se montre très préoccupé par l'impact de sa stomie sur son intimité. Il mentionne : *"Je crains toujours que la poche fuie... Cela m'empêche d'être à l'aise, même avec ma femme."* Cette peur constante de l'embarras le pousse à éviter les contacts intimes, ce qui affecte sa relation conjugale. En parlant de cela, il baisse la tête, évitant le regard, ce qui révèle une profonde gêne. Socialement, bien que son entourage prenne soin de lui, il exprime un sentiment de culpabilité, affirmant : *"Ils sont tous très attentifs... mais je ne peux m'empêcher de penser que je suis un fardeau pour eux."* Cette perception de lui-même en tant que poids pour sa famille montre à quel point la stomie a affecté son image de soi et ses relations sociales.

**Axe 4: lié a la perspective sur l'avenir :**

Quant à son avenir, Monsieur A exprime de forts doutes sur sa capacité à continuer à jouer son rôle de père et de grand-père. Ses paroles traduisent une grande incertitude : *"Je me demande si je pourrai encore être utile à ma famille... Je doute de moi."* Il se remet en question, non seulement en tant qu'individu, mais aussi dans ses fonctions au sein de sa famille. Ses mains tremblent légèrement lorsqu'il parle de l'avenir, trahissant une anxiété sous-jacente. Son discours, teinté d'inquiétude, montre une anticipation négative des jours à venir, où la stomie pourrait continuer à limiter ses capacités à interagir pleinement avec ses proches.

**Synthèse du cas monsieur A :**

L'entretien avec Monsieur A révèle une complexité émotionnelle , où l'acceptation de sa stomie se heurte à des sentiments de déception et d'impuissance. Bien qu'il bénéficie du soutien de sa famille, ses préoccupations relationnelles et ses doutes sur son avenir indiquent une anxiété permanente et une remise en question de son identité.

**B-Présentation des résultats de l'échelle Hamilton de l'anxiété : Monsieur A :**

Items	Degrés				
	0	1	2	3	4
Anxiété mentale			X		
Tension		X			
Peurs		X			
Insomnie			X		
Fonctions intellectuelles			X		
Humeur dépressive			X		
Symptômes somatiques musculaires		X			
Symptômes somatiques sensoriels		X			
Symptômes cardiovasculaires		X			
Symptômes respiratoires		X			
Symptômes gastro-intestinaux		X			
Symptômes génito-urinaires			X		
Symptômes autonomes		X			
Comportement au cours de l'entretien		X			

**Score total :**

En additionnant les scores donnés, le score total de Monsieur A est de 19.

**Analyse des résultats :**

Avec un score de 19, Monsieur A présente une anxiété modérée. Cela signifie qu'il éprouve des symptômes d'anxiété qui affectent son quotidien, mais sans atteindre un niveau sévère.

Voici une analyse détaillée des scores les plus élevés :

- Anxiété mentale (2) :

Ce score reflète des pensées anxieuses récurrentes chez Monsieur A. Bien qu'il ne soit pas paralysé par l'anxiété, il est clair qu'il ressent une inquiétude persistante, probablement liée à sa stomie et aux changements qu'elle a entraînés dans sa vie.

- Insomnie (2) :

Monsieur A a du mal à trouver ou à maintenir un sommeil de qualité. Cela pourrait être dû à des préoccupations mentales liées à sa santé, ainsi qu'à l'inconfort physique provoqué par sa stomie. L'insomnie peut également exacerber d'autres symptômes d'anxiété.

- fonctions intellectuelles (2) :

Ce score indique que Monsieur A ressent des difficultés à se concentrer ou à se souvenir des choses, ce qui pourrait être un effet de son anxiété. Il est possible que les pensées anxieuses et la fatigue mentale affectent sa capacité à fonctionner de manière optimale.

- Humeur dépressive (2) :

Monsieur A montre des signes de dépression légère à modérée, comme le révèlent ses sentiments de découragement et de perte d'intérêt. Bien qu'il n'atteigne pas un niveau de dépression sévère, cette humeur dépressive contribue à son état d'anxiété global.

- Symptômes génito-urinaires (2) :

La stomie semble affecter Monsieur A sur le plan physique, en particulier dans les domaines intimes et urinaires. Ce score peut refléter des préoccupations liées à des sensations d'inconfort ou à des craintes d'accidents liés à la stomie.

### **Synthèse du cas monsieur A :**

Monsieur A présente une anxiété modérée, manifestée par des pensées anxieuses, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration. Son humeur dépressive et ses symptômes génito-urinaires exacerbent son anxiété, notamment en raison des conséquences de sa stomie. Bien qu'il parvienne à gérer ses émotions dans une certaine mesure, ces symptômes ont un impact notable sur sa qualité de vie.

### **1-6 Cas Monsieur S :**

#### **A- Présentation et analyse des résultats de l'entretien**

##### **Axe 1 : information personnelle du patient :**

Monsieur S, âgé de 58 ans, est marié depuis plus de 30 ans et père de quatre filles, trois adultes et une encore mineure, son niveau d'étude est secondaire. Sa femme, femme au foyer. Monsieur A, a travaillé comme employé administratif dans une petite entreprise locale à Alger jusqu'à sa retraite anticipée, il y a quelques années.

En avril 2021, il a subi une intervention chirurgicale pour la mise en place d'une stomie. Quelques semaines après l'opération, il a été hospitalisé de nouveau en urgence et a subi une seconde intervention en mai 2021. Lors de l'entretien, Monsieur S semblait détaché, souvent absorbé par ses pensées, son regard fuyant trahissant une réflexion continue sur son état de santé. Il exprimait parfois des signes d'inquiétude quant à son avenir, tout en essayant de maintenir une façade de calme.

##### **Axe 2 : lié au côté émotionnel et acceptation :**

Sur le plan émotionnel, Monsieur S a éprouvé un profond désarroi face à sa stomie. Lors de l'entretien, il décrit sa situation avec une grande frustration, expliquant : *" Au début, c'était très difficile à accepter, c'était comme un choc pour moi."* Les deux interventions

chirurgicales qu'il a subies ont laissé une empreinte considérable sur son état émotionnel. Lorsqu'il parle de la période post-opératoire, il s'assoit en se frottant le front et marque des pauses longues dans ses réponses, comme s'il cherchait ses mots ou tentait de maîtriser ses émotions. Il explique : *" La période après l'opération a été extrêmement difficile. J'ai eu beaucoup de mal à m'habituer à ce changement radical. "* Ce geste et son hésitation dans les réponses soulignent le poids émotionnel de son vécu.

Monsieur S a indiqué que l'acceptation de sa nouvelle réalité est venue avec le temps. Il précise : *" Je dois vivre avec cette situation, je crains qu'en dieu "* Il se tourne souvent vers la fenêtre, comme pour se distraire de ses pensées. Il ajoute que le soutien de sa famille a été crucial : *" Avec le soutien de ma famille et mes propres efforts, j'ai réussi à m'adapter et à voir les choses sous un autre angle. "*

### **Axe 3 : lié au côté relationnel (conjugale et social) :**

Concernant sa vie relationnelle, Monsieur S, a exprimé des difficultés notables, surtout dans sa vie conjugale. Bien qu'il soit soutenu par sa femme, qui reste un pilier constant malgré les défis, il avoue une certaine tristesse : *"Je me sens parfois coupable de ne pas pouvoir être aussi présent que je le voudrais pour elle. "*, il a montré une attitude de regret et une certaine tristesse, baissant souvent les yeux en parlant de ces aspects. Monsieur A, a expliqué qu'ils ont trouvé d'autres moyens de maintenir leur intimité : *"Nous avons appris à nous rapprocher autrement, à travers des gestes simples et des moments partagés".*

Sur le plan social, Monsieur S se montre réservé. Il préfère éviter de parler de sa stomie pour ne pas provoquer de malaise chez les autres. *"Je n'ai jamais eu de problème à en parler si nécessaire, mais je préfère ne pas montrer ma stomie pour ne pas mettre les gens mal à l'aise".* Monsieur S ressent une gêne dans les interactions sociales, constatant une certaine difficulté chez les autres à accepter sa situation.

Malgré ces défis, Monsieur S a affiché un visage souriant et plein de fierté lorsqu'il parle du soutien qu'il reçoit de sa famille. Il note avec un sourire : *"Elles sont toujours là pour moi, et c'est leur soutien qui m'aide à tenir. "* Cette expression de gratitude et de fierté démontre à quel point l'appui de ses filles et de sa femme est précieux pour lui, renforçant son bien-être malgré les obstacles.

### **Axe 4 : lié à la perspective sur l'avenir :**

Concernant son avenir, Monsieur S, a exprimé des inquiétudes quant à la gestion de sa stomie lors des événements sociaux importants. En évoquant ces moments, il explique avec une certaine anxiété : *"J'ai parfois des inquiétudes sur le fait que la poche pourrait se remplir ou se détacher soudainement lors de ces occasions. Je préfère être préparé pour éviter tout embarras. "* Lorsqu'il parle de ses principales préoccupations pour l'avenir, ses

yeux se remplissent de tristesse et il serre les mains sur ses genoux, traduisant son inquiétude profonde pour ses filles. Il dit : *"Mes filles ont toujours besoin de moi. Je dois être là pour elles, c'est ce qui me préoccupe le plus. Pour moi, la stomie n'est pas un si grand problème, mais pour elles, ça peut l'être beaucoup plus."*

Malgré son souci, Monsieur S, a affiché une expression résolue, montrant sa détermination à maintenir un rôle actif et de soutien dans la vie de ses enfants.

### Synthèse du cas Monsieur S :

L'entretien avec Monsieur S révèle une gestion équilibrée de sa colostomie, malgré des ajustements nécessaires dans sa routine. Bien qu'il continue à s'investir dans son travail et à maintenir des relations solides avec sa famille, il exprime une légère inquiétude quant à son avenir et son rôle vis-à-vis de ses filles. Son acceptation de la stomie est accompagnée d'une préoccupation douce pour l'impact de sa condition sur ses activités et ses interactions familiales.

### B- Présentation des résultats de l'échelle Hamilton de l'anxiété : Monsieur S :

Items	Degrés				
	0	1	2	3	4
Anxiété mentale		X			
Tension			X		
Peurs			X		
Insomnie			X		
Fonctions intellectuelles	X				
Humeur dépressive		X			
Symptômes somatiques musculaires		X			
Symptômes somatiques sensoriels			X		
Symptômes cardiovasculaires	X				
Symptômes respiratoires		X			
Symptômes gastro-intestinaux		X			
Symptômes génito-urinaires			X		
Symptômes autonomes	X				
Comportement au cours de l'entretien		X			

### Score total :

En additionnant les cotations des différents items, Monsieur S obtient un score total de 16.

**Analyse des résultats de Monsieur S :**

Avec un score total de 16, Monsieur S se situe dans la catégorie d'anxiété légère (0-17 points), selon la cotation.

Certaines dimensions se distinguent, notamment :

- Tension modérée (2) et symptômes génito-urinaires importants (2) :

Ce score reflète des préoccupations plus prononcées chez Monsieur S. Ces aspects montrent que, bien que globalement léger, son anxiété affecte certaines sphères spécifiques de sa vie.

- Insomnie (2) et symptômes sensoriels modérés (2):

tels que des picotements ou une sensibilité accrue, sont également présents, ce qui pourrait indiquer un impact sur le bien-être général de Monsieur S, même si ces symptômes ne sont pas sévères.

- Les autres symptômes, tels que l'humeur légèrement dépressive (1) les symptômes gastro-intestinaux légers (1) :

N'entravent pas significativement son quotidien.

**Synthèse du cas Monsieur S :**

Ces résultats suggèrent que Monsieur S présente des symptômes d'anxiété légère, avec des impacts modérés sur son sommeil, sa tension nerveuse, et certains symptômes physiques comme les troubles sensoriels et génito-urinaires. Bien que ces symptômes n'atteignent pas un seuil d'anxiété sévère, ils peuvent néanmoins perturber son quotidien.

**1-7 Cas Monsieur H :****A- Présentation et analyse des résultats de l'entretien****Axe 1 : information personnelle du patient :**

Monsieur H, âgé de 56 ans, est marié et père de trois enfants. Il travaille comme agent de sécurité à Bejaia avec un niveau d'étude moyen. Sa femme, retraitée de sa carrière d'enseignante, lui apporte un soutien constant.

En février 2023, Monsieur H a subi une intervention chirurgicale pour la mise en place d'une stomie. Lors de l'entretien, il apparaissait visiblement anxieux, avec une posture tendue et des gestes agités. Son visage marquait une fatigue profonde, et son regard fuyant trahissait une préoccupation constante pour son état de santé et son avenir. Sa femme, attentive à ses besoins, accentuait encore plus son stress et son inquiétude.



**Axe 2 : lié au côté émotionnel et acceptation :**

Sur le plan émotionnel, Monsieur H a exprimé une acceptation partielle de sa stomie, marquée par une lutte continue. Lors de l'entretien, il a reconnu avoir dû faire face à sa situation, mais sans réelle adhésion : *"Il y a eu des moments où j'ai dû accepter la situation, même si ce n'était pas facile. Je fais de mon mieux pour avancer."* Cette déclaration montre qu'il fait face à une acceptation contrainte, avec une persistance de l'anxiété et de l'inconfort.

Monsieur H a admis que l'acceptation complète n'est pas encore atteinte : *"La stomie a vraiment changé ma vie. J'ai du mal à me concentrer sur autre chose que sur ce problème."* Son regard préoccupé et ses gestes agités pendant l'entretien témoignent d'une difficulté à s'adapter, il continue de ressentir une profonde frustration montrant ainsi une acceptation encore incomplète et une anxiété.

**Axe 3 : lié au côté relationnel (conjugale et social) :**

Sur le plan relationnel, Monsieur H exprime des difficultés dans sa vie intime. Il admet : *"Je me sens moins confiant. La stomie me fait perdre toute envie, et je ne sais pas comment en parler à ma femme sans la blesser."* Lors de l'entretien, il joue avec un stylo qu'il fait tourner entre ses doigts, montrant une gêne et une préoccupation accrue. Son anxiété est visible dans son geste de se passer la main dans les cheveux, tandis qu'il exprime ses craintes pour l'avenir de son couple.

Sur le plan social, Monsieur H ressent un certain isolement malgré le soutien familial. Il explique : *"Mes enfants sont vraiment stressés à cause de ma situation. Ça me brise le cœur de ne pas pouvoir alléger leur fardeau."* En parlant de ses enfants, il regarde souvent ses mains, serrées sur ses genoux, indiquant une tension intérieure. Cependant, il reconnaît le soutien de ses amis : *"Ils prennent de mes nouvelles et s'assurent que tout va bien."* Pendant cette partie de l'entretien, il ajuste fréquemment son bracelet, un geste de nervosité révélant son inconfort face à ces interactions.

**Axe 4 : lié à la perspective sur l'avenir :**

En abordant l'avenir de Monsieur H et quand on lui a demandé comment il envisageait son futur, il a exprimé une profonde inquiétude : *"J'ai peur de les laisser... Je vais mourir, c'est une maladie dangereuse, très difficile, qui n'a pas de pitié, inexorable."* En parlant, il a laissé échapper un soupir lourd, sa posture s'est affaissée et il a joué avec les bords de sa chemise, montrant une nervosité palpable.

Lorsqu'on lui a demandé quelles étaient ses principales préoccupations concernant l'avenir en lien avec la stomie, Monsieur H a répondu de manière hésitante, son regard fuyant et ses mains tremblantes : *"Je ne peux rien dire... je ne sais pas, mon fils. Je m'inquiète pour mes enfants, surtout pour ma fille. Est-ce que je pourrai être là pour eux, leur avenir ? Je ne veux pas être un fardeau, mais j'ai peur de ne plus pouvoir les protéger."* Il a marqué une pause longue avant de parler, comme s'il devait rassembler ses pensées, et son visage était marqué par une expression de tristesse et d'angoisse.

**Synthèse Du cas Monsieur H :**

L'entretien avec Monsieur H révèle une profonde anxiété liée à sa stomie, qui pèse lourdement sur son quotidien et son bien-être mental. Malgré ses efforts pour maintenir une routine stable et le soutien de sa famille, ses inquiétudes pour l'avenir sont omniprésentes. Il exprime des craintes marquées concernant sa capacité à assumer son rôle familial et à gérer l'évolution de sa santé. Son acceptation de la stomie est encore loin d'être atteinte, laissant place à une forte angoisse face aux répercussions de sa maladie, tant sur sa vie personnelle que professionnelle.

**B- Présentation des résultats de l'échelle Hamilton de l'anxiété : Monsieur H :**

Items	Degrés				
	0	1	2	3	4
Anxiété mentale					X
Tension				X	
Peurs				X	
Insomnie		X			
Fonctions intellectuelles	X				
Humeur dépressive				X	
Symptômes somatiques musculaires				X	
Symptômes somatiques sensoriels		X			
Symptômes cardiovasculaires	X				
Symptômes respiratoires			X		
Symptômes gastro-intestinaux		X			
Symptômes génito-urinaires				X	
Symptômes autonomes		X			
Comportement au cours de l'entretien				X	

**Score total :**

En additionnant les scores donnés, le score total de Monsieur H est de 28.

**Analyse des résultats :**

Avec un score total de 28 compris entre 25 et 30, ce patient se situe dans la catégorie de l'anxiété sévère, selon la cotation.

Voici une analyse détaillée des scores les plus élevés :

- Anxiété mentale (4) :

Monsieur H ressent une inquiétude persistante et un pessimisme, ce qui affecte son état mental général. Bien que ces sentiments ne le paralysent pas, ils modifient son comportement et sa perception de sa situation.

- Symptômes génito-urinaires (3) :

Monsieur H fait état de symptômes génito-urinaires importants, notamment une perte de libido. Cela est une source de préoccupation majeure et affecte sa vie intime et son bien-être général.

- Symptômes cardio-respiratoires modérés (2) :

Les palpitations et autres symptômes cardio-respiratoires modérés sont notés, soulignant l'impact de l'anxiété sur son système cardio-respiratoire.

### **Synthèse du cas Monsieur H :**

Monsieur H présente une anxiété sévère, marquée par des symptômes physiques et psychiques qui affectent profondément son quotidien. Les principales difficultés concernent l'impact important de sa condition sur sa vie intime, ses relations familiales et sociales, ainsi que sa capacité à maintenir une vie normale. Ces symptômes, bien que non incapacitants, exercent une pression considérable sur sa qualité de vie, nécessitant une attention particulière pour mieux gérer son anxiété et améliorer son bien-être général.

### **1-8 Cas Madame F :**

#### **A- Présentation et analyse des résultats de l'entretien**

##### **Axe 1 : information personnelle du patient :**

Madame F., âgée de 39 ans, femme au foyer avec un niveau d'étude moyen. Madame F est divorcée depuis deux ans et mère d'une fille de 8 ans. Abandonnée par le père de sa fille il y a plusieurs années, elle est la seule à subvenir à leurs besoins en travaillant comme cuisinière. En mars 2022, elle a subi une intervention chirurgicale pour la mise en place d'une stomie. Lors de l'entretien, elle semblait légèrement agitée, ses mains jouant souvent avec le bas de sa veste, et son regard fuyant témoignait de ses inquiétudes pour l'avenir. Sa voix tremblait par moments lorsqu'elle parlait de son rôle de mère, soulignant sa crainte de ne plus pouvoir soutenir sa fille correctement.

##### **Axe 2 : lié au côté émotionnel et acceptation :**

Sur le plan émotionnel, Madame F a partagé ses sentiments avec beaucoup d'émotion : "*Au début, c'était un choc. Je ne pensais pas que je devrais vivre avec ça. Cela m'a complètement bouleversée, et je me sens triste*" Ces paroles, accompagnées de pleurs silencieux et de gestes nerveux comme de tordre un mouchoir entre ses mains.

Concernant l'acceptation de sa condition, Madame F a exprimé un mélange de résignation et de frustration : *" J'essaie de m'y faire, mais chaque jour est un combat. Je ne me sens pas encore prête à l'accepter complètement."* Son regard baissé et sa voix tremblante illustrent une acceptation incomplète. Elle peine encore à concilier sa maladie surtout lorsqu'elle pense à sa fille : *" Ça me déchire le cœur d'être dans cette situation, de ne pas pouvoir jouer avec elle ou la sortir comme avant. "*

**Axe 3 : lié au côté relationnel (conjugale et social) :**

Sur le plan relationnel, Madame F, divorcée, ne rencontre pas de préoccupations majeures concernant sa vie intime. Elle déclare : *"Ma vie intime n'est pas une priorité en ce moment. Mon état n'a pas d'impact direct, surtout que je suis seule depuis mon divorce."* Cependant, en prononçant ces mots, elle a baissé les yeux, trahissant une légère tristesse. Sur le plan social, Madame F rencontre des défis importants. Elle confie avec une voix tremblante : *"C'est difficile d'être entourée de personnes qui ne comprennent pas vraiment ce que je traverse. On évite de parler de ma maladie, et je me sens souvent seule dans mes pensées."* Au cours de l'entretien, elle a essuyé une larme, montrant combien cette solitude pèse sur elle. Malgré le soutien de sa famille et de ses amis proches, elle ressent une distance émotionnelle accrue avec son entourage, contribuant à un sentiment profond d'isolement.

**Axe 4 : lié à la perspective sur l'avenir :**

Madame F a exprimé concernant son avenir et a indiqué : *" La stomie m'inquiète un peu pour l'avenir. Je me demande comment elle va évoluer et si elle deviendra plus difficile à gérer avec le temps. Cela m'angoisse de penser que ma condition pourrait s'aggraver. "*En parlant, elle se frottait les mains et faisait des pauses, montrant une nervosité palpable.

Concernant ses principales préoccupations pour l'avenir, elle a ajouté : *" Je suis surtout préoccupée par l'impact de la stomie sur ma capacité à m'occuper correctement de ma fille."* Elle a baissé les yeux en expliquant ses craintes, et ses épaules se sont légèrement voûtées. Elle a également mentionné : *" Mon inquiétude est aussi liée à notre situation financière précaire, car je ne sais pas combien de temps nous pourrions continuer à compter sur l'aide de nos proches."* Ses gestes étaient hésitants, et elle a souvent regardé vers le sol, soulignant son anxiété face à l'incertitude de l'avenir.

**Synthèse du cas madame F :**

D'après l'entretien effectué avec la patiente, il est évident que Madame F éprouve une certaine difficulté à accepter sa maladie mais qu'elle essaye de faire de son mieux, ce qui se manifeste par une anxiété quand même. Son inquiétude principale réside dans l'incapacité à s'occuper de sa fille, ce qui alourdit son fardeau émotionnel. La stomie, qu'elle perçoit comme un obstacle insurmontable, accentue son sentiment de crainte face à l'avenir.

**B-Présentation des résultats de l'échelle Hamilton de l'anxiété : Madame F :**

Items	Degrés				
	0	1	2	3	4
Anxiété mentale				X	
Tension					
Peurs					X
Insomnie			X		
Fonctions intellectuelles		X			
Humeur dépressive				X	
Symptômes somatiques musculaires			X		
Symptômes somatiques sensoriels		X			
Symptômes cardiovasculaires		X			
Symptômes respiratoires			X		
Symptômes gastro-intestinaux		X			
Symptômes génito-urinaires	X				
Symptômes autonomes		X			
Comportement au cours de l'entretien			X		

**Score total :**

Le score total de Madame F est de 23, ce qui correspond à une anxiété modérée selon la cotation (18-24).

**Analyse des résultats :**

Madame F présente des scores élevés dans plusieurs domaines :

- Peur (4) :

Madame F est confrontée à des peurs intenses, en particulier liées à l'impact de sa condition sur sa fille et la crainte de ne pas être à la hauteur en tant que mère. Cette anxiété pourrait aggraver son stress et son sentiment d'isolement.

- Humeur dépressive (3) :

Ce score indique que Madame F éprouve des symptômes dépressifs modérés, comme un sentiment de découragement et un manque d'intérêt pour les activités qu'elle appréciait auparavant. Ces sentiments sont probablement amplifiés par les défis posés par sa stomie et la responsabilité parentale.

- Insomnie (2) :

Madame Aicha a des difficultés à s'endormir ou à maintenir un sommeil réparateur, ce qui peut être lié à son anxiété et aux préoccupations constantes concernant sa condition et l'impact sur sa fille.

- Symptômes respiratoires (2) :

Elle rapporte des difficultés respiratoires légères, telles que des sensations d'oppression ou des essoufflements. Ces symptômes peuvent être associés à son anxiété et au stress émotionnel liés à sa condition.

### **Synthèse du cas madame F :**

Madame F présente une anxiété modérée, marquée par une humeur dépressive, des troubles du sommeil, et des symptômes gastro-intestinaux et sensoriels légers. Ces éléments reflètent une perturbation notable de sa qualité de vie, influencée par sa condition médicale et ses préoccupations concernant sa fille. Bien que son anxiété ne soit pas sévère, elle impacte significativement son bien-être quotidien et souligne le besoin d'une prise en charge adaptée pour améliorer sa qualité de vie.

## **2 Discussion des hypothèses :**

Cette section vise à discuter les hypothèses proposées dans le cadre de cette recherche portant sur l'anxiété chez les patients stomisés à la suite d'un cancer du côlon. À travers l'analyse des résultats obtenus, nous cherchons à évaluer la validité de ces hypothèses en nous appuyant sur l'entretien semi directif qui comporte des axes bien définies et l'échelle d'anxiété de Hamilton qui est un outil clinique standardisé qui permet de mesurer l'intensité de l'anxiété à partir de plusieurs indicateurs.

De ce fait l'objectif de notre recherche est d'explorer la relation entre la stomie, consécutive à un cancer du côlon, et l'apparition de l'anxiété chez les patients. En examinant comment la stomie influence le bien-être psychologique, l'étude vise à comprendre les mécanismes par lesquels cette intervention chirurgicale contribue au développement de l'anxiété.

Voici les deux hypothèses proposées dans notre problématique :

### **Hypothèse 1 :** Les patients stomisés souffrent d'anxiété.

Les entretiens révèlent que tous les patients entretenus éprouvent une anxiété omniprésente notamment monsieur Z, madame C et madame N qui révèlent une lutte émotionnelle intense face à leurs stomies. L'anxiété révélée est alimentée par l'incertitude concernant leur santé, la gestion de leur stomie au quotidien, et les craintes liées à leur image corporelle et à l'acceptation sociale. La majorité des patients ont exprimé des sentiments de peur et d'angoisse face à leur avenir, corroborant l'hypothèse selon laquelle les patients stomisés souffrent d'anxiété.

Cette hypothèse repose sur l'idée que la stomie, en elle-même, représente une source importante de souffrance pour les patients, tant au niveau physique que psychologique, mais plus particulièrement en termes d'anxiété. En effet, l'altération de l'image corporelle, les

changements dans les habitudes quotidiennes, ainsi que les répercussions sur les relations sociales et intimes, sont autant de facteurs qui peuvent engendrer ou exacerber l'anxiété chez ces patients.

Nos résultats appuient cette hypothèse. L'échelle d'anxiété de Hamilton, utilisée pour mesurer le niveau d'anxiété des participants à l'étude, montre que la majorité des patients stomisés présentent des scores d'anxiété allant de modérés à sévères tel que madame L, monsieur Z, madame C, madame N, monsieur A, monsieur H et madame F. Ces scores révèlent des manifestations cliniques fréquentes telles que des pensées anxieuses récurrentes, des sentiments de peur concernant l'avenir, ainsi que des symptômes somatiques tels que la tachycardie, les tremblements, et les sueurs. Ces résultats confirment que la stomie est associée à une souffrance psychique marquée par une anxiété généralisée.

L'un des éléments centraux à retenir de cette analyse est que l'anxiété chez les patients stomisés n'est pas simplement liée à la gestion pratique de la stomie, mais aussi à des préoccupations plus profondes liées à l'identité personnelle, l'acceptation sociale, et les changements dans les interactions familiales et professionnelles. La perte de contrôle sur certaines fonctions corporelles et l'obligation d'adopter une nouvelle routine centrée sur la gestion de la stomie créent un sentiment d'insécurité et d'angoisse face à l'imprévisibilité de certaines situations sociales.

Ainsi, les résultats valident notre hypothèse initiale, démontrant que les patients stomisés sont confrontés à des niveaux d'anxiété élevés, qui peuvent persister sur le long terme sans un soutien adéquat.

**Hypothèse 2 :** Le diagnostic de cancer colo-rectal est associé à une augmentation significative du niveau d'anxiété chez les patients stomisés.

Cette deuxième hypothèse suppose que le diagnostic de cancer colo-rectal, en tant qu'événement stressant et potentiellement traumatisant, accentue l'anxiété chez les patients stomisés. Le cancer, en lui-même, représente une source d'angoisse importante pour les patients en raison de sa gravité et des incertitudes entourant le traitement, le pronostic, et les répercussions sur la qualité de vie. La stomie, dans ce contexte, vient ajouter une couche supplémentaire de stress et d'anxiété.

Les entretiens montrent que le diagnostic de cancer colo-rectal accentue cette anxiété. Les patients confrontés à cette maladie ont rapporté une angoisse accrue liée à la peur de récidives et à la gestion des conséquences physiques et psychologiques de la maladie. L'annonce du cancer a souvent été vécue comme un traumatisme, augmentant considérablement leur niveau d'anxiété, ce qui valide la deuxième hypothèse.

Les résultats de l'étude confirment également cette hypothèse. L'échelle de Hamilton montre des niveaux d'anxiété plus élevés chez les patients ayant reçu un diagnostic de cancer colo-rectal par rapport à ceux qui n'ont pas été confrontés à ce type de diagnostic. Ces patients rapportent une anxiété accrue liée à la crainte de la récurrence du cancer, à l'incertitude quant à leur espérance de vie, et à la peur de nouvelles interventions chirurgicales. Cette anxiété est souvent omniprésente, affectant divers aspects de leur vie quotidienne, y compris leur capacité à se projeter dans l'avenir avec optimisme.

L'étude révèle également que l'anxiété liée au cancer ne se limite pas à la période du diagnostic ou du traitement. Même après la rémission, les patients continuent à éprouver des niveaux élevés d'anxiété, exacerbés par la nécessité de surveiller constamment leur état de santé et par l'incertitude quant à l'évolution future de leur condition. En ce sens, le cancer colo-rectal, combiné à la stomie, apparaît comme un facteur aggravant de l'anxiété chez les patients.

Ce tableau récapitule les résultats obtenus par notre population d'étude à travers l'échelle de Hamilton ainsi leurs degrés d'anxiété :

**Tableau N°03: tableau récapitulatif des degrés d'anxiété chez les patients étudiés.**

<b>Les cas</b>	<b>Score obtenu</b>	<b>Degrés de l'anxiété</b>
Madame L	24	Anxiété modérée
Monsieur Z	27	Anxiété sévère
Madame C	27	Anxiété sévère
Madame N	25	Anxiété sévère
Monsieur A	19	Anxiété modérée
Monsieur S	16	Anxiété légère
Monsieur H	28	Anxiété sévère
Madame F	23	Anxiété modérée

### **Synthèse :**

En conclusion, les deux hypothèses ont été validées par les résultats obtenus à travers l'échelle d'anxiété de Hamilton et les interprétations des entretiens semi directif. La première hypothèse, selon laquelle les patients stomisés souffrent d'anxiété, est confirmée par les scores élevés observés dans cette population, suggérant que la stomie, en tant qu'intervention chirurgicale complexe et invasive, constitue une source majeure d'anxiété. La deuxième hypothèse, affirmant que le diagnostic de cancer colo-rectal est associé à une augmentation significative du niveau d'anxiété chez les patients stomisés, a également été corroborée par les données. Les patients confrontés à un cancer colo-rectal montrent des niveaux d'anxiété plus élevés que ceux n'ayant pas reçu ce type de diagnostic, et cette anxiété est souvent persistante.



**Conclusion générale :**

À l'issue de notre étude descriptive portant sur l'anxiété chez les patients stomisés à la suite d'un cancer colorectal, nous avons pu confirmer nos hypothèses grâce à une analyse approfondie des données collectées auprès de huit participants dont 04 cas qui souffrent d'une anxiété sévère et 03 cas qui souffrent d'une anxiété modérée et 01 cas avec une anxiété légère.

L'approche que nous avons adoptée, fondée sur une étude descriptive, nous a permis de dresser un portrait clair des expériences et des niveaux d'anxiété des huit patients. Les résultats de notre recherche montrent clairement que l'anxiété est une composante significative du vécu des personnes stomisées. Le recours au test d'anxiété de Hamilton, combiné aux entretiens semi-directifs, nous a permis de capturer à la fois des données quantitatives et qualitatives, offrant ainsi une vision complète de l'état psychologique des patients.

Concernant la méthodologie, notre choix s'est porté sur une étude descriptive, qui s'est avérée adéquate pour explorer les nuances des expériences individuelles des huit patients. L'utilisation du test d'anxiété de Hamilton nous a permis de mesurer objectivement le niveau d'anxiété, tandis que les entretiens ont enrichi notre compréhension des facteurs sous-jacents et des impacts émotionnels liés à la stomie.

À partir de ces résultats, nous proposons plusieurs recommandations pour améliorer la prise en charge des patients stomisés. Il est essentiel de mettre en place un suivi psychologique systématique dès l'annonce de la stomie, incluant des séances régulières de soutien émotionnel et des groupes de parole pour favoriser l'expression des sentiments liés à cette nouvelle condition ces séances qui permettent également aux patients de partager leurs expériences et de recevoir un soutien moral de leurs pairs. De plus, l'intégration de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pourrait aider les patients à mieux gérer leur anxiété. Enfin, une meilleure formation des équipes soignantes sur les aspects psychologiques de la stomie permettrait de créer un environnement plus empathique et soutenant, propice à l'amélioration du bien-être des patients.

En conclusion, cette étude descriptive souligne l'importance de l'anxiété dans le quotidien des patients stomisés et l'urgence d'intégrer des interventions psychologiques dans leur prise en charge. Nous espérons que ces recommandations contribueront à améliorer les pratiques cliniques et à favoriser une meilleure qualité de vie pour ces patients.

**Liste bibliographique :**

- Aneuk, Gramont A, Housset M, Norddinger B, Rougier P.(2012) Classification TNM du cancer Colorectal. Fondation ARCAD. 2ème Edition : 1 -73.
- Ang, S. G. M., Chen, H.-C., Siah, R. J. C., He, H.-G., & Klainin-Yobas, P. (2013). Stressors relating to Patient Psychological Health Following Stoma Surgery : An Integrated Literature Review. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 587-594.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Pp 70-75. Guilford Press. New York.
- Black, P. K. (2004). Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*. Pp. 692-702.
- Bosman FT. Les bio-marqueurs prédictifs dans le cancer colorectal.(2009). *Rev Med .Suisse*.
- Bourdillon F. (2009), Le dépistage, Traité de prévention, Médecine-Sciences, Flammarion, pp. 100-103.
- Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND. *WHO. (2010).Classification of Tumours of the Digestive System*. 4th ed. Lyon : International Agency for Research on Cancer (IARC).
- Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C.(2017). *TNM Classification of Malignant Tumours*. 8th ed. Wiley Blackwell.
- Cancer colorectal et parcours de soins : dossier de Stéphanie CHATELIER, RIZZO Sylvie, Michel PRUDHOMME. *La revue de l'infirmière* - ISSN : 1293-8505, n°181 (mai 2012), pp. 19-32.
- Cancer colorectal: *pres de 6500 nouveaux cas enregistrés annuellement en Algérie*. (2021,29 mars). aps.dz. Consulté le 10 avril 2024, à l'adresse: <https://www.aps.dz/sante-science-technologie/119842-cancer-colorectal-pres-de-6500-nouveaux-cas-enregistres-annuellement-en-algerie>.
- Cancer du côlon : définition, causes et traitement. Consulté le 11/05/2024 à l'adresse : <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/cancers/cancer-du-colon-definition>.
- Cancer colorectal - symptômes, causes. Consulté le 11/05/2024 à l'adresse :<https://www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-colorectal.html>
- Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) C.I.R.C. Dans *Hegel* 2013/4 (N° 4), pp. 304-306.
- Colorectal Cancer - Stages. American Society of Clinical Oncology.(2013) .*Cancer.Net*. Alexandria, VA. American Society of Clinical Oncology (ASCO).

- Coolican, H. (2018). *Research Methods and Statistics in Psychology* (7th ed., p. 34). Psychology Press.
- Colostomie : Déroulement et suites. Consulté le 22/05/2024 à 19h20 à l'adresse : [www.elsan.care](http://www.elsan.care).
- Cottraux, J. (2016). *Thérapies cognitives*. EMC-Psychiatrie. 37-820-A-50. P.1
- Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie* (4<sup>e</sup> éd). Paris :Armand Colin. Consulté le 7 juin 2024 à 22 :53 à l'adresse : <https://books.openedition.org/insep/1430?lang=fr>.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed -Methods Approaches*(3rd ed). Sage publications. p.16
- Définition de “*Cancer*”- Dictionnaire médical. (s. d.). Consulté le 5 mai 2024 à l'adresse: <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/044-cancer/>
- Dibley, L., Norton, C., & Whitehead, E. (2017). The experience of stigma in people with a bowel ostomy: A descriptive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*. Pp. 2701-2713.
- ECKHARD, 2006. *L'accompagnement des malades cancéreux*. Ed, SER. (P.493). Paris.
- Ey H.,(1950). « *L'anxiété morbide. Étude no 15* », in *Études psychiatriques*, t. II : *Aspects sémiologiques*, Desclée de Brouwer. pp. 379-426. Paris.
- Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, *Les cancers colorectaux*. (AVRIL 2022 ) Consulté le 9 avril 2024, à l'adresse :[file:///C:/Users/Bicomp/Downloads/Brochure\\_cancer\\_colorectaux%20PM.pdf](file:///C:/Users/Bicomp/Downloads/Brochure_cancer_colorectaux%20PM.pdf)
- Fondation ARC pour la recherche sur le cancer - Les cancers colorectaux- AVRIL 2022. p.19-22.
- Freud, S. (1925-1926). *Inhibitions, Symptoms, and Anxiety*. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. In J. Strachey (Ed.& Trans.), in collaboration with A. Freud, assisted by A. Strachey & A. Tyson. Pp 78-81. Hogarth Press. London.
- Guide ALD. (Révision janvier 2012). *Cancer colorectal* Département des recommandations pour les professionnels de santé. P 22.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Institut nationale du cancer (INC). ( septembre, 2020). *la stomie digestive*. Cancer info. Paris.
- Institut nationale du cancer.(2020). *les traitement su cancer du colon*. P. 35-44. Paris.
- Institut nationale du cancer.(2020). *la stomie digestive*. P. 11-12. Paris.

-Ionescu, S. (2003). Applications : Approche de la psychopathologie Générale. In R.Ghiglione., & J- F Richard (Eds.), Cours de psychologie.Processus et applications (3é èd) (pp.485-540). Paris : Dunod.

-Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.

-La théorie des humeurs chez Sénèque : un exemple d'éclectisme médical ?. Consulté le 01/06/2024 à l'adresse : [openedition.org](http://openedition.org).

-La théorie psychanalytique de l'anxiété met en avant l'importance de l'inconscient, des désirs et des peurs pour comprendre les mécanismes de l'anxiété et de ses manifestations symptomatiques. le 6 juin 2024 à 15 :22 à l'adresse: <https://www.juliebillouin.fr/details-soigner+les+troubles+anxieux+avec+une+psychotherapie+une+psychanalyse-37> .

L'echelle d'anxiété de Hamilton. consulté le 21/06/2024 à l'adresse : [www.chmpsy.com](http://www.chmpsy.com).

-Le mal de vivre à travers les âges.Une origine physiologique pour les médecins médiévaux. Consulté le 01/06/2024 à l'adresse : [www.lejournaltoulousain.fr](http://www.lejournaltoulousain.fr).

-Le mal de vivre à travers les âges. Un pêché capital pour les Chrétiens. Consulté le 01/06/2024 à l'adresse : [www.lejournaltoulousain.fr](http://www.lejournaltoulousain.fr).

-Les cancers - Patients et proches - informations cancer. Consulté le 13/05/2024 à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Les-points-cles>

-Les stomies. consulté le 20/05/2024 à 22h05 à l'adresse: [www.oiiq.org](http://www.oiiq.org). P. 25.pdf.

-Le premier patient stomisé. Consulté le 19/05/2024 à 22h50 à l'adresse : [www.img.44.xooimage.com/historique-2fstom...istorique-7c8027.pdf](http://www.img.44.xooimage.com/historique-2fstom...istorique-7c8027.pdf) (xooimage.com)

-Les stomies digestives et leur appareillage: consulté le 19/05/2024 à 22h40 à l'adresse :<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0515370021005176>.

- Mahjoubi.B *et al.* Evaluation of psychiatric illness in Iranian stoma patientsJ Psychosom Res (2009) P.93/102

Les théoriciens du comportement tels que John B.Watson et B.F.Watson. Skinner . conditionnement classique et opérant. . Consulté le 6 juin 2024 à 15 :22 à l'adresse : <https://www.juliebillouin.fr/details-soigner+les+troubles+anxieux+avec+une+psychotherapie+une+psychanalyse-37>

-Marcelle, Demangeon, l'orientation scolaire et professionnelle. *Étude différentielle de l'anxiété*, 1973, pp. 363-385

-Mental Health in Ancient Egypt - Columbia University Global Mental Health Programs. Consulté le 01/06/2024 à l'adresse : [www.cugmhp.org](http://www.cugmhp.org).

-Michel,R. (2009). L'information psychiatrique, *Cancer et image du corps*. (Vol 85 p. 252). Lille. John Libbey Eurotex.

-Neurobiologie de l'anxiété. Consulté le 04/06/2024 à l'adresse : [www.cairn.info](http://www.cairn.info)

-Organisation Mondiale de la Santé. (2002). La prévention du suicide, *indications pour le per-sonnel enseignant et le milieu Scolaire*. Genève.

-P. Chiappa *et al.* Y a-t-il des spécificités psychologiques dans le vécu et la prise en charge des patients atteints de cancer colorectal ? Une expérience alsacienne-Psychooncology (2008) pp.40 46

-Pirlot., & Cupa, D. (2012). Approche psychanalytique des troubles psychiques. Paris:Armand Colin. P.9

-Pseudo Occlusion Intestinale Chronique (POIC).Consulté le 22/05/2024 à l'adresse : [www.association-poic.fr](http://www.association-poic.fr).

-Richbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. PP. 70-79.

-Robert Burton's The Anatomy of Melancholy. Consulté le 01/06/2024 à l'adresse : [www.rcpe.ac.uk](http://www.rcpe.ac.uk).

-Rothstein, J.A.(1996). *Reconsidering trust in the physician-patient relationship*. pp.36-41. Yal University.

Savoie-Zajc, L. (1997), L'entrevue semi-dirigée, dans : Gauthier, B (éd.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (3e éd., pp. 263-285).

-Simmons, K. L., & Smith, J. A. (2014). The experience of living with an ileostomy: A descriptive study. *British Journal of Community Nursing*. Pp. 578-582.

-Stomies digestives consulté le 20/05/2024 à 17h50 à l'adresse :[www.fsk.fr](http://www.fsk.fr)

-Traitement chirurgical du cancer colique en occlusion. Consulté le 22/05/2024 à l'adresse : [www.fmcgastro.org](http://www.fmcgastro.org).

-Wise TN, Biondi M, Costantini A, American Psychiatric Association, rédacteurs.Psychooncology. 1st ed. Arlington, VA : American Psychiatric Pub; 2013.P360

-World Health Organization : WHO & World Health Organization : WHO. (2023, 11 juillet). *Cancer colorectal*. Consulté le 9 avril 2024, à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>

-World Health Organization. (2022). Mental health and substance use: Anxiety disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-substance-use-anxiety-disorders>

-Zerbinis, E., & Medical Publications. (2004). *Journal of BUON*, 9,(p. 333). Grèce.

**Les annexes :****3-1 Le guide d'entretien :**

**Axe 1 :** les informations personnelles du patient :

- nom
- Prénom
- Age
- Niveau d'étude
- Situation professionnelle
- Situation matrimoniale
- Nombre d'enfant
- Date de l'intervention (stomie)

**Axe 2 : émotion et acceptation :**

- Que ressentez-vous par rapport à cette stomie ?
- Avez-vous trouvé des moments où vous avez ressenti une acceptation de ce changement ?

**Axe3 : relationnel (conjugale et sociale) :**

- Quel est l'impact de cette stomie sur ta vie vis-à-vis ton conjoint ?
- Comment votre entourage réagit-il face à votre stomie ?

**Axe 4 : perceptive sur l'avenir :**

- Comment envisagez-vous votre avenir en relation avec cette stomie ?
- Quel sont vos principales préoccupations concernant l'avenir en liens avec votre stomie ?

### 3-2 L'échelle d'anxiété de Hamilton

**1-Humeur anxieuse :** Inquiétude -Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité-Consommation de tranquillisants 0 | 1| 2| 3 | 4

**2-Tension :** Impossibilité de se détendre -Réaction de sursaut -Pleurs faciles - Tremblements Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité. 0 | 1| 2| 3 | 4

**3-Peurs :** De mourir brutalement -D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule -Des grands espaces - Des ascenseurs -Des avions - Des transports ... 0 | 1| 2| 3 | 4

**4-Insomnie :** Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars – Angoisses ou malaises nocturnes. 0 | 1| 2| 3 | 4

**5-Fonctions intellectuelles (cognitives):** Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire – Recherche ses mots – Fait des erreurs. 0 | 1| 2| 3 | 4

**6-Humeur dépressive :** Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse -Insomnie du matin. 0 | 1| 2| 3 | 4

**7-Symptômes somatiques généraux (musculaires):** Douleurs et courbatures -Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée. 0 | 1| 2| 3 | 4

**8-Symptômes somatiques généraux (sensoriels):** Sifflements d'oreilles -Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid -Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements. 0 | 1| 2| 3 | 4

**9-Symptômes cardiovasculaires :** Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux Sensations syncopales - Extra-systoles. 0 | 1| 2| 3 | 4

**10-Symptômes respiratoires :** Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupirs – Respiration rapide au repos. 0 | 1| 2| 3 | 4

**11-Symptômes gastro-intestinaux :** Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales Borborygmes - Diarrhée - Constipation. 0 | 1| 2| 3 | 4

**12-Symptômes génito-urinaires :** Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses. 0 | 1| 2| 3 | 4

**13-Symptômes du système nerveux autonome :** Bouche sèche - Accès de rougeur -Pâleur - Sueur - Vertiges -Maux de tête - 0 | 1| 2| 3 | 4

**14-Comportement lors de l'entretien :** Général : Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains -Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire, Physiologique : Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos – Accélération



Respiratoire - Réflexe tendineux vifs -Dilatation pupillaire - Battements des paupières. 0 | 1|  
2| 3 | 4

Échelle d'Anxiété d'Hamilton (Ref: Hamilton MC .(1959), « Hamilton nxiety rating scale -  
HAM A-»).