

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Facultés des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de Fin de Cycle

En vue de l'obtention du Diplôme de Master en psychologie

Option Psychologie Clinique

Thème

*La Qualité de Vie chez une personne atteinte
d'un cancer colorectal*

(Etude de 8 cas réalisés à l'hôpital d'Amizour)

Préparé par :

DJEMAI Lamia

KICHER Meriem

Encadré par:

M^r: AMRANE Lakhdar

Année Universitaire : 2014-2015

Remerciements

Au terme de ce travail, nous exprimons nos remerciements au bon Dieu qui nous a donné la force, le courage et la patience d'aller au bout de notre objectif.

A nos familles : qui nous ont toujours encouragés et soutenus durant toutes nos études,

Nous avons l'honneur et le plaisir d'exprimer notre profonde gratitude à notre promoteur Mr AMRANE pour l'intérêt qu'il a porté à notre travail.

Nous avons la reconnaissance et la gratitude à remercier a tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire en particulier a M^r Djemai Mouhamed, et M^r Meziani Samir et sa femme Zouhra .

Lamia.Meriem

Dédicace

Je dédie mon travail à :

A la mémoire de ma très chère grand-mère et mon oncle Ahmed

A ma mère, mon père qui mon toujours soutenu

*A mes frères : Sofien, Salim, Yacine, Walid et ma sœur Ilham que
j'aime beaucoup. Et mon chat Naruto.*

*A toutes ma famille : mes tantes, mes oncles, mes cousins, mes
cousines.*

*Je tiens en particulier à remercier mon père ainsi que tous mes
amis (es) et mes profs de l'université de m'avoir soutenue et encouragée.*

*Et a tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation
de ce mémoire.*

Dj.Lamia

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à :

*A mes très chers parents qui m'ont toujours soutenu et encouragé
durant tout mon cursus que dieu les protèges et les gardes en bon santé.*

A mon chère Frère Amine.

A mes sœurs Djamilia et Souad.

A mon grand père que dieu le protège

*A toutes ma famille : A mes tantes, mes oncles, mes cousins,
mes cousines.*

*Ainsi que tous mes amies et mes profs de l'université de m'avoir
soutenu et encouragée.*

*Et a tous ceux qui ont contribué de prés ou de loin à la réalisation
de ce mémoire.*

K. Meriem

Table des matières

Introduction générale	
Problématique et hypothèses.....	02
Objectif de notre recherche.....	05
Opérationnalisation des concepts.....	10

Partie théorique

Chapitre I : La qualité de vie

Préambule

1-Historique du concept de qualité de vie.....	13
1-1- L'approche philosophique.....	13
1-2- L'approche psychosociologique.....	14
1-3- L'approche politique	14
1-3- L'approche médical.....	15
2-définitions et conceptions de la qualité de vie.....	16
2-1- Conceptions objectives	16
2-2- Conceptions subjectives.....	17
2-3- Conception intégratives	17
3- Les domaines de la qualité de vie.....	18
3-1- Le domaine psychologique	18
3-2- Le domaine physique.....	19
3-3- Le domaine social	20
4- La qualité de vie globale	20
5- La qualité de vie liée à la santé.....	20
6- L'évaluation de la qualité de vie	22

6-1- Les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie.....	22
6-2- Les méthodes	23
6-2-1- Les échelles génériques.....	23
6-2-2- Les échelles spécifiques.....	23
7- La qualité de vie dans le domaine de la cancérologie.....	24

Résumé

Chapitre II : Le cancer colorectal

Préambule

1-Définition des concepts	27
1-1-Le côlon.....	27
1-1-1-La fonction du côlon	27
1-1-2-La structure du côlon	28
1-2- Le rectum.....	28
1-2-1- La fonction du rectum.....	28
1-2-2- la structure de rectum.....	28
1-3- Le cancer	29
1-4-Le cancer du côlon.....	29
2- Les symptômes du cancer colorectal.....	30
3- Les facteurs de risque.....	30
4-La classification.....	31
5- Le diagnostique.....	32
5-1- Circonstances de découverte.....	32
5-2- Examens clinique.....	32
6- principes du traitement	32

6-1- traitement chirurgical.....	32
6-1-1-rétablissement et continuité.....	33
6-2- Traitement adjuvant.....	33
6-2-1- Cancer colique.....	33
6-2-2- Cancer de rectum.....	33
6-3- Métastase	34
7- Problèmes psychologiques de la maladie.....	34
7-1- La dépression chez les cancéreux.....	34
7-2- L'anxiété chez les cancéreux	35
7-3- L'angoisse chez les cancéreux.....	36
7-4- Les troubles sexuels chez les cancéreux.....	36
7-5- L'image du corps chez les cancéreux.....	37
7-6- La qualité de vie et le cancer colorectal	37
7-7- changements et adaptation de la famille suite à la maladie.....	38

Résumé

Partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de recherche

Préambule

1- Présentation de lieu de stage	42
2- La pré-enquête.....	43
3- La démarche de la recherche	44
4- Présentation de la population d'étude.....	45
4-1- critère d'inclusions de notre population d'étude	45
4-2- critères d'exclusion.....	45

5- les outils utilisés	46
5-1- 'entretien clinique	46
5-1-1- L'entretien semi directif.....	47
5-1-2- L'attitude de clinicien.....	48
5-1-3- Guide d'entretien.....	48
5-2- le questionnaire MOS SF-36.....	49
5-2-1- Calcul des scores du questionnaire SF-36.....	51
6- Le déroulement de la pratique	51
7- Les difficultés de la recherche.....	52
8- Les limites de la recherche	52

Résumé

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

I- Analyse des résultats	55
II- Analyse générale.....	72
III- Discussion des hypothèses.....	74

Conclusion

Bibliographie

Annexes

Liste des tableaux

Tableau	Titre	Page
TableauN1	Tableau des classifications TNM des cancers colorectaux	31
Tableau N 2	Tableau récapitulatif des cas étudiés	46
Tableau N 3	Le degré de la qualité de vie chez « A »	56
Tableau N 4	Le degré de la qualité de vie chez « S »	58
Tableau N 5	Le degré de la qualité de vie chez« B »	60
Tableau N 6	Le degré de la qualité de vie chez « K »	62
Tableau N 7	Le degré de la qualité de vie chez « M »	64
Tableau N 8	Le degré de la qualité de vie chez « L »	66
Tableau N 9	Le degré de la qualité de vie chez « R »	68
Tableau N 10	Le degré de la qualité de vie chez « Z »	70
Tableau N 11	Le degré moyen de la qualité de vie globale	72
Tableau N12	Le degré moyen de la qualité de vie physique et psychique	72

Tableau des abréviations

Abréviations	Significations
OMS	Organisations mondiale de la santé
Q D V	Qualité de vie
T N M	Tumeur, Node, Métastase
MICI	Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
MOS SF 36	Questionnaire court d'étude de la mesure de la santé ³⁶ (Medical outcome study short form 36)
PF	Activité physique (Physical functioning)
RP	Limitation dues à l'état physique (Role physical)
BP	Douleurs physique(Bodly pain)
GH	Santé perçue (General Health)
VT	Vitalité (Vitality)
SF	Vie et relation avec les autres (Social Functioning)
MH	Santé psychique (Mental Health)
RE	Limitations dues à l'état psychique (Role Emotional)

Introduction

Introduction

Au cours de la vie, l'être humain peut être confronté à des expériences douloureuses, notamment à des maladies qui sont des pathologies qui peuvent toucher l'organisme ainsi que le psychisme de l'individu.

Parmi ces pathologies, on trouve le cancer qui est une maladie qui fait peur. Pour plusieurs raisons à vivre. Il semble toucher les gens au hasard, même les traitements sont terribles. Des gens maigrissent, perdent leurs cheveux, ont mal au cœur, etc... Le cancer est une maladie qui peut tuer, et il existe plusieurs types de ce dernier. Parmi ses types on trouve le cancer colorectal.

Le patient atteint de cancer du côlon est soumis à une pénible série de traitement comme la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie sans oublier les examens médicaux réguliers, car la plupart du temps peuvent être une source de souffrance physique et psychique, qui met le patient dans une situation permanente de tristesse, d'inquiétude et de désespoir envers son état et sa chance de guérison.

A ce propos, le cancer est largement associé à la notion de souffrance psychique et physique. Dès l'annonce de diagnostic, les personnes atteintes de cette maladie sont confrontées à des changements et déséquilibre dans leur vie.

La "vie" fait donc référence à tout un contexte, intra et interpersonnel, à une situation psychique et physique. Évaluer sa qualité, c'est faire évaluer les capacités, physiques et psychologiques du sujet pris dans ses interactions avec le monde qui l'entoure (famille, travail, relation à soi).

La qualité de vie est maintenant un enjeu majeur dans le domaine de la santé. Sa prise en compte procède du légitime souhait de la communauté médicale et des autorités sanitaires de connaître la manière dont le patient vit sa maladie. Elle traduit également le souci du praticien d'être plus proche de son

patient et de tenir compte de ses souhaits thérapeutiques. La qualité de vie réfère plus à un état d'esprit, à un sentiment de bien-être physique et psychique qu'à un simple état de santé ou une absence de maladie organique. À ce titre, l'évaluation de la qualité de vie repose sur le jugement que le patient porte sur son propre état de santé et non pas uniquement sur la perception qu'en a le praticien. Cette démarche nouvelle nécessite la mise au point puis la validation de questionnaires standardisés et d'échelles génériques ou spécifiques d'une maladie. Des outils d'évaluation de la qualité de vie sont actuellement en cours d'élaboration. Ils ont pour objectif de quantifier l'impact de plusieurs maladies sur la qualité. Ces outils sophistiqués devraient prochainement fournir des informations originales sur les répercussions de ces affections chroniques et ainsi orienter la recherche et les soins.

Notre présente recherche portera sur la qualité de vie des patients atteints de cancer colorectal conçu par l'utilisation l'échelle général (SF. 36) et pour atteindre notre but, nous avons choisi comme terrain d'étude le service d'oncologie de l'hôpital BENMERAD EL MAKKI de Bejaia.

Notre travail est organisé de la manière suivante une introduction, ensuite un cadre général de la problématique qui comporte une problématique et des hypothèses et nous avons instauré un plan qu'on a divisé en deux parties :

La première est la partie théorique: elle est subdivisée en deux chapitres intitulés

Chapitre I: La qualité de vie

Chapitre II: Le cancer colorectal

La deuxième partie est la pratique, elle est consacrée aux chapitres suivants:

Chapitre III : La méthodologie de recherche

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

Enfin, on clôture notre recherche par une conclusion générale.

Problématique
Et
Hypothèses

Problématique et hypothèses

Au cours de son existence, l'être humain est confronté à des situations qui peuvent menacer momentanément ou durablement son intégrité physique et son équilibre mental. Le fait de tomber gravement malade, comme dans le cas du cancer ou du sida, se traduit par une modification de l'état mental du malade et ses relations avec autrui.

A cet effet en 1947 l'OMS définit la santé comme un état complet de bien-être, mentale, et sociale et pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité. La maladie affecte l'état physique, mental et social de l'individu notamment dans le cas des maladies graves comme le cancer qui demeure un problème majeur de santé publique qui touche environ 10 millions de personnes dans le monde.

Le cancer désigne une tumeur qui résulte d'un équilibre dans le mécanisme de croissance et d'une multiplication cellulaire. La cellule se caractérise par des anomalies musculaires avec mitoses fréquentes et anarchiques de nombreux facteurs peuvent intervenir dans la cancérogénèse comme les substances chimiques, radiation, virus, hérédité, etc. Ainsi les cancers se répartissent en deux grandes catégories : les carcinomes ou les épithéliomas et les sarcomes. Il existe plusieurs types de cancer, cancer du sein, cancer de la prostate, cancer du foie et cancer colorectal, on s'intéresse à ce dernier qui est notre sujet de recherche. Le cancer colorectal est considéré par l'OMS comme une tumeur maligne qui se développe dans la paroi du colon, la continuité du colon avec le rectum fait que l'on parle également de cancer colorectal. C'est un cancer qui reste longtemps silencieux et ne donne aucun symptôme. Plus il est dépisté à un stade précoce, plus on augmente les chances de le guérir. Le dépistage organisé permet de diminuer la mortalité.

Le cancer colorectal passe généralement inaperçu dans les premiers stades de croissance. Parmi ses symptômes on trouve des changements dans ses habitudes fécales qui durent depuis quelque semaine (constipation ou diarrhée), du sang dans les selles et des malaises abdominaux...etc. Le cancer colorectal est une maladie fréquente, en 2012, on a compté 694000 décès dans le monde (world cancer report 2014, IARC), l'Algérie enregistre chaque année 4000 cas de cancer du colon, ce dernier occupe la troisième place en Algérie après les cancers du sein et du col de l'utérus chez les femmes (l'actualité, 09/07/2014).

La prise en charge des cancers colorectaux repose sur la chirurgie mais au cours de ses dernières années la place de la radio thérapie et de la chimio thérapie c'est largement affirmée. Ainsi le cancer affecte la qualité de vie de la personne malade. Cette dernière est définie par l'OMS en 1993 comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (Bruchon, schweitzer M.2002)

La qualité de vie s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement.

Donc la qualité de vie est une notion très vaste, car elle englobe plusieurs domaines : physique comme la santé physique, les incapacités fonctionnelles, les douleurs...etc, le domaine psychologique comme les émotions, l'absence d'affects négatifs tel que l'anxiété et la dépression) et le domaine sociale qui est basé sur les relations et les activités sociales.(Bruchon, Schweitzer M.2002).

La qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel, quatre dimensions principales explorant : l'état physique, l'état psychologique,

les relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel. (Lepege A et CosteJ.2001).

Ainsi de nombreux questionnaires sont recensés dans la littérature pour mesurer la qualité de vie liées à la santé, deux grandes familles d'instruments se distinguent en fonction de la population visée, les instruments générique tel que le questionnaire généraliste SF-36.(Tessier, S, 2008). Parmi les recherches qui ont été effectués sur le sujet de la qualité de vie nous retiendrons Celle de Anne HARTMANN intitulé « Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur accompagnant-référent », ce travail vise à intégrer l'Objet maladie, le Sujet malade et le proche pour une meilleure appréhension des phénomènes en jeu dans le contexte de la maladie cancéreuse du sein en phase initiale. A cette fin, 100 patientes accompagnées d'une personne proche été rencontrées à trois reprises (après l'annonce de la maladie, à la fin des traitements et 6 mois après la fin des traitements) afin de recueillir des données sur leur évaluation de la situation, leurs stratégies de coping, leurs interactions sociales et leur qualité de vie. Les résultats montrent que les phénomènes transactionnels sont dépendants de facteurs contextuels ; le sens du devoir, la norme de réciprocité et surtout les représentations profondes Sur l'importance de l'entourage motivent le comportement d'aide des proches ; l'association des différentes stratégies de coping semble être une piste intéressante pour étudier les liens entre coping et qualité de vie.

En outre l'étude de Domitille GRAS « Santé et qualité de vie des frères et sœurs d'enfants atteints de maladies chroniques » étude transversale à tenter d'évaluer l'état de santé des frères et sœurs vivant au domicile d'un enfant malade et de mesurer leur qualité de vie. L'auteur a évalué l'impact de 3 pathologies : diabète, maladies neuromusculaires et mucoviscidose. Cette étude porte sur 30 adolescents et 43 enfants. Les adolescents avaient un score global

de qualité de vie comparable à celui des témoins. Les filles ainsi que les adolescents éprouvant des difficultés d'après leurs parents, avaient les scores de qualité de vie les plus faibles. Ces adolescents étaient en bonne santé, toutefois on notait une prévalence d'asthme élevée par rapport à la population générale.

Les enfants avaient un score global de qualité de vie comparable à celui des témoins. La séparation des parents et l'absentéisme scolaire étaient significativement associés à de moins bons scores de qualité de vie. Ces enfants étaient en bonne santé, mais présentaient des prévalences d'asthme et de troubles du sommeil élevés. Cette étude conclue à une bonne qualité de vie des fratries d'enfants malades chroniques. Toutefois une partie des enfants est en difficultés.

Dans notre recherche intitulée « la qualité de vie chez les personnes atteintes d'un cancer colorectal » on essaye d'évaluer la qualité de vie des personnes atteintes de cette maladie afin de répondre aux questions suivantes :

- 1- Comment les patients atteints d'un cancer colorectal perçoivent leur qualité de vie par rapport à la maladie ?
- 2- Quelle est l'aspect le plus affecté par le cancer colorectal ?

Hypothèse générale

- 1- Les personnes souffrant du cancer colorectal ont une mauvaise qualité de vie.

Hypothèses partielles :

- 1-Le cancer colorectal affecte négativement la qualité de vie physique
- 2 Le cancer colorectal affecte négativement la qualité de vie psychique.

Objectif de notre recherche :

Ce modeste travail qui porte sur la qualité de vie chez les patients atteints du cancer colorectal dire (colon et rectum). Réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique.

Les objectifs que nous voulons atteindre dans notre présente étude sont les suivants :

Avoir une connaissance plus complète de cette intervention à travers l'analyse des entretiens clinique.

Connaitre l'influence du cancer colorectal sur l'état psychique et physique et relationnel du patient atteint de cette maladie.

Donné l'importance ou côté psychologique du cancer colorectal.

Tenter d'évaluer la qualité de vie des personnes atteintes pour but de répondre a nos hypothèses.

Opérationnalisation des concepts

Définition des concepts et leurs opérationnalisations :

1- La qualité de vie :

- **Définition :** c'est des combinaisons des facteurs psychologiques, physiques, sociaux et matériels pour évaluer le bien-être de l'individu. (www.l'internaute.com).
- **Opérationnalisation du concept :** la qualité de vie se devise en deux pôles :

La qualité de vie positive :

Le bien-être physique et psychique, les bonnes relations sociales, sensation de bonheur et vitalité.

La qualité de vie négative :

Souffrance physique et psychique, abandon de loisirs, perte de relations avec les autres sensations de malaise et de dégoût.

2- Le cancer colorectal :

- **Définition :** Comme son nom l'indique, le cancer colorectal se forme dans le côlon ou dans le rectum, la dernière partie du gros intestin.
- **Opérationnalisation du concept :**
Perte de poids, la fatigue générale, constipation ou diarrhées, les saignements dans les selles, les douleurs abdominales.

Partie

Théorique

Chapitre

I

La qualité de vie

Préambule:

Le concept de qualité de vie est un concept vaste qui peut être défini de nombreuses façons et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de revenus que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé. Il est le produit d'un certain nombre de facteurs psychologique, liés à la santé, sociaux, environnementaux, économique, politique.

1. Historique du concept de qualité de vie :

Le concept de qualité de vie n'est pas nouveau, historiquement et de manière Schématique, quatre approches sont envisagées :

1.1 L'approche philosophique :

Le concept de qualité de vie est très tôt intéressé les philosophes, en effet pendant des Siècles des philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Epicure se sont penchés sur la notion de bonheur qui était l'objet principale de leur Préoccupation. Qu'est-il ? Peut-on l'atteindre ? Comment ? On trouve une divergence des opinions sur le bonheur, certains le réduisent au plaisir(Kant), d'autres aux honneurs et à la richesse.

Apparaît ensuite la notion de plaisir, plus accessible que celle de bonheur, car même si nous ne manquons de rien, le bonheur nous manque toujours. Rappelons que pour Aristote, le bonheur est désirable, mais quel rapport entre bonheur, désir et plaisir ? C'est à travers Schopenhauer que nous trouvons une réponse dans la mesure où il affirme que le bonheur n'est ni positif, ni réel : il n'est que l'absence de la souffrance, or le désir s'abolit dans sa satisfaction, et le bonheur se perd dans ce plaisir. Par rapport au bonheur qui est négatif, au désir qui est négatif puisqu'ils sont manque, le plaisir est positif, réel, il nous pousse à vivre. Il est ce que chacun expérimente.

Pour Epicure et Spinoza le plaisir se situe avant le bonheur. En effet, puisque le désir est manque, que le bonheur par là même est manqué, donc ce n'est pas du bonheur qu'il faut partir, mais bien du plaisir : plaisir du corps (la jouissance), plaisir de l'âme (la joie).

Ces notions ont progressivement conduit à celle de bien-être qui fait, au même titre que le bonheur, le plaisir et le désir, partie intégrante de la qualité de vie. En effet, si nous nous référons à Kant, le bien-être est indissociable du bonheur. (Ficher G. N. 2002, P284)

1.2 L'approche psychosociologique :

Les psychosociologues ne sont pas préoccupés de vérité sur la qualité de vie, mais de vérité de chacun sur la qualité de vie. Donc ce qui les intéresse, c'est l'évaluation du niveau de qualité de vie d'une population.

Les sociologues ont défini les notions de bonheur, de bien-être psychologique, de satisfaction de la vie, d'adaptation sociale et enfin de qualité de vie. Ils se sont particulièrement intéressés aux composantes affectives et cognitives du bonheur et du bien-être, et aux facteurs susceptibles d'influer sur le bien-être, à savoir des facteurs internes (notion de but et de sens de vie, sentiment d'efficacité personnelle, relations sociales, estime de soi, besoins, etc.) et externes (aspects sociodémographiques, événements de vie, soutien social). Ce n'est que tardivement, en 1976, qu'apparaît le terme de qualité de vie avec les travaux de Bradburn sur la structure psychologique du bien-être. Aussi, il permet une exploration du niveau de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociales et familiales. (Ficher G.N. 2002, P284)

1.3 L'approche politique :

« Selon cette approche, la notion de qualité de vie n'est pas individuelle mais collective. Nous pouvons retenir des noms comme Henri IV en France,

Hoover, Johnson aux Etats-Unis, que le « droit du bonheur » figure parmi les droits inaliénables des citoyens américains. Plus tard, dans les années 1960, toujours aux Etats- Unis, nous pouvons observer un intérêt et une préoccupation grandissants et quasiment omniprésents pour l'amélioration de la qualité de vie » (Ficher G.N. 2002, p285)

1.4 L'approche médicale :

On trouve le concept de la qualité de vie en médecine, et plus particulièrement en psychiatrie .les psychiatres vont dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatriques à partir du moment où la désinstitutionnalisation attachait peu d'importance à l'avis des patients et ne se préoccupait pas de leurs conditions de vie à l'extérieur. Cependant les études sur la qualité de vie apparaîtront plus tardivement dans les pays anglo-saxons, puis scandinaves et enfin dans le reste de l'Europe.

Quelques dates marquent le développement des études sur la qualité de vie. En effet, en 1947, L'organisation mondiale de la santé(OMS) donne une définition de la santé qui reste cependant proche de celle du bien-être .Ensuite en 1948, Karnofsky propose une échelle de performance corrélée avec le bien-être psychologique et le fonctionnement social. Il est suivi en 1963 par Katz, ces deux auteurs ont eu le mérite de faire évoluer les mentalités en médecine .Ils ont montré l'importance d'évaluer des fonctions des handicaps aussi bien physiques que psychiques sans le dissocier de leur contexte (la vie de tout les jours) .

Le concept de qualité de vie est très répandu dans le domaine médical. Les échelles évaluant la qualité de vie sont abondantes, elles représentent un outil clinique à part entière à condition qu'elles soient couplées à d'autres instruments cliniques validés.

2. définitions et conceptions de la qualité de vie :

L'organisation mondiale de la santé (OMS) 1993, considère la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, dans le ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ». (Fischer G-N.2002, p.288)

Pour Chwalow, « la qualité de vie concerne l'ajustement à la maladie dans la vie quotidienne. À travers cela nous dépassons le champ somatique afin d'intégrer l'ensemble de se que vie le sujet. Il est capital de ne pas limiter la qualité de vie à la santé. Les évaluations du niveau de santé et de la qualité de vie sont deux évaluations complémentaires, mais de nature et de méthodologie fondamentalement différentes ». (Fischer G-N.2002, p. 29)

2.1 Conceptions objectives :

On assisté à une évolution des conceptions de la qualité de vie ; limitées tout d'abord aux seules conditions de vie matérielles (point de vue politique et économique) et à l'absence de maladie psychique (de point de vue médical). D'après Warbuton et Sherwood, 1996.

On trouve encore dans la littérature des définitions du premier type, comme celle-ci par exemple : Les mesures de la qualité de vie ne doivent pas être confondues avec des niveaux d'aspiration ou de désir personnel, (...) elles se réfèrent plus clairement et plus fondamentalement à la situation actuelle réelle des individus : physique, psychologique et sociale. Selon Jenkins, 1992. A cette conception objective et fonctionnelle (accessible par hétéro-évaluation), on ajoutera une conception subjective et phénoménale (accessible

par auto-évaluation). Cette conception dépend en partie de l'individu qui est mieux placé à l'évaluer. On est convaincu aujourd'hui que si la qualité de vie dépend en partie des circonstances, c'est l'individu qui est le mieux placé cependant pour l'évaluer. (Bruchon-Schweitzer M. 2002, p 49).

2.2 Conceptions subjectives :

Le concept de la qualité de vie subjective, s'oppose à celui de qualité de vie objective. C'est le cas de celle proposée par Nordenfelt (1992) : la qualité de vie se définit par « le degré de satisfaction et/ou de bonheur global ressenti par un individu dans sa vie » cette définition ne concerne en fait le bien-subjectif et la satisfaction de la vie. (Bruchon-Schweitzer M. 2002, p 49).

Pour certain, la qualité de vie correspond à la satisfaction des besoins et des désirs. Le problème est que les auteurs divergent quand à la liste des besoins et des désirs. Pour Maslow (1954) il y aurait une hiérarchie des besoins, depuis les besoins vitaux (manger, dormir, boire, etc.), et les besoin de plus en plus élevé (besoin d'aimer et d'être aimé, besoin d'estime, de sécurité, etc.) pour Griffin(1988), l'ensemble des besoins et désirs humains dépend d'un système de valeur (acquis) qui donne à la vie son sens et sa structure : se réaliser, réussir, être libre et autonome, etc.

On réalise que ces conceptions posent le problème de la distinction entre besoin et désir. Entre autre, elle réduit la qualité de vie à certains de ses composantes « phénoménales », comme le bonheur, satisfaction et le bien-être subjectif. (Bruchon-Schweitzer M.2002, p 50).

2.3 Conceptions intégratives :

Une définition intégrative souvent trouvée dans la littérature est celle de l'OMS(1994) : « la qualité de vie est un concept très large influencé de manière

complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relation aux facteurs essentiels de son environnement ».

Selon Lawton, (1997), d'autres définitions intégratives prennent en compte les interactions entre personne et environnement et considère la qualité de vie comme un véritable système : la qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction de critères sociaux normatifs et individuels, système (personne- environnement) de chaque individu.

L'intérêt pour la définition de la qualité de vie en terme intégrative et dynamique est de :

Prendre à la fois les composantes externes (par exemple l'état de santé, le bien-être subjectif, etc.) ; Evaluer la qualité de vie selon plusieurs points de vue (hétéro-évaluation et auto-évaluation). Considérer les interactions dynamiques entre les composants de la qualité de vie. (Bruchon-Schweitzer M. 2002, p 51)

3. Les domaines et les composantes de la qualité de vie :

Les auteurs s'accordent aujourd'hui, à reconnaître que la QDV est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines : physique, mentale, et social. Ces derniers doivent être évalués selon plusieurs points de vue et critères :

3.1 Le domaine psychologique de la qualité de vie :

Pour la plus part des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie comprend des émotions et états affectifs positifs. Pour d'autres, elle inclut en outre une absence d'affects négatifs tels que l'anxiété et la dépression. Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique (surtout s'il s'agit de QDV associée à la santé) toutes les altérations et les troubles du fonctionnement psychologique du sujet comme la mémoire, la concentration, la fatigabilité, la

dégressivité, etc., et qui peuvent être induits par l'état de santé du sujet et /ou par les traitements qu'il subit.

Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamiques processuelles comme le développement personnel, l'actualisation ou la réalisation de soi.

Enfin, l'auto-évaluation c'est la technique la plus pertinente pour l'exploration de la dimension psychologique de la qualité de vie, d'autres méthodes peuvent être utiles comme les tests qui permettent l'évaluation des détériorations ou l'efficacité des capacités mentales. (Bruchon-Schweitzer M.2002, p52)

3.2 Le domaine physique de la qualité de vie :

Ce domaine contient plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique et les capacités fonctionnelles, qui se subdivisent en composantes plus fines. Ainsi la santé physique comprend l'énergie, la fatigue, le sommeil, les douleurs, les symptômes et divers indicateurs biologiques. Et les capacités fonctionnelles qui incluent le statu fonctionnel, la mobilité du sujet et les activités quotidiennes qu'il peut accomplir et sa relative autonomie.

Les deux aspects de la qualité de vie physique peuvent être évalués selon deux points de vue un point de vue externe (médical), qui consiste à évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles des individus et d'un point de vue interne,(subjectif), seulement accessible par l'auto évaluation. qui permettra d'atteindre les représentations. (Bruchon-Schweitzer M.2002, p53)

3.3 Le domaine social de la qualité de vie :

S'intéresse aux relations et activités sociales des individus dans divers sphères : Familiale, amicale, professionnelle,...etc. De nombreuses échelles de qualité de vie évaluant une sorte de santé et des activités sociales selon les démentions suivantes : la famille, les amies, loisir, vie professionnelle, vie amoureuse et vie civique. C'est le cas des échelles comme le NHP ou le WHOQOL-26 ou à 100 items. (Schweitzer M.B, 2002 p55)

4. la qualité de vie globale:

Selon l'organisation mondiale de la santé l'OMS(1994), la qualité de vie est définit ainsi "la perception qu'un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement".

Donc la qualité de vie est une notion très vaste, car elle englobe des composantes physiques, psychologiques et sociales. Il est donc difficile de limité son champ d'étude, ni de mesurer son ensemble, puisqu'il décrit le fonctionnement générale des individus.

5. La qualité de vie liée à la santé :

« Au sens large : Aspects qualitatifs de la vie liés à l'état de santé d'une personne.

Et dans un sens : perception subjective par un malade de son état physique, émotionnel et social au regarde des effets de la maladie, et des traitements ».

Elle revoie aux aspects de la qualité de vie ou du fonctionnement qui sont tributaires de l'état de santé de la personne. (Fischer G-N. et Tarquinio C.2006, p.161).

Le terme de la qualité de vie liée à la santé fut inventé pour justifier l'utilisation des mesures disponibles en changeant leur nom(qualité de vie liée à la santé). Il implique que l'on puisse analyser la qualité de vie dans ses composantes liées ou non à la santé. Cette perspective tient compte de l'interconnexion qui rend peu vrai semblable le projet de mesurer la qualité de vie liée à la santé. Nous pouvons le rapprocher de la citation de l'OMS 1948 : « la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état complet de bien-être physique, mental et social ». Cette citation a été complétée en 1986 par les éléments suivants :

La santé est une ressource de la vie quotidienne et non un but de la vie. Elle est ce que permet à un groupe ou un individu d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part d'évaluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

Pour Patrick. P et Erickson. E-H, 1993 : la qualité de vie liée à la santé « est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, de niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements, ou les politiques de santé ».

Pour la plupart des auteurs, la qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel, quatre dimensions principales explorant :

L'état physique du sujet (autonomie, capacité physique), ses procédures thérapeutique (douleurs), son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression) et ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel.

Pour Bergner. M, 1989 : les principaux domaines de qualité de vie sont :

Les symptômes, le statut fonctionnel, les activités liées au rôle sociale, le fonctionnement social, la cognition ; le sommeil et le repos, l'énergie et la vitalité, l'état ou le statut émotionnel ; La perception de la santé ; Et enfin la satisfaction générale à l'égard de la vie.

Pour Hodge.J, 1990 ; Les instruments actuels peuvent apparaître comme ne prenant pas suffisamment en compte, la complexité de l'expérience humaine, qui reste pourtant le centre d'intérêt principal des médecins et des patients .A ce type de démarche doit être opposée une autre approche, plus soucieuse de l'expérience des sujets, qui nous aide à comprendre comment une réalité apparemment insupportable peut parfois être une source positive de bien-être et de qualité de vie. (Leplege A. et Coste J. 2001, pp.20-21).

6. l'évaluation de la qualité de vie:

Dans le domaine de la santé; la mesure de la qualité de vie s'adresse plus particulièrement aux sujets en souffrance physique et /ou psychique. Cette mesure suppose une prise de conscience par l'équipe soignant de l'échec relatif des hétéro- évaluation conventionnelle et du rôle actif du patient dans la prise en considération de son vécu subjectif.

6.1 Les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie:

Il existe différentes situations clinique dans les quelle les études de qualité de vie sont préconisées. Dans le domaine de la cancérologie, Zettoun (1996), la qualité de vie est essentiellement subjective et sa mesure ne peut être déduite exclusivement de mesures objectives des conditions de la vie. Il est généralement reconnu que les mesures subjective set objectives de la qualité de vie ne sont pas fortement corrélées entre elles et qu'une étude valide de la conceptualisation et la mesure de la qualité de vie requiert une recherche

minutieuse à la fois des facteurs objectifs et subjectifs (Heal et Sigelman, 1990; Iæhman, 1988; Milbrath, 1982). Cet aspect souligne l'importance d'une évaluation subjective des expériences de vie des personnes elles-mêmes car les croyances personnelles influent sur ce qui est jugé important sur la façon dont est perçu le monde. (Leplège et Hunt. 1997, p 72).

6.2 Les méthodes:

On distingue deux types d'outils, les échelles génériques et les échelles spécifiques.

6.2.1 Les échelles génériques :

Les instruments génériques sont conçus pour l'exploration de pathologies variées, à des stades de gravité divers, et dans différentes groupes socio-économiques et culturels. Les mesures génériques donnent plus d'importance à l'aspect général de la santé, à la satisfaction du patient et explorent plus globalement certaines dimensions concernant le fonctionnement psychologique et social de l'individu. Elles couvrent des dimensions plus larges de l'état fonctionnel, du bien être et de la perception globale de la santé. Ils sont élaborés à partir de questionnaires, testés dans la population générale. (Leplège et Hunt, 1997).

6.2.2 Les échelles spécifiques:

Les échelles spécifiques sont construites pour des groupes présentant le même type de pathologie, souvent dans le but de mesurer un changement au cours du temps (évaluation thérapeutique). Ils explorent de façon précise chaque caractéristique de la maladie exprimée sous forme de dimensions. Lors de leur construction, ils sont testés sur la population à laquelle ils sont destinés.

Les échelles de qualité de vie peuvent être d'un apport constructif dans la compréhension de la relation personne/environnement, dans la compréhension des stratégies d'ajustement mises en place par le patient face à la maladie. Mais pour un bon nombre d'entre eux, il serait nécessaire de revoir le contenu de

certaines items, afin d'améliorer leur qualité psychométrique. (Carithers et coll., 1996 ; Bonkovsky et coll., 2000 ; Couzigou, 2002).

7. La qualité de vie dans le domaine de la cancérologie:

Comme le soulignent Schraub, Mercier, et Arveux (1996) le terme "qualité de vie" est employé en cancérologie depuis une vingtaine d'années. Son évaluation posait problème au début, car les méthodes utilisées ne tenaient pas compte de l'aspect multidimensionnel de ce concept et se limitaient; par exemple, à l'absence de toxicité médicamenteuse, mesuré par le médecin, à l'aide d'index ou de codes; codes de toxicité de chimiothérapie, ou code de vie OMS.

Par la suite, d'autres auteurs ont assimilé la qualité de vie à la durée de survie sans toxicité thérapeutique ou sans rechute de la maladie cancéreuse, (temps sans symptôme ou rechute, ou TWIST) qui ne mesure qu'une seule partie du concept de la qualité de vie.

De nombreuses études montrent que les patients cancéreux peuvent avoir une évaluation relativement positive de leur vie. Ainsi le fait de vivre une expérience négative (la maladie) peut amener l'individu à modifier les valeurs vis-à-vis des quelles il évalue sa qualité de vie.

Comme ils ont subi plus de stimuli négatifs que des personnes en bonne santé, leur référence est de ce fait plus négative. En effet certaines dimensions de la qualité de vie seraient améliorées grâce à la maladie (comme les relations familiales). (Fischer G-N.2002, p. 293-294)

Par contre, douleur et cancer vont souvent de pair, pas toujours présente au moment du diagnostic initial, la douleur précède très souvent les signes cliniques, biologique, radiologiques lors des récurrences tumorales et est le point d'appel de la découverte de nombreuses métastases ou complications. On

comprend aisément la part d'angoisse accompagnant ces douleurs, synonymes d'évolutivité de la maladie, qui peut retarder le traitement, les patients repoussant leurs consultations.

On imagine bien que la douleur, et la qualité de vie sont extrêmement liées. La douleur retentit à tous les niveaux: physique, autonomie, mobilité, psychologique mais aussi économique, socioculturel, relationnel et familial. Il est important d'évaluer dans l'atteinte douloureuse la part de ces différents facteurs pour contribuer au maintien d'une certaine qualité de vie. Cette évaluation se fait par une approche multidisciplinaire impliquant différents spécialistes, dont les psychiatres, les psychologues, et les services sociaux. (ESPIEM. 2011,p 28).

Résumé :

La notion de qualité de vie (QdV) est utilisée dans plusieurs disciplines scientifiques (économie, philosophie, éthique...). Elle se définit par l'ensemble de mesures des conditions sociales, économiques et environnementales de l'existence.

En médecine, elle a été développée par les cliniciens, les épidémiologistes et les psychomotriciens dans le domaine de l'appréciation des états de santé et du bien-être. Se pondant quatre domaines de la santé (fonction physique et autonomie, sensations somatiques et symptômes, état psychologique et émotionnel, insertion sociale) son importants, mais aussi la perception par le sujet lui-même de sa propre existence, l'image et l'estime de soi, la satisfaction du chemin parcouru).

La Qualité de Vie permet donc d'analyser la « santé vécue », l'image que se fait le patient de son propre bien-être, souvent bien différent de son état médical réel. Il ne suffit plus « d'être bien », l'homme recherche le « mieux être »....

Chapitre

II

Cancer colorectal

Préambule :

Le cancer colorectal est une maladie fréquente qui pose un problème important de santé publique. Plus des deux tiers des tumeurs sont localisée dans le côlon; le reste dans le rectum. La prise en charge des cancers colorectaux repose sur la chirurgie mais, au cours de ces dix dernières années, la place de la radiothérapie et la chimiothérapie s'est largement affirmée. le taux de guérison est voisin de 50% tous stades confondus. (Guimbaud. R. 2003, p121).

Pour en savoir plus sur cette maladie, nous allons la définir, entamer les causes, les symptômes, pour passé a la classification qui est se forme un tableau et vers la fin le diagnostique et le traitement.

1. Définition des concepts:**1.1 Côlon:****1.1.1 Fonction du côlon:**

Aussi appelé gros intestin, le côlon fait suite à l'intestin grêle et forme la dernière partie du système digestif. Il est constitué de plusieurs parties : le cæcum (d'où part l'appendice vermiforme), le côlon ascendant (droit), le côlon transverse, le côlon descendant (gauche), le côlon sigmoïde et le rectum.

Son rôle est principalement d'éliminer les déchets, d'absorber l'eau, de maintenir l'équilibre hydrique et d'absorber certaines vitamines. Le chyle provenant de l'intestin grêle est dépourvu de la quasi-totalité (90 %) des nutriments déjà absorbés par le système digestif. Le chyle se mélange dans le côlon avec le mucus et les bactéries intestinales pour former la matière fécale. Les bactéries capables de digérer les fibres forment de nouvelles molécules que le côlon est alors capable d'assimiler.

1.1.2 Structure du côlon:

Le côlon mesure de 1 à 1,5 mètre de long et de 4 à 8 centimètres de diamètre (pour le rectum et le colon, respectivement). Il est composé de plusieurs couches, de l'intérieur vers l'extérieur : une muqueuse, sans valve ni valvule ; une sous-muqueuse très vascularisée et innervée ; des muscles lisses circulaires internes et longitudinaux externes ; une enveloppe séreuse péritoine. (Dictionnaire © 2001-2015. Futura-Sciences)

1.2 Rectum:

1.2.1 Fonction du rectum:

Le rectum constitue la partie terminale du côlon, qui aboutit sur l'anus. Le sphincter anal permet de stocker dans l'ampoule rectale les matières fécales avant la défécation.

Le rectum est impliqué dans la continence, majoritairement inconsciente. Habituellement, la contraction de l'ampoule anale est inhibée, et le sphincter anal est contracté. Lors de la défécation, les muscles de l'ampoule anale se contractent et le sphincter se détend. Cependant, le mécanisme peut être consciemment inhibé par la contraction volontaire du sphincter.

1.2.2 Structure du rectum:

Malgré l'étymologie du mot qui signifie « droit » en latin, le rectum est en fait courbe. Il mesure environ 15 centimètres de long, l'ampoule rectale mesure quant à elle environ 5 centimètres.

Le rectum est vascularisé par trois paires de veines et trois paires d'artères. Les vaisseaux lymphatiques sont aussi présents. (Dictionnaire © 2001-2015 Futura-Sciences).

1.3 Cancer:

Tumeur maligne, il résulte d'un déséquilibre dans le mécanisme de croissance et d'une multiplication cellulaire. la cellule se caractérise par des anomalies musculaires avec mitoses fréquentes et anarchique. De nombreux facteurs peuvent intervenir dans la cancérogénèse: substance chimiques, radiations, virus, hérédités, etc.

Le tissu cancéreux envahit les organes environnants et se dissémine par la voie lymphatique et sanguine donnant les métastases. La prolifération cellulaire dans les tumeurs malignes n'est pas totalement autonome. Outre la dépendance de la tumeur vis-à-vis de l'hôte du fait de sa vascularisation, sa croissance est effectuée par les hormones, les médicaments et les mécanismes immunitaires du malade. Les cancers se répartissent en deux grandes catégorie: les carcinomes ou les épithéliomas et les sarcomes. (QUEVAULLIERS J. 2009, P. 151)

1.4 Cancer du côlon:

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

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

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

2. Symptômes du cancer du colorectal :

Le cancer colorectal passe généralement inaperçu dans ses premiers stades de croissance. Les symptômes suivants peuvent être le signe d'un cancer colorectal. Des changements dans les habitudes fécales qui durent depuis quelques semaines (constipation ou diarrhée, par exemple), Du sang dans les selles, Des malaises abdominaux, tels des gaz intestinaux, des crampes ou des douleurs au ventre, La sensation que les intestins ne se vident jamais complètement ou d'avoir constamment envie de déféquer, Une grande fatigue, Une perte de poids inexplicée.

3. Les facteurs de risque:

Il semble qu'un certain nombre d'éléments prédisposent à développer un cancer du colon : Les polypes du colon ou du rectum, Les antécédents de maladie de Crohn et d'une manière générale toutes les MICI , Les antécédents

familiaux de cancer de ce type, Certaines maladies génétiques, L'alimentation semble augmenter les risques : l'alcool et les produits sucrés en grande quantité, la pauvreté des fibres dans l'alimentation, et l'excès de graisses animales.

4. Classification:

Plusieurs classifications ont été successivement proposées chacune tentant de cerner au mieux le pronostic vital en fonction de l'infiltration intrapariétale. il est à remarquer que l'existence d'adénopathies métastatique même situées dans ou au contact proche de la paroi colique altère profondément le pronostic vital essentiellement par le biais des métastases à distance même si la classification actuellement recommandée est la classification TNM (tableau 1) en pratique d'autres classifications restent encore souvent utilisées. (Guimbaud. R. 2003, p112).

Tableau n°1: Classification TNM du cancer colorectal (Guimbaud. R. 2003, p126)

Code	Description
Tis	Carcinome in situ muqueux
T1	Tumeur envahissant la sous-muqueuse
T2	Tumeur envahissant la musculuse (sans la dépasser)
T3	Tumeur envahissant la sous-séreuse ou l'espace pérectal en zone sous-péritonéale
T4	Tumeur ayant perforé le péritoine viscéral ou envahissant directement les organes de voisinage
N0	Pas de localisation ganglionnaire
N1	Métastases dans 1 à 3 ganglions péricolique ou pérectaux
N2	Métastases dans 4 plus des ganglions péricolique ou pérectaux
M0	Absence de métastase à distance
M1	Métastase(s) à distance

5. Diagnostique :

5.1 Circonstances de découverte :

Trois ordres de troubles, associés tardivement seulement : troubles du transit : constipation, diarrhée, alternance diarrhée/constipation ;
rectorragies ; douleurs abdominales, Coloscopie de dépistage

5.2 Examens clinique

Peu parlant : la palpation du cadre colique peut découvrir, après d'une évolution latente, une tumeur palpable, bosselée irrégulière, dure, indolore, mobile ou déjà fixée. Au toucher rectal on peut repérer le pôle inférieure de la tumeur lorsqu'elle est prolabée dans le bassin. (Scotte.F.et coll, 2002, p242)

6. Principes du traitement :

Le traitement chirurgical est le seul traitement radical du cancer recto colique

6.1 Traitement chirurgical :

Suivant le site de la tumeur:

Colon droit : ligature première des vaisseaux à l'origine des artères coliques droites et iléo-colique avant hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse.

Colon gauche : ligature première de l'artère mésentérique inférieure avant colectomie segmentaire gauche. Charnière recto-sigmoïdienne et haut rectum : chirurgie conservatrice avec anastomose colorectale ou coloanale. Moyen et bas rectum : si marge supérieure à 2 cm, chirurgie conservatrice ; si marge < 2 cm, amputation abdomino-périnéale. (Scotte.F.et coll., 2002,)

6.1.1 Rétablissement de continuité :

Immédiat en cas de cancer colique droit ou de chirurgie à froid. En 2 temps après stomie en cas de cancer colique gauche ou d'intervention en urgence (perforation diastasique, occlusion).

Dans les formes diffuses: Proctocolectomie totale avec anastomose iléo-anale.

6.2 Traitement adjuvant :

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

6.2.1 Cancer colique :

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

Stade C : chimiothérapie adjuvante indiquée avec diminution du risque de récurrence Habituellement, association de 5-FU+/- Oxaliplatine ou Irinotécan.

6.2.2 Cancer de rectum :

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

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

Tolérance de la radiothérapie postopératoire moins bonne que celle de la radiothérapie préopératoire.

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

6.3 Métastases

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

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

Une prise en charge palliative devra être proposée aux patients dont la pathologie est non accessible aux traitements curatifs en optimisant la prise en charge des complications digestives. (scotte.F.et coll, 2002,p p245-246).

7. Problèmes psychologiques de la maladie :

7.1 La dépression chez les cancéreux:

Selon L'OMS (2015) : La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

Elle peut être de longue durée ou récurrente, et porte essentiellement atteinte à la capacité des personnes à fonctionner au travail ou à l'école, ou à gérer les situations de la vie quotidienne. Dans les cas les plus graves, la dépression peut conduire au suicide. Lorsque elle est légère, la dépression peut être traitée sans médicaments. Cependant, lorsqu'elle est modérée ou grave, les patients peuvent avoir besoin de médicaments et d'une thérapie par le dialogue. toute personne confrontée au diagnostic d'un cancer vit un stress et une forte émotion.

Crainte de mourir, modifier ou arrêter les plans envisagés, changement de l'aspect du corps et de sa propre estime, changements dans le rôle social et dans le style de vie, soucis financiers sont autant de facteurs susceptibles de provoquer des angoisses chez le malade. Cependant, la dépression ne touche pas tous les patients : elle n'est pas systématique.

Généralement, les patients connaissent une tristesse qui ne signifie pas dépression. La dépression en effet ne consiste pas uniquement à être triste ou d'humeur morose.

Elle touche environ 25% des malades et ses symptômes peuvent être facilement diagnostiqués et traités. (GERCOR, 2012)

Les symptômes sont en général : une humeur négative continue, une perte de plaisir et d'intérêt dans tous les domaines, des changements dans le rythme du sommeil et de l'appétit, une nervosité et une susceptibilité, une culpabilisation inutile, une faible capacité de concentration, des pensées obsessionnelles de mort voire de suicide.

7.2 L'anxiété chez les cancéreux:

L'anxiété accompagne le malade tout au long de son évolution, elle peut avoir un effet positif ;il faut obtenir(éventuellement par une benzodiazépine) un sommeil correct et une meilleure adaptation aux agressions subites.

L'anxiété est une réaction habituelle lors d'un diagnostic de cancer. Elle est vécue principalement lorsqu'un test de dépistage est pratiqué, lors de l'attente de résultats à la suite de tests, au moment d'entendre le diagnostic, pendant le traitement lui-même ou lorsque le cancer récidive.

La manière dont est vécue l'anxiété est très variable selon chaque patient. Généralement, l'information sur la maladie et ses traitements applicables rassure

le patient. Il faut noter que les personnes habituellement peu anxieuses ne développent que rarement de l'anxiété après un diagnostic de cancer. Ainsi donc, sont plutôt sujets à l'anxiété les patients qui par nature sont angoissés et ont déjà montré des prédispositions à l'anxiété auparavant.

L'anxiété est souvent plus importantes chez des personnes qui souffrent ou sont handicapées ou encore dont le soutien familial est rare.

Finalement, les malades ne craignent pas tant la mort que la souffrance, la solitude ou la dépendance des autres. (GERCOR, 2012)

7.3 L'angoisse chez les cancéreux:

L'angoisse du patient fait résonance avec la propre angoisse du soignant et peut se traduire par l'ambivalence par rapport au désir du malade, et la mise en place de mécanismes de projection et d'identification. Le doute, le désarroi et l'impuissance face à un vécu corporel jugé comme inacceptable et intolérable peuvent générer des passages à l'acte avec des décisions médicales hâtives voire des ruptures de la communication. Le soignant devient ainsi pour le patient objet de persécution et vice versa. Cet état de fait est majoré par l'attachement au patient comme objet de soins pour mieux faire abstraction du patient sujet-désirant. (GERCOR, 2012)

7.4 Les troubles sexuels chez les cancéreux :

La vie sexuelle des patients atteints de cancer peut être affectée par cette maladie. La cause peut être diverse : chirurgicale (cancer du rectum, cancer de la prostate...), liée à la maladie : fatigue, perte du désir, asthénie, modifications hormonales, (ménopause induite par le traitement, hormonothérapie...), psychologique : peur de ne plus plaire (les modification du Corps a cause de la chirurgie, perte des cheveux avec certaines chimiothérapies...), dépression, dévalorisation... . (GERCOR, 2012)

7.5 L'image du corps chez les cancéreux:

Il s'agit d'un concept forgé par Paul Schilder en 1935 qui la définit comme « la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps » Cet auteur précise que « l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». (Schilder P1935, 1968.)

En cancérologie, le corps met à mal le sujet dans sa croyance en son immortalité et contraint l'appareil psychique à s'en représenter ses modifications d'où la mise en place des mécanismes de défense chez les patients. Le cancer va transformer le regard au corps pour le sujet lui-même mais aussi pour les autres. Le cancer oblige le corps à une mise en scène permanente et l'esprit à une quête de sens vis à vis de la souffrance atteignant ce corps. Le cancer et ses diverses thérapeutiques vont entraîner chez le patient une métamorphose plus ou moins rapide de son corps, de son identité corporelle d'où un risque potentiel de dépersonnalisation avec perte du contrôle de soi et perte de vue de son identité avec une atteinte de l'estime de soi et la perte de confiance.

7.6 La qualité de vie et le cancer du colorectal:

L'atteinte du côlon-rectum par le cancer confronte les patients à une expérience corporelle bien particulière. La mise en place d'une colostomie (abouchement d'une partie de l'intestin à la peau) renvoie aux dimensions de l'analité avec l'apprentissage du contrôle sphinctérien et l'acquisition de la propreté. La somatisation interne traduit les troubles anxieux et les émotions qui passent par le canal du corps et ne sont pas mentalisées. La dépréciation de l'image du corps suite à la mutilation et aux modifications fonctionnelles induites renvoie aux problématiques d'ouverture et de fermeture du corps,

d'odeurs, de saleté et de propreté, de rétention et d'expulsion. (Bredart A, *et coll*, 2007)

Une étude de McKenzie F chez 86 patients porteurs d'une stomie digestive a montré que 25 % avaient des difficultés au quotidien pour le change, 50 % ont pensé ne plus contrôler leur corps, 33 % évitaient tout contact social et activités de loisir avec une focalisation des peurs sur les odeurs et les fuites. Une autre étude de Sideris retrouve une diminution de la qualité de vie mesurée par l'échelle QLQC-30 ET SF 36,38 en lien avec une atteinte de l'image du corps avec comme facteurs contributifs le mariage et la présence d'un milieu socioculturel bas. (Brettes JP, *et coll*, 2007.)

7.7 Les changements et Adaptation de la famille suite à la maladie (cancer):

Quand le cancer entre dans la vie d'une famille, les rôles et les responsabilités doivent souvent changer. La personne atteinte de cancer doit souvent se concentrer sur son traitement et son rétablissement et elle pourrait ne pas avoir le temps ou l'énergie de diriger la maisonnée ou d'aller travailler. Au sein de la famille, cela risque d'affecter les rôles de salariés, de personnes au foyer, de personnes responsables des enfants ou d'aidants pour un parent vieillissant.

Cela signifie que d'autres membres de la famille pourraient assumer de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités. Un partenaire pourrait, par exemple, aider à payer les comptes, à faire les achats ou à s'occuper du terrain, ou bien on pourrait demander à un enfant d'accomplir plus de tâches. Il est parfois difficile pour les membres de la famille de s'adapter à ces nouveaux rôles. Les réunions familiales peuvent être une bonne façon de s'assurer que tout le monde y parvient. La famille peut apporter force et soutien, mais elle peut aussi être source de stress et d'anxiété. Une bonne communication solidifie

souvent les relations et les rend plus significatives puisque les gens ont un regard neuf l'un sur l'autre. (2015 Société canadienne du cancer).

Résumé:

Chaque cancer est unique et se définit notamment en fonction de sa localisation dans le côlon et rectum, de sa profondeur dans la paroi, de l'atteinte ou non des ganglions proches du ce dernier et de présence ou non de métastases au d'autres organes.

Le traitement des cancers du colorectal dire côlon et rectum repose principalement sur la chirurgie qui vise à guérir le cancer en supprimant la partie atteinte par la tumeur. Et la chimiothérapie est un traitement à base de médicaments anticancéreux. Son objectif est de réduire le risque de récurrence.

On peut dire que la maladie du cancer est souvent pénible, ce qui engendre chez un patient des problèmes que se soi psychique et ou physique et ces interaction avec autrui.

Partie Pratique

Chapitre

III

**La méthodologie de
recherche**

Préambule:

La méthodologie est une phase très importante, que le chercheur doit suivre dans un travail scientifique afin de déterminer la méthode, les instruments de recherche et de définir la population d'étude.

Comme toute chercheuse, afin de réaliser notre recherche on doit passer par cette phase dont on va déterminer la méthode, présenter la pré-enquête, le lieu de stage, définir la population d'étude et les outils utilisés dans cette recherche.

1- Présentation de lieu de stage :

Pour pouvoir réaliser notre recherche notamment la pratique on s'est orienté vers l'établissement publique hospitalier d'Amizour (E.P.H BENMERAD EL MEKKI) surplombant la ville d'AMIZOUR, est située au nord-est, à 25 km du chef-lieu de la wilaya de BEJAIA. il a été créé en 1981 selon le décret n° : 242 /81 du : 05.09.1981 et inauguré selon le décret n° :254/85 du : 22.10.1985.

L'E.P.H d'Amizour est composé de 11 services dont le service d'oncologie la, ou s'est déroulé notre stage pratique, ce dernier qui a été créé le 27 janvier 2007 par le ministre de santé, de la population et de la réforme hospitalière.

La prise en charge des patients se fait en ambulatoire (hôpital du jour), le service a pour mission l'accueil, et la prise en charge des patients cancéreux (cures de chimiothérapie, phase aigue de leurs traitement : douleur, anémie, aplasie et en phase palliative)

Le service est composée de :

Deux salles dont deux lits, deux contient trois lits et Une salle de six lits, une salle de préparation des protocoles de chimiothérapie comportant une hotte à flux laminaire et une salle de soins.

Le personnel du service :

Le personnel exerçant dans ce service comprend Cinq oncologues médicaux, deux médecins généralistes, un coordinateur paramédical, deux cadres paramédicaux et neuf infirmiers préparateurs.

2- La pré-enquête :

La pré-enquête est une phase préparatoire, elle permet de délimiter le champ de la recherche, d'identifier le terrain et la population d'étude dont le but de recueillir le maximum d'informations sur le sujet de recherche.

Selon Chauchat. H : la pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle est la phase préparatoire de l'enquête, c'est une étape de recherche des hypothèses vérifiables à travers un cadre théorique afin de déterminer nos hypothèses et nos objectifs (Chauchat. H, 1999, p63).

Notre pré-enquête s'est déroulée à l'E.P.H d'Amizour la, ou nous avons présenté notre thème de recherche au psychologue du service d'oncologie qui nous a orientées vers le chef de service qui a accordé notre demande de stage pratique au sien de cet établissement. Ce dernier, nous renseigne des cas qui présentent un cancer colorectal .On s'est présenté au près des patients atteintes de cette maladie, exposant notre thème de recherche et la méthode avec laquelle qu'on va travailler. Les patients ont accepté de participer et être sujet de notre recherche. On a élaboré l'entretien et l'échelle de qualité de vie avec 08 patients dont trois hommes et cinq femmes à partir de cette pré-enquête on a modifié le guide d'entretien.

3- La démarche de la recherche :

La méthode est une démarche complète issue des objectifs d'une étude particulière et organise toutes les étapes de la recherche, depuis les énoncés des hypothèses jusqu'à leur vérification, alors le terme de méthode renvoi aux

techniques de recueil et analyse de données. (Chahraoui. Kh et Bénony H, 2003, p139).

Les recherches en psychologie clinique font principalement appelent aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique, méthode corrélationnelle, méthode normative, enquêtes etc.). Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation donnée et parfois, de décrire la relation qui existe entre les composantes (Chahraoui .Kh et Benony H, 2003, p125)

Comme tout chercheur en psychologie clinique afin de pouvoir réaliser notre étude sur la qualité de vie on a fait appel a la méthode descriptive qui nous semble adéquate à notre thème et aux objectifs de notre recherche

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptive, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus.par l'étude de cas, le clinicien, chercheure tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de différentes circonstances de survenu actuelles et passées (histoire de sujets, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense, etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examens psychologiques, témoignages des proches et des soignants.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveau d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, évènements présents et passés. De l'ensemble de ces données le clinicien ou bien le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celles-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraînés la situation problématique. (Chahraoui.Kh et Benony.H, pp125-126).

4. Présentation de La population d'étude:

Notre population d'étude est composée de 08 patients atteints d'un cancer colorectal, leur âge varie entre 30 et 55ans. La sélection de la population d'étude Semble pertinente pour notre recherche après la prise en compte des critères suivants :

4.1 Critères d'inclusion de notre population d'étude :

L'âge :

Tous les cas sont des adultes leurs âges varie entre 30 et 55 ans.

Nature de la maladie :

Tous les cas présentent un cancer colorectal.

Début de la maladie :

Le diagnostic de la maladie date d'ans ou plus.

Le traitement :

Tous les patients sont sous chimiothérapie.

4.2 Les critères d'exclusion:

Le sexe :

On n'a pas spécifié la variable sexe car le cancer colorectal touche les hommes et les femmes.

Le niveau d'instruction

On n'a pas pris en considération le niveau d'instruction.

Le tableau si dessous présente notre population d'étude selon l'âge, le sexe, la situation maritale, niveau d'instruction, la profession et le début de la maladie.

Tableau n° 2 :

Tableau récapitulatif des cas étudiés :

Critère Cas	Sexe H/F	Age	Niveau d'instruction	Profession	Situation marital	Début de la maladie
« A »	H	44 ans	6 ^{ème} année	Gérant	Marié	2013
« S »	H	52 ans	Licence en mathématique	Enseignant au lycée	Marié	2014
« K »	H	40 ans	4 ^{ème} année moyen	commerçant	Marié	2013
« B »	F	48 ans	Non instruite	Sans profession	Mariée	2011
« L »	F	37 ans	2 ^{ème} année secondaire	secrétaire	Mariée	2011
« R »	F	37 ans	Technicien supérieur en informatique	Chargé de la gestion sociale	Marié	2011
« M »	F	37 ans	4 ^{ème} année moyenne	Sans profession	Mariée	2011
« Z »	F	39 ans	Licence en SEGC	Chef service	Mariée	2012

5-Les outils utilisés :

Le clinicien utilise des techniques d'évaluation dans le but d'établir un état précis du fonctionnement d'un individu.

Pour la réalisation de notre recherche on a fait recours aux techniques suivantes :

L'entretien semi-directif et le questionnaire généraliste de qualité de vie (SF-36)

5-1-L'entretien clinique :

L'entretien clinique peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose le petit Robert, simplement comme l'action d'échanger des paroles

avec une ou plusieurs personnes. L'entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue, ce terme implique donc deux dimensions essentielles : interactive et discursive.

Clinique est à l'origine un terme médical issu du grec klinè qui signifie « lit ». Le terme clinique dans son sens médical signifie aussi l'enseignement médical donné au lit de malade ainsi que l'ensemble des connaissances acquises au lit du malade. On a ici une spécificité médicale qui consiste à observer un ensemble de signes pour les regrouper ensuite en syndromes.

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. (Chahraoui. Kh et Bénony. H, 1999, p 11).

En clinique l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si on veut comprendre le sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même.(Chahraoui. Kh et Bénony. H, 1999, p 11).

5-1-1- L'entretien semi-directif:

On peut définir l'entretien semi-directif comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisée au près d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurer en profondeur les informations ». (Engers. M, 1997, p144).

5.1.2 L'attitude du clinicien:

Il s'agit d'un entretien clinique produit à l'initiative du clinicien chercheur, car ici, le chercheur dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et il intervient dans une institution au titre de recherche. La demande émane donc du chercheur et non pas du patient. (Chahraoui. Kh et Bénony. H, 1999, p 62).

5-1-3-Guide d'entretien :

Notre guide d'entretien est composé de cinq (05) axes

Caractéristiques personnelles :

- 1- Quel est votre âge ?
- 2- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 3- Si vous travaillez quel est votre profession ?
- 4- Quel est votre classement dans la fratrie ?
- 5- Quel est votre situation matrimoniale ?
- 6- Avez-vous des enfants ? Si oui combien ?

AXE I : les informations concernant l'état de santé du sujet

- 1 - Depuis quand vous- êtes malade ?
- 2- Comment vivez-vous cette maladie ?
- 3- Avez-vous d'autres maladies ?

AXE II: réactions face au diagnostic :

- 1- Quelle a été votre réaction quand on vous a annoncé le diagnostic ?
- 2- Pouvez-vous nous parler de votre vie avant la découverte de votre maladie elle ?

Axe III: Attitude environnementale :

- 1- Pouvez-vous nous parler de la réaction de votre famille lors du diagnostic de la maladie ?

- 2- Est-ce que vous avez remarqué un changement dans leurs attitudes vis-à-vis de votre état ?
- 3- Comment vivez-vous votre maladie au sien de votre vie conjugale ?
- 4- Comment sont vos relations sociales ?

Axe IV : les informations en relation avec la qualité de vie

- 1- Dormez-vous facilement ?
- 2- Sentez-vous stable ou instable ?
- 3- Votre vie de tous les jours, est-elle pleine de choses qui vous intéressent ?
- 4- Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes ?
- 5- Etes-vous gêner de ne pas réaliser vos tâches quotidiennes ?

Axe : projection dans l'avenir

- 1- Comment percevez-vous votre avenir ?
- 2- Avez-vous des projets pour votre avenir ?
- 3- Qu'espérez-vous dans votre avenir ?

5-2- Le questionnaire MOS-SF 36

Dans le domaine de la qualité de vie liée à la santé, il existe des échelles généralistes utilisables pour tous les patients, quelle que soit la pathologie, c'est le cas du questionnaire de santé SF-36 qu'on a choisi pour réaliser cette recherche.

Le questionnaire MOS SF-36 « médical out come study, short-form, 36 items » est issu d'une étude transversale menée sur 20000 et d'une étude longitudinale menée pendant 4 ans sur 2546 patients souffrant de pathologies diverses, par Ware et Sherboune en 1992. Au départ la QDV était évaluée par 149 items. Les échelles qui en sont dérivées sont auto-évaluatives, concernent plusieurs domaines et démentions de QDV et leurs items sont des échelles de

Likert. Il s'agit bien d'une échelle de QDV générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale.

Tout le monde s'accorde à évaluer le SF-36 très favorablement, car il est d'une validité et d'une fidélité satisfaisantes compte tenu de son petit nombre d'items, de sa bonne acceptabilité et de sensibilité. (Schweitzer. M B, 2002, p73-75)

Le SF-36 regroupé en 8 sous échelles :

Activité physique (Physical Functioning) ou (PF) question 03 est composée de 10 sous questions.

Limitation dues à l'état physique (Role Physical) ou (RP) question 04 est composée de 04 sous questions.

Douleurs physique (Bodly Pain) ou (BP) questions 7 et 8.

Santé perçue (General Health) ou (GH) questions 1, 2, 3, 4, 6 et 8.

Vitalité (Vitality) V ou (VT) : question 09 est composée de 04 sous questions (i, e, c, a).

Vie et relations avec les autres (Social Functioning) ou (SF) : questions 6 et 10.

Santé psychique (Mental Health) ou (MH) : question 09 est composée de 04 sous questions (h, f, d, g, b).

Limitation dues à l'état psychique (Role Emotional) ou (RE) : question 05.

La composante santé physique : est évaluée et reflétée par les domaines, activité physique,

Limitations dues à l'état physique, douleur physique et santé perçue.

La santé mentale : est évalué à travers les scores des domaines vitalité, vie et relation avec les autres, santé psychique, limitation dues à l'état psychique.

Chaque domaine ou échelle est exploré par un nombre de question différent. Les réponses a ses questions es permettent d'établir un score par

Plusieurs domaines. Ce score est obtenu en plusieurs étapes. (Orhan F. 2009, p32-34).

5.2.1 Calcul des scores du questionnaire SF-36 :

Les réponses à chaque question donnant une valeur qui est codée entre 0 et 100, l'estimation subjective est basée sur l'échelle de Likert, on pose les degrés de 1 à 3 ; 1 à 5, 1 à 6 hiérarchiquement.

L'appréciation de la qualité de vie est jugée positive lorsque la valeur obtenue est supérieure de degré global de la qualité de vie, par contre elle est jugée négative lorsque le degré se dégrade, les estimations des valeurs se comptent à travers la transformation linéaire et repose sur les formules suivantes :

- 1- les dimensions 1, 2, 6, 8, 9 (h, e, d, a), 11 (c, b) sont cotées de 100.75.50.25.0.
- 2- les dimensions 4 (d, c, b, a), 5 (c, b, a), 9 (i, g, f, c, b), 10, 11 (d, a) sont cotées de 0.25.50.75.100.
- 3- la dimension 3 (j, i, h, f, g, e, d, c, b, a) est cotée de 0.50.100
- 4- la dimension 7 est cotée de 100.80.60.40.20.0

Les scores obtenus seront additionnés, puis divisés par le nombre de question de chaque dimension pour l'appréciation de la qualité de vie, puis on effectue l'addition des degrés des moyennes des dimensions obtenues divisée par 8.

6- Le déroulement de la pratique:

Notre pratique s'est déroulée au service d'oncologie, en premier lieu on s'est présenté auprès des patients comme des étudiantes en fin de cycle psychologie clinique ou on a exposé les objectifs de notre recherche et on a

expliqué la méthode avec laquelle on va travailler (l'entretien, le test MOS SF-36).

Ensuite après avoir le consentement des patients on a effectué l'entretien semi-directif dont la durée est variée selon les patients entre 45 minutes et 1 heure, les entretiens sont faits en langue maternelle (kabyle) et en langue française selon le niveau d'instruction des patients et leurs capacités de compréhension.

Enfin pour pouvoir recueillir le maximum d'informations sur le sujet et dans le but d'évaluer sa qualité de vie on a passé à l'échelle MOS SF-36 qui a été auto-administré pour les patients intellectuelle et pour ceux qui ne peuvent pas répondre aux questionnaires soit par a port à leurs niveau intellectuelle ou par a port à leur état de santé. L'échelle a été effectuée par nous même bien sur avec leurs collaborations.

7. Les difficultés de la recherche:

Durant notre recherche, nous avons rencontré quelques difficultés mais qui n'ont pas empêché la réalisation de ce travail:

Le manque d'ouvrages traitant de notre thème au niveau de la bibliothèque de l'université, le manque d'étude antérieures, les difficultés de faire un entretien dans de bonnes conditions à cause des effets du traitement de chimiothérapie (fatigue, nausée, vomissement, etc.) et en plus on a trouvé aussi des difficultés de garder la population choisis à cause de l'orientation vers d'autre centre d'oncologie par manque de médicament et enfin les difficultés du patient a se concentrer à cause des chambre collectives.

8-Les limites de la recherche :

Notre recherche s'est déroulé durant la période de 01 avril au 15 mai 2015 a l'E.P.H d'Amizour au service oncologie notre travail s'est basée sur les

entretiens et l'administration de l'échelle MOS-SF 36 avec 08 patients qui sont affectés par le cancer colorectal dans le but d'évaluer leurs qualité de vie.

Résumé :

Dans ce chapitre on a tenté de présenter les étapes suivies dans notre recherche, qui nous ont aidés à mieux planifier et organiser notre travail, afin de pouvoir récolter, analyser et interpréter les résultats pour pouvoir vérifié nos hypothèses.

Chapitre

IV

Analyse des résultats et discussions des hypothèses

Préambule

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche, comportant l'analyse des entretiens et l'analyse des résultats de l'échelle MOS SF-36 pour évaluer la qualité de vie, et on termine par une discussion sur les résultats obtenus chez nos huit cas.

I - Présentation et analyse des résultats :

Cas N°01 : « A »

1)- Présentation du cas :

« A » est un homme, âgé de 40 ans, Il est l'aîné d'une fratrie de 4 membres et Père de 3 enfants dont une fille et 2 garçons. Il est commerçant, son niveau d'instruction est de 9^{ème} année moyenne.

On a effectué avec lui deux entretiens. Il était timide au début, mais peu après, il s'est familiarisé avec nous. Malgré son état physique, dépourvu de force, car il avait l'air fatigué.

Durant son enfance, adolescence et âge adulte, « A » était en parfaite santé, il avait aucune maladie, c'est après la naissance de son dernier enfant en 2013. Il nous dit : « je me souci trop et des fois pour rien je crois que c'est à cause de ça que je suis malade ». En juin 2013 il souffre de saignement au niveau de rectum et fut directement emmène en urgence a l'hôpital par son père ou il l'on opéré directement, il dit « Il mon fait la chirurgie c'est la première fois, je me retrouve stressé ».

Après l'intervention chirurgicale le médecin lui annonce qu'il a un cancer colorectal (colon et rectum), il nous dit : « tout a changé, je ne peu pas croire et pourtant je suis malade ! ».

Le patient souligne que c'est une personne qui n'aime pas les fréquentations surtout après sa maladie, il dit : « je suis solitaire ».

Et depuis qu'il est malade, il aime beaucoup rester seul à la mer, savouré la grandiose de la création de dieu. Alor en trouve qu'il a de grandes difficultés avec l'entourage.

Concernant la vie sexuel du couple est dégradée, il souffre avec sa femme, en se culpabilisant il dit : « je ne peux pas lui faire tout... je me sens incapable ... elle est courageuse, elle me soutienne dans toutes les situations ».

« A » nous dit qu'il a des troubles de sommeil, et sa vie des fois elle est instable et nous confirme par : « mais ma vie est instable », il n'aime pas que les autre fassent son travail a sa place.

Il souligne ainsi : « je pense que ça ne va pas guérir mais je souhaite être debout jusqu'à la fin », il a le sentiment de frustration et de dégoût causé par sa santé, sur le plan psychique et physique cela manifeste par une fatigue permanente « il faux pas que je pense trop pour que je puisse guérir ».

2)- L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36:

Tableau N°03 : Montre le degré de la qualité de vie chez « A ».

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	45	15.2	45	40	20.4	45	45	17.6	34.15
MOS SF-36	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

La qualité de vie globale est perçue évaluée a 34.15 elle est très basse en comparaison avec le score moyen référentiel MOS-SF36 qui est de 64.30.

L'évaluation bien exprimée dans les huit dimensions: activité physique(PF) estimée à 45, limitations dues à l'état physique(RP) estimées à 15.2, douleurs physique (BP) estimées à 45,vie et relation avec les autres (SF) estimée à 40,santé psychique(MH) estimée à 20.4,vitalité(VT) estimée à 45,santé perçue(GH) estimée à17.6, dimension limitation due à l'état physique (RE) estimée à 45 qui montre la dégradation des niveaux de ces dernières ce qui signifie l'impact de la maladie de vie de « A ».

3. Synthèse:

D'après l'analyse de l'entretien du cas, on constate que la santé physique et psychique du patient est détériorée, il exprime une inquiétude, manque de communication et mauvais contact avec les autres. Sa maladie influence d'une manière négative sur sa qualité de vie.

Cas N°02 : « S »

1-Présentation du cas :

« S » est un homme, âgé de 52 ans, père de 2 enfants, fille et garçon, il est le 3^{ème} d'une fratrie de 5 enfants, il occupait un poste de professeur de mathématique au lycée depuis 25 ans et maintenant il a demandé une retraite anticipée suite à sa maladie.

Durant l'entretien, « S » s'est montré spontané et coopératif, il a un esprit ouvert. Etait un homme fort et en bonne santé jusqu'à l'année 2013 où il tombait malade, il souffrait d'une crise de douleur au niveau du ventre qu'il décrit comme un blocage, il ne pouvait plus se soulager.

Suite à des douleurs aiguës du côlon, le patient fait des examens médicaux et des recherches sur internet où il découvre qu'il est atteint d'un cancer de côlon et du rectum.

Parmi les complications qui influencent négativement « S », on trouve la poche qui l'empêche de sortir comme avant, il ajoute qu'il est en chimiothérapie depuis septembre 2014, il dit : « c'est difficile et fatiguant en même temps ».

D'après l'entretien, on a constaté que la vie relationnelle du sujet a complètement changée depuis son atteinte de cancer de côlon. Au Début il était réservée, il sort moins, il nous dit : « j'avais peur de se sentir mauvais ». Mais

maintenant il sort sans crainte, il a confiance en soi même, il dit : « c'est la vie, il faut que je sois fort pour combattre cette maladie».

« S » passe presque tout le temps à la maison avec sa famille, bien sur avec sa femme qui est toujours présente et disponible pour subvenir à ses besoins. On constate qu'il est bien entouré. Il fait ces taches quotidiennes mais sans qu'il fasse beaucoup d'efforts, comme il le dit : « je ne peux pas rester sans rien faire, si je le fait pas je me sentirais incapable ».

Pendant l'entretien, on lui a posé trois questions sur l'avenir, « S » avait les larmes aux yeux, il dit : « je veux être soulagé et être autonome pour retrouver ma vie d'avant et resté beaucoup plus avec mes deux enfants que j'aime ».

2. L'analyse du questionnaire générale de la qualité de vie MOS SF-36:

Tableau N°04 : montre le degré de la qualité de vie chez « S ».

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	70	50	100	63.3	70	50	62.5	66.6	70.3
MOS SF-36	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

La qualité de vie globale est perçue évalué à 70.3, elle est très élevée en comparaison avec le score moyen référentiel MOS SF-36, évaluation bien exprimée dans les huit dimensions qui montre une amélioration des niveaux de ces dernières par rapport aux moyennes référentielle SF-36. Après la cotation des résultats obtenus, on a un patient a une bonne qualité de vie positive car dans les deux dimensions, sa qualité psychique est de 70, et physique est de 70.

3. Synthèse:

D'après l'analyse de l'entretien du cas « S », le patient, n'a pas engendré un déséquilibre sur la santé physique et psychique car d'après lui il ne fournit pas beaucoup d'effort, tout le monde l'aide.

Quant à sa qualité de vie, nous constatons une bonne communication car il a un bon contact avec les autres, une santé physique et psychique bien améliorée, sa maladie n'a pas influencé sur sa qualité de vie. D'après les réponses acquises, on est arrivé à un résultat évalué à (70) pour qualité de vie psychique et physique.

Cas N° 03: « B »

1)-Présentation du cas :

« B » est une femme âgée de 48ans, la benjamine d'une fratrie de cinq enfants 2 frères et 3 sœurs. Mère de 5 enfants: 4 garçons et une fille. Elle est femme au foyer. Son niveau d'instruction est de 6^{ème} année. Mariée depuis 18 ans.

Elle a manifesté une certaine lassitude, et lourdeur dans ses réponses. On a effectué un seul entretien avec la patiente.

« B » a vécu une enfance et adolescence saine, elle n'avait aucune maladie, aucune complication, elle n'a jamais été hospitalisée. En parlant de la maladie la patiente souligne que c'est héréditaire « je suis la septième malade dans ma famille, trois cousines maternelles et trois autres cousines paternelles ».

Au cours de l'entretien, la patiente nous a avoué qu'elle a perdu son frère aîné dans un accident de voiture et donc elle est toujours plongée dans le deuil, ajouté à la trahison de son mari. La succession de tous ces événements

ont entraîné d'après elle un traumatisme psychique et selon elle, ces événements sont la cause de sa maladie. « B » a une bonne relation avec son entourage et Concernant ces tâches quotidiennes, elle ne peut pas les effectuer toutes seule, elle a besoin d'aide afin les accomplir.

La vie sexuelle du couple est dégradée, elle souffre vraiment avec son mari, elle se sent instable « je ne suis pas bien avec mon mari, les rapports ça me manque et il le sait ». Elle ne pense pas à la venir elle dit : « je vie maintenant pour savourer le présent ».

2)- L'analyse du questionnaire générale de la qualité de vie MOS SF36:

Tableau N°05 : montre le degré de la qualité de vie chez « B ».

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV Globale
QDV	60	37.5	100	12.5	30	16.66	40.75	49.59	43.74
MOS-SF 36	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

La qualité de vie globale est perçue évaluée a 43.74 elle est très basse en comparaison avec le score moyen référentiel MOS-SF36 qui est de 64.30.

L'évaluation bien exprimée dans les dimensions: activité physique(PF) estimée à 60, limitations dues à l'état physique(RP) estimées à 37.5, vie et relation avec les autres (SF) estimée à 12.5,santé psychique(MH) estimée à 30,vitalité(VT) estimée à 40.75,santé perçue(GH) estimée à 49.59, dimension limitation due à l'état physique (RE) estimée à 16.66 douleurs physique (BP) estimées 100 estimée supérieure à la moyen référentiel , qui montre la dégradation des niveaux de ces dernières ce qui signifie l'impact de la maladie sur la qualité de vie de « B ».

Alor la patiente a une mauvaise qualité de vie physique et psychique.

3. Synthèse:

Après l'analyse de l'entretien et l'échelle SF36, nous constatons que « B » souffre, car sa qualité de vie est très basse, d'après les résultats obtenus « B » manifeste une peine psychologique et désespoir, perte de plaisir qui signifie qu'elle a une mauvaise qualité de vie puis que la dimension psychique et physique est très basse à la moyenne référentielle.

Cas N° 04: « K »

1)- Présentation du cas :

« K » est un homme, âgé de 40 ans, père d'une petite fille, marié depuis 12 ans, il est gérant commerçant. Il est le benjamin d'une fratrie de 3 membres un frère et une sœur.

Nous avons effectué deux entretiens avec lui, dont il s'est montré coopératif, et durant lesquels il a éprouvé un bien être malgré sa tristesse et la difficulté de prouvé ses souffrances. Il présente une colostomie définitive.

Le patient subit une séance de chimiothérapie chaque 21 jours ce pendant 3 jours qui engendré quelque complications, dont on citera: des troubles de sommeil; des vomissements, des vertiges et une fatigue permanente.

Concernant sa vie de famille, « K » souligne la présence de sa femme à ses côté, il est reconnaissant envers sa belle-famille qui est toujours présente pour son aide. Le coté professionnel, tout va bien pour le patient il dit: « je garde le contact avec mes collègues de travaille malgré que je suis en maladie ».

La vie du patient complètement chamboulée, ce qui pousse le sujet à mal envisager son avenir, surtout le projet d'immigration au Canada qui est interrompu par sa maladie.

1)- L'analyse du questionnaire générale de la qualité de vie MOS SF-36:

Tableau N°06 : montre le degré de la qualité de vie chez « K ».

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	50	47.5	100	12.5	40	16.66	25.75	49.59	40.74
MOS SF-36	70.61	52.92	70.83	78.77	70.38	65.78	52.15	56.93	64.30

La qualité de vie globale est perçue à 40.74, elle est très basse en comparaison avec le score moyen référentiel MOS SF-36 qui est de 64.30. elle bien exprimé dans les démentions limitations dues à l'état physique(RP) estimées à 47.5, vie et relation avec les autres (SF) estimée à 12.5, vitalité(VT) estimée à 25.75, santé perçue(GH) estimée à 49.59, dimension limitation due à l'état physique (RE) estimée à 16.66 douleurs physique (BP) estimées 100 estimée supérieure à la moyen référentiel.

Concernant la qualité physique on constate quel est faible qui est de 50, et la qualité psychique constate qu'elle est très basse, comparée au score qui est de 30.

Ce qui signifie l'impact négatif de la maladie sur la qualité de vie. Alor la patiente a une mauvaise qualité de vie. Mais concernant les relations il est en bonne communication.

3)- Synthèse:

L'analyse de l'entretien et de l'échelle de SF-36, nous ont révélé que pour « K » sa qualité de vie globale est faible et basse par rapport au score 64.30.

Concernant la qualité psychique et physique elles se sont dégradées depuis la découverte de la maladie, il manifeste un dégoût et une tristesse.

Cas N°5 : « M »**1)- Présentation du cas :**

« M » une femme âgée de 36 ans, sixième d'une fratrie de dix enfants, elle est mariée et mère de deux garçons. « M » à un niveau d'instruction de 4^{ème} année moyen, elle est femme au foyer.

Notre patiente n'a pas hésité de participer dans notre recherche, durant l'entretien elle était triste avec une humeur dépressive

En 2011 « M » souffre à cause des douleurs et du ballonnement du ventre, des maux de tête, et saignement dans les selles. Après l'obtention des résultats de la coloscopie et du scanner, elle découvre qu'elle est atteinte d'un cancer colorectal, elle était traumatisé, la patiente déclare « j'étais stressé, j'ai perdu ma mère à cause d'un cancer du colon ».

Parmi les complications qui affectent négativement la patiente c'est de se retrouvée avec une poche, chose qui la dérange, des douleurs physiques, elle est devenu anxieuse. Même la vie conjugale de la patient est affecté par la maladie, elle est triste malgré le maintint et l'aide son mari. Elle n'a pas de bonnes relations avec l'entourage et elle évité les regards les gens.

Malgré son amour pour la couture, aujourd'hui la patiente est incapable de faire ni couture ni autres activités de la vie quotidienne, c'est sa sœur qui l'aide a réalisé ses taches, chose qui la dérange « je suis gêné, elle ne va pas les réaliser comme moi ». Elle est juge qu'elle instable « je suis instable, les doleurs et la fatigue me dérange, je suis triste mais j'exprime pas ».

Concernant l'avenir la patiente elle souhaite la guérison afin de voir grandir ses enfants « je veux guérir pour élever mes enfants ».

2)- L'analyse du questionnaire général de la qualité de vie MOS SF-36 :**Tableau N°07 : degré de la qualité de vie chez « M »**

dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	10	37.5	12.5	12.5	15	50	25	19,44	23,99
MOS SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie est perçue évaluée à 23.99, estimée basse comparativement à la norme du MOS SF-36(64.30).

Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes : activité physique(PF) estimée à 10, limitations dues à l'état physique(RP) estimées à 37.5, douleurs physique (BP) estimées à12.5, vie et relation avec les autres (SF) estimée à12.5, santé psychique(MH) estimée à 15, vitalité(VT) estimée à25, santé perçue(GH) estimée à19.44

La dimension limitation due à l'état physique (RE) estimée de 50 est proche de la norme.

Une évaluation négative des dimensions ce qui signifie l'impact négative de la maladie sur la qualité de vie physique et psychique de « M ».

3)- Synthèse du cas :

D'après l'analyse de l'entretien du cas « M », on constate que la santé physique de la patiente est détériorée, elle souffre des douleurs physiques, elle présente une humeur dépressive, malgré ses souffrances la patiente souhaite la guérison.

La qualité de vie psychique et physique de la patiente est affecté par cette maladie, d'après les résultats « M » présente une qualité de vie évaluée négative estimée de (23,99).

Cas N°06 : « L »**1)- Présentation du cas :**

Il s'agit du cas de « L » une femme âgée de 37 ans, 5ème d'une fratrie de 7 enfants, elle est mariée et mère de 3 enfants dont 2 garçons et 1 fille.

« L » à un niveau d'instruction de 2^{ème} AS, elle est secrétaire dans une entreprise de frigerie.

Notre patiente n'a pas hésité de participer dans notre recherche. Durant l'entretien on a constaté qu'elle est triste avec une humeur dépressive.

Concernant son état de santé la patiente n'a aucune autre maladie, à la fin de l'année 2011, « L » souffre des douleurs au ventre, des vomissements et des constipations, la patiente visite un gastro-entérologue qui a affirmé le cancer colorectal après les résultats des examens.

La patiente découvre qu'elle est atteinte d'un cancer colorectal, ce qui a engendré chez cette dernière une stresse, elle était traumatisé elle a dit : « heureusement ce n'est pas le cancer du sein », durant l'entretien « L » souffre des douleurs qui l'empêchent de tenir la même position.

La patiente évoque un grand changement notamment dans ses comportements, elle est devenue tourmentée.

Parlant de sa vie conjugale « L » déclare qu'elle est changée après l'atteinte de sa maladie.

Par rapport à la qualité de sommeil notre patiente présente une mauvaise qualité de sommeil « je me réveille à chaque fois et il y'a des nuit ou je ne dors pas carrément ». La patiente n'est pas stable, elle est tout le temps fatiguée, et inquiétée.

« L » s'intéresse à la cuisine chose qu'elle ne peut pas faire maintenant, c'est ses sœurs et sa fille qui s'occupent des tâches quotidiennes ce qui la dérange « je veux réaliser mon rôle comme mère qui s'occupe de ses enfants et de sa maison ».

Concernant les relations sociales notre patiente a un bon contact avec sa famille, elle sort rarement pour éviter le regard des autres (les amies ,les collègues et les gens), « je ne sors pas pour ne pas rencontrer les gens qui me parlent de ma maladie ».

La patiente a une vision pessimiste envers l'avenir elle voit qu'elle n'a pas d'avenir « Je vais mourir », mais elle souhaite uniquement la guérison afin de pouvoir s'occuper de ses enfants et son mari «je souhaite la guérison même si je ne vais pas travailler, je vais rester à la maison avec mes enfants ».

2)- L'analyse de questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

Tableau N°08 : le degré de la qualité de vie chez « L »

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	35	6,25	20	37,5	40	0	18,75	25	22,81
MOS SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale perçue est évaluée à 22.81, estimée basse comparativement à la norme du MOS SF-36 (64.30).

Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes : activité physique (PF) estimée à 35, limitations dues à l'état physique (RP) estimée à 6.25, douleurs physiques (BP) estimée à 20, vie et relation avec les autres (SF) estimée à 37.5, santé psychique (MH) estimée à 40, vitalité (VT) estimée à 18.75, santé perçue (GH) estimée à 25, limitation due à l'état psychique (RE) estimée de (0).

Une évaluation négative des dimensions ce qui signifie l'impacte négative de la maladie sur la qualité de vie physique et psychique de « L »

3)- Synthèse du cas :

D'après l'analyse de l'entretien du cas « L », on constate que la santé de la patiente s'est dégradée, ce qui a entraîné des changements dans les comportements et les émotions de la patiente comme l'irritabilité, l'anxiété, les pleurs. Elle a une vision pessimiste concernant l'avenir.

La patiente présente une mauvaise qualité de vie par rapport au malaise physique et psychique, et à l'impuissance de la réalisation des tâches quotidiennes ce qui signifie l'influence négative de la maladie sur sa qualité de vie.

D'après les résultats « L » présente une qualité de vie psychique et physique jugée négative estimée de (22,81).

Cas N° 7 : « R »

1)- présentation du cas

« R » est un homme âgé de 39 ans 9ème d'une fratrie de 10 enfants dont 6 garçons et 4 filles. Il est marié et père d'un garçon. « R » a un diplôme de technicien supérieure.

Notre patient n'a pas hésité d'être sujet de notre recherche et de répondre à nos questions durant l'entretien il était souriant et calme.

Concernant l'état de santé, « R » ne présente aucune autre maladie mise à part le cancer colorectal, en février 2011 notre patient souffre des douleurs, c'est après les résultats de la coloscopie et de l'ERM, que notre patient découvre sa maladie, il était stressé lors du diagnostic. Il a accepté facilement d'être opéré car il veut guérir il dit « L'essentiel que je vais guérir ».

La maladie a entraîné des changements dans la vie de notre patient, il a perdu du poids, son comportement est devenu dur et s'énerve rapidement. Il juge qu'il est condamné par sa maladie « ...je suis instable et faible ».

Le patient a de bonnes relations avec son entourage, sa famille, ses amis, ses collègues. Sa vie conjugale n'est pas affectée, sa femme l'aide souvent elle

n'a pas montrée de changement dans ses comportements, et malgré tout il nous a dit : « je suis un peu gâter par rapport qu'avant ».

Parlant de ses tâches quotidiennes, le patient les réalise tout seul, actuellement « R » s'occupe de son poste de travail normalement.

Le patient à une vision optimiste envers l'avenir « j'ai de l'espoir » il espéré guérir et voyager en France avec sa famille, et faire « l'omra ».

2)- L'analyse du questionnaire généraliste de qualité de vie MOS SF-36 :

Tableau N°09 : le degré de la qualité de vie chez « R »

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	70	37.5	65	75	65	33.33	50	61,11	57,11
MOS SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie est perçue évaluée à 57,11, estimée positive comparativement à la norme du MOS SF-36 (64.30).

Une évaluation bien exprimée dans les dimensions : activité physique (PF) estimée à 70, douleurs physique (BP) estimée à 65, vie et relation avec les autres (SF) estimée à 75, santé psychique (MH) estimée à 65, vitalité (VT) estimée à 50 ces dimensions proche de la norme, santé perçue (GH) estimée à 61,11. Les dimensions limitations dues à l'état physique (RP) estimée à 37.5 et limitation due à l'état physique (RE) estimée de 33.33 sont basses par rapport à la norme.

La santé physique estimée à 70 proches de la norme 70,61 estimée positive et la santé psychique estimée à 65 proches de la norme 70,83

Une évaluation positive des dimensions ce qui signifie une qualité de vie positive.

3)- Synthèse du cas :

D'après l'analyse du cas « R » a accepter sa maladie qu'est qualifiée comme condamnant, il est bien entouré par sa famille, il travail toujours, il présente une bonne qualité de vie.

D'après des résultats « R » présente une qualité de vie physique et psychique positive estimée de (56,49).

Cas N° 8 : « Z »**1)- Présentation du cas :**

Il s'agit du cas d'une femme âgée de 39 ans, 2ème d'une fratrie de 4 enfants dont 2 filles et 2 garçons, elle est mariée et mère de trois enfants dont 2 garçons et 1 fille. « Z » est licencié en sciences commerciales, elle occupe le poste d'un chef de service dans une entreprise.

Durant l'entretien notre patiente s'est montrée souriante et coopérative elle n'a pas hésité d'être sujet de notre recherche et de nous donner toutes les informations sur elle.

Concernant l'état de santé « Z » ne présente aucune autre maladie mise à part le cancer colorectal, qui a été diagnostiqué au début de l'année 2012, après les résultats de la coloscopie et de scanner. La patiente été Traumatisé face au diagnostique, en colère, déçue.

Elle n'a pas cessée de pleurer du fait de ne pas accepter sa maladie, « j'étais traumatisée », la patiente à montrer une tristesse car beaucoup de choses qui sont changées notamment sa vie conjugale malgré le soutien de son mari.

La vie quotidienne de la patiente n'est pas stable (fatigue et faiblesse). Notre patiente n'est plus comme avant, elle est incapable de s'occuper de sa maison et d'exécuter ces taches quotidiennes et cela lui fait mal au cœur, « je suis obligé de demander de l'aide, mais avant j'étais une femme dépendante ».

A propos de sa relation sociale « Z » a un bon contacte avec son entourage mais des fois elle veut rester seule « je suis une personne sociable mais quand je me sens pas bien je ne voulais pas voir les gens ».

En parlant de l'avenir, « Z » s'est montrée optimiste, elle souhaite la guérison et le bonheur pour s'occuper de son foyer.

2)- L'analyse de questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF- 36 :

Tableau N°10 : le degré de la qualité de vie chez « Z »

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	40	18,75	87,5	75	60	25	50	55,62	51,48
MOS SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie est perçue évalué à (51,48), estimé basse comparativement à la norme du MOS SF-36(64,30).

Une évaluation bien exprimée dans les dimensions : activité physique(PF) estimée à 40, limitation due à l'état physique (RP) estimée à 18,75, limitation due à l'état psychique (RE) estimée de 25, santé psychique (MH) estimée à 60. Ces dimensions sont basses par rapport à la norme. Douleur physique (BP) estimée à 87,5, vie et relation avec les autres (SF) estimée à 75, vitalité(VT) estimée à 50, santé perçue(GH) estimée à 55,62. Ces démentions demeurent proche de la norme,

Une évaluation négative des dimensions ce qui signifie une qualité de vie physique et psychique négative.

3)- Synthèse du cas :

D' après l'analyse de l'entretien du cas « Z », on constate que la maladie a entraînée des changements sur sa vie, notamment sur ses taches quotidiennes

qui souhaite les réaliser toute seule, et sur sa vie conjugale, elle a une vision optimiste concernant l'avenir.

La patiente présente une mauvaise qualité de vie, engendré par la maladie sur sa santé physique et psychique.

D'après les résultats de « Z » présente une qualité de vie évaluée négative estimée de (51,48).

II-Analyse générale :

L'étude portée sur 08 cas âgées entre 30 et 55 ans atteintes d'un cancer colorectal. Selon l'analyse des entretiens et les résultats obtenus dans l'échelle de la qualité de vie MOS SF-36 on a 6 cas parmi les 08 qui présente une mauvaise qualité de vie.

Tableau N°11 : le degré de la qualité de vie globale des cas étudiés:

Cas Résultat	« A »	« S »	« B »	« K »	« M »	« L »	« R »	« Z »
Qualité de vie globale	34,15	70.30	43,74	40,74	23,99	22,81	57,11	51,48

D'après les résultats de l'échelle SF-36 présentés dans le tableau ci-dessus et les entretiens effectués avec les patients « je suis instable », « je suis obligé de demandé de l'aide, mais avant j'étais une femme indépendante », on constate que 6 Cas sur 8 « A », « B », « K », « M », « L », « Z » présentent une qualité de vie négative, par contre 2 cas « S » et « R » présente une qualité de vie positive.

Tableau N°12 : Le degré de la qualité de vie physique et psychique

Cas Résultat	« A »	« S »	« B »	« K »	« M »	« L »	« R »	« Z »
Qualité de vie physique	45	70	60	50	10	30	70	40
Qualité de vie psychique	25,4	70	30	40	15	40	65	60

la qualité de vie physique estimée négative, selon les entretiens « les douleurs et la fatigue me dérangent » et les résultats de l'échelle de la qualité de vie qui sont inférieures à la norme qui est évaluée à (70.61) on constate que les cas « A », « B », « K », « M », « L », « Z » présentent une qualité de vie physique négative par contre les deux cas « S » et « R » présentent une qualité de vie positive.

Après l'analyse des entretiens et les résultats de l'échelle MOS SF-36 on constate que la qualité de vie psychique est négative chez les cas suivants « A », « B », « K », « M », « L », « Z » mais les 2 cas « S » et « R » présentent une qualité de vie positive.

On note que les scores obtenus par ces cas dus aux souffrances physiques ou psychiques générés par le cancer colorectal, soit sur les activités physiques, ou l'état psychologique de la personne atteinte de cette maladie par cette dernière.

III. Discussion des hypothèses

Dans cette étape, on reprend nos hypothèses pour pouvoir les discuter selon l'entretien semi directif et les résultats obtenus lors de l'administration de l'échelle de qualité de vie SF-36.

Notre objectif est d'évaluer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer colorectal, et de savoir l'impact de la maladie sur la santé Physique et psychique et les changements engendrés par cette dernière.

Pour pouvoir répondre à notre objectif, nous avons trois hypothèses à infirmer ou à confirmer. Une hypothèse principale et deux hypothèses opérationnelles.

Discussion relative à la première hypothèse :

L'hypothèse principale suppose que «les personnes souffrant du cancer colorectal ont une mauvaise qualité de vie».

D'après l'analyse des entretiens et les résultats de l'échelle de la qualité de vie SF-36, on souligne que 6 cas sur 8 leur score est de : (34,15) pour « A », (43,74) pour « B », (40,74) pour « K », (23,99) pour « M », (22,81) pour « L » et (51,48) pour « Z » présentent un score inférieur à la moyenne de MOS SF-36 évaluée à 64,30. Par contre les deux cas : (70,3) pour « S » et (75) pour « R » présentent un score supérieure à la moyenne. Donc notre première hypothèse est confirmée.

Discussion relative aux hypothèses opérationnelles :

La première hypothèse : qui est « le cancer colorectal affect la qualité de vie physique » qui veut dire que cette maladie entraine une mauvaise qualité de vie physique, se trouve confirmée par l'analyse de l'entretien et l'échelle de qualité de vie MOS SF-36 effectivement les 6 cas sur 8 (PF) sont évalués ainsi: « A » à (45), « B » à (60), « K » à (50), « M » à (10), « L » à (35), « Z » à (60) présentent un score inférieur à la moyenne de MOS SF-36 évalué à 70.61 , par

contre les deux cas « S » à (70) et « R » à (70) présentent un score supérieure à la norme ,donc le cancer colorectal affecte la qualité de vie physique

La deuxième hypothèse : intitulée « le cancer colorectal affect la qualité de vie psychique » qui veut dire que le cancer colorectal altère la santé psychique de la personne atteinte, d'après les résultats suivants « A » à (20.4), « B » à (30), « K » à (40), « M » à (15), « L » à (40), « Z » à (60) présentent un score inférieur à la moyenne de MOS SF-36 qui est évaluée à 70.83 contrairement aux deux cas « S » à (70) et « R » à (65) qui présentent un score proche de la norme ,donc on peut dire que le cancer colorectal affecte négativement la qualité de vie psychique. A partir de là, on peut dire que notre deuxième hypothèse est confirmé.

Suit a cette analyse on constate que la qualité de vie physique influence sur la qualité de vie psychique et vice versa.

Conclusion

Conclusion

Tout au long de notre recherche qui a porté comme thème "la qualité de vie chez les personnes atteints d'un cancer colorectal" nous avons élaboré une hypothèse générale qui est "les personnes souffrant du cancer colorectal ont une mauvaise qualité de vie" et deux hypothèses partielles la première est "le cancer colorectal affecte négativement la qualité de vie psychique" la deuxième est "le cancer colorectal affecte négativement la qualité de vie physique". Afin d'arriver à la confirmation ou la négation de cette hypothèse, nous avons adopté une méthodologie bien déterminée qui est la démarche de recherche : la pré-enquête et la méthode descriptive, en ce qui concerne les outils d'investigation: l'entretien semi-directif, ainsi que le guide d'entretien qui répond aux exigences de notre thème, et l'application de l'échelle de MOS SF 36 pour bien déterminer le degré et le niveau de la qualité de vie chez les personnes atteints de cancer colorectal.

Au cours de notre stage pratique ainsi que des entretiens effectués avec nos cas et surtout l'application de l'échelle QdV SF 36, nous avons pu confirmer et vérifier de façon très claire et précise nos hypothèses.

Notre recherche, nous a permis de vivre une expérience surtout humaine; on a pu vivre, revivre, ressentir ce qu'un cancéreux peut endurer et vit quotidiennement, et toutes les souffrances qu'il a vécu que se soit psychique, physique et relationnelle.

Alors on suggère que les cancéreux du colorectal doit être suivi par toute une équipe soignante qui travaillera en collaboration, afin de lui assurer une vie meilleure et confortable.

Cette équipe doit être en mesure de détecter, de cerner son degré de désarroi. Ajoutant à cela, un environnement sain, favorable qui lui portera le soutien nécessaire pour améliorer la qualité de vie.

Malgré que nos hypothèses soient confirmées sur notre population d'étude, on ne peut pas généraliser les résultats obtenus pour toute personne atteinte d'un cancer colorectal, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statiques et non absolues.

Pour conclure notre travail, il faut reconnaître que le thème de recherche que nous avons traité dans ce mémoire est d'actualité car il s'agit d'un domaine très vaste et très sensible.

Afin de mieux comprendre et étudier notre thème, il faut adopter une approche pluridisciplinaire, pour mieux cerner tous les abords du thème de recherche et surtout s'appuie sur les études longitudinales pour suivre l'évolution et les changements de la situation des sujets en utilisant différents tests.

Bibliographie

La liste bibliographique

- 1- Baize N.Mounire N.et al. (2008), « **Bulletin du cancer** », vol. 95, n°9, PP.849-57.
- 2- Brettes JP et Mthelin C. *Cancer du sein*. Issy-les-Moulineaux , Masson, 2007.
- 3- Bouvard M et Cottraux J. (2002), « **Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie** », Paris, édition Masson.
- 4- Bruchon-Schweitzer M. (2002), « **Psychologie de la sante, Modèles, concepts et méthodes** », Paris, edition Dunod.
- 5- Bruchon-Schweitzer M et Quintard B. (2001), « **Personnalité et maladies, stress, coping et ajustement** », Paris, édition Dunod
- 6- Castarede M-F. (2003), « **Introduction a la psychologie clinique** », Paris, édition Belin
- 7- Chahraoui K et Benony H. (1999), « **l'entretien clinique** », Paris, édition Dunod.
- 8- Chahraoui K et Benony H. (2003), « **Méthodes, évaluation et recherche en psychopathologie clinique** », paris, édition Dunod
- 9- Chauchat H.(1999), L'enquete en psychologie ,2eme éd PUF, Paris
- 10- Daly N et al. (2003), « **cancérologie clinique** », Paris, édition Masson.
- 11- Debray Q, Grager B et al. (2010), « **Psychopathologie de l'adulte** », Paris, édition Elsevier Masson.
- 12- Douchy S et Rouby P. (2006), « **Aspect psychologique du cancer du sein de la femme jeune** », Lille, 28eme journées de la SPSPM
- 13- Engers.M .(1997), « **initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines** », Alger, Casbah université.
- 14- Fisher G-N. (2002), « **Traite de la psychologie de la sante** », Paris, édition Dunod.

- 15- G ras D (2001), « **santé et qualité de vie des frères et sœurs d'enfants atteinte de maladies chroniques** » thèse de doctorat, Lyon, laboratoire Darwin Bausch.
- 16- Hartman A,(2007), « **étude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec cancer du sein et de leur accompagnement référent** »,thèse de doctorat université rennes II, France, faculté de médecine de Nantes.
- 17- LE Corroller-Soriano A-G et al. (2008), « **La vie deux ans après le diagnostic de cancer** », Paris, édition la documentation française.
- 18- Ladouceur R, Marchand A-Doisver J-M et al. (1999), « **Les troubles anxieux, approche cognitive comportementale** », Paris, édition Masson.
- 19- Orhan F. (2009), « **Etude de la qualité de vie d'un échantillon de son domicile fixe** », thèse de doctorat, Université paris Descartes, faculté de médecine.
- 20- Scotte F et al. (2002), « **Cancérologie** », Paris, édition Ellipses.
- 21- Pedinielli. J.L. (1994), « **introduction à la psychologie clinique** », Nathan, Paris.
- 22- Bredart A, Swaine et Verdier A(2007) , Traduction/adaptation française de l'échelle « Body Image Scale » (BIS) « **évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein** ». *Psycho-Oncologie*,

Dictionnaires :

- 23- Morin Y et al. (2003), « **Larousse médical** », Paris, édition Originale.
- 24- Dictionnaire © 2001-2015 **Futura-Sciences**, tous droits réservés - MadeInFutura)
- 25- Sillamy N. (1999), « **Dictionnaire de psychologie** », Larousse, Paris.

26- SIL Quevauvilliers J. (2009), « **Dictionnaire médical** », Paris, édition Masson.

Sites :

www.canceranet.com/GERCOR,2012 le 12 /05/2015 à 00 :00

www.lactualite-dz.info cancer- du- colon-cas 24 /05/2015 à 13 :00

www.l'iternaute.com 08 /05 /2015.

Annexes

Guide d'entretien :

Caractéristiques personnelles :

- 1- Quel est votre âge ?
- 2- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 3- Si vous travaillez quel est votre profession ?
- 4- Quel est votre classement dans la fratrie ?
- 5- Quel est votre situation matrimoniale ?
- 6- Avez-vous des enfants ? Si oui combien ?

AXE I : les informations concernant l'état de santé du sujet

- 1 - Depuis quand vous- êtes malade ?
- 2- Comment vivez-vous votre maladie ?
- 3- Avez-vous d'autres maladies ?

AXE II: réactions face au diagnostique :

- 1- Quelle a été votre réaction quand ont vous a annoncé le diagnostic ?
- 2- Pouvez vous nous parler de votre vie avant la découverte de votre maladie elle ?

Axe III: Attitude environnementale :

- 1 - Pouvez vous nous parler de la réaction de votre famille lors du diagnostique de la maladie ?
- 2- Est-ce que vous avez remarqué un changement dans leurs attitudes vis-à-vis de votre état ?

3- Comment vivez –vous votre maladie au sien de votre vie conjugale ?

4- Comment sont vos relations sociales ?

Axe IV : les informations en relation avec la qualité de vie

1- Dormez-vous facilement ?

2- Sentez-vous stable ou instable ?

3- Votre vie de tous les jours est-elle pleine de choses qui vous intéressent ?

5- Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches

quotidiennes ?

6- Etes- vous gêner de ne pas réaliser vous taches quotidiennes ?

Axe : projection dans l'avenir

1- Comment percevez-vous votre avenir ?

2- Avez-vous des projets pour votre avenir ?

3- Qu'espérez-vous dans votre avenir ?

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Nom
Prénom
Date de naissance
Service
Hôpital
Examineur
Date du jour

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez).

- Excellente.
- Très bonne.
- Bonne.
- Satisfaisante.
- Mauvaise.

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

- Bien meilleure qu'il y a un an ?
- Un peu meilleur qu'il y a un an ?
- A peu près comme il y a un an ?
- Un peu moins bonne qu'il y a un an ?
- Pire qu'il y a un an ?

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

B. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

G. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

↓ ↓ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

H. Marcher plus de 500 mètres

↓ ↓ ↓

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

I. Marcher seulement 100 mètres.

↓ ↓ ↓

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

J. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

↓ ↓ ↓

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (entourez la flèche).

- Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (entourez la flèche).

- Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Faire moins de choses que vous n'espérez ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

- Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

6.- **Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?**

↓ ↓ ↓ ↓
Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- **Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?**

↓ ↓ ↓ ↓
Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- **Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?**

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- **Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :**

a. *vous sentiez-vous très enthousiaste ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. *étiez-vous très nerveux ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. *étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. *vous sentiez-vous au calme, en paix ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. *aviez-vous beaucoup d'énergie ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. *étiez-vous triste et maussade ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. *aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. *étiez-vous quelqu'un d'heureux ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. *vous êtes-vous senti fatigué(e) ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc. ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux

d. mon état de santé est excellent.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux