

*Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales*

*Mémoire de Fin de Cycle
En vue d'obtention du Diplôme de Master en Psychologie Clinique*

Thème

*Anxiété et dépression chez les
patients atteints de cancer du côlon
(Étude de 8 cas réalisée à l'hôpital d'Amizour)*

Préparé par

M^{elle}. AÏTOUT Bania

Encadré par

M^{me}. HATEM Wahiba

Année universitaire : 2012-2013

Remerciement

Tout d'abord

J'aimerais remercier Dieu de m'avoir donné la volonté, le courage et patience ; et m'avoir donné cette opportunité.

Je remercie également et sincèrement :

Ma promotrice, Mme Hatem Wahiba, de m'avoir fait l'honneur de m'encadrer, et l'intérêt qu'elle ma témoignée à ce travail, pour ses orientations, conseils et surtout pour sa patience. Soyez certaine de ma considération et de mon respect.

Merci infiniment à mes parents, à qui le mérite revient; pour leurs soutiens ; compréhension et amour ; d'avoir été toujours à mes côtés.

Nos remerciements vont également à tous ceux qui nous ont aidés à la réalisation de ce travail en particulier M^{me} HELLA Souad,

Mr MOURI Abdenour, Mr BAZIZEN Salim.

Merci à toute ma famille : frères et sœurs, belles sœurs et surtout à mes nièces et mes neveux,

Mes copines : en particulier Lynda, Hanane, Rima, Nabila.

Mes amis: Abdenour, Salim, Djamel, Nabil, Riad.

Enfin, mes remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicaces

*Au terme de toutes ces années d'étude, je dédie ce modeste travail en signe
de respect et de remerciement :*

*A mes parents qui m'ont donné la vie, la foi et l'amour et qui ont toujours été à
mes côtés avec leur tendresse et leur soutien.*

A mon défunt père à qui j'ai eu pendant tout mon travail une grande pensée.

Mes frères : Lamine et Rafik,

Mes sœurs : Yasmina, Souad, Fayrouz, Lydia et Kahina.

Mes belles sœurs : Rachida et Zahia.

Mes nièces : Sarah, Asma, Doresse.

Mes neveux : Elyas, Islam, Youva, Mehdi, Abdelhak,

A ma grand-mère et mon oncle Nadir.

*A tous les membres de l'association d'un monde à l'autre de Bejaia pour qui je
souhaite une grande réussite.*

A mes amies : Lynda, Hanane, Rima, Karima.

A mes amis : Djamel, Abdenour, Salim, Nabil, Riad.

*Merci pour votre présence et votre réconfort dans les moments joyeux et tristes de
la vie, je vous témoigne mon amitié toujours vivante.*

Remerciement

Tout d'abord

J'aimerais remercier Dieu de m'avoir donné la volonté, le courage et patience ; et m'avoir donné cette opportunité.

Je remercie également et sincèrement :

Ma promotrice, Mme Hatem W. pour m'avoir fait l'honneur de m'encadrer, et l'intérêt qu'elle ma témoigné à ce travail, et surtout pour ses orientations, conseils et surtout pour sa patience. Soyer certaine de ma considération et de mon respect.

Merci infiniment à mes parent, à qui le mérite revient; pour leurs soutiens ; compréhension ; d'avoir étaient toujours a mes cotés.

*Nos remerciements vont également à tous ceux qui nous ont aidés à la réalisation de ce travail en particulier M^{me} HALAL Souad,
Mr MOURI Abdenour, Mr BAZIZEN Salim.*

Merci a toute ma famille : frères et sœurs, belle sœurs et surtout à mes nièces et mes neveux,

Mes copines : en particulier Lynda, Hanane, Rima, Nabila...

Mes amis: Riad, Abdenour, Salim, Djamel, Nabil...

Enfin, mes remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicaces

*Au terme de toutes ces années d'étude, je dédie ce modeste travail en signe
de respect et de remerciement :*

*A mes parents qui m'ont donné la vie, la foi et l'amour et qui ont toujours été à
mes côtés avec leur tendresse et leur soutien.*

A mon défunt père à qui j'ai eu pendant tout mon travail une grande pensée.

Mes frères : Lamine et Rafik.

Mes sœurs : Yasmina, Souad, Fayrouz, Lydia et Kahina.

Mes belles sœurs : Rachida et Zahia.

Mes nièces : Sarah, Asma, Doresse.

Mes neveux : Elyas, Islam, Youva, Mehdi, Abdelhak.

A ma grand-mère et mon oncle Nadir.

*A tous les membres de l'association d'un monde à l'autre de Bejaia pour qui je
souhaite une grande réussite.*

A mes amies : Lynda, Hanane, Nabila, Rima...

A mes amis : Riad, Abdenour, Salim, Nabil...

*Merci pour votre présence et votre réconfort dans les moments joyeux et tristes de
la vie, je vous témoigne mon amitié toujours vivante.*

SOMMAIRE

Introduction générale.....	p2
Problématique et hypothèse	p5
Opérationnalisation des concepts	p12

Partie Théorique

Chapitre I : Aspect médical du cancer du côlon

Préambule	p17
1. Définition du cancer du côlon	p17
2. La cause du cancer du côlon	p18
3. Les symptômes	p18
4. Les facteurs de risque	p19
5. Diagnostic	p21
6. Formes topographiques.....	p21
7. Les stades de la maladie	p23
8. Principes du traitement.....	p23
9. Problèmes psychologique de la maladie.....	p25
Conclusion	p27

Chapitre II : Anxiété et Dépression

Préambule.....	p29
I. Anxiété	
1. Définition.....	p29
2. La symptomatologie anxieuse.....	p30
3. Les états anxieux.....	p32

4. Anxiété normale et pathologique.....	p32
5. Anxiété cognitive et anxiété somatique.....	p33
6. Quelques formes cliniques.....	p33
7. Les différents modèles explicatifs de l'anxiété	p34
8. Troubles anxieux dû à une affection médicale générale.....	p36
9. L'anxieux face au médecin généraliste	p36
10. Anxiété et cancer	p36
11. La prise en charge	p37

II. Dépression

1. Définition	p40
2. Elément historique	p41
3. Les symptômes de la dépression.....	p41
4. Les causes de la dépression	p42
5. Approche clinique	p42
6. Les approches explicatives de la dépression	p43
7. La personnalité du déprimé	p44
8. Dépression et maladie somatique	p45
9. Dépression et cancer	p45
10. La prise en charge	p47

III. Les liens entre l'anxiété et la dépression

1. Description et définition des états anxieux et dépressifs.....	p49
2. Les liens entre anxiété et dépression	p49

3. L'anxiété et la dépression et la maladie du cancer.....	p50
Conclusion	p51

Partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

Préambule	p54
I. La démarche de la recherche	p54
II. Présentation de lieu de la recherche.....	p56
III. Présentation de la population d'étude	p57
IV. Les techniques de recherche	p58
V. Les difficultés de la recherche.....	p63
Conclusion	p64

Chapitre IV : analyse des résultats et discussion des hypothèses

1. présentation et analyse des résultats	p66
2. discussion des hypothèses.....	p115
Conclusion générale	p118
Bibliographie	p121
Annexes	

Liste des tableaux

Tableau	Titre	Page
Tableau N° 01	Tableau récapitulatif des cas étudiés	57
Tableau N° 02	Tableau récapitulatif des niveaux d'anxiété et de dépression obtenus chez les cas étudiés	113
Tableau N° 03	Répartition des résultats selon le plus élevé	115

Introduction générale

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. Il y a de bonnes raisons à cela. Il semble frapper 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 de côlon qui de plus en plus fait sa rivalité sur l'homme.

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.

À ce propos, le cancer est largement associé à la notion de souffrance psychique dès l'annonce de la maladie, les personnes atteintes de cette maladie sont confrontées à des troubles psychiques divers, parmi lesquels on trouve l'anxiété et la dépression.

L'anxiété est un sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement. L'anxiété est souvent accompagnée de troubles physiques : gêne respiratoire, mal de ventre, troubles digestifs, etc.

La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur.

Notre présente recherche portera sur l'anxiété et la dépression des patients atteints de cancer du côlon, et pour atteindre notre but, nous avons choisi comme terrain d'étude le service d'oncologie de l'hôpital BENMERAD EL MAKKI de Bejaia.

Durant notre recherche, nous allons adopter comme cadre de référence la théorie cognitivo-comportementale, qui aborde l'anxiété et la dépression sous plusieurs angles, les plus célèbres de cette théorie expliquent l'anxiété et la dépression comme étant un mauvais traitement de l'information provenant du monde extérieur.

Pour atteindre notre objectif nous avons débuté par une introduction, ensuite un cadre général de la problématique qui comporte une problématique et une hypothèse. Et nous avons instauré un plan de travail qu'on a divisé en deux parties :

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

Chapitre I : L'aspect médical du cancer du côlon

Chapitre II : L'anxiété et la dépression

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

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

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

Enfin, on clôture notre recherche par une conclusion générale.

Problématique

La maladie prend nécessairement sens dans l'histoire du patient, cependant d'autres variables autres que personnelles interviennent, d'une part de la perception que le patient aura de sa maladie et d'autre part de la forme de prise en charge qu'il peut en attendre.

L'être humain est constamment confronté à des problèmes et dangers divers qui peuvent toucher à son intégrité physique, son bien-être, et nuire à sa santé, et par conséquent des maladies qui l'affectent citant par exemple : les cancers, les colites ulcéreuses, maladies du crohn...etc.

Parmi ces maladies, on trouve le cancer qui demeure un problème majeur de santé publique. Le mot «cancer» est un terme générique qui désigne l'ensemble des tumeurs malignes. Une tumeur est une excroissance pathologique due à une prolifération de cellules. On distingue les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. Les premières se développent sur place, en se bornant à refouler les cellules saines, alors que les secondes envahissent les tissus voisins, qu'elles détruisent; elles peuvent aussi se disséminer à distance par le biais de la circulation lymphatique ou sanguine et former des foyers cancéreux secondaires dans d'autres organes: les métastases. (Broccard.N, Lanz.S, 2007, p6).

Il existe de nombreux facteurs prédisposant au cancer : ils sont appelés cancérigènes, ou cancérogènes. Ces facteurs peuvent être : génétiques, héréditaire (cas de certains cancer du sein) ; environnementaux :pollution, dont le rôle exact est difficile à préciser ; alimentation : le déséquilibre alimentaire, les graisses animales, les viandes rouges, le rôle de ses alimentaires est important dans la formation du cancer du côlon et de la prostate, l'obésité est également un facteur de risque dans le cancer du sein, ainsi l'alcool favorise aussi les cancers de la gorge, de l'œsophage et du foie...etc.

On trouve aussi qu'il existe trois types de cancers qui sont individualisés au microscope sur les prélèvements histologiques : les carcinomes, les sarcomes, les tumeurs germinales, à part, les tumeurs cérébrales. (Fischer.G-N, 2002, pp 212, 213).

Parmi ces types du cancer, on prend le cancer du côlon qui est notre sujet de recherche. Le cancer du côlon est une maladie des cellules qui tapissent l'intérieur du côlon. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique.

Le côlon fait partie du tube digestif. Il est situé dans l'abdomen, entre l'intestin grêle et le rectum. Il mesure environ 1,5 mètre de long. Il a pour fonction principale de fabriquer les matières fécales. Après la digestion, l'intestin grêle transmet au côlon les déchets alimentaires sous formes liquide. Le côlon absorbe l'eau de ces déchets. Au fur et à mesure que les selles progressent dans le côlon, elles deviennent de plus en plus solides. Les selles passent ensuite dans le rectum avant d'être évacuées par l'anus.

Le côlon se divise en quatre segments : le côlon droit ou côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon gauche ou côlon descendant, et le côlon sigmoïde, dernière portion du côlon avant le rectum. (Rolling.A-CH., 2010, p9).

Un cancer peut se développer dans n'importe quelle portion du côlon. C'est le plus fréquent des cancers d'organe. L'incidence en France est de 5‰ le risque augmente significativement à partir de 45 ans chez l'homme, 50 ans chez la femme, l'adénocarcinome est le type histologique habituel (97%). Les polypes (adénomes, adénome tubulo-villeux, adénome villosus), la polyposé adénomateuse et le syndrome de Gardner la colite ulcéreuse sont des lésions précancéreuses, et il est probable que la majorité des cancers rectocoliques soit précédée par un stade de polype. (Hamburger.J., Leporrier.M., Méry.J-PH., 1987, p469).

Au Canada, en 2012, on estime à 23300 le nombre de personnes qui recevront un diagnostic de cancer colorectal et à 9200 le nombre de personnes qui en mourront. Le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer, sans égard au sexe.

33000 nouveaux cas de cancers rectocoliques surviennent chaque année en France, avec 15000 décès par an. Ils présentent 15% de l'ensemble des cancers, l'incidence du cancer du côlon augmente régulièrement avec l'âge. Le risque devient appréciable à partir de 45 ans et double ensuite à chaque décennie. La France se situe parmi les régions à risque élevé de cancer colorectal, tout comme les autres pays de l'Europe occidentale, l'Amérique du Nord et l'Australie.

Les différents types de cancer qui sévissent en Algérie toucheraient un quart de million de personnes selon le ministère de la santé.

Le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal estimés en 2011 = 40500 (53% survenant chez l'homme). L'âge moyen au diagnostic en 2005 = 70 ans chez l'homme et 73 ans chez la femme. Taux d'incidence (standardisé monde) en 2011 = 36,3 pour 100000 hommes et 24,7 pour 100000 femmes. Nombre de décès par cancer colorectal estimés en

2011= 17500 (9200 hommes et 8300 femmes). Taux de mortalité (standardisé monde) en 2011= 13,8 pour 100000 hommes et 8,2 pour 100000 femmes.

Le cancer du côlon-rectum se situe, tous sexes confondus, au troisième rang des cancers les plus fréquents (deuxième cancers chez la femme et troisième chez l'homme).

La majorité des nouveaux cas estimés en 2011 (71% chez les hommes et 95% chez les femmes) surviennent chez les personnes âgées de 50 ans et plus.

Si le cancer du côlon atteint en majorité des personnes âgées d'environ 60 ans, certains facteurs de risque exposent au cancer avant cet âge, essentiellement les facteurs héréditaires et les polypes adénomateux.

Il est démontré que le risque de cancer colorectal est environ 2 fois plus fréquent dans la famille d'un patient atteint de ce cancer. Il est encore plus important lorsque deux parents du premier degré sont atteints (parent, frères ou sœur) et surtout lorsque le cancer est survenu avant l'âge de 50 ans.

Certains facteurs nutritionnels semblent augmenter les risques de cancer colorectal, comme les régimes riches en protéines (viandes rouge), les régimes trop riches en graisses, surtout celles d'origine animale. L'obésité et la sédentarité (absence d'exercice physique) sont des facteurs de risque essentiels, sur lesquels il est également important d'agir.

Les symptômes les plus fréquents des tumeurs du côlon sont les troubles du transit (constipation, diarrhées, etc.), les saignements digestifs sont assez souvent révélateurs, il s'agit du sang rouge ou du sang noir. Ces saignements sont souvent mêlés aux selles.

La maladie cancéreuse est en effet à l'origine d'une série de réactions qui peuvent être cognitives, émotionnelles et comportementales. Le patient subit un véritable traumatisme psychique avec l'annonce du diagnostic du cancer. La détresse émotionnelle qui s'en suit et se traduit en terme d'anxiété et de dépression peut donc être provoquée par différents facteurs.

D'abord, L'anxiété qui est un état affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité de trouble diffus. Souvent employée, comme un synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencie par l'absence de modifications physiologiques (sensation d'étouffement, sueur, accélération du pouls...), qui ne manquent jamais dans l'angoisse. Plusieurs écoles essaient d'expliquer la genèse de l'anxiété selon leurs positions doctrinales. Pour les théories de l'apprentissage, cet état serait une réaction conditionnée de crainte, une tendance acquise. Selon les

psychanalystes, au contraire, l'anxiété s'expliquerait par les frustrations de la libido et les interdits du surmoi ; ce serait un signal de danger adressé au moi c'est-à-dire à la personnalité consciente-qui, ainsi prévu, peut y répondre par mesures adéquates ou en mobilisant ses mécanismes de défense. (Sillamy.N, 2003, p23).

Parmi les symptômes anxieux : crises de larmes, anxiété diffuse, craintes, peurs, doute quand à l'efficacité des soins et à la compétence des soignants, sentiment de perte de contrôle, névrosisme, prémonition d'un danger imminent, inévitable, distractibilité, troubles de la mémoire et de la concentration, activité compulsives, agressivité verbale et /ou comportementale passagère...etc. (Razavi.D., Delvaux.N., 2002, p139).

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

On retrouve parmi les symptômes dépressifs : retrait social et loquacité décroissante, agitation ou ralentissement psychomoteur, perte d'intérêt et/ou de plaisir dans les activités habituelles, ruminations, pessimisme, sentiment de culpabilité inapproprié et d'incompréhension, perte d'estime de soi, pensées récurrentes, irritabilité, idéalisation suicidaire...etc. (Razavi.D., Delvaux.N., 2002, p139).

Plusieurs chercheurs ont démontré l'impact que peut avoir un cancer sur l'état psychologique des patients atteints du cancer.

Les premières études de prévalence des troubles psychopathologiques en cancérologie ont été menées depuis les années 1980. La première en 1983 était menée par Derogatis.L.R et Morrow.G., Il s'agissait à l'époque d'une démarche indispensable à la clarification des multiples facettes de l'expression émotionnelle de l'individu confronté au cancer. Ainsi, au sein d'une population sélectionnée au hasard de patient atteints de cancer, 47% présentaient un diagnostic de troubles psychiatriques, parmi ces derniers, 68% relevaient des troubles de l'adaptation, soit 32% des sujets. Les 32% de troubles restants se répartissaient entre des troubles de la personnalité (3,3% des sujets), des troubles dépressifs majeurs (6,1% des

sujets), des troubles anxieux (1,9% des sujets) et des troubles psycho-organiques (3,8% des sujets). (Derogatis.L.R., Fetting.J., 1983, p42).

Une étude belge publiée en 1990 à partir d'un échantillon tiré au hasard de patients atteints de cancer et évalués au moyen de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). (Razavi et coll, 1990). Identifient des taux de 51,6% de troubles de l'adaptation pour majorité de nature anxio-dépressive ; 7,8% sont des troubles dépressifs majeurs et 4,7% des troubles organiques. Beaucoup plus récemment, le réseau Sud-européen de Psycho-Oncologie quant à lui, constitué de l'Italie, de l'Espagne et du Portugal a mené une grande étude de prévalence des troubles psychopathologiques dans cette région et identifié 17% de patients présentant des troubles anxieux, et 9 à 14% de troubles dépressifs, indépendamment du type de diagnostic et de traitement. (Grassi.L, Travad.L., 2004).

Les symptomatologies dépressive et anxieuse ont été évaluées à partir de l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) chez 113 sujets infectés par le VHC (Virus Hépatite C) et présentant une hépatite chronique non évolutive. Les résultats montrent un pourcentage élevé de patients présentant des scores significatifs de dépression (22,4 %) et d'anxiété (15,2 %). Dans cette étude, la dépression était plus fréquemment retrouvée chez les sujets de plus de 50 ans. Les patients récemment diagnostiqués présentaient des scores significativement plus bas de dépression et d'anxiété que ceux pour qui un intervalle de plus de 5 ans s'était déjà écoulé depuis le moment du diagnostic. (Martine.V- L, 2006).

Fofana, affirme que les maladies chroniques (cancer, diabète, maladies rhumatismales...) et certaines pathologies mentales comme les troubles anxieux sont souvent associées à une dépression. (Fofana.L, 2007).

Le cancer et les traitements qui lui sont associés sont le plus souvent agressifs pour le corps et peuvent en modifier l'apparence. On peut dénombrer un certain nombre de conséquences sur l'apparence : la perte d'une partie du corps (ablation, amputation), les cicatrices, la défiguration, l'ajustement aux prothèses, la limitation de certaines habilités fonctionnelles (difficultés à se déplacer, altération de la démarche), voire les effets secondaires de certains traitements (perte des cheveux, décoloration de la peau).

Ces modifications et altérations, permanentes ou temporaires, peuvent avoir des conséquences psychosociales particulièrement négatives : anxiété, symptômes dépressifs, baisse de l'estime de soi, sentiment d'une perte de contrôle de son corps, perte de la capacité de séduction. De même, on peut constater que plus l'investissement des individus sera important vis-à-vis de leur apparence, plus ils expérimenteront de détresse. (Ben soussan.P., et coll., 2009, p98).

Ces études épidémiologiques ont montré que des troubles psychopathologiques comme l'anxiété et la dépression sont souvent associés aux maladies organiques et cancéreuses. Ce postulat nous a mené à poser la question suivante :

Est- ce que les patients atteints de cancer du côlon manifestent de l'anxiété et de la dépression ?

Hypothèse

Afin de répondre à la question posée dans cette recherche nous avons formulé une hypothèse qui nous facilitera le chemin de l'enquête qui est comme suit :

Les patients qui sont atteints de cancer du côlon manifestent de l'anxiété et de la dépression.

Les objectifs de notre étude :

Ce modeste travail qui porte sur l'anxiété et la dépression chez les patients atteints du cancer du côlon. Réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique.

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

- Rendre compte de la diversité des sentiments éprouvés par les patients afin d'avoir une connaissance plus complète de cette intervention à travers l'analyse des entretiens cliniques.
- Comprendre et analyser ces sentiments par une approche cognitivo-comportementale.
- Connaitre l'influence du cancer du côlon sur l'état psychologique des patients atteints de ce dernier.
- Identifier la relation entre le cancer du côlon et l'apparition de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints de cette maladie.

Opérationnalisation des concepts

Définition des concepts et leurs opérationnalisations

1. Définition des concepts

a. Cancer du côlon

Les cancers du côlon touchent les hommes autant que les femmes, surtout après 50 ans. Ce sont des cancers qui se traitent assez bien quand ils ne sont pas trop avancés. Le côlon est la dernière partie de l'intestin. C'est là que les aliments subissent les dernières modifications avant d'être expulsés sous forme de selles. Les causes de ces cancers ne sont pas connues, mais on croit qu'elles sont liées en partie aux habitudes alimentaires. La consommation excessive de gras et de viande rouge serait un facteur de risque tandis que la consommation de fibres alimentaires (fruits et légumes, blé entier,) serait un facteur de prévention. (Marcotte.J., et coll., 2008, pp17, 18).

b. Anxiété

L'anxiété est une combinaison de sentiments qui provoquent une réaction d'inquiétude et d'incertitude. Il est normal de ressentir de l'anxiété à un moment ou un autre et, en général, ce sentiment se dissipe assez rapidement. On peut souvent ressentir de l'anxiété avant une présentation ou un événement important et lorsqu'un élément de stress important survient dans notre vie.

Toutefois, l'anxiété peut se manifester sans avertissement ni signe précurseur. On se sent envahi par un sentiment intense d'appréhension, de panique et d'inquiétude. Lorsque ces sentiments sont beaucoup plus intenses qu'à l'habitude, il s'agit souvent d'une crise de panique. (Chow.C., 2002, p1).

c. Dépression

La dépression est un concept ambigu, aux sens divers. Il est souvent employé à tort dans la langue courante pour décrire une réaction émotionnelle normale, ordinaire, qui s'exprime par des sentiments de mécontentement, de tristesse et de frustration. Le présent rapport, cependant, concerne la dépression en tant que maladie grave et parfois même dangereuse. Dans les cas les plus sérieux, elle peut mener au suicide. Elle atteint non seulement celui qui en souffre mais aussi son entourage et ses collègues.

La dépression se caractérise par une baisse du moral et une incapacité à éprouver joie ou plaisir. L'humeur dépressive est la première réaction d'un être humain à la souffrance psychique et au sentiment de mal-être. En elle-même, la dépression est une émotion normale qui joue un rôle adaptatif important et que tout le monde a éprouvée. (Madelin.R., 2004, p15).

2. Opérationnalisation des concepts

a. Cancer du côlon

- La perte de poids ;
- Fatigue générale ;
- Troubles du transit (constipation, diarrhées, etc.) ;
- Les saignements digestifs sont assez souvent révélateurs ;
- Anémie ;
- Les douleurs abdominales qui font le tour du ventre (coliques) ;
- Météorisme, gaz ou de gargouillements ;

b. Anxiété

- Agitation ;
- irritabilité ;
- Inquiétude ;
- Insomnie ;
- Inattention et incapacité de se concentrer ;
- Sentiment de lassitude ;
- Expression de craintes et peurs ;
- Nausées, vomissement ;
- Tachycardies ;
- problèmes digestifs ;
- Plainte somatiques ;
- faible contact des yeux ;
- Prise de traitements ;

c. Dépression

- Une humeur triste, se sentir malheureux et démoralisé ;
- Une réduction marquée du plaisir et de l'intérêt pour presque toutes les activités ;
- Un sentiment de dévalorisation, d'être inutile, et une culpabilité excessive ;
- Des pensées morbides ou des idées suicidaires ;
- Un changement marqué de l'appétit ou du poids (perte ou gain) ;
- Insomnie ou excès de sommeil ;
- Sensibilité émotionnelle excessive ;
- Une fatigue importante ou une perte d'énergie ;
- Des problèmes de concentration de prise de décision ;
- Une baisse de la libido ;
- Isolement, replis sur soi.

Il est à noter que tous ses signes ne sont pas tous présents chez les mêmes cas, mais c'est l'ensemble des signes repérés chez tous les cas qui constitue cette catégorie.

Préambule

Le cancer du côlon est une maladie fréquente. Il touche près de 22 000 nouvelles personnes chaque année, un peu plus d'hommes (53 %) que de femmes (47 %). Dans plus de 9 cas sur 10, il survient chez des personnes âgées de plus de 50 ans. La plupart du temps, les cancers du côlon se développent à partir d'une tumeur bénigne (non cancéreuse) appelée polype adénomateux ou adénome. Ces tumeurs bénignes sont très fréquentes et restent généralement sans gravité. Mais 2 à 3 % d'entre elles se développent, grossissent et finissent par se transformer en cancer. Cette transformation est lente, elle prend en moyenne plus de 10 ans. (Rolling.A., 2010, p11).

1. Définition du cancer du côlon

Le côlon (ou gros intestin) est la partie terminale du tube digestif.

Il fait suite à l'intestin grêle (ou petit intestin) et se termine par le rectum. La fonction du gros intestin est essentiellement de réabsorber le maximum de liquide provenant du bol alimentaire pour concentrer, former et stocker les matières fécales, résidus de la digestion des aliments.

Le point commun entre le côlon et le rectum est la muqueuse intestinale, paroi tapissant l'intérieur de l'intestin, formée de villosités recouvertes de cellules superficielles (l'épithélium).

Cette muqueuse peut, sous l'influence de mutations, se transformer progressivement en tissu cancéreux. Il s'agit d'abord de polypes dits adénomateux (les adénomes étant des tumeurs bénignes résultant de la prolifération régulière d'un épithélium glandulaire normal) qui restent limités à la paroi du colon ou du rectum, puis, dans un second temps, de cancers encore appelés adénocarcinomes lieberkühnien (le terme carcinome désignant un cancer se développant aux dépens de l'épithélium) qui ont la particularité de grossir de manière anarchique, d'envahir localement le côlon ou le rectum puis les organes adjacents et de disséminer à distance (métastases).

Les cellules cancéreuses (malignes) qui forment le cancer prolifèrent donc sans contrôle de l'organisme. La tumeur se développe progressivement d'abord dans la paroi de l'intestin puis les cellules cancéreuses migrent dans les ganglions lymphatiques (disposés le long d'un vaisseau lymphatique) et plus tard, dans l'ensemble de l'organisme pour constituer les métastases. (Gramont.A., Housset.M., Nordlinger.PH., 2012, p14).

Le cancer du côlon se développe à partir de la muqueuse du gros intestin ou côlon. Dans 70% des cas la tumeur se développe dans le sigmoïde (boucle situé dans la fosse iliaque gauche). Les cancers du côlon et de rectum sont assez semblables, on les regroupe sous le terme **cancer colorectal**. (Boyle et coll., 2002, p16).

2. La cause du cancer du côlon

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

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

D'autres facteurs, comme les facteurs nutritionnels interviennent pour favoriser ces modifications de gènes.

3. Les symptômes

Dans 10 à 20 % des cas, les cancers colorectaux sont révélés par la découverte de métastases à distance, en particulier au niveau du foie. Cependant, dans la majorité des cas, ils sont découverts par des symptômes liés à la présence d'une tumeur du côlon ou du rectum.

En dehors d'une perte de poids et d'une fatigue générale, les symptômes les plus fréquents des tumeurs primitives sont les troubles du transit (constipation, diarrhées, etc.). Vu leur fréquence et leur banalité, ils ne sont pas spécifiques. C'est donc un changement du transit

habituel qui doit alerter. Un vieil adage garde toute sa valeur : « Tout trouble du transit récent passé la cinquantaine doit être exploré. » Tendances à la diarrhée ou à la constipation, alternance des deux, ballonnement inexplicable sont des signes qui doivent faire consulter à cet âge.

Les saignements digestifs sont assez souvent révélateurs ; ils doivent inquiéter et inciter à consulter. Il s'agit de sang rouge quand le saignement est abondant ou survient dans la partie basse de l'intestin ou de sang plus noir lorsqu'il provient de la partie haute de l'intestin. Ces saignements sont souvent mêlés aux selles. L'erreur serait de les attribuer à une cause banale, comme les hémorroïdes, et de ne pas faire réaliser une coloscopie indispensable. Un saignement chronique non visible peut par ailleurs provoquer une baisse des globules rouges, appelée anémie. La découverte d'une anémie, à l'occasion d'une prise de sang réalisée pour une quelconque raison, peut aussi être révélatrice d'un cancer qui doit être exploré par endoscopie en l'absence de cause évidente.

Les douleurs abdominales qui font le tour du ventre (coliques) constituent aussi une alerte et doivent pousser à consulter. Une région de l'abdomen peut parfois être plus sensible. Ces troubles du transit sont parfois accompagnés d'un ballonnement, appelé météorisme, de gaz ou de gargouillements. (Gramont.A., et coll, 2012, pp23, 31).

4. Les facteurs de risque

4.1. Génétique

On estime que 10 à 20 % des cancers colo-rectaux ont une composante héréditaire, dont 2 à 4 % relèvent de deux affections bien individualisées, dont le diagnostic moléculaire est possible :

➤ *La polyposse rectocolique familiale, affection autosomique dominante à pénétrance variable*

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

➤ *Le syndrome de lynche ou syndrome HNPCC (Hereditary Non Poliposies Colorectal Cancer), forme héréditaire sans polypose.*

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

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

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

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

➤ *Il existe aussi des sujets à risque augmenté*

- Antécédents familiaux de cancer rectocolique (risque multiplié par 2 à 4).
- Sujets avec antécédents personnels d'adénome.
- Sujets avec antécédents de cancer épidémiologiquement liés (cancer de l'endomètre, cancer du sein).

4.2. Lésions locales

➤ *Les adénomes :*

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

➤ *Maladies inflammatoires*

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

4.3. Autres facteurs de risques

- Tabac : serait un facteur favorisant (10 % des cancers coliques pour l'American Cancer Society).
- Habitudes de vie : rôle protecteur de l'activité physique.
- Alimentation :
 - rôle protecteur des régimes riches en légumes, en fibres et en calcium et en vitamine D, des vitamines anti-oxydantes (A, C, E), folates.
 - rôle favorisant d'un régime riche en viande, graisses animales et en protéines, alcool ;
- Rôle protecteur de la prise régulière de faibles doses d'aspirine.

5. Diagnostic

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. (Scotte.F., et coll., 2002, p242).

5.2. Examen clinique

L'examen clinique peut retrouver une masse abdominale surtout dans les cancers du caeco-ascendant ou permettre de sentir par le toucher rectal une masse sigmoïdienne prolabée dans le Douglas. Une adénopathie sus-claviculaire gauche ou des métastases seront soigneusement recherchées. (Hamburger.J., et coll., 1987, p470).

6. Formes topographiques

6.1. Cancers du côlon droit, ascendant

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

- Caractères anatomiques : siégeant dans la portion la plus large du cadre colique, ces cancers sont souvent longtemps latents, avec un faible risque d'occlusion.
- Caractère cliniques : les douleurs et surtout l'anémie hypochrome sont classiques la palpation permet assez souvent de mettre en évidence la tumeur sur ce segment colique qui est assez superficiel et bien accessible.

6.2. Cancers du côlon transverse

- Caractères anatomiques : leur propagation lymphatique est particulière et de mauvais pronostic, car l'envahissement ganglionnaire peut se faire vers l'origine des 2 axes vasculaires mésentérique supérieur et mésentérique inférieur, et atteindre précocement les ganglions rétro-pancréatiques, inaccessible a une exérèse chirurgicale curative.
- Caractères cliniques : ils ont une symptomatologie d'emprunt souvent trompeuse (crises coliques, troubles du transit, distension caecale, ballonnements, palpation d'une tumeur épigastrique), ou évoquer une affection gastrique, biliaire ou pancréatique.

6.3. Cancers du côlon gauche, descendant

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

➤Caractères anatomiques :

- . Ils sont rapidement sténosants avec symptomatologie occlusive.
- . Ils sont très lymphophiles, essaient vers l'axe mésentérique inférieur.
- . Le cancer de l'angle gauche a une propagation lymphatique rétro-pancréatique.

➤Caractères cliniques :

Quelques particularités propres à certains sites :

- . symptomatologie d'emprunt sus-mésocolique des cancers de l'angle gauche ;
- . occlusion révélatrice des cancers du côlon descendant ;
- . épreintes et faux besoins des localisations recto-sigmoïdiennes.

Le diagnostic différentiel peut faire évoquer :

- . devant une sténose radiologique sigmoïdienne une sigmoïdite diverticulaire ;
- . une colite ischémique ;
- . une maladie de Crohn colique.

6.4. Cancers du rectum

➤ Caractères anatomiques : le tiers inférieur étant extra-péritonéal, l'extension tumorale intrapelvienne est la règle.

La distance entre le pôle inférieur de la tumeur et l'appareil sphinctérien anal conditionne les possibilités de conservation fonctionnelle.

➤ Caractères cliniques : les rectorragies sont isolées, sans caractère spécifique. Souvent minimes, réduites à quelques filets de sang entourant les selles, trop souvent à tort négligées par les malades qui les attribuent volontiers à un saignement hémorroïdaire. Noter que la coexistence d'un cancer du rectum et d'hémorroïdes est fréquente.

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

Parfois la tumeur est diagnostiquée à un stade très évolué, métastatique. (Scotte.F., et coll., 2002, pp243, 244, 245).

7. Les stades de la maladie

Les stades du cancer colorectal dépendent de l'extension du cancer. Différents systèmes de classification existent pour quantifier la gravité de l'atteinte cancéreuse. Ils sont assez proches les uns des autres.

La classification clinique péri-opératoire internationale appelée TNM permet de déterminer le stade de l'atteinte cancéreuse : T pour tumeur, N pour ganglion (node en anglais) et M pour métastase. Le T se réfère à la profondeur atteinte par la tumeur ; il est gradué du T1, tumeur superficielle, au T4, grosse tumeur qui parfois envahit les organes de voisinage.

Le cancer est classé N0 quand les ganglions ne sont pas envahis, N1 quand 1 à 3 ganglions sont touchés, et N2 quand 4 ganglions ou plus sont envahis par les cellules tumorales.

M0 signifie l'absence et M1, la présence de métastases.

Une fois la classification établie, les tumeurs sont regroupées en stades. Le stade I comprend les tumeurs T1 ou T2, N0 et M0. Le stade II comprend les tumeurs T3, T4, N0 et M0. Le stade III rassemble les tumeurs T1, T2, T3 ou T4, N1 ou N2. Les métastases appartiennent au stade IV. (Gramont.A., et coll., 2012, p14)

8. Principes du traitement

Il ne peut être que chirurgical.

8.1. Traitement chirurgical

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

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

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

8.1.3. Les cancers coliques compliqués : imposent des techniques opératoires particulières, en présence d'une occlusion, il est nécessaire de pratiquer une dérivation soit

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

Les abcès péritumoraux relèvent du traitement antibiotique ; il est rare que l'on soit obligé de drainer l'abcès et d'assurer une dérivation des matières. Le pronostic des cancers du côlon est, certes, fonction du types histologique- gravité des sarcomes et des épithéliomas anaplastiques, meilleur pronostic des épithéliomas glandulaires différenciés, mais surtout de la précocité du diagnostic et de l'état général du sujet. Le pronostic éloigné de ces tumeurs peut être considéré comme favorable, puisque plus de 50 p. 100 des sujets opérés peuvent être considérés comme guéris à la cinquième année. (Domart.A., et coll., 1982, p364)

8.2. 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).

8.2.1. 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 récidence. Habituellement, associant de 5-FU et d'acide folinique ; de nouvelles drogues (irionotécan, oxaliplatine) sont généralement utilisées en deuxième intention.
- Stades D : Chimiothérapie associant acide folinique, 5-FU +/- Oxaliplatine ou Irinotécan.

8.2.2. Cancer du rectum

- Essais de chimiothérapie adjuvante en cours pour le cancer du rectum.
- Intérêt d'une radio-chimiothérapie adjuvante en terme de survie et de rechutes.
- Tolérance de la radiothérapie post-opératoire moins bonne que celle de la radiothérapie pré-opératoire.
- Importance de la radiothérapie néo-adjuvante en terme d'augmentation de la survie globale.

8.3. 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 (5-FU, oxaliplatine, irinotécan) peut être proposée car elle augmente la survie et la qualité de celle-ci.

Une prise en charge palliative devra être proposée aux patients dont la pathologie est non accessible aux traitements curatifs en optimisant la prise en charge des complications digestives. (Scotte.F., et coll., 2002, p246)

8.4. La stomie (anus artificiel) :

Le terme stomie signifie qu'un segment intestinal est abouché à la peau de l'abdomen latéralement à l'ombilic. Ce segment est fixé à la peau lors de l'intervention chirurgicale grâce à du fil résorbable. Une poche autocollante en matière synthétique, pouvant se vidanger, est positionnée autour de cet orifice. Elle permet le recueil des matières fécales. Cette poche jetable doit être changée à chaque fois qu'elle est pleine.

Cet anus artificiel remplace l'anus naturel et évacue les selles à sa place. Il peut être temporaire ou définitif selon les cas.

La colostomie définitive (anus artificiel définitif) réalisée dans le cadre d'un cancer du rectum très bas situé correspond à l'abouchement à la peau du segment de côlon restant. Les matières fécales s'évacuent alors définitivement par ce segment et non plus par l'anus qui a été enlevé.

L'iléostomie latérale (anus artificiel temporaire) correspond à l'abouchement de la partie distale de l'intestin grêle (iléon) à la peau. L'extériorisation latérale de ce segment de petit intestin permet d'évacuer les matières à ce niveau protégeant ainsi la suture intestinale réalisée en aval sur le rectum. (Gramont.A., et coll., 2012, p52)

9. Problèmes psychologique de la maladie

9.1. Problèmes de communication

Médecins et malades parlent souvent la même langue, rarement le même langage, car :

- Les termes médicaux n'ont pas forcément une signification concrète pour les non-soignants ; les termes scientifiques protègent les médecins mais isolent souvent les patients ;
- Le médecin parle statistiques, le patient peut savoir s'il va guérir ;
- Les médecins peuvent redouter d'être responsables de la confrontation du malade aux mauvaises nouvelles qu'il annonce.

Le but de la communication est double : aider le patient à s'adapter à sa maladie pour la vivre si possible dans la sérénité, toujours dans la dignité, et maintenir une relation confiante entre l'équipe soignante et le patient.

9.2. Réactions du patient aux mauvaises nouvelles

Les réactions émotionnelles immédiates sont variables :

- réaction minime, très contrôlée, sans questions.

- réaction modérée, mais expression d'une inquiétude et de préoccupations à propos des changements qui vont intervenir ;

- réaction expansive, dramatisée rendant difficile une approche rationnelle de la situation ; cette intensité ne préjuge pas forcément d'une mauvaise adaptation ultérieure.

Le risque de suicide existe, mais beaucoup moins que l'on pourrait croire ; 10% à 15% des patients cancéreux ont des idées de suicide, celles-ci sont passagères.

9.3. Information de l'entourage

C'est un enjeu majeur pour le patient comme pour l'entourage, car la maladie bouleverse les relations familiales et sociales.

Une habitude raisonnable consiste à donner des nouvelles en présence d'un proche, si le patient y consent.

Souvent les proches veulent « tout savoir », mais laisser le malade dans l'ignorance ; par ailleurs on informe souvent davantage l'entourage que le patients.

9.4. Les troubles de l'adaptation

Environ un tiers de patients ont une réaction non adaptée au stress que constitue l'annonce de la mauvaise nouvelle.

Ces troubles sont habituellement passagers. On évalue à 3 mois le délai nécessaire à un nouvel équilibre psychologique ; des troubles modérés ne sont pas considérés comme pathologiques.

Les symptômes sont :

- des manifestations anxieuses ou dépressives modérées ;
- des troubles relationnels (conflits familiaux, irritabilité...) ;
- des troubles du comportement (refus des thérapeutiques).

Le traitement consiste à aider le patient par une psychothérapie adaptée et, si besoin est, par un antidépresseur léger type benzodiazépines.

9.5. Symptomatologie

9.5.1. Les syndromes dépressifs : s'observent surtout dans les étapes avancées :

- au trépied dépressif : dévalorisation de soi, désinvestissement des autres, désinvestissement de l'avenir ;
- s'ajoute la perte de tout espoir ;
- par contre les symptômes physiques sont commun avec ceux du cancer (anorexie, fatigue, perte de poids).

9.5.2. 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.

9.5.3. Troubles mentaux organiques : les états confusionnels liés à l'évolution de la maladie (localisation cérébrale par exemple) sont plus fréquents que les états démentiels, plus souvent liés aux traitements (corticoïdes, etc.). (Scotte.F., et coll., 2002, pp110-114).

Conclusion

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

Le traitement des cancers du côlon repose principalement sur la chirurgie qui vise à guérir le cancer en supprimant la portion du côlon 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 psychologiques et souvent l'apparition de symptômes anxieux et dépressifs.

Préambule

La survenue d'un cancer entraîne bien souvent des troubles psychologique, ce sont l'anxiété et la dépression qui prédominent : anxiété de l'avenir avec une rechute toujours possible, dépression consécutive au poids de la maladie, à la détérioration de l'image de soi.

L'anxiété est une émotion qui se manifeste par des phénomènes physiques et psychiques, elle est souvent associée à d'autres émotions comme la peur, le trac et le stress.

La dépression est une condition émotionnelle caractérisée par une altération de l'humeur, retentissement psychomoteur avec tristesse.

I. Anxiété

1. Définition de l'anxiété

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) :

« Il s'agit d'un sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement ».

Gray définit l'anxiété comme un état du système nerveux conceptuel ou central caractérisé par une activité du système comportemental inhibiteur. Il attribue l'anxiété pathologique à l'hyperactivité du système inhibiteur de l'action présente quant le coping de fuite et d'évitement n'est pas efficace pour résoudre la transaction stressante. L'anxiété se confond ici avec le concept de stress et prend tout sens dans les confrontations stressantes. (Graziani. P., 2003, pp12, 13).

L'anxiété est une sensation de tension intérieure de danger imminent. Elle peut être paralysante ou, au contraire, susciter de l'agitation (avec incapacité à rester en place). Elle peut se cristalliser sur une situation particulière ou un objet spécifique : peur nouvelle d'un contexte social avec incapacité à l'affronter (un changement de travail par exemple), préoccupations excessives concernant son état de santé, etc. l'anxiété devient pathologique lorsqu'elle perturbe de manière non négligeable la vie du sujet. Généralement, dans ce cas, des symptômes somatiques s'associent aux peurs : oppression thoracique, palpitations, sueurs, tremblements, gorge serrée, difficulté à déglutir. (Palazzolo.J., et coll., 2005, p61).

2. La symptomatologie anxieuse

Comme tout affect, l'anxiété s'exprime dans deux registres : psycho-comportemental et somatique.

2.1. Le registre psycho-comportemental

A moins qu'elle ne soit d'intensité vraiment mineur, l'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par sensation subjective de malaise, de tension interne. Les pensées de l'anxieux sont généralement orientées vers l'avenir. Il craint facilement pour lui-même ou pour ses proches. L'activité cognitive et intellectuelle est consacrée à forger des scénarii catastrophiques dont les thèmes sont des échecs (professionnels ou affectifs), la survenue d'une maladie, d'un accident, de problèmes financiers, etc. Les représentations angoissantes sont fluctuantes, à la différence des idées obsédantes rencontrées dans la névrose obsessionnelle.

Lors de certains états anxieux aigus, le patient peut vivre d'authentiques expériences de dépersonnalisation (impression de perdre son identité) et/ou de déréalisation (perte de l'intimité avec le monde environnant habituel). Il peut alors avoir peur de devenir « fou », sans pour autant qu'existe une pathologie psychotique.

Mais l'anxiété psychique n'est pas uniquement subjective. Les perturbations cognitives, l'inhibition de la pensée, trouvent une traduction dans l'altération des performances du sujet, de ses facultés de raisonnement et, dans une certaine mesure, de ses capacités de jugement. Ces perturbations n'apparaissent cependant qu'au-delà d'un certain seuil d'intensité anxieuse.

L'inhibition anxieuse est aussi comportementale : le patient est gauche, emprunté, voire figé. Il peut exister dans certains états aigus une véritable stupeur psychomotrice.

L'inhibition psychomotrice peut être dans certains cas masquée par une agitation improductive et désordonnée qui ne saurait tromper, ou par des comportements compensatoires de prestance qui peuvent plus facilement faire illusion.

Un certain degré d'agressivité peut être retrouvé dans le discours de l'anxieux, voire dans son comportement en cas d'anxiété aiguë.

Ainsi, par la mimique et le comportement, l'anxiété s'exprime et se montre facilement ressentie par les membres de l'entourage. Un certain degré de contagion anxieuse existe habituellement, susceptible d'aboutir dans certains cas à un certain rejet du patient par son entourage (quand l'anxiété est permanente) ou, dans des circonstances plus particulières, à des phénomènes de groupe (peurs collectives, mouvements des foules).

Enfin, à côté de ses symptômes caractéristiques, une certaine tristesse modérée, fluctuante, est habituelle chez de nombreux patients anxieux.

2.2. Symptômes somatiques

Ils sont très variés et ne seront que brièvement évoqués. Tous correspondent en effet à un hyper-fonctionnement du système nerveux autonome, soit :

- au niveau cardio-vasculaire : tachycardie, troubles mineurs du rythme cardiaque (notamment des extra-systoles bénignes avec pauses compensatoires qui donnent quelquefois l'impression à l'anxieux que son cœur va s'arrêter), douleurs pré-cordiales (le patient redoute de « faire un infarctus »), modifications labiles de la tension artérielle ;

- sur le plan respiratoire : les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses d'étouffement, voire de « souffle coupé » ;

- dans la sphère digestive : sensation de « boucle dans la gorge » (qui gêne l'alimentation), nausées, ballonnements abdominaux, diarrhée motrice ;

- au niveau génito-urinaire : pollakiurie, difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidity, dyspareunie chez la femme) ;

- sur le plan neuro-musculaire : tension musculaire quelquefois douloureuse (notamment céphalées postérieures dite de « tension », tremblements, sursauts, paresthésies, bourdonnements d'oreilles, phosphènes) ;

- sur le plan vaso-moteur : hypersudation parfois profuse, pâleur, bouffées vaso-motrices.

La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux. Ils sont même souvent au premier plan dans la plainte du patient, ce qui l'amène à consulter, plus souvent qu'un psychiatre, son médecin généraliste, le médecin de l'urgence ou un cardiologue.

L'insomnie de l'anxieux a un peu à part car son déterminisme est plus complexe que les symptômes proprement somatiques d'anxiété. Il s'agit d'une insomnie portant sur l'endormissement. Le reste de la nuit est généralement préservé, bien que dans certain cas troublé par des cauchemars.

L'asthénie, de même, a des causes mal connues (conséquences de l'hyperfonctionnement du S.N.A., système nerveux autonome, d'un sommeil peu réparateur...). (Besançon.G., 2005, pp38- 40).

3. Les états anxieux

3.1. Anxiété-état

La notion d'état émotionnel, comme son nom l'indique, correspond à un état passager, qui peut survenir chez tout individu. (Henriette.B., et coll., 2007. p53).

Est une émotion transitoire caractérisée par un arousal physiologique et la perception de sentiments d'appréhension, de crainte et de tension. (Graziani. P., 2003, p12).

3.2. Anxiété-trait

L'anxiété trait est une caractéristique individuelle, apparemment innée, qui se manifeste à son tour de deux façons : la prédisposition à éprouver des états de peur en présence de présence de stimulus qui, pour d'autres individus, sont moins fortement anxiogènes, voire pas anxiogènes du tout (dans certains cas, il semble y avoir absence de tout stimulus ou objet) ; la prédisposition à développer des peurs conditionnelle à l'égard de stimulus qui ne sont pas par eux-mêmes directement anxiogènes. Un niveau élevé d'anxiété-trait est réputé avoir un caractère pathologique. . (Henriette.B., Roland.C., 2007. P53).

4. Anxiété normale et pathologique

4.1. Anxiété normale

L'anxiété est une émotion proche de la peur, qui existe chez tout être humain. Elle correspond à une nécessité permanente de s'adapter aux problèmes de la vie (anxiété dite «adaptative ») et aux interrogations que chaque individu porte sur le monde (anxiété dite «existentielle »). Ces deux formes d'anxiété sont humaines. L'anxiété peut cependant devenir une maladie qui associe différents symptômes (psychologiques, physiques comportementaux) et entraîne une souffrance et une gêne importantes dans la vie quotidienne.

4.2. Anxiété anormale

L'anxiété anormale est le plus répandu des problèmes psychologiques. Les individus souffrant d'anxiété ou de troubles anxieux constituent une large part de la clientèle se retrouvant en psychothérapie ou en consultation chez le médecin.

L'anxiété est considérée comme anormale quand elle n'est rattachée à aucune cause évidente ou identifiable et quand elle devient chronique. Dans la plus part des cas, les périodes d'anxiété intense alternent avec des périodes d'apaisement relatif. Une partie des gens affectés par des troubles anxieux réussissent à vivre de façon plus ou moins normale. Lorsque l'anxiété est pathologique ou rend l'individu dysfonctionnel, on parle de troubles anxieux ou de différents types de manifestations anxieuses. En fait, c'est lorsque l'anxiété est vécue très intensément, très fréquemment ou à des moments où il est inapproprié de la ressentir qu'elle peut interférer avec la vie quotidienne d'une personne. (Ladouceur.R., et coll., 1999, p 2, 3).

5. Anxiété cognitive et anxiété somatique

L'anxiété apparaît comme une réponse complexe, mêlant les dimensions cognitive et somatique. Les théories récentes considèrent d'ailleurs ces deux dimensions comme indépendantes (Liebert & Morris, 1967; Morris & Liebert, 1973; Davidson & Schwartz, 1976; Martens, Vealey & Burton, 1990). Ces auteurs distinguent:

- l'anxiété cognitive, qui est une composante représentative, caractérisée par des attentes pessimistes quant au succès, des auto-évaluations négatives, et un manque de concentration;
- l'anxiété somatique, qui renvoie à la dimension physiologique, et notamment à la notion d'activation, et que l'on repère au travers d'indicateurs tels que la fréquence cardiaque, le rythme respiratoire, la tension musculaire, la conductance de la peau ou autres réactions végétatives (accélération du rythme cardiaque, souffle court, mains moites, tensions musculaires, point à l'estomac, sueurs froides, etc..). (Delignières.D., 1993, pp5, 6).

6. Quelques formes cliniques

La nosographie actuelle des troubles anxieux distingue trois grands types de troubles anxieux : le trouble anxieux généralisé, le trouble panique, les troubles réactionnels.

6.1. Le trouble anxieux généralisé : c'est la forme d'anxiété qui a été parfaitement décrite il y a plus d'un siècle par Freud sous le terme de névrose d'angoisse. Il existe un fond permanent d'anxiété d'intensité modérée, souvent émaillé de crises aiguës d'angoisse. Assez fréquent (5% environ de la population générale), il concerne deux fois plus souvent les femmes que les hommes.

6.2. Le trouble de panique : le trouble est individualisé depuis une période récente (D.F. Klein, 1962). Il consiste en la répétition de crises d'angoisse (attaque de panique). L'attaque survient sans prévenir, sans circonstance déclenchante particulière. Elle dure moins d'une heure, le plus souvent une dizaine de minutes tout au plus.

6.3. Les troubles anxieux réactionnels : la notion de « réaction » est très problématique en matière de psychopathologie. Néanmoins, certains troubles anxieux paraissent fortement déterminés par des facteurs événementiels et /ou environnementaux.

6.4. Anxiété et pathologie organique : nous avons vu la variété des signes somatiques de l'anxiété. Ceux-ci sont qualifiés de troubles fonctionnels (c'est-à-dire qu'il n'existe pas de lésion objectivée). Ils rentrent dans le cadre des somatisations.

Cependant, on sait aussi que l'anxiété est particulièrement fréquente lors de certaines affections organiques, notamment :

- les pathologies du système nerveux central (qu'elles soient tumorales, vasculaires ou infectieuses) ;

- les maladies endocriniennes (notamment les hyperthyroïdies, les hyperfonctionnements surrenaliens, les hypoglycémies, diabétiques ou non). (Besançon.G., 2005, pp 41,42).

7. Les différents modèles explicatifs de l'anxiété

Plusieurs modèles explicatifs de l'anxiété ont été élaborés. En voici un résumé :

7.1. La théorie biologique

- Dérèglement du système d'adaptation métabolique et respiratoire avec hypersensibilité à des modifications du CO² et du PH sanguins (conséquence de l'hyperventilation).
- Dysfonctionnement noradrénergique avec hypersensibilité aux stimuli. (Palazzolo.J., 2007, p64).

7.2. La théorie cognitive

L'anxiété est une réponse de l'organisme, confronté aux demandes environnementales. En première approche, on peut dire que l'anxiété se manifeste par le développement d'affects négatifs, de sentiments d'appréhension et de tension, associés à un haut niveau d'activation de l'organisme (Martens, Vealey & Burton, 1990). Il s'agit donc d'une réponse complexe, mêlant les dimensions cognitive et somatique. Les travaux récents la conçoivent selon une optique cognitiviste: l'anxiété serait dépendante de variables intermédiaires représentées. Ainsi selon Spielberger (1972), l'état d'anxiété est lié à la perception d'une menace (threat), c'est-à-dire à l'évaluation de la situation actuelle comme dangereuse, physiquement ou psychologiquement. McGrath (1970), propose un modèle de même nature, dans lequel la réponse émotionnelle découle de la perception d'un décalage (imbalance) entre la difficulté de la tâche et les capacités de réponse. Cette réponse serait en outre dépendante de l'importance que revêt pour le sujet la réussite ou l'échec: la perception d'un décalage subjectif entre difficulté et habileté n'a un caractère anxiogène que si l'atteinte du résultat représente un enjeu réel pour le sujet. (Delignières.D., 1993, pp 2,3).

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

L'approche cognitive, plus récente, paraît aussi plus pertinente. L'inhibition représente le phénomène central de l'anxiété. Elle est conçue comme résultant de l'activation du système d'inhibition comportementale ayant un support neuro-anatomique. Devenu incapable de traiter les informations qu'il reçoit, le sujet anxieux ne peut plus agir (interruption des « plans d'actions »). L'anxiété proprement dite est considérée ici comme secondaire à l'inhibition. Outre le vécu subjectif désagréable, elle comprend un véritable hyperéveil psychique destiné à favoriser la recherche de plans d'actions, recherche qui s'avère improductive ; d'autant qu'il paraît exister dans l'anxiété un traitement sélectif de l'information, les perceptions anxiogènes étant favorisées. A cet égard, les symptômes somatiques, fréquemment interprétés comme témoignant d'une maladie possiblement grave (cardiaque notamment), renforcent l'anxiété du sujet. (Besançon.G., 2005, p46, 47).

8. Trouble anxieux dû à une affection médicale générale

Selon le DSM-IV : La caractéristique essentielle du trouble anxieux dû à une affection médicale générale est une anxiété cliniquement significative que l'on estime être due aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale. Les symptômes peuvent comprendre des symptômes nets d'anxiété généralisée, des attaques de panique ou des obsessions et des compulsions. Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires doivent permettre de confirmer que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale. Les symptômes anxieux doivent causer une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

9. L'anxieux face au médecin généraliste

Une demande pas toujours facile à satisfaire. Le discours médical se centre en premier lieu sur le réel. A partir de la plainte du patient, le médecin cherche par son écoute, l'interrogatoire puis l'examen clinique à déceler une origine organique au trouble présenté par la personne en souffrance. L'organicité, la mise en évidence d'une altération anatomique, donne une explication objective, médicalement reconnue, à la plainte, quelle qu'elle soit. Elle rassure à la fois le soigné et le soignant en permettant d'envisager une stratégie thérapeutique claire et précise qui mettra fin le plus souvent à la souffrance exprimée par le patient au travers de ses doléances. Mais, dans le cas de l'anxiété, l'organicité ne peut pas être établie. La plainte ne trouve alors pas d'issue immédiate dans l'ordre du savoir médical et risque de faire vaciller en conséquence la confiance du patient en son médecin, assuré de la souffrance qui l'amène à consulter. Il s'agit donc bien souvent d'une mise en échec du savoir médical, mais aussi de la plainte du malade. Les réactions sont alors diverses de la part et d'autre : agressivité, surcroît de prescription du praticien et /ou demandes médicamenteuses du patient et/ou d'examens complémentaires. Enfin, le médecin doit parfois faire admettre la nécessité d'une surveillance évolutive...Bref, d'une hésitation. (Palazzolo.J. 2007, pp65, 66).

10. Anxiété et cancer

Face au cancer, le malade et les proches doivent adopter de nouvelles conditions de vie, faire face à de nouvelles situations faites de déni, de souffrances, d'anxiété, voire de dépression. Les représentations de mort et de souffrance, si actives chez le patient et son

entourage encore aujourd'hui, s'expliquent par le fait que cette pathologie est particulièrement préinvestie affectivement et cognitivement. Elle exige du patient un effort continu et répété d'adaptation, pour préserver son intégrité psychique, récupérer des troubles réversibles, assumer les troubles irréversibles.

Cette adaptation repose sur des réactions cognitives, émotionnelles et comportementales.

Ainsi, à chaque étape de la maladie, les réactions psychologiques opèrent une intégration entre la mémoire des expériences passées, la perception des menaces futures et les ressources disponibles. Ces réactions peuvent mener à une adaptation ou à un échec : troubles de l'adaptation, syndromes psychopathologiques, échec de la réinsertion, etc. Souvent, elle inaugure une véritable crise existentielle couvrant la période des premiers symptômes, des investigations et du diagnostic. L'adaptation psychologique constitue les bases d'un processus d'élaboration, progressif, spécifique de l'histoire propre du sujet et de sa structure psychique. En effet, si la situation psychologique, médicale et sociale de chaque patient est unique, un cadre de référence global est nécessaire pour comparer entre elles les réactions et les expériences des malades. Que ce soit au moment du diagnostic, durant les traitements, lors d'une récurrence ou à un stade plus avancé de la maladie, il existe des moments clés où l'intervention des soignants peut renforcer ou au contraire affaiblir un mécanisme adaptatif. (Ben Soussan.P., Dudoit.E., 2009, p28).

11. La prise en charge

11.1. La prise en charge médicamenteuse du sujet anxieux

Les anxiolytiques et les somnifères sont utilisés très largement dans notre pays. Des efforts sont actuellement faits pour rationaliser les habitudes de prescription, mais la pression des patients reste forte : prendre un médicament demande moins d'effort que de suivre une psychothérapie. Cela ne permet pourtant qu'un soulagement transitoire ; seules les anxiétés réactionnelles pourront donc être traitées par voie médicamenteuse. Les perturbations cognitives, secondaires aux tranquillisants, constituent par ailleurs un facteur limitant l'utilisation de tels traitements. Fait surprenant, les attaques de panique sont mieux prévenues par la prise en long cours d'antidépresseurs que par celle de tranquillisants, relativement peu efficaces (excepté l'alprazolam :anax). (Besançon.G., 2005, p 47).

11.2. La prise en charge non médicamenteuse du sujet anxieux

La gestion individuelle de l'anxiété consiste à apprendre au patient à identifier non seulement les facteurs anxiogènes auxquels il est confronté, mais aussi les réponses qu'il développe face à ces facteurs. Le but de cette prise en charge est remplacer les réponses habituelles de l'individu par d'autres réponses physiologiques, cognitives et comportementales plus efficaces à réduire l'angoisse. Trois méthodes peuvent alors être proposées : la relaxation, les techniques cognitives et la modification de la réponse comportementale.

• La relaxation

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'angoisse. De ce fait, il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreuses techniques existantes : training autogène, relaxation musculaire progressive, etc. le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété.

Les effets physiologiques de la relaxation font suite à des actions combinées du système nerveux autonome, du système hormonal et du cortex cérébral, qui s'expriment dans une réponse généralisée. Ces effets sont les suivants :

- ✓ Diminution de la consommation d'oxygène et de l'élimination du dioxyde de carbone ;
- ✓ Diminution du rythme respiratoire et cardiaque ;
- ✓ Diminution de la pression artérielle et du flux sanguin vers les muscles ;
- ✓ Dilatation des vaisseaux sanguins périphériques ;
- ✓ Diminution de la transpiration et du taux sanguin de cholestérol et de lactate (à l'origine des crampes) ;
- ✓ Augmentation des ondes cérébrales alpha et thêta (ondes retrouvées à l'électro-encéphalogramme lors du sommeil) et de l'élimination salivaire ;

✓Stabilisation de la motilité gastrique et détente des sphincters rectal et vésical.

L'état physiologique de relaxation peut être obtenu si l'individu respecte quatre conditions fondamentales : environnement calme, attitude passive, concentration (sur un mot, une partie du corps, etc.), le tonus musculaire diminué.

Deux types de relaxation sont essentiellement utilisés en pratique : le training autogène et la relaxation musculaire progressive.

➤ **Le training autogène**

L'état de relaxation induit par cette technique se caractérise par :

- une détente musculaire et abdominale ;
- une dilatation des vaisseaux sanguins des extrémités des membres ;
- un ralentissement respiratoire et cardiaque ;
- une fraîcheur ressentie au niveau du front.

Cet état est atteint par étapes successives, au fil des séances, en travaillant sur chacun des éléments cités.

Le sujet est installé soit en position allongée (le plus souvent), soit en position assise sur un fauteuil ou une chaise.il se concentre à la fois sur des instructions verbales (par exemple : « votre bras droit est lourd, votre jambe gauche est chaud, votre cœur bat lentement et calmement »), des représentations mentales (par exemple, imaginer son bras droit comme étant en plomb, ou sa jambe gauche exposée aux rayons du soleil), et les sensations corporelles qui en découlent, témoins des changements physiologique (par exemple, la lourdeur du bras droit, la chaleur de la jambe gauche).

L'état de relaxation induit par cette technique s'acquiert en quelques mois, à raison d'une à deux séances par semaine avec le praticien, associées à une pratique quotidienne chez soi.

➤ **La relaxation musculaire progressive**

Cette forme de relaxation est particulièrement indiquée pour les sujets ayant des difficultés a s'abandonnés passivement a la technique précédente, et préfèrent une technique plus active. Les exercices consistent à faire alterner la contraction et la détente de groupes

musculaires : le sujet contracte fortement un groupe de muscles et se concentre sur les sensations physique de tension ; il relâche ensuite et détend progressivement les muscles et se concentre de la même façon sur la sensation de détente musculaire.

➤ Les autres méthodes

Les autres méthodes (telles que la relaxation psychologique : relaxation psychodynamique, hypnose... ; la relaxation philosophique : yoga, méditation transcendante...) trop complexe sont peu utilisées elles nécessitent un apprentissage long et sont orienté vers d'autres buts, même si elles comportent une composante physiologique. (Palazzolo.J., 2007, pp 66-68).

II. Dépression

1. Définition de la dépression

La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et ralentissement psychomoteur.

S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (Henriette.B., et coll., 2007, p206).

La Dépression, ce n'est pas un « mal-être » existentiel, ni un « coup de déprime », Le fait de se sentir triste, d'être « déprimé », d'avoir des « idées noires » ou des difficultés à dormir ne veut pas forcément dire que l'on souffre de dépression. Les moments de cafard, de «blues», de doute ou de questionnement font partie de la vie. Au fil du temps et des événements, chacun de nous expérimente toute une gamme de sentiments, du plus triste au plus optimiste. À l'intérieur de cette large palette d'émotions, la tristesse, le découragement et le désespoir représentent des expériences humaines normales. Ces variations et ces baisses de l'humeur ne doivent pas être confondues avec ce qu'éprouve une personne dépressive.

Pour pouvoir parler de dépression, et donc de maladie, il faut :

- que ces perturbations de l'humeur soient multiples et bien caractérisées ;

- qu'elles se manifestent de façon (quasi) permanente pendant une période supérieure à deux semaines ;
- qu'elles entraînent une gêne importante dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne (difficulté ou incapacité de se lever, d'aller à son travail, de sortir faire ses courses...). (Briffault.X., et coll, 2007, pp 5,6).

2. Eléments historiques

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois termes : « la mélancolie », la « dépression », la « manie », terme ayant connu un sort plus chaotique. Pour de raisons pédagogiques nous présenterons les trois termes séparément. Bien entendu, au sens strict, la manie n'a rien à faire avec la dépression puisqu'il s'agit de l'inverse, mais comme il peut y avoir alternance entre les deux états ou leurs formes atténuées, il convient de tous les présenter. On aura compris que si la rigueur veut que l'on parle de « troubles de l'humeur » ou de « troubles thymiques » (hyperthymie, euthymie, dépression...), l'habitude fait que l'on utilise souvent « troubles thymiques » ou « états dépressifs » comme synonymes inappropriés. (Pardinielli.J., et coll., 2005, p 9).

3. Les symptômes de la dépression

Les symptômes somatiques sont assez variables selon les cultures. Dans les pays occidentaux, dits développés, ils sont largement dominés par l'anorexie et ses conséquences : perte de poids, voire dénutrition. La constipation est le deuxième symptôme le plus souvent observé. Les autres symptômes somatiques ont une importance moindre : diminution du désir, bradycardie, tendances lipothymiques.

Les troubles sexuels, dont le déterminisme paraît plus complexe car très lié à la perte de l'élan vital, sont très fréquents : diminution du désir, impuissance, frigidité.

Certains types de douleurs sont également souvent observés (céphalées, algies pseudo-rhumatologiques). Leur rapport avec la dépression reste actuellement mal expliqué.

Le sommeil du déprimé est en règle égale perturbé par des réveils nocturnes avec difficultés du réendormissement et par une insomnie de fin de nuit avec réveil précoces.

Enfin, certains symptômes psychiques sont fréquemment associés au syndrome dépressif :

- un certain degré d'irritabilité, d'impulsivité, susceptible de déterminer des comportements de violences, témoigne souvent de l'existence d'un état dépressif larvé dont la symptomatologie peut secondairement se compléter ;

- une dimension anxieuse est associée à bon nombre d'états dépressifs, cause possible de difficultés diagnostiques. (Besançon.G., 2005, p50).

4. Les causes de la dépression

Les causes (conscientes ou inconscientes) des états dépressifs n'ont pas de spécificité en ce sens qu'elles sont aussi bien susceptibles de favoriser des états névrotiques que des processus psychotiques. Outre les conflits et les chocs émotionnels, on retrouve aussi des stimuli excessifs (surmenage, nuisances professionnelles, névrose de guerre, névrose expérimentales...). Bien particuliers sont les états mélancoliques endogènes, dont l'alternance avec des processus d'excitation maniaque caractérise la psychose maniaco-dépressive, ou cyclothymie, affection à tendance héréditaire. Enfin les états dépressifs peuvent révéler ou accompagner une névrose de, une involution sénile ou un processus psychotique délirant qu'ils décompensent. Des facteurs endocriniens (post-partum ; ménopause), toxiques (hyperazotémie, barbituriques), infectieux (grippe), traumatiques crâniens (syndromes post commotionnels) ou postopératoires peuvent enfin être retrouvés derrière l'état dépressif. Par ailleurs, on commence à étudier le rôle que jouent, dans ces processus, certains facteurs génétiques ou biochimiques complexes (« états dépressifs concrets expérimentalement » de cahn). (Dormart.A., et coll., 1982, p 448).

5. Approche clinique

5.1. Le syndrome dépressif

Le syndrome dépressif comprend un ensemble de symptômes dont ... sont essentiels car ils suffisent à poser le diagnostic : l'humeur dépressive et la perte de l'élan vital. Les autres symptômes seront aussi d'une grande importance, notamment les signes somatiques, presque essentiellement présents dans les états dépressifs.

5.2. L'humeur dépressive

L'humeur dépressive n'est pas une simple tristesse. Le pessimisme imprègne l'ensemble de la vie mentale du déprimé. Il existe une véritable douleur morale, parfois suffisamment intense pour des idées de mort. L'humeur dépressive s'exprime généralement sur plan comportemental, notamment au niveau de la mimique. Le faciès est triste, figé, quelquefois déformé par la douleur (les sourcils dessinent l'« omégamélancolique »). L'ensemble de la gestualité corporelle exprime le découragement et l'abattement. L'humeur dépressive ne se maintient généralement pas en permanence lors d'un état dépressif. Il existe par moments des états d'émoussement affectif, voire d'indifférence, ou même, dans certains cas, d'anesthésie affective dont le patient a conscience. Ces états, lors desquels le déprimé est

plus ou moins incapable d'éprouver des émotions ou des intérêts, peuvent eux aussi être l'objet d'une plainte adressée au médecin.

5.3. La perte de l'élan vital

Elle comporte plusieurs dimensions :

Le ralentissement psychomoteur a pris depuis quelques années une importance diagnostique centrale au sein du syndrome dépressif. Sur le plan moteur, le ralentissement touche globalement l'ensemble de la mobilité corporelle et notamment la démarche, la mimique, le débit verbal. La voix est monotone ; le temps de latence des réponses lors d'un dialogue est allongé ; le discours, quantitativement pauvre, est émaillé de pauses fréquentes. Le ralentissement psychique se traduit par une altération des fonctions cognitives, plus particulièrement celles qui nécessitent un effort (les activités automatiques sont préservées). Par ailleurs comme dans l'anxiété, il s'emble exister lors de la dépression un traitement sélectif des informations au profit des données congruentes à l'humeur.

L'asthénie dépressive constitue également une gêne importante pour le malade. Contrairement à la simple fatigue, elle se caractérise par une prédominance matinale.

Enfin, la notion de la perte de l'élan vital renvoie à une approche phénoménologique de la dépression qui a permis de montrer comment le déprimé se révélait incapable de se projeter dans l'avenir et d'anticiper son futur.

6. Les approches explicatives de la dépression

6.1. L'approche biologique

La contribution de la biologie à la dépression est le rôle de deux neuraux transmetteurs, la sérotonine et la norépinephrine a également été établie. La réduction ou l'augmentation dans leur cerveau étant respectivement associées à l'apparition de l'épisode dépressif ou des épisodes maniaques. Les chercheurs ont entrepris de recourir aux techniques d'imagerie cérébrale afin de mieux comprendre les causes et les conséquences de ces troubles, ils ont notamment utilisé «³ l'IRMf » pour démontrer que le cerveau des individus souffrent d'un trouble bipolaire réagissait différemment suivant que la personne se trouvait en phase dépressive ou en phase maniaque. La contribution de la biologie à l'éthologie des troubles de l'humeur est également confirmée par la démonstration de certains facteurs génétiques font varier l'incidence de ces troubles.

6.2. L'approche comportementale

L'approche comportementale se focalise sur les effets des renforcements positifs et des punitions qu'une personne reçoit. Selon ce point de vue, les sentiments dépressifs découleraient d'une insuffisance des renforcements positifs et d'une accumulation de punitions à la suite d'une perte ou de tout autre changement majeur dans l'existence.

6.3. L'approche cognitive

Au cœur de l'approche des troubles dépressifs se trouvent deux théories distinctes. La première suggère que des constellations cognitives négatives, regroupant plusieurs schémas de perception du monde, conduiraient l'individu à considérer négativement les événements existentiels dont il se sent responsable. La seconde basée sur le modèle des styles explicatifs, met l'hypothèse que la dépression résulterait des convictions de n'exercer personnellement aucun contrôle ; si non très peu, sur les événements marquant de l'existence.

Beck est le premier chercheur dans le domaine de la dépression, qui élabore la théorie des « constellations ». Il affirme que les personnes déprimées possédaient trois types de cognitions négatives, ce qu'il appelle la triade cognitive de la dépression : vision négative d'eux-mêmes, vision négative des expériences présentes et vision négative de l'avenir. Ces personnes ont tendance à se percevoir d'une manière ou d'une autre comme déficientes ou incompetentes, à interpréter les expériences qu'elles vivent sous un jour sinistre et ces penser que l'avenir ne peut leur amener que d'avantage de souffrances et de difficultés. Cette structure de pensée négative assombrit tout leur vécu et produit les autres signes caractéristiques de la dépression. Un individu qui anticipe systématiquement une issue négative a peu de chance de se trouver motivé par quelque but et développe ce fait de paralysie de la volonté, symptôme saillant des troubles dépressifs. (Gerring.R., et coll, 2008, pp 411- 413).

7. La personnalité du déprimé

Le déprimé décrit un quotidien vide de toute sources de joie ou de plaisir. Il ressent une sorte d'apathie qui se traduit par une absence de motivation, un repli sur soi. Chacune de ses activités habituelles exige un effort considérable et devient de plus en plus pénible à exécuter. Sa vie est vécue sur le mode de l'échec et du désintérêt. Ses journées sont ternes, les relations avec son entourage difficiles car il est souvent d'humeur changeante. Mal à l'aise en public, sa sensibilité est exacerbée face à tout événement du quotidien, il passe quelquefois de la dépression à l'euphorie. C'est notamment le cas pour un certain type de dépression plus grave que l'on nomme maladie bipolaire ou psychose maniaco-dépressive. Des pensées

négligentes sont présentes et constituent un facteur d'aggravation et de prolongation du phénomène de la dépression. « *Je n'y arriverai pas, je suis bon à rien, je ne fais jamais rien de bien* » sont des croyances communes aux dépressifs. L'idée de suicide est parfois présente et doit être prise au sérieux par l'entourage. Les formes diverses de la maladie ont toutes en commun la persistance d'un état mélancolique. Le regard est perdu dans le vide, on n'a plus aucun désir, l'humeur empire de jour en jour, on se sent inadapté, même dans les situations les plus courantes.

8. Dépression et maladie somatique

Une maladie somatique, lorsqu'elle est douloureuse, chronique, invalidante, mutilante ou lorsqu'elle comporte un risque mortel, peut être la cause d'une dépression. Une personne sur deux atteinte par un cancer souffrirait de dépression ou de troubles anxieux, souvent observés également dans les maladies neurologiques (maladie de Parkinson, sclérose en plaques), les troubles hormonaux, en particulier thyroïdiens (une hypothyroïdie est retrouvée chez 10 à 15 % des déprimés hospitalisés) et surrénaux qui ont probablement un effet direct sur la régulation de l'humeur. Les infections chroniques, mononucléose infectieuse, tuberculose, SIDA, s'accompagnent de fatigues intenses difficiles à distinguer d'une dépression dont elles peuvent également s'accompagner. (Fondacci.C., 2009, p35).

9. Dépression et cancer

➤ Facteurs de risque chez les patients cancéreux

Afin de mieux repérer les troubles dépressifs au cours de la maladie cancéreuse, il est essentiel de connaître les facteurs prédisposant à une vulnérabilité dépressive. Ces facteurs de risque peuvent être liés au contexte psychosocial du malade, à la maladie cancéreuse elle-même ou à son traitement.

➤ Facteurs liés au contexte psychosocial du malade

Plusieurs études ont montré que les antécédents personnels ou familiaux de dépression constituent un important facteur de risque de dépression chez le patient cancéreux. Selon certains auteurs, les sujets présentant des traits de caractère particuliers, tels la tendance à s'isoler ou le pessimisme, seraient plus susceptibles de développer une dépression. De façon plus globale, la personnalité du sujet, ainsi que les épreuves qu'il a déjà traversées et le soutien extérieur qu'il pourra trouver, déterminent sa capacité à s'adapter à la nouvelle situation définie par la maladie et donc à développer ou non une dépression. Il est toutefois important de souligner le fait qu'aucun des facteurs psychologiques ou sociaux n'est prédicteur simple de l'adaptation psychologique des patients cancéreux.

➤ Facteurs liés à la maladie cancéreuse

Il semble que le type, la localisation, le stade évolutif et le délai depuis le diagnostic du cancer puissent avoir une incidence sur le risque de survenue d'un état dépressif. Les cancers du pancréas (classiquement précédés par un épisode dépressif), du sein, avec localisation cérébrale ou dans la sphère ORL sont plus souvent associés à la dépression. Les tumeurs carcinoïdes prédisposeraient à la survenue d'une symptomatologie dépressive, ainsi qu'un stade avancé de maladie. Enfin, tant l'intensité de la douleur que le faible niveau de contrôle de la douleur sont hautement corrélés à l'apparition de la dépression chez le patient cancéreux.

➤ Facteurs liés au traitement du cancer

Certains traitements utilisés en cancérologie tels les stéroïdes, l'interféron, l'interleukine 2, la méthyldopa, la réserpine et les barbituriques peuvent être associés à l'apparition de symptômes dépressifs. D'autres anticancéreux peuvent induire des modifications de l'humeur liées à des mécanismes organiques. Tel est le cas, par exemple, des corticostéroïdes et de l'interféron. D'autre part, il semble que les conditions de traitement ont un impact non négligeable sur la survenue d'une dépression. Ainsi, la prévalence des troubles dépressifs est près de deux fois supérieure chez les patients hospitalisés que chez les patients ambulatoires.

Il est à noter que certains troubles métaboliques peuvent également être associés à l'apparition de symptômes dépressifs.

Enfin, en ce qui concerne l'évolution de la pathologie dépressive chez le patient cancéreux, une récente étude a montré que le score obtenu sur une échelle d'anxiété et de dépression au moment du diagnostic de la maladie cancéreuse est prédictif de l'évolution de la dépression.

En résumé, les principaux facteurs de risque de dépression chez les patients cancéreux sont : antécédents familiaux et personnels de dépression, troubles de la personnalité, qualité de l'environnement, intensité de la douleur, stade de la maladie, métastases (Système Nerveux Central), maladie associée, syndrome paranéoplasique, caractère invasif des traitements anticancéreux (amputations, radiothérapie, chimiothérapie) et certains traitements anticancéreux. (Varache-Lembège.M., 2006, pp 132,133).

10. La prise en charge de la dépression

10.1. La prise en charge médicamenteuse de la dépression

Le traitement habituel comporte des médicaments antidépresseurs qui peuvent être associés à une évaluation et à un soutien psychiatriques tel qu'une thérapie cognitivo-comportementale et la participation à des groupes d'auto-assistance. Les médicaments antidépresseurs disponibles aujourd'hui ont un éventail de mécanismes d'action au niveau du cerveau qui implique essentiellement l'action de substances appelées «neurotransmetteurs»: la sérotonine (S) et la noradrénaline (NA). La gamme de médicaments disponibles comprend:

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- Les inhibiteurs doubles de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline (ISRNA)
- Les inhibiteurs de la monoamino-oxydase (IMAO)

De plus, de nombreuses personnes atteintes de dépression sont encore traitées par d'anciennes molécules comme les tricycliques ou les sels de lithium. Au moment de leur découverte, il y a 50 ans, les tricycliques représentaient une avancée majeure. Ils restent efficaces pour traiter les symptômes de la dépression. Malheureusement, ils présentent tous un large éventail d'effets indésirables allant de la sécheresse de la bouche, aux vertiges, en passant par la constipation, une transpiration excessive et la somnolence. Ces effets peuvent rebuter des malades déjà peu motivés par un traitement.

De plus, leur action est lente et trois semaines ou plus peuvent s'écouler avant qu'ils soient efficaces: 70% environ des sujets déprimés répondent à leur action.

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont des médicaments mieux tolérés. Ils ont un profil de tolérance plus favorable que celui des tricycliques et, de ce fait, les malades sont plus enclins à poursuivre leur traitement. Cependant, les ISRS ne sont pas non plus dépourvus d'effets indésirables (essentiellement nausées, maux de tête, tremblements) qui peuvent être suffisamment sévères pour que certains patients arrêtent également de les prendre.

Le principal mécanisme d'action double des IRSN (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline), consiste à inhiber, la recapture la sérotonine et de la noradrénaline, sans affecter la recapture de la dopamine ni agir sur les récepteurs post-

synaptiques. On pense que ce ciblage aussi précis est la clé de l'efficacité clinique et de la tolérance de ces antidépresseurs. D'autres apports récents à la gamme des nouveaux antidépresseurs sont représentés par les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la noradrénaline (ISRNA). (Geursen.R., 2008, p2).

10.2. La prise en charge non médicamenteuse

• Les psychothérapies cognitivo-comportementales

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est un traitement de durée brève, de quelques mois, qui vise à changer les pensées ou les attitudes jugées dysfonctionnelles. Celles qui accompagnent la dépression sont en effet jugées responsables des épisodes dépressifs et l'une des hypothèses cognitivistes est que le sujet les autoentretient sans en avoir conscience. La perte d'un contact satisfaisant avec le monde résulterait d'une distorsion des schémas de pensée. La psychothérapie a pour objectif l'identification de ces distorsions et la proposition de nouveaux schémas mis en pratique au moyen d'exercices. La TCC est traditionnellement intensive, brève, à raison d'une vingtaine de séances hebdomadaires, éventuellement suivies de séances de rappel mensuelles. Pour les dépressions, ce cadre s'assouplit et peut même se poursuivre plusieurs années jusqu'à ce que la personne n'en ressente plus le besoin.

L'hypothèse de base est qu'une grande partie des pensées et des conduites résultent de l'apprentissage d'idées fausses qui constituent de véritables erreurs de jugement ; l'exemple souvent cité est celui du test de la bouteille à moitié remplie que certains verront à moitié vide, d'autres à moitié pleine. En situation d'évaluation, le déprimé retiendrait les options qui conduisent plutôt à un échec, à une insatisfaction ou à une dévalorisation.

Reconnaître les cognitions inadaptées et chercher quelle autre interprétation donner aux événements permettent de modifier les schémas négatifs. Le psychothérapeute a pour objectif de guider le patient vers l'identification des conceptions irrationnelles qui faussent sa perception de la réalité, repérer les « schémas cognitifs dépressiogènes », les « croyances » (répertoriées et codifiées) autour desquelles s'organisent les personnalités pathologiques.

Le désir du sujet, sa « motivation » sont considérés comme nécessaires à l'obtention de bons résultats, mais les TCC n'en font pas, comme en psychanalyse, le moteur même de la psychothérapie.

L'accent est mis sur l'importance d'être actif, de contrôler ses actes et ses pensées ; un contrat explicite sur la stratégie de la cure est établi au début de celle-ci.

L'histoire du symptôme est un objet d'attention ; ses modalités d'apparition, les conduites qui le renforcent ou le diminuent sont examinées ainsi que les émotions, les sensations et les pensées qui l'accompagnent.

Des comportements cibles sont clairement désignés qui sont censés être quantifiables et sur lesquels l'attention doit se porter. Après quelques semaines, le sujet les quantifie « objectivement » grâce à des questionnaires et à des échelles d'évaluation. La psychothérapie comprend une composante psychopédagogique qui consiste à enseigner comment maîtriser les actions avec l'environnement, l'entourage familial et social. La passivité est considérée comme la conséquence d'une impuissance. L'inhibition, la difficulté de communication et le défaut d'efficacité sociale sont soumis à de nouveaux apprentissages. La technique vise à renforcer les attitudes d'affirmation de soi (défendre son point de vue, faire valoir ses droits) et réapprendre à « mieux » penser ou à « mieux » communiquer. (Fondacci.C., 2009, pp94-96).

III. Les liens entre l'anxiété et la dépression

1. Description et définition des états anxieux et dépressifs

D'un point de vue clinique, l'anxiété peut être associée à des symptômes dépressifs. En effet, le clinicien retrouve souvent dans sa pratique la coexistence de symptômes anxieux et dépressifs sans que les uns et les autres ne soient totalement présents pour parler de troubles anxieux et dépressifs. Ainsi nous préférons nous rapprocher d'une définition de la dépression au sens d'« état dépressif », considérée comme un état émotionnel généralement transitoire, formé de quatre composantes que sont l'humeur dépressive, le ralentissement psychomoteur et le pessimisme en l'avenir (Pedinielli et coll., 2002).

2. Liens entre anxiété et dépression

Depuis quelques années, la question des rapports entre anxiété et dépression ne cesse d'être posée :

- cliniquement, certain degré d'anxiété est habituellement présent lors d'un état dépressif ;
- sur le plan évolutif, les troubles anxieux évoluent souvent après plusieurs années vers la dépression ;

- du point de vue thérapeutique, certains troubles anxieux (tels que les troubles paniques) sont plus sensibles aux médicaments antidépresseurs qu'aux anxiolytiques ;
- au niveau biologique, des dysfonctionnements paraissent communs aux deux troubles, concernant le métabolisme de la sérotonine mais peut-être aussi celui d'autres substances qui restent à identifier et dont le rôle pourrait se révéler encore plus central ;
- dans une perspective phénoménologique, l'anxieux craint l'avenir comme le déprimé regrette le passé.

Tous ces éléments ont conduit à faire l'hypothèse d'un continuum possible entre anxiété et dépression. Celle-ci reste cependant encore largement à confirmer par des études appropriées. La tendance actuelle à modéliser les rapports entre les différentes pathologies psychiatriques ne paraît pas pouvoir se concrétiser dans l'immédiat par des changements fondamentaux dans la manière de penser la psychopathologie. Peut-être reflète-t-elle au contraire notre besoin de nous repérer face à une complexité qui nous étonne toujours davantage. (Besançon.G., 2005, pp 58,59).

3. L'Anxiété et la dépression et la maladie du cancer

Le cancer, comme toute autre maladie chronique, a un retentissement aussi bien physique, psychique, sexuel, familial et social que professionnel.

Sur le plan psychologique, ce sont l'anxiété et la dépression qui prédominent : anxiété de l'avenir avec une rechute toujours possible, dépression consécutive au poids de la maladie, à la détérioration de l'image de soi. Face à cette épreuve, chacun réagit selon sa personnalité, sa force psychologique, sa volonté de combattre la maladie et de reprendre une vie normale, mais aussi selon le soutien apporté par la famille et les amis. Les patientes traitées pour un cancer du sein sont particulièrement exposées à la survenue d'une détresse psychologique, voire même d'une pathologie psychiatrique. Il faut donc savoir leur accorder du temps pour exprimer leur ressenti de la maladie. Une échelle de dépistage peut être utilisée, comme l'HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), il s'agit d'un autoquestionnaire comprenant 14 items, centrés sur la dépression et l'anxiété.

Des formations en psycho-oncologie existent pour aider les médecins à mieux évaluer et à gérer ces difficultés. Parfois, l'état psychologique du patient peut justifier un soutien spécifique (par un psychologue ou un psychiatre) qu'il faudra savoir lui proposer. Après la période de traitement, les soignants ont donc un rôle de réconfort essentiel tout au long des

consultations de suivi. Le patient est très demandeur de ces rendez-vous réguliers, pour ne pas se sentir abandonné, pour s'entendre dire que son examen clinique est satisfaisant, que les examens biologiques ou radiologiques sont normaux. Ce besoin capital d'être écouté et rassuré est naturellement compréhensible. (Morin.C., 2004, pp22-24).

Conclusion

En conclusion, l'anxiété et la dépression sont des problèmes de santé mentale qui peuvent toucher toute personne, qu'elle que soit son sexe et son âge. C'est des affections très fréquentes dans notre société. Elles sont habituellement compréhensible liée aux évènements et à la situation conflictuelle.

Il est difficile de séparer anxiété et dépression, liées par leur relation commune avec le processus de l'ontogénèse. D'autant que si l'anxiété est préexistante, elle accompagne presque inévitablement la dépression puisqu'il est normal que la pensée anticipe les difficultés ou les impossibilités rencontrées sur le chemin de la guérison.

Préambule

La méthodologie est une étape sacrée pour chaque recherche ; c'est le fil conducteur qui nous guide tout au long de notre étude. Ce chapitre sera consacré à la description des différents procédés utilisés dans l'élaboration de notre travail. Suivant pour cela une démarche scientifique bien connue.

Nous avons effectué un stage pratique au sein de l'Hôpital BENMERAD EL MAKI Amizour de Bejaia au service d'oncologie, durant la période allant du 09/01/2013 au 08/04/2013.

Notre travail de recherche dont le thème s'intitule « anxiété et dépression chez les patients atteints du cancer de côlon », Nous allons essayer de donner une description objective du vécu Psychologique de ces personnes.

Afin de cerner notre thème de recherche, nous avons opté pour une démarche descriptive et un usage complémentaire d'un entretien semi directif et l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

I. La démarche de la recherche

Toute élaboration d'un travail nécessite un ensemble de démarche pour une bonne organisation et une meilleure conduite d'une étude clinique. La méthode est la manière de faire une chose suivant certains principes, certaines règles et selon un certains ordre pour parvenir à un but.

1. la pré-enquête

La pré-enquête est une phase primordiale, d'investigations préliminaires, de renaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une phase problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentés et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, une meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. (Aktouf.O, 1987, p102).

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

On a effectué notre pré-enquête au niveau du service d'oncologie qui se trouve à l'Hôpital d'Amizour de Béjaia durant une période de 3 mois, on s'est approché des cancéreux pour avoir plus de renseignements et d'informations sur leurs vécus psychologiques. On a demandé le consentement de ses malades pour participer à cette recherche, afin de cerner leurs fonctionnements psychiques.

Afin d'aboutir aux objectifs tracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, on a opté pour la méthode descriptive.

2. La méthode descriptive

L'un des buts les plus précis de la science est de réussir à décrire la réalité. Il s'agit de produire un compte rendu, le plus fidèle possible des caractéristiques de l'objet ou du phénomène étudié. (Angers.M., 1997, p9).

Pour Merleau-Ponty « la nouveauté de cette méthode consiste en ce qu'elle établit que le savoir effectif n'est pas seulement le savoir mesurable, mais aussi la description qualitative. Ce savoir qualitatif n'est pas subjectif, il est intersubjectif : il décrit ce qui est observable pour tous » (Barbaras.R., 2008, p77).

La méthode qualitative privilégie les instruments de collecte (techniques et méthodes) adaptés à ses visées propres (exploratoire, descriptive, confirmatoire compréhensive), les données qualitatives sont les données d'expérience, les représentations, les définitions de la situation, les opinions, les paroles, les sens de l'action et des phénomènes ».

La méthode qualitative qui vise d'abord à comprendre le phénomène à l'étude, il s'agit d'établir le sens de propos recueillis ou de comportements observés. On se base davantage sur l'étude de cas ou de petits nombres d'individus. (Angers. M., 1997, p63).

➤L'étude de cas

L'étude de cas est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes » (Huber, 1993). Il s'agit pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce, indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relations entre les faits, les événements passés et présents, etc.

L'étude de cas enrichit la connaissance en sciences humaines dans la mesure où elle favorise les productions des représentations subjectives en situation et en relation, ce que des mesures

objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste. Rappelons pour cela que subjectivité ne signifie pas absence de rigueur.

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme S. Freud ou P. Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire les maladies et leur évolution. (Chahraoui.KH., et coll., 2003, pp11, 12-125, 126).

II. présentation de lieu de la recherche

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

➤Description du service d'oncologie

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

• Le cadre physique :

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

- Une salle de soins.

• Le cadre humain :

Le personnel exerçant dans la structure :

- Deux oncologues.
- Deux médecins généralistes.
- Un surveillant médical.
- Cinq infirmiers préparateurs.

- Un secrétaire médical.

• **L'activité hebdomadaire :**

- Trois journées de chimiothérapie.

- Deux journées de consultation (prise en charge de nouveaux malades, contrôle, administration de biphosphonate, transfusions et traitements antalgiques).

- L'approvisionnement des produits cytotoxiques se fait le jour même de la préparation.

III. Présentation de la population d'étude

1. Les critères de sélection de la population d'étude

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

- Tous les cas qui sont en phase de chimiothérapie.

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

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

- L'âge de l'atteinte pour la première fois de cette maladie n'était pas pris en considération lors du choix de notre population d'étude.

2. Tableau récapitulatif des cas étudiés

Tableau N°1 :

Critère Cas	Sexe	Age	Niveau D'instruction	profession	Situation matrimoniale	avec ou sans stomie
Salah	Masculin	77ans	Certificat d'étude	Cadre supérieur des finances	Marié	Avec une stomie
Hocine	Masculin	76ans	Non instruit	Manœuvre	Marié	Sans une stomie
Khalil	Masculin	61ans	Non instruit	Gardien	Marié	Sans une stomie

Salim	Masculin	38ans	Ingénieur en informatique	Cadre en informatique chargé du réseau informatique	Marié	Avec une stomie
Nabil	Masculin	20ans	Elève	Sans profession	Célibataire	Avec une stomie
Meriem	Féminin	49ans	6 ^{ème} année	Sans profession	Mariée	Sans une stomie
Radia	Féminin	37ans	6 ^{ème} année	Sans profession	Mariée	Avec une stomie
Sofia	Féminin	26ans	Licence en science économie	Gestion de l'économie	Mariée	Sans une stomie

IV. Les techniques de recherche

1. L'entretien clinique de recherche

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de discipline dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. (Chahraoui.KH., Bénony.H., 2003, p 141).

Comme dans l'entretien clinique à visée diagnostic ou thérapeutique, on trouve dans l'entretien de recherche les mêmes distinctions techniques : l'entretien non directif, l'entretien directif et l'entretien semi-directif, ce dernier qui constitue notre choix pour effectuer notre recherche.

1.1. L'entretien semi-directif

Le type de l'entretien qu'on a choisi comme dispositif de recueil des données est l'entretien semi directif, il aborde assez librement une série de thème à partir d'une consigne large, permet de rendre compte de la dynamique des processus psychique ; le sujet pouvant organiser la dynamique de son discours comme il l'entend, tout en permettant une forme de standardisation. (Cyssau.C, 2003, p102).

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

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., Bénony.H., 1999, p 62).

2. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est défini comme un « ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écouter et d'intervention de l'interviewer ». Le guide d'entretien est établi sous la forme de thèmes et d'indicateurs qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien, en fonction de la dynamique interlocutoire. (Ferlandez.L, 2001, p77).

2.1. Présentation du guide d'entretien semi-directif

Les informations personnelles

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

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

- Quel est votre maladie ?
- Avez-vous découvert votre maladie à temps ?
- Quel est votre traitement actuel ? Et comment évolue votre maladie ?
- A quel âge votre maladie s'est déclarée ?
- Qu'est ce qui est le plus difficile pour vous dans cette maladie ?

- Quelle était votre réaction lors de l'annonce de la maladie ?
- Selon vous, quelles sont les raisons qui ont provoqué votre état actuel ?
- Quelles sont les complications et maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
- Combien de fois vous étiez hospitalisé à cause de cette maladie ?
- Comment vous vous sentez physiquement après la chimiothérapie ?
- Avez-vous quelqu'un de votre famille atteint de cette maladie ?

Axe N°2 : Informations sur l'état de santé antérieur

- Avez-vous souffert d'une maladie dans votre enfance ?
- Avez-vous d'autres maladies avant que vous soyez malade de cette maladie ?
- Avez-vous été hospitalisé à cause d'une autre maladie ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale avant ?
- Vous avez pris combien de temps pour vous habituer ?

Axe N°3 : Informations concernant la qualité de vie

- Quelle était la réaction de votre entourage vis-à-vis de la maladie ?
- Avez-vous trouvé un soutien de l'entourage ?
- Comment sont vos relations sociales ? et dans le milieu professionnel ?
- Est-ce que vous vous sentez différent des autres ?
- Avez-vous des activités et passions que vous exercez ?
- Quelle est votre vision du futur et que pensez-vous de l'avenir ?

Axe N°4 : Anxiété

- Comment vous vivez votre maladie ?
- Comment vous vous percevez avec la maladie ?

- Est-ce que vous êtes inquiet ou vous avez une sensation de peur par rapport à la présence de la maladie ?
- Comment vous vous sentez en ce moment ?
- Est-ce que vous êtes nerveux ? Si c'est oui par rapport à quoi ?
- Qu'est-ce qui vous inquiète plus en ce moment ?
- Est-ce que vous avez confiance en vous ?
- Avez-vous peur ? Vous sentez-vous anxieux ?
- Prenez-vous un traitement anxiolytique prescrit par votre médecin ? Si oui, lequel ?
- Est-ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirable vis-à-vis de votre conjoint ?

Axe N°5 : Dépression

- Quelle est votre réaction face au diagnostic ?
- Quelle est la réaction de votre famille ?
- Quels sont les changements après avoir eu cette maladie ?
- Quelles sont vos sentiments quand vous pensez à votre situation actuelle ?
- Est-ce que ça vous arrive-t-il de penser à tout laisser tomber et même arrêter le traitement ?
- Prenez-vous plaisir aux mêmes choses qu'autrefois ?
- Avez-vous des impressions de fatigue ?
- Avez-vous tendance à vous isoler ?
- Ça vous arrive de pleurer ?
- Depuis la maladie, avez-vous perdu l'intérêt aux activités que vous faisiez habituellement et dont vous prouvez du plaisir avant ?
- Avez-vous des crises de nerfs ?

- Est ce que vous manquez d'appétit ?
- Est-ce que vous pensez que ça vous arrive parce que vous n'avez pas de chance dans votre vie ?

2.2. L'analyse de l'entretien

Axe I La santé physique

- Les informations sur l'état de santé antérieure (l'enfance et adolescence) et actuelle.
- La relation entre les évènements traumatique et quelques maladies (complication).
- Les complications.

Axe II Qualité de vie

- La qualité de vie relationnelle et professionnelle.
- Les évènements importants dans la vie du patient.
- La vie sexuelle du patient.

Axe III L'anxiété

Axe IV La dépression

3. L'échelle de HADS (Hospital Anxiety and Depression scale)

3.1. Définition de l'échelle de HADS

Etabli par Zigmond A.S. et Snaith R.P, en 1983. Cet outil cherche à identifier une symptomatologie anxio-dépressive et à en évaluer la sévérité. Il ne cherche pas à distinguer les différents types de dépression ou état anxieux. Cette échelle à été construite en excluant tout item concernant les aspects somatiques, aspects qui pourrait être confondus entre la maladie physique et mentale.

3.2. Objectif

Evaluation de la symptomatologie dépressive et anxieuse, en écartant les symptômes somatiques susceptibles d'en fausser l'évaluation chez des patients vue en médecine (et présentant fréquemment des problèmes organiques).

3.3. Structuration de l'outil

Auto-questionnaire à compléter en fonction de son état au cours de la semaine écoutée les items sont répartis en deux sous-échelles :

- 7 items pour évaluer la dépression
- 7 items pour évaluer l'anxiété

3.4. Modalités de réponse et cotation

Pour chaque item il existe quatre modalités de réponses codées de 0 à 3.

Les items de dépression (n°1,3,5,7,9,11,13) et d'anxiété (n°2,4,6,8,10,12,14) sont alternés de plus, une alternance dans l'ordre des cotations (de 0 à 3 ou de 3 à 0) a été réalisée pour éviter le biais lié à leur répétition (items inversés).

Un score global est calculé en faisant la somme des réponses aux 14 items (varie de 0 à 42), ainsi que deux sous- échelles (varient de 0 à 21).

Plus les scores sont élevés, plus la symptomatologie est sévère.

Selon Zigmond et Sniath [1983], les seuils pour les deux sous-scores permettant d'identifier les cas présentant les symptômes dépressifs ou anxieux, sont les suivants :

- De 0 à 7 : absence de troubles anxieux et de troubles dépressifs
- De 8 à 10 : troubles anxieux ou dépressifs suspectés.
- De 11 à 21 : troubles anxieux ou dépressifs avérés.

Selon Ibboston et al [1994], les seuils pour le score global sont :

- De 0 à 14 : pas de troubles anxio-dépressifs
- De 15 à 42 : existence de troubles anxio-dépressifs

3.5. Temps de passation

Rapide (2 à 6 minutes selon les études) et facile d'utilisation.

V. 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'études antérieures.
- difficultés de faire un entretien dans de bonnes conditions à cause des effets du traitement de chimiothérapie (fatigue, nausée, vomissement, etc.).
- difficultés de garder la population choisie à cause de l'orientation vers d'autre centre d'oncologie par manque de médicament.
- difficultés du patient à se concentrer à cause des chambres collectives.

Conclusion

Dans ce chapitre intitulé " Méthodologie ", on a tenté d'exposer les étapes suivies dans notre recherche tel que : la méthode utilisée, le cadre de la recherche, la population d'étude, les outils et les étapes de la recherche, ainsi que l'analyse des outils utilisés. Il s'agit d'une démarche ordonnée afin d'organiser notre travail, en s'appuyant sur les règles méthodologiques pour répondre à l'objectif de notre recherche et obtenir des résultats qu'on peut analyser et interpréter dans le but de vérifier nos hypothèses émises au début de la recherche.

Préambule

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche, comportant l'analyse des entretiens et l'analyse des résultats de l'échelle de HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) pour l'évaluation de l'anxiété et de la dépression, et en termine par une discussion sur les résultats obtenus chez nos huit cas.

I. Présentation et analyse des résultats

❖ Cas de Salah

1. L'analyse de l'entretien clinique

Informations personnelles

Salah est un homme, âgé de 77 ans, père de 9 enfants, 5 garçons et 4 filles, il est le 3^{ème} d'une fratrie de 5 enfants. Grand père de 21 petit enfants. Il était un autodidacte et il a fini par décrocher un certificat d'étude en 1950. Il a fait la révolution algérienne. Salah occupait un poste de cadre supérieur dans les finances, maintenant il est retraité depuis l'année 1996.

Suite à la maladie, Le patient porte une poche à vie. Il est chauve avec des yeux marron, la peau blanche, grand de taille.

Durant l'entretien, Salah s'est montré spontané et coopératif, il a un esprit scientifique.

I. La santé physique

1. Les informations sur l'état de santé antérieure (l'enfance et l'adolescence) et actuelle

Salah était un homme fort et en bonne santé jusqu'à l'année 1992 où il tombe malade de la prostate qu'il a héritée de son père. Salah rencontre un autre problème médical chronique, qui est l'hypertension artérielle.

Début 2010, il souffre d'une crise de douleur au niveau du ventre qu'il décrit comme un blocage il ne peut plus se soulager, et suite a des douleurs aiguës du côlon, le patient fait

des examens médicaux et découvre qu'il est atteint d'un cancer de côlon qu'il faut opérer en urgence.

Salah a été opéré en urgence, son opération a duré 10 heures et depuis son réveil de l'anesthésie le patient était soulagé des douleurs. Mais juste après le médecin lui demande de passer au sanitaire pour voir s'il peut sortir les selles par l'anus. Salah est toujours bloqué. Il passe une deuxième fois au bloc opératoire pour le réopérer. L'opération a duré 6 heures. En 48 heures deux opérations au même endroit. Et il apprend qu'il va porter une poche à vie.

2. La relation entre les événements traumatisants et quelques maladies (complications)

Au cours de l'entretien, Salah nous a avoué qu'il a vécu la colonisation à laquelle il a beaucoup souffert, traumatisé et terrorisé pendant cette période. Un autre traumatisme qui l'a beaucoup touché est celui de la mort de son père qui est son bras droit. La perte du père a chamboulé sa vie. Par la suite la mort de sa mère. Il raconte qu'il était très proche de ses parents. Suite à ces drames, Salah fait un pic d'hypertension artérielle.

3. Les complications de la maladie

Parmi les complications qui influencent négativement sur Salah, on trouve la poche qu'il doit porter à vie et qui l'empêche de sortir comme avant. Il cite aussi les taches au foie qui sont dues au protocole de chimiothérapie. Il ajoute encore qu'il est en chimiothérapie depuis 2010, et ça le rend fatigué et aussi l'impossibilité de toucher l'eau froide qui provoque en lui des masses électriques. C'est difficile et fatiguant en même temps.

II. Qualité de vie

1. La qualité de vie relationnelle et professionnelle

D'après l'entretien, on a compris que la vie relationnelle du sujet a complètement changé depuis son atteinte de cancer de côlon et la poche. Le sujet est devenu réservé ; il sort moins et trouve de grandes difficultés à sortir il dit que « j'ai peur de sentir mauvais »¹. Il préfère rester chez lui.

1- tagadagh a yasrihen foughagh.

Salah passe presque tous le temps à la maison avec sa famille ; ses fils et petits fils bien sur sans oublier sa femme qui est toujours présente et disponible pour subvenir a ses besoins.

Pendant l'entretien, on lui a posé une question sur l'avenir, Salah avait les larmes aux yeux, il dit que « je veux être soulagé et être autonome pour retrouver ma vie d'avant et de faire du jardinage que j'aime, qui est ma passion »¹.

2. Les événements importants dans la vie du patient

L'événement qui a marqué plus la vie du patient est le décès de ses parents, Salah n'arrive toujours pas ay croire. Il avoue que ce choc restera toujours dans ses pensées.

D'autre part, le patient nous parle de ses petits enfants, ils sont un bonheur pour lui.

3. La vie sexuelle du patient

Durant ses trois dernières années Salah n'a plus la force de pratiquer un rapport sexuel avec sa femme. Mais il ajoute que sa vie sexuelle a changé bien avant le cancer de côlon, c'est a partir de son atteinte de la prostate.

III/ L'anxiété

Au cours de l'entretien, Salah se voit toujours comme étant malade, inquiet à propos l'avenir de sa santé ; la récurrence et son autonomie, il a peur de perdre son autonomie, il dit « j'ai vraiment peur qu'il arrive un jour où je ne peux plus aller au sanitaire »².

Le patient a accepté sa maladie dès le début, pour cela il est observant sur sa santé et son bien-être. Mais il ajoute qu'il stresse trop, s'énerve beaucoup aussi, la poche, la maladie n'est toujours pas stabilisée, la chimiothérapie, tous ses facteurs augmentent son anxiété, et lui font perdre le contrôle de ses nerfs et il finit par s'isoler dans sa chambre.

Salah est conscient des effets de la chimiothérapie sur son psychisme et la souffrance de sa famille. Il fait de son mieux pour terminer ses soins pour sortir du danger.

IV/ La dépression

1- abghigh a desoulagigh et adiligh zemragh ilamriw bach adeklegh amzik wahi adkhadmegh tebhirith ithibigh.
2- tagadegh vraiment adeklagh nhar anda ouzmiragh ara adrouhagh arbit elma.

La première réaction du patient face au diagnostic était difficile à entendre, par la suite il lui a fallu poursuivre un traitement de chimiothérapie de 6 mois mais maintenant cela fait presque 4ans, plus de 60 séances de chimiothérapie. Salah est fatigué et même découragé quand il pense à sa maladie. Sa vie a complètement changée depuis sa première chirurgie, il ne peut rien faire, la seule chose qui n'a pas changé en lui c'est bien le journal qui ne quitte pas.

Quand on lui a posé la question : quelles sont vos sentiments lorsque vous penser à votre situation actuelle, Salah a répondu qu'il ne mérite pas d'être atteint du cancer et de porter la poche dont il n'a jamais entendu parler jusqu'à son atteinte.

Salah est tout le temps fatigué, souffre d'insomnie, ça lui arrive de pleurer mais pas devant sa famille, il n'a ni le plaisir, ni la capacité de faire certaines choses, son appétit à diminué. Ça lui arrive de penser qu'il n'a pas de chance dans sa vie puisqu'il est atteint de cancer.

Le patient avait un discours cohérent, organisé et riche en informations personnelles.

2. présentation et analyse de l'échelle de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Présentation des résultats

1. Anxiété

Salah a une anxiété suspectée.

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendu ou énervé », qui couvre les propositions suivantes : jamais, de temps en temps, souvent et la plupart du temps. Le patient a répondu qu'il est énervé de temps en temps.

Pour le 2^{ème} deuxième item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout, un peu mais cela ne m'inquiète pas, oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. Le patient a répondu qu'il éprouve des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible va lui arriver mais ce n'est pas trop grave.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Pour le 3^{ème} item « je me fais du souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement, occasionnellement, assez souvent et très souvent. Le patient a répondu qu'il fait se du souci sur sa maladie assez souvent.

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive, oui, en général, rarement et jamais. Le patient a répondu que ça lui arrive généralement de rester tranquillement à ne rien faire.

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, assez souvent et très souvent que le patient a répondu ça lui arrive parfois d'avoir des sensations de peur et l'estomac noué.

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », pas du tout, pas tellement, un peu et oui, c'est tout a fait le cas. Le patient a répondu que ça lui arrive un peu, il arrive difficilement a trouver une place.

Est le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais, pas très souvent, assez souvent et vraiment très souvent. Le patient a répondu qu'il a des sensations soudaines de panique mais pas très souvent.

2. Dépression

Salah a une dépression avérée.

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autre fois », qui comprend : oui, tout autant, pas autant, un peu seulement et presque plus. Le patient a répondu un peu seulement.

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé, plus autant qu'avant, vraiment moins qu'avant et plus du tout. Le patient a répondu plus autant qu'avant.

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps, assez souvent, rarement et jamais. Le patient a répondu qu'il est rarement en bonne humeur.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, très souvent et presque toujours. Le patient a répondu qu'il est ralenti, très souvent.

Pour le 5^{ème} item « je me m'intéresse plus a mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé, il se peut que je n'y fasse plus autant attention, je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. Le patient a répondu qu'il s'intéresse plus du tout à son apparence.

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant, un peu moins qu'avant, biens moins qu'avant et presque jamais. Le patient a répondu un peu moins qu'avant d'être réjouis de faire certaines choses.

Est le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent, parfois, rarement et très rarement. Le patient a répondu qu'il prend plaisir parfois à lire un journal. Il dit qu'avant d'être malade il aimait bien voire des films mais maintenant ça ne l'intéresse plus.

L'analyse des résultats

D'après la cotation des items de l'échelle, Salah a eu un score de 10 correspond à une anxiété suspectée et un score de 12 correspond à une dépression avérée comme est indiqué dans le manuel de HADS.

Salah souffre d'une anxiété suspectée. Il présente une nervosité sur des choses banales qu'il décrit comme un grand changement dans son comportement, il a des sensations de peurs et il se fait des soucis sur son autonomie et sa maladie, surtout sur son devenir.

Il souffre d'une dépression avérée, qu'il a perdu le plaisir qu'il est incapable de faire les choses qu'il faisait avant d'être malade, il ajoute aussi qu'il s'intéresse plus à son apparence surtout après sa disposition au protocole de la chimiothérapie. Cet état psychologique s'est développé à cause de sa maladie.

Résumé du cas

L'analyse de l'entretien et de l'échelle de HADS, nous ont révélé que Salah souffre d'une anxiété suspectée dont le score est de 10 points, et d'une dépression avérée de 12

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

points. Ce qui nous permet de constater que Salah manifeste une souffrance psychologique ; sa vie a complètement changé et bouleversée. Depuis la découverte de sa maladie, il présente un dégoût et une tristesse.

❖ Cas de Hocine

1. L'analyse de l'entretien clinique

Présentation du cas

Hocine, retraité, âgé de 76 ans, marié depuis 50 ans avec une femme de sa région, père de 4 enfants dont 3 filles et 1 garçon. Il n'a jamais été à l'école. Il a travaillé comme ouvrier dans une entreprise de construction de bâtiments en France. Hocine est un chauve, brun aux yeux marron, grand de taille, timide et réservé.

I. La santé physique

1. Les informations sur l'état de santé antérieure (l'enfance et l'adolescence) et actuelle

Durant son enfance, Hocine était en parfaite santé, il n'avait aucune maladie. C'est à l'âge de 74 ans qu'il a souffert de douleurs insupportables au niveau du ventre.

En 2012, il a découvert qu'il est atteint d'un début d'un cancer du côlon, il est sous chimiothérapie depuis 5 mois. Selon le malade, il ya absence du facteur héréditaire, il est le seul membre de la famille qui est atteint d'un cancer.

2. La relation entre les événements traumatisants et quelques maladies (complications)

Durant l'entretien, le patient ne souligne pas d'évènements traumatisants auxquels il lui a fallu faire face, mais grâce à notre intervention on a pu comprendre que sa maladie, et surtout la chimiothérapie, le rendait bleu. Cela le mettait dans un état de gêne au point de ne pas pouvoir se regarder dans un miroir, ce qui engendre chez lui un sentiment d'infériorité et qui le pousse à s'isoler. Après cinq 5 jours de la chimiothérapie, le patient manifeste une fatigue, un manque d'appétit et un sentiment d'angoisse.

3. Les complications de la maladie

Hocine décrit un amaigrissement important qui lui inspire un sentiment de répulsion. Il dit : « j'étais gros je pesais plus de 100kg mais maintenant j'en suis à 60kg ». La chimiothérapie lui coupe l'appétit, le fatigue et ses yeux deviennent très sensibles. Ses mains

1- Iligh agigh taznagh aktar 100kg mais toura aklegh 60kg.

et ses pieds sont gonflés et il devient incapable de les bouger librement depuis sa première chimiothérapie. Le patient insiste sur le point que la maladie l'a rendu différent des autres, il a beaucoup changé il n'est plus comme avant.

II. Qualité de vie

1. La qualité de vie relationnelle et professionnelle

Hocine est une personne de nature réservée, depuis son atteinte du cancer du côlon il sort moins, il trouve des difficultés à communiquer avec les autres personnes, il dit qu'il ne fait pas confiance aux étrangers. Même à l'hôpital il ne parle presque pas avec d'autres patients.

Concernant sa vie de famille, Hocine souligne la présence de sa femme, il nous déclare : « après ma maladie, ma femme est devenue beaucoup plus proche de moi »¹. Il est reconnaissant envers ses enfants et surtout son cousin qui l'a aidé à se déplacer en France pour l'ablation de son côlon.

Hocine est pessimiste quant à son avenir. « Je ne vais pas reprendre ma santé d'avant ni devenir normal comme avant » dit-il.²

2. Les événements importants dans la vie du patient

Parmi les événements les plus importants de sa vie, le mariage de son fils unique. Le patient nous a raconté qu'il a beaucoup souffert dès son jeune âge puisqu'il travaillait en France, vivait loin de sa famille. Enfin, son plus beau souvenir est la naissance de son premier petit fils.

3. Vie sexuelle du patient

Depuis ses premières douleurs, Hocine souffrait d'une anémie et sa santé s'affaiblissait. Il souffrait d'une impuissance sexuelle qui se traduit par une incapacité de pratiquer l'acte sexuel avec sa conjointe.

1- baad mi helkagh, tametoutiw takel proche mlih ghouri.

2- otakaled ara sahaw a mokbel, ni adakler normal akam zik.

III/ L'anxiété

Au début de la première séance de l'entretien, le patient était timide et stressé à notre égard ; il évitait notre regard. Mais il est arrivé à nous avouer que des fois il pense d'arrêter le traitement puisqu'il n'a plus de douleur. D'après lui, c'est la cure de chimiothérapie qui le rendait malade. Le patient est accompagné par des sensations de peur et d'inquiétude par rapport à sa maladie.

Lorsqu'on a interrogé le patient s'il était nerveux et par rapport à quoi, le patient nous a avoué qu'il se sent stressé et énervé par rapport à la chimiothérapie, et sa présence à l'hôpital le rend agité et frustré au point de ne pas pouvoir rester statique dans une place.

IV/ La dépression

Lors de l'entretien, le patient est apparu triste et découragé. Son visage exprimait la tristesse et le désespoir. Son discours était incohérent vu son angoisse apparente.

Le patient nous a raconté l'annonce de sa maladie par son médecin, qui lui disait que c'est très grave et qu'il devait être opéré le plutôt possible. Une opération qui coûterait vingt millions de Dinars. Hocine était choqué, et il est resté pendant plusieurs jours dans cet état jusqu'au jour de la chirurgie.

Hocine dit que dès le jour de l'annonce de sa maladie, il évitait de sortir dehors et quand il sortait c'était juste pour des examens médicaux.

Lorsqu'on a interrogé le patient sur les changements après avoir eu cette maladie. Hocine reste silencieux un moment puis nous confie en pleurant : « Tout a changé dans ma vie, j'ai perdu tout plaisir par rapport aux choses qui me plaisait avant... »¹. Il ajoute « des fois je me sens étouffé et ça m'arrive de pleurer, mais pas devant mes enfants »². Hocine nous annonce qu'après sa maladie il est devenu trop nerveux même pour des choses banales.

Il présente une insomnie, une anxiété et fatigue depuis sa première séance de chimiothérapie. De plus, il présente un manque d'appétit.

1- koulech échanger glhayatiw, klagh ousaigh ara le plaisir adkhedmagh lahwayedj ayiadjben akam mokbel.

II. Présentations et analyse de l'échelle de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Présentation des résultats

1. Anxiété

Hocine a une anxiété avérée.

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendu ou énervé », qui couvre les propositions suivantes : jamais, de temps en temps, souvent et la plupart du temps. Le patient a répondu qu'il est souvent énervé.

Pour le 2^{ème} deuxième item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout, un peu mais cela ne m'inquiète pas, oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. Le patient a répondu qu'il éprouve des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible va lui arriver mais ce n'est pas trop grave.

Pour le 3^{ème} item « je ne fais pas de souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement, occasionnellement, assez souvent et très souvent. Le patient a répondu qu'il fait du souci quant à sa maladie assez souvent.

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive, oui, en général, rarement et jamais. Le patient a répondu que ça lui arrive rarement de rester tranquille.

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, assez souvent et très souvent, le patient a répondu que cela lui arrive parfois.

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », qui comprend pas du tout, pas tellement, un peu et oui, c'est tout à fait le cas. Le patient a répondu que ça lui arrive un peu, il arrive difficilement à trouver une place qui le mette à l'aise.

2- des fois athousough atwakhankagh et athtarouyi tarough, mais machi azeth nadaryaw.

Et le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais, pas très souvent, assez souvent et vraiment très souvent. Le patient a répondu, qu'il a des sensations soudaines de panique assez souvent.

2. Dépression

Hocine a une dépression avérée.

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois », qui comprend : oui, tout autant, pas autant, un peu seulement et presque plus. Le patient a répondu « un peu seulement ».

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé, plus autant qu'avant, vraiment moins qu'avant et plus du tout. Le patient a répondu « vraiment moins qu'avant ».

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps, assez souvent, rarement et jamais. Le patient a répondu qu'il est rarement en bonne humeur.

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, très souvent et presque toujours. Le patient a répondu qu'il est ralenti, presque toujours.

Pour le 5^{ème} item « je ne m'intéresse plus à mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé, il se peut que je n'y fasse plus autant attention, je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. Le patient a répondu qu'il n'y fait plus du tout attention à son apparence.

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant, un peu moins qu'avant, biens moins qu'avant et presque jamais. Le patient a répondu « bien moins qu'avant » d'être réjouis de faire certaines choses.

Et le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent, parfois, rarement et très rarement. Le patient a répondu qu'il prend plaisir rarement à regarder la télévision. Il dit qu'avant d'être malade il aimait bien la télévision mais maintenant elle le dérange.

L'analyse des résultats

Après la cotation des items de l'échelle, Hocine a eu un score de 13 points qui correspond à une anxiété avérée et un score de 16 points qui correspond à une dépression avérée comme est indiqué dans le manuel de HADS.

Hocine souffre d'une anxiété avérée. Il présente une inquiétude et une nervosité incontrôlée par la découverte de la nature de sa maladie. Il est presque tout le temps agité et mal à l'aise. Car depuis sa maladie, il se sent marginalisé et se voit différent des autres.

Il souffre d'une dépression avérée, il présente une perte totale de plaisir par rapport aux choses qu'il aimait faire avant d'être malade. Il ajoute aussi qu'il veut arrêter le traitement de chimiothérapie qui le rend fatigué.

Ce qui l'enfonce dans la dépression est non seulement la découverte de la maladie, mais surtout sa disposition au protocole de la chimiothérapie.

Résumé du cas

L'analyse de l'entretien et de l'échelle de HADS, nous ont révélé que Hocine souffre d'une anxiété et d'une dépression avérée dont le score est de 13 pour l'anxiété et de 16 pour la dépression, ce qui nous permet de constater que Hocine manifeste une souffrance psychologique ; sa vie est complètement perturbée et bouleversée après sa maladie, il présente une grande tristesse, des pleurs et une agitation.

❖ Cas de Khalil

1. L'analyse de l'entretien clinique

Présentation du cas

Khalil âgé de 61 ans, est le troisième d'une fratrie de 5 enfants, marié depuis 48 ans à une femme au foyer qui est sa cousine. Père de 4 enfants dont 3 garçons et 1 fille cette dernière est mariée. Il n'a jamais été à l'école et il travaillait comme gardien dans un lycée de sa région. Retraité depuis une année.

Khalil est grand de taille, blond aux cheveux clairs. Durant l'entretien il s'est montré calme, posé dans ses dires et coopératif.

I. La santé physique

1. Les informations sur l'état de santé antérieure (l'enfance et l'adolescence) et actuelle

Les antécédents médicaux du patient disent qu'il n'a pas eu de maladie durant son enfance ou adolescence, sauf le rhume et les gripes saisonnières. Ce n'est qu'à l'âge de 40 ans qu'il rencontre un problème médical qui est la prostate.

Début 2012, Khalil se sentait toujours fatigué et il avait mal au ventre, après des examens médicaux il découvre qu'il doit être opéré et enlever une partie de son côlon. Par la suite il découvre que c'est une tumeur de la partie droite du côlon.

On pense que la maladie est héréditaire du moment que son père en était atteint.

2. La relation entre les évènements traumatisants et quelques maladies (complications)

Le décès de son père et de sa mère quelque temps plus tard, sont des évènements traumatisants dans la vie de Khalil. Il raconte que son père était très malade ; il avait une tumeur à l'estomac, mais sa mère était en bonne santé. La perte de ses deux parents a laissé un grand vide dans sa vie, il se sent seul surtout durant les fêtes religieuses.

3. Les complications de maladie

Comme tous ceux qui sont atteints d'un cancer du côlon, Khalil a eu beaucoup de complications dues à son traitement (chimiothérapie) : sa santé se dégrade de jour en jour, il se plaint de son corps affaibli par la maladie. La chimiothérapie lui cause des vomissements et une anémie aigüe et des diarrhées régulières. Par ailleurs, il présente une perte de poids remarquable et une fatigue.

II. La qualité de vie

1. La qualité de vie relationnelle et professionnelle

Khalil est quelqu'un de sympathique et sociable, il entretient de bonnes relations avec tout le monde. Durant l'entretien il était tout le temps souriant et il répondait librement aux questions.

Pour ce qui est de la qualité de vie professionnelle, Khalil a travaillé dans un lycée pendant plus de 30 ans et il cite qu'il n'a jamais eu de problèmes avec quelqu'un.

Il dit qu'il a trouvé un soutien de son entourage, il entretient une bonne relation avec son épouse et ses enfants qui étaient toujours à ses côtés et le soutenaient. Sans oublier la présence de son cousin à ses côtés qui l'a aidé à être opéré en urgence. Khalil a des amis depuis son enfance qu'il garde jusqu'à nos jours. Le seul changement dans sa vie c'est qu'il est devenu un peu réservé et sort peu pour éviter le regard des autres exprimant de la pitié.

2. Les évènements importants dans la vie du patient

Pendant l'entretien, Khalil nous a révélé des évènements qui sont importants pour lui. Commenant par la maladie et le décès de son père. Un autre évènement qui l'a vraiment marqué : le décès de sa mère.

Durant tout l'entretien, Khalil n'a jamais oublié sa maladie qu'il considère comme un obstacle devant son bonheur et son bien être, cette maladie qui a changé négativement sa vie.

3. La vie sexuelle du patient

Khalil a une bonne entente avec sa conjointe, qui le respecte et l'aime beaucoup. Mais il rencontre un grand problème dans sa vie sexuelle : son atteinte de la prostate et du cancer ne lui favorisent pas d'avoir un désir et la possibilité de pratiquer un rapport sexuel.

III. Anxiété

Le patient a dévoilé pendant l'entretien qu'il souffre de plusieurs symptômes anxieux, qui lui causent beaucoup de soucis. Il devient stressé, énervé et agité pour des choses banales. Surtout le jour de la séance de la chimiothérapie, il n'arrive pas à trouver une bonne place qui le mette à l'aise.

Depuis qu'il est malade, Khalil se sent marginalisé et se voit différent des autres : il manque de beaucoup de choses, il s'inquiète par rapport à sa maladie puisqu'elle n'est pas encore stabilisée et il vit des crises de larmes.

Il se demande toujours pourquoi a-t-il subi cela. Quand il s'énerve, il se dispute avec ses enfants, mais suite à cela, il s'isole dans sa chambre, dans le noir.

IV. Dépression

Lors de l'entretien Khalil est apparu faible et fatigué. Concernant l'état psychique de Khalil, il nous a dit qu'il ne se sentait pas bien, qu'il s'isolait parfois et qu'il est trop pensif.

Il présente une tristesse exprimé par des larmes en nous disant : « je pleure des fois mais je ne sais pas pourquoi »¹. On a également constaté à travers ses dires qu'il est devenu sensible après sa maladie, il ne supportait pas le moindre bruit.

Concernant la réaction de sa famille, ils étaient choqués mais courageux. Ils ont fait l'impossible pour qu'il soit opéré le plus tôt possible. Il manque d'appétit, en plus, ça lui arrive de penser qu'il n'a pas de chance dans sa vie.

Le discours était cohérent et organisé et Khalil a été très coopératif avec nous.

1- mara mara tarough mais oualimagh ara iwacho

2. présentation et analyse de l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Présentation des résultats

1. anxiété

Khalil a une anxiété suspectée.

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendu ou énervé », qui couvre les propositions suivantes : jamais, de temps en temps, souvent et la plupart du temps. Le patient a répondu qu'il est énervé de temps en temps.

Pour le 2^{ème} item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout, un peu mais cela ne m'inquiète pas, oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. Le patient a répondu oui, mais ce n'est pas trop grave.

Pour ce qui est du 3^{ème} item « je me fais du souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement, occasionnellement, assez souvent et très souvent. Le patient a répondu qu'il se fait du souci occasionnellement.

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive, oui, en général, rarement et jamais. Le patient a répondu que ça lui arrive en général de rester tranquillement assis.

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, assez souvent et très souvent, le patient a répondu qu'il éprouve des sensations de peur assez souvent.

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », qui couvre ces réponses : pas du tout, pas tellement, un peu et oui, c'est tout à fait le cas. Le patient a répondu que ça lui arrive peu, ça lui arrive difficilement de trouver une place.

Et le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais, pas très souvent, assez souvent et vraiment très souvent. Le patient a répondu qu'il éprouve des sensations soudaines de panique mais pas très souvent.

2. Dépression

Khalil a une dépression suspectée.

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois », qui comprend : oui, tout autant, pas autant, un peu seulement et presque plus. Le patient a répondu un peu seulement.

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé, plus autant qu'avant, vraiment moins qu'avant et plus du tout. Le patient a répondu « vraiment moins qu'avant ».

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps, assez souvent, rarement et jamais. Le patient a répondu qu'il est en bonne humeur assez souvent.

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, très souvent et presque toujours. Le patient a répondu qu'il fonctionne parfois au ralenti.

Pour le 5^{ème} item « je ne m'intéresse plus à mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé, il se peut que je n'y fasse plus autant attention, je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. Le patient a répondu qu'il prête autant d'attention que par le passé à son apparence.

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant, un peu moins qu'avant, biens moins qu'avant et presque jamais. Le patient a répondu qu'il se réjouit un peu moins qu'avant de faire certaines choses.

Et le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent, parfois, rarement et très rarement. Le patient a répondu qu'il regardait la télévision mais il prenait rarement plaisir.

Analyse des résultats

D'après la cotation des items de l'échelle, Khalil a eu un score de 10 correspondant à une anxiété suspectée et un score de 9 correspondant à une dépression suspectée comme c'est indiqué dans le manuel de HADS.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Khalil souffre d'une anxiété présentée par des sensations de peur et d'inquiétude sur son état physique, et du changement qui est apparu dans son comportement, il ajoute encore qu'il n'arrive pas à contrôler ses nerfs.

Il souffre d'une dépression suspectée ; il n'éprouve ni le plaisir ni le désir de faire certaines choses qu'il faisait avant d'être malade. Sur le plan physique, elle est manifestée par une fatigue permanente, et une modification de son sommeil, il dit qu'il ne dort pas car il pense énormément à sa maladie.

Résumé du cas

Les résultats obtenus par l'analyse de l'entretien et de l'échelle de HADS, nous ont permis de constater que Khalil a une anxiété et une dépression suspectée, dont le score est de 10 points pour l'anxiété et de 9 points pour la dépression, révélant l'état psychologique de Khalil qui est causé par sa maladie. Cet état se manifeste par un dégoût, des peurs, des pleurs et de la tristesse.

❖ Cas de Salim

1. L'analyse de l'entretien clinique

Présentation du cas

Salim est un homme, âgé de 38 ans, père d'une petite fille de 7 ans, marié depuis 12 ans avec une femme qu'il a fréquentée pendant son parcours universitaire. Il est ingénieur en informatique, et occupe un poste dans une grande société au sud comme ingénieur chargé du réseau informatique. Mais depuis sa maladie il est en arrêt de travail.

Salim est un bel homme, blond aux yeux verts, de taille moyenne, il présente une colostomie définitive. 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 prouver ses souffrances.

I. La santé physique

1. Les informations sur l'état de santé antérieure (l'enfance et l'adolescence) et actuelle

Le patient n'a pas d'antécédents médicaux, il avoue qu'il ne se souvient même pas qu'il fût malade un jour sauf le rhume. Jusqu'à l'année 2009 où Salim a remarqué un changement de son physique par un amaigrissement et une faiblesse. Un jour, il trouve du sang dans ses selles. Suite à des examens complémentaires, il découvre qu'il a un cancer de côlon.

Salim a subi une intervention chirurgicale en urgence de la partie gauche de son côlon à Tunis, mais au début il a trouvé des difficultés pour accepter la réalité de sa maladie, il était informé avant la chirurgie sur la stomie.

Concernant l'évolution de la maladie, le patient se sentait de mieux en mieux, mais le traitement et surtout la chimiothérapie qu'il subissait 1 fois par semaine le fatiguait énormément.

2. La relation entre les événements traumatisants et quelques maladies (complications)

D'après l'entretien effectué avec Salim, on a constaté qu'aucun événement traumatisant n'est en relation avec sa maladie ou autres complications.

3. Les complications de la maladie

Le patient subit une séance de chimiothérapie chaque semaine ce qui a engendré quelques complications, dont on citera : des troubles du sommeil, des vomissements, des vertiges et une fatigue permanente. Par ailleurs, il ya une autre complication que présente le patient, c'est le problème des taches au niveau des poumons dues à sa maladie aussi, puisqu'il est sous chimiothérapie depuis un peu plus de deux ans.

II. Qualité de vie

1. La qualité de vie relationnelle et professionnelle

Notre patient a une bonne relation avec son entourage. Pour ne pas les faire souffrir avec lui, Salim a préféré garder le silence. Par conséquent, ni sa famille, ni ses frères ni ses sœurs ne sont au courant de sa maladie. Il n'y a que sa femme et ses collègues de travail qui sont au courant. Il nous confie aussi que sa communication et son comportement ont complètement changé après sa maladie.

Concernant sa vie de famille, Salim souligne la présence de sa femme à ses côtés, il est reconnaissant envers sa belle famille qui est présente pour son aide.

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

Concernant le milieu professionnel, tout va bien pour le patient et il garde un bon contact avec ses collègues malgré son arrêt de travail depuis qu'il a commencé la chimiothérapie.

2. Les événements importants dans la vie du patient

L'entretien avec Salim nous a révélé des événements qui sont importants pour lui. Commençant par son mariage avec une épouse envers qui il est reconnaissant pour le travail

colossal qu'elle fait pour lui. Il ajoute que le plus beau souvenir est la naissance de sa fille. Un autre événement à souligner, mais qui est dramatisant dans sa vie c'était la stomie définitive.

3. La vie sexuelle du patient

Le patient est jeune et il a une fille unique. Il s'est contenté de nous dire qu'il vit bien avec sa femme, mais sa vie sexuelle a beaucoup changé. Salim a un problème d'érection et il est incapable de pratiquer un acte sexuel ; ce problème est dû à sa maladie.

L'acceptation de la maladie par sa conjointe représente un soutien affectif de valeur pour Salim. Son désir c'est la guérison et d'avoir un autre enfant ; un garçon.

III/ L'anxiété

Selon le discours du patient, il est passé par plusieurs phases difficiles, dès les premiers examens médicaux le médecin lui annonce qu'il a un cancer très développé au niveau de la partie gauche de son côlon. Juste après, le médecin lui demande d'être opéré en urgence. Tout cela a créé en lui un stress et une peur qu'il n'a jamais connu auparavant.

Suite à cette annonce le patient finit par pleurer.

L'inactivité est souvent perçue par le patient comme source de dévalorisation sociale, d'inquiétude et d'anxiété, car le travail lui permettait d'élargir ses connaissances, réaliser ses désirs, assumer ses responsabilités et d'affirmer son indépendance.

Comme il a avoué qu'il s'inquiétait pour sa vie sexuelle, et il a peur de ne plus retrouver sa libido.

IV/ La dépression

Lors des entretiens, le patient est apparu triste et découragé par son visage qui exprime la tristesse. Concernant ses sentiments après le diagnostic, le patient nie sa maladie par de nouveaux examens pour s'assurer qu'il s'agissait vraiment d'une tumeur de la partie gauche du côlon. Suite à la maladie et la chimiothérapie Salim se plaint d'une asthénie importante il dit : « je suis tellement fatigué, je ne peux rien faire même les petites bricoles à la maison »¹. Il ajoute : « on n'est pas mieux que les autres, mais je ne supporte pas que ma femme ou ma fille soit malade ; c'est mieux maintenant puisque c'est moi qui suis malade »².

1- tellement ayigh, ouzmigh ara adkhadmegh même les bricoles temezyanine gakhham.

2- ounalara akhir anmadene, mais otsiportigh ara tamatoutiw nigh illi atahlek, c'est mieux toura neki ighalkane.

Le discours était cohérent, organisé et riche en informations personnelles. Salim a été très coopératif avec nous.

II. L'analyse de l'échelle de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

1. Anxiété

Salim a une anxiété suspectée.

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendu ou énervé », qui couvre les propositions suivantes : jamais, de temps en temps, souvent et la plupart du temps. Le patient a répondu qu'il s'énerve de temps en temps pour des choses banales.

Pour le 2^{ème} item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout, un peu mais cela ne m'inquiète pas, oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. Le patient a répondu qu'il éprouve peu la sensation de peur mais cela ne l'inquiète pas.

Pour le 3^{ème} item « je ne fais pas du souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement, occasionnellement, assez souvent et très souvent. Le patient a répondu qu'il fait du souci assez souvent concernant sa maladie.

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive, oui, en général, rarement et jamais. Le patient a répondu que ça lui arrive rarement de rester tranquille à ne rien faire et de se sentir décontracté.

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, assez souvent et très souvent, le patient a répondu que ça lui arrive parfois d'avoir des sensations de peur et l'estomac noué.

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », pas du tout, pas tellement, un peu et oui, c'est tout à fait le cas. Le patient a répondu que ça lui arrive mais pas tellement d'avoir la bougeotte et de ne pas trouver une place qui le mette à l'aise.

Est le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais, pas très souvent, assez souvent et vraiment très souvent. Le patient a répondu qu'il a des sensations soudaines de panique mais pas très souvent.

2. Dépression

Salim a une dépression suspectée.

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois », qui comprend : oui, tout autant, pas autant, un peu seulement et presque plus. Le patient a répondu pas autant qu'avant d'être malade.

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé, plus autant qu'avant, vraiment moins qu'avant et plus du tout. Le patient a répondu plus autant qu'avant.

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps, assez souvent, rarement et jamais. Le patient a répondu qu'il est rarement en bonne humeur.

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, très souvent et presque toujours. Le patient a répondu qu'il a, très souvent, l'impression de fonctionner au ralenti depuis sa maladie.

Pour le 5^{ème} item « je ne m'intéresse plus à mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé, il se peut que je n'y fasse plus autant attention, je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. Le patient a répondu qu'il n'y accorde pas autant d'attention qu'il devrait à son apparence.

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant, un peu moins qu'avant, biens moins qu'avant et presque jamais. Le patient a répondu qu'il se réjouit un peu moins qu'avant de faire certaines choses.

Est le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent, parfois, rarement et très rarement. Le patient a répondu qu'il prend parfois plaisir à rester devant un écran.

Analyse des résultats de l'échelle

D'après la cotation des items de l'échelle, Salim a eu un score de 9 qui correspond à une anxiété suspectée et un score de 10 correspondant à une dépression suspectée comme c'est indiqué dans le manuel de HADS.

Salim souffre d'une anxiété suspectée. Il est inquiet et se fait souvent des soucis concernant sa maladie qui n'est pas stabilisée. Par ailleurs, il est incapable de rester assis à ne rien faire ce qu'il décrit comme étant un grand changement de son comportement depuis qu'il est malade.

Il souffre d'une dépression suspectée, puisqu'il est rarement en bonne humeur et son fonctionnement a beaucoup changé depuis son atteinte, et il n'a plus le désir de porter attention à son apparence.

Résumé du cas

L'analyse de l'entretien et de l'échelle de HADS, nous ont révélé que Salim souffre d'une anxiété et d'une dépression suspectée dont le score est de 9 points pour l'anxiété et de 10 points pour la dépression, ce qui nous permet de constater que cette anxiété et cette dépression ont été engendrées par son état de santé actuelle surtout sa mise au protocole de chimiothérapie. On peut conclure que son état psychologique est en souffrance et en détresse.

❖ Cas de Nabil

1. L'analyse de l'entretien clinique

Présentation du cas

Nabil est un jeune homme âgé de 20 ans, l'aîné d'une fratrie de 2 garçons, célibataire, il est en classe de terminal, filière gestion économique. Il présente une colostomie depuis 6 mois, il est toujours sous traitement de chimiothérapie.

On a effectué avec Nabil 3 entretiens, il était timide au début, mais peu après, il s'est familiarisé avec nous. Trois entretiens durant lesquels il a éprouvé une collaboration malgré son état physique, dépourvu de force car il avait l'air fatigué. Nabil est un brun aux yeux marron, de taille moyenne.

Nabil signale que sa maladie est héréditaire.

I. La santé physique

1. Les informations sur l'état de santé antérieure (l'enfance et l'adolescence) et actuelle

Nabil a vécu une enfance et adolescence saine, sans aucun antécédent médical, jusqu'à l'âge de 19 ans pendant lequel il a souffert d'une douleur au niveau du ventre. Le patient a subi une chirurgie pour ablation de l'appendice. Quelques mois après la douleur réapparaît à nouveau, il subit une autre chirurgie dont il n'est pas au courant. A son réveil il découvre qu'il a subi une autre opération dont il n'a pas la moindre idée quant à sa nature.

Avant 15 jours de son opération, Nabil a souffert de fortes douleurs dans son ventre qui l'empêchaient même de passer au sanitaire, et suite à des douleurs aiguës au côlon, il était transporté en urgence à l'hôpital, il présentait du sang dans les selles.

Nabil a été opéré en urgence, son hospitalisation a duré 1 mois, et depuis sa sortie il est sous chimiothérapie, il effectue une séance chaque 20 jours, et il ne sait pas combien de séances faut il encore subir.

2. La relation entre les événements traumatisants et quelques maladies (complications)

Nabil n'a souligné aucun événement traumatisant en relation avec sa maladie. Il ajoute juste qu'il n'est pas le seul dans sa famille atteint d'un cancer.

3. Les complications de la maladie

Le patient était hospitalisé pendant 1 mois, la première complication était la chirurgie, le médecin a focalisé la tumeur, mais il était obligé de laisser une partie de son ventre ouverte jusqu'à ce qu'elle se ferme toute seule. La seconde c'est la stomie qu'il arrive difficilement à changer, en plus de la chimiothérapie. Nabil dit que c'est l'étape la plus difficile à faire, car il est tout le temps fatigué, il a un manque de sommeil, des vomissements, des diarrhées. Et enfin le patient nous confie qu'il est stressé, inquiet pour son devenir et surtout pour sa guérison.

II. Qualité de vie

1. La qualité de vie relationnelle et professionnelle

Nabil a une bonne relation avec sa mère et un peu moins avec son père. Il nous relate la réaction de son entourage vis-à-vis de la stomie, c'était quelque chose de nouveau pour eux, donc ils étaient étonnés et choqués, ils s'inquiétaient beaucoup pour Nabil, surtout sa mère.

Mais par la suite, ils l'ont beaucoup soutenu surtout sur le plan moral et il nous dit : « Ma relation avec eux n'a pas changé, ou je dirai qu'elle s'est améliorée »¹, ils m'aident sur tous les niveaux, dans mes soins, mes déplacements...etc.

La relation de Nabil avec ses amis a beaucoup changé. Avant d'être malade, il avait une bonne relation avec eux, mais maintenant il les reconnaît plus ; pendant son hospitalisation ils ne lui rendaient pas visite, le patient finit alors par rompre avec eux.

2. Les événements importants dans la vie du patient

Durant les entretiens, Nabil ne nous parle que de sa maladie qu'il considère comme un obstacle devant son bonheur et son bien être et qu'il est le détournement négatif de ses études.

1- la relation ino wahi dlafamille ino otechangara, adinigh takal akhir.

3. La vie sexuelle du patient

Le patient est célibataire, donc quand on lui a posé la question liée à sa sexualité il nous a donné la réponse suivante « je veux bien un jour avoir une copine et me marier comme tout le monde »¹.

III/ L'anxiété

Nabil est une personne calme, mais il est devenu trop nerveux après sa maladie, car quelque chose de banale l'énerve surtout concernant le comportement des autres, il s'inquiète par rapport à sa poche quand il a une sortie ou un rendez-vous médical ce qui le pousse à vérifier plusieurs fois le placement de sa poche et par conséquent il fait attention aux quantités d'alimentation qu'il prend pendant ses déplacements. Quant à la confiance en soi, il sourit et nous dit : « oui j'ai confiance en moi, trop même, et ça n'a pas changé après la maladie »² là on souligne des procédés narcissiques de l'idéalisation de soi. Mais concernant ses nerfs, quand quelqu'un l'énerve, il réagit verbalement donc par le recours au comportement : il rentre dans sa chambre et il pleure et quand il se sent soulagé il sort et il fait comme si rien ne s'est passé, ce qui signifie l'utilisation des procédés de répression. Concernant l'anxiété il avoue qu'il est très anxieux.

IV/ La dépression

Aux cours des entretiens effectués, on a pu repérer quelques symptômes dépressifs chez Nabil qui se sont manifestés d'une façon approfondie et exprimée. Au début, le patient a refusé de faire la chimiothérapie. Il ne voulait pas faire cette dernière surtout à cause de ses études parce qu'il doit rater des cours pendant la chimiothérapie. Il est inquiet, il ne veut surtout pas rater son bac.

Il a un sentiment de frustration, de dégoût, causé par sa santé et son autonomie, il est tout le temps dérangé par sa poche, il dit : « la poche me dérange ; à l'école j'ai peur de sentir mauvais, quand je me trouve dehors j'ai peur que quelqu'un me pousse, je n'étais pas comme ça »³.

1- vghigh kache nhar adsaough tamdakelt et adzewdjagh akam meden ikel.

2- ih assair l'confiance galamriw, bezaf même et oyenbadal ara gmihalkegh.

3- la poche thet dirangiyé, glécole, tagadegh ayesrihane foughagh, asma adiligh agvara, tagadegh hed ayipousser, ouligh ara aka.

Sur le plan physique, il est manifesté par une fatigue permanente, et d'une modification de son sommeil, il dit qu'il ne dort pas car il pense à ses études et son bac.

II. présentation et analyse de l'échelle de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Présentation des résultats

1. Anxiété

Nabil a une anxiété avérée.

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendu ou énervé », qui couvre les propositions suivantes : jamais, de temps en temps, souvent et la plupart du temps. Le patient a répondu « de temps en temps ».

Pour le 2^{ème} deuxième item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout, un peu mais cela ne m'inquiète pas, oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. Le patient a répondu : « oui, mais ce n'est pas trop grave ».

Pour le 3^{ème} item « je me fais du souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement, occasionnellement, assez souvent et très souvent. Le patient a répondu qu'il se fait du souci pour sa maladie assez souvent.

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive, oui, en général, rarement et jamais. Le patient a répondu « rarement ».

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, assez souvent et très souvent le patient a répondu « parfois ».

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », qui couvre : pas du tout, pas tellement, un peu et oui, c'est tout à fait le cas. Le patient a répondu « un peu ».

Et le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais, pas très souvent, assez souvent et vraiment très souvent. Le patient a répondu « assez souvent ».

2. Dépression

Nabil a une dépression suspectée.

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois », qui comprend : oui, tout autant, pas autant, un peu seulement et presque plus. Le patient a répondu « pas autant ».

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé, plus autant qu'avant, vraiment moins qu'avant et plus du tout. Le patient a répondu « plus autant qu'avant ».

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps, assez souvent, rarement et jamais. Le patient a répondu « rarement ».

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, très souvent et presque toujours. Le patient a répondu par « parfois ».

Pour le 5^{ème} item « je ne m'intéresse plus à mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé, il se peut que je n'y fasse plus autant attention, je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. Le patient a répondu « il se peut que je n'y fasse plus autant attention ».

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant, un peu moins qu'avant, biens moins qu'avant et presque jamais. Le patient a répondu bien moins qu'avant.

Et le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent, parfois, rarement et très rarement. Le patient a répondu qu'il prend plaisir parfois à un film ou une émission.

Analyse des résultats

D'après la cotation des items de l'échelle, Nabil a eu un score de 12 qui correspond à une anxiété avérée et un score de 9 qui correspond à une dépression suspectée comme c'est indiqué dans le manuel de HADS.

Nabil souffre d'une anxiété avérée. Il présente des sensations de peur, il se fait des soucis concernant sa maladie et le devenir de son autonomie. Il a une manie de bouger qu'il décrit comme un grand changement dans son comportement.

Il souffre d'une dépression suspectée, puisqu'il est souvent en mauvaise humeur et qu'il a perdu la réjouissance depuis sa maladie.

Résumé du cas

L'analyse de l'entretien et de l'échelle de HADS, nous révèlent que Nabil souffre d'une anxiété avérée dont le score est de 12 et d'une dépression suspectée dont le score est de 9, caractérisée par l'inquiétude, crises de nerfs, mauvaise humeur et la tristesse. Nabil manifeste une grande souffrance et une peine psychologique ; puisque sa maladie est lourde à porter vu son âge.

❖ Cas de Meriem

1. L'analyse de l'entretien clinique

Présentation du cas

Meriem, une dame âgée de 49 ans est l'aînée d'une fratrie de 4 membres, 2 sœurs et 2 frères. Elle est mariée depuis 27ans. Mère de 3 garçons et 1 fille, son dernier garçon a 10 ans et elle est femme au foyer.

Meriem paraissait fatiguée, pâle et soucieuse, néanmoins ça ne l'a pas empêché de garder le sourire, à chaque fois qu'elle exprimait ses soucis elle se sent réconfortée. Durant l'entretien on a pu avoir beaucoup d'informations la concernant.

I. La santé physique

1. Les informations sur l'état de santé antérieure (l'enfance et l'adolescence) et actuelle

Durant son enfance, Meriem était en parfaite santé. Elle n'avait aucune maladie. C'est après la naissance de son dernier fils qu'elle devient hyper glycémique ; par conséquent, elle commence à trouver des difficultés de santé. En 2011 elle souffre d'une anémie et quelques douleurs au niveau du ventre, suite à des examens médicaux le médecin lui annonce une obligation d'être opéré en urgence de son côlon.

2. La relation entre les événements traumatisants et quelques maladies (complications)

On trouve que le décès de son père et celui de sa mère sont des évènements qui ont bouleversé la vie de Meriem. La patiente ne nous a pas parlé d'autres maladies, car c'est le seul problème de santé dont elle souffre.

3. Les complications de la maladie

Malgré un physique fort, Meriem commence à ressentir la lourdeur de la maladie et voit son corps s'amaigrir. La patiente souligne que la chimiothérapie l'a rendue faible et fatiguée, elle veut vraiment finir cette dernière.

Par ailleurs, on souligne l'absence du facteur héréditaire chez Meriem.

II. Qualité de vie

1. La qualité de vie relationnelle et professionnelle

La patiente souligne que c'est une personne qui n'aime pas fréquenter beaucoup de personnes, elle avoue qu'avant d'être malade, elle aimait bien rester avec ses voisins mais maintenant elle ne le fait presque jamais. Pour elle, ses voisins prouvent de la pitié pour elle, c'est pour cela qu'elle les évite. Avant sa maladie, sa relation avec son mari n'était pas parfaite mais maintenant elle est meilleure.

2. Les événements importants dans la vie de la patiente

L'évènement important dans la vie de la patiente est celui du succès de sa fille à l'examen du baccalauréat. Elle ajoute que sa fille a réalisé son vœu d'avoir le bac. Elle a mené une vie tranquille avec son mari.

3. La vie sexuelle de la patiente

La relation avec son mari a changé juste après son ablation du côlon, elle dit : « Ma maladie nous a rapproché mieux qu'avant »¹. Meriem était très gênée d'aborder ce sujet. Elle n'a aucun problème et son mari respecte son état de santé ; par exemple il ne la force pas pour des rapports, il ne le fait qu'avec son consentement.

III/ L'anxiété

Meriem est très anxieuse, et l'état avec lequel elle est venue nous voir, nous le prouve. Néanmoins, elle nous dit qu'elle s'énerve beaucoup et rapidement et elle n'arrive pas à se contrôler ce qui la pousse à faire des comportements impulsifs, car depuis qu'elle est atteinte du cancer du côlon et en phase de chimiothérapie, elle se sent marginalisée et s'aperçoit différente des autres. Elle s'inquiète par rapport à sa maladie et elle vit des crises de larmes.

Elle se demande toujours pourquoi subit-elle cela. Quand elle s'énerve, elle se dispute avec son mari et suite à cela, elle s'isole dans sa chambre pour pleurer.

Meriem avoue qu'elle était une personne toujours stressée, méfiante et soucieuse.

1- lahlakiw istrarbagh akhir mokbel adhalkagh.

IV/ La dépression

D'après les entretiens, on a remarqué des signes dépressifs, qui se manifestent par des pleurs et un pessimisme. Elle a un peu perdu le plaisir et l'intérêt pour certaines choses, surtout la veille de sa chimiothérapie, elle perd le sommeil. Elle dit : « J'étais une bonne vivante, mais maintenant je suis triste »¹.

Elle a un sentiment de frustration et de dégoût causés par sa santé. Sur le plan physique, cela est manifesté par une fatigue permanente, et une modification de son sommeil. Elle dit qu'elle ne dort pas et qu'elle pense à ses enfants et à son mari.

II. présentation et analyse de l'échelle de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

1. Anxiété

Meriem a une anxiété avérée.

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendue ou énervée », qui couvre les propositions suivantes : jamais, de temps en temps, souvent et la plupart du temps. La patiente a répondu qu'elle est énervée de temps en temps.

Pour le 2^{ème} deuxième item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout, un peu mais cela ne m'inquiète pas, oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. La patiente a répondu qu'elle prouve des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait lui arriver, mais ce n'est pas trop grave.

Pour le 3^{ème} item « je me fais du souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement, occasionnellement, assez souvent et très souvent. La patiente a répondu qu'elle se fait assez souvent du souci par rapport à sa maladie.

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive, oui, en

1- aligh atibigh adazhough mais toura haznagh.

général, rarement et jamais. La patiente a répondu que ça ne lui arrive jamais de rester tranquillement à ne rien faire.

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, assez souvent et très souvent. La patiente a répondu que, parfois, ça lui arrive d'avoir des sensations de peur et l'estomac noué.

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », qui couvre : pas du tout, pas tellement, un peu et oui, c'est tout à fait le cas. La patiente a répondu : « oui, c'est tout à fait le cas ».

Et le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais, pas très souvent, assez souvent et vraiment très souvent. La patiente a répondu qu'elle a des sensations soudaines de panique mais pas très souvent.

2. Dépression

Meriem a une dépression avérée.

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois », qui comprend : oui, tout autant, pas autant, un peu seulement et presque plus. La patiente a répondu : « un peu seulement ».

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé, plus autant qu'avant, vraiment moins qu'avant et plus du tout. La patiente a répondu : « plus autant qu'avant ».

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps, assez souvent, rarement et jamais. La patiente a répondu qu'elle est rarement en bonne humeur.

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, très souvent et presque toujours. La patiente a répondu qu'elle l'est très souvent.

Pour le 5^{ème} item « je ne m'intéresse plus à mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé, il se peut que je n'y fasse plus autant attention, je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. La patiente a répondu qu'elle ne s'intéresse plus du tout à son apparence.

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant, un peu moins qu'avant, biens moins qu'avant et presque jamais. La patiente a répondu qu'elle se réjouit bien moins qu'avant de faire certaines choses.

Et le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent, parfois, rarement et très rarement. La patiente a répondu qu'elle prend parfois plaisir à regarder un film.

Analyse des résultats

D'après la cotation des items de l'échelle, Meriem a eu un score de 13 qui correspond à une anxiété avérée et un score de 13 qui correspond à une dépression avérée comme est indiqué dans le manuel de HADS.

Meriem souffre d'une anxiété avérée. Elle présente des modifications du comportement qui se manifestent par des tensions anxieuses traduites par des sensations de peur, des agitations et des soucis concernant son état de santé, au point qu'elle est incapable de rester dans une place sans rien faire.

Elle souffre d'une dépression avérée : elle a beaucoup moins de plaisir à se réjouir, aussi elle a perdu l'intérêt à son apparence et elle est presque toujours de mauvaise humeur.

Résumé du cas

Ces résultats obtenus par l'entretien et l'échelle de HADS, nous ont révélé que Meriem souffre d'une anxiété et une dépression avérée dont le score est de 13 points pour l'anxiété et de 13 points pour la dépression. Nous pouvons dire que le cancer du côlon représente une situation difficile dans son vécu psychologique. Cet état se manifeste par une grande tristesse, des pleurs, des regrets, et une asthénie.

❖ Cas de Radia

1. L'analyse de l'entretien clinique

Présentation du cas

Il s'agit de Radia, une femme âgée de 37ans, qui a grandi avec sa mère dans la maison de ses oncles puisque son père est décédé quand elle avait 2ans. C'est une fille unique, mère de 5 enfants : 4 garçons et une fille. Radia est femme au foyer, son niveau d'instruction est de 6^{ème} année primaire, mariée depuis 18ans. Elle porte une stomie temporaire depuis 6 mois.

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

I. La santé physique

1. La santé précédente (l'enfance et l'adolescence) et actuelle

Radia a vécu une enfance saine sans maladies jusqu'au jour de l'accouchement de son dernier enfant par une césarienne qui a duré plus deux heures. Elle a été hospitalisée pour quelques jours, alors que pour ses premiers enfants elle a eu un accouchement normal. Elle a décrit son hospitalisation comme étant difficile et douloureuse. Elle a souffert jusqu'à sa sortie. Depuis cette opération elle n'avait aucun problème de santé. Mais après quelques années, la patiente rencontre des douleurs au niveau de son ventre que les médecins décrivent comme étant des gaz du côlon. Elle a souffert de ses douleurs presque 6mois. Jusqu'au jour où elle trouve du sang dans ses selles ; la patiente a été transportée à l'hôpital et elle doit être opérée en urgence pour des polypes au niveau de son côlon.

Radia n'était pas au courant de sa maladie jusqu'à 2 jours de sa sortie de l'hôpital.

2. La relation entre les événements traumatisants et quelques maladies (complications)

Chez Radia on n'a pas constaté d'évènements de type traumatique en relation avec sa maladie. Mais elle avoue que l'annonce de sa maladie était bouleversante.

3. Les complications de la maladie

Comme tous ceux qui sont en période de chimiothérapie, Radia a eu des complications.

Elle voit sa santé qui se détériorait et son corps qui changeait ; elle se plaint d'une anémie sévère, d'une faiblesse ; elle a perdu vingt kilos depuis ses premières douleurs. Elle nous parle de la poche et qu'elle ne veut pas continuer sa vie avec cette dernière qui la dérange.

« La poche me dérange beaucoup, je veux en finir avec ce cauchemar »¹.

II. Qualité de vie

1. La qualité de vie relationnelle et professionnelle

Radia a une bonne relation avec son entourage ; sa famille et sa belle famille. Elle trouve un soutien de leur part, bien que les membres de sa famille ne soient pas au courant de son cancer du côlon. La patiente est réservée et elle n'aime pas fréquenter les étrangers.

2. Les événements importants dans la vie de la patiente

Radia parle de sa stomie comme un événement qui a bouleversé sa vie, et qu'elle espère guérir rapidement.

3. La vie sexuelle de la patiente

La maladie de Radia est venue pour changer sa vie de couple, malgré l'entente et l'amour qui est entre elle et son époux.

Radia ne partage plus le même lit avec son mari et elle n'a pratiquement aucune envie sexuelle depuis sa maladie et elle ne pense même pas à cela. Mais elle ajoute que son mari est très compréhensif.

III/ L'anxiété

Radia s'aperçoit toujours malade, elle s'inquiète par rapport aux séances de chimiothérapie, elle nous dit qu'elle est nerveuse, concernant sa stomie, elle dit qu'elle s'inquiète et elle se sent gênée et incapable par rapport aux complications de sa maladie. La fatigue, les vomissements, les diarrhées, sans oublier l'anémie qui sont dus au protocole de

1- la poche tetdirangeyi bezaf, abrigh ayifak elhamayi.

chimiothérapie. Depuis son atteinte, la patiente souffre d'une insomnie, elle a peur que sa stomie devienne une maladie chronique.

Radia prend un médicament prescrit par son médecin pour atténuer son stress.

Lors de l'entretien, la patiente est apparue stressée et inquiète pour son devenir.

IV/ La dépression

Durant l'entretien Radia a exprimé un sentiment de désespoir. On a pu repérer quelques symptômes dépressifs chez elle qui se sont manifestés d'une façon approfondie et exprimés. Elle dit : « Je suis triste et cette tristesse devient insupportable surtout quand je pense à mon passé et mes enfants qui sont encore petits, je me renferme dans ma chambre et je pleure »¹.

Sur le plan somatique, cette dépression est manifestée par des insomnies, des pleurs et une asthénie.

II. présentation et analyse de l'échelle de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Présentation des résultats

1. Anxiété

Radia a une anxiété avérée.

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendue ou énervée », qui couvre les propositions suivantes : jamais, de temps en temps, souvent et la plupart du temps. La patiente a répondu qu'elle est énervée la plupart du temps.

Pour le 2^{ème} deuxième item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout, un peu mais cela ne m'inquiète pas, oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. La patiente a répondu : « oui, très nettement ».

1- haznegh et lahen ayi ikal insupportable surtout asma adet khamimegh farawiw mazaline dimazyanene, takchamegh ala chambre tarough.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Pour le 3^{ème} item « je me fais du souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement, occasionnellement, assez souvent et très souvent. La patiente a répondu qu'elle se fait très souvent du souci concernant sa maladie.

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive, oui, en général, rarement et jamais. La patiente a répondu que ça lui arrive rarement.

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, assez souvent et très souvent. La patiente a répondu que ça lui arrive assez souvent d'avoir des sensations de peur et l'estomac noué.

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », qui comprend : pas du tout, pas tellement, un peu et oui, c'est tout à fait le cas. La patiente a répondu : « oui, c'est tout à fait le cas ».

Est le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais, pas très souvent, assez souvent et vraiment très souvent. La patiente a répondu qu'elle a des sensations soudaines de panique mais pas très souvent.

2. Dépression

Radia a une dépression avérée.

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois », qui comprend : oui, tout autant, pas autant, un peu seulement et presque plus. La patiente a répondu « un peu seulement ».

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé, plus autant qu'avant, vraiment moins qu'avant et plus du tout. La patiente a répondu : « plus du tout ».

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps, assez souvent, rarement et jamais. La patiente a répondu qu'elle est assez souvent en bonne humeur.

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, très souvent et presque toujours. La patiente a répondu « presque toujours ».

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Pour le 5^{ème} item « je ne m'intéresse plus à mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé, il se peut que je n'y fasse plus autant attention, je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. La patiente a répondu qu'elle ne s'intéresse plus du tout à son apparence.

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant, un peu moins qu'avant, biens moins qu'avant et presque jamais. La patiente a répondu : « presque jamais ».

Et le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent, parfois, rarement et très rarement. La patiente a répondu qu'elle prend souvent plaisir à regarder un film.

Analyse des résultats

D'après la cotation des items de l'échelle, Radia a eu un score de 17 qui correspond à une anxiété avérée et un score de 15 qui correspond à une dépression avérée comme est indiqué dans le manuel de HADS.

Radia souffre d'une anxiété avérée. Elle présente des tentions nerveuses pour la moindre des choses. Elle a des sensations de peur de degrés élevé, elle est souvent agitée et soucieuse à un tel point qu'elle arrive difficilement à trouver une place qui la mette à l'aise.

Elle souffre d'une dépression avérée, qui est caractérisée par la perte de plaisir aux choses qu'elle aimait faire avant, et elle ne s'intéresse plus à son physique. Sa maladie a causé un sentiment de répulsion.

Résumé du cas

Après l'analyse de l'entretien et de l'échelle de HADS, nous constatons que Meriem souffre d'une anxiété et d'une dépression avérées dont le score est de 17 points pour l'anxiété et de 15 points pour la dépression, caractérisées par : sa perte de plaisir, sensations de peur, sa nervosité et son agitation. Ce qui nous a permis de constater que Meriem manifeste une peine psychologique et un désespoir.

❖ Cas de Sofia

1. L'analyse de l'entretien clinique

Présentation du cas

Sofia, est une jeune femme âgée de 26 ans, de taille moyenne, qui a des yeux marron et une peau blanche. Elle est la benjamine d'une fratrie de 3 membres : un frère et une sœur. Sofia est mariée depuis 2ans, elle a fait des études à l'université et elle a obtenu une licence en économie. Elle travaillait dans une entreprise mais actuellement, elle est en arrêt de travail. Elle est malade depuis presque deux ans. Juste après son mariage, la patiente a perdu ses cheveux puisqu'elle est en phase de chimiothérapie.

On a reçu Sofia en 2 entretiens durant lesquels elle a éprouvé une collaboration avec nous. Son discours était cohérent, organisé et riche en informations personnelles.

I. La santé physique

1. Les informations sur l'état de santé antérieure (l'enfance et l'adolescence) et actuelle

Durant son enfance et adolescence, Sofia n'avait pas souffert de maladies, sauf quelques gripes en hiver, mais juste après son mariage à l'âge de 23ans, elle commence à avoir des douleurs au niveau du ventre. Sa santé commence à se dégrader, son physique commence à maigrir. Suite à des examens médicaux, la patiente a été opérée mais elle n'a pas la moindre idée quant à sa maladie.

2. La relation entre les événements traumatisants et quelques maladies (complications)

L'entretien avec Sofia n'a révélé aucun événement traumatisant de sa vie qui puisse être en relation avec sa maladie.

3. Les complications de la maladie

Sofia nous a parlé de sa chirurgie qui a duré 3 heures et qu'elle était hospitalisée pendant 27 jours, allongée. Après sa sortie de l'hôpital, elle est restée allongée pendant 9 mois

et elle portait des couches. Elle a beaucoup souffert elle dit : « j'ai vraiment souffert de cette maladie et je souffre toujours »¹. La patiente a perdu 10 kilogrammes depuis sa chirurgie.

Avec le protocole de la chimiothérapie, la patiente est toujours faible et fatiguée. Après quelques séances de chimio, elle est tombée enceinte mais sans qu'elle se rende compte. Le médecin lui annonce l'obligation d'avortement d'un fœtus qui n'a que 2 mois. Elle a pu surmonter cette complication car l'avortement s'est déroulé sans causer de complications pour sa santé.

II. Qualité de vie

1. La qualité de vie relationnelle et professionnelle

Sofia est en bonne relation avec son entourage, sa famille, sa belle famille, ses amis...etc. Elle nous parle de sa famille qui lui a cachée sa maladie jusqu'au jour où elle a découvert toute seule qu'elle est atteinte d'un cancer du côlon. Elle était déçue par eux mais elle ajoute qu'ils ont fait cela pour son bien. Après la découverte de sa maladie, la patiente a manifesté un léger retrait social car elle évitait de trop s'afficher en public par crainte de découvrir sa maladie.

2. Les événements importants dans la vie de la patiente

Le mariage de Sofia était un heureux évènement et très important pour elle, car c'était le fruit d'une relation qui a duré 3ans avec son époux actuel qu'elle aime énormément. Cela n'empêche pas de parler des évènements douloureux tels que : la maladie et la chimiothérapie qui ont bouleversé sa vie. Elle nous confie : « Après ma maladie, je ne me sens plus comme avant : je suis la moitié d'une personne »².

3. La vie sexuelle de la patiente

Sofia parle de son mari qui n'a pas changé de comportement envers elle. Il l'aime toujours autant qu'avant en plus, il prend soin d'elle.

Sofia essaye toujours d'apparaître en bonne humeur pour ne pas inquiéter son époux, qui n'arrête pas de penser à la santé de sa femme, au point de se priver des rapports sexuels, qu'il trouve fatigants pour elle. Même si c'est un besoin, soit il refuse, soit il trouve des

1- asouffrigh bezaf glahlakayi et mazale toujours tsouffrigh.

2- baad lahlakiw, othosough ara imaniw akam mokbel, neki dazguenne nel abde.

excuses. Elle nous a révélé : « il veut que ça soit une fois par mois, alors que moi je préfère une fréquence de plusieurs fois par mois, je sais qu'il fait ça pour mon bien être »¹.

III/ L'anxiété

L'anxiété de Sofia est due essentiellement à sa santé qui ne cesse de se dégrader, et les difficultés qu'elle a à s'offrir les soins essentiels pour sa maladie qui, en plus de leur rareté et cherté, sont une source d'inquiétude pour son devenir. Les séances de chimiothérapie qu'elle aura prochainement l'inquiètent aussi. Elle s'inquiète surtout pour sa vie de couple puisqu'elle veut avoir des enfants, et devenir une maman comme toutes les femmes.

IV/ La dépression

D'après l'entretien qu'on a eu avec Sofia, on a constaté que la chimiothérapie ne l'a pas vraiment influencé selon ces dires « ...non c'est le maktoub... »². On souligne l'utilisation du procédé de contrôle externe, que quelques signes dont elle a commencée à s'exprimer par rapport à sa fatigue et sa perte d'énergie.

Elle ajoute qu'elle n'aime pas que quelqu'un lui parle de sa maladie, elle dit : « Ils me disent la pauvre tu es encore jeune pour avoir un cancer »³.

II. présentation et analyse de l'échelle de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Présentation des résultats

1. Anxiété

Sofia a une anxiété suspectée.

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendue ou énervée », qui couvre les propositions suivantes : jamais, de temps en temps, souvent et la plupart du temps. La patiente a répondu qu'elle s'énerve « de temps en temps ».

1- ivra atili une fois gachhar, basah niki je préfère bezaf ibardan gachhar, almagh ikhedam aka fasalhaw.

2- khati dal maktoub.

3- kareneyid meskinte mazalikem tamazyante bache atsoute alcancer.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Pour le 2^{ème} item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout, un peu mais cela ne m'inquiète pas, oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. La patiente a répondu « un peu, mais cela ne m'inquiété pas vraiment. »

Pour le 3^{ème} item « je me fais du souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement, occasionnellement, assez souvent et très souvent. La patiente a répondu qu'elle se fait du souci concernant sa maladie « occasionnellement ».

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive, oui, en général, rarement et jamais. La patiente a répondu que ça lui arrive rarement de rester tranquille à ne rien faire.

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, assez souvent et très souvent, la patiente a répondu que ça l'arrive parfois d'avoir des sensations de peur et l'estomac noué.

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », qui comprends : pas du tout, pas tellement, un peu et oui, c'est tout à fait le cas. La patiente a répondu : « oui, c'est tout à fait le cas ».

Et le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais, pas très souvent, assez souvent et vraiment très souvent. La patiente a répondu « pas très souvent ».

2. Dépression

Sofia a une dépression avérée.

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois », qui comprend : oui, tout autant, pas autant, un peu seulement et presque plus. La patiente a répondu : « pas autant ».

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé, plus autant qu'avant, vraiment moins qu'avant et plus du tout. La patiente a répondu « plus autant qu'avant ».

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps, assez souvent, rarement et jamais. La patiente a répondu qu'elle est assez souvent en bonne humeur.

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais, parfois, très souvent et presque toujours. La patiente a répondu qu'elle est ralentie, très souvent.

Pour le 5^{ème} item « je ne m'intéresse plus à mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé, il se peut que je n'y fasse plus autant attention, je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. La patiente a répondu qu'il se peut qu'elle n'y fasse plus autant attention.

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant, un peu moins qu'avant, biens moins qu'avant et presque jamais. La patiente a répondu qu'elle se réjouit un peu moins qu'avant de faire certaines choses.

Et le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent, parfois, rarement et très rarement. La patiente a répondu qu'elle prend plaisir parfois à un film ou une émission.

L'analyse des résultats

D'après la cotation des items de l'échelle, Sofia a eu un score de 10 qui correspond à une anxiété suspectée et un score de 8 qui correspond à une dépression suspectée comme est indiqué dans le manuel de HADS.

Sofia souffre d'une anxiété suspectée. Elle présente des sensations de peur et d'inquiétude par rapport à sa maladie. Elle se fait beaucoup de soucis quant à son comportement qui a beaucoup changé depuis son atteinte.

Elle souffre d'une dépression suspectée : elle n'est pas souvent en bonne humeur, et elle ajoute qu'elle a un sentiment de frustration depuis que sa santé s'est dégradée.

Résumé du cas

L'analyse de l'entretien et de l'échelle de HADS, nous ont permis de constater que Sofia manifeste une anxiété et dépression suspectée dont le score est de 10 points pour l'anxiété et de 8 points pour la dépression. Ces résultats révèlent l'état psychologique de Sofia qui est en souffrance causée par son état de santé, qui se traduit par une fatigue et une perte de plaisir dans sa vie.

Tableau récapitulatif des niveaux d'anxiété et de dépression obtenus chez les cas étudiés :

Tableau N°2 :

Niveaux Cas	Anxiété suspectée	Anxiété avérée	Dépression suspectée	Dépression avérée
Salah	X			X
Hocine		X		X
Khalil	X		X	
Salim	X		X	
Nabil		X	X	
Meriem		X		X
Radia		X		X
Sofia	X		X	

II. Discussion des hypothèses

Dans cette partie on prend l'hypothèse exposée au début de cette recherche afin de discuter les résultats obtenus après la passation de l'échelle de HADS (Hospital Anxiety and Depression scale) et de l'entretien semi-directif.

L'objectif de notre recherche est d'identifier la relation entre le cancer du côlon et l'apparition de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints de cette maladie.

Notre hypothèse est : « **les patients atteints de cancer du côlon manifestent de l'anxiété et de la dépression** ».

A travers les entretiens semi-directifs et l'analyse de l'échelle de HAD, nous avons déduit que les patients atteints de cancer du côlon manifestent une anxiété et une dépression qui se traduit par des agitations, inquiétude, inattention et incapacité de concentrer, plainte somatique, humeur triste, pensées morbide, fatigue et isolement...etc.

Après la passation de l'entretien semi-directif et de l'échelle de HADS sur nos cas de recherche, on déduit que notre hypothèse de départ est confirmée. Nos huit cas souffrent tous d'une anxiété et d'une dépression mais avec des degrés différents, on peut les résumés dans tableau comme suite :

Tableau N°3 :

Cas résultat	Salah	Hocine	Khalil	Salim	Nabil	Meriem	Radia	Sofia
Score obtenus de l'anxiété	10	13	10	9	12	13	17	10
Score obtenu de la dépression	12	16	9	10	9	13	15	8
Degrés de l'anxiété	Suspectée	Avérée	Suspectée	Suspectée	Avérée	Avérée	Avérée	Suspectée
Degrés de la dépression	Avérée	Avérée	Suspectée	Suspectée	Suspectée	Avérée	Avérée	Suspectée

Répartition des résultats selon le degré le plus élevé

Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

D'après le tableau, on constate que le degré le plus avéré de l'anxiété touche 04 patients qui sont : Hocine, Nabil, Meriem et Radia. Concernant le degré suspecté de l'anxiété touche aussi 04 patients qui sont : Salah, Khalil, Salim et Sofia.

Pour la dépression, on constate que le degré le plus avéré touche aussi 04 patients et qui sont marié, on a Salah, Hocine, Meriem et Radia. Finalement le degré de la dépression suspecté est manifesté par Khalil, Salim, Nabil et Sofia.

Ce résultat rejoint le point de vue de Haynal.A, qui trouve que le cancer peut être source de souffrance psychologique. Il s'agit de véritables troubles psychiatriques, de durée et d'intensité variables. Selon Massie et Holland (1989), 30% des patients connaissent des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive et/ou anxieuse, tandis que les 20% restants développent des troubles dépressifs, anxieux ou organiques.

Ces affections sont malheureusement encore trop souvent sous-diagnostiquées, et donc insuffisamment traitées. Il est paradoxal de constater qu'un patient souffrant à la fois d'un cancer et d'une dépression a moins de chances d'être correctement pris en charge sur le plan psychologique qu'un malade dépressif sans affection organique.

Effectivement nos huit cas ont confirmé notre hypothèse, ils souffrent tous de l'anxiété et de dépression mais à des degrés différents.

On conclut que cette partie de mémoire s'avère très importante car elle nous a permis de détecter les réactions d'un patient atteint de cancer du côlon, et de connaître les procédés d'une étude de cas et de vérifier notre hypothèse sur le terrain.

Notre hypothèse concernant l'anxiété et la dépression chez les cas souffrants d'un cancer du côlon est réfutable et non absolue, car les résultats de notre population d'étude, ne représentent pas la population mère, de tous les malades atteints de cancer du côlon.

Conclusion générale

Tout au long de notre recherche qui a porté comme thème : « anxiété et dépression chez les patients atteints de cancer du côlon » nous avons élaboré une hypothèse qui est « les patients atteints de cancer du côlon manifestent de l'anxiété et de la dépression ». afin d'arriver à la confirmation ou à 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 HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) pour bien déterminer le degré de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints de cancer du côlon.

Au cours de notre stage pratique ainsi que des entretiens effectués avec nos cas et surtout l'application de l'échelle de HADS, nous avons pu confirmer et vérifier de façon très claire et précise notre hypothèse de recherche qui présuppose que les patients atteints de cancer du côlon manifestent une anxiété et une dépression, ces derniers sont dus à la maladie elle-même. Et qui peuvent aussi apparaître au moment où la personne apprend qu'elle est atteinte d'un cancer.

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 et qu'il vit toujours.

Alors on suggère que le cancéreux du côlon 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 surmonter toutes ces souffrances.

Notre hypothèse à propos des cancéreux du côlon est réfutable, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatives, non statiques et non absolues qui est due à notre population d'étude qui ne représente pas la population mère.

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 ; c'est pour cette raison qu'on invite nos camarades étudiants en psychologie à

Conclusion générale

approfondir ultérieurement notre sujet de recherche et à mettre l'accent sur les maladies somatiques chroniques et leurs influence sur le psychique des malade.

Nous avons pensé à quelques perspectives qui peuvent êtres recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, et qui concerne, l'estime de soi chez les patients atteints de cancer du côlon.

La liste bibliographique

Ouvrages :

- Aktouf.O., (1987), « **Méthodologie des sciences et approches quantitatives des organisations, une introduction à la démarche classique** », Québec, presses de l'université de montréal.
- Angers. M, (1997), « **Initiation pratique à méthodologie des sciences humaines** », Alger, Casbah université.
- Ben soussan. P., et coll, (2009), « **Les souffrances psychologiques des malades du cancer comment les reconnaître, comment les traiter ?** », Paris, Springer-Verlag.
- Besançon. G., (2005), « **Manuel de psychopathologie** », Paris, Dunod.
- Briffault. X., et coll., (2007), « **La dépression en savoir plus pour en sortir** », Paris, Inpes.
- Chahraoui. K., et coll, (2003), « **méthode, évaluation et recherches en psychologie clinique** », Paris, Dunod.
- Delignières.D., (1993), « **Anxiété et performance** », paris, insep.
- Fisher. G-N., (2002), « **Traité de psychologie de la santé** », Paris, Dunod.
- Fofana. L., (2007), « **Evolution des schémas cognitivo-émotionnels chez des patients anxio-dépressifs en fonction d'une prise en charge en psychothérapie cognitive** », Lille.
- Fondacci.C., (2009), « **Les dépressions** », Paris, Springer.
- Gramont. A., et coll., (2012), « **Cancer colorectal en questions** », Paris, Fondation A.R.CA.D.
- Graziani. P., (2003), « **Anxiété et troubles anxieux** », paris, Nathan/VUEF.

- Guelfi.J-D., et coll., (2005), « **DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (texte révisé)** », Paris, Masson.
- Haynal.A., et coll., (1997), « **Médecine psychosomatique** », Paris, Masson.
- Marcotte. J., et coll., (2002), « **Le cancer** », Québec, SISCA.
- Morin. C., (2004), « **Mise en place d'un suivi post-thérapeutique alterné des patients traités pour un cancer dans le département de vienne_**», Poitiers.
- Nordmann-Dolbeault.S., (2009), « **La détresse des patients atteint de cancer : prévalence, facteurs prédictifs, modalité de repérage et de prise en charge** », Paris.
- Palazzolo. J., (2007), « **Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge** », Paris, Elsevier-Masson.
- Pedinnielli. J-L., et coll., (2005), « **Les états dépressifs** », Paris, Armand colin.
- Razavi. D., et coll., (2002), « **Psycho-oncologie le cancer, le malade et sa famille**», Paris, Masson.
- Rolling. A., (2010), « **Les traitements du cancer du côlon** », Paris, Inca.
- Rotonda. C., (2011), « **Qualité de vie et fatigue en cancérologie : cancer colorectal et cancer du sein** », paris.
- Scotte. F., et coll., (2002), « **Cancérologie** », Paris, Marketing.
- Varache-Lambège. M., (2006), « **La dépression au XXI^e siècle** », Bourdeaux, Pharm.
- Zigmond. A.S., Snaith. R.P., (1983), « **The hospital anxiety and depression scale**», Acta Psychiatrica Scandinavia, 67,361-70.

Dictionnaires:

- Dormart. A., et coll., (1982), « **Larousse de la médecine, santé. Hygiène** », France, Larousse.
- Hamburger. J., et coll., (1987), « **Petite encyclopédie médicale** », France, Flammarion.
- Henriette. B., et coll., (1992), « **Grand dictionnaire de la psychologie** », Paris, Larousse.
- Sillamy. N., (2003), « **Dictionnaire de psychologie** », Paris, Larousse-vue.

Sites:

<http://www.cancer.ca/Canada-wide/aboutcancer/cancerstatistics/statsataglance/colorectal>. 13/12/2012

<http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancers-du-colon/quelques-chiffres-sur-les-cancers-colorectaux>. 13/12/2012

http://www.algerie-dz.com/article_8323.html. 13/12/2012

<http://djaraires.com/fr/letemps/27608>. 13/12/2012

Guide de l'entretien clinique

Axe N°1 : Informations personnelles

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

Axe N°2 : Informations sur l'état de santé actuel

5. Quel est votre maladie ?
6. Avez-vous découvert votre maladie à temps ?
7. Quel est votre traitement actuel ? Et comment évolue votre maladie ?
8. A quel âge votre maladie s'est déclarée ?
9. Qu'est ce qui le plus difficile pour vous dans cette maladie ?
10. Quelle est votre réaction lors de l'annonce de la maladie ?
11. Quelles sont les raisons pour vous qui ont provoqué votre état actuel ?
12. Quelles sont les complications et maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
13. Combien de fois vous étiez hospitalisé à cause de cette maladie ?
14. Comment vous vous sentez physiquement après la chimiothérapie ?
15. Avez-vous quelqu'un de votre famille atteint de cette maladie ?

Axe N°3 : Informations sur l'état de santé antérieur

16. Avez-vous souffert d'une maladie dans votre enfance ?
17. Avez-vous d'autres maladies avant que vous soyez malade de cette maladie ?

18. Avez-vous été hospitalisé à cause d'une autre maladie ?

19. Avez-vous subi une intervention chirurgicale avant ?

20. Vous avez pris combien de temps pour vous habitué ?

Axe N°4 : Informations concernant la qualité de vie

21. Quelle était la réaction de votre entourage vis-à-vis de la maladie ?

22. Avez-vous trouvez un soutien de l'entourage ?

23. Comment sont-elles vos relations sociales ? et dans le milieu professionnel ?

24. Est- ce que vous vous sentez différent des autres ?

25. Avez-vous des activités et passions que vous exercez ?

26. Quelle est votre vision du futur et que pensez-vous de l'avenir ?

Axe N°5 : l'anxiété

27. Comment vous vivez votre maladie ?

28. Comment vous vous percevez avec la maladie ?

30. Est- ce que vous êtes inquiet ou vous avez une sensation de peur par rapport à la présence de la maladie ?

31. Comment vous vous sentez en ce moment ?

32. Est ce que vous êtes nerveux ? Si c'est oui par rapport à quoi ?

33. Qu'est ce qui vous inquiète plus en ce moment ?

34. Est-ce que vous avez confiance en vous ?

35. Avez-vous peur ? Vous sentez vous anxieux ?

36. Prenez vous un traitement anxiolytique prescrit par votre médecin ?
Lequel ?

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

Axe N°6 : Dépression

38. Quelle est votre réaction face au diagnostic ?
39. Quelle est la réaction de votre famille ?
40. Quels sont les changements après avoir eu cette maladie ?
41. Quelles sont vos sentiments quand vous pensez à votre situation actuelle ?
42. Est-ce que sa vous arrive de penser de tous laisser tomber et même arrêter le traitement ?
43. Vous prenez plaisir aux mêmes choses qu'autre fois ?
44. Avez-vous des impressions de fatigue ?
45. Avez-vous tendance à vous isolez ?
46. Ca vous arrive de pleurer ?
47. Depuis la maladie vous avez perdu l'intérêt aux activités que vous faisiez habituellement et dont vous prouvez du plaisir avant ?
48. Avez-vous des crises de nerfs ?
49. Est ce que vous manquez d'appétit ?
50. Est-ce que vous pensez que sa t'arrive parce que vous n'avez pas de chance dans votre vie ?

Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale)

de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

**Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale)
de Sigmond et Snaith**

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.

Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

- Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
- Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D. Guelfi et Coll, Ardix Médical.