

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales



Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de Master
en Psychologie Clinique

Thème

**La dépression chez les cancéreux sous traitement à la
chimiothérapie
(Etude clinique de dix (10) cas à L'Hôpital
D'Amizour).**

Réalisé par :

ARHAB Sabiha

BARA Ghnia

Encadré par :

M. HADBI Mouloud

2014-2015

Remerciements

-Je tiens à remercier tout d'abord le bon Dieu qui m'a donné la force et le courage, la volonté et la patience pour réaliser ce travail.

-Je remercie en signe de respect mon encadreur M. HADBI Mouloud pour son accompagnement et ses conseils.

-Mes remerciements vont aussi aux membres de jury pour l'évaluation de mon modeste travail.

-Je tiens encore à remercier l'ensemble du personnel du service d'oncologie de l'hôpital d'Amizour pour leur soutien.

-Enfin, je remercie vivement les dix patients qui ont participé à notre recherche et à qui je souhaite la guérison.

Dédicace

-Au terme de toutes ces années d'étude, je dédie ce modeste travail :

-A mes parents qui m'ont donné la vie.

-A mon cher Mouloud.

-A mon frère et mes sœurs.

-A mon cousin Madani.

-A mes copines : Randa, Fifi, Nadia et Sabiha.

-Merci pour votre présence dans les moments joyeux, et merci pour votre absence dans les moments tristes, ce qui m'a ajouté volonté et courage à réaliser et achever ce travail.

Ghania

Dédicaces

Je tiens à dédier ce travail

*Aux personnes les plus chères à mes yeux :
mes parents, que Dieu les protège.*

A mes frères : Ali, Hamza et Bouhou.

A mes cousins et cousines.

A mes Oncles et Tantes.

*A toutes mes amies : Sonia, Zouina, Samira,
Douda, Hakima et Ghania.*

A tous ceux qui m'ont soutenu.

Sabiha.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Remerciement | |
| Dédicace | |
| Liste des tableaux | |
| Introduction général | 7 |
| Le cadre général de la problématique | |
| Problématique..... | 9 |
| Hypothèses..... | 12 |
| Motivations de la recherche..... | 12 |
| Objectifs de la recherche..... | 12 |
| Définitions des concepts clés..... | 12 |
| Partie théorique | |
| -Chapitre I : Dépression | |
| Préambule..... | 14 |
| 1-L’histoire de la dépression..... | 14 |
| 2-La définition de la dépression..... | 16 |
| 3-Les types de la dépression..... | 16 |
| 4-Les symptômes de la dépression..... | 19 |
| 5-Les causes de la dépression..... | 20 |
| 6-Les théories de la dépression | 21 |
| 7-Le traitement de la dépression..... | 23 |
| Conclusion | 25 |
| -Chapitre II : Cancer et chimiothérapie | |
| Préambule..... | 26 |
| A/-Cancer..... | 26 |
| 1-La définition du cancer..... | 26 |
| 2-La terminologie et l’étymologie du cancer..... | 27 |

| | |
|---|--------|
| 3-Les deux grandes classes du cancer..... | 27 |
| 4-Les caractéristiques des cellules malignes..... | 28 |
| 5 -Les différences des cellules cancéreuses et des cellules normales..... | 29 |
| 6-Les causes du cancer..... | 29 |
| 7-Les symptômes et le diagnostic du cancer..... | 31 |
| B/-Chimiothérapie..... | 32 |
| 1-La définition de la chimiothérapie..... | 32 |
| 2-Le choix du traitement..... | 33 |
| 3-Le déroulement d'une chimiothérapie..... | 34 |
| 4-Les effets secondaires d'une chimiothérapie..... | 35 |
| Conclusion..... | 37 |

Partie méthodologique

-Chapitre III : Méthode et techniques utilisées

| | |
|--|----|
| Préambule..... | 38 |
| 1-La méthodologie de la recherche..... | 38 |
| 2-Le cadre de la recherche..... | 39 |
| 3-Le groupe de la recherche..... | 40 |
| 4-Les outils de la recherche..... | 41 |
| 5-Les étapes de la recherche..... | 44 |
| Conclusion..... | 45 |

Partie pratique

- Chapitre IV : La présentation des cas, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses

| | |
|---|----|
| 1-La présentation des cas et l'analyse des résultats..... | 46 |
| 2-La discussion des hypothèses..... | 77 |
| Conclusion..... | 79 |
| Liste bibliographique..... | 81 |

Annexe

Liste des tableaux :

| N° du tableau | Titre | Page |
|----------------------|--|-------------|
| Tableau N°01 | Présentation du groupe de recherche | 40 |
| Tableau N°02 | Type de dépression selon l'échelle de Beck | 44 |
| Tableau N°03 | Résultats de l'échelle de Beck du cas 1 | 47 |
| Tableau N°04 | Résultats de l'échelle de Beck du cas 2 | 50 |
| Tableau N°05 | Résultats de l'échelle de Beck du cas 3 | 53 |
| Tableau N°06 | Résultats de l'échelle de Beck du cas4 | 56 |
| Tableau N°07 | Résultats de l'échelle de Beck du cas 5 | 59 |
| Tableau N°08 | Résultats de l'échelle de Beck du cas 6 | 62 |
| Tableau N°09 | Résultats du l'échelle de Beck du cas7 | 66 |
| Tableau N°10 | Résultats de l'échelle de Beck du cas8 | 69 |
| Tableau N°11 | Résultats de l'échelle de Beck du cas 9 | 72 |
| Tableau N°12 | Résultats de l'échelle de Beck du cas 10 | 75 |

Introduction

Introduction:

Il existe certaines maladies qu'on qualifie de graves parce qu'elles menacent la vie du patient, plus particulièrement son intégrité psychique, de ce fait notre choix s'est porté sur une de ces maladies qui est le cancer.

Le cancer est un terme général désignant toute maladie pour laquelle certaine cellule du corps humain se divise d'une manière incontrôlée, et quand ce cancer s'installe dans le corps, il dicte sa loi. La symbolique associée à cette maladie fait de celui-ci un mal qui détruit l'ordre naturel, un mal qui ronge le malade de l'intérieur et un mal envahissant.

Il est normal d'avoir peur du cancer mais les progrès de la médecine ces trente dernières années grâce à la recherche fondamentale, aux technologies diagnostiques et aux développements de la chirurgie, de la radiothérapie et de la chimiothérapie font aujourd'hui une arme et un grand synonyme d'espoir dans la lutte contre ce fléau.

De manière habituelle, la lutte contre une maladie est mieux de prévenir que guérir, tout le monde est d'accord là-dessus mais l'idée j'ai un cancer quand elle est intégrée chez le malade est une véritable révolution psychologique qui resitue le sujet par rapport à son environnement et à son histoire.

Notre recherche porte sur la dépression chez les cancéreux sous traitement à la chimiothérapie au niveau du service oncologique de l'hôpital d'Amizour, et pour éclaircir le problème posé, on s'est basé sur une démarche rigoureuse liée à l'expérience pratique qui est la méthode clinique dont l'objectif est de mesurer le degré de la dépression et de comprendre le patient dans sa totalité et dans sa singularité face à sa maladie et à son traitement.

Comme techniques, on a utilisé en premier lieu « l'observation » qui a pour objectif de relever les phénomènes comportementaux significatifs des patients et de leur donner un sens, « l'entretien » qui représente un outil

indispensable pour accéder aux informations qui concerne les patients et en dernier lieu « l'échelle de Beck » qui mesure l'intensité de la dépression chez ces malades.

La partie théorique qui va suivre, nous permettra de bien aborder le parcours des patients atteints d'un cancer sous traitement à la chimiothérapie au cours de cette étape sensible dans la vie de chaque être humain à un âge et sexe différents.

Le cadre général de la problématique

Le cadre général de la problématique :

2-La problématique :

Dans la vie quotidienne, divers problèmes et difficultés peuvent affecter notre vie, ce qui la rend difficile ou impossible car l'effet de certains événements peut infecter les fonctionnements psychiques et peut avoir des répercussions sur notre comportement.

Tout le monde sait ou croit savoir ce que veut dire « être en bonne santé ». On pense généralement que c'est le fait de ne pas être malade, l'absence de certains signes de dysfonctionnement.

Dans les pays industrialisés, les maladies tumorales sont après les maladies cardiovasculaires, les affections les plus meurtrières puisqu'un algérien sur cinq meurt suite à ces maladies. Les efforts déployés ces dernières années dans les différents domaines de recherche sur le cancer restent l'emploi conjugué de la chirurgie et de la radiothérapie.

En Afrique, on relève la fréquence des cancers du foie dans les zones d'endémie de l'hépatite B et celle des cancers du col de l'utérus dans les pays où la natalité est élevée et où l'hygiène est encore défaillante, ce qui a pour conséquence un taux élevé de maladies sexuellement transmissibles qui peuvent être à l'origine de ces cancers. (Larousse Médicale, 2012, P. 145).

Selon le chef du service du centre spécialisé dans la lutte contre le cancer « Pierre et Marie Curie », l'Algérie connaît le même rythme de prolifération du cancer que les pays occidentaux en raison du vieillissement de sa population et durant ces dernières années, les cas de cancer ont augmenté de manière considérable passant de 80 cas pour 100 habitants en 1993 à 120 cas durant les années 2000. La moyenne d'âge des personnes atteintes d'un cancer selon l'Institut national de la santé publique est de 52 ans, ce qui démontre une prolifération de la maladie parmi les personnes âgées. Les cancers du côlon, du

Le cadre général de la problématique

poumon et de l'utérus restent les types les plus répondus en Algérie avec un taux de 50% pour cent touchant la moyenne d'âge de 59 ans pour l'homme et 51 ans pour la femme à l'exception du cancer du sein qui touche également les femmes à partir de 40 ans. Wikipédia. Le 23/06/2015 à 15 :08).

La prévalence des troubles somatiques chez les cancéreux a poussé les chercheurs cliniciens à considérer certains fonctionnements psychologiques non nécessairement pathologiques comme vulnérables. C'est ainsi que la pensée opératoire, l'aléxithémie, la dépression essentielle, la robustesse psychique et l'optimisme ont entre autre été introduits comme facteurs de manifestation somatique dans la clinique.

La dépression est aujourd'hui la quatrième cause mondiale de l'handicap et elle devrait passer au deuxième rang dans les vingt cinq prochaines années, elle devrait même occuper la première place dans les pays en voie de développement où elle est aujourd'hui encore peu diagnostiquée. En France, le nombre des patients déprimés et soignés a augmenté de 1980 à 1999, et les femmes étant toujours trois fois plus nombreuses que les hommes.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression sera ainsi dans les prochaines années un des deux grands problèmes de santé publique et peut être même le premier avant les maladies cardiovasculaires. (Philippe P., 2000, p. 11-12).

Beck publie plusieurs livres sur la dépression, il propose un ensemble de techniques et modèles psychothérapeutiques précis. La première étude contrôlée positive dans la dépression fut effectuée contre l'imipramine, elle est due à Ruche et Coll en 1977 et représente la première étude où une thérapie s'avéra supérieure au médicament (Jean C., 2001, p. 20).

L'inconfort somatique du au traitement de la chimiothérapie est essentiellement lié aux effets secondaires de cette dernière. Une fois le

Le cadre général de la problématique

traitement engagé, on peut comprendre les effets secondaires décrits, le développement conjoint d'une dépendance, et cette association peut entraîner des réactions dépressives.

La chimiothérapie anticancéreuse représente un des grands espoirs, son but est d'arriver à contrôler les différents processus malins. (Bernard Le Pecq J., 1978, p. 94).

Les effets secondaires de la chimiothérapie sont malheureusement inévitables en raison de l'absence de traitements sélectivement actifs sur les cellules malignes. (Méric J-B et Zelek L et Khayat D, 2004, p. 41).

L'influence de facteurs psychologiques sur les affections cancéreuses a été étudiée par plusieurs théories qui méritent d'être rapportées : la théorie biologique, la théorie psychanalytique de Freud, la théorie cognitive et les théories socio-environnementales de Richard et Bungener.

Il faut évaluer le vécu psychologique au cours du traitement chimiothérapique qui peut être selon les cas, le synonyme de lutte contre le cancer ou au contraire une situation dépressive.

A la lumière des informations précédentes dans notre recherche sur la dépression chez les cancéreux sous traitement à la chimiothérapie, on est arrivé à former la problématique suivante :

- 1- Est-ce que les cancéreux souffrent d'une dépression et qu'est-ce qui favorise la dépression chez eux ?
- 2- Est-ce que le traitement chimiothérapique provoque une dépression chez les cancéreux ?

3-Les hypothèses :

- 1- Les cancéreux souffrent d'une dépression, cette dépression est favorisée par les effets secondaires de la chimiothérapie.
- 2- Les effets secondaires de la chimiothérapie influent sur l'état dépressif des patients cancéreux et cette dépression diffère d'un patient à un autre.

4-Les motivations de la recherche :

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

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

5-Les objectifs de la recherche :

- Voir si les personnes atteintes d'un cancer souffrent d'une dépression.
- Déterminer les facteurs qui influent sur la dépression.
- Savoir si la dépression est au même degré chez tous les cancéreux.
- Enrichir la recherche académique par notre travail.

5-Les définitions des concepts clés :

A/Dépression :

« 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 retentissement psychomoteur ». (Selon le grand dictionnaire de la psychologie, LAROUSSE, Bordas, 1999, p. 256).

B/Cancer :

« Le cancer est un processus cellulaire, en devenant cancéreuses les cellules perd certains caractères normaux ». (Asselah F., 2005, p. 171).

C/Chimiothérapie

« Un traitement médicamenteux qui a pour but d'éliminer les cellules cancéreuses dans l'ensemble des tissus ». (le petit Larousse de la médecine, 2010, p. 183).

Partie théorique

Chapitre I

Dépression

Préambule :

Ce chapitre sera consacré pour la présentation d'un trouble psychique très important qui est « la dépression », dont on va aborder la définition du concept, un aperçu historique, ses types, ses symptômes, ses facteurs les théories qui ont déjà abordé ce trouble, son traitement et puis une synthèse pour ce chapitre.

1-L'histoire de la dépression :

L'histoire de la dépression se fait principalement autour de trois termes: « la mélancolie, la dépression, et la manie ». Le terme de dépression est relativement récent, on parlant auparavant de « mélancolie ».

Le médecin grec « Hypocrate », décrit à son époque la mélancolie comme une maladie distincte des symptômes mentaux et physiques particuliers, il s'agissait d'un concept similaire mais beaucoup plus élargi que la dépression actuellement. ([Http://www .Wikipédia. Dépression/Psychiatrie](http://www.Wikipédia.Dépression/Psychiatrie) consulté le 06/03/2015 à 14 :14).

Galien décrit à propos de la mélancolie, la tristesse profonde et l'éloignement des choses les plus chères.

Pendant la période de l'antiquité, jusqu'au XVIII, les notions de mélancolie et de manie constituent les concepts fondamentaux de la réflexion sur la folie.

Au 17 siècle, la dépression se prend dans la mélancolie, l'hypocondrie et les « vapeurs » (troubles nerveux). En 1678, «Bale Johannes Hofer » publie sa dissertation de nostalgie pour décrire quelques formes atténuées de « souffrance dépressive ». En 1733, George Cheyne invente le « Spleen » (rate arbitraire et morosité de l'humeur).

Pour Pinel, le terme « mélancolie » regroupe tous les états psychiatriques chroniques non déficitaires et dépourvus d'excitation.

Esquirole (1772-1840), évoque la lypémanie en 1819 en rejetant le mot « mélancolie ». (Pedielli J- L et Bernoussi- A, 2005, p. 10).

En 1869, l'apparition de la « neurasthénie » établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie.

A partir de 1880, « Jules Gotard », invente le syndrome « état », dans lequel se retrouvent les éléments mélancoliques et hypocondriaques.

En France, « J .S .Seglas » (1895) décrivent « la mélancolie simple » et pour lui, le délire mélancolique est secondaire à l'humeur dépressive.

« Krapelin », dans son classement de 1899, évoque les formes de dépression citées précédemment et distinctes de la mélancolie. La notion de dépression (non mélancolique), voit officiellement le jour. (Pedielli-L et Bernoussi –A , 2005 ,P .10).

En 1917, «Freud » publie le texte qui fonde la lecture psychanalytique des dépressions « deuil et mélancolie » dans lequel il a distingué les mécanismes de ces deux états. Le travail de Freud est une suite à celui de son élève K. Abraham (1912) sur la dépression névrotique et le deuil.

En 1928, « J. Lang » sépare le domaine des dépressions en dépression endogène, dépression exogène ».

En 1934, « la classification américaine » intègre la notion de « dépression réactionnelle » chez Fenichel (1945) qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles et la dépression névrotique, il est clairement mentionné qu'il n'existe pas de frontières nettes entre la dépression psychotique et la dépression névrotique. (Pedielli-L et Bernoussi- A , p. 14).

Dans les années 80, le « DSM-IV » décrira parmi les troubles de l'humeur « l'épisode dépressif majeur » qui pourra se combiner avec les différentes autres catégories du trouble de l'humeur. Le DSM III puis le DSM IV ont proposé une

large classification des troubles de l'humeur la classe dans laquelle se retrouvent de nombreux sujets. (Pedinielli-L et Bernoussi- A , p. 15).

2-La définition de la dépression :

Selon le dictionnaire de la psychologie :

« La dépression est un état morbide, caractérisée essentiellement par la tristesse et une diminution de l'énergie. Le sujet déprimé a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire sont dégradées. » (Dictionnaire de psychologie, 2008, p .31)

Selon le dictionnaire médical :

«La dépression est une condition émotionnelle caractérisée essentiellement par une altération de l'humeur, un retentissement psychomoteur et une diminution de l'estime de soi. » (Dictionnaire médical, 2009, p. 265).

Selon G. Besançon :

«La dépression est classiquement et encore à nos jours considérée essentiellement comme un trouble de l'humeur. »

3-Les types de la dépression

3-1-La dépression mélancolique :

Elle est caractérisée essentiellement par la gravité de la symptomatologie : l'humeur dépressive marquée par l'intensité de la culpabilité et du ralentissement psychomoteur, l'intensité du syndrome somatique avec anorexie et amaigrissement, le réveil matinal précoce et un risque important au suicide Les symptômes peuvent s'y manifester selon les formes suivantes :

- La forme stuporeuse, qui est marquée par l'inhibition totale de toute activité motrice et mimique.

- La forme anxieuse, qui est tout au contraire dominée l'agitation et le risque du raptus suicidaire.

- La forme délirante, qui est marquée par une conviction délirante qui est au-delà de tout indice de la réalité objective. (Richard. C-B et Bungener. C, 2002, p. 564).

3-2-La dépression névrotique :

Ce genre recouvre des tableaux différents : d'une part, il s'agit d'un évènement de la vie actuelle le plus souvent minime, auquel le patient confère une valeur traumatique en raison de ses carences affectives précoces, d'autre part, la décompensation d'une névrose déjà connue. La nature de l'épisode dépressif diffère souvent selon la névrose et les fixations concernées. On a reconnait généralement une relative modération de la symptomatologie l'intensité du besoin de réassurance plutôt que la damnation, l'espoir de réactivité au milieu extérieur plutôt que le retrait, et l'inquiétude de l'avenir plutôt que le pessimisme.(Richard. C – B et Bungener . C , 2002 , p. 564) .

3-3 -La dépression réactionnelle :

Elle suit un évènement de la vie actuelle qui prend une valeur traumatique. C'est la dépression qui reste plus proche du deuil, elle garde le caractère objectif de la cause clairement reconnue par le patient et le médecin. Elle s'en différencie par le retour sur soi, la perte de l'auto-estime, quand bien même le coup du sort s'est montré particulièrement violent, sachant aussi que le deuil tout externe qu'en soit la cause peut se dérober au classique pour devenir dépression .(Richard . C- B et Bungener . C , 2002, p. 566).

3-4-La dépression masquée (atypique) :

Au sens français du terme, la dépression atypique désigne un des modes d'entrée dans la schizophrénie, mais au sens anglo-saxon, il s'agit d'état dépressif dans lequel les signes somatiques apparaissent comme inversés : l'hypersomnie remplace l'insomnie, l'augmentation de l'appétit remplace l'anorexie entraînant une prise du poids, l'asthénie y est particulièrement intense, l'humeur y est très labile et reste réactive et sensible à l'ambiance, les traits de la personnalité sont d'allure histrionique.

Dans la dépression masquée, les signes dépressifs typiques sont masqués par des symptômes d'une autre nature, ce sont avant tout des manifestations somatiques et l'absence de cause organique, le flou de plaintes ayant un retentissement disproportionné, et la présence de signes dépressifs déniés par le sujet permettent de faire le diagnostic .(Ibid. p. 567).

3-5-La dépression secondaire :

On appelle « secondaire », l'état dépressif qui apparait au cours de l'évolution d'un tout autre tableau clinique. Des épisodes dépressifs viennent régulièrement compliquer les manifestations des personnalités « limite » et psychopathique dans lesquelles la dépressivité, le sentiment d'abondance l'impulsivité caractérisent les troubles de la structure. Ses tentatives du suicide y sont fréquentes, impulsives et illustrent comment le passage à l'acte constitue pour ces sujets la seule possibilité de décharger les tensions internes. La dépression peut aussi être « secondaire » à une affection somatique. (Ibid.).

3-6-La dépression de l'adolescent :

Au cours du processus de l'adolescence, le sujet accomplit un travail psychique qui s'apparente à un travail deuil.

3-7-La dépression du sujet âgé :

Elle présente des caractéristiques cliniques spécifiques : plaintes somatiques et idées de ruine. Le diagnostic différentiel entre démence et dépression est délicat et les tests thérapeutiques permettent souvent de les distinguer.(ibid. p. 568).

4-Les symptômes de la dépression**4-1-Les symptômes spécifiques :****4-1-1-L'humeur dépressive :**

- Tristesse pathologique.
- Vécu pessimiste accompagné des sentiments d'insatisfaction, d'auto-dépréciation et de culpabilité pouvant aller jusqu'à des manifestations délirantes.
- Le sentiment d'ennui.
- L'anesthésie affective qui est la perte des émotions.
- L'incapacité à trouver du plaisir.
- La perte des intérêts antérieurs.
- La vision négative du soi.
- La vision négative du monde extérieur qui veut dire le sentiment d'être incompris.
- La vision négative du futur ou la perte d'espoir.
- L'anxiété qui est un sentiment pénible d'attente d'un danger imine imprécis.

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

- Le ralentissement de la démarche ou l'impossibilité de marcher seule.

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

4-2-Les symptômes non spécifiques (les symptômes physiques):

4-2-2-Le syndrome somatique :

- Les troubles du sommeil : insomnie de la fin de nuit, insomnie du petit matin, insomnie d'endormissement et réveils nocturnes fréquents. (Ibid. p.31-32).
- Les troubles alimentaires : anorexie avec amaigrissement, dégoût de la nourriture, et la boulimie qui est plus rare.
- Les troubles digestifs : constipation, troubles neuromusculaires et énurésie secondaire.

5-Les causes de la dépression

5-1-Les causes biologiques :

- La vulnérabilité génétique.
- Les dysfonctionnements neurobiologiques.
- Les pensées négatives qui entraînent un certain déséquilibre dans la chimie du cerveau par l'abaissement de l'humeur. (PALAZZOLO J., 2007, p. 24).

5-2-Les causes psychologiques :

- Les interprétations négatives de la réalité (le sujet dépressif devient moins objectif et cela peut mener au suicide).
- Les croyances et l'évaluation d'une situation et sa capacité à y faire face sont influencées par des postulats (le faux self en quelque sorte).
- La pensée dépressive dichotomique qui veut dire que les choses sont noires ou blanches, bonnes ou mauvaises.
- L'abstraction sélective dont la personne a tendance à ne remarquer et à ne tenir compte que des faits confirmant ses croyances.
- La maximalisation des erreurs et la minimalisation des réussites.
- La sur généralisation, par exemple suite d'un échec à un examen, la personne se persuade de ne jamais arriver à la réussite.
- L'inférence arbitraire qui consiste à tirer des conclusions sans preuves. (Ibid. 24-26).

5-3-Les causes sociales :

- Les événements de vie comme le décès du conjoint par exemple (GORWOOD 1995). (Ibid. 26).

6/Les théories de la dépression**6-1-Les théories biologiques :**

Elles sont nées à la suite de la découverte empirique des médicaments antidépresseurs en 1957 par des travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action. Cependant, si l'on sait maintenant que ces médicaments permettent d'augmenter la concentration synaptique en certains neurotransmetteurs (noradrénaline-sérotonine), il est réducteur, voire peut être erroné d'en conclure que la dépression est la résultante de déficits

noradrénergique et sérotoninergique. Une multitude d'anomalies biologiques ont été identifiées par ailleurs sans que l'on puisse pour l'instant organiser ces connaissances. (Richard Ch-B et Bungener C. 2002, p. 61).

6-2-La théorie psychanalytique :

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par Freud dans « Deuil et mélancolie » en 1916, alors qu'Abraham travaillait aussi par ce sujet. Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un projet perdu, même-si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais à la différence de ce qui est passé dans le deuil normal qui se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, celle-ci se replie sur le moi du mélancolique, une partie du moi identifiée à l'objet perdu et dès lors en butte à la critique de l'autre partie du moi. L'état maniaque est conçu par Freud comme une défense contre la perte d'objet à investir. (Richard C-B et Bungener C .2002 , p. 61).

6-3-Les théories cognitives :

La théorie cognitive la plus élaborée est celle de Beck en 1974, et la dépression résulte dans cette optique d'une interprétation systématiquement négative, des perceptions du fait de la rigidité des structures négatives du déprimé. Ce dernier s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs, en exagère l'importance et devient avec le temps convaincu que l'amélioration de son état est impossible. (Richard C-B et Bungener C .2002 , p. 61).

6-4-Les théories socio-environnementales :

Tous les facteurs prédisposant aux états dépressifs doivent également être pris en compte, c'est-à-dire l'absence d'un environnement social assurant des échanges affectifs et un soutien psychologique suffisant (célibat, divorce veuvage, isolement de l'habitat), un niveau de vie économiquement faible, mais aussi certains traits psychologiques particuliers comme une faible estime de soi

,une faible tolérance aux frustrations, une labilité émotionnelle excessive, une dépendance vis-à-vis d'autrui. Ces variables sociologiques, économiques et psychologiques pourraient favoriser la survenue d'accès dépressifs chez des sujets soumis à la répétition de certains événements traumatisants mais qui ne sont pas génétiquement prédisposés au déclenchement des dépressions. Aussi est-il toujours essentiel de resituer l'épisode dépressif dans la vie du sujet. L'épisode est-il consécutif à un traumatisme affectif majeur (deuil, abandon, échec sentimental ou professionnel) et apparaît-il à distance des événements traumatiques ? La dépression peut sembler d'avantage liée à un épuisement émotionnel et affectif, suite à une situation de stress, de situations de conflits et de tensions. Certains sujets semblent se déprimer lorsque la situation réactive des conflits névrotiques anciens ou parce qu'elle modifie un équilibre précaire. Les maladies physiques, sources de souffrances, de frustrations et de dévalorisation, sont fréquemment à l'origine de réactions dépressives qui retardent la guérison ou compromettent la réadaptation. De plus, la signification d'un événement ou d'une situation traumatisante doit être appréciée, pour chaque sujet, en fonction de ses investissements affectives et de son histoire personnelle. Le même événement peut être vécu comme traumatisant pour un sujet et relativement anodin pour un autre, toute l'histoire personnelle du sujet, son vécu psychique, comme ses capacités émotionnelles, psychologiques adaptatives vont moduler sa réaction à l'événement. Le travail du psychologue clinicien consiste à évaluer ses différents paramètres. (Ibid. p. 61).

7/-Le traitement de la dépression

7-1-Le traitement psychologique :

7-1-1-Les thérapies d'inspiration analytique :

Elles reposent sur l'évocation par le souvenir, donc la compréhension des conflits psychiques infantiles par le déprimé, elles visent à un travail de deuil et de détachement, elle nécessite de l'écoute, de l'empathie et une compréhension

psycho. Socioculturelle des phénomènes observés. (Pardinielli J-L., 2005, p. 120).

7-1-2-La thérapie cognitive-comportementale :

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

7-1-3-Les thérapies interpersonnelles :

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

7-2-Le traitement médical :

7-2-1-Les médicaments psychotropes :

-La prescription d'un médicament antidépresseur doit reposer sur une évaluation clinique soigneuse afin de distinguer les pathologies dépressives caractérisées, nécessitant un traitement spécifique.

-Les antidépresseurs sont indiqués dans les épisodes dépressifs majeurs, caractérisés par l'acuité et la multiplicité des symptômes, leurs durées et leurs caractères invalidants.

- Un traitement antidépresseur ne doit pas être changé pour cause d'inefficacité avant une durée de prescription de deux à trois semaines à posologie dite efficace (sauf en cas d'aggravation).
- Un traitement antidépresseur ne doit pas être interrompu dès la disparition des symptômes dépressifs .Il est démontré que la poursuite du traitement pendant quatre à six mois réduit le risque de rechute.
- Un traitement antidépresseur doit être interrompu progressivement afin de prévenir tout risque de syndrome d'arrêt brutal.
- Le traitement prophylactique décisif (traitement du long cours sur plusieurs années) est justifié chez des patients qui ont eu au moins deux ou trois épisodes dépressifs.
- Chez le sujet de plus de 70 ans, la posologie initiale recommandée pour la plus part des antidépresseurs est en moyenne de la moitié de celle préconisée chez l'adulte, la posologie devra réévaluer régulièrement au cours du traitement.
- Il existe plusieurs familles d'antidépresseurs, certains agissent plus spécifiquement sur la sérotonine et d'autres à la fois sur la sérotonine et la noradrénaline, et d'autres encore sur de nombreux autres neurotransmetteurs.
- Une autre chose aussi importante, c'est qu'il faut s'attendre à tel ou tel effet secondaire. (PALAZZOLO J., 2007, p. 46-47).

Conclusion :

Les éventuelles difficultés rencontrées au cours de la vie quotidienne sont capables de conduire à des perturbations psychologiques, comportementales et somatiques. La dépression traduit donc ici les réactions psychologiques au diagnostic et à toutes les conséquences médicales et sociales qui en déroulent.

Chapitre II

Cancer et chimiothérapie

Préambule :

Le cancer est un terme général désignant une maladie pour lesquelles certaines cellules d'un organisme adoptent un comportement anormal.

Dans ce chapitre on va aborder la définition du cancer, sa terminologie et son étymologie, ses deux grandes classes, les caractéristiques des cellules malignes et la différence entre les cellules cancéreuses et les cellules normales, ses causes, ses symptômes et diagnostic, différent traitement possible du cancer, le choix du traitement, la définition de la chimiothérapie, son déroulement et puis la conclusion du chapitre.

1-La définition du cancer :**Selon le Dictionnaire médical de Larousse :**

Est une maladie qui a pour mécanisme la prolifération cellulaire anarchique, incontrôlée et incessante.

Cette prolifération anarchique du cancer s'oppose à la prolifération contrôlée, harmonieuse et plus souvent intermittente qui caractérise les tissus normaux et qui n'a lieu que pour réparer les pertes cellulaires accidentelles par plaie ou agression et les pertes naturelles par vieillissement. (LAROUSSE MEDICAL., 2012, p. 145).

Selon le dictionnaire médical MANUILA :

Le cancer est une tumeur maligne c'est-à-dire une tumeur constituée par la prolifération anarchique de cellules anormales, qui envahit les structures voisines et qui a tendance à produire des tumeurs secondaires à distance (métastase).

2-La terminologie et l'étymologie du cancer :

L'oncologie est la spécialité qui étudie le cancer. Elle est souvent confondue par les médecins eux-mêmes et par le public, avec la branche médicale de la cancérologie qui traite le cancer.

Du latin « crabe, chancre, cancer, et kapkivog, karkinos, écrevisse du grec ». Selon Hippocrate, le cancer a des veines étendues de tous les côtés, de même que le crabe a des pieds, et Paul d'Egine ajoute que son nom lui vient selon quelques-uns de ce que quand il s'attache à un organe, il ne le lâche plus, de même que fait le crabe quand il s'est attaché à quelque chose ». ([Htt://Fr. Wikipédia. Org/Wiki/Cancer/15 :00](http://fr.wikipedia.org/wiki/Cancer/15)).

3-Les deux grandes classes du cancer :**3-1-La néoplasie est dite bénigne :**

Si elle reste localisée à l'endroit où elle a pris naissance. La masse tumorale est bien limitée et son ablation chirurgicale conduit habituellement à une guérison complète. De façon générale, la tumeur bénigne a peu de retentissement sur l'état général du patient. (Asselah F., 2005, p. 150-151).

3-1-2-La néoplasie est dite maligne ou cancer :

Si ces cellules s'étendent aux tissus voisins et les détruisent. La tumeur maligne est mal limitée, elle a la capacité d'envahir les tissus voisins et de métastaser à distance.

L'invasion est la capacité pour la tumeur maligne de pénétrer et de se développer dans les tissus voisins.

Les métastases sont des dépôts cancéreux à partir du foyer tumoral initial et sans continuité avec lui. La survenue des métastases fait tout la gravité du cancer. (Asselah F., 2005, p. 150-151).

4-Les caractéristiques des cellules malignes :**4-1-Morphologie :**

Plusieurs différences morphologiques caractérisent la transformation maligne d'une cellule :

-Des anomalies de taille (anisocytose) au sein d'un même tissu.

-Un noyau plus volumineux (parfois multiple) avec rapport nucléo-plasmatique élevé.

-Le noyau est souvent hyper-chromatique (son contenu en ADN est plus élevé par suite d'une hyper ou aneuploïdie).

-Les nucléoles sont plus nombreux et mieux visibles, ces modifications morphologiques sont parfois peu marquées dans une forme débutante ou dans des tumeurs très différenciées.(Scotte F et Colonnep P et Andrieu J.M., 2002, p. 9).

4-2-Physiologie :

La cellule cancéreuse est aussi fonctionnellement différente des cellules normales :

La synthèse de certaines protéines est modifiée par une répression de certains gènes ou par une expression d'autres gènes.

La composition des glycol-protéines et des mucines de membranes est fortement modifiée, ce qui entraîne l'apparition de certains antigènes de surface, des modifications de la perméabilité membranaire, une perte des capacités d'interaction avec les cellules environnantes et avec la matrice extracellulaire. (Scotte F et Colonna P et Andrieu J.M., 2002 ,p.9).

5/Les différences entre cellules cancéreuses et les cellules normales :

Les tumeurs malignes ou cancer, sont de nature clonale. Les cancers sont des amas de cellules, provenant toutes d'une cellule fondatrice apparente qui est, bien qu'entourée de tissu normal, elle n'est plus intégrée dans l'environnement. Les cellules cancéreuses se distinguent souvent de leurs voisines normales par une foule de changements phénotypiques spécifiques, tels que un taux élevé de division, l'invasion de nouveaux territoires cellulaires, un métabolisme actif et une forme anormale. Par exemple lorsque des feuillets normaux de cellules épithéliales sont mis en culture, ils ne peuvent pousser que s'ils sont ancrés à la boîte de culture elle-même.

De plus, des cellules épithéliales normales en culture se divisent jusqu'à ce qu'elles forment une couche continue. Elles reconnaissent alors d'une façon ou d'une autre qu'elles ont formé un feuillet épithélial unique et arrêtent de se diviser. Au contraire, les cellules malignes provenant d'un tissu épithélial continuent à proliférer et s'empilent les unes sur les autres. À l'évidence, les facteurs régulant la différenciation cellulaire normale ont été atteints.

En réalité on peut envisager le cancer d'une manière générale dans la lignée cellulaire somatique d'une cellule donnée. (Griffiths A.J.F. et al, 2001, p. 479).

6-Les causes de cancer :**6-1-L'alcool :**

Chez l'homme, l'alcool est un cofacteur de risque pour le cancer de cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage et du foie. Enfin, l'effet conjugué de l'alcool et du tabac correspond à des risques plus élevés que la somme des risques isolément (effet multiplicatif). Un certain nombre d'études montrent une

augmentation de risque du cancer du sein chez les femmes consommant des boissons alcoolisées.(Larousse médical., 2012, p. 145-147).

6-2-L'alimentation :

Des études ont mis en évidence une augmentation de risque parallèlement à la consommation de graisse mais ont révélé un effet protecteur des fruits et des légumes, quand on rôle du café dans les cancers du pancréas, il n'a pas été prouvé. Les nitrites, provenant du celle utilisées comme conservateur alimentaire sont accusés d'avoir augmenté les risques du cancer de l'estomac .L'aflatoxine contaminant de la nourriture stockée en milieu chaud et humide est incriminée dans les cancers primitifs du foie, en association avec virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C est aussi impliqué. (Larousse médical,p .145-147).

6-3-L'irradiation :

Il existe une augmentation significative du nombre des cancers qui varie selon les tissu irradié: sont essentiellement touchés la moelle osseuse, la glande thyroïde, le sein, l'os, les leucémies apparaissent en moyenne 8 ans après l'irradiation causale, les sarcomes 20 ans après, les autres tumeurs 30 ou 40 ans après, l'accident de Tchernobyl est un exemple plus récent des cancers induits par irradiation. (Larousse médical ., p . 145-147).

6-4-Les maladies :

Quelques rares maladies s'accompagnent d'un risque élevé des cancers atteignant spécifiquement certains organes, par exemple le rétinoblastome dans la trisomie 21. Elles peuvent donner lieu d'emblée à des tumeurs malignes qui en sont soit la seule manifestation, soit l'élément d'un syndrome, ou donner lieu à une pathologie non tumorale mais à fort probabilité de transformations malignes. (Larousse médical ., P.145-147).

6-5-Les rayonnements solaires :

Le rôle des U.V (rayons ultra-violet), en particulier des U.V.B les plus courts et les plus nocifs dans l'apparition des tumeurs cutanées a été mis en évidence à la fois par des observations épidémiologiques (fréquence et par des mélanomes en Australie par exemple), et par des modèles expérimentaux, les causes cutanées sont beaucoup plus fréquente chez les sujets a peau claire. (Larousse Médicale., 2012, p. 145-147).

6-6-Les virus :

Les virus B et C de l'hépatite sont en cause dans le développement d'hépatomes, le virus HTLV (pour Human T Lymphotropic virus) est responsable du lymphome T et de leucémies aiguës à lymphocytes T (Japan, Caraïbes). Les sujets immunodéprimés par le VIH ou par un traitement immunosuppresseur développent certains types de cancers parfois en relation avec d'autres virus : EBV pour certains lymphomes, HHV8 pour le syndrome de Kaposi. (SCOTTE F et COLONNA P et ANDRIEU J.M., 2002, p. 13-14).

7/Les symptômes et le diagnostic du cancer :

La multiplicité des cancers et leurs spécificité propre rendent difficile le dénombrement de tous les symptômes de la maladie .Néanmoins, une perte de poids importante et plus ou moins rapide, un manque d'appétit, une fatigue intense, une perte de sang dans les selles ou par la bouche, enfin, des douleurs diverses sont des signes fonctionnelles qui peuvent être associées à la présence d'un cancer, le développement souvent silencieux des cancers tend à en retarder le diagnostic et posent des problèmes aux médecins qui ne voient le patient qui a un stade déjà avancé de la maladie, parfois la maladie est décollée par hasard au cours d'une visite médicale ou d'un examen de sang .Le diagnostic repose sur l'examen clinique, des examens de laboratoire, des examens radiologiques et endoscopiques, et des biopsies .(Larousse médicale., 2012, p. 147).

7-1- Chimiothérapie :**7-1-1-La définition de la chimiothérapie**

Le traitement médicamenteux qui a pour but d'éliminer les cellules cancéreuses dans l'ensemble des tissus. Les médicaments anticancéreux atteignent les cellules ayant commencé un cycle cellulaire, où une cellule se prépare à subir une mitose (division cellulaire) entre eux, agissant sur une phase précise du cycle, sont dite phase-dépendante. (Le petit Larousse de la médecine, 1997, p. 183).

7-1-2-La chimiothérapie et les différents traitements possibles du cancer :

Les traitements du cancer consistent à éliminer la tumeur et à supprimer les cellules cancéreuses. Ils ont pour but de : guérir le patient, réduire le risque de récurrence, augmenter la durée de vie et améliorer la qualité de vie. Il existe différents types de traitement qui peuvent être utilisés seuls ou associés entre eux.

-La chimiothérapie

Traitement médicamenteux qui a pour but d'éliminer les cellules cancéreuses dans l'ensemble des tissus. (Le petit Larousse de la médecine, 1997, p.183).

-La chirurgie :

Permet de confirmer le diagnostic et d'enlever la tumeur et éventuelles métastases cancéreuses, c'est-à-dire les endroits que les cellules cancéreuses auraient pu atteindre grâce à une opération. (Andre. M, 2008, p. 9).

-La radiothérapie :

Est un traitement qui consiste à utiliser des rayons pour détruire les cellules cancéreuses. La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements locaux du cancer, c'est-à-dire qu'il agisse localement sur les cellules cancéreuses de l'organe atteint ou dans les ganglions. (Andre. M, 2008, P. 9).

-L'hormonothérapie :

Est un traitement qui empêche l'action d'hormones susceptibles de stimuler la croissance des cellules cancéreuses. La chimiothérapie et l'hormonothérapie agissent par voie générale.

-L'immunothérapie :

Est un traitement qui vise à stimuler les défenses immunitaires de l'organisme contre les cellules cancéreuses. (Andre. M, 2008, p. 9-10).

8-Le choix des traitements :

Pour choisir les traitements, les médecins tiennent compte de plusieurs critères :

- Du type du cancer et de son stade d'évolution.
- De la localisation de la tumeur.
- De l'état de santé du patient et de ses antécédents médicaux et chirurgicaux.
- De son âge.
- Des éventuels effets secondaires des traitements.
- De l'avis du patient et de ses préférences.
- De l'existence d'essais thérapeutiques dont il pourrait bénéficier.

La chimiothérapie peut être proposée avant une chirurgie (chimiothérapie néo-adjudante), après une chirurgie (chimiothérapie adjudante) ou pour traiter des métastases (chimiothérapie métastatique).

Une chimiothérapie néo-adjudante permet de diminuer la taille de la tumeur facilitant ainsi l'opération de diminuer les risques de récurrence et d'évaluer l'efficacité des médicaments sur la tumeur.

Une chimiothérapie adjudante est proposée lorsqu'elle est capable de réduire les risques du développement de métastases. (Andre .M,2008 , P. 13-14)

9-Le déroulement d'une chimiothérapie :

Le déroulement d'une chimiothérapie est soigneusement planifiée selon un protocole établi par l'équipe médicale .La chimiothérapie ne débute qu'après un bilan qui permet de confirmer qu'elle est justifiée et que le patient peut la supporter (on parle du bilan pré-thérapeutique).

Les examens sanguins (NFS, plaquette ou autre) permettent au médecin cancérologue de vérifier un inter val d'état de santé du patient avant chaque chimiothérapie. Le médecin donne alors son « feu vert » pour commencer ou poursuivre la chimiothérapie, il établit avec la personne soignée un calendrier qui prévoit l'administration des médicaments de chimiothérapie. Ces médicaments sont administrés sur un ou plusieurs jours (on parle de cure de chimiothérapie).

Une alternance de périodes de traitement et de repos est prévus entre deux cures, un intervalle d'une à quatre semaines est nécessaire en fonction des protocoles, et le repos permet à l'organisme de récupérer des éventuels effets secondaires. Pour que le traitement soit le plus efficace possible, le médecin tente de respecter les doses de chimiothérapie et le calendrier prévu par le protocole .La durée des traitements est variable, elle est adaptée à chaque

personne soignée et n'est pas proportionnelle à la gravité de la maladie. (Andre.M ,.2008, p.19).

10-Les effets secondaires de la chimiothérapie :

Ils sont redoutés et très fréquents dans les jours qui suivent la chimiothérapie, ils sont aujourd'hui moins fréquents et moins intense grâce à l'action préventive de nouveaux médicaments : les antiémétiques. (Andre. M, 2008, p. 19).

***Diarrhée :**

Certains médicaments de chimiothérapie entraînent une diarrhée et lorsqu'elle persiste plus d'une journée ou qu'elle est accompagnée de fièvre ou de vomissement, il est nécessaire de contacter rapidement un médecin.(Andre.M,2008,P.19).

***Constipation :**

D'autres médicaments de chimiothérapie entraînent au contraire une constipation.

***Aphtes, sécheresse de la bouche :**

L'apparition d'aphtes au niveau de la bouche est un des effets secondaires possibles de la chimiothérapie et leur apparition varie en fonction du protocole de chimiothérapie utilisée. (Andre .M, 2008,P.19).

***Chute des cheveux :**

Les médicaments de chimiothérapie s'attaquent aussi aux cellules saines à l'origine des poils et des cheveux, et certains d'entre eux entraînent une perte des poils de tout le corps du visage en particuliers des cheveux, ce qu'on appelle une « alopecie ». (Andre. M, 2008 P. 19).

***Effets sur le sang :**

La chimiothérapie agit au niveau de la moelle osseuse où sont fabriqués les globules rouges, les globules blancs, et les plaquettes. Ces éléments diminuent alors dans le sang.

Une diminution temporaire de certains globules blancs : Les globules blancs protègent l'organisme contre les infections et la quantité de certains d'entre eux appelés « polynucléaires neutrophiles », diminuent presque toujours après une chimiothérapie.

Une diminution des globules rouges : Les globules rouges sont nécessaires pour transporter l'oxygène dans l'organisme et la quantité des globules rouges diminue parfois de façon modérée avec un traitement. Une anémie provoque une pâleur de la peau et des muqueuses, des difficultés à respirer surtout lors d'un effort, d'une fatigue et des vertiges. En cas de forte anémie, il est parfois nécessaire de faire une transfusion de globules rouges.

Une diminution des plaquettes : La quantité de plaquettes peut diminuer pendant une chimiothérapie ou à distance du traitement. Cette baisse s'appelle une « thrombopénie ». (Andre. M ,2008 ,P.19).

***Fatigue :**

La fatigue est l'un des effets secondaires les plus fréquents du cancer et de ses traitements.

***Douleurs :**

Les effets secondaires des médicaments de chimiothérapie sont parfois douloureux : inflammation de la bouche, de l'œsophage, du pharynx, du vagin, brûlure d'estomac, colique douleurs musculaires et articulaires notamment aux mains ou aux pieds.

***Fertilité :**

-Chez l'homme :

Certains médicaments de chimiothérapie diminuent le nombre de spermatozoïdes et entraînent donc une diminution de la fertilité.

-Chez la femme :

Certains médicaments de chimiothérapie perturbent le cycle menstruel de la fertilité.

***Perturbations du fonctionnement des reins :**

Certains médicaments de chimiothérapie altèrent parfois le fonctionnement des reins.

***Modifications de la peau ou des ongles :**

Certains médicaments de chimiothérapie irritent la peau et provoquent des modifications de la peau.

***Perturbations du poids :**

Un patient atteint d'un cancer est souvent décrit ou représenté comme amaigri. (Andre .M , 2008,P. 19) .

Conclusion :

Le cancer comme maladie grave peut avoir des répercussions importantes sur le bien être psychique des patients, la dépression en fait partie, cette dernière est l'un des impacts redoutés dans ce genre de pathologie et les effets secondaires de la chimiothérapie ajoutent du stress à une personne déjà fragilisée.

Partie méthodologique

Préambule :

Cette partie méthodologique nous a permis d'assurer une meilleure organisation de notre travail de recherche, de comprendre le déroulement de la démarche descriptive et connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique, mais aussi présenter les techniques utilisées qui sont l'échelle de Beck et de l'entretien clinique, et ce nous dans le but de recueillir les informations escomptées et de vérifier nos hypothèses.

1- La Méthodologie de la recherche :

On a utilisé la méthode clinique dans notre recherche afin de vérifier nos hypothèses.

1-1- Méthode clinique

C'Est une méthode qui permet par le moyen de recueil des données de comprendre la personne totale en situation et en interaction.

La méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à la compréhension de ces conflits. (Chahraoui Khadidja et Bénony H., 2003, p. 11).

Le choix de cette méthode a été dicté par la nature de notre thème et les objectifs traces. Elle nous avance la possibilité d'observer et d'être en contact avec la personne atteinte du cancer et tout cela se fait par l'intermédiaire de ce qui est appelée « l'étude de cas ».

L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique. Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de la survenue actuelle et passées.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés.

De l'ensemble de ces données descriptifs, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique.

2 -le cadre de la recherche :

Afin de réaliser cette étude et d'être en contact avec les cancéreux dans un cadre institutionnel, nous avons effectué notre stage pratique au sein de L'E. P. H d'AMIZOUR qui est un établissement d'un caractère administratif ; doté de la personnalité morale.

L'établissement public hospitalier d'AMIZOUR est composé de :

- cinq oncologues
- dix infirmières
- deux médecins généralistes
- un psychologue

Alors que, notre stage est effectué au sein du service d'oncologie, qu'est spécialisé dans la prise en charge des cancéreux (hommes et femmes), spécifiquement notre recherche est centrée sur les cancéreux sous traitement à la chimiothérapie.

3-Le groupe de la recherche :

Notre échantillon est composé de 10 personnes adultes atteintes de cancer ils ont dans le service d'oncologie de l'EPH d'Amizour.

Le tableau suivant résume les principales caractéristiques de ce groupe:

Tableau N° 1 : présentation du groupe de recherche

| Nom du patient | Age | Niveau d'instruction | Situation familiale | Type de maladie | Durée de la maladie |
|----------------|--------|---------------------------------|---------------------|------------------------------|---------------------|
| SOUHILA | 39 ans | terminal | mariée | Cancer de sein | 2mois |
| BOUSSAID | 45 ANS | Niveau primaire | marié | Cancer de colon | 6 mois |
| AKILA | 42ans | 2 ^{ème} année au lycée | marié | Tumeur au niveau des ovaires | 3 mois |
| ABDESSLAM | 41 ans | 3 ^{ème} a | marié | Cancer de colon | 1 an |
| LILA | 45 ans | terminal | célibataire | Cancer de sein | 2mois |
| SAID | 43ans | 3 ^{ème} année lycéenne | célibataire | Cancer de pancréas | 1 an |
| LAMIA | 30ans | 9 ^{ème} année | marie | Cancer de colon | 3 ans |
| MOHAND | 54ans | Certificat d'étude | marie | Cancer de cavum | 3 mois |
| NAIMA | 58ans | Analphabète | veuve | Cancer de sein | 1 an |
| SAMIA | 32 ans | 9 ^{ème} année | marie | Cancer de colon | 1an |

3-1-critères de choix du groupe de recherche :

On s'est basé dans le choix de ce groupe de recherche sur quelques critères :

- 1- Les sujets élus dans l'échantillon sont tous adultes âgés de plus de 30 ans atteints du cancer.
- 2- Ils suivent des séances de chimiothérapie de façon régulière.
- 3- Il faut que ces personnes suivent la chimiothérapie pendant au moins 02eme séance.

4-Les outils de la recherche :

La technique de recherche constitue un moyen de considération de la démarche choisie, ainsi elle permet recueillir des informations ce mémoire et la vérification de votre hypothèse. Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques: l'entretien clinique et échelle de dépression de Beck.

4-1-L'entretien clinique :

L'entretien : défini comme l'action d'échanger les paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue, ce terme implique dans deux démentions essentielles : interaction et discursive. Ce terme clinique est à l'origine un terme médical, issu du grec qui signifie lit et l'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique, du surf et en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation, et aussi constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives.

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- D'aide ou de soins psychologiques.

- De diagnostic ou d'évaluations psychologiques.
- Ou de recherche clinique.

L'entretien clinique est comprend trois types qui sont :

L'entretien directif, l'entretien non directif (l'entretien libre) et l'entretien semi directif, c'est ce dernier et le type pour lequel on a opté dans notre recherche.

L'entretien s'appelle aussi interview, alors l'interview dans le langage courant révèle souvent un aspect journalistique et spectaculaire, l'entretien de recherche conserve un caractère sérieux et approfondie (Chiland C., 1983, p. 118).

L'entretien est une technique directe utilisée pour interroger des individus isolément, mais aussi dans certains cas, des groupes, de façon semi-directive, qui permet de faire un prélèvement qualitatif en vue d'une connaissance en profondeur des personnes rencontrées, cette technique de recherche est tout indiquée pour qui veut explorer les motivations profondes des individus et découvrir à travers la singularité de chaque rencontre, des causes communes à leur comportement. (Angers M., 1996, p.140).

L'entretien semi directif qui favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse. (Chahraoui Kh et Benony H., 2003, p. 32).

4-2-L'échelle de Beck II :

On a choisi l'échelle de Beck étant donné que notre travail tourne autour de la dépression chez les cancéreux sous traitement à la chimiothérapie, en plus de ça cette échelle est en harmonie avec l'arrière -plan théorique adopté dans notre mémoire.

4-2-1-Historique :

Durant 35 ans, (Beck Dépression Inventory) a connu un succès sur le plan international pour connaître la gravité de la dépression chez les sujets diagnostiqués comme dépressifs et de la repérer chez les sujets normaux. Ainsi, les 21 symptômes et attitudes retenus dans le BDI par Beck et Al en 1961, provenaient des descriptions verbales des patients et ne s'appuyaient pas sur une théorie de dépression : En 1971, Beck et ses collaborateurs du Philadelphia ont commencé à utiliser une version modifiée du BDI-IA ou ils ont établi la version définitive en 1978 .Cependant, le travail d'élaboration du BDI-II était établi en 1994. (Beck. A. T., 1998, p. 1-3).

4-2-2- Temps de passation :

Après le mode de passation en générale 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole, c'était également la durée moyenne d'une passation BDI-LA (Ball, Archer et Imhof, 1994) des patients souffrent d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnelles peuvent prendre plus du temps. (Beck. A. T., 1998, p. 5-4).

4-2-3-Utilisation clinique :

C'est le questionnaire de la dépression le plus utilisé dans la population adulte, il donne une estimation quantitative de l'intensité de la dépression, il a été étudié auprès des personnes âgées et des adolescents. Plusieurs versions existent, la dernière édition date de 1994. Le nom BDI II est destiné à évaluer la sévérité de la dépression et à mieux répondre aux critères diagnostiques du DSM. IV. Il peut être donné à partir de l'âge de 16 ans.

4-2-4- mode de passation :

Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant la lettre qui correspond à la proposition choisie, il peut entourer dans une série plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent.

4-2-5- cotation :

Chaque item est constitué de 4 phases correspond à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores 21 items. (BOUVARD. M et Cottraux J., 2002, p. 182-186).

4-2-6- notes seuils en BDI II :

| Note totale | Niveau |
|-------------|--------------------|
| (0 -11) | Pas de dépression |
| (12-19) | Dépression légère |
| (20-27) | Dépression modérée |
| (28-63) | Dépression sévère |

Tableau n°2 : type de dépression selon l'échelle de Beck

5-Les étapes de la recherche :

Le stage pratique est effectué pendant 60 jours à l'EPH d'Amizour. Au début de notre recherche, nous été accueillis par les psychologues, ils ont été d'une aide précieuse, comme ils nous ont orienté et donné des conseils afin de pouvoir trouver un bon échantillon. Pour la durée de l'entretien et l'échelle de Beck, ils ont pris un temps qui varie entre 30 mm et 45mm.

En effet, tout dépend de la situation où se trouve le sujet. On souligne aussi que nous n'avons pas été autorisé à consulter les dossiers médicaux mais ce sont les psychologues qui nous ont orienté vers les cas du cancer.

Conclusion

Tout travail de recherche demande de suivre une méthode et quelques règles et techniques de recherche qui sont des étapes très importantes pour une meilleure organisation du travail de recherche.

A travers ce chapitre, on a tenté de présenter certaines règles et étapes à suivre qui aident à mieux planifier et organiser un travail de recherche afin de pouvoir analyser et d'interpréter les résultats et de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Partie pratique

Chapitre IV

Le cas n°1 :

1-Présentation du cas :

Il s'agit de Mme «Souhila », âgée de 39 ans, habitée à la ville de Bejaia, elle est mariée et mère d'un enfant de 3 ans. Mme Souhila est la deuxième d'une fratrie de trois filles et de deux garçons, elle a un cancer de sein depuis deux mois.

2-Analyse de l'entretien :

Notre patiente été trop motivée pour l'entretien, elle nous a décrit le motif de sa première consultation : « J'ai senti quelque chose qui est dure au fond de mon sein, j'ai mal aussi à mon bassin, alors j'ai fait la mammographie et la biopsie, j'étais sûre que j'avais une tumeur ».

Lors de l'annonce du diagnostic, elle nous a dit qu'elle pleurait au niveau de la clinique, surtout parce que sa mère est décédée à cause de cette même tumeur.

L'expression de Mme Souhila nous a montrée que c'est une personne qui souffre : « J'ai changé, je suis nerveuse et je pleure, je me souviens toujours de ma mère », et elle a continué à pleurer.

La patiente a eu le soutien de toute la famille, celui de son mari en particulier, et elle nous a dit qu'elle ne peut pas pratiquer ses loisirs comme avant .Un autre aspect majeur dans la vie de Souhila est perturbé, c'est sa vie sexuelle, elle a exprimé sa tristesse puisqu'elle se sent incapable d'avoir une relation sexuelle avec son mari pourtant elle l'aimé beaucoup.

A propos du traitement, notre patiente été préparé psychologiquement mais selon elle, ce qui est le plus difficile dans cette maladie c'est le caractère qui change, et elle dit : « J'ai accepté maintenant ma maladie et je suis mieux qu'avant ».

Chapitre IV

3-Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

| | 0 | 1 | 1J | 1b | 2 | 2J | 2b | 3 | 3J | 3b |
|-------|---|---|----|----|---|----|----|---|----|----|
| I | | | | | X | | | | | |
| II | | X | | | | | | | | |
| III | | X | | | | | | | | |
| IV | | | | | X | | | | | |
| V | | | | | X | | | | | |
| VI | | X | | | | | | | | |
| VII | X | | | | | | | | | |
| VIII | | X | | | | | | | | |
| IX | X | | | | | | | | | |
| X | | | | | X | | | | | |
| XI | | X | | | | | | | | |
| XII | | X | | | | | | | | |
| XIII | | X | | | | | | | | |
| XIV | X | | | | | | | | | |
| XV | | | | | X | | | | | |
| XVI | | | | | | | X | | | |
| XVII | | | | | X | | | | | |
| XVIII | | | | | | | | X | | |
| XIX | | | | | | | | X | | |
| XX | X | | | | | | | | | |
| XXI | | | | | X | | | | | |

Tableau N° 3 : résultats de l'échelle de cas 1.

La dépression de Souhila est sévère avec une note de 29 sur l'échelle de Beck.

Chapitre IV

4-Analyse de l'échelle de Beck :

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

On trouve dans l'item n°18 qu'elle comporte un score (3), on souligne qu'il manifeste une modification de l'appétit, l'item n°19 sur la difficulté à se concentrer, l'item n°1 sur la tristesse, l'item n°4 sur la perte du plaisir, l'item n°5 sur le sentiment de culpabilité, l'item n°10 sur les pleurs, n°15 sur la perte d'énergie, l'item n°17 sur l'irritabilité et l'item n°21 sur la perte d'intérêt au sexe qui comporte un score (2).

Les signes qui indiquent un score (1) sur la tristesse et l'item n°3 sur l'échec et sur le passé, l'item n°6 sur les sentiments d'être puni, l'item n°8 sur l'attitude critique envers soi, l'item n°11 sur l'agitation, l'item n°12 sur la perte d'intérêt, et enfin l'item n°13 sur l'indécision.

5-Conclusion du cas :

L'analyse de l'entretien et de l'échelle de Beck avec une note de 29 située entre 28 et 63 indique que le sujet souffre d'une dépression sévère, ça concerne les résultats de l'échelle par le fait que toute les réponses aussi les items ont un score supérieur à 0 à part 05 items, sa dépression se focalise dans la perte d'intérêt envers tous et le sentiment d'avoir complètement gâché la vie.

Chapitre IV

Le cas n°2 :

1-Présentation du cas :

Il s'agit de monsieur « Boussaid », âgé de 45 ans, habité à Akbou, d'un niveau d'instruction de 5^{ème} année primaire, opérateur dans un usine de limonade, marié et père de 2 filles et 1 garçon, il souffre d'une tumeur au niveau du colon depuis 6 mois.

2-Analyse de l'entretien :

Monsieur Boussaid s'est montré très coopératif à l'entretien. Il nous a informé qu'il a découvert sa maladie suite à une opération d'un kyste au niveau du centre et il déclare qu'il avait une crise d'angoisse juste après l'opération parce qu'il était tout seul, il dit : «Choquigh mais machi bezzaf ,xater aqli au début ». « J'étais choqué, mais pas vraiment car je suis au premier stade ». Notre patient est le premier qui souffre du cancer dans sa famille, il semble en bonne humeur et il annonce : « Aqli bien, snegh lehlak-iw ihi zrigh leproblème-iw ». « Je suis bien, je connais ma maladie, alors je connais mon problème ».

A propos du sommeil, il a changé d'habitude, alors il ne dort plus comme avant, il y'a aussi un changement en ce qui concerne ses loisirs car il ne travaille pas, mais il est toujours optimiste pour son avenir, il déclare : «Bghigh ad ughalegh gher ixeddim ». « Je veux recruter mon travail », et il nous a dit aussi qu'il avait un soutien pendant cette période et surtout celui de sa femme.

Monsieur Boussaid est en deuxième séance de chimiothérapie après avoir eu une thérapie éducative sur ce traitement avant de l'entamer, et la chose la plus difficile pour lui, c'était l'opération qu'il a fait et non les effets secondaires de la chimiothérapie, alors il nous a dit : «Aqli ttsupportigh normal, ttaseghed normal ».Je les supporte normalement et je viens ici le plus normalement du monde ».

Chapitre IV

3-Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

| | 0 | 1 | 1J | 1B | 2 | 2J | 2B | 3 | 3J | 3B |
|------|---|---|----|----|---|----|----|---|----|----|
| I | X | | | | | | | | | |
| II | | X | | | | | | | | |
| III | X | | | | | | | | | |
| IV | | X | | | | | | | | |
| V | X | | | | | | | | | |
| VI | X | | | | | | | | | |
| VII | | X | | | | | | | | |
| VIII | X | | | | | | | | | |
| IX | X | | | | | | | | | |
| X | X | | | | | | | | | |
| XI | | X | | | | | | | | |
| XII | | X | | | | | | | | |
| XIII | X | | | | | | | | | |
| XIV | X | | | | | | | | | |
| XV | | X | | | | | | | | |
| XVI | X | | | | | | | | | |
| VII | | X | | | | | | | | |
| VIII | | | | | X | | | | | |
| XIX | | | | X | | | | | | |
| XX | | | | X | | | | | | |
| XXI | X | | | | | | | | | |

Tableau N°4 : résultats de l'échelle de Beck du cas2.

La dépression de Boussaid est légère avec une note de 13 sur l'échelle de Beck.

Chapitre IV

4-Analyse de l'échelle de Beck :

D'après l'analyse de l'échelle de Boussaid, on constate qu'il représente une dépression légère avec une note de 13 qui se situe entre 12 et 19.

Ce qui est remarquable dans les réponses de Boussaid est que la majorité d'entre eux ont un score minimum de (0), dont on trouve 11 réponses telle que l'item n°3 sur l'échec dans le passé, l'item n°8 sur l'attitude critique envers soi et l'item n°16 sur la modification dans les habitudes du sommeil.

Le reste des réponses est presque répartie, celles qui ont un score de (1) et (2) comme l'item n°4 sur la perte du plaisir et l'item n°7 sur les sentiments négatifs envers soi-même. Et l'item n°11 sur l'agitation et l'item n°15 sur la perte d'énergie et l'item n°17 sur l'irritabilité qui comporte un score (1) et la modification de l'appétit à l'item n°18, l'item n°19 sur la difficulté à se concentrer et la fatigue à l'item n°20.

5-Conclusion du cas :

L'analyse de l'entretien montre que ce sujet a représenté une dépression persistante durant les premiers temps de sa maladie elle est diminuée avec le temps. Ainsi, l'échelle indique que Boussaid représente une dépression légère avec une majorité de réponses avec un score minimum.

Chapitre IV

Le cas n°3 :

1-Présentation du cas :

Il s'agit de Mme «Akila », âgée de 42 ans, habitée à la ville de Bejaia, d'un niveau d'instruction de 2^{ème} année au lycée, elle est mariée et mère de 3 enfants. Mme Akila est l'avant dernière d'une fratrie de 4 garçons et 4 filles, elle souffre d'une tumeur au niveau des ovaires depuis 3 mois.

2-Analyse de l'entretien :

Lors de la première rencontre, Mme Akila nous a dit qu'elle attendait trois mois pour obtenir ses résultats et elle nous a décrit sa situation à l'annonce du diagnostic : « J'ai été choqué et j'ai pleuré ».

Notre patiente a une mère qui est décédée suite à la même maladie, et d'autres membres de la famille qui souffrent de la tumeur.

A propos de ses loisirs, elle nous a informé que rien n'a changé : « Je fais normalement mes loisirs, mais je parais des fois en mauvaise humeur, je suis inquiétée et j'ai des crises de nerfs », et elle éclate de pleurer.

Au cours de l'entretien, on a constaté que Mme Akila a un environnement favorable, un soutien familial des deux côtés. On a rendu compte aussi qu'elle était préparée psychologiquement avant d'entamer le traitement chimiothérapique, malgré ça, elle supporte difficilement les effets secondaires : « Je m'efforce, c'est difficile parce que je suis au début », et elle nous a dit aussi qu'elle s'inquiète beaucoup à l'approche de chaque nouvelle séance.

Chapitre IV

3-Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

| | 0 | 1 | 1J | 1B | 2 | 2J | 2B | 3 | 3J | 3B |
|-------|---|---|----|----|---|----|----|---|----|----|
| I | | | | | X | | | | | |
| II | | X | | | | | | | | |
| III | | | | | X | | | | | |
| IV | | | | | X | | | | | |
| V | | X | | | | | | | | |
| VI | | X | | | | | | | | |
| VII | X | | | | | | | | | |
| VIII | | X | | | | | | | | |
| IX | X | | | | | | | | | |
| X | | | | | X | | | | | |
| XI | | | | | X | | | | | |
| XII | X | | | | | | | | | |
| XIII | | | | | | | | X | | |
| XIV | X | | | | | | | | | |
| XV | | | | | X | | | | | |
| XVI | | | | | | | | X | | |
| XVII | | | | | X | | | | | |
| XVIII | | | | | | X | | | | |
| XIX | | X | | | | | | | | |
| XX | | | | | | | | X | | |
| XXI | | | | | X | | | | | |

Tableau N°5 : résultats de l'échelle de Beck du cas 3 .

La dépression de Akila est sévère avec une note totale 32 sur l'échelle de Beck

Chapitre IV

4-Analyse de l'échelle de Beck :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression sévère, par le fait que presque tous les items des signes indiquent une dépression chez elle. On constate que la majorité des scores se trouvent entre élevés et très élevés. Ceci dit que plusieurs signes montrent le cas dépressif chez le sujet.

On a remarqué que dans l'échelle du cas d'Akila, l'item n°13 sur l'indécision, l'item n°16 sur la modification des habitudes du sommeil, et l'item n°20 sur la fatigue. Comporte un score de (3) et l'item numéro 8 sur l'attitude critique envers soi et comporte un score de (2).

Ainsi elle a obtenu dans l'item n°1 sur la tristesse, l'item n°3 sur l'échec dans le passé, l'item n°4 sur la perte du plaisir, l'item n°11 sur l'agitation, l'item n°15 sur la perte d'énergie, l'item n°17 sur l'irritabilité, l'item n°18 sur la modification de l'appétit et l'item n°21 sur la perte d'intérêt pour le sexe un score de (2).

Les signes qui indiquent un score moins élevé avec un score de (01) représentent l'item n°2 sur le pessimisme, l'item n°5 sur le sentiment de culpabilité, l'item n°6 sur le sentiment d'être puni, l'item n°8 sur l'attitude de critique envers soi et l'item n°19 sur la difficulté à se concentrer.

5-Conclusion du cas :

L'analyse de l'entretien de l'échelle de Beck avec une note de 32 située entre 28 et 63 indique que le sujet souffre d'une dépression sévère, ça concerne les résultats de l'échelle par le fait que toutes les réponses aux items ont un score supérieur à (0) à part quatre items, sa dépression se focalise sur une inquiétude sur sa famille par rapport à son état de santé physique et morale et elle a gardé ses inquiétudes au fond d'elle afin d'éviter l'angoisse à ses enfants.

Chapitre IV

Le cas n°4 :

1-Présentation du cas :

Il s'agit de monsieur « Abdesslam », âgé de 41 ans, habité à la ville de Bejaia, un commerçant d'un niveau d'instruction de 3^{ème} année au lycée, il est marié et père d'une fille et d'un garçon. Abdesslam est le troisième d'une fratrie de 2 garçons et 2 filles, il est atteint d'une tumeur au niveau du colon depuis 1 an.

2-Analyse de l'entretien :

Le contact avec monsieur Abdesslam été facile et marqué par l'enchaînement des idées. Notre malade a fait déjà deux opérations à cause des hémorroïdes, et suite à la dernière qu'il a découvert sa maladie, et concernant sa réaction, il nous a dit : « normal », il nous a dit aussi qu'il y a son père qui souffre du cancer et un cousin qui est décédé suite à cette maladie, à propos de son humeur aussi il nous a dit : « normal », mais il souffre des troubles du sommeil, il est bien entouré et il travaille normalement, de même qu'il a des projets pour l'avenir.

Le soutien de la famille de notre patient l'a aidé à faire face au traitement de la chimiothérapie, cette dernière qui a des effets insupportables psychiquement, et concernant la chose la plus difficile dans cette maladie selon lui, il nous a répondu : « C'est quand tu ne sais pas que tu as une tumeur », et il nous a ajouté : « J'étais inquieté seulement après la première cure de la chimiothérapie ».

Chapitre IV

3-Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

| | 0 | 1 | 1J | 1B | 2 | 2J | 2B | 3 | 3J | 3B |
|-------|---|---|----|----|---|----|----|---|----|----|
| I | X | | | | | | | | | |
| II | | X | | | | | | | | |
| III | X | | | | | | | | | |
| IV | | X | | | | | | | | |
| V | | X | | | | | | | | |
| VI | X | | | | | | | | | |
| VII | X | | | | | | | | | |
| VIII | X | | | | | | | | | |
| IX | X | | | | | | | | | |
| X | X | | | | | | | | | |
| XI | | X | | | | | | | | |
| XII | | X | | | | | | | | |
| XIII | X | | | | | | | | | |
| XIV | X | | | | | | | | | |
| XV | | X | | | | | | | | |
| XVI | | X | | | | | | | | |
| XVII | | X | | | | | | | | |
| XVIII | | X | | | | | | | | |
| XIX | | X | | | | | | | | |
| XX | | X | | | | | | | | |
| XXI | | | | | X | | | | | |

Tableau N°6 : résultats de l'échelle de Beck du cas 4 .

La dépression de Abdselam est légère avec une note de 13 sur l'échelle de Beck.

Chapitre IV

4-Analyse de l'échelle de Beck :

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de Abdesslam, on a constaté qu'un grand nombre de réponses dans les items indiquent que le sujet souffre d'une dépression, cela revient au score obtenu dans chacun des items pour la majorité des items qui obtiennent des scores (1) sont les prédominants et se trouve d'un grand nombre, ainsi d'une présence des indicateurs de la dépression qui dépasse le score (1), ce qui qualifie la position du sujet sur l'échelle à une dépression légère.

On a constaté que les items comptent un score de (1), ce sont dans le pessimisme à l'item n°2 et l'item n°4 sur la perte du plaisir et l'item n°5 sur les sentiments de culpabilité et l'item n°11 sur l'agitation et la perte d'intérêt à l'item n°12 et la dévalorisation à l'item n°15 et la modification dans les habitudes du sommeil à l'item n°16 et l'item n°17 sur l'irritabilité et l'item n°18 sur la modification de l'appétit et l'item n°19 sur la difficulté à se concentrer et la fatigue à l'item n°20. La perte d'intérêt pour le sexe, ça correspond à l'item n°21 (le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant) qui compte un score de (2).

5-Conclusion du cas :

L'analyse de l'entretien et l'échelle de Beck avec une note de 13 située entre 12 et 19 indiquent que le sujet souffre d'une dépression légère.

Le cas n°5 :

1-Présentation du cas :

Il s'agit de Melle « Lila », âgée de 45 ans, habitée à Bejaia, elle est médecin et elle a un cancer du sein depuis 2 mois.

Chapitre IV

2-Analyse de l'entretien :

L'entretien avec la demoiselle Lila été facile, l'expression de son langage été bien claire et elle répondait exactement aux questions posées.

Notre patiente découvrit sa maladie toute seule, elle a fait la mammographie et elle a trouvé qu'elle souffre d'une tumeur. D'après ses paroles nous avons constaté qu'elle est traumatisé par cet événement, et cela paraît dans l'expression suivante : « J'ai senti que la vie est tombée sur moi » Elle déclare, aussi qu'elle est la seule qui a le cancer dans sa famille.

Après la cure de chimiothérapie, Melle Lila a beaucoup de complications physiques : la constipation, la perte du poids, la perte des cheveux, le trouble du sommeil, les nausées, les vomissements,...

La patiente déclare que beaucoup de choses ont changé dans sa vie et surtout le faite de ne pas travailler.

Durant tout l'entretien, on a constaté chez notre sujet de la tristesse à travers ses mimiques, et elle annonce de sa part : « Toute chose va changer maintenant », elle dit aussi qu'elle n'a pas eu une préparation psychologique, malgré ça elle a un soutien familial et elle n'a pas perdu l'espoir de retrouver son travail.

Mademoiselle Lila révèle que la chute de ses cheveux est la chose la plus indésirable dans son cas : « Elle m'inquiète », elle dit aussi : « J'ai maigri mais c'est mieux qu'être obèse », et elle annonce en dernier lieu : « Malgré tout ça, je suis venu à la deuxième cure souriante, parce que je suis dure », et elle rit.

Chapitre IV

3-Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

| | 0 | 1 | 1J | 1B | 2 | 2J | 2B | 3 | 3J | 3B |
|------|---|---|----|----|---|----|----|---|----|----|
| I | | X | | | | | | | | |
| II | X | | | | | | | | | |
| III | x | | | | | | | | | |
| IV | x | | | | | | | | | |
| V | x | | | | | | | | | |
| VI | | x | | | | | | | | |
| VII | | x | | | | | | | | |
| VIII | | | | | x | | | | | |
| IX | x | | | | | | | | | |
| X | | x | | | | | | | | |
| XI | | x | | | | | | | | |
| XII | x | | | | | | | | | |
| XIII | x | | | | | | | | | |
| XIV | x | | | | | | | | | |
| XV | | | | | x | | | | | |
| XVI | | | | | | | | | x | |
| XVII | | | | | x | | | | | |
| VIII | | | | | | | | | X | |
| XIX | | x | | | | | | | | |
| XX | | x | | | | | | | | |
| XXI | x | | | | | | | | | |

Tableau N° 7 : les résultats de l'échelle de Beck du cas 5.

La dépression de LILA est légère avec une note totale 19 sur l'échelle de Beck

Chapitre IV

4-Analyse de l'échelle de Beck :

Les résultats obtenus dans l'échelle qualifient Lila qu'elle est légèrement déprimé en pas de quelques signes indicateurs qui indiquent sa position dans l'échelle de Beck par rapport à son humeur en relation avec sa maladie.

Les réponses qui indiquent une dépression chez le sujet n'ont pas assez de position à une note qui la qualifie à peine dans une position dont on la classe comme atteinte d'une dépression légère avec un score total de 19.

On constate que les items qui comptent un score de (1), la tristesse à l'item n°1, le sentiment d'être puni à l'item n°6, les sentiments négatifs envers soi-même à l'item n°7, et on trouve aussi les pleurs à l'item n°10 : « je pleure plus qu'avant », l'agitation à l'item n°11, la difficulté à se concentrer à l'item n°19 et l'item n°20 sur la fatigue : « Je me fatigue plus facilement que d'habitude.

L'attitude critique envers soi marquée chez le sujet a un niveau relativement élevé et ça correspond à l'item n°8 qui compte un score de (2), aussi la perte d'énergie à l'item n°15, l'irritabilité à l'item n°17 « je suis assez pénétrable que d'habitude » qui compte un score de (2).

Ainsi les modifications dans les habitudes du sommeil sont indiquées chez le sujet avec des scores extrêmement élevés cités à l'item n°16 : « Je dors presque toute la journée », et l'item n°18 sur la modification de l'appétit : « Je n'ai pas d'appétit du tout » qui compte un score de (3).

5-Conclusion du cas :

L'analyse de l'entretien et l'échelle de Beck (inventaire de dépression de Beck BDI II) avec une note 19 située entre 12 et 19 indique que le sujet souffre d'une dépression légère.

Chapitre IV

Le cas n°6 :

1-Présentation du cas :

Il s'agit de monsieur « Said », âgé de 43 ans, habité à Bejaia, d'un niveau d'instruction de troisième année lycéenne, il est cameraman, un jeune célibataire d'une fratrie de 7 garçons et 4 filles. Said a un cancer de pancréas depuis 1 an.

2-Analyse de l'entretien :

Notre patient était motivé pour l'entretien, il découvre sa maladie suite à un scanner qu'il a fait à cause des douleurs au niveau du dos, et sa réaction à la connaissance de sa maladie était un choc et beaucoup plus l'inquiétude, car il est le premier qui souffre de cette maladie dans sa famille, mais il dit : « Je suis maintenant en bonne humeur, seulement que j'ai des troubles du sommeil, je dors deux heures et je me réveille et je regarde la télévision jusqu'au matin », et en ce qui concerne l'entourage, il est bien entouré par ses quatre frères et les autres membres de la famille et même l'équipe du travail ne savent pas qu'il est malade et ne veut pas l'inquiéter, alors il pratique ses loisirs comme avant car son travail n'est pas fatiguant, il déclare : « J'aime beaucoup mon travail », et à propos de son avenir, il nous a dit : « Inchallah je ne vais pas mourir et je vais me marier et vivre comme les autres ».

Said a eu une thérapie éducative sur son traitement et le plus difficile selon lui c'est les changements physiques, qui changent son mode de vie comme la chute de ses cheveux et son amaigrissement, mais il dit que c'est obligé de supporter ces effets secondaires. Et en ce qui concerne l'approche de chaque nouvelle séance, il nous a dit : « J'avais du stress et de la peur et de la crainte d'oublier le rendez-vous et aussi je m'inquiète et je me sentais mal lorsque je ne bosse pas ».

Chapitre IV

3-Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

| | 0 | 1 | 1J | 1B | 2 | 2J | 2B | 3 | 3J | 3B |
|------|---|---|----|----|---|----|----|---|----|----|
| I | X | | | | | | | | | |
| II | | | X | | | | | | | |
| III | | | X | | | | | | | |
| IV | | | X | | | | | | | |
| V | | | X | | | | | | | |
| VI | | | X | | | | | | | |
| VII | | | X | | | | | | | |
| III | | | X | | | | | | | |
| IX | | | X | | | | | | | |
| X | | | X | | | | | | | |
| XI | | | X | | | | | | | |
| XII | | | X | | | | | | | |
| XIII | | | X | | | | | | | |
| IV | | | X | | | | | | | |
| XV | | | X | | | | | | | |
| VI | | | | X | | | | | | |
| VII | | | | | X | | | | | |
| VIII | X | | | | | | | | | |
| XIX | | | | | X | | | | | |
| XX | | X | | | | | | | | |
| XXI | | | | | X | | | | | |

Tableau N° 08 : résultat de l'échelle de Beck de cas6.

La dépression de Said est modère avec une note d'un totale 22 sur l'échelle de Beck.

Chapitre IV

4-Analyse de l'échelle de Beck :

D'après l'analyse de l'échelle de Said, on a constaté qu'il souffre de la dépression modérée, en effet plusieurs réponses ont donc un score élevé dans l'item n°17 sur l'irritabilité à un score de (2), un autre signe indicateur de la dépression chez le sujet, qui est la difficulté à se concentrer à l'item n°19 et l'item n°21 sur la perte d'intérêt pour le sexe.

On remarque dans l'échelle de cas de Said plusieurs réponses ont donc un score très élevé dans l'item n°2 sur la tristesse et l'item n°3 l'échec dans le passé, l'item n°4 la perte du plaisir, l'item n°5 sentiments de culpabilité, l'item n°6 sentiments d'être puni, l'item n°7 sentiments négatifs envers soi-même, l'item n°8 l'attitude critique envers soi, l'item n°9 la pensée au désir du suicide, l'item n°10 les pleurs, l'item n°11 l'agitation, l'item n°12

L'item n°13 la perte d'intérêt, l'item n°14 la dévalorisation, l'item n°15 perte d'énergie et l'item n°20 sur la fatigue qui compte un score de (1).

C'est ce nombre considérable de signes indicateurs que qualifient Said à avoir une dépression modérée par le fait que plusieurs items compte des scores très élevés et moyens, en général presque une moitié se trouvent avec des (1) jusqu'à (2).

5-Conclusion du cas :

L'analyse de l'entretien et l'échelle de BD II indique que le sujet souffre d'une dépression modérée, et ça revient aux résultats de l'échelle avec plusieurs scores entre élevés et modérés, ainsi moins élevés qui indique la position du sujet sur cette échelle.

Chapitre IV

Le cas n°7 :

1-Présentation du cas :

Il s'agit de Mme « Lamia », âgée de 30 ans, habitée à Bejaia, elle est sans profession avec un niveau d'instruction secondaire (9^{ème}), elle est mariée et mère d'une fille de 3 ans. Lamia est la deuxième d'une fratrie de 3 filles et deux garçons et elle a une tumeur au colon depuis 3 ans, juste après son accouchement.

2-Analyse de l'entretien :

Mme Lamia était motivée pour l'entretien et le contact avec elle était facile et elle a répondu à toutes les questions posées, en commençant avec sa réaction à la connaissance de sa maladie : «choquigh, lligh ttqelqegh mlih ». « C'était vraiment un choc pour moi et j'étais trop inquiétée ». Elle dit aussi : «Tekhser tbi3a-inu, toujours ttettrugh, ttbinegh-d 3yigh u heznegh ». «Je suis pas du tout en bonne humeur, je pleure et je pleure tout le temps, je parais souvent fatiguée et malheureuse », on a remarqué un petit silence, après elle ajoute : «Ttnervigh ». « J'ai un mauvais caractère ». Lamia nous a informé qu'il y a d'autres membres de sa famille qui ont cette tumeur, elle nous a dit aussi qu'elle a des troubles du sommeil et qu'elle ne pratique plus ses loisirs comme avant parce qu'elle n'a pas envie et elle se sent tout le temps faible.

Notre patiente avait un soutien de la famille du côté de ses parents et ses sœurs, mais pas celui de sa belle famille, il y a que son mari qui l'accompagne pour faire les soins, et elle nous a exprimé ses vœux et ses craintes en disant : «Ttmennigh ad hlugh w ad s3ugh atas n dderya w ad ughalegh am zik mais tikwal tthussugh ad mmtegh w ad djegh yelli ». «J'espère que je vais guérir pour avoir beaucoup d'enfants et revenir à ma vie normale, mais parfois je sens que je vais mourir et laisser ma petite fille », elle nous a dit aussi : « Hemlegh lekhyada, cheghlegh zyes ukbel ad helkegh, ma d tura cheghlegh d lehlak-

Chapitre IV

iw ». «J'aime la couture et je m'en occupe d'elle avant de tomber malade mais maintenant je m'occupe seulement de ma maladie ».

Lamia a eu une thérapie éducative. En ce qui concerne les effets secondaires de la chimiothérapie, elle annonce que c'est la chose la plus difficile pour elle dans cette maladie car elle souffre des douleurs, des vomissements, de chute de cheveux et surtout de la fatigue : « Koul m ad iqreb lweqt n la chimio tthussugh tettawted rapide, ttaggadegh la souffrance u tthussugh khel3egh ». « A l'approche de chaque nouvelle cure je sens qu'elle arrive rapidement, j'avais peur de la souffrance et je me sens stresser ».

Chapitre IV

3-Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

| | 0 | 1 | 1J | 1B | 2 | 2J | 2B | 3 | 3J | 3B |
|-------|---|---|----|----|---|----|----|---|----|----|
| I | | X | | | | | | | | |
| II | X | | | | | | | | | |
| III | | | | | | | | X | | |
| IV | | | | | | | | X | | |
| V | | | | | X | | | | | |
| VI | | | | | | | | X | | |
| VII | | | | | X | | | | | |
| VIII | | | | | | | | X | | |
| IX | | X | | | | | | | | |
| X | | | | | X | | | | | |
| XI | | | | | X | | | | | |
| XII | | | | | X | | | | | |
| XIII | X | | | | | | | | | |
| XIV | | | | | X | | | | | |
| XV | | X | | | | | | | | |
| XVI | | | X | | | | | | | |
| XVII | | | | | | | | X | | |
| XVIII | | | | | | | | | X | |
| XIX | | | | | X | | | | | |
| XX | | | | | | | | X | | |
| XXI | | | | X | | | | | | |

Tableau N°09 : résultats de l'échelle de Beck cas 7.

La dépression de Lamia est sévère avec un total 40 situe sur l'échelle de Beck.

Chapitre IV

4-L'analyse de l'échelle de Beck :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck (BDI II) indiquent que le sujet est atteint d'une dépression sévère par le fait que presque tous les items existants dans l'échelle de cas de Lamia sont considérés comme des signes indicateurs de la dépression chez elle.

On a constaté que la majorité des scores se trouvent entre élevés et très élevés, ceci dit que plusieurs signes montrent le cas dépressif chez le sujet, on trouve 7 items qui comptent un score de (2) et 7 items comptent un score de (3), ce qui indique la position négative du sujet par rapport à l'échelle.

On a remarqué que dans l'échelle du cas de Lamia, les items n°3 l'échec dans le passé et l'item n°4 sur la perte du plaisir et l'item n°6 sur le sentiment d'être puni et l'item n°8 sur l'attitude critique envers soi, l'item n°17 sur l'irritabilité et l'item n°18 sur la modification de l'appétit et l'item n°20 sur la fatigue qui compte un score de (3).

Ainsi les items n°5 sur les sentiments de culpabilité, et les items n°7 sur les sentiments négatifs envers soi-même, l'item n°10 sur les pleurs et l'item n°11 sur l'agitation et l'item n°12 sur la perte d'intérêt, l'item n°14 sur la dévalorisation et l'item n°19 sur la difficulté à se concentrer qui compte un score de (02).

Les signes qui indiquent un score moins élevé avec un score de (1) représente l'item n°1 sur la tristesse, l'item n°9 sur la pensée au désir du suicide, l'item n°15 sur la perte d'énergie, l'item n°16 sur la modification des habitudes, l'item n°21 sur la perte d'intérêt pour le sexe.

5-Conclusion du cas :

L'analyse de l'entretien de l'échelle de Beck avec une note totale de 40, située entre 28 et 63 indique que le sujet souffre d'une dépression sévère, ça

Chapitre IV

concerne les résultats de l'échelle par le fait que toutes les réponses ont un score supérieur de (0).

Le cas n°8 :

1-Présentation du cas

Il s'agit de monsieur « Mohand », âgé de 53 ans, habité à la ville de Bejaia, il est un chauffeur de taxis, il est marié et père de deux garçons et une fille, il est le troisième d'une fratrie de trois garçons et trois filles et il souffre d'un cancer au niveau du cavum depuis 3 mois.

2-Analyse de l'entretien :

Pendant l'entretien, monsieur Mohand s'est montré coopératif, ce qui nous a facilité l'entretien avec lui.

Ce patient découvrit sa maladie après une simple opération qu'il a fait au niveau des angliens : « J'avais vraiment du stress car je m'attendais pas ». Il est le premier qui a eu cette tumeur dans sa famille et il nous a dit qu'il était un peu en mauvaise humeur pendant la première cure de la chimiothérapie mais il a un bon caractère maintenant parce qu'il est d'après lui très bien entouré et surtout par sa femme, mais malheureusement il ne pratique pas ses loisirs comme avant : « J'étais sportif mais maintenant je ne peux plus pratiquer du sport », et à propos de son avenir, il estime aider ses enfants.

Monsieur Mohand avait une thérapie éducative sur son traitement et le plus difficile pour lui c'était la première cure qu'il a fait, « c'est difficile mais efficace », et il a aussi accepté les changements physiques, qui sont dus au traitement et il attend normalement son rendez-vous.

Chapitre IV

3-Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

| | 0 | 1 | 1J | 1B | 2 | 2J | 2B | 3 | 3J | 3B |
|-------|---|---|----|----|---|----|----|---|----|----|
| I | X | | | | | | | | | |
| II | | X | | | | | | | | |
| III | X | | | | | | | | | |
| IV | | X | | | | | | | | |
| V | | X | | | | | | | | |
| VI | X | | | | | | | | | |
| VII | X | | | | | | | | | |
| VIII | | | | | X | | | | | |
| IX | X | | | | | | | | | |
| X | X | | | | | | | | | |
| XI | | X | | | | | | | | |
| XII | | | | | X | | | | | |
| XIII | | | | | X | | | | | |
| XIV | X | | | | | | | | | |
| XV | | X | | | | | | | | |
| XVI | X | | | | | | | | | |
| XVII | | X | | | | | | | | |
| XVIII | | | | | | | X | | | |
| XIX | | | | | X | | | | | |
| XX | | | | | | | | X | | |
| XXI | | | | | X | | | | | |

Tableau N° 10 : résultats de l'échelle de Beck du cas 8.

La dépression de Mohand est modérée avec un total 21 sur l'échelle de Beck

Chapitre IV

4-Analyse de l'échelle de Beck :

En se référant aux résultats de l'échelle, Mohand représente une dépression modérée d'une note totale²¹ située entre 20 et 27.

Parmi les réponses qui ont un score de (0), on trouve l'item n°1 sur la tristesse et l'item n°6 sur les sentiments d'être puni et l'item n°16 sur la modification dans les habitudes du sommeil.

La majorité des réponses de ce sujet sont réparties entre celles qui ont un score de (1) et celles qui ont un score de (2) tel que le pessimisme à l'item n°2 et la perte du plaisir à l'item n°4 et les sentiments de culpabilité à l'item n°5, l'agitation à l'item n°11 et la perte d'énergie à l'item n°15, l'irritabilité à l'item n°17 qui compte un score de (1), l'item n°8 sur l'attitude critique envers soi, l'item n°12 sur la perte d'intérêt, l'item n°13 sur l'indécision, l'item n°19 sur la difficulté à se concentrer et la perte d'intérêt pour le sexe, l'item n°18 sur la modification de l'appétit qui compte un score de (2), le score de (3) ne se trouve que dans un item qui sont l'item n°20 sur la fatigue.

5-Conclusion du cas :

L'analyse de l'entretien de ce sujet montre que ce sujet a représenté une dépression au début qui n'est pas vraiment élevée et qui s'est diminué aussi avec le temps, cependant l'échelle indique que le sujet représente une dépression modérée avec des scores variés.

Le cas n°9 :

1-Présentation du cas :

Il s'agit de Mme « Naima », âgée de 58 ans, demeurant à Sétif, sans profession, elle est veuve et elle n'a pas d'enfants, elle est la deuxième d'une fratrie de 2 garçons et 1 fille, elle est atteinte d'un cancer du sein depuis 1 an.

Chapitre IV

2-Analyse de l'entretien :

A l'entretien de Mme Naima, elle s'est montrée intéressée et elle nous a décrit le motif de sa première consultation : «hussegh s lhadja teqqur deg yedmaren-iw, khedmegh la biopsie et après m id découvrigh lehlak-iw khedmegh l'ablation. J'ai senti quelque chose qui est dure à mon sein, j'ai fait la biopsie et après la découverte de ma maladie, j'ai fait l'ablation du sein ». Cette patiente était très malheureuse à l'annonce du diagnostic et elle annonce : « J'ai pleuré, j'étais inquiétée et dégoûtée. Elle est la première qui a le cancer dans sa famille, et elle paraît des fois en mauvaise humeur, elle dort normalement et elle est bien entourée, elle pratique ses loisirs comme avant et elle désire la guérison et le retour à sa vie normale.

Mme Naima n'a pas eu une thérapie éducative en ce qui concerne le traitement chimiothérapique et elle souffre des effets secondaires de ce traitement, la chose la plus difficile pour elle c'est l'ablation du sein et à l'approche de chaque nouvelle séance, elle dit : «ttrugh, qelqegh, dégoûtigh ». « ttqelliqegh u ttussugh i lweqt yett3edday rapide mlih ». « Je m'inquiète et je sens que le temps passe trop rapide ».

Chapitre IV

3-Présentation des résultats de l'échelle de Beck :

| | 0 | 1 | 1J | 1B | 2 | 2J | 2B | 3 | 3J | 3B |
|-------|---|---|----|----|---|----|----|---|----|----|
| I | | X | | | | | | | | |
| II | X | | | | | | | | | |
| III | X | | | | | | | | | |
| IV | | | | | | | | X | | |
| V | | | | | X | | | | | |
| VI | | X | | | | | | | | |
| VII | X | | | | | | | | | |
| VIII | | X | | | | | | | | |
| IX | X | | | | | | | | | |
| X | | | | | X | | | | | |
| XI | X | | | | | | | | | |
| XII | | X | | | | | | | | |
| XIII | X | | | | | | | | | |
| XIV | X | | | | | | | | | |
| XV | | X | | | | | | | | |
| XVI | | | | | | | X | | | |
| XVII | X | | | | | | | | | |
| XVIII | | | | | | | | X | | |
| XIX | | X | | | | | | | | |
| XX | | | | | | | | X | | |
| XXI | | | | | | | X | | | |

Tableau N°11 : résultats de l'échelle du cas 9.

La dépression de Naima est modère avec not un totale 23 sur l'échelle de Beck.

Chapitre IV

4-Analyse de l'échelle de Beck :

D'après l'analyse de l'échelle de Naima, on a constaté qu'elle souffre d'une dépression modérée, en effet plusieurs réponses ont donc un score élevé dans l'item n°4 sur la perte du plaisir à un score de (3), un autre signe indicateur de la dépression chez le sujet, la fatigue à l'item n°20 et aussi d'un score élevé malgré les autres scores qui sont très bas et qu'ils comptent un score de (1). D'après les scores marqués par le sujet, les sentiments d'être puni à l'item n°6, l'attitude critique envers soi à l'item n°8, la perte d'intérêt à l'item n°12 et la perte d'énergie à l'item n°15, l'item n°19 sur la difficulté à se concentrer.

Les items précédents sont des réponses qui prennent des scores importants d'après ce que le sujet a répondu, on trouve aussi c'est la perte du plaisir, les pleurs n°10, modification dans les habitudes du sommeil à l'item n°16, l'item n°21 sur la perte d'intérêt pour le sexe qui compte un score de (2).

C'est ce nombre considérable de signe indicateur qui poussent Naima à avoir une dépression modérée par le fait que plusieurs items comptent des scores très élevés, ou moyens, et quelque items avec des scores (1) en générale presque une moitié se trouve avec des (1) jusqu'à (3).

5-Conclusion du cas :

L'analyse de l'entretien et l'échelle de BED II indique que le sujet souffre d'une dépression modérée et ça concerne les résultats de l'échelle et la dépression chez le sujet sur l'angoisse de mort et l'inquiétude de quitter la vie et aussi due à la prise de conscience du traitement de la chimiothérapie.

Le cas n°10 :

1-Présentation du cas :

Il s'agit de Mme « Samia », âgée de 32 ans, habitée à Sidi Aiche, elle est mariée et mère d'une fille d'un an, elle a un niveau d'instruction de 9^{ème} année

Chapitre IV

secondaire (femme au foyer), elle est la quatrième d'une fratrie de 2 garçons et 2 filles. Samia a un cancer au côlon depuis 7 moi.

2-Analyse de l'entretien :

Les signes de la dépression sont fréquents sur le plan de l'humeur de Mme Samia dès le premier rencontre et avant d'entamer l'entretien, elle nous a dit qu'elle avait des douleurs très fortes avant de découvrir sa maladie et elle souffre encore, elle dit : « je préfère ad mmtegh wala lehzen-ayi » . « Je préfère la mort et non le malheur ». Elle nous informe qu'elle n'a au qu'une personne cancéreuse dans sa famille et quand on a parlé de l'humeur, elle nous a dit qu'elle paraît tout le temps en bonne humeur, elle nous a dit qu'elle paraît tout le temps en bonne humeur, elle annonce aussi qu'elle dors normalement mais quand on a parlé de ses proches, elle semble trop inquiétée et elle a envie de s'extérioriser en disant : « ula d wigad i yittilin ughalen djan iyi seg-mi zran helkegh, ayet n uxxam-iw we3ren surtout argaz-iw, ur yetthibbi-ara ad ixaled lghachi malgré nemyehmal ça fait 3echr snin, malheureusement yenbeddal yidi ». « Mes relations avec mes proches ont changé depuis ma maladie, j'ai une famille trop sévère et surtout mon mari qui n'est plus sociable, malgré qu'on a vécu une histoire d'amour de dix ans avant le mariage, malheureusement il a changé complètement envers moi ».

Chapitre IV

3-Présentation des résultats de l'échelle de Beck

| | 0 | 1 | 1J | 1B | 2 | 2J | 2B | 3 | 3J | 3B |
|-------|---|---|----|----|---|----|----|---|----|----|
| I | | | | | X | | | | | |
| II | | | | | X | | | | | |
| III | | | | | X | | | | | |
| IV | | X | | | | | | | | |
| V | | X | | | | | | | | |
| VI | | X | | | | | | | | |
| VII | X | | | | | | | | | |
| VIII | | X | | | | | | | | |
| IX | X | | | | | | | | | |
| X | | | | | X | | | | | |
| XI | | | | | X | | | | | |
| XII | | | | | X | | | | | |
| XIII | | X | | | | | | | | |
| XIV | X | | | | | | | | | |
| XV | | | | | X | | | | | |
| XVI | X | | | | | | | | | |
| XVII | | | | | | | | X | | |
| XVIII | | X | | | | | | | | |
| XIX | | | | | | | | X | | |
| XX | | | | | | | | X | | |
| XXI | | | | | | | X | | | |

Tableau N° 12 : résultats de l'échelle de Beck du cas10.

La dépression de Samia est sévère avec un totale 31 sur l'échelle de Beck.

Chapitre IV

4-Analyse de l'échelle de Beck :

Les résultats obtenus dans l'échelle BED II indiquent que le sujet est atteint dans tous les items d'une dépression sévère par le fait que presque tous les items existants dans l'échelle du cas de Samia sont courée degré comme des signes indicateurs de la dépression chez elle.

On a constaté que la majorité des scores se trouvent entre élevés et très élevés, ceci dit que plusieurs signes montrent les cas dépressifs chez le sujet.

On trouve huit qui comptent un score de (2) et trois items qui comptent un score de (3), ce qui indique la position négative du sujet par rapport à l'échelle.

A l'item n°1 qui compte un score de (2), on trouve qu'il manifeste la tristesse et l'item n°2 sur le pessimisme et l'item n°3 sur l'échec dans le passé et l'item n°10 sur les pleurs, l'item n°11 sur l'agitation, l'item n°12 sur la perte d'intérêt et l'item n°15 sur la perte d'énergie, ainsi l'item n°17 sur l'irritabilité, l'item n°19 sur la difficulté à se concentrer et l'item n°20 sur la fatigue qui compte un score de (3).

Les signes qui indiquent un score moins élevé avec un score de (1) représentent l'item n°4 sur la perte du plaisir, l'item n°5 sur les sentiments de culpabilité, l'item n°6 sur les sentiments d'être puni, l'item n°8 sur l'attitude critique envers soi, l'item n°13 sur l'indécision et l'item n°18 sur la modification de l'appétit.

5-Conclusion du cas

L'analyse de l'entretien de l'échelle de Beck avec une note totale 31 située entre 28 et 63 indiquant que le sujet souffre d'une dépression sévère.

Chapitre IV

Discussion des hypothèses :

Celle là est consacrée à la discussion des hypothèses à nos deux variables sur lesquelles est focalisée notre étude.

-On a constaté que l'ensemble de nos cas présentés dans cette étude présentent une dépression qui diffère dans l'intensité d'un cas.

- Donc d'après les résultats obtenus à partir de l'échelle de Beck BDI II pour la mesure de la dépression, notre hypothèse est la suivante ; les cancéreux sous traitement à la chimiothérapie souffrent d'une dépression, et la chimiothérapie favorise la dépression chez les patients cancéreux.

-Effectivement, nos dix cas ont confirmé notre hypothèse, car tous ces derniers ont montré la présence d'une dépression variante d'un cas à un autre, d'une dépression légère, modérée ou sévère.

- On n'a pas trouvé de cas qui ne présente pas de dépression dans les résultats de l'échelle de Beck. Les cas qui ont présenté une dépression légère sont : Lila, Abdesslam, Boussaid. Les cas qui ont présenté une dépression modérée : Said, Naima, Mohand. Les cas qui ont présenté une dépression sévère : Samia, Souhila, Akila, Lamia.

-Lila a montré qu'elle était satisfaite de notre intervention, elle a répondu à nos questions, mais elle nous a paru tout de même fatiguée notamment physiquement, elle se rattache à l'espoir de vivre comme avant.

-Abdesslam aussi fait preuve de courage lors de notre entretien, c'est un homme qui souffre beaucoup physiquement avec un sentiment de culpabilité et de fatigue. Boussaid a montré qu'il est satisfait de notre intervention, il souffre beaucoup physiquement avec les sentiments négatifs envers soi-même. Said est un homme à l'humeur changeante avec un sentiment de culpabilité et une très grande fatigue à cause la maladie.

Chapitre IV

-Naima est une femme qui fait preuve de courage lors de notre entretien, la fatigue à cause de la maladie, elle se réconfort en disant qu'elle n'est pas seule. Mohand est un homme qui est fragile psychologiquement suite à sa maladie. Souhila est une patiente qui a pleuré durant l'entretien et la culpabilité manifeste, elle est fragile psychologiquement suite à sa maladie. Akila est une femme triste, elle a pleuré durant tout l'entretien, elle a une angoisse de mort, elle s'inquiète pour ses enfants. Lamia se sent abandonnée par son mari, elle est triste et elle se dévalorise beaucoup.

-Notre hypothèse à propos des patients atteints d'un cancer sous traitement à la chimiothérapie est confirmée et non absolu car les résultats de notre groupe de recherche ne représentent qu'un petit échantillon.

-Il est très important de souligner que l'entourage familial et sociale a une grande influence sur la capacité des patients à faire face à leurs maladie à travers les renforcements positifs qu'elle reçoit, qui les aident à modifier les cognitions et les perceptions négatives envers soi et envers leur maladie. Notre hypothèse ; « la chimiothérapie favorise la dépression chez les cancéreux », elle a été aussi confirmée bien que les patients recevant une chimiothérapie ressentent à la fois un inconfort somatique et une instabilité psychologique.

Conclusion

Conclusion

-Le cancer est une maladie grave mais aussi une maladie qui fait peur et qui est souvent assimilé à la mort ; elle affecte l'individu dans son corps mais aussi dans son psychisme. Au cours de notre travail, nous avons pu observer que les cancéreux sous traitement à la chimiothérapie souffrent d'un trouble psychique qui est la dépression.

-Ce travail est réalisé à base d'une recherche bibliographique, d'une visite sur le terrain et de quelques observations faites durant la pré-enquête et des résultats obtenus à partir de la passation des entretiens et des échelles.

-Il est à rappeler que la réalisation de ce travail de recherche avait rencontré quelques obstacles, tel que les problèmes survenus concernant la fatigue des patients sous le traitement de la chimiothérapie, ainsi ces obstacles ont mené à ne pas pouvoir réaliser notre travail dans un climat favorable pour aboutir à une recherche digne, mais cette recherche reste une bonne expérience à travers laquelle on a appris beaucoup de chose sur le plan pédagogique, personnel est humain.

-Pour tous les cas rencontrés, nous avons constaté des symptômes dépressifs tels que la tristesse, la fatigue, et la perte d'intérêt.

-Il est aussi à signaler que nous avons aboutis aux résultats désirés à travers cette recherche du faite qu'on a confirmé nos hypothèses.

-Pour conclure, on espère qu'à travers cette recherche nous avons pu ouvrir de nouvelles perspectives sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieures telles que :

1-L'angoisse de mort chez les cancéreux.

2-L'image du corps chez les cancéreux.

3-Les stratégies de coping du patient face au cancer.

Bibliographie

La liste bibliographique :

Liste des ouvrages :

- 1- ANDRE. M, Comprendre la chimiothérapie, Ed Institut National du cancer, France, 2008.
- 2- ANGERS. M, Initiation Pratique à la Méthodologie des Sciences Humaines, Ed Casbah, Algérie, 1997.
- 3- ASSELLAH. F, Anatomie Pathologique Générale, Ed Office des Publications Universitaires, Alger, 2005.
- 4- BECK.A.T, STEER.R.A et BROW.G.K., BDI-II, manuel, Inventaire de Dépression de Beck, 2^{ème} Ed, les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris, 1998.
- 5- BESANCON. G, Manuel de psychopathologie, Ed Dunod, Paris, 2005.
- 6- BOUVARD. M et COTTRAUX. J, Protocoles et Echelles d'Evaluation en Psychiatrie et en Psychologie, Ed Masson, Paris, 2002.
- 7- CHAHRAOUI. K et BENONNY, Méthodes, Evaluation et Recherches en psychologie Clinique, Ed Dunod, Paris, 2003.
- 8- CHILAND. C, L'entretien Critique, Ed Puf, Paris, 1983.
- 9- COTTRAUX. J, Les thérapies comportementales et cognitives, Masson, Paris, 2001.
- 10- GRIFFITHS. A et GELBART. W et MILLER.J et LEWONTIN., Analyse Génétique Moderne, Ed De Boeck Université, Paris, 2001.
- 11- MERIC. J-B et ZELEK. L et KHAYAT. D, Guide pratique de cancérologie, Masson, 2004.
- 12- PALAZZOLO. J, Dépression et anxiété, Ed Masson, 2007.
- 13- PEDINIELLI. J-L, et Bernoussi. A, Les états dépressifs, Ed Armand Colin, Nathan/Sejer, 2005.

13- PIGNARE .P, comment la dépression est devenue une épidémie, Ed la découverte, Paris, 2001.

14- RICHARD. C-B et BUNGNER. C, Psychopathologie de l'adulte, Ed Armand Colin, 2002.

15- SCOTTE. F et COLLONNA. P et ANDRIEU. J-M., Cancérologie, Ed ellipses, Paris, 2002.

Dictionnaires :

1-SILLAMY Nobert., Dictionnaire de la psychologie, Ed Larousse, Paris. 1999.

2-Dictionnaire médical, 6ème édition, Masson, 2009.

3-Dictionnaire médical MANUILA, 10 édition, Masson, Paris, 1999.

4-Dictionnaire médical de Larousse.

5-Le petit Larousse de la médecine, Ed Larousse, 1 ère édition 1997.

6-Grand dictionnaire de psychologie, Larousse, Bordas, 1999.

Sites internet :

1-[Http://fr.Wikipédia.Org/wiki/Cancer](http://fr.Wikipédia.Org/wiki/Cancer) (consulté le 01/02/2015 à 15 : 00).

2-<http://www.Wikipédia.Dépression/psychiatrie> (consulté le 06/O3/2015 à 14 :14).

Annexes

-Le guide d'entretien :

I- Les informations personnelles :

1-Nom :

2-Prénom :

3-Age :

4-Niveau d'instruction :

5-Situation familiale :

-Axe I : L'état dépressif.

1-Quel-est le motif de votre première consultation ?

2-Parlez-moi de la période avant l'annoncé du diagnostic ?

3-Quelle-est votre réaction à la connaissance de votre maladie ?

4-Ya quelqu'un qui souffre de la même maladie dans votre entourage ?

5-Etes-vous généralement en bonne humeur ?

6-Est-ce que vous avez des troubles du sommeil ?

7-Est-ce que vos relations ont changé avec vos proches depuis votre maladie ?

Si oui, comment ?

8-Pratiquez-vous vos loisirs comme avant ?

9-Comment vous voyez votre avenir ?

10-Avez-vous un soutien pendant cette période ?

-Axe II : Les cancéreux sous traitement à la chimiothérapie.

1- Quel est votre traitement ? Et qu'elle est sa période ?

2- Avez-vous eu une thérapie éducative sur le traitement avant, pendant et après ?

3- Êtes-vous préparé psychologiquement pour entamer le traitement ?

4- Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous dans cette maladie ?

5- Comment vous supportez les effets de la chimiothérapie ?

6- Avez-vous accepté les changements physiques qui sont dus au traitement ?

7- Comment vous vous sentez à l'approche de chaque nouvelle cure ?

Annexe N°4 : résultats de l'échelle de Beek pour les 10 cas

| LES ITEMS | 1eme CAS | 2eme CAS | 3eme CAS | 4eme CAS | 5eme CAS | 6eme CAS | 7eme CAS | 8eme cas | 9eme CAS | 10eme cas |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| I | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| II | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| III | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 2 |
| IV | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 |
| V | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| VI | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 |
| VII | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| VIII | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| IX | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| X | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 |
| XI | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 |
| XII | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| XIII | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 |
| XIV | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| XV | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| XVI | 2 | 0 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| XVII | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 3 |
| XVIII | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 0 | 3 | 2 | 3 | 1 |
| XIX | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| XX | 0 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 30 |
| XXI | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| MOYENNE | 29 | 13 | 32 | 13 | 19 | 22 | 40 | 21 | 23 | 31 |
| TYPE DE DEPRESSION | sévère | légère | sevrée | légère | légère | modérée | sévère | modérée | modérée | sévère |

Liste des annexes :

| N° de l'annexe | Titre |
|-----------------------|--|
| Annexe N°01 | Guide d'entretien |
| Annexe N°02 | Echelle de Beck en français |
| Annexe N°03 | Echelle de Beck en arabe |
| Annexe N°04 | Résultats de l'échelle de Beck des 10cas |

-Résumé :

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

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

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