



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
Ministère De L'enseignement Supérieur Et De La Recherche Scientifique



Université KASDI Merbah_ Ouargla

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Département de Médecine

ANXIETE ET DEPRESSION CHEZ LES PATIENTS CANCEREUX SELON L'ECHELLE DE HADS.

**Etude descriptive chez les cancéreux hospitalisés au niveau du centre de lutte
contre le cancer à l'EPH Mohamed BOUDIAF _ Ouargla pendant sept mois.**

Mémoire fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par :

TRABELSI Boutheyne

BEN MOUSSA Ikhlas

Encadré par :

Dr. BAIT Soumiya Maître de conférences B en psychiatrie

Devant le jury composé de :

Dr. TAHRI Ramzi	Président	Maitre-assistant en psychiatrie.
Dr. BETTAYEB Mohamed Taher	Examineur	Assistant en psychiatrie.
Dr. DEBBA Issam	Examineur	Assistant en Radiothérapie.

Année Universitaire :

2023-2024





REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
Ministère De L'enseignement Supérieur Et De La Recherche Scientifique

Université KASDI Merbah Ouargla

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Département de Médecine

ANXIETE ET DEPRESSION CHEZ LES PATIENTS CANCEREUX SELON L'ECHELLE DE HADS.

**Etude descriptive chez les cancéreux hospitalisés au niveau du centre de lutte
contre le cancer à l'EPH Mohamed BOUDIAF _ Ouargla pendant sept mois.**

Mémoire fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par :

TRABELSI Boutheyna

BEN MOUSSA Ikhlas

Encadré par :

Dr. BAIT Soumiya Maître de conférences B en psychiatrie.

Devant le jury composé de :

Dr. TAHRI Ramzi	Président	Maitre-assistant en psychiatrie.
Dr. BETTAYEB Mohamed Taher	Examineur	Assistant en psychiatrie.
Dr. DEBBA Issam	Examineur	Assistant en Radiothérapie.

Année Universitaire :

2023-2024



REMERCIEMENTS

« Qui ne remercie pas les gens, ne remercie pas Dieu »

On remercie dieu tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire.

Tout d'abord, ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu avoir le jour sans l'aide et l'encadrement de **Dr. BAIT Soumiya Maître de conférences B en psychiatrie**, on le remercie pour la qualité de son encadrement exceptionnel pour sa patience sa rigueur et sa disponibilité durant notre préparation de ce mémoire.

Nous tenons à remercier également les membres de jury d'avoir accepté de lire et évaluer ce travail de recherche.

Notre remerciement s'adresse à tous notre maîtres, l'ensemble du personnel médical et chirurgical d'EPH Mohamed BOUDIAF-Ouargla et l'ensemble du personnel administratif et technique de Faculté de Médecine d'université KASDI Merbah Ouargla.

DEDICACE

Je dédie ce travail à :

A mon très cher père

Que nulle dédicace ne puisse exprime mes sincères sentiments pour leur encouragement continu et leur aide, tu as été pour moi durant tout ma vie le père exemplaire, l'ami et le conseiller. Puisse cette thèse symboliser le fruit de vous longues années de sacrifices.

Puis Dieu, le tout puissant, vous protège et vous accorde une bonne santé et une longue vie.

A ma très chère mère

La personne dont je suis fier toute ma vie, la source de tendresse, quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai te remercier comme il se doit. Merci pour tes encouragements perpétuels, tes conseils d'or et votre soutien dans les moments difficiles, ta présence à mes côtés est toujours ma source de force.

Qu'ALLAH le tout puissant te bénisse et t'accorde longévité, santé, paix et prospérité.

A mon très cher frère : Alla

Qui toujours été là pour nous, notre fierté

A mes chères sœurs : Yasmine, Saba

Votre aide, votre générosité, votre soutien ont été pour moi une source de courage et de confiance.

A mon chère cousine Kawther.

Tous mes amies

Lina, Dr. Hanane, Dr.Moufida, Boutheyne, Khadidja, et Kenza merci mes chères et tous mes collègues.

A tous les membres de ma famille.

A ma chère Ikhlas

Je dédié ce travail à mon binôme ; je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles. Je te souhaite plein de succès dans ta vie.

Boutheyne

Dédicace :

C'est avec profond gratitude et sincères mots, que je dédie ce modeste travail à mes chers parents ; qui ont sacrifié leur vie pour ma réussite, qui m'ont toujours poussé et motivé dans mes études.

J'espère qu'un jour, je peux leurs rendre un peu de ce qu'ils ont fait pour moi, que dieu leur prête bonheur et longue vie.

A mes chères sœurs : Amina et Choukrane, à mes chers frères : Abdelkedous et Raafat. Ils m'ont chaleureusement supporté et encouragé tout au long de mon parcours.

A ma chère petite Loudjaine.

A toute ma famille, mes proches sources d'espoir et de motivation.

*A ma chère ; **TRABELSI** Boutheyna, mon binôme pour son entente et sa sympathie.*

A tous mes amis qui m'ont encouragé, et à qui je souhaite plus de succès.

A tous ceux que j'aime.

Neklas

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	VI
RESUME	XIV
ABSTRACT	XV
ملخص	XVI
INTRODUCTION	1
REVUE DE LITTERATURE.....	4
CHAPITRE 1 :	5
LA MALADIE CANCEREUSE	5
1.1. Généralités, définition.....	6
1.2. Epidémiologie :.....	6
1.3. Classification des cancers :.....	7
1.4. Le diagnostic des cancers :.....	10
1.5. Quels sont les traitements du cancer ?.....	11
1.6. Les répercussions psychiatriques du cancer :	12
CHAPITRE 2 :	15
L'ANXIETE ET LA DEPRESSION	15
2.1. L'anxiété :.....	16
2.1.1. Définition :.....	16
2.1.2. La symptomatologie anxieuse :.....	17
2.1.3. Diagnostic :.....	18
2.2. La dépression :.....	19
2.2.1. Définition :.....	19
2.2.2. Classification :	19
2.2.3. Manifestation clinique :.....	21
2.2.4. Diagnostique :.....	21
CHAPITRE 3 :	24
LIEN ENTRE L'ANXIETE, LA DEPRESSION ET LE CANCER	24
3.1. Lien entre l'anxiété et dépression :.....	25
<i>Tous ces éléments ont conduit à faire l'hypothèse d'un continuum possible entre anxiété et dépression.</i> <i>Celle-ci reste cependant encore largement à confirmer par des études appropriées.....</i>	25
3.2. Lien entre l'anxiété et cancer :.....	25
3.3. Lien entre dépression et cancer :	26
3.4. L'Anxiété et la dépression et la maladie du cancer.....	29
CHAPITRE 4 :	30
Echelle HADS :.....	31
PARTIE PRATIQUE	33
MATERIELS ET METHODES	34
1. TYPE DE L'ETUDE :	35
2. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE :.....	35
3. CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ECHANTILLON :	35
4. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION :.....	35
5. METHODOLOGIE :	36
6. ANALYSE STATISTIQUE :	37

7. ASPECTS ETHIQUES :	37
8. LES VARIABLES ETUDIEES :	37
RESULTATS.....	39
I. ANALYSE UNIVARIEE :	40
1.1. <i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	40
1.2. <i>Caractéristiques cliniques :</i>	45
1.3. <i>Les répercussions psychologiques, physiques et socioéconomiques après la découverte du cancer</i>	49
1.4. <i>Caractéristiques thérapeutiques et pronostiques :</i>	50
1.5. <i>Dépistage et évaluation de l'anxiété et de la dépression de notre population d'étude selon l'échelle d'évaluation Psychométriques HADS :</i>	53
1.6. <i>Prévalence de l'anxiété et de la dépression dans notre population</i>	54
CHAPITRE 2. ANALYSE BI VARIÉE	55
1. <i>Corrélation entre la dépression et les paramètres étudiées :</i>	56
1.1. Paramètres sociodémographiques :	56
1.2. Caractéristiques cliniques.....	60
1.3. Les répercussions psychologiques, physiques et socio-économiques après la découverte du cancer .	64
1.4. Caractéristiques thérapeutiques.....	67
2. <i>Corrélation entre l'anxiété et les paramètres étudiées :</i>	71
2.1. Paramètres sociodémographiques :	71
2.2. Caractéristiques cliniques.....	75
2.3. Les répercussions psychologiques, physiques et socio-économiques après la découverte du cancer .	80
2.4. Caractéristiques thérapeutiques.....	83
DISCUSSION	88
LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE :	101
RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES :	102
CONCLUSION	103
BIBLIOGRAPHIE.....	106
ANNEXES.....	112
ANNEXE1	113
ANNEXE 2.....	116
ANNEXE 3.....	117

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Division d'une cellule normal et cellule cancéreuse	6
Figure 2 : Réparation des nouveaux cas.....	7
Figure 3 : Incidence d cancer en Algérie	7
Figure 4 : Exemple du développement d'un cancer	10
Figure 5: Les étapes pour établir le diagnostic du cancer	11
Figure 6 : Répartition des cancéreux selon le sexe	40
Figure 7 : Répartition des cancéreux selon l'âge	41
Figure 8 : Boîte à moustache (boxplot) : Répartition des cancéreux selon l'âge et le sexe.....	41
Figure 9 : Répartition des cancéreux selon le statut matrimonial	42
Figure 10 : Répartition des cancéreux selon le niveau d'instruction	43
Figure 11 : Répartition des cancéreux selon la profession	43
Figure 12 : Répartition des cancéreux selon le niveau socio-économique.....	44
Figure 13 : Répartition des patients cancéreux selon leur origine géographique	45
Figure 14 : Répartition des cancéreux selon les ATCDS médicaux	45
Figure 15 : Répartition des cancéreux selon les ATCDS chirurgicaux.....	46
Figure 16 : Répartition des cancéreux selon les ATCDS d'un cancer dans la famille.....	47
Figure 17 : Répartition des cancéreux selon la localisation du cancer	47
Figure 18 : Répartition des cancéreux selon le type de cancer	48
Figure 19 : Répartition des cancéreux selon le stade de cancer.....	48
Figure 20 : Répartition des cancéreux selon délai de découverte de cancer.....	49
Figure 21 : Répartition des cancéreux selon l'attitude de l'entourage	50
Figure 22 : Répartition des cancéreux selon la cause de la gêne	50
Figure 23 : Répartition des cancéreux selon le traitement reçu	51
Figure 24 : Répartition des cancéreux selon l'évolution actuelle de la maladie cancéreux	51
Figure 25 : Répartition des cancéreux selon l'évolution actuelle de la maladie.....	52
Figure 26: Répartition des cancéreux selon la connaissance de diagnostic.....	52
Figure 27 : Répartition des cancéreux selon le score de l'anxiété sous l'échelle A de HADS.....	53
Figure 28 : Répartition des cancéreux selon le score de la dépression sous l'échelle D du HADS.	54
Figure 29 : Répartition des cancéreux selon la prévalence de l'anxiété.....	55
Figure 30 : Répartition des cancéreux selon la prévalence de la dépression	55
Figure 31 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le sexe.....	56
Figure 32 : Répartition des cancéreux selon la dépression et l'âge	57
Figure 33 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la situation matrimoniale.....	58
Figure 34 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le niveau d'instruction.....	58
Figure 35 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la profession	59
Figure 36 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le niveau socio-économique	60
Figure 37 : Répartition des cancéreux selon la dépression et les ATCDS médicaux.....	61
Figure 38 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la localisation du cancer	62
Figure 39 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le type de tumeur	62
Figure 40 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le stade du cancer.....	63
Figure 41 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le Délai de découverte du cancer	64

Figure 42 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le changement de l'attitude de l'entourage.....	65
Figure 43 : Répartition des cancéreux selon la dépression et les ATCDS familiaux du cancer.	66
Figure 44 : : Répartition des cancéreux selon la dépression et la cause de gêne.	67
Figure 45 : : Répartition des cancéreux selon la dépression et le traitement reçu.	68
Figure 46 : Répartition des cancéreux selon la dépression et l'évolution actuelle de la maladie cancéreuse.	69
Figure 47 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la vision des patients à la venir.	70
Figure 48 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la connaissance de diagnostic.	71
Figure 49 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le sexe.	71
Figure 50 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et l'âge	72
Figure 51 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le statu matrimoniale.	73
Figure 52 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le niveau d'instruction	74
Figure 53 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la profession	74
Figure 54 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le niveau socioéconomique.	75
Figure 55 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et les ATCDS médicaux.	76
Figure 56 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la localisation de cancer.	77
Figure 57 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le type de tumeur.	78
Figure 58 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le stade de cancer.....	79
Figure 59 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le délai de découverte du cancer.	80
Figure 60 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le changement de l'attitude de l'entourage.	81
Figure 61 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et les ATCDS familiaux du cancer.	82
Figure 62 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la cause de gêne.	83
Figure 63 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le traitement reçu.	84
Figure 64 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et l'évolution actuelle de la maladie cancéreuse.	85
Figure 65 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la vision des patients à l'avenir.	86
Figure 66: Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la connaissance du diagnostic.	87

LISTE DES TABLEUX

Tableau 1 : Illustre les différents types de cancers selon le tissu dont ils sont originaires	8
Tableau 2 : répartition des cancéreux selon les ATCDS d'un autre cancer	46
Tableau 4 : Répartition des cancéreux selon le score de l'anxiété sous l'échelle A de HADS.	53
Tableau 5 : Répartition des cancéreux selon le score de la dépression sous l'échelle D du HADS.	54
Tableau 6 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le sexe.	56
Tableau 7 : Répartition des cancéreux selon la dépression et l'âge	57
Tableau 8 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la situation matrimoniale	57
Tableau 9 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le niveau d'instruction	58
Tableau 10 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la profession	59
Tableau 11 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le niveau socio-économique	59
Tableau 12 : Répartition des cancéreux selon la dépression et les ATCDS médicaux	60
Tableau 13 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la localisation du cancer	61
Tableau 14 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le type de tumeur	62
Tableau 15 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le stade du cancer	63
Tableau 16 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le Délai de découverte du cancer	63
Tableau 17 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le changement de l'attitude de l'entourage.....	65
Tableau 18 : Répartition des cancéreux selon la dépression et les ATCDS familiaux du cancer.....	65
Tableau 19 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la cause de gêne.	66
Tableau 20 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le traitement reçu.	67
Tableau 21 : Répartition des cancéreux selon la dépression et l'évolution actuelle de la maladie cancéreuse.	68
Tableau 22 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la vision des patients à la venir.....	69
Tableau 23 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la connaissance de diagnostic.....	70
Tableau 25 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le sexe.	71
Tableau 26 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et l'âge.....	72
Tableau 27 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le statu matrimoniale.	73
Tableau 28 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le niveau d'instruction	73
Tableau 29 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la profession.....	74
Tableau 30 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le niveau socioéconomique.	75
Tableau 31 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et les ATCDS médicaux.	76
Tableau 32 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la localisation de cancer.....	76
Tableau 33 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le type de tumeur.....	77
Tableau 34 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le stade de cancer.	78
Tableau 35 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le délai de découverte du cancer.	79
Tableau 36 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le changement de l'attitude de l'entourage.....	80
Tableau 37 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et les ATCDS familiaux du cancer.	81
Tableau 38 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la cause de gêne.	82
Tableau 39 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le traitement reçu.....	83
Tableau 40 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et l'évolution actuelle de la maladie cancéreuse.	84

Tableau 41 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et de la vision des patients à l'avenir.	85
Tableau 42 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la connaissance du diagnostic.	86

LISTE DES ABREVIATIONS

AJCC : American joint commette contre cancer.

APA : American psychiatric association.

AGF : Appareil génitale féminin.

ATCDS : Antécédents.

CAC : Centre anti cancéreux.

CIRC : Centre international de recherche sur cancer.

CLCC : Centre de Lutte Contre Cancer.

CIM : Classification international des maladies

cTNM: Clinical Tumor-Nodes-Metastasis.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual.

ED : Etat dépressive.

EPH : Etablissement public hospitalier.

HADs: The Hospital Anxiety and Depression Scale.

HBP : Hypertrophie bénine de prostate.

HP: helicobacter pylori.

IARC: International Agency for Research On Cancer

KC : Cancer.

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

ORL : Oto-rhino-laryngologie.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

pTNM: Pathologic Tumor-Node-Metastasis.

PVH: Papiloma virus humain.

SPSS: Statistical package for the social science.

UICC: Union For International Cancer Control.

VB : Voie biliaire.

RESUME

Introduction :

Le cancer est une maladie grave, qui entraîne souvent des troubles psychiatriques et perturbations du comportement chez les patients.

Notre objectif est de déterminer la prévalence des troubles anxieux et dépressifs selon l'échelle de HADS au sein d'une population de patients cancéreux et de décrire leur profil sociodémographique et clinique.

Matériels et méthodes :

Etude descriptive transversale, pendant 7 mois entre Octobre 2023 à Avril 2024, inclus 300 patients cancéreux pris en charge au centre de lutte contre cancer_Ouargla. Nous avons utilisé un questionnaire général et l'échelle de HADS.

Résultats et discussion :

Notre population est essentiellement des femmes (70%), l'âge moyen était de 52,78 ans avec des extrêmes de 16 à 80 ans. La majorité des patients étaient mariés (73,7%). 64,3% des patients sont sans travail et 76% des patients ont une situation moyenne. Les principales localisations du cancer qui ont été retrouvées sont : le sein (40%), Appareille génitale féminin (13,7%), le colon (10%).la plupart 43,3% des patients avaient un cancer au stade localement avancé. 89% des patients rapportent qu'il y avait un changement d'attitude positif de leur entourage. 40% recevaient un traitement chimiothérapie associé à la chirurgie. 92% des patients savaient qu'ils avaient un cancer. La prévalence de la dépression retrouvée est de 57,7% ; une corrélation significative avec la dépression et le stade du cancer, l'estimation du pronostic par le patient, l'évolution de la maladie et la connaissance de diagnostic de cancer. La prévalence de l'anxiété est de 60,7% ; une corrélation significative avec l'anxiété et l'âge, l'attitude de l'entourage, l'évolution de la maladie et la connaissance de diagnostic de cancer étaient corrélés à l'anxiété.

Conclusion :

Face aux maladies cancéreuses, les troubles anxieux et dépressifs sont très fréquents. C'est ce qui rend le soutien et la psychothérapie importants pour les patients atteints de cancer.

Mots clés : Cancer, anxiété et dépression, comorbidité, échelle de HADs, centre lutte contre le cancer.

ABSTRACT

Introduction:

Cancer is a serious disease that often leads to psychiatric disorders and behavioral disturbances in patients.

Our objective is to determine the prevalence of anxiety and depression disorders using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) within a population of cancer patients, and to describe their sociodemographic and clinical profile.

Materials and methods:

Cross-sectional descriptive study, conducted over 7 months between October 2023 and April 2024, including 300 cancer patients treated at the Ouargla Cancer Center. We utilized a general questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results and discussion:

Our population consisted mainly of women (70%), with a mean age of 52.78 years and a range from 16 to 80 years. The majority of patients were married (73.7%). 64.3% of patients were unemployed, and 76% had a moderate socioeconomic status. The primary cancer sites identified were the breast (40%), female genital system (13.7%), and colon (10%). Most patients (43.3%) had locally advanced cancer. 89% of patients reported a positive change in attitude from their social circle. 40% received chemotherapy in combination with surgery. 92% of patients were aware of their cancer diagnosis. The prevalence of depression was found to be 57.7%, with a significant correlation between depression and cancer stage, patient-perceived prognosis, disease progression, and awareness of the cancer diagnosis. The prevalence of anxiety was 60.7%, with a significant correlation between anxiety and age, social circle's attitude, disease progression, and awareness of the cancer diagnosis.

Conclusion:

Faced with cancerous diseases, anxiety and depressive disorders are very common. This is what makes support and psychotherapy important for cancer patients.

Key words: cancer, anxiety and depression, comorbidity, HADS scale, cancer Centre.

ملخص

مقدمة:

يعتبر السرطان مرضًا خطيرًا، والذي غالبًا ما يؤدي إلى اضطرابات نفسية واضطرابات في السلوك لدى المرضى. هدفنا هو تحديد انتشار الاضطرابات القلقية والاكتئابية وفقًا لمقياس HADS لدى مجموعة من مرضى السرطان ووصف حالاتهم الاجتماعية-الديموغرافية والجوانب السريرية.

المواد والطرق:

دراسة وصفية عرضية، لمدة 7 أشهر بين أكتوبر 2023 وأبريل 2024، شملت 300 مريض سرطان تم التعامل معهم في مركز مكافحة السرطان بورقلة. لقد استخدمنا استبيانًا عامًا ومقياس HADS.

النتائج والمناقشة:

تتألف مجموعتنا في الأساس من النساء (70%)، وكان متوسط العمر 52.78 عامًا، مع تشكيلات تتراوح بين 16 و80 عامًا. معظم المرضى متزوجين (73.7%). 64.3% من المرضى بدون عمل، و76% من المرضى يعيشون في ظروف متوسطة. وقد تم العثور بشكل رئيسي على سرطان في المواقع التالية: الثدي (40%)، الجهاز التناسلي الأنثوي (13.7%)، القولون (10%). وكان 43.3% من المرضى يعانون من سرطان في مرحلة متقدمة محليًا. يقول 89% من المرضى إن هناك تغييرًا إيجابيًا في موقف من حولهم. 40% كانوا يتلقون علاج الكيماوي مع الجراحة. كان 92% من المرضى يعلمون أن لديهم سرطان. وكان معدل انتشار الاكتئاب 57.7%؛ وجدت علاقة معنوية بين الاكتئاب ومرحلة السرطان، وتقدير المريض للتوقعات، وتطور المرض، ومعرفة التشخيص للسرطان. وكان معدل انتشار القلق 7.60%؛ وجدت علاقة معنوية بين القلق والعمر، وموقف الأشخاص المحيطين، وتطور المرض، ومعرفة التشخيص للسرطان.

الخلاصة:

أمام الأمراض السرطانية، تعتبر الاضطرابات القلقية والاكتئابية شائعة للغاية. وهذا ما يجعل الدعم والعلاج النفسي مهمين للمرضى الذين يعانون من السرطان.

كلمات مفتاحية: سرطان، اكتئاب وقلق، الاعتلال المشترك، مقياس HADS، مركز محاربة السرطان.

INTRODUCTION

Le cancer est devenu l'une des maladies incurables de notre époque et parmi les maladies les plus répandues à l'échelle mondiale et locale et demeure un problème majeur de santé publique. Qui touche l'intégrité physique de l'être humain, son bien-être, et nuit à sa santé.

Le nombre de patients diagnostiqués avec un cancer est en constante augmentation, environ 19,3 millions de nouveaux cas de cancer ont été enregistrés dans le monde en 2020, avec 10 millions de décès, selon l'IARC [1]

Alors que les données récentes sur le cancer dans la population Algérienne indiquent que près de 47050 nouveaux cas de cancer ont été enregistrés en 2022, avec plus de 25000 décès, selon les statistiques du ministère de la Santé.

Le cancer est une maladie qui menace non seulement la vie physique du patient, mais affecte également sa santé psychologique, le diagnostic par le cancer entraîne le malade dans un état de bouleversement des émotions et de détresse psychologique où il se soumet à une pénible série de traitements comme la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie qui met le patient dans une situation permanente de tristesse, de peur et de désespoir envers son état et sa chance de guérison.

De nombreuses études ont été menées pour étudier l'évolution de l'état psychologique des patients cancéreux à différents stades de la maladie : diagnostic, début du traitement, suivi médical, possibilité de rechute et enfin stade final. Comme chaque personne vit avec le cancer de manière individuelle et personnelle, mais aussi en fonction du stade d'évolution du cancer, et cela lui fait ressentir de nombreux sentiments différents qui se développent du choc post diagnostique à la tristesse et à l'anxiété, en passant par la dépression dans de nombreux cas d'intolérance, manque de soutien et de contrôle psychologique du patient.

La survenue d'un cancer entraîne bien souvent des troubles psychologiques, ce sont l'anxiété et la dépression qui prédominent :

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

La dépression est un trouble mental courant, caractérisé par la présence d'une humeur dépressive ou d'une perte durable de la capacité à éprouver du plaisir ou de l'intérêt. (OMS).

La difficulté est dans le dépistage précoce de ces troubles de l'humeur, puisque l'importance des troubles somatiques liés au cancer (par exemple : douleur physique, anorexie, fatigue, trouble du sommeil, trouble de la libido) est un ensemble des symptômes communs aux deux pathologies et peut par conséquent masquer un trouble anxieux ou dépressif, souvent dénié par le patient lui-même, d'où la nécessité d'une évaluation rigoureuse.

Dans notre pays, on en sait peu sur la santé psychiatrique de nos patients atteints du cancer, ce qui justifiait la nécessité de mener cette étude, car cela donnerait l'occasion d'évaluer les états anxieux et dépressifs afin d'améliorer les soins psychologiques dans les services d'oncologie.

Les objectifs de notre travail sont :

- Objectif principal :

Déterminer la prévalence de l'anxiété et la dépression au sein d'une population de patients atteints de cancer pris en charge dans le centre lutte contre le cancer (CLCC) à l'établissement public hospitalier Mohamed BOUDIAF_ Ouargla, sur une période d'une 7 mois.

- Objectifs secondaires :

- Dépistage et évaluation des états anxieux et dépressifs au sein d'une population de patients atteints de cancer pris en charge dans le centre anti cancéreux à l'EPH de Ouargla selon l'échelle HADs.
- Décrire le profil sociodémographique et clinique des patients cancéreux anxieux et déprimés.
- Déterminer les éventuels facteurs qui peuvent être influençant la survenue de l'anxiété et la dépression chez les patients cancéreux.

REVUE DE LITTERATURE

Chapitre 1 :

La maladie cancéreuse

1.1. Généralités, définition

Le mot "cancer" tire son origine du mot latin homonyme qui signifie crabe ; c'est le médecin Hippocrate qui le premier compare le cancer à quelque chose d'animal, de rond, et qui s'étend. Comme un crabe rond donc, avec ses longues pattes...

Le cancer est un terme générique désignant un large groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. Caractérisée par la prolifération incontrôlée de cellules, liée à un échappement aux mécanismes de régulation qui assure le développement harmonieux de notre organisme et la coexistence entre les cellules normales entre elles.

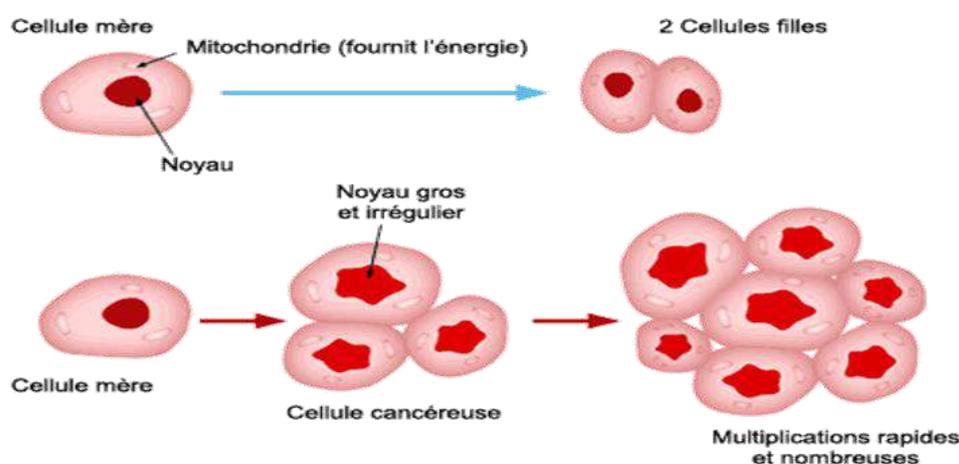


Figure 1 : Division d'une cellule normale et cellule cancéreuse [2]

En se multipliant de façon anarchique et en modifiant leur environnement, les cellules cancéreuses donnent naissance à des tumeurs de plus en plus grosses qui se développent en envahissant puis détruisant les zones qui les entourent (organes). Les cellules cancéreuses peuvent également essaimer à distance d'un organe pour former une nouvelle tumeur, ou circuler sous forme libre. [3]

1.2. Epidémiologie :

Au niveau mondial :

Selon les dernières estimations publiées par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), près de 20 millions de nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués dans le monde en 2022 et 9,7 millions de personnes mourront du cancer. [4]

1.2.2_ Au niveau national :

et selon les dernières estimations publiées par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), 64713 de nouveaux cas de cancer auraient été diagnostiqués en 2022 et près de 36 milles de personnes sont décédées d'un cancer [5]

	Males	Females	Both sexes
Population	22 912 687	22 437 454	45 350 141
Incidence*			
Number of new cancer cases	29 387	35 326	64 713
Age-standardized incidence rate	130.6	152.2	141.2
Risk of developing cancer before the age of 75 years (cum. risk %)	14.1	15.1	14.6
Top 3 leading cancers (ranked by cases)**	Lung Colorectum Prostate	Breast Colorectum Thyroid	Breast Colorectum Lung
Mortality*			
Number of cancer deaths	18 809	16 969	35 778
Age-standardized mortality rate	82.7	73.1	77.7
Risk of dying from cancer before the age of 75 years (cum. risk %)	8.7	7.8	8.2
Top 3 leading cancers (ranked by deaths)**	Lung Colorectum Bladder	Breast Colorectum Cervix uteri	Breast Lung Colorectum
Prevalence*			
5-year prevalent cases	72 408	105 310	177 718

Figure 3 : Incidence d cancer en DZ[5]

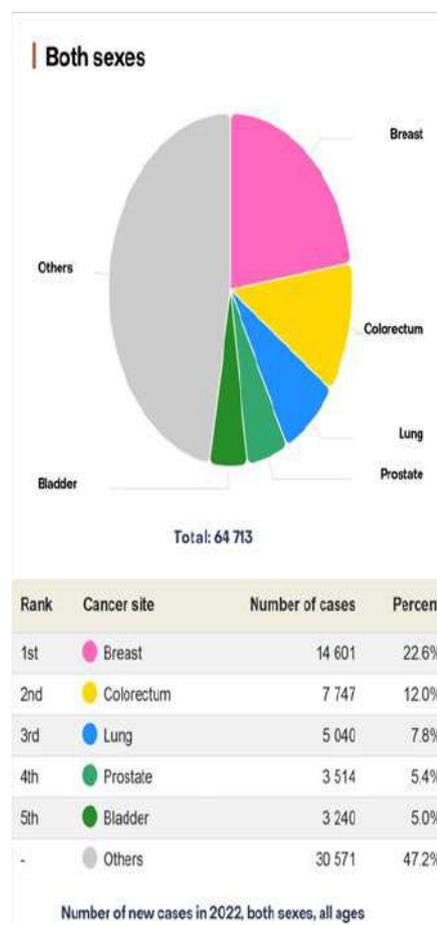


Figure 2 : Répartition des nouveaux cas

1.3. Classification des cancers :

1.3.1. Comment la classification du cancer est-il déterminé ?

Le stade peut être déterminé par des analyses d'imagerie médicale, des analyses de laboratoire ou d'autres tests et interventions. Il existe de nombreux systèmes de stadification. La plupart des systèmes de classification comprennent les renseignements suivants :

- L'emplacement de la tumeur ; ou le tissu d'origine des cellules tumorales
- La taille de la tumeur et/ou la profondeur de l'invasion ;

- La propagation ou non du cancer aux nœuds (ou ganglions) lymphatiques voisins ou à une partie différente du corps.

Cette classification permet aux différents médecins impliqués dans la prise en charge d'un patient atteint de cancer d'échanger leur point de vue sur la base d'un langage commun, de faire un pronostic et d'établir un schéma thérapeutique le plus adapté aux conditions du patient. Il permet également d'évaluer les résultats des traitements pour des tumeurs d'extension comparable.

1.3.2. Classification des cancers selon le type histologique :

Il existe plusieurs types de cancers, qui sont déterminés en fonction de l'histologie, autrement dit la nature du tissu dans lequel ils se développent.

1. Les cancers « solides » Les tumeurs solides peuvent se développer dans n'importe quel tissu : peau, muqueuses, os, organes, etc. ...
2. Les cancers « liquides » ou sanguins. On distingue 2 types de cancers dits liquides

Tableau 1 : Illustre les différents types de cancers selon le tissu dont ils sont originaires [6]

Type de cancers	Dénomination en fonction du type cellulaire d'origine		Exemples
Cancer "solides"	Carcinomes	Cellules épithéliales	Cancer du sein, poumon, prostate
	Sarcomes	Cellules mésenchymateuses musculaires, osseuses	Cancer des os, du cartilage
	Cancers neuro-ectodermiques	Cellules nerveuses	Tumeurs astrocytaires, méningées
Cancers hématopoïétiques ou "liquides"	Leucémies	Précurseurs de cellules sanguines	Cancer de la moelle osseuse
	Lymphomes	Lymphocytes	Cancer du système lymphatique

1.3.3. Classification "TNM" :

Le système de classification des cancers TNM (Tumor/Node/Metastasis) est un système reconnu internationalement et qui décrit l'extension d'une tumeur maligne à un moment donné dans un organe particulier. Ce système est mis à jour périodiquement par les experts

de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) et de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Des règles générales entrent en jeu dans l'application de ce système :

1) tous les cas doivent être d'abord confirmés microscopiquement par l'histologie ou la cytologie.

2) deux classifications clinique et pathologique sont données pour chaque tumeur.

- La classification clinique (cTNM) se base sur des données prétraitement : l'examen physique du patient, l'imagerie, l'endoscopie, les biopsies et la chirurgie exploratrice.

- La classification pathologique (pTNM) se base sur les résultats de l'examen histopathologie après une chirurgie .[7]

La classification " TNM" regroupe l'atteinte :

T : Extension de la tumeur primaire T1-T4: ce critère est établi en fonction de la taille de la tumeur primaire et/ou de l'infiltration des tissus et des organes de voisinage.

N : Extension dans les ganglions lymphatiques régionaux N0-N3

M : Métastases à distance M0-M1

1.3.4. Stadification des cancers :

Elle classe un cancer en fonction de l'étendue du cancer, à partir de l'ensemble des données du TNM

Le stade comprend fréquemment la taille de la tumeur, les parties de l'organe atteintes par le cancer, la propagation du cancer (métastases) et l'endroit où il s'est propagé.

L'extension de chaque tumeur peut être regroupée en stades, avec un Stade 0 pour les carcinomes in situ (carcinomes non-invasifs) et un Stade IV pour les carcinomes avec métastases à distance (tumeurs de moins bon pronostic).

Elle distingue cinq stades :[8]

- le stade 0 qui correspond à une tumeur dite in situ ;
- le stade 1 qui correspond à une tumeur unique et de petite taille ;

- le stade 2 qui correspond à un volume local plus important ;
- le stade 3 qui correspond à un envahissement des ganglions lymphatiques ou des tissus avoisinants ;
- le stade 4 qui correspond à une extension plus large dans l'organisme sous forme de métastases.

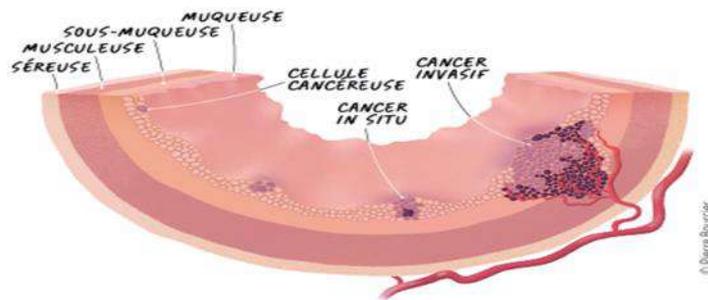


Figure 4 : Exemple du développement d'un cancer [8]

1.4. Le diagnostic des cancers :

Ils sont très variables selon la localisation. Dans certains symptômes sont plus étroitement liés à un diagnostic de cancer, et nécessite un bilan diagnostique du cancer, tels que l'hémoptysie, la dysphagie, les masses mammaires et les saignements post ménopausiques ou rectaux, les connaissances cliniques d'un médecin, avec les antécédents médicaux et les facteurs de risque du patient (tels que le tabagisme, les antécédents familiaux, alcool, les infection , HBP, PVH et l'obésité) sont essentiels pour déterminer la nécessité de procéder à d'autres examens.

1.4.1- le diagnostic positif :

Le diagnostic positif d'une tumeur maligne passe par 6 étapes, de la suspicion au diagnostic confirmé, ou la présence d'une preuve anatomo-pathologique est toujours nécessaire.

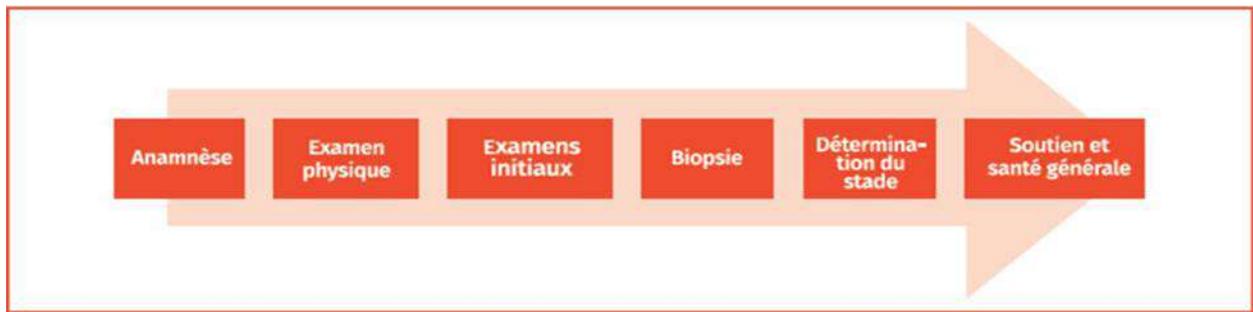


Figure 5: Les étapes pour établir le diagnostic du cancer [9]

1.5. Quels sont les traitements du cancer ?

Le traitement est variable d'un cas à l'autre en fonction :

- ✓ Du type de cancer ;
- ✓ De son étendue ;
- ✓ De sa vitesse de progression ;
- ✓ De l'âge ;
- ✓ De l'état de santé général du patient ;
- ✓ De la présence d'autres maladies.

Il est décidé par une équipe pluridisciplinaire. Les formes de traitement peuvent être administrées à différentes étapes de la maladie, selon son évolution. Leur effet est local ou général, mais tous les traitements visent à éliminer les cellules cancéreuses. Certains traitements sont curatifs et visent la guérison.

Les traitements palliatifs ralentissent voire stoppent son évolution, soulagent une douleur ou favorisent le fonctionnement d'un organe.

Les principaux traitements sont :

- ✓ La chirurgie : ablation de la tumeur. Elle sert aussi à comprendre la lésion et choisir un traitement.
- ✓ La chimiothérapie : prise de différents médicaments (protocole) par perfusion, orale, ou injection dans la tumeur ou l'organe, sur plusieurs mois. Les cures s'espacent de durées de repos. La destruction de cellules saines provoque des effets secondaires.
- ✓ La radiothérapie : exposition aux rayons ionisants avant ou après la chirurgie, pour stopper la multiplication des cellules cancéreuses.

- ✓ Les thérapies ciblées : neutralisation de cibles spécifiques dans les cellules cancéreuses.
- ✓ L'hormonothérapie : blocage de l'action d'hormones multipliant les cellules cancéreuses (cancer du sein et de la prostate).
- ✓ La greffe de moelle osseuse : don au patient de moelle saine pour traiter la leucémie ou le lymphome.
- ✓ L'immunothérapie : entraînement du système immunitaire à reconnaître les cellules cancéreuses pour les détruire.[10]

1.6. Les répercussions psychiatriques du cancer :

La maladie cancéreuse entraînant des troubles affectifs peut être considérés comme des réactions émotionnelles à une situation de danger qui débute avec le stress du diagnostic et du premier traitement.

Par l'expression « conséquences psychologiques du cancer », on entend deux ordres de faits :

- d'une part, les conséquences psychologiques de la maladie au moment notamment de sa découverte.
- d'autre part, les conséquences des traitements et des modalités d'adaptation des patients à des bilans et des thérapeutiques lourde .[11]

En raison des perceptions sociales et culturelles associées au cancer, l'individu dès qu'il reçoit la nouvelle de son atteint d'un cancer, il se sent menacé par son corps, son anxiété explose, sa franche souffrance psychologique commence, et les illusions de la mort apparaissent, elle le menace, et les manifestations psychologiques qui l'accompagnent apparaissent par étapes que Baillet et Bacqué (2009) résument dans :

- Le stade de l'incrédulité : où la nouvelle de la blessure fait exploser le narcissisme du patient avec son incapacité à supporter l'idée de " le corps l'a trahi".
- Le stade hystérique : Le patient y recourt comme un mécanisme défensif, comme une tentative de provoquer les caprices de la vie.
- L'étape réaliste : la conviction du patient que le corps l'a trahi, produit des réactions différentes selon les personnalités des individus, en plus du degré de gravité de la maladie et de son type.

Lacroix (2006) avec une équation pour rassembler ce qu'a évoqué Kübler-ross sur les cinq étapes de réponses réelles au diagnostic de la maladie et sur les neuf mécanismes de défense auxquels recourt le patient atteint de cancer que Martine Ruszniewski a décrit dans son livre " Face à la maladie grave", a résumé ces mécanismes comme suit : [12]

- ✓ **Refus** : La première chose à laquelle recourt au début un patient atteint d'un cancer est une réponse positive et protectrice qui permet d'atténuer la violence du choc de l'annonce de la maladie. Le patient se protège de la dure et douloureuse vérité, car ce mécanisme agit comme un filtre cognitif pour atténuer l'horreur de la foudre.
- ✓ **Irritation** : L'agressivité du patient est évidente dans toutes les directions, ce qui est difficile à tolérer, que ce soit de la part du personnel médical ou de la famille. Le cancer vient décevoir le patient sans qu'il puisse atteindre les objectifs qu'il s'est fixés, pour lesquels il a travaillé dur au cours des dernières années de sa vie. Cette agitation et cette rébellion sont une projection de sa colère sur des gens qui peuvent profiter de ce qu'il ne peut pas, alors il se sent lésé, impuissant et dépendant. C'est comme un cri disant à son entourage qu'il est toujours en vie et qu'il ne faut pas l'oublier, puisqu'il n'est pas encore mort.
- ✓ **Marchandage** : Cette étape constitue une tentative de retarder l'événement inéluctable « selon les perceptions qu'elle véhicule de la maladie comme une voie inéluctable vers une mort précipitée », il cherche donc à marchander avec le médecin traitant et le personnel médical sa volonté de vivre plus longtemps afin de réaliser certains de ses souhaits et ceux de ses proches en assistant à une occasion ou un événement dans le futur. Sa famille, demandant plus de médicaments et un désir intense de prolonger sa vie de quelques jours.
- ✓ **Dépression** : C'est une dépression silencieuse qui approfondit le fossé entre le patient et son entourage. Une fois que le patient prend conscience de la réalité de sa maladie et de ce à quoi il doit faire face, il entre souvent dans une phase de régression et de repli, sans but et sans projet de vie, il s'isole peu à peu et devient facilement irritable car il a perdu son activité quotidienne et son réseau de relations, son école ou son travail, ses collègues, ses repères. Son identité et ses rôles, il est limité dans ses mouvements et lié par des lois qu'il est obligé de suivre et de traiter avec des personnes qu'il n'a pas choisies et qu'il ne veut pas. Lacroix (2006) y fait référence à ce que Kübler-Ross a mentionné à propos de sa distinction entre deux types de dépression : la dépression en réponse à la perte des conditions préalables à

la maladie (« la dépression de réaction ») et la dépression en préparation à ce qui se produira, être perdu (« la dépression de préparation »). En raison de ses caractéristiques sociales, émotionnelles, physiques et identitaires, il entre dans une phase de négativité enfantine comme consolation de ses peurs et désir de le reconforter comme un enfant bien-aimé entouré de soins et d'autres peuvent également fuir vers l'oubli et s'échapper grâce à un sommeil continu.

- ✓ **L'acceptation** : C'est ce que Rusniewski préfère appeler l'esprit de lutte ou de sublimation en attribuant un sens à la maladie et l'expérience de sa maladie devient constructive pour autrui sans que cela n'indique nécessairement son acceptation de sa maladie. Elle est donc différente de ce que Kübler-ross appelle la réceptivité. Cela ne signifie pas une étape de joie et de transcendance. Il s'agit plutôt d'un état de séparation émotionnelle et de désertification des sentiments. Tandis que le patient trouve une sorte de paix, le cercle de ses intérêts se rétrécit et il préfère rester seul. Ses paroles sont réduites à des gestes de courtoisie sans investir dans ce qui se passe autour de lui, cela équivaut à une envie de se reposer avant de se lancer dans son long voyage.

Enfin, Lacroix (2006) confirme que ces mécanismes associés aux cinq étapes ne constituent pas une voie inévitable, car ils diffèrent d'un cas à l'autre, dans lesquels interviennent l'individualité des patients et les circonstances de leur maladie. Dernier mécanisme, c'est ce qui entretient chez beaucoup d'entre eux le désir de vivre et de continuer.

Chapitre 2 :

L'anxiété et la dépression

2.1. L'anxiété :

De nombreux patients atteints de cancer présentent des symptômes d'anxiété. Le diagnostic d'une maladie mortelle peut susciter des sentiments de peur de traitement ou des effets secondaires du traitement, la peur de récurrence ou de la propagation du cancer, l'incertitude, l'anxiété liée au changement dans les relations et la peur de la mort.

2.1.1. Définition :

L'anxiété est définie par l'OMS comme le sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, agitation, de désarroi, voire d'anéantissement. » [13]

L'anxiété est différente de la peur. La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future. [14]

L'anxiété fait partie intégrante du fonctionnement normal de tout être humain, c'est une réaction adaptative ou interagissent du phénomènes physiques, psychiques, comportementaux, cognitifs et émotionnels. C'est un processus dynamique et évolutif, un continuum. Il est donc crucial de savoir différencier l'anxiété normale et pathologique.

Anxiété normale quand elle est une réponse adaptée à une situation réellement menaçante, donc contrôlable et tolérable.

L'anxiété pathologique est en revanche une réponse inadaptée à cause de son intensité, de sa durée, de sa fréquence, de la souffrance et le dysfonctionnement qu'elle entraîne.

Les troubles anxieux regroupent plusieurs entités. Leur classification a énormément changé durant le XX^{ème} siècle. Ils représentent les syndromes cliniques les plus remaniés au sein des dernières versions des manuels diagnostiques des troubles mentaux.

On distingue de nos jours selon le DSM-V (5^e édition de 2013 du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) :

- ✓ Anxiété de séparation = anxiété excessive concernant la séparation d'avec les personnes auxquelles le sujet est attaché.
- ✓ Mutisme sélectif = incapacité régulière à parler dans des situations sociales spécifiques.
- ✓ Anxiété généralisée = tendance pathologique aux soucis.

- ✓ Trouble Panique = répétition invalidante d'attaques de panique et anxiété anticipatoire de faire de nouvelles attaques de panique.
- ✓ Agoraphobie.
- ✓ Phobie spécifique = crise d'angoisse face à des objets ou des situations spécifiques.
- ✓ Anxiété sociale = anxiété créée par des situations sociales ; lorsque le sujet est exposé à l'observation attentive d'autrui.

2.1.2. La symptomatologie anxieuse :

Les manifestations cliniques de l'anxiété correspondent à un hyperfonctionnement du système nerveux autonome, Elle s'exprime selon 3 composants : somatique, Cognitive, Comportementale. Les symptômes communs aux différents troubles anxieux sont[15] :

- Somatique : « ce que je ressens » :

Manifestations cardio-vasculaires (palpitations, tachycardie, douleur précordiale, modification labile de la tension artérielle).

Manifestations respiratoires (blocage respiratoire, souffle coupé, hyperventilation, gêne respiratoire, dyspnée, sensation d'étranglement).

Manifestations sensorielles (étourdissements, troubles de l'équilibre, paresthésie, hyperesthésie)

Manifestations neuromusculaires (endolorissement musculaire, contractions, douleur),

Manifestations digestives (douleur abdominale, gêne gastrique, syndrome du côlon irritable, diarrhée, sensation de « boule dans la gorge »),

Manifestations vaso-motrices (sueurs, pâleur, bouffées vasomotrices, tremblements, bouche sèche, mains froides et humides).

La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux. Ils sont même souvent au premier plan dans la plainte du patient, ce qui l'amène à consulter.

- Cognitif et affectif, « ce que je me dis ».

Peur de devenir fou, de mourir, de perdre le contrôle, expérience de dépersonnalisation (sentiment de se sentir étranger à son propre corps) et/ou de déréalisation (perte de l'intimité avec le monde environnant habituel).

- Et comportemental, « ce que je fais » :
 - _ Manifestations de sidération, agitation.
 - _ Évitements (évidents ou subtils) et comportements de sécurité.
 - _ Blocage, inhibition physique, psychique ou sociale.
 - _ Hyperactivité, agitation non productive, crispation.
 - _ Perturbation des relations interpersonnelles : irritabilité, impatience, repli sur soi, dépendance.
 - _ Rituels de vérification, nettoyage, rangement, etc.
 - _ Recherche active de réassurance.
 - _ Usage de substances psychoactive (alcool, benzodiazépines, cannabis).

2.1.3. Diagnostic :

Plusieurs conditions sont nécessaires afin de faire un diagnostic de trouble anxieux selon le DSM-5 :

- Une durée des symptômes minimale de 6 mois (bien que ce soit un critère avec un certain degré de flexibilité.
- L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p.ex. hyperthyroïdie, asthme, coronaropathie, ...)
- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental

Les critères diagnostiques seront détaillés lors de la description des différents troubles anxieux (selon DSM 5)

2.2. La dépression :

Alors que l'anxiété concerne le futur et place la personne angoissée dans l'attente d'un évènement négatif venant de l'extérieur. La dépression contrairement à cette dernière est centrée sur le passé. La personne dépressive n'arrive pas à surmonter ce qui lui arrive. Le mal être vient de l'intérieur. [16]

2.2.1. Définition :

Selon l'OMS (2018), « la dépression est un trouble mental, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration ».

Selon l'American psychological Association APA : la dépression est définie comme une tristesse persistante ou une désillusion extrême qui dure plus de deux semaines et affecte les activités de la vie quotidienne, pouvant entraîner des symptômes physiques tels que la douleur, la perte ou gain de poids anormal, des troubles du sommeil, ou une faiblesse énergétique. Les personnes atteintes de dépression peuvent également présenter des difficultés pour se concentrer, ressentir de la culpabilité excessive ou de la faiblesse d'estime de soi, et avoir des pensées récurrentes sur la mort ou la suicide.

La définition de la dépression selon DSM 5 : Les troubles dépressifs comportent : le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé), le trouble dépressif persistant (dysthymie), le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par une substance/un médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale, le trouble dépressif autre spécifié et le trouble dépressif non spécifié. La caractéristique commune de tous ces troubles est la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu. Ces troubles se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie et leurs étiologies présumées.

2.2.2. Classification :

A l'heure actuelle, 2 classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont principalement utilisées : le Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales, 5e version (DSM-V) et la Classification internationale des maladies, 10^{ème} version (CIM-10).

- Le Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales, DSM-V :

On distingue dans le DSM-V plusieurs troubles dépressifs unipolaires :

- ✓ Trouble dépressif caractérisé.
- ✓ Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.
- ✓ Trouble dysthymique.
- ✓ Trouble dysphorique prémenstruel.
- ✓ Trouble dépressif induit par une substance/ un médicament.
- ✓ Trouble dépressif dû à une autre affection médicale.
- ✓ Autre trouble dépressif spécifié.
- ✓ Le trouble dépressif non spécifié.

Le DSM-V reconnaît différentes formes cliniques de la dépression : mélancolique, psychotique, mixte, atypique, catatonique, avec détresse anxieuse, du péri partum et saisonnières, de même que différentes formes évolutives : isolée ou récurrent, sévérité actuelle, présence de caractéristiques et rémission.

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

- Les symptômes ne sont pas dus aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale.

- L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.

- Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque récurrente, persistante ou prémenstruelle.

- La Classification internationale des maladies, CIM-10 :

Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. : (OMS)

2.2.3. Manifestation clinique :

Troubles végétatifs : avec notamment troubles de l'appétit, troubles du sommeil, asthénie, troubles de la sexualité, plaintes somatiques diverses (céphalées, constipation, polyalgies...)

Troubles des fonctions motivationnelles : perte de l'élan vital, anhédonie, repli sur soi ou dépendance vis-à-vis des autres.

Troubles des fonctions cognitives : tristesse pathologique, douleur morale, perte de l'estime de soi, auto-dévalorisation, trouble de l'attention, trouble de la concentration et de la mémoire, vision pessimiste de soi et du monde, désespoir.

Troubles du comportement : ralentissement psychomoteur (bradypsychie), aboulie, visage hypo-mimique, ton monocorde, lenteur de la marche, comportement passif et improductif ou au contraire agitation psychomotrice.[17]

Troubles anxieux : est associée à bon nombre d'états dépressifs, cause possible de difficultés diagnostiques. [18]

2.2.4. Diagnostique :

Le diagnostic de la dépression répond à des critères très précis. Ces critères diagnostiques sont fixés par l'OMS (CIM-10) et l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-V).

Parmi les principaux critères de la dépression, la durée (plus de quinze jours) et l'intensité des symptômes (souffrance marquée et/ou altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants) sont importants à prendre en considération.

- **Selon le DSM-V :**

L'épisode dépressif caractérisé est défini selon le DSM V, par la présence d'au moins 6 des 9 symptômes suivants pour une durée d'au moins deux semaines, et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir :

1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet ou observée par les autres.

- 2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- 3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime justifié.
- 4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur
- 6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- 7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.
- 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.
- 9) Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.[19]

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

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale

- **Selon la CIM-10 :**

Cette définition comporte dix critères (contre neuf pour le DSM-V) car la perte de l'estime de soi est différenciée de la culpabilité.

Parmi les troubles de l'humeur on retrouve :

- ✓ Les épisodes dépressifs légers et moyens avec ou sans syndrome somatique,
- ✓ Les épisodes dépressifs sévères avec ou sans symptômes psychotiques,
- ✓ Les autres épisodes dépressifs avec notamment la dépression atypique et l'épisode isolé d'une dépression « masquée ».

Le diagnostic repose sur la présence d'au moins deux des trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la

fatigabilité, associés à au moins 2 autres symptômes dépressifs pour l'épisode dépressif léger, et 3 autres symptômes dépressifs pour l'épisode dépressif moyen parmi :

- ✓ La diminution de la concentration et de l'attention,
- ✓ La diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, Des idées de culpabilité ou de dévalorisation,
- ✓ Une attitude morose et pessimiste face à l'avenir,
- ✓ Des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires,
- ✓ Des perturbations du sommeil,
- ✓ Une diminution de l'appétit.

L'épisode dépressif sévère inclut la présence des trois symptômes typiques et au moins quatre autres symptômes de la liste ci-dessus. [20]

La CIM-10 distingue également l'épisode dépressif récurrent de l'épisode isolé. Les symptômes doivent être présents depuis plus de quinze jours.

Chapitre 3 :

La comorbidité anxiété, dépression et le cancer

3.1. La comorbidité anxiété et dépression :

La dépression et l'anxiété sont deux entités distinctes, mais qui se rapprochent souvent l'une de l'autre dans la réalité clinique. Depuis quelques années, la question des rapports entre anxiété et dépression ne cesse d'être posée :

- Cliniquement, certain degré d'anxiété est habituellement présent lors d'un état dépressif. En témoigne notamment le terme « syndrome anxiodépressif » utilisé fréquemment dans la pratique courante alors qu'il ne correspond à aucune entité nosographique claire.
- sur le plan évolutif, les troubles anxieux évoluent souvent après plusieurs années vers la dépression.
- du point de vue thérapeutique, certains troubles anxieux (tels que les troubles paniques) sont plus sensibles aux médicaments antidépresseurs qu'aux anxiolytiques ;
- au niveau biologique, des dysfonctionnements paraissent communs aux deux troubles, concernant le métabolisme de la sérotonine mais peut-être aussi celui d'autres substances qui restent à identifier et dont le rôle pourrait se révéler encore plus central ;
- dans une perspective phénoménologique, l'anxieux craint l'avenir comme le déprimé regrette le passé.

Tous ces éléments ont conduit à faire l'hypothèse d'un continuum possible entre anxiété et dépression. Celle-ci reste cependant encore largement à confirmer par des études appropriées.

3.2. La comorbidité l'anxiété et cancer :

L'annonce d'un cancer est une épreuve bouleversante qui demande de mobiliser une grande quantité d'énergie pour s'adapter aux nouvelles conditions de vie, faire face à de nouvelles situations faites de déni, de souffrance, d'anxiété, voire de dépression. On peut ressentir de l'anxiété à différents degrés selon la situation et la façon dont on la perçoit. Le patient fait un effort continu et répété d'adaptation, pour préserver son intégrité psychique, récupérer des troubles réversibles, assumer les troubles irréversibles.

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

Ainsi, à chaque étape de la maladie, les réactions psychologiques opèrent une intégration entre la mémoire des expériences passées, la perception des menaces futures et les

ressources disponibles. Ces réactions peuvent mener à une adaptation ou à un échec : troubles de l'adaptation, syndromes psychopathologiques, échec de la réinsertion, etc. Souvent, elle inaugure une véritable crise existentielle couvrant la période des premiers symptômes, des investigations et du diagnostic. L'adaptation psychologique constitue les bases d'un processus d'élaboration, progressif, spécifique de l'histoire propre du sujet et de sa structure psychique.

En effet, si la situation psychologique, médicale et sociale de chaque patient est unique, un cadre de référence global est nécessaire pour comparer entre elles les réactions et les expériences des malades. Que ce soit au moment du diagnostic, durant les traitements, lors d'une récurrence ou à un stade plus avancé de la maladie, il existe des moments clés où l'intervention des soignants peut renforcer ou au contraire affaiblir un mécanisme adaptatif [21]

Facteurs de risque d'anxiété dans le cancer :

- Le jeune âge et le sexe féminin (Spencer, 2010 ; Kolva, 2011 ; Vodermaier, 2011 ; Salvo, 2012 ; Linden, 2012)
- ATCD pré morbides d'anxiété (Traeger, 2012), de traumatismes psychologiques, un mauvais support social (Kolva, 2011)
- Certains types de cancer : poumon (Vodermaier, 2011 ; Linden, 2012 ; Boyes, 2011), sein (Vodermaier, 2011) [22].

3.3. La comorbidité dépression et cancer :

Il existe une relation complexe entre la dépression et le cancer. La comorbidité fréquente entre ces deux problèmes de santé doit être considérée avec attention.

Pour le patient confronté au cancer, un processus vital est engagé, qui génère une crise [[23], [24]].

Lorsqu'il y a eu crise, l'évolution et les modalités de sa résolution vont dépendre de nombreux facteurs, au premier rang desquels les capacités adaptatives de l'individu en situation de stress : comment le sujet va-t-il faire face, surmonter la vague de désorganisation qui suit la survenue de l'évènement, et à quel prix ? Quelles ressources adaptatives, internes et externes (environnementales), sont les plus appropriées [25] ?

dépendent-elles de caractéristiques de personnalité , de tempérament ? S'agit-il d'une caractéristique-trait ou l' état de la personnalité [[26],[27]] ?

Quel que soit le degré de souffrance psychologique qu'entraîne la maladie cancéreuse, elle va dans tous les cas requérir du sujet atteint un travail d'adaptation psychique conséquent.

Facteur de risque de dépression dans le cancer :

Facteurs de risque personnels [28]:

- Sexe féminin
- Jeune âge au moment du diagnostic (15-54 ans) (Rasic, 2008)
- Histoire personnelle d'événements de vie récents négatifs ou stressants (deuil, pertes successives)
- Antécédents psychiatriques personnels (dépression, tentatives d'autolyse, toxicomanie, alcoolisme) ou familiaux (dépression, tentative d'autolyse, suicide) (Costanzo, 2007)
- Traits de personnalité : tendance à ne pas exprimer ses émotions, tendance à considérer les événements de la vie comme incontrôlables et inévitables, faible estime de soi et faiblesse du soutien émotionnel, tendance au pessimisme (Montazeri, 2001, WongKim, 2005)

Facteurs de risque sociaux :

- Statut marital : célibataire, divorcé, séparé, veuf
- Isolement social (Dalton, 2008)
- Faible niveau socio-économique (Dalton,2008)
- Appartenance à une minorité ethnique (Ell, 2005)
- Perception d'un manque de soutien social

Facteurs de risque liés à la maladie cancéreuse :

- Il semble que le type, la localisation, le stade évolutif et le délai depuis le diagnostic du cancer puissent avoir une incidence sur le risque de survenue d'un état dépressif. Les cancers du pancréas (classiquement précédés par un épisode dépressif), du sein, avec

localisation cérébrale ou dans la sphère ORL sont plus souvent associés à la dépression. Les tumeurs carcinoïdes prédisposeraient à la survenue d'une symptomatologie dépressive

- Stade avancé ou métastatique

- Phases critiques d'annonce du diagnostic, annonce de la récurrence ou de l'aggravation (métastases), entrée en phase palliative

- Présence de symptômes physiques non contrôlés (douleur +++, nausées, vomissements, fatigue, altération de l'état général...) (Ciaramella, 2001)

□ **Facteurs liés au traitement du cancer :**

Pour certains auteurs, les difficultés psychologiques rencontrées sont dues à la multiplicité des traitements, à la nature de l'équipe médicale, à la temporalité propre au cancer et à son environnement. Le traitement a un effet paradoxal, il peut constituer « la deuxième maladie ». La tolérance à celui-ci conditionnera la vie sociale des patients [29].

- **Le traitement chirurgical :**

La chirurgie peut être le premier acte thérapeutique mais aussi un geste diagnostique dans la mesure où elle précise la nature des lésions et leur extension, elle est source d'une angoisse importante car le malade sait que le résultat de l'examen anatomopathologique va confirmer le diagnostic de cancer.

D'autre part, la chirurgie peut être très mutilante par exemple la mastectomie ou l'hystérectomie donnant à certaines patientes le sentiment de déféminisation. Les stomies (urétérostomie, colostomie) pratiquées pour les cancers recto-coliques ou génito-urinaires, entraînent aussi des modifications de l'image corporelle. Ceci peut être responsable de détérioration des rapports sexuels, mais les patients n'en parlent pas souvent

- **La chimiothérapie :**

La chimiothérapie est redoutée par les patients qui ont une certaine idée faite auprès des autres malades qui ont déjà reçu ce traitement. Pour eux, elle est souvent synonyme de gravité, ils pensent avoir un cancer avancé avec des métastases et se voient déjà condamnés. Elle est aussi source d'angoisse par ses effets secondaires (alopécie, fatigue intense, nausées et vomissements...)

- **La radiothérapie :**

La radiothérapie est réputée être mieux tolérée sur le plan psychologique, mais malgré cette réputation, la radiothérapie effraie les patients car elle n'est pas non plus dénuée d'effets secondaires.

Il est important que l'équipe médicale renseigne le patient sur les modalités du traitement et ses effets secondaires, et ceci pour les différents traitements proposés, afin de diminuer son anxiété et lui faire mieux accepter le traitement [30] .

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

Psychologiquement, l'anxiété et la dépression dominent : Anxiété de l'avenir avec une rechute toujours possible, et le stress de la maladie peut conduire à la dépression, Conduisant à une détérioration de l'image de soi. Face à cette épreuve, chacun réagira selon sa propre personnalité, sa force psychologique, son envie de combattre la maladie et de retrouver une vie normale, comptez également sur le soutien de votre famille et de vos amis. Les patientes traitées pour un cancer du sein sont particulièrement exposées à la survenue d'une détresse psychologique, voire même d'une pathologie psychiatrique. Il faut donc savoir leur laisser du temps exprimer leurs sentiments face à la maladie. Une échelle de dépistage peut être utilisée, comme l'HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), il s'agit d'un auto-questionnaire comprenant 14 items, centrés sur la dépression et l'anxiété.

Chapitre 4 :

Echelle de HADs

Echelle HADS :

L'échelle HAD a été développée par Phillip Snaith et Anthony S. Zigmond e 1983, traduit et validé en français par Savard et al (1998), est un instrument d'auto-évaluation qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Son but est d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21) [31] .

Cette échelle ne comporte pas d'items en relation avec des symptômes de la maladie physique, est particulièrement utile pour évaluer la dépression et l'anxiété associée à des affections médicales [32] .

Mode de construction : L'objectif essentiel de l'HAD est d'évaluer le niveau actuel de la symptomatologie dépressive et anxieuse en écartant les symptômes somatiques qui selon les auteurs sont susceptibles de fausser les évaluations chez des patients vus en médecine et qui présentent donc fréquemment des problèmes organiques.[33]

Mode de passation : La passation de l'échelle est très aisée. Il est demandé au sujet de remplir ce questionnaire afin d'aider son médecin à mieux connaître les émotions ressenties au cours de la semaine écoulée et de souligner les réponses qui semblent le mieux correspondre à l'état éprouvé. Il est également recommandé de demander au patient de bien lire le préambule avant de remplir l'échelle, et, selon les auteurs, lors d'une utilisation en médecine interne, de ne lui signaler qu'en aucun cas ses réponses n'impliquent obligatoirement un examen psychiatrique, ceci afin de faciliter l'acceptation de cette échelle par des patients éventuellement peu enclins à une telle approche.

Cotation : Chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle évaluant de manière semi quantitative l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée. Cette intensité est appréciée par un adjectif ou une courte phrase la qualifiant. Pour chaque sous-échelle, la cotation de deux items positifs est inversée. L'intervalle des notes possibles s'étend donc pour chaque échelle de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère.

□ 3 tranches pour les sous-échelles Anxiété et Dépression, en se basant sur les travaux de Zigmond et Snaith, et d'autres auteurs :

De 0 à 7 : absence de troubles anxieux et de troubles dépressifs ;

De 8 à 10 : troubles anxieux ou dépressifs suspectés ;

De 11 à 21 : troubles anxieux ou dépressifs avérés.

□ 2 tranches pour l'échelle globale HADS, à partir des études d'Ibotson :

De 0 à 14 : pas de troubles anxio-dépressifs ;

De 15 à 42 : existence de troubles anxio-dépressifs.

PARTIE PRATIQUE

MATERIELS ET METHODES

1. Type de l'étude :

Nous avons mené une étude descriptive transversale, afin d'estimer la prévalence de l'anxiété et la dépression chez les patients atteints du cancer selon l'échelle du HADS, ainsi que leur profil socio épidémiologique et clinique des cancéreux anxieux, et déprimé au niveau du CLCC à l'EPH Mohamed BOUDIAF_ Ouargla durant la période d'octobre 2023 à Avril 2024.

2. Contexte géographique :

Le CAC Ouargla est situé au sein de l'Etablissement public hospitalier (EPH) Mohammed Boudiaf d'Ouargla. Il a été mis en service en 2009 avec une capacité d'hospitalisation de 84 lits répartis en quatre unités : Chirurgie oncologique, oncologie médicale, radiothérapie, unité de médecine nucléaire.

C'est le premier CAC du sud ; Jusqu'en 2018 il couvrait toute la région du Sud algérien. Cette structure médicale spécialisée est encadrée par un staff médical et paramédical algérien et cubain Composé de 100 professionnelles de santé dont des médecins spécialistes, des généralistes, des physiciens, des infirmiers et des manipulateurs.

3. Caractéristiques générales de l'échantillon :

3.1. Durée de l'étude :

L'étude allant sur une période de 7 mois de 1^{er} Octobre 2023 au 30 Avril 2024.

3.2. Population cible :

Durant la période d'étude, 300 patients tous atteints de cancer du stade et localisation différentes, étaient pris en charge au niveau du CLCC à l'EPH Mohamed BOUDIAF _ Ouargla vus en hospitalisation au service ou en hôpital de jour pour cures thérapeutiques.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion :

4.1. Critères d'inclusion

- Consentement après explication de l'étude et de ses objectifs.
- Patients pris en charge et suivis au sein de l'hôpital du jour, chez qui le diagnostic de cancer est déjà posé par le médecin oncologue.
- quel que soit l'âge, le sexe et l'origine géographique.

2.2. Critères d'exclusion :

- Patients dont l'état général est très altéré.
- Patients ayant des difficultés ou des troubles du langage.
- Refus de participer à l'étude.

5. Méthodologie :

5.1. Recueil des données :

Nous avons élaboré un questionnaire (**Annexe 1**) composé de deux parties.

La première partie étant elle-même, divisée en trois parties de questions.

La 1^{ère} partie contenait les questions qui renseignaient sur : les caractéristiques sociodémographiques des patients et les antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques.

2^{ème} partie : les caractéristiques du cancer : siège, stade, ancienneté, traitement, évolution. Ces données ont été recueillies à partir du dossier médical.

3^{ème} partie : L'étude des répercussions psychologiques et physiologiques après la découverte du cancer, à savoir la gêne par l'attitude de son l'entourage, la gêne du patient par la présence de symptômes physiques non contrôlés, la gêne du patient par les effets secondaires des traitements, la connaissance ou non du diagnostic de cancer, ainsi que la vision pour l'avenir par le patient.

La deuxième partie concernait l'échelle de HADS (**Annexe 2**) pour l'évaluation de la prévalence de l'anxiété et de la dépression. Les questions ont été posées en langue arabe en fonction de la langue qui maîtrise plus les patients.

Selon HADS :

Anxiété ; si le score de l'anxiété > 8 (présence d'anxiété)

Dépression, si le score de la dépression >8 (dépression présente).

6. Analyse statistique :

La saisie et le traitement statistique des données ont été faits à l'aide du logiciel IBMSPSS Version 22.0 SPSS version 25, à l'aide du service, il nous a permis d'effectuer une analyse statistique qui s'est basée sur deux méthodes :

- Des analyses descriptives univariées des variables qualitatives et quantitatives pour chaque paramètre étudié : calcul des effectifs.
- Des analyses analytiques bivariées : les corrélations entre la dépression et l'anxiété et plusieurs variables explicatives potentielles ont été recherchées par le test Khi deux chez les patients cancéreux.

Les tests statistiques sont considérés comme significatifs lorsque P-Value (degré de signification) est inférieur à 0,05.

Les données ont été saisies et analysées sur un logiciel IBM-SPSS22.0 (SPSS version 25).

7. Aspects éthiques :

Les patients ont été inclus dans cette étude après :

- Avoir reçu une information claire, loyale et appropriée sur les différents objectifs de cette étude et donné leur consentement ou avoir celui de leur proche.
- La confidentialité des données a été garantie ; les noms des patients ne figurent sur aucun document relatif aux résultats de cette étude.

8. Les variables étudiées :

8.1. Caractéristiques sociodémographiques :

Age, sexe, lieu de résidence, niveau d'instruction, le statut marital, le niveau socio-économique, la profession.

8.2. Les antécédents personnels médicaux, chirurgicaux et psychiatriques.

8.3. Les antécédents familiaux des cancers et psychiatriques.

8.4. Diagnostic :

Localisation de cancer, stade de cancer, date de découverte.

8.5. Traitement :

Type du traitement, début du traitement, et évolution sous traitement.

8.6. Caractéristiques psycho-sociales :

Attitude de l'entourage, cause de gêne, vision à la venir, connaissance diagnostic.

RESULTATS

I. ANALYSE UNIVARIEE :

1. Analyse descriptive : Description de la population d'étude

1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Sur les 310 patients à qui la recherche a été proposée, 10 patients ont refusé et 300 ont accepté de participer.

Au total, notre population d'étude est composée de 300 patients. Les résultats de l'étude descriptive selon les caractéristiques sociodémographiques des patients sont répartis comme suit :

1.1.1 - Répartition des cancéreux selon le sexe

On a une prédominance féminine de 209 cas soit 70% contre 91 cas de patients hommes soit 30%. Avec un sexe ratio (H/F) 0.43

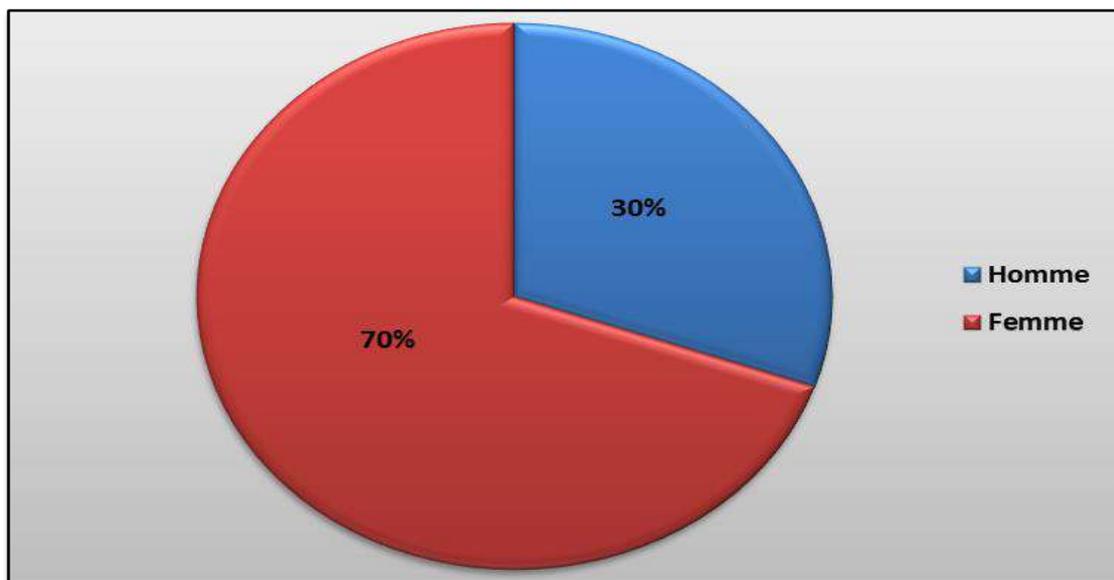


Figure 6 : Répartition des cancéreux selon le sexe

1.1.2 - Répartition des cancéreux selon l'âge

Une prédominance de la tranche d'âge [51 - 65] ans, avec un pourcentage de 37%, suivie de la tranche d'âge [37 - 50] ans, avec un pourcentage de 26,3 %, et 21,3 % de patients appartenant à la tranche d'âge [égale ou supérieur de 66 ans], et enfin 15,3% des patients ont un âge ≤ 36 ans.

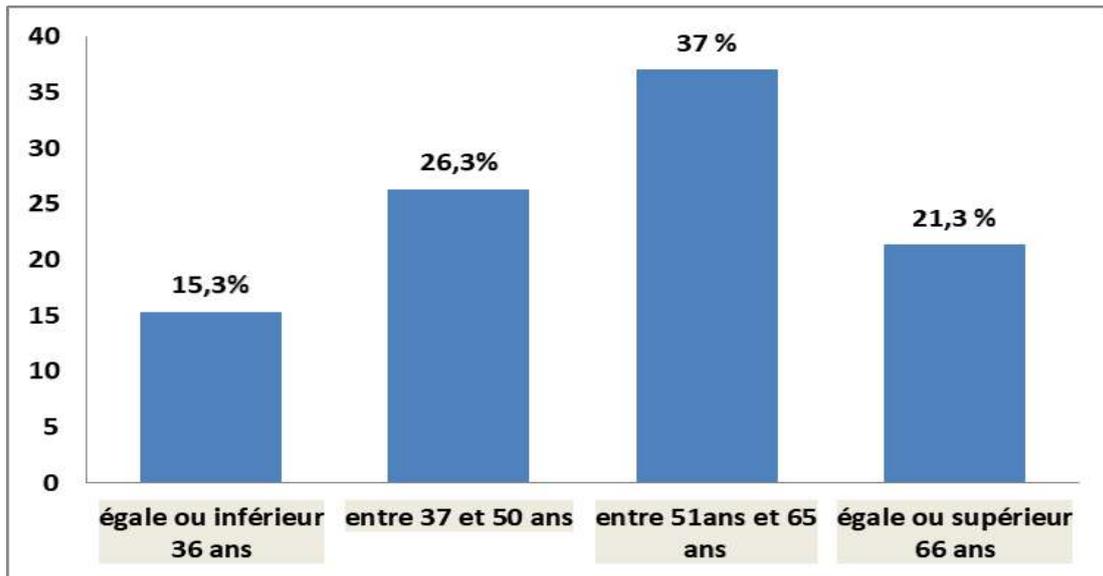


Figure 7 : Répartition des cancéreux selon l'âge

1.1.3 - Répartition des patients cancéreux selon le sexe en fonction de l'âge :

L'âge moyen de notre population d'étude (les deux sexes confondus) est de 52,78 ans et des extrêmes d'âge allant de 16 à 80 ans.

Pour les hommes la moyenne d'âge est de 58,36 ans, écart type 15,63.

Pour les femmes la moyenne d'âge est de 50,34 ans, écart type 14,34.

L'âge médian chez les hommes est de 62 ans.

L'âge médian chez les femmes est de 52 ans.

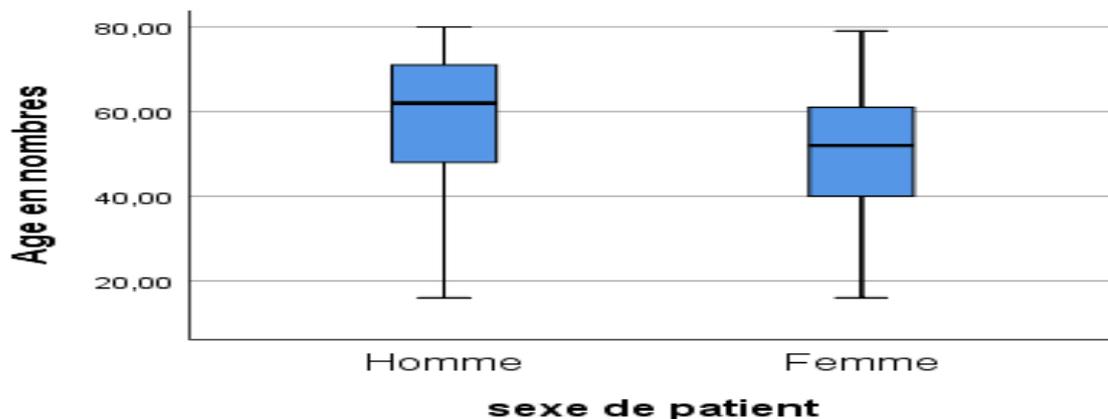


Figure 8 : Boîte à moustache (boxplot) : Répartition des cancéreux selon l'âge et le sexe

1.1.4 - Répartition des patients cancéreux selon le statut matrimonial :

Nous comptons dans notre population d'étude selon les résultats et de manière graduelle : 73,7% des cancéreux sont mariés (dont 72 hommes et 149 femmes), 14 % sont célibataires (dont 10.67% femmes et 3.3 % hommes), 10% sont veufs, et enfin on compte 07 femmes divorcées soit 1,4%.

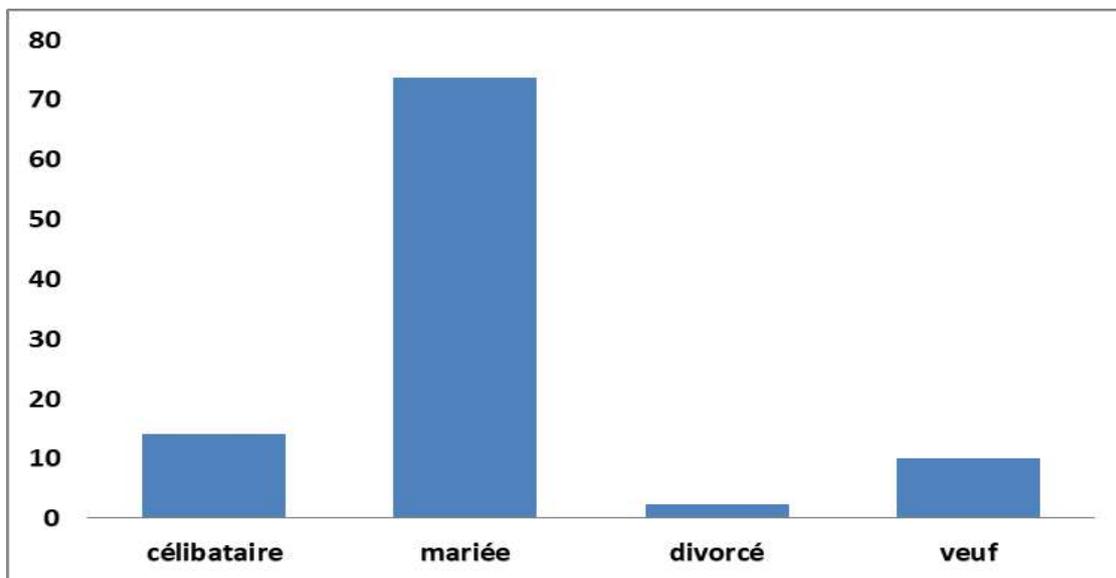


Figure 9 : Répartition des cancéreux selon le statut matrimonial

1.1.5 - Répartition des patients cancéreux selon le niveau d'instruction :

Les patients ayant un niveau primaire représentent l'effectif le plus élevé avec un taux de 38,3 %, suivi de 35,7% de patients avec un niveau secondaire, 18,7% ont aucun niveau, il n'y a que 7.3 % de patients avec un niveau universitaire.

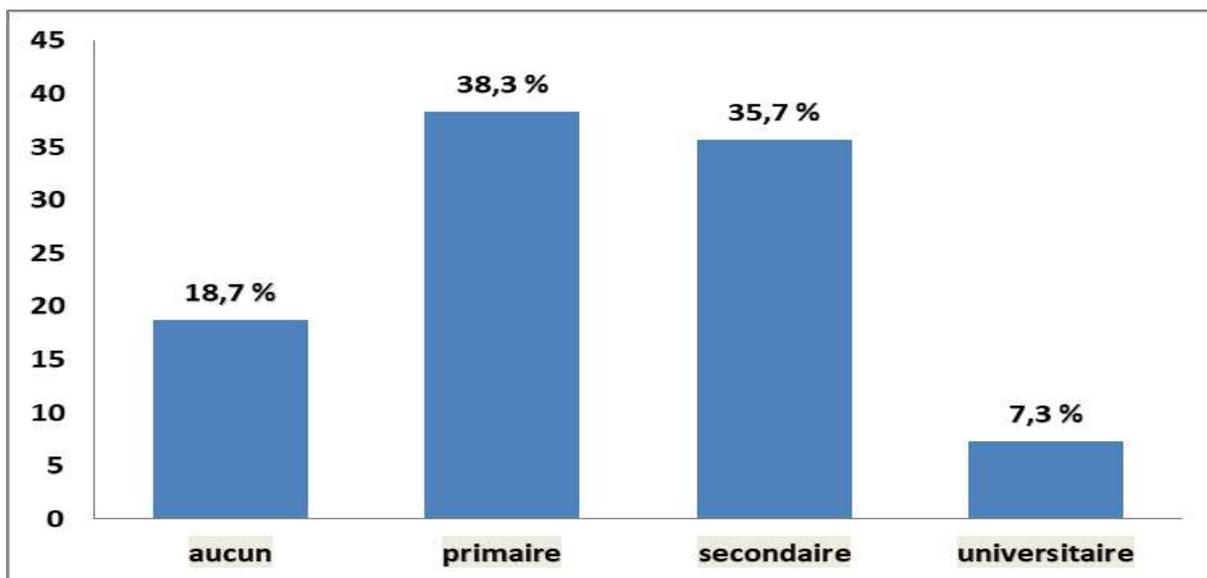


Figure 10 : Répartition des cancéreux selon le niveau d'instruction

1.1.6 - Répartition des patients cancéreux selon l'activité professionnelle :

Dans notre échantillon d'étude, nous comptons 193 cas soit 64,3 % qui n'exercent aucune activité professionnelle ; suivi de 19,3% qui sont en retraite, 16,3% sont en travaille encore.

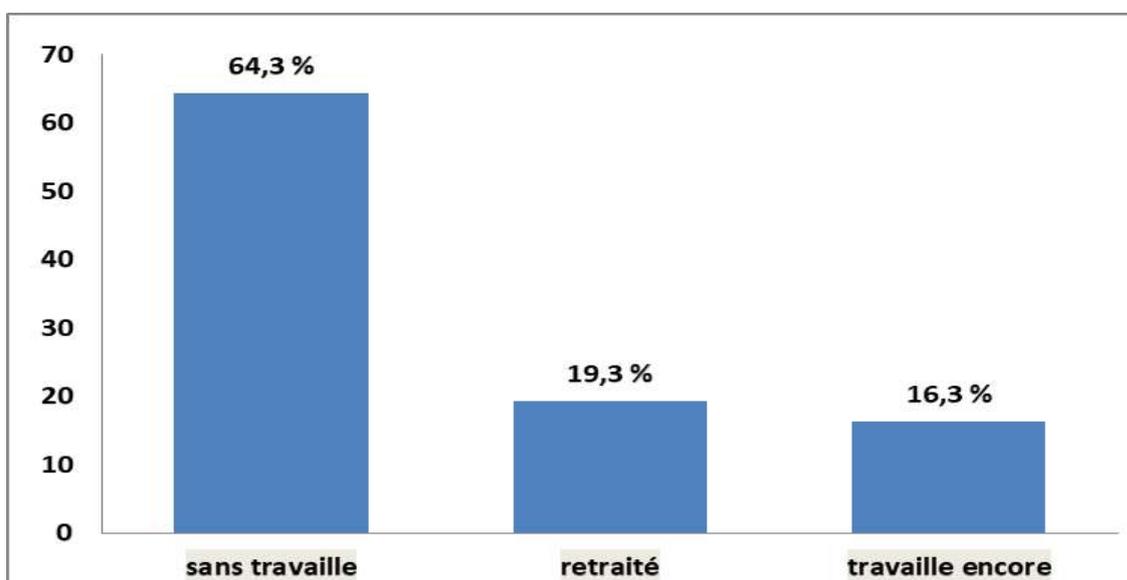


Figure 11 : Répartition des cancéreux selon la profession

1.1.7 - Répartition des patients cancéreux selon le niveau socio-économique :

L'évaluation du niveau socio-économique a été faite par les patients eux même, et les résultats montrent que 228 des patients (soit 76%) ont une situation sociale moyenne, 43 patients (14.3%) ont une situation sociale mauvaise et 29 patients (9.7%) ont de bonnes conditions sociales.

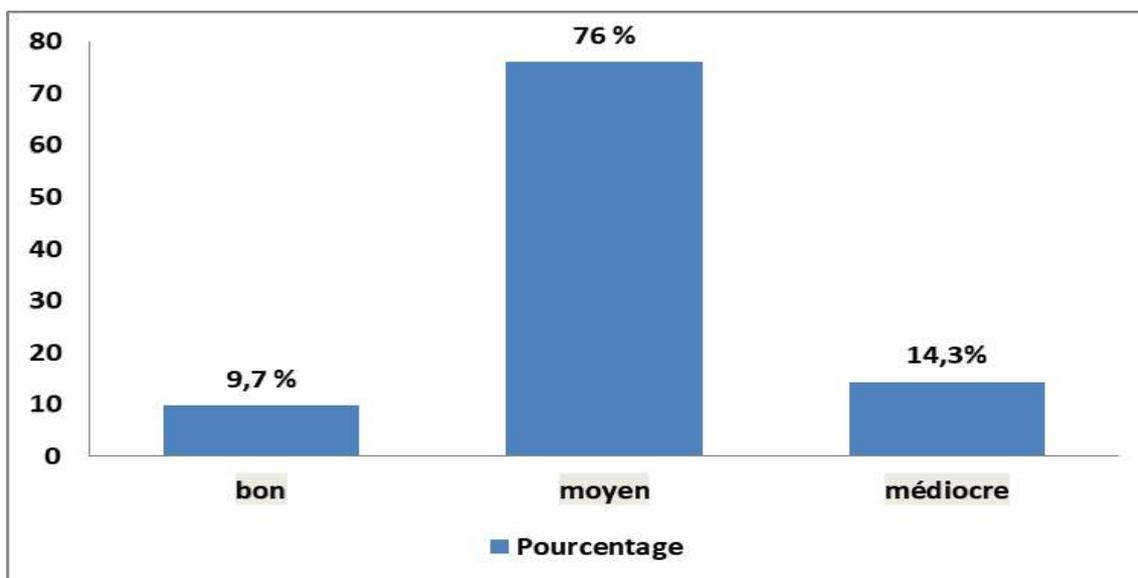


Figure 12 : Répartition des cancéreux selon le niveau socio-économique.

1.1.8 - Répartition des cancéreux selon leur origine géographique :

Le service de centre anticancéreux de Ouargla a une attraction régionale, la majorité des patients proviennent de la wilaya de Ouargla (59%). 11 % de la wilaya de Ghardaïa , 9.7% de la wilaya de Tougourt, 59% d'autres wilaya : Adrar 2.7%, Illizi 3.7%, Tamanrasset 1.7%, El Meniaa 3.3%, Laghouat 2%, Ain Salah 1.7%, Djelfa 1.7%, El Meghaier 1.3%, Saida 0.7 %, Tiaret 1.3 %, El Oued 0.3%.

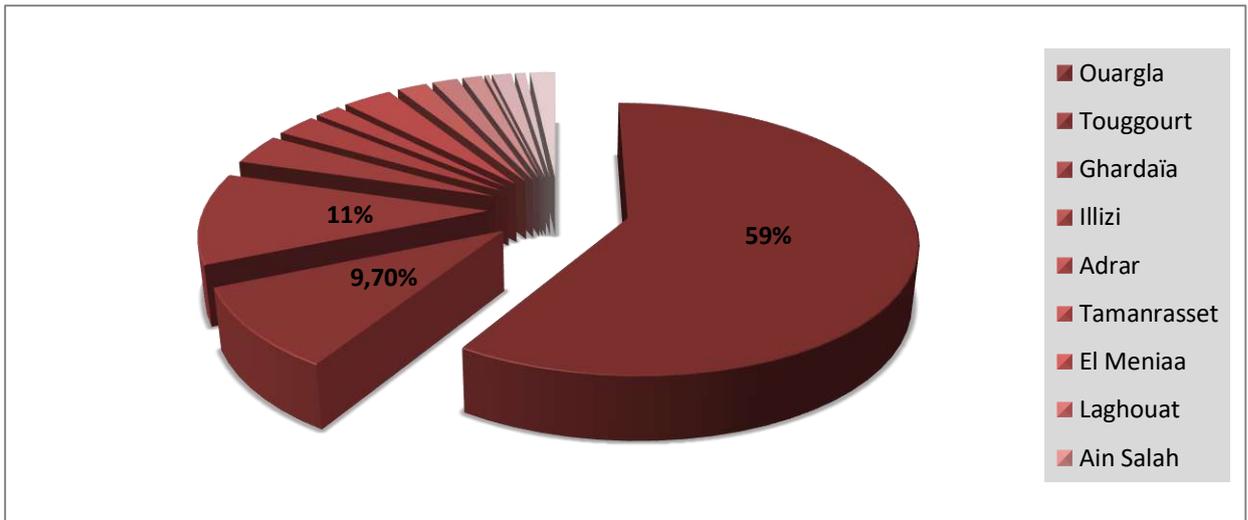


Figure 13 : Répartition des patients cancéreux selon leur origine géographique

1.2. Caractéristiques cliniques :

1.2.1. - Antécédents médicaux et chirurgicaux :

29,7% des patients souffrent d'hypertension artérielle et 25,7 % des patient ont un diabète, et enfin 5,3 % des patients ont d'autres antécédents médicaux : Dysthyroïdie, HPB, Épilepsie, Asthme, Insuffisance rénale, ...

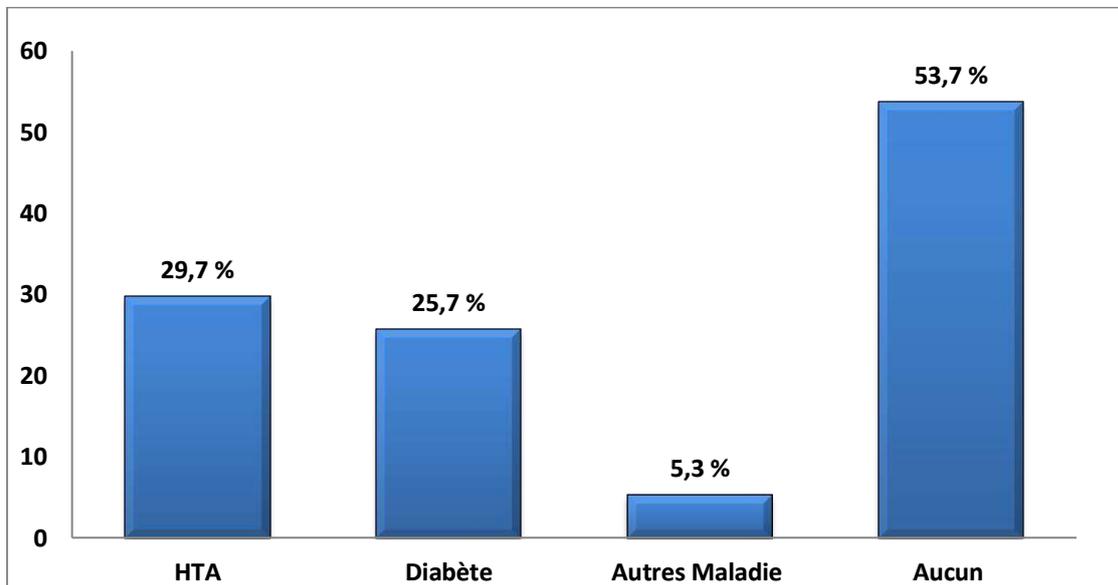


Figure 14 : Répartition des cancéreux selon les ATCD médicaux

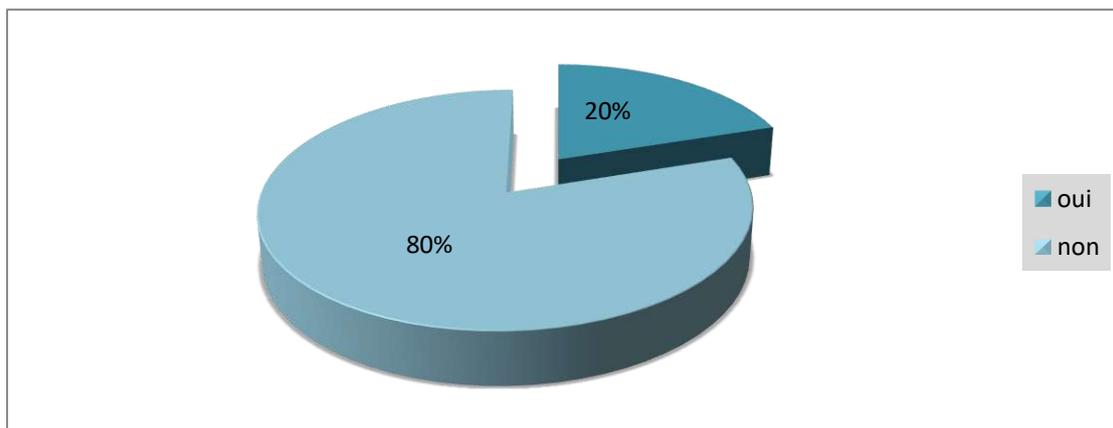


Figure 15 : Répartition des cancéreux selon les ATCD chirurgicaux

1.2.2. Antécédents d'un autre cancer :

06 patients avaient un antécédent de cancer :

Tableau 2 : répartition des cancéreux selon les ATCD d'un autre cancer

	Atcds Kc	Depuis	TRT	Évolution	Kc Actuel
1	Sein	1998	Chirurgie, chimiothérapie	Bonne	Rectum
2	Sein	2017	Chirurgie, chimiothérapie radiothérapie, hormonothérapie	Bonne	Génitale
3	Colon	2019	Chirurgie	Inconnue	Génitale
4	Thyroïde	2017	Chirurgie, chimiothérapie	Bonne	Sein
5	Estomac	2017	Chirurgie	Bonne	Génitale
6	Sein	2012	Chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie	Bonne	Génitale

1.2.3 - Antécédents de cancer dans la famille :

Dans notre population d'étude, 21% qui avaient des antécédents de cancer dans la famille dont l'évolution pour la majorité des cas c'est le décès.

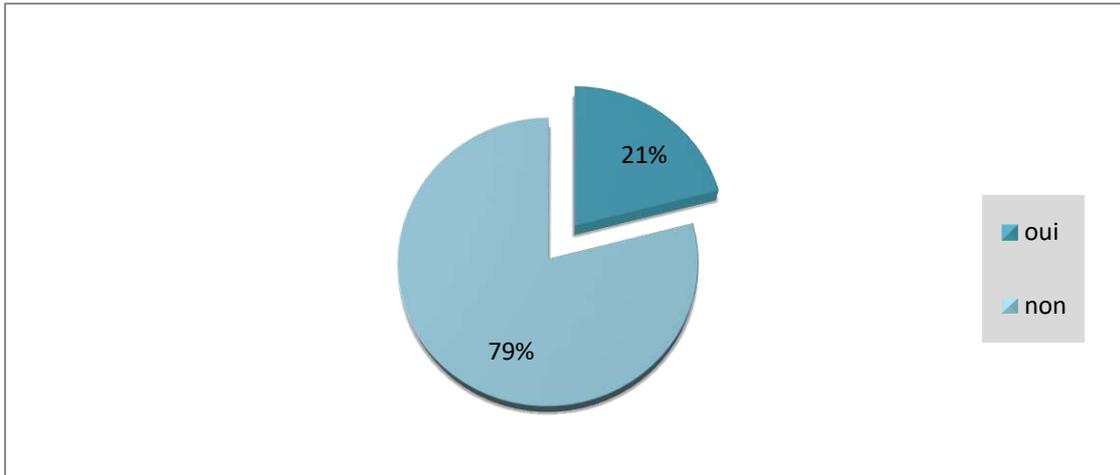


Figure 16 : Répartition des cancéreux selon les ATCD d'un cancer dans la famille

1.2.3 - Répartition des patients cancéreux selon la localisation du cancer :

La localisation majoritaire retrouvée dans notre échantillon était la localisation mammaire (40 %), suivie de la localisation au niveau du l'appareil génitale féminin (13.7%) et 10% étaient localisés au niveau de colon. Les tumeurs hématologiques représentaient 3,3% de l'ensemble des localisations.

Le 15,7% représente le taux des autres localisations sont : pancréas, ostéosarcome, poumon, cavum, langue, Fosse nasale, Cérébrale, thyroïde, foie et VB, œsophage

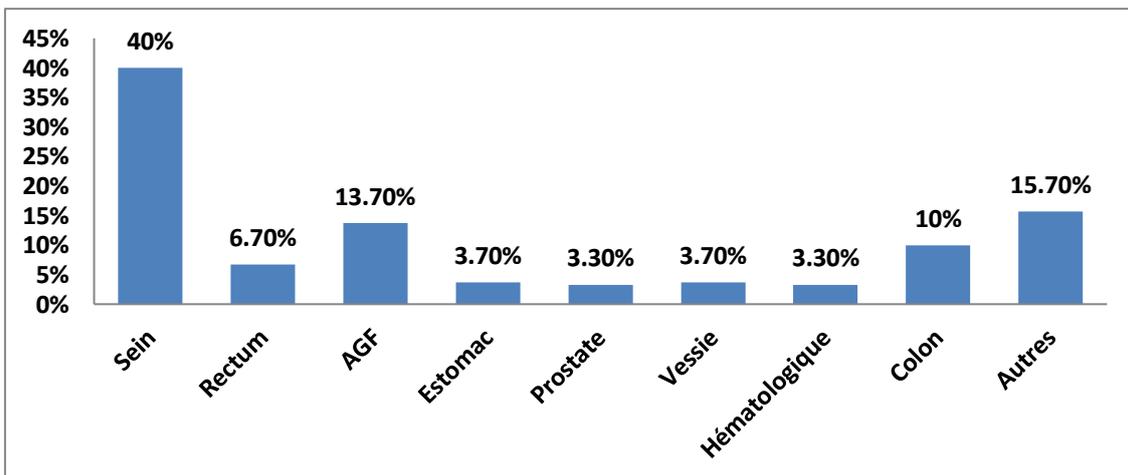


Figure 17 : Répartition des cancéreux selon la localisation du cancer

1.2.4 Type du cancer :

La grande majorité des patients avaient une tumeur solide 96.7%

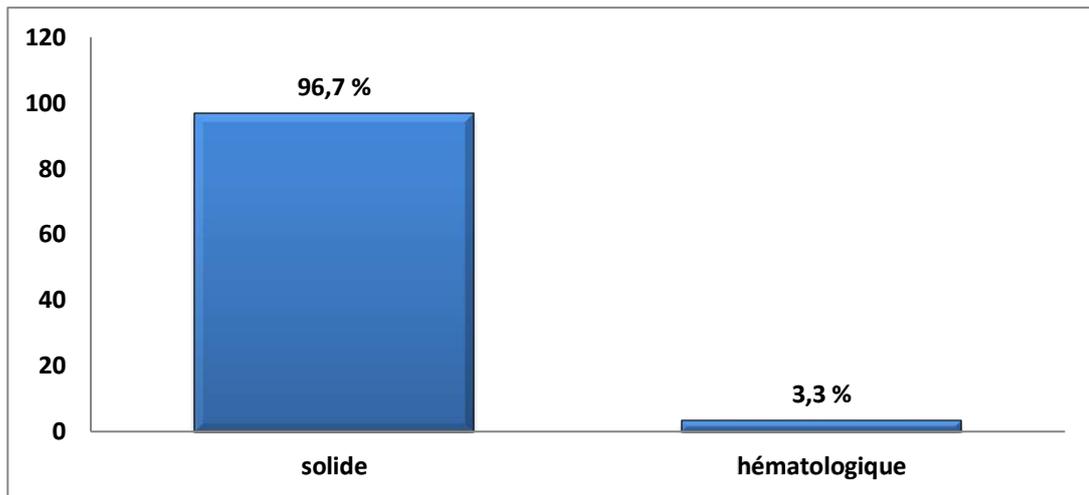


Figure 18 : Répartition des cancéreux selon le type de cancer

1.2.5 - Répartition des patients selon le stade du cancer :

La plupart des patients de notre échantillon avaient un cancer de stade localement avancé (43,3%) et 32% des patients avaient un cancer au stade localisé

Pour les tumeurs hématologiques, 8 patients sur dix avaient un stade diffus

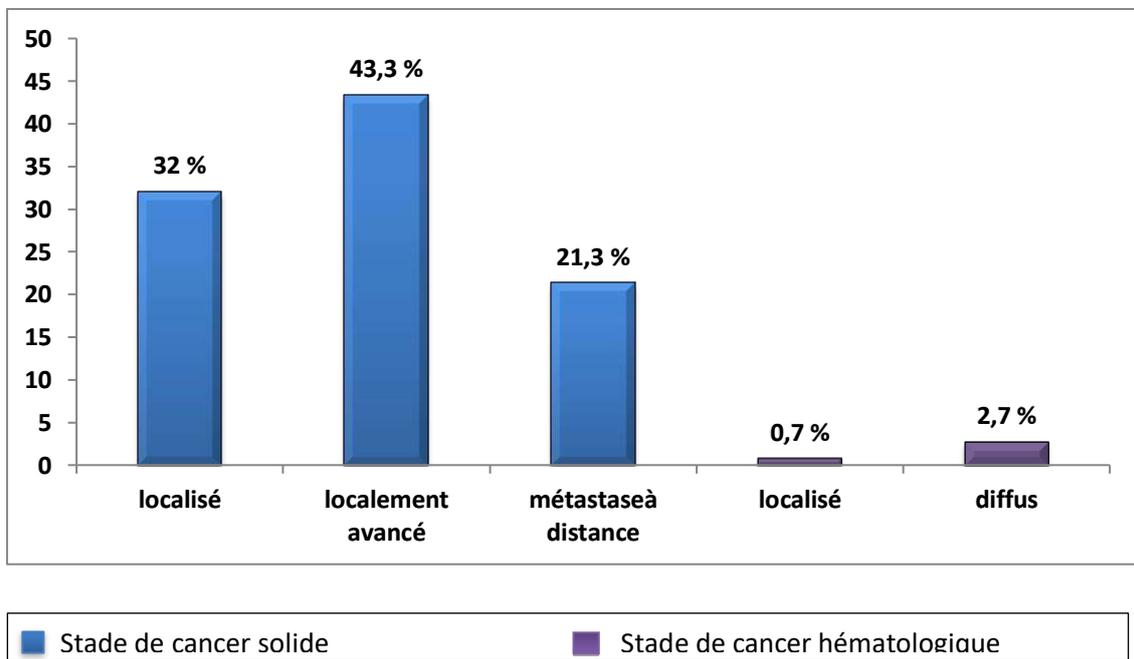


Figure 19 : Répartition des cancéreux selon le stade de cancer

1.2.6_ Délai de découverte du cancer :

32,3% des patients de notre échantillon avaient découvert le diagnostic de cancer entre 6 et 12 mois.

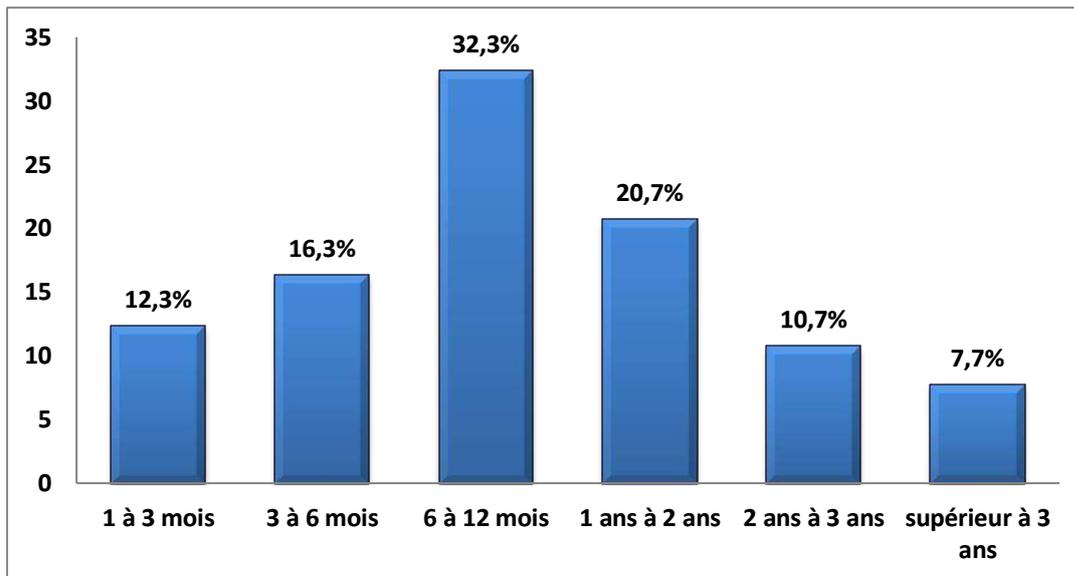


Figure 20 : Répartition des cancéreux selon délai de découverte de cancer

1.3. Les répercussions psychologiques, physiques et socioéconomiques après la découverte du cancer

Sur le plan psychologique, la majorité des patients de cette étude rapportait une ou plusieurs causes de leur gêne dont les principaux étaient le sentiment de tristesse, de désespoir, de pessimisme, d'angoisse de récurrence et surtout la crainte de la mort.

1.3.1 - Répartition des patients cancéreux selon l'attitude de l'entourage après la découverte de votre cancer, y a-t-il eu un changement d'attitude de votre entourage (conjoint, enfants, parents).

Il y avait un changement positif d'attitude de l'entourage chez la majorité des patients (89%), et seulement 3 % rapportaient un changement négatif.

- ✓ Changement positif : soutien social et familial, moral et financier.
- ✓ Changement négatif : désintérêt, éloignement par craintes de contagiosité, abandon.
- ✓ Pas de changement : attitude indifférente.

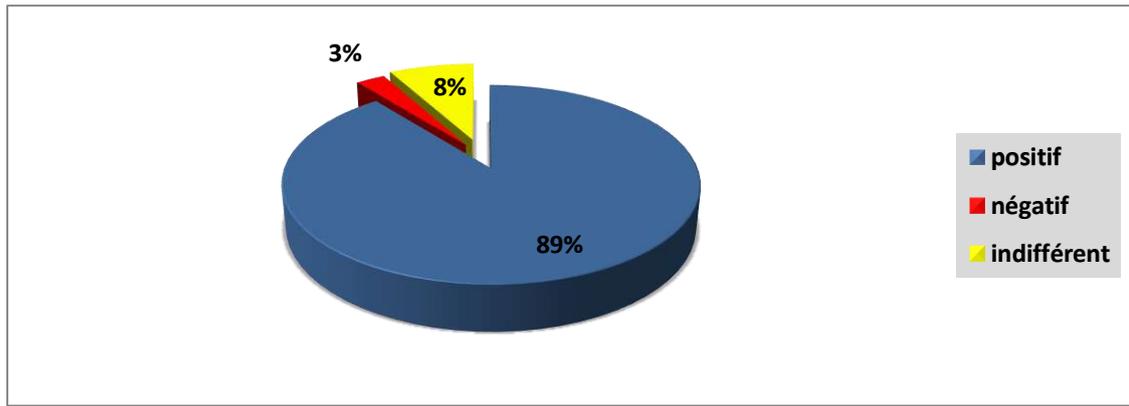


Figure 21 : Répartition des cancéreux selon l'attitude de l'entourage

1.3.2 Cause de la gêne

La gêne des patients était due principalement aux effets secondaires de traitement (39.7%), les symptômes physiques (15.3%) et altération de l'image de soi (22%).

Pour la nature des symptômes physiques dont se plaignaient les patients, on a retrouvé en tête l'asthénie, la douleur, vomissement, altération de l'état générale.

Et concernant la nature des effets secondaires, on a retrouvé : de vomissements, alopecie, des troubles de transit, d'asthénie

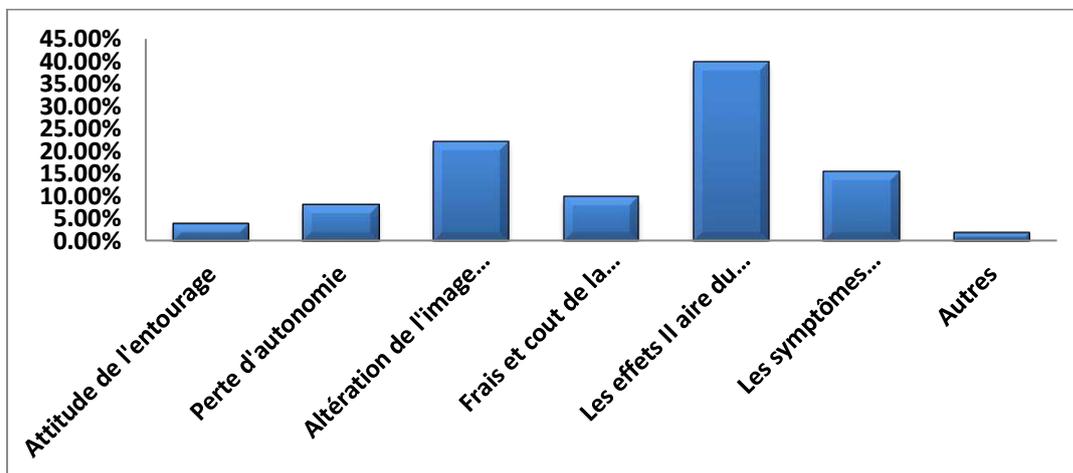


Figure 22 : Répartition des cancéreux selon la cause de la gêne

1.4. Caractéristiques thérapeutiques et pronostiques :

1.4.1 - Le traitement reçu

Près de la moitié de notre population d'étude soit 40% ont reçu une association chimiothérapie et chirurgie, 27,3% la chirurgie seule et 13,3% ont reçu juste une chimiothérapie.

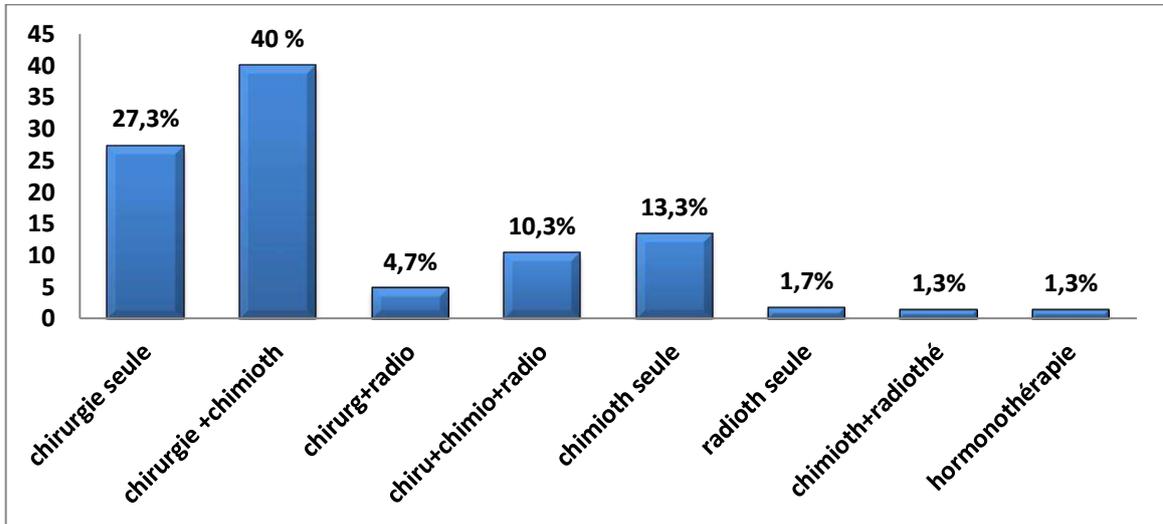


Figure 23 : Répartition des cancéreux selon le traitement reçu

1.4.2 - Évolution actuelle de la maladie cancéreuse

Les patients qui étaient en stabilisation sont 46% et 42% des patients l'évolution chez eux reste inconnue, car ils venaient juste de commencer leur traitement (quelques semaines seulement), 9 % des patients étaient en rechute et 3% des patients étaient en rémission.

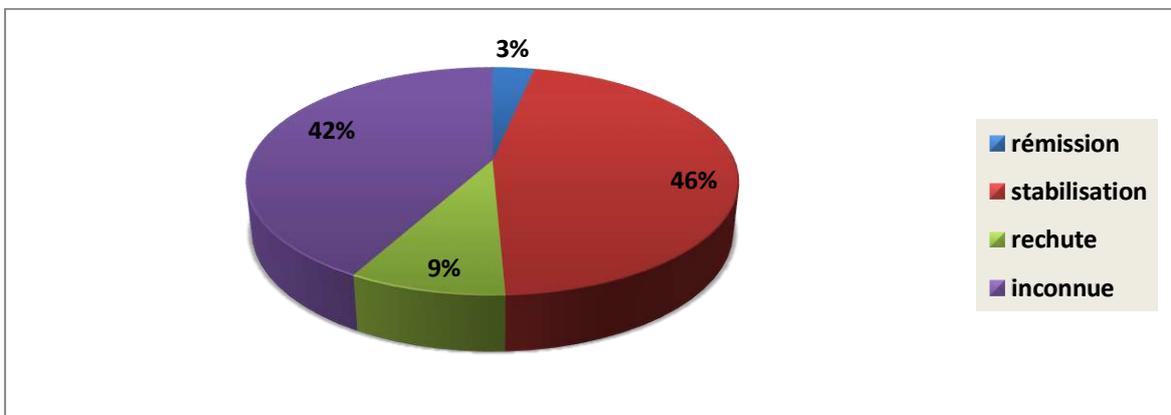


Figure 24 : Répartition des cancéreux selon l'évolution actuelle de la maladie cancéreuse

1.4.3- Vision des patients à l'avenir :

Près de la moitié des patients (44%) étaient optimiste, contre 37 % qui sont vision floue, 16 % des patients étaient pessimiste.

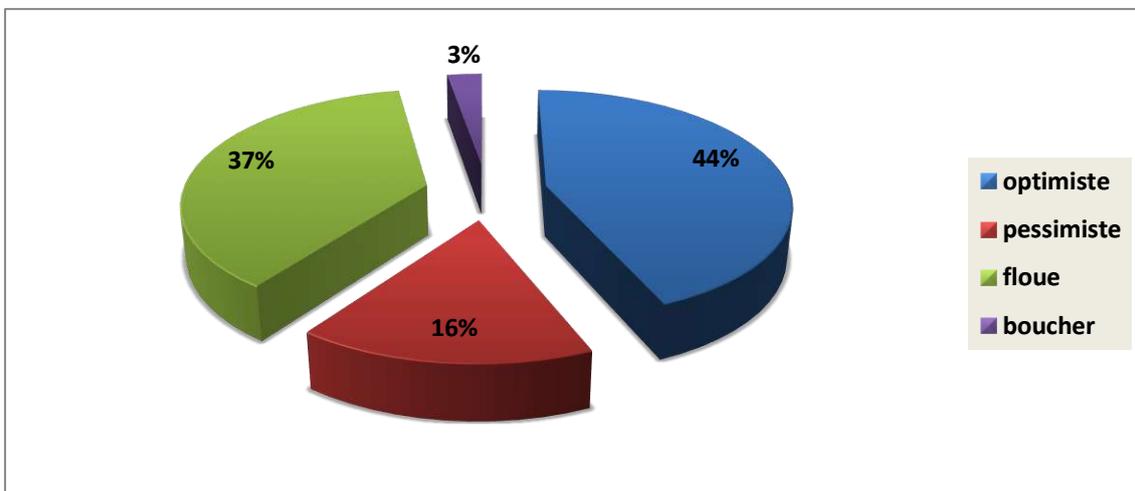


Figure 25 : Répartition des cancéreux selon l'évolution actuelle de la maladie

1.4.4 - La connaissance du diagnostic :

Nous constatons que plus de trois quarts des patients savaient qu'ils avaient un cancer (92%).

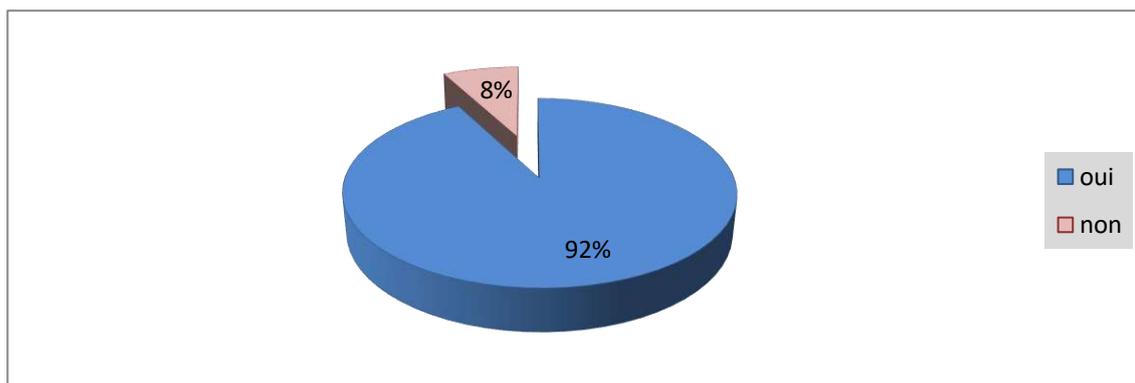


Figure 26: Répartition des cancéreux selon la connaissance de diagnostic

1.5. Dépistage et évaluation de l'anxiété et de la dépression de notre population d'étude selon l'échelle d'évaluation Psychométriques HADS :

1.5.1 – Répartition des cancéreux selon le score de l'anxiété sous-échelle A de l'échelle HADS (Tableau 6) :

Les résultats montrent que plus de 60% des patients ont un score d'anxiété varié entre anxiété modéré à sévère selon l'échelle du HADS.

Tableau 3 : Répartition des cancéreux selon le score de l'anxiété sous l'échelle A de HADS.

	Fréquence	Pourcentage
Pas d'anxiété (<7)	118	39,3 %
Anxiété légère (entre 8 et 10)	72	24 %
Anxiété moyenne (entre 11 et 14)	73	24,3 %
Anxiété sévère (>15)	37	12,3 %

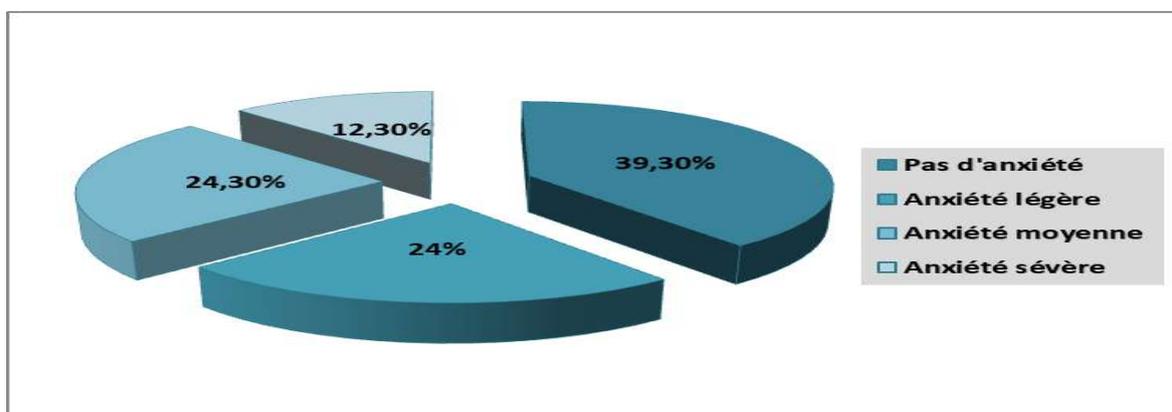


Figure 27 : Répartition des cancéreux selon le score de l'anxiété sous l'échelle A de HADS.

1.5.2 - Répartition des cancéreux selon le score de la dépression par la sous-échelle D de l'échelle HADS (Tableau 7) :

Nos résultats montrent que plus de 57% des patients ont un score de dépression varié entre dépression modéré à sévère selon l'échelle du HADS.

Tableau 4 : Répartition des cancéreux selon le score de la dépression sous l'échelle D du HADS.

	Fréquence	Pourcentage
Pas dépression	127	42,3 %
Dépression légère	99	33 %
Dépression moyenne	53	17,7 %
Dépression sévère	21	7 %

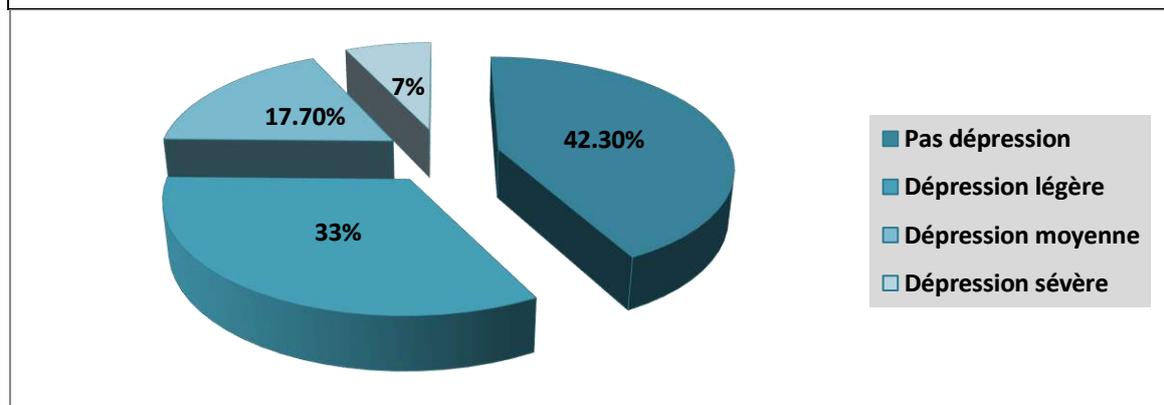


Figure 28 : Répartition des cancéreux selon le score de la dépression sous l'échelle D du HADS.

1.6. Prévalence de l'anxiété et de la dépression dans notre population

1.6.1 Prévalence de l'anxiété

La prévalence de l'anxiété au score (HAD) est de 60,7%.

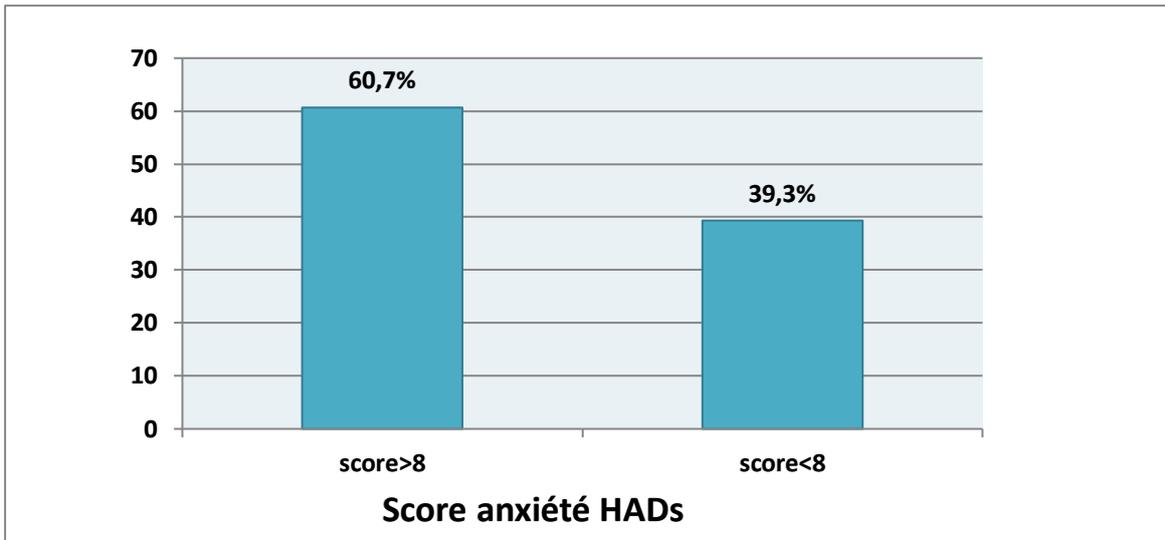


Figure 29 : Répartition des cancéreux selon la prévalence de l'anxiété

1.6.2. Prévalence de la dépression selon le score HAD de la dépression

La prévalence de la dépression au score (HAD) est de 57,7%

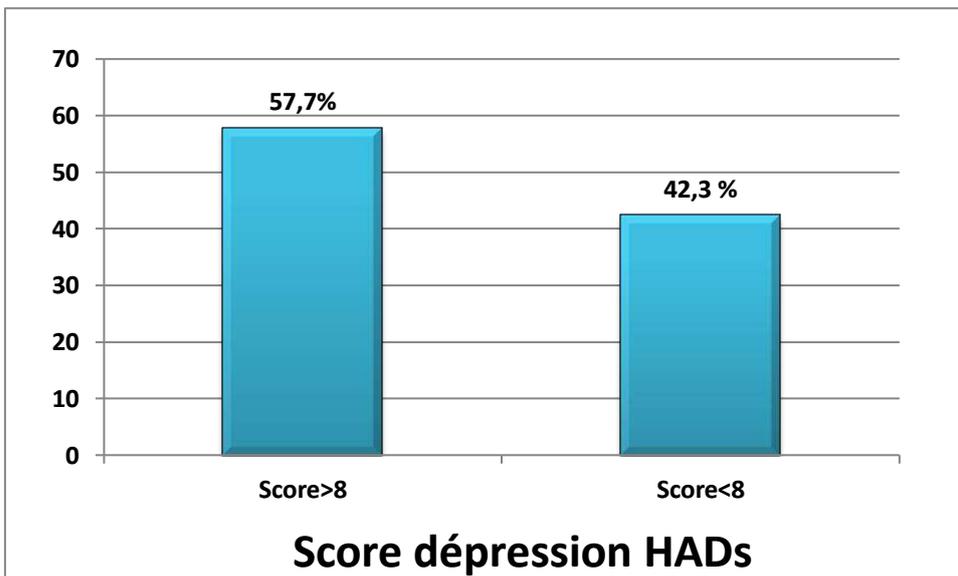


Figure 30 : Répartition des cancéreux selon la prévalence de la dépression

Chapitre 2. Analyse bi variée

1. Corrélation entre la dépression et les paramètres étudiées :

1.1. Paramètres sociodémographiques :

1.1.1 Sexe :

L'épisode dépressif est retrouvé un peu plus chez les hommes (61.50%) que chez les femmes (56%). Cette différence est statistiquement non significative.

Tableau 5 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le sexe.

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Homme	61,50%	38,50%	0.802	0.370
Femme	56,00%	44,00%		

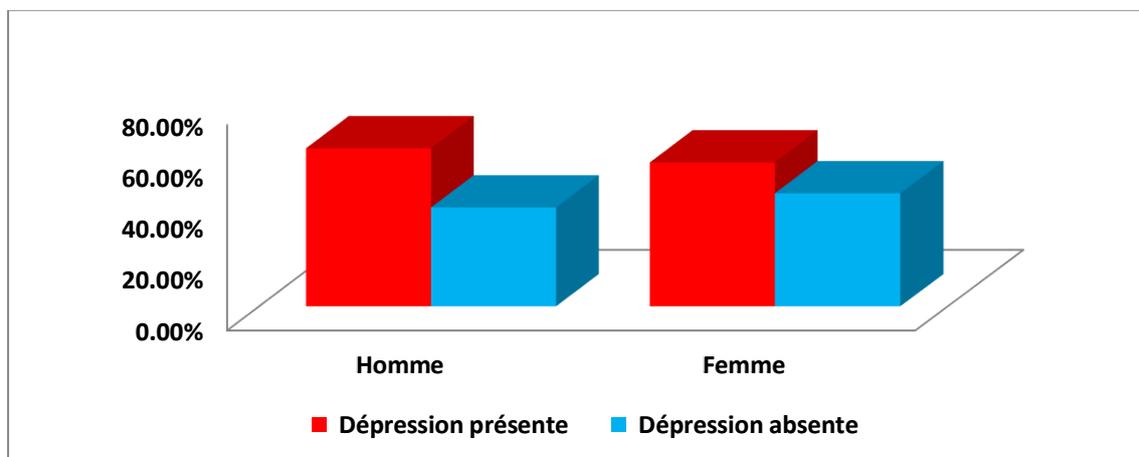


Figure 31 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le sexe

1.1.2 Age :

La prévalence de la dépression varie de façon non significative avec l'âge ($p=0,314$), elle augmente progressivement pour atteindre son pic de fréquence chez les patients qui ont un âge inférieur ou égal à 36 ans (69.6%)

Tableau 6 : Répartition des cancéreux selon la dépression et l'âge

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Égale ou inférieur de 36 ans	69,60%	30,40%	3.553	0.314
Entre 37 ans et 50 ans	58,20%	41,80%		
Entre 51 ans et 65 ans	55,00%	45,00%		
Égale ou supérieur de 66 ans	53,10%	46,90%		

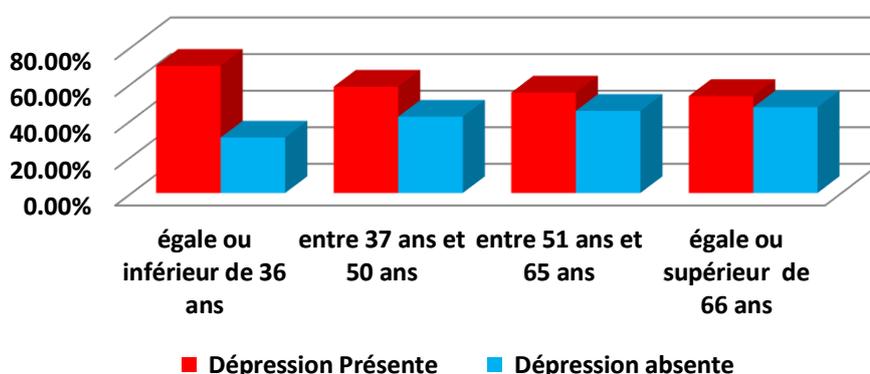


Figure 32 : Répartition des cancéreux selon la dépression et l'âge

1.1.3 Situation matrimoniale :

La dépression est plus retrouvée chez les sujets célibataires (64,3%) ainsi que chez les sujets veufs et divorcés (respectivement 63.3% et 57.1%). Ceci est statistiquement non significatif ($p=0,679$).

Tableau 7 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la situation matrimoniale

	Dépression		khi deux	p
	Présente	Absente		
Célibataire	64,30%	35,70%	1.515	0.679
Mariée	55,70%	44,30%		
Divorcé	57,10%	42,90%		
Veuf	63,30%	36,70%		

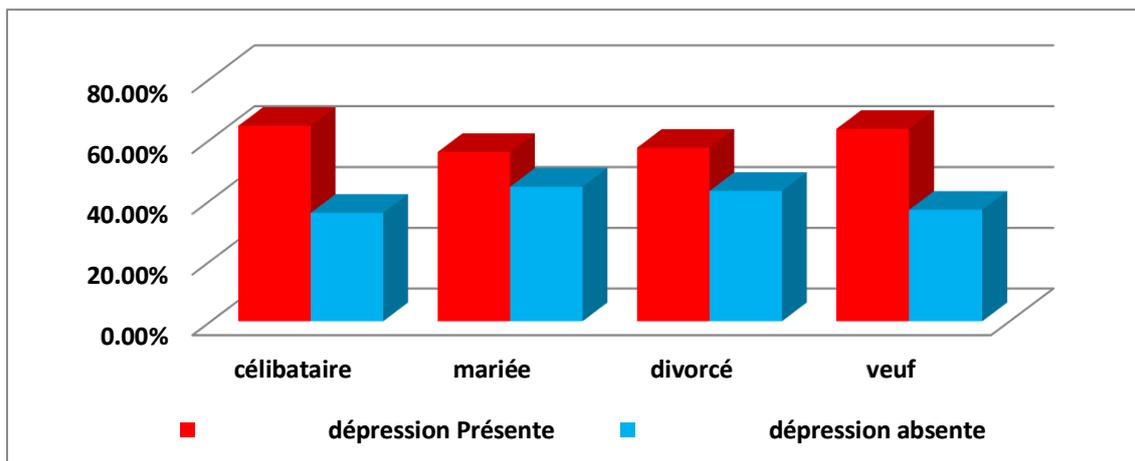


Figure 33 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la situation matrimoniale

1.1.4_ Niveau d'instruction :

La dépression est présente plus fréquemment chez les sujets qu'ils ont un niveau primaire (59.10%). Cette différence est statistiquement non significative.

Tableau 8 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le niveau d'instruction

	Dépression		khi deux	P
	Présente	Absente		
Aucun	57,10%	42,90%	1.516	0.679
Primaire	59,10%	40,90%		
Secondaire	58,90%	41,10%		
Universitaire	45,50%	54,50%		

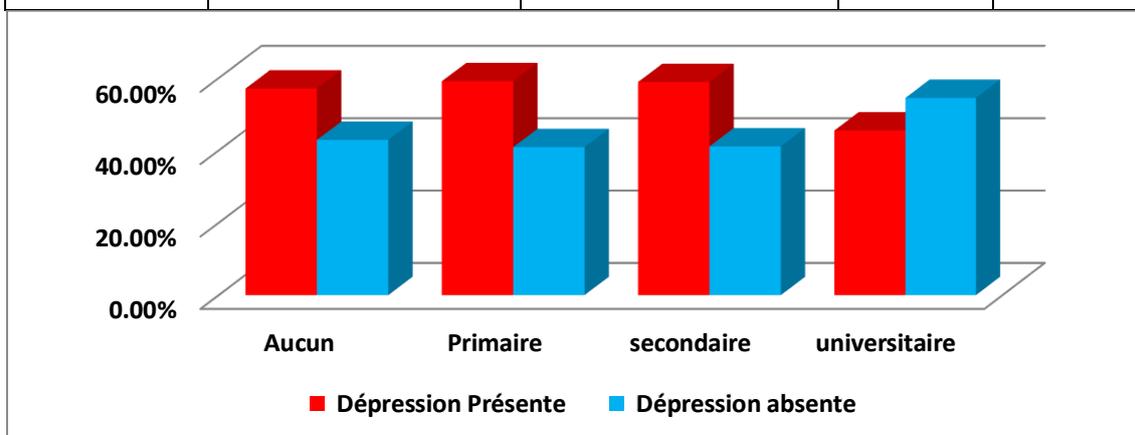


Figure 34 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le niveau d'instruction

1.1.5_ Profession :

L'ED a été diagnostiqué chez 60,30% des patients retraité et 59.10 % chez les chômeurs. Cette différence est statistiquement non significative (p=0,398).

Tableau 9 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la profession

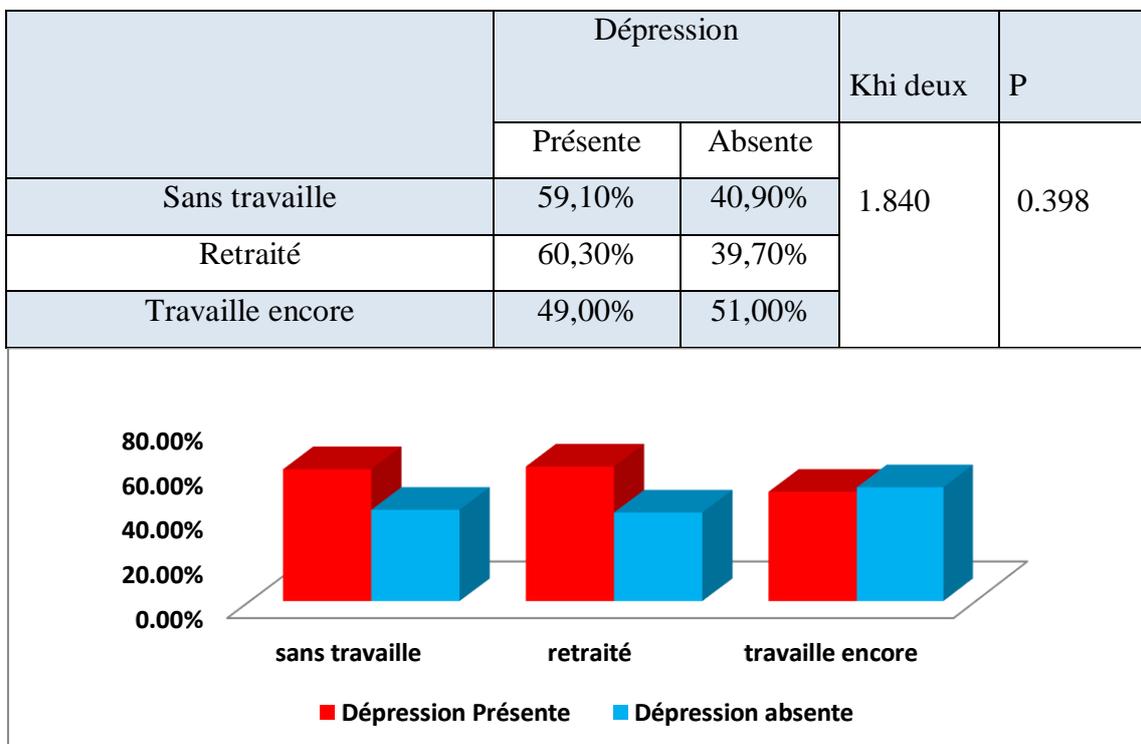


Figure 35 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la profession

1.1.6_Niveau socio-économique du patient :

On a retrouvé l'état dépressif majoritairement chez les patients dont le niveau socioéconomique est médiocre (72.10%). Cette différence est non significative. (P=0.108).

Tableau 10 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le niveau socio-économique

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Bon	51,70%	48,30%	4.446	0.108
Moyen	55,70%	44,30%		
Médiocre	72,10%	27,90%		

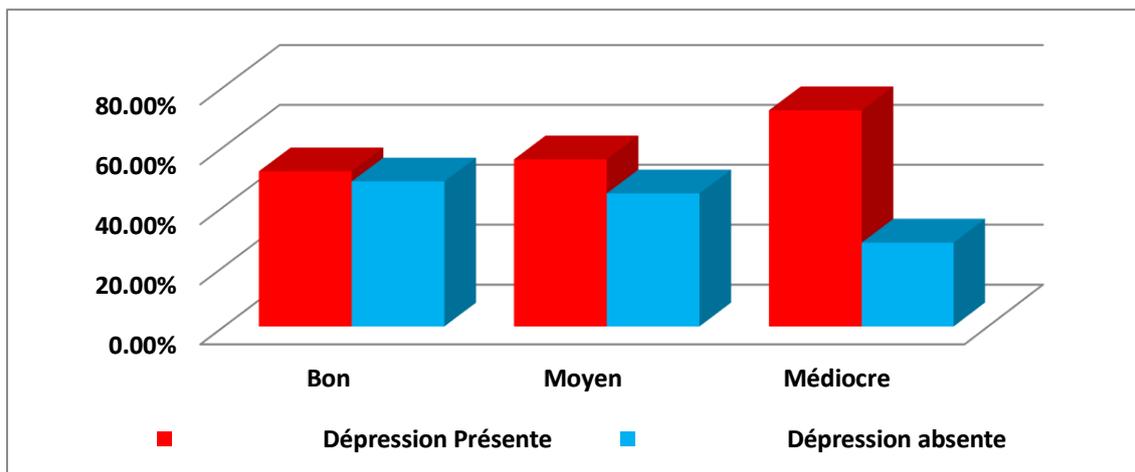


Figure 36 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le niveau socio-économique

1.2. Caractéristiques cliniques

1.2.1 - Répartition de la dépression en fonction des antécédents médicaux

83.30% des patients déprimés, ayant des antécédents maladies chroniques, alors que 67.50% ayant antécédent de diabète. Ceci statistiquement non significatif.

Tableau 11 : Répartition des cancéreux selon la dépression et les ATCDS médicaux

ATCD médicaux	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
HTA	56,20%	43,80%	1.970	0.617
Diabète	67,50%	32,50%		
Autres cancer	54,00%	46,00%		
Aucun	75,00%	25,00%		
Autres	83,30%	16,70%		

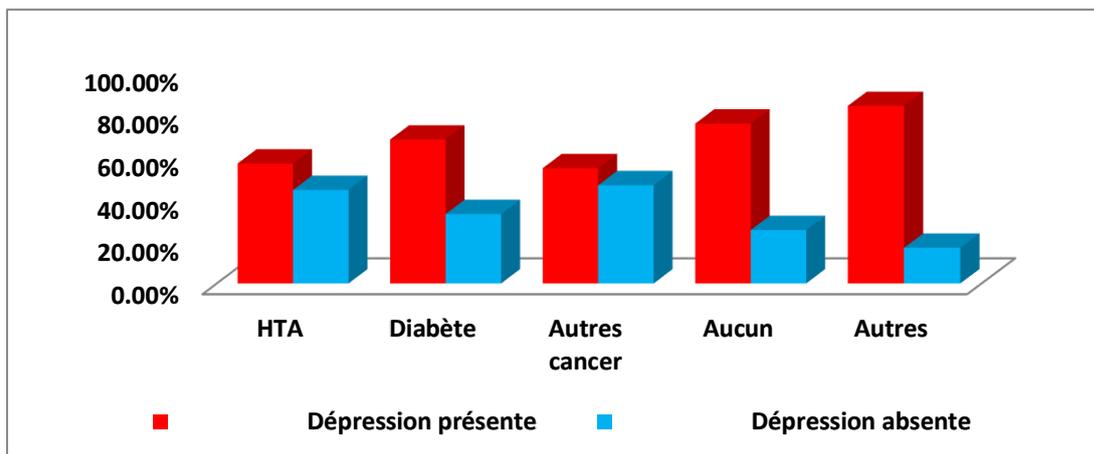


Figure 37 : Répartition des cancéreux selon la dépression et les ATCDS médicaux

1.2.2 - Répartition de la dépression en fonction de la localisation du cancer :

La répartition des patients cancéreux déprimés selon la localisation du cancer présente une différence statistiquement non significative.

Tableau 12 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la localisation du cancer

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Sein	55,80%	44,20%	4.237	0.835
Rectum	50,00%	50,00%		
Appareil génital féminin	56,10%	43,90%		
Estomac	63,60%	36,40%		
Prostate	60,00%	40,00%		
Vessie	72,70%	27,30%		
Hématologique	40,00%	60,00%		
Colon	66,70%	33,30%		
Autres	59,60%	40,40%		

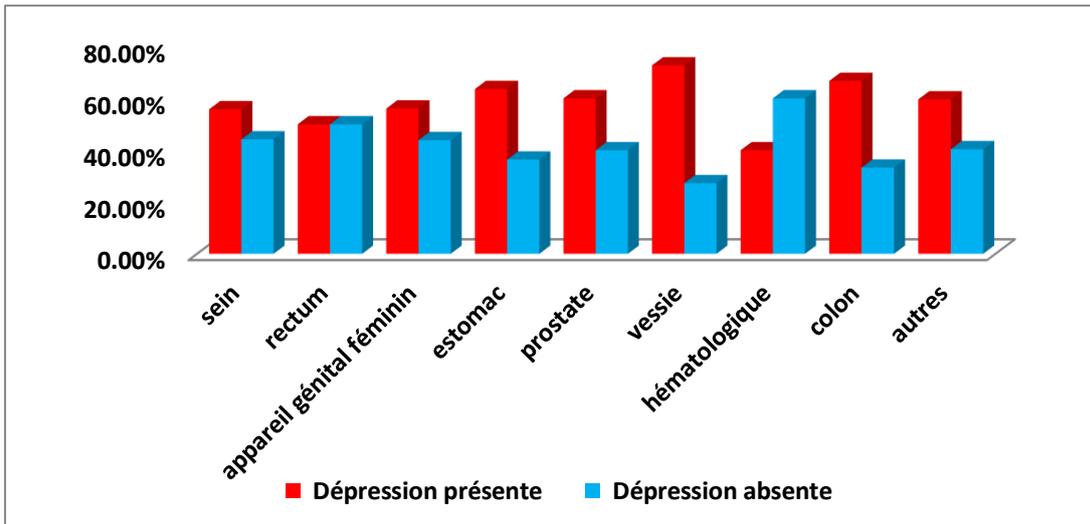


Figure 38 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la localisation du cancer

1.2.3 - Répartition de la dépression en fonction du Type de tumeur :

Dans les cancers solides, la prévalence de la dépression était estimée à 58.30%, par contre dans les cancers hématologiques à 40%. Une différence statistiquement non significative.

Tableau 13 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le type de tumeur

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Solide	58,30%	41,70%	1.323	0.250
Hématologique	40,00%	60,00%		

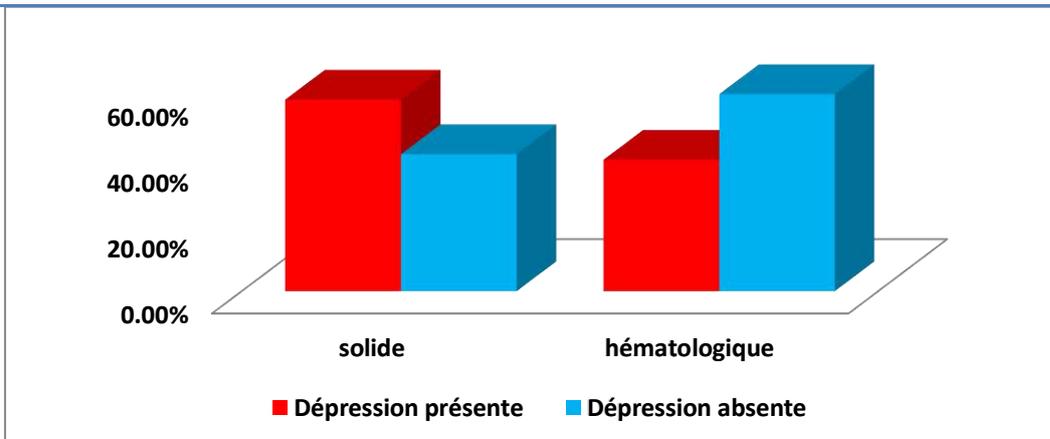


Figure 39 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le type de tumeur

1.2.4 - Répartition de la dépression en fonction du stade du cancer :

C'est dans le stade métastatique qu'on a retrouvé plus de dépression : 78,10% et à 57.70 % dans le stade localement avancé. Avec un lien statistiquement significatif, avec un degré de signification : p égal à 0,0000.

Tableau 14 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le stade du cancer

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Localisé	45,80%	54,20%	17.758	0.0000
Localement avancée	57,70%	42,30%		
Métastase	78,10%	21,90%		

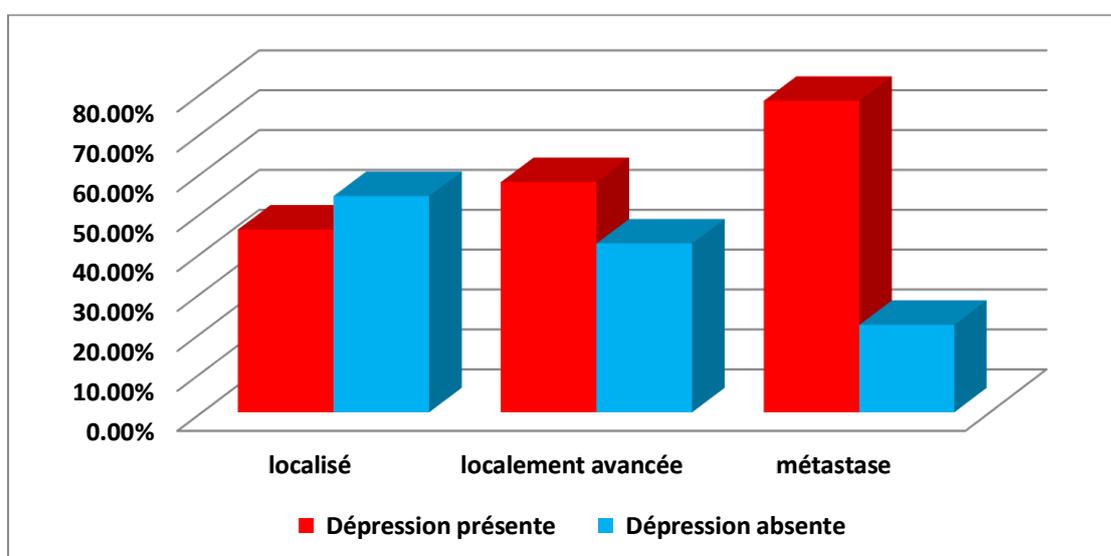


Figure 40 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le stade du cancer

1.2.5 - Répartition de la dépression en fonction du délai de découverte du cancer

La prévalence de dépression retrouvée était fréquente pour les patients dont le diagnostic a été posé il y a plus de 2ans à 75%. Ceci est statistiquement non significatif.

Tableau 15 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le Délai de découverte du cancer

	Dépression		khi deux	P
	Présente	Absente		
1 à 3 mois	59,50%	40,50%	8.26	0.142
3à 6 mois	49,00%	51,00%		
6 à 12 mois	53,60%	46,40%		
1 ans à 2 ans	64,50%	35,50%		
2 ans à 3 ans	75,00%	25,00%		
Supérieur à 3 ans	47,80%	52,20%		

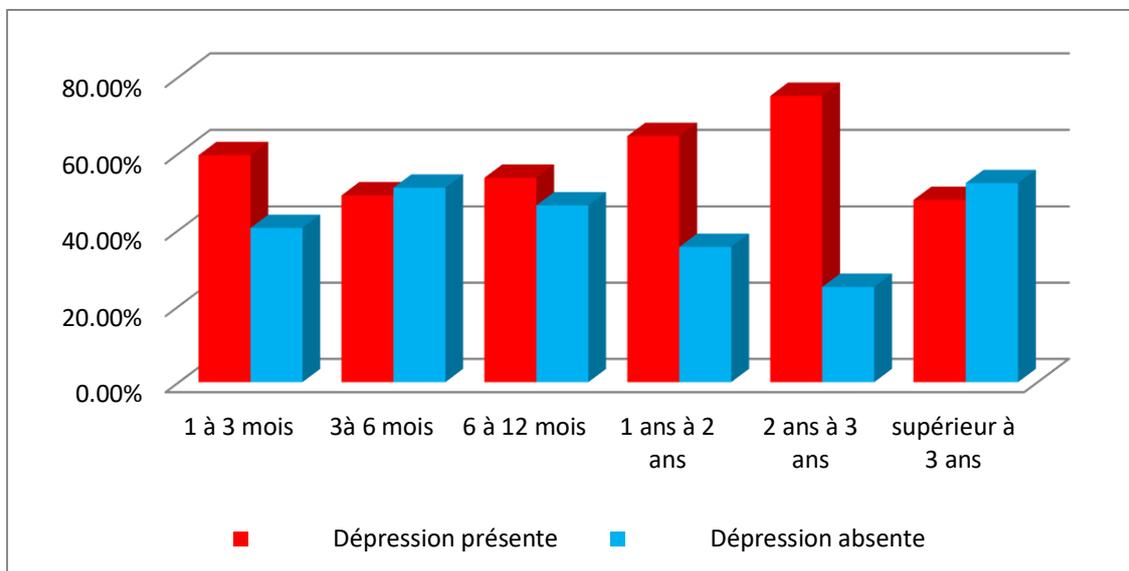


Figure 41 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le Délai de découverte du cancer

1.3. Les répercussions psychologiques, physiques et socio-économiques après la découverte du cancer

1.3.1 - Répartition en fonction du changement de l'attitude de l'entourage

La dépression a été retrouvée dans le cas où il y a de changement positive chez 59.00% des patients, et 37.5% des patients où il y a un changement négatif. Sans que cette différence soit statistiquement significative.

Tableau 16 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le changement de l'attitude de l'entourage

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Positif	59,00%	41,00%	2.093	0.351
Négatif	37,50%	62,50%		
Indifférent	50,00%	50,00%		

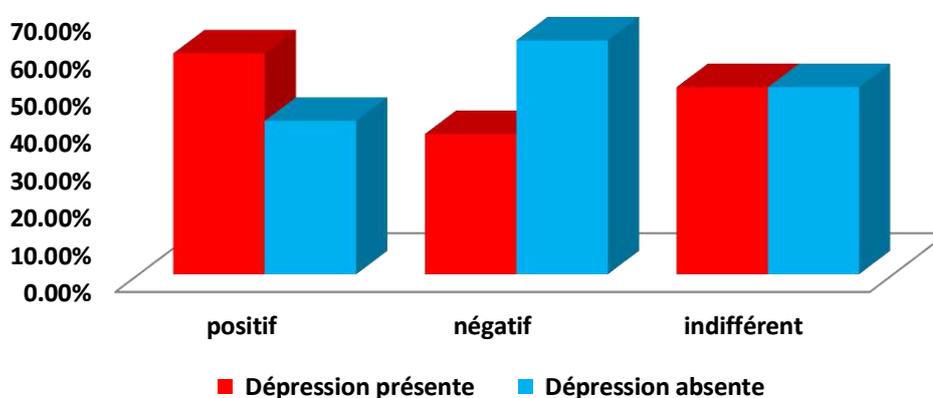


Figure 42 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le changement de l'attitude de l'entourage

1.3.2_ Répartition en fonction des antécédents familiaux du cancer :

La dépression a été retrouvée le plus chez les patients qui n'avaient pas d'antécédents familiaux du cancer, que ceux qui les avaient (58.2% contre 55,6%). Ceci est statistiquement non significatif.

Tableau 17 : Répartition des cancéreux selon la dépression et les ATCDS familiaux du cancer.

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Oui	55,60%	44,40%	0.146	0.703
Non	58,20%	41,80%		

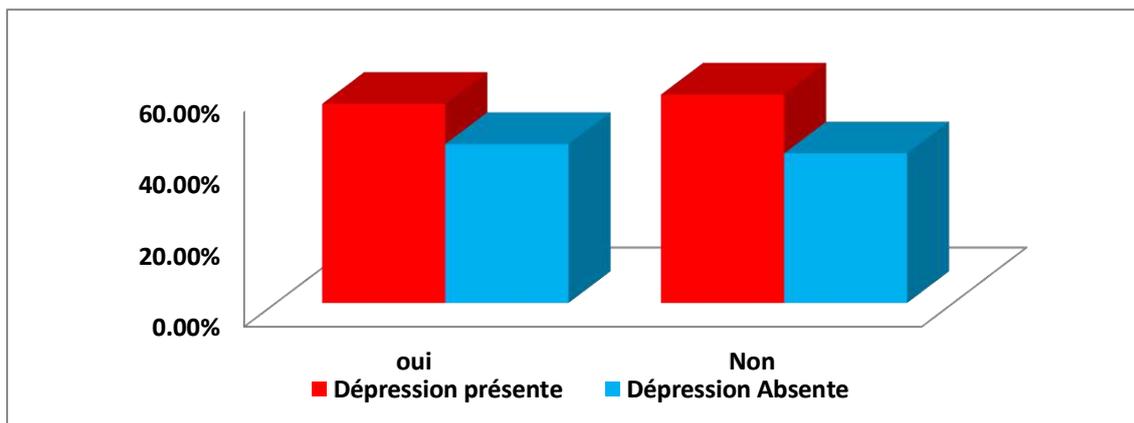


Figure 43 : Répartition des cancéreux selon la dépression et les ATCDS familiaux du cancer.

1.3.3 Répartition en fonction de la cause de gêne :

L'attitude de l'entourage c'est la principale cause qui gêne les patients cancéreux avaient un état dépressif 81,80 %. Ceci est statistiquement non significatif p égale 0.061.

Tableau 18 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la cause de gêne.

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Attitude de l'entourage	81,80%	18,20%	12.064	0.061
Perte d'autonomie	75,00%	25,00%		
Altération de l'image de soi	63,60%	36,40%		
Frais et cout de la PEC	58,60%	41,40%		
Les effets II ^{aires} de traitement	54,60%	45,50%		
Les symptômes physique	41,30%	58,70%		

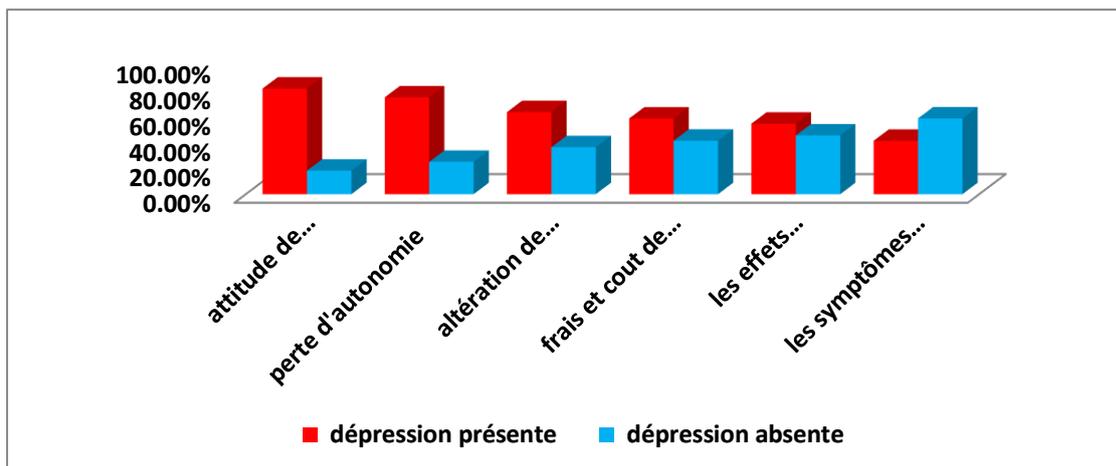


Figure 44 : : Répartition des cancéreux selon la dépression et la cause de gêne.

1.4. Caractéristiques thérapeutiques

1.4.1 - Traitement reçu :

La dépression était présente de façon très importante chez les patients recevant un traitement par chimiothérapie et radiothérapie (soit 75 %) et égale pour les patients ceux qui ont bénéficié chirurgie + chimiothérapie ; chimiothérapie seule ; et radiothérapie seule à 60%. Sans que ceci soit significatif.

Tableau 19 : Répartition des cancéreux selon la dépression et le traitement reçu.

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Chirurgie seul	53,70%	46,30%	1.599	0.979
Chirurgie +Chimio	60,00%	40,00%		
Chirurgie + Radio	57,10%	42,90%		
Chirurgie + Chimio + Radio	54,80%	45,20%		
Chimio seule	60,00%	40,00%		
Radiothérapie seul	60,00%	40,00%		
Chimio + Radio	75,00%	25,00%		
Hormonothérapie	50,00%	50,00%		

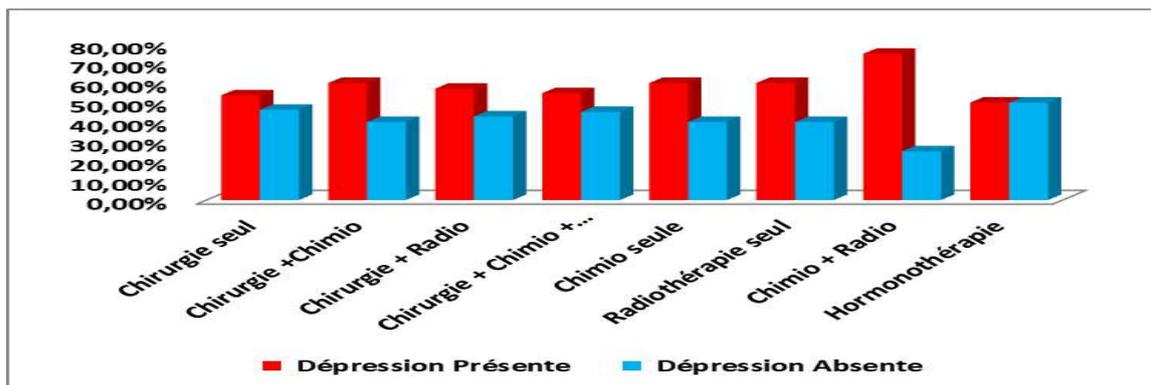


Figure 45 : : Répartition des cancéreux selon la dépression et le traitement reçu.

1.4.2 - Évolution actuelle de la maladie cancéreuse

On a retrouvé le moins des trouble dépressifs chez les patients qui sont dans un état de rémission (20%), alors que chez ceux qui sont dans un état de rechute à 73,10% et ceux qui sont en état inconnu à 77.80 %. Ceci **une corrélation significative** soit retrouvée P égale à 0.000

Tableau 20 : Répartition des cancéreux selon la dépression et l'évolution actuelle de la maladie cancéreuse.

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Rémission	20,00%	80,00%	48.639	0.000
Stabilisation	39,10%	60,90%		
Rechute	73,10%	26,90%		
Inconnue	77,80%	22,20%		

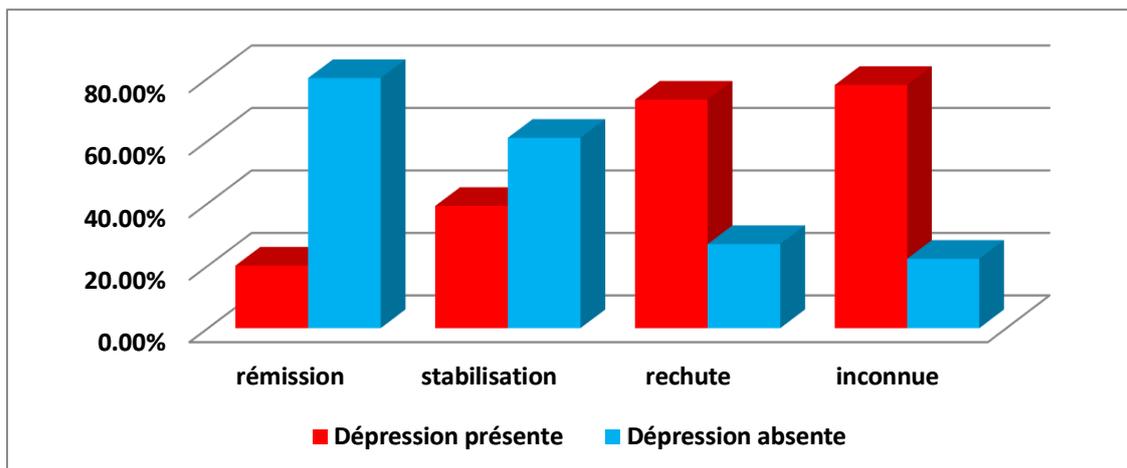


Figure 46 : Répartition des cancéreux selon la dépression et l'évolution actuelle de la maladie cancéreuse.

1.4.3_ La vision des patients à la venir :

On retrouve que la majorité des patients pessimiste est dans un état dépressif 89.8%, alors que chez les patients optimiste 27,5%, Ceci **statistiquement significatif**.

Tableau 21 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la vision des patients à la venir.

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Optimiste	27,50%	72,50%	89.302	0.000
Pessimiste	89,80%	10,20%		
Floue	76,80%	23,20%		
Boucher	87,50%	12,50%		

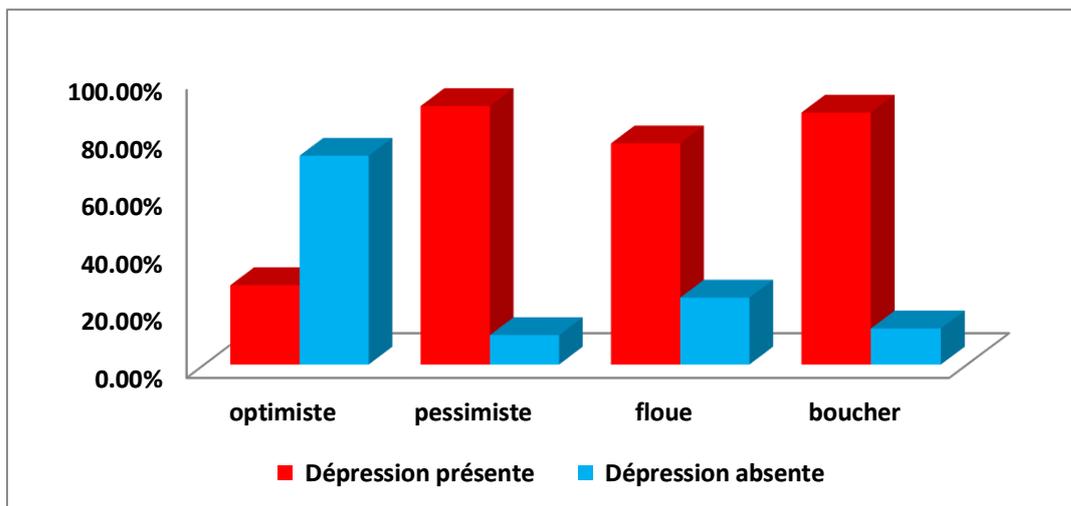


Figure 47 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la vision des patients à la venir.

1.4.4 _Connaissance du diagnostic de la maladie cancéreuse par le patient

La dépression était retrouvée chez 59.90% des patients qui savaient qu'ils ont un cancer, et chez seulement 30.4% de ceux qui l'ignoraient. Cette **différence est statistiquement significative**.

Tableau 22 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la connaissance de diagnostic.

	Dépression		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Oui	59,90%	40,10%	7.567	0.006
Non	30,40%	69,60%		

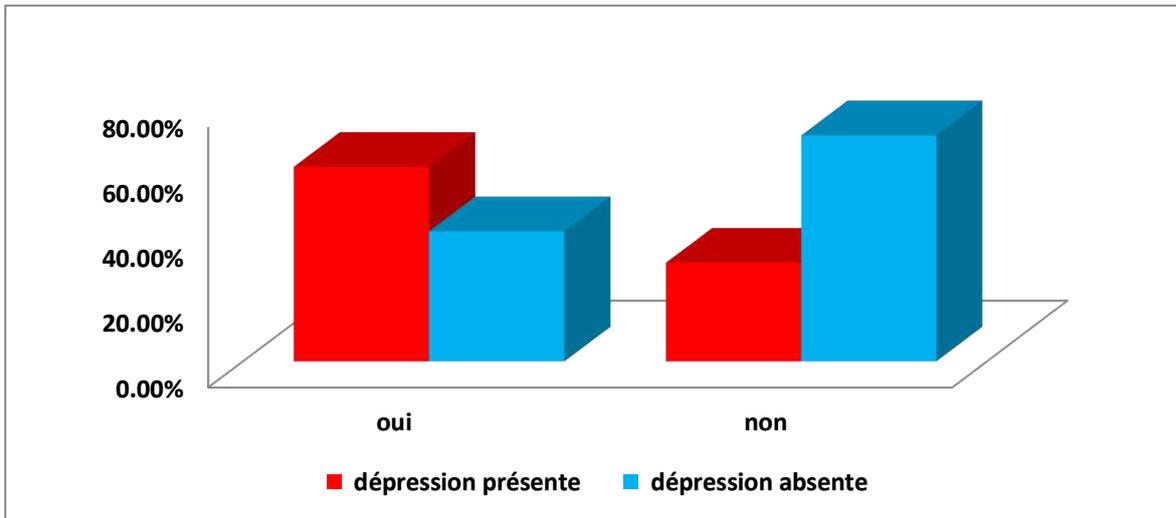


Figure 48 : Répartition des cancéreux selon la dépression et la connaissance de diagnostic.

2. Corrélation entre l'anxiété et les paramètres étudiées :

2.1. Paramètres sociodémographiques :

2.1.1 Sexe :

Les femmes avaient plus d'anxiété (63,6%) que les hommes (53,8%), et ceci de manière non significative ($p=0.111$).

Tableau 23 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le sexe.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Homme	53,80%	46,20%	2,546	0,111
Femme	63,60%	36,40%		

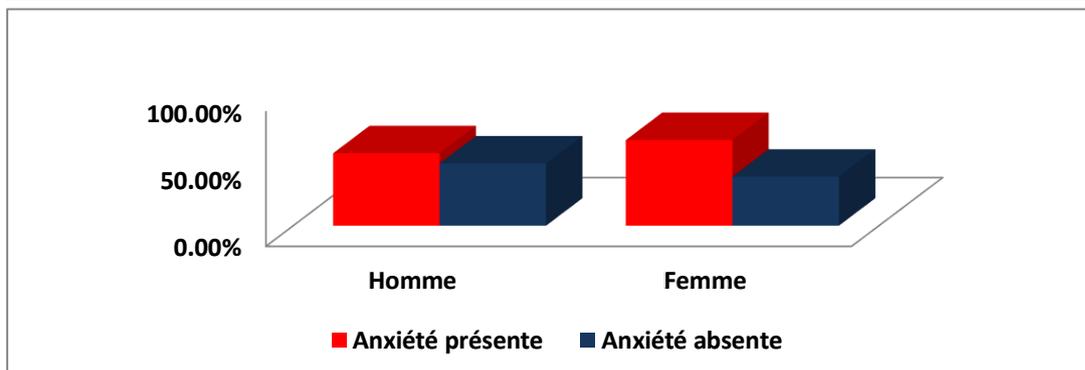


Figure 49 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le sexe.

2.1.2_Age :

La prévalence de l'anxiété est élevée chez les sujets âgés de moins de 36 ans (76.10%), 64.6 % âgés de 37 ans à 50 ans et enfin 56.8% des sujets de 51 ans à 64 ans. Cette différence est **statistiquement significative**($p=0,046$).

Tableau 24 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et l'âge.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
≤ 36 ans	76,10%	23,90%	8,019	0,046
Entre 37 ans et 50 ans	64,60%	35,40%		
Entre 51 ans et 65 ans	56,80%	43,20%		
≥ 66 ans	51,60%	48,40%		

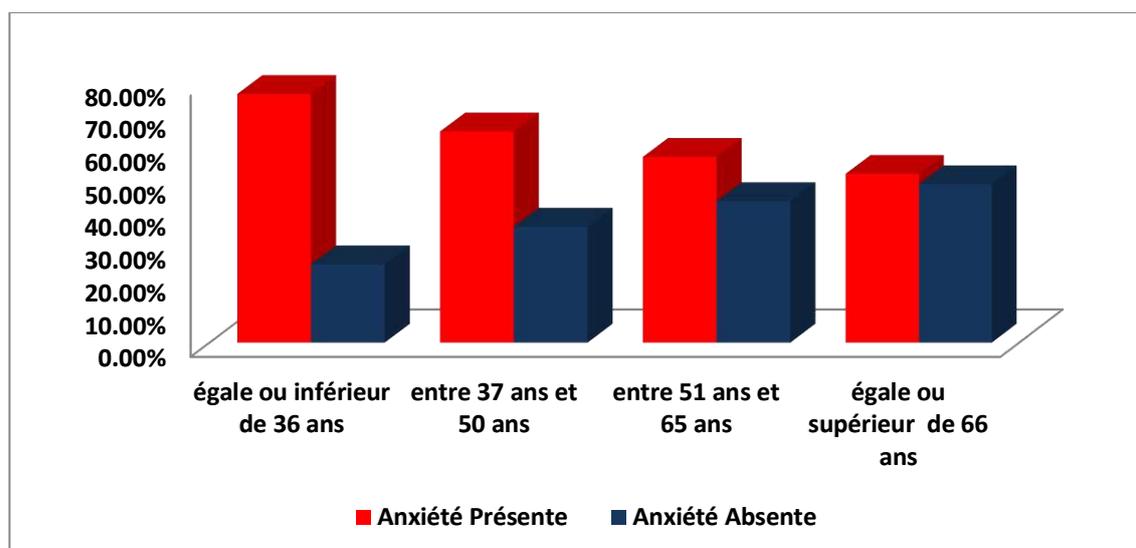


Figure 50 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et l'âge.

2.1.3_Situation matrimoniale :

L'anxiété est retrouvée plus chez les sujets célibataire (76.2%), et chez les sujets mariés, divorcés et veufs à 58.4%, 57,1%, et 56.7% respectivement. Cette différence est statistiquement non significative.

Tableau 25 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le statu matrimoniale.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Célibataire	76,20%	23,80%	4,967	0,174
Marié	58,40%	41,60%		
Divorcé	57,10%	42,90%		
Veuf	56,70%	43,30%		

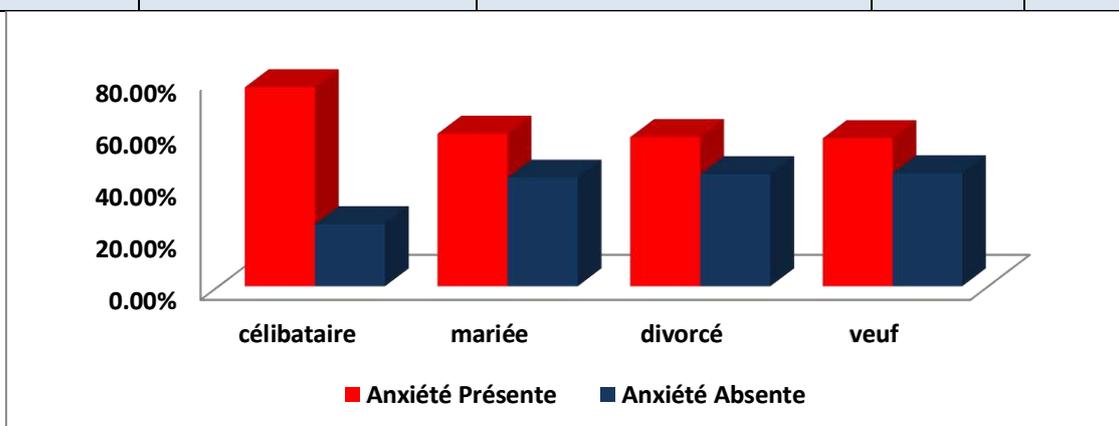


Figure 51 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le statu matrimoniale.

2.1.4_Niveau d'instruction :

L'anxiété est présente plus fréquemment, chez les sujets ont un niveau primaire (59.10%). Cette différence est non significative

Tableau 26 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le niveau d'instruction

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Aucun	57,10%	42,90%	1.516	0.679
Primaire	59,10%	40,90%		
Secondaire	58,90%	41,10%		
Universitaire	45,50%	54,50%		

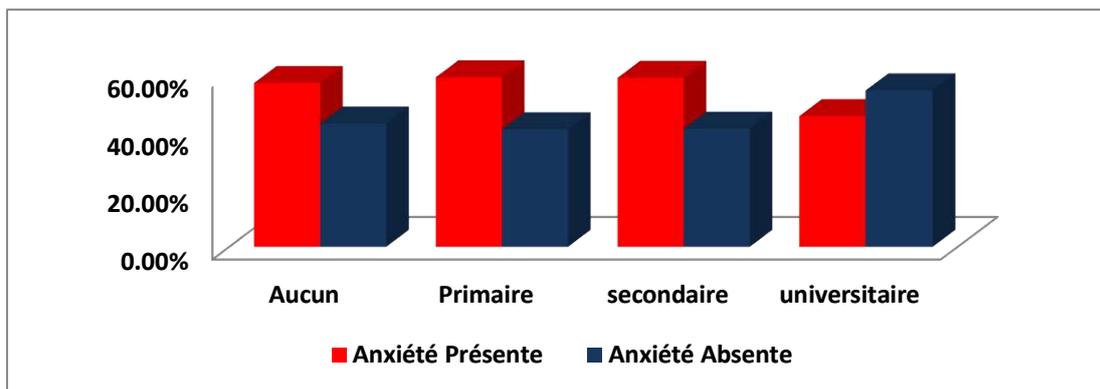


Figure 52 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le niveau d'instruction

2.1.5_ Profession :

Les patients sans profession soient 64.8% étaient plus anxieux, que les travailleurs actifs (55.10 %). Cette différence est statistiquement non significative.

Tableau 27 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la profession

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Sans travaille	64,80%	35,20%	3,939	0,14
Retraité	51,70%	48,30%		
Travaille encore	55,10%	44,90%		

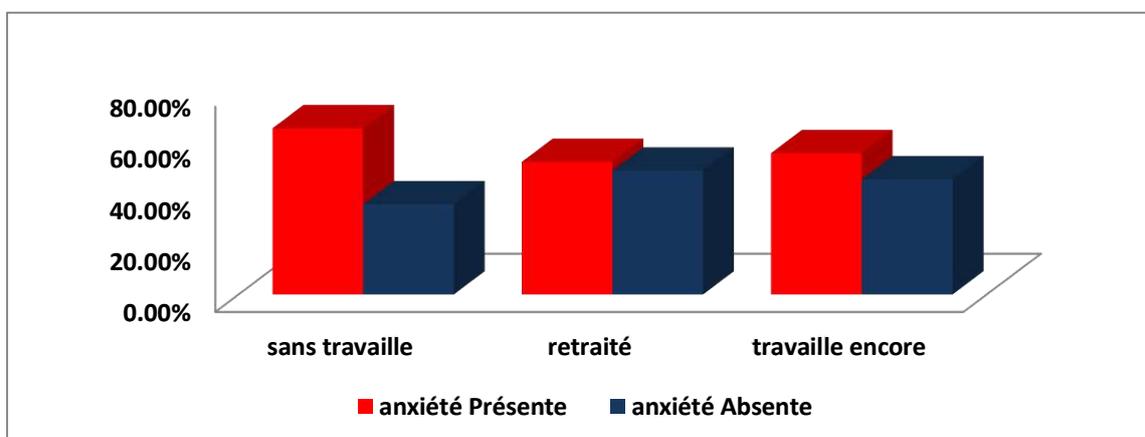


Figure 53 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la profession

2.1.6_ Niveau socioéconomique :

On a retrouvé état anxieux majoritairement chez les patients dont le niveau socioéconomique est médiocre (72.10%). Cette différence est non significative. (P =0.232)

Tableau 28 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le niveau socioéconomique.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Bon	55,20%	44,80%	2.922	0.232
Moyen	59,20%	40,80%		
Médiocre	72,10%	27,90%		

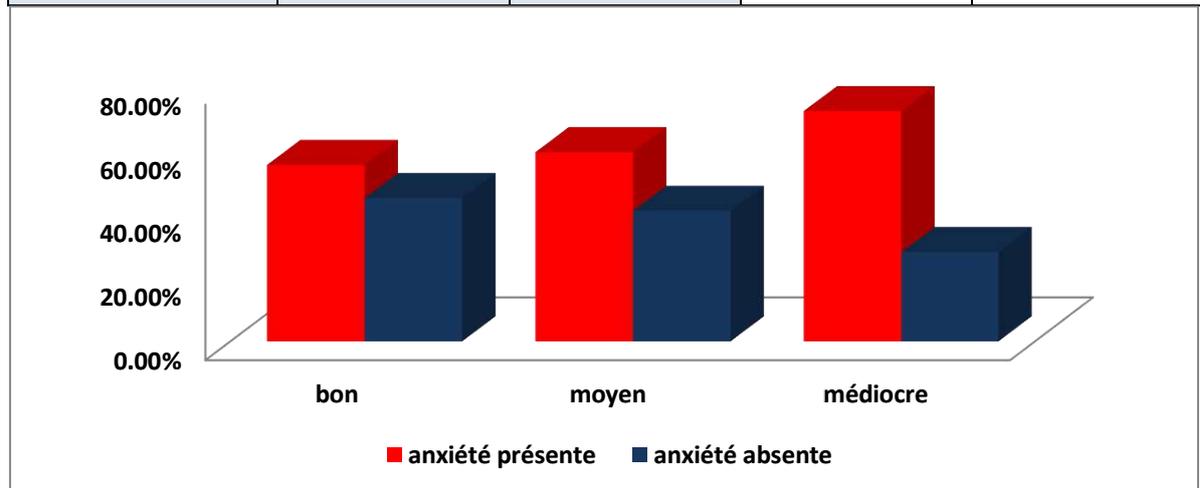


Figure 54 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le niveau socioéconomique.

2.2. Caractéristiques cliniques

2.2.1 - Répartition de l'anxiété en fonction des antécédents médicaux

83.30% des patients anxieux, ayant antécédents autres maladies chroniques, alors que 62.50% ayant antécédent d'autres cancer. Ceci statistiquement non significatif.

Tableau 29 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et les ATCDS médicaux.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
HTA	50,60%	49,40%	1.593	0.436
Diabète	62,30%	37,70%		
Autres cancer	62,50%	37,50%		
Aucun	63,40%	36,60%		
Autres	83,30%	16,70%		

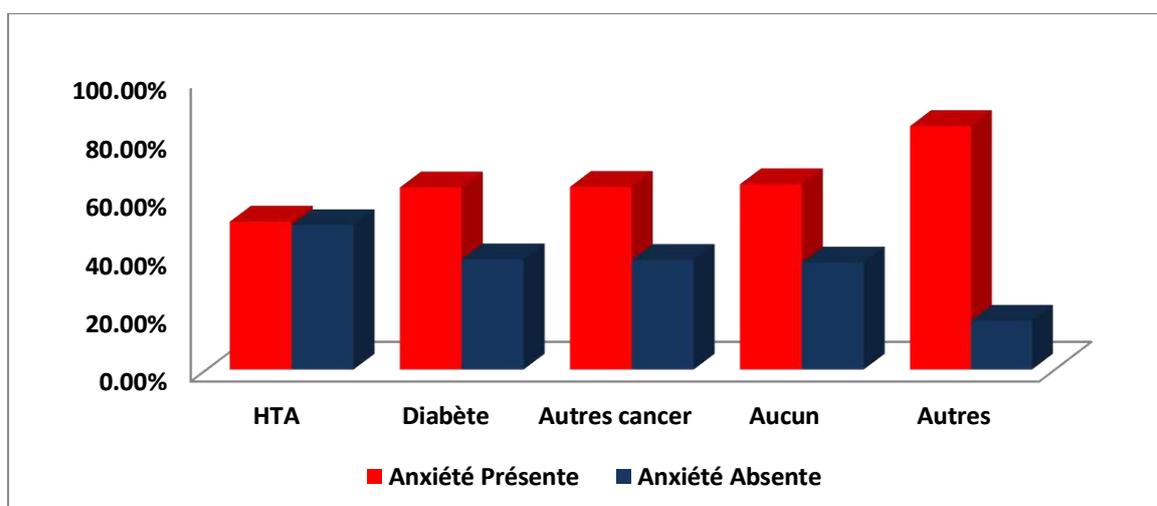


Figure 55 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et les ATCDS médicaux.

2.2.2 - Répartition de l'anxiété en fonction de la localisation de cancer

La répartition des patients cancéreux anxieux selon la localisation du cancer présente une différence statistiquement non significative.

Tableau 30 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la localisation de cancer.

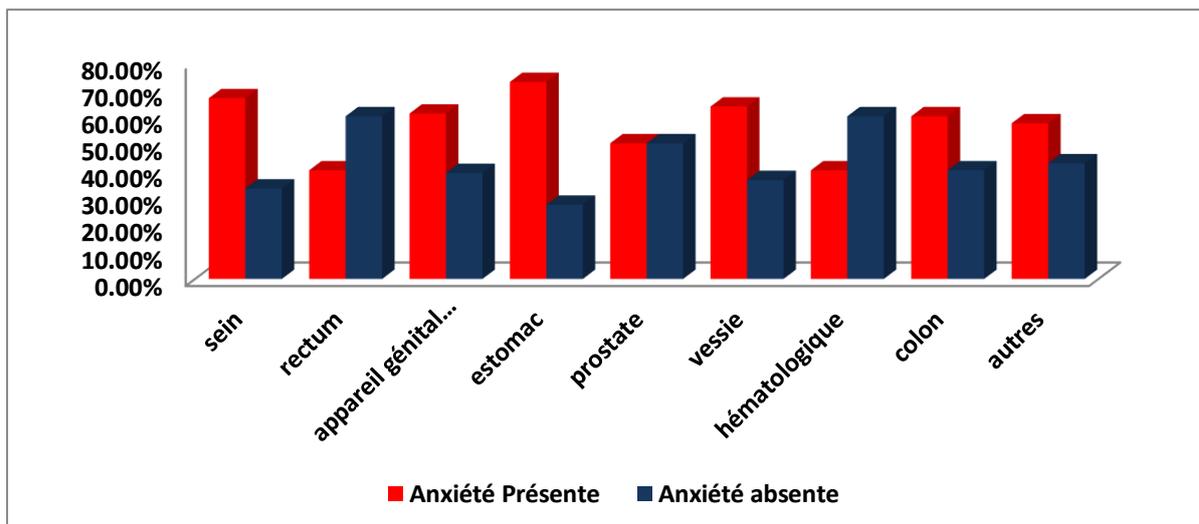


Figure 56 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la localisation de cancer.

2.2.3 - Répartition de l'anxiété en fonction du Type de tumeur :

Dans les cancers solides la prévalence de l'anxiété était estimée à 61.40%, par contre dans les cancers hématologiques à 40%. Une différence statistiquement non significative.

Tableau 31 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le type de tumeur.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Solide	61,40%	38,60%		
Hématologique	40,00%	60,00%	1,852	0,174

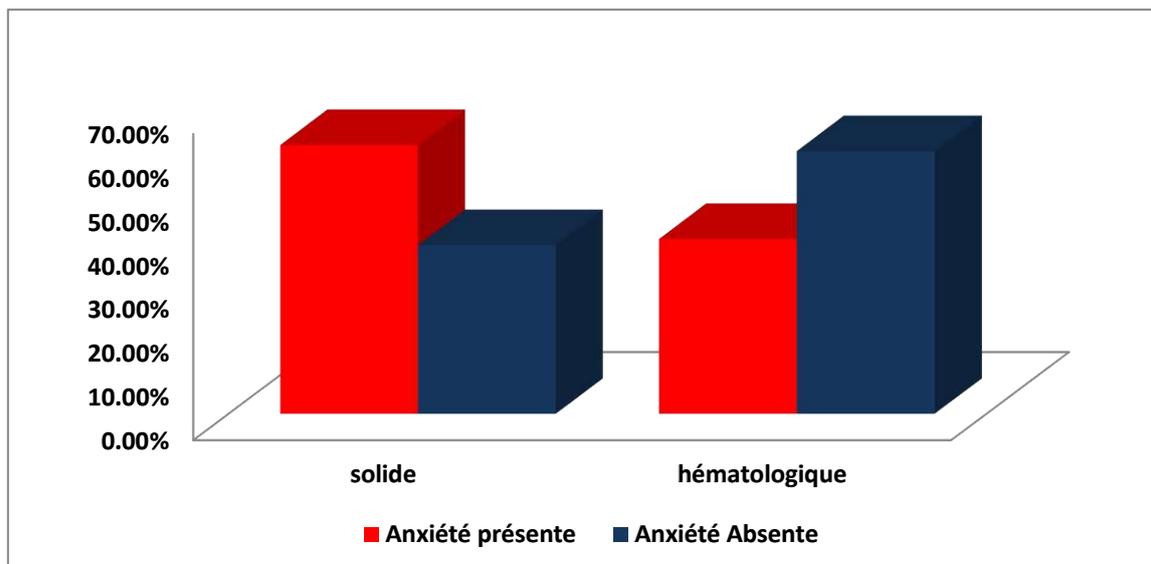


Figure 57 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le type de tumeur.

2.2.4 - Répartition de l'anxiété en fonction du stade du cancer :

C'est dans le stade métastatique qu'on a retrouvé plus d'anxiété : 71,90% et dans le stade localement avancé à 60.80 %. Cette différence statistiquement non significative.

Tableau 32 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le stade de cancer.

	Anxiété		Khi deux	p
	Présente	Absente		
Localisé	55,20%	44,80%	6,358	0,095
Localement avancée	60,80%	39,20%		
Métastase	71,90%	28,10%		

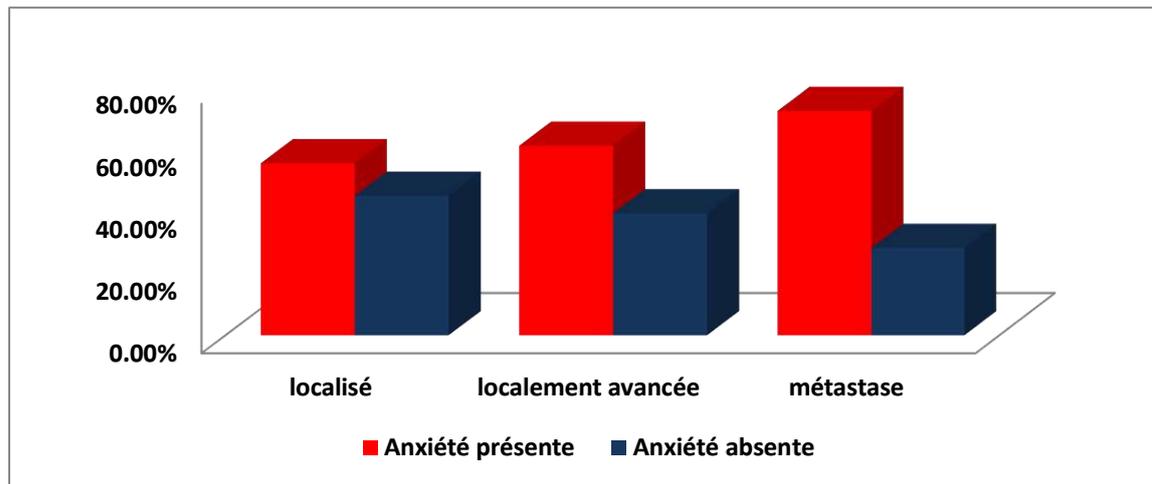


Figure 58 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le stade de cancer.

2.2.5 - Délai de découverte du cancer :

La prévalence de l'anxiété retrouvée était fréquente pour les patients dont le diagnostic a été posé il y a plus de 1 an à 2 ans à 71%. Ceci est statistiquement non significatif.

Tableau 33 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le délai de découverte du cancer.

	Anxiété		khi deux	P
	Présente	Absente		
1 à 3 mois	64,90%	35,10%	4,592	0,468
3 à 6 mois	57,10%	42,90%		
6 à 12 mois	57,70%	42,30%		
1 ans à 2 ans	71,00%	29,00%		
2 ans à 3 ans	56,30%	43,80%		
Supérieur à 3 ans	52,20%	47,80%		

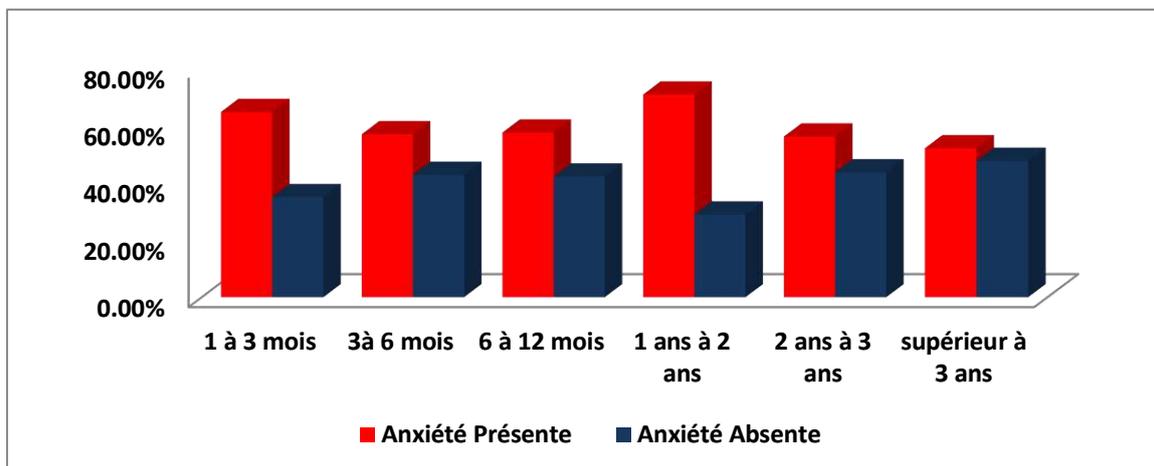


Figure 59 : Répartition des cancéreux selon l’anxiété et le délai de découverte du cancer.

2.3. Les répercussions psychologiques, physiques et socio-économiques après la découverte du cancer

2.3.1 - Répartition en fonction du changement de l’attitude de l’entourage

L’anxiété a été retrouvée dans le cas où il y a un changement positif chez 60,80% des patients, et à 75% des patients dans le cas où il y a un changement négatif. Sans que cette différence soit significative.

Tableau 34 : Répartition des cancéreux selon l’anxiété et le changement de l’attitude de l’entourage.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Positif	60,80%	39,20%	1,116	0,572
Négatif	75,00%	25,00%		
Indifférent	54,20%	45,80%		

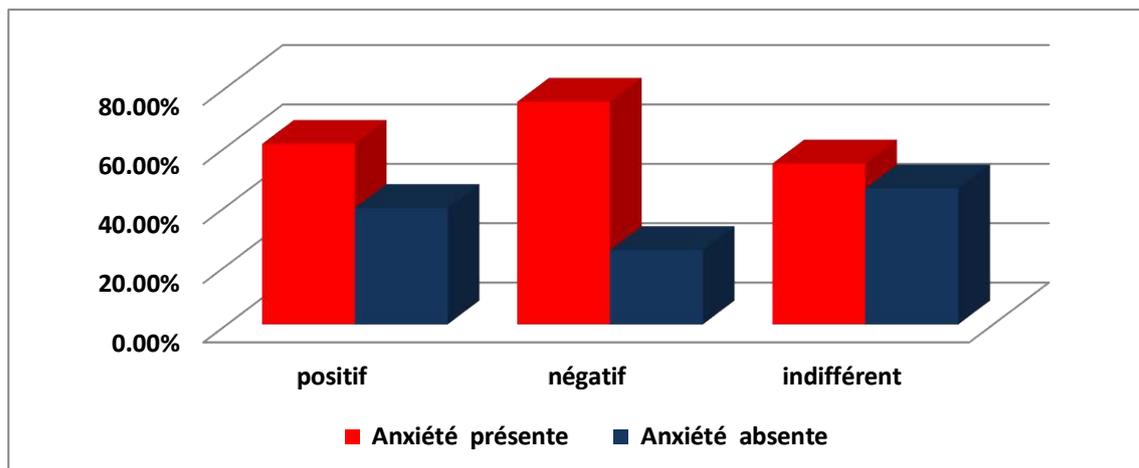


Figure 60 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le changement de l'attitude de l'entourage.

2.3.2 Antécédents familiaux du cancer :

L'anxiété a été retrouvée le plus chez les patients qui avaient d'antécédents familiaux du cancer, que ceux qui les n'avaient pas (61,9% contre 60,30%). Ceci est statistiquement non significatif.

Tableau 35 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et les ATCD familiaux du cancer.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Oui	61,90%	38,10%	0.051	0.821
Non	60,30%	39,70%		

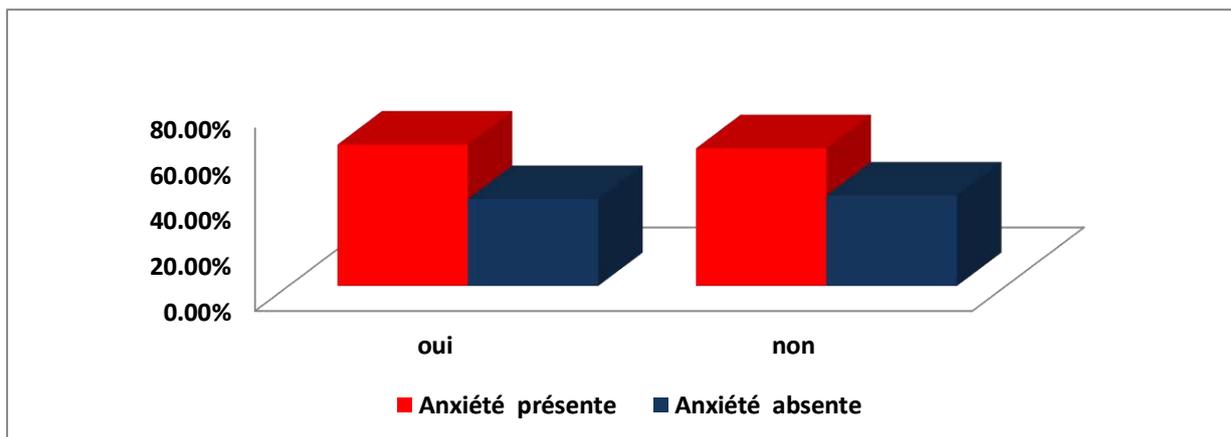


Figure 61 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et les ATCDS familiaux du cancer.

2.3.3 Répartition en fonction de la cause de gêne :

L'attitude de l'entourage, c'est la principale cause qui gêne les patients cancéreux avaient un état d'anxiété 90,90 %. Ceci est **statistiquement significatif** p égal 0.000.

Tableau 36 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la cause de gêne.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Attitude de l'entourage	90,90%	9,10%	24,635	0.0000
Perte d'autonomie	66,70%	33,30%		
Altération de l'image de soi	72,70%	27,30%		
Frais et cout de la pec	62,10%	37,90%		
Les effets II ^{aire} de traitement	59,70%	40,30%		
Les symptômes physique	32,60%	67,40%		

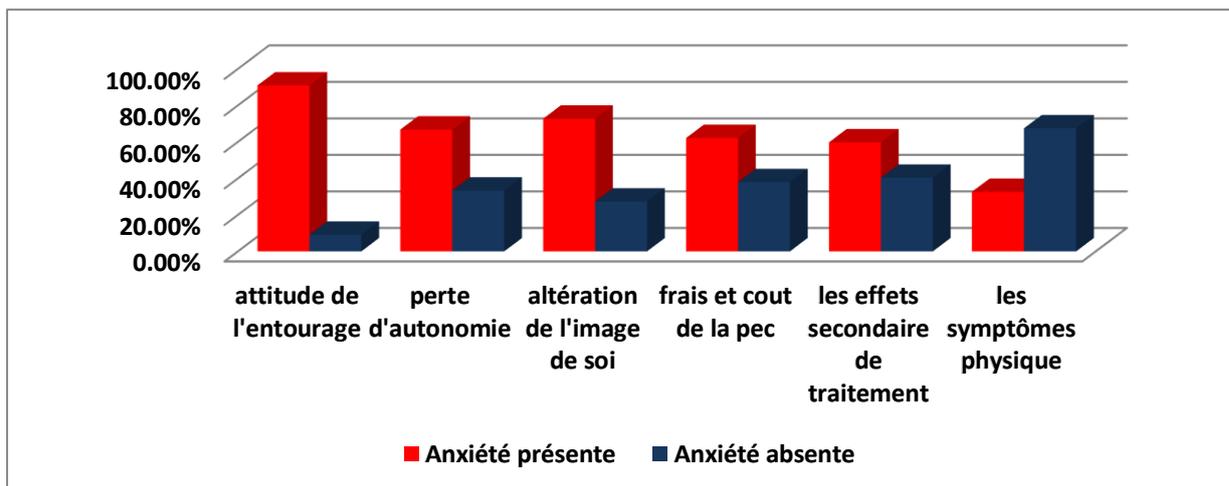


Figure 62 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la cause de gêne.

2.4. Caractéristiques thérapeutiques

2.4.1 - Traitement reçu :

L'état de l'anxiété était présente de façon très importante chez les patients recevant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie (soit 64.5 %) et égale pour les patients ceux qui ont bénéficié chimiothérapie seule et radiothérapie seule à 60%. Sans que ceci soit significatif.

Tableau 37 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le traitement reçu.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Chirurgie	59,80%	40,20%	2,794	0,903
Chirurgie + Chimio	62,50%	37,50%		
Chirurgie + radio	57,10%	42,90%		
Chirurgie + Chimio +Radio	64,50%	35,50%		
Chimio	60,00%	40,00%		
Radiothérapie	60,00%	40,00%		
Chimio + Radio	50,00%	50,00%		
Hormonothérapie	25,00%	75,00%		

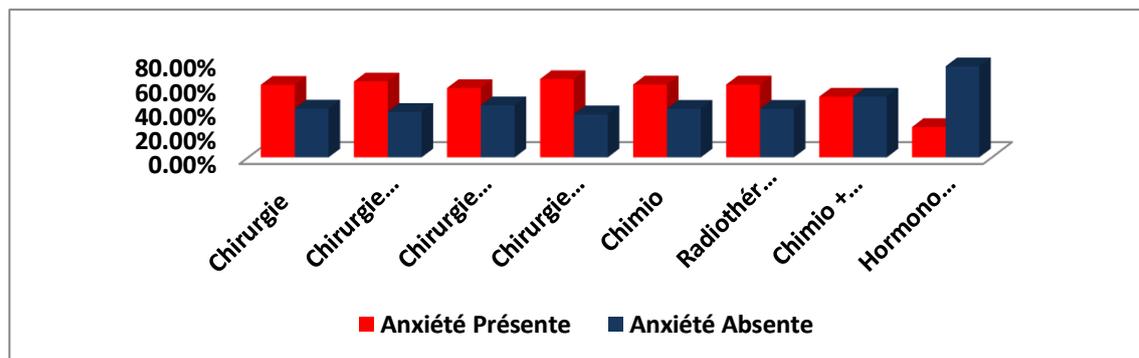


Figure 63 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et le traitement reçu.

1.4.2 - Évolution actuelle de la maladie cancéreuse

On a retrouvé le moins des états anxieux chez les patients qui sont dans un état de rémission (40%), alors que chez ceux qui sont dans un état de rechute 65,40% et ceux qui sont en état inconnu 66.70 %. Ceci une **corrélation significative soit retrouvée P égale à 0.000**

Tableau 38 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et l'évolution actuelle de la maladie cancéreuse.

	Anxiété		khi deux	P
	Présente	Absente		
Rémission	40,00%	60,00%	23,025	0.0000
Stabilisation	47,80%	52,20%		
Rechute	65,40%	34,60%		
Inconnue	60,70%	39,30%		

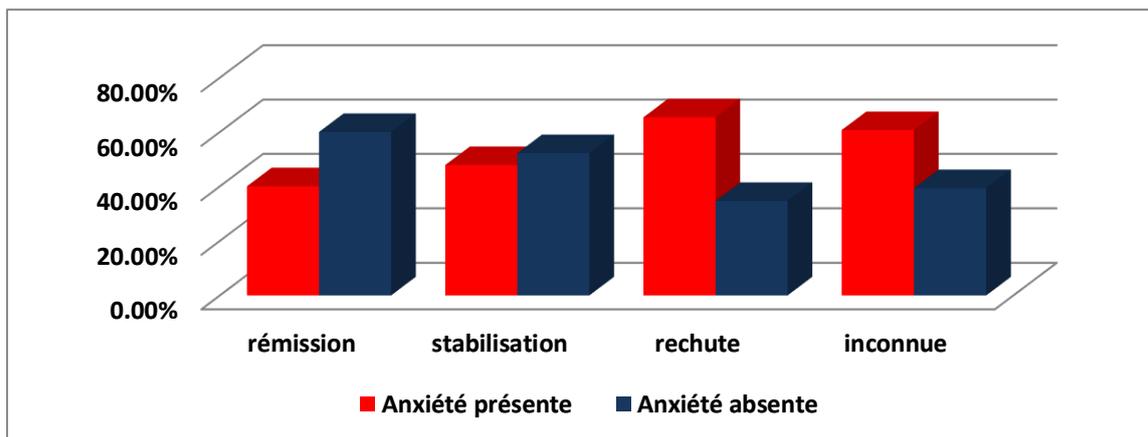


Figure 64 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et l'évolution actuelle de la maladie cancéreuse.

2.4.3_ La vision des patients à l'avenir :

On retrouve que la majorité des patients a une vision bouchée dans un état d'anxiété 87.5%, alors que chez les patients optimistes 38,2%, Ceci **statistiquement significatif (P =0,000)**.

Tableau 39 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et de la vision des patients à l'avenir.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Optimiste	38,20%	61,80%	50,715	0.000
Pessimiste	83,70%	16,30%		
Floue	75,00%	25,00%		
Boucher	87,50%	12,50%		

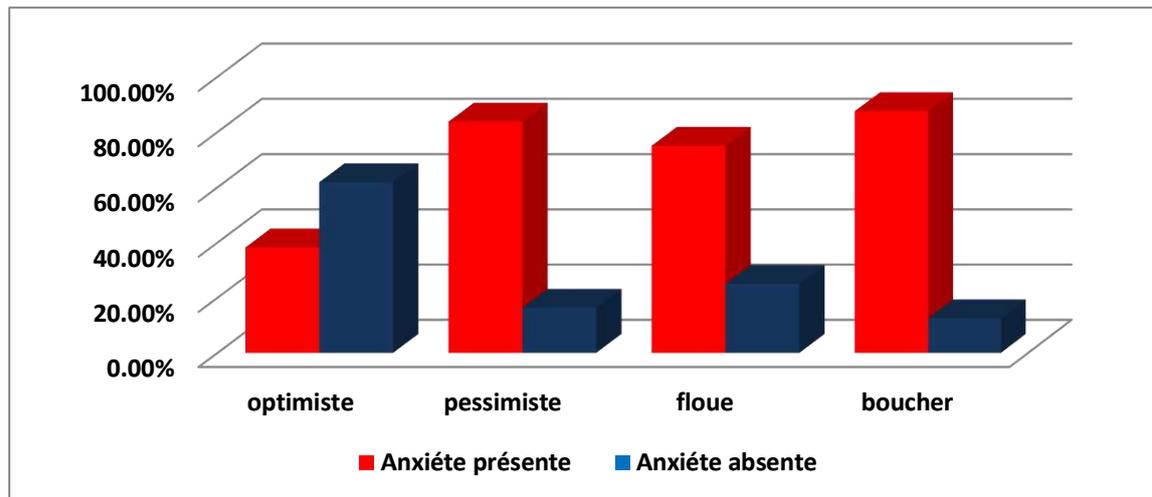


Figure 65 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la vision des patients à l'avenir.

2.4.4 _ Connaissance du diagnostic de maladie cancéreuse par le patient

L'anxiété était retrouvée chez 62.80% des patients qui savaient qu'ils ont un cancer, et chez seulement 34.8% de ceux qui l'ignoraient. Cette **différence est statistiquement significative (P =0,008)**.

Tableau 40 : Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la connaissance du diagnostic.

	Anxiété		Khi deux	P
	Présente	Absente		
Oui	62,80%	37,20%	6,994	0,008
Non	34,80%	65,20%		

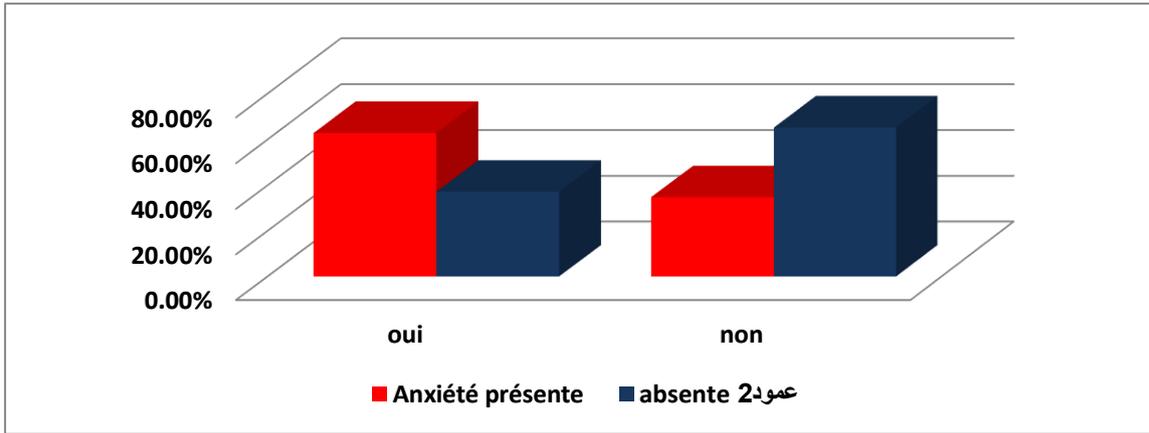


Figure 66: Répartition des cancéreux selon l'anxiété et la connaissance du diagnostic.

DISCUSSION

Le profil des patients cancéreux établi à partir de notre échantillon est fait d'une population à prédominance féminine d'ordre de 209 cas soit 70%, et 91 cas des patients hommes soit 30%, avec un sexe ratio (H/F) de 0.435. Ces chiffres correspondent aux résultats de l'étude menée par Dj. Brahimia Algérie faite en 2016, qui retrouve une prédominance féminine dans la population d'étude. 73.91 % de sexe féminin et 26,09 % de sexe masculin [34]. Ceci peut expliquer par la prédominance de cancer de sein 120 cas et cancer de l'AGF 41 cas dans notre étude.

L'âge moyen était de 52,78 ans avec des extrêmes allant de 16 à 80, la tranche d'âge entre 51 ans et 65 ans était la plus représentée à 37%. Par contre Sbaihi en 2018 a trouvée l'âge moyen (les deux sexes confondus) est de $48,9 \pm 11,2$ ans et des extrêmes d'âge allant de 24 à 70 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge [36 - 50] ans, d'un pourcentage de 42,8% [6]. Ceci serait expliqué en partie par une répartition particulière de la pyramide des âges en Algérie et dans les pays en voie de développement en général, en faveur d'une population plus jeune en comparaison avec les pays développés [35].

La majorité des patients étaient mariés 73,7% ce qui se rapproche des résultats de l'étude de F. Sbaihi Algérie faite en 2018 [6], avec un taux de patients mariés de 75%, Le taux élevé de mariés dans la population d'étude peut être corrélé à la maladie au premier degré. Le taux des patients célibataires et veufs dans notre population d'étude est respectivement estimé à 14 % et 10 % ; Contre, un taux de 2.3 % de patients divorcés.

7,3% seulement avaient un niveau universitaire, alors que 38,3% avaient un niveau primaire, et 35,7% avaient un niveau secondaire. Presque les deux tiers sont des chômeurs 64,3%. Dont 76% des patients ont une situation social moyen. ; par contre Alaoui hamza en 2022 a trouvé Presque les deux tiers des patients n'étaient jamais scolarisés (60%), et 3% des patients seulement avaient un niveau universitaire [36].

On a trouvé que 53,7% des patients de notre étude n'ont aucun ATCDS médicaux et que l'HTA et le diabète représentent 29,7% et 25,7% respectivement. Et que 20% des patients avaient des ATCDS chirurgicaux, nos résultats sont similaires avec l'étude de Sbaihi, qui a trouvé 54,7% des patients n'ont aucun ATCDS, et 13,6% des patients souffrent d'hypertension artérielle et 12,1% des patients ont un diabète. Nous avons trouvé que 21% des patients avaient des ATCDS de cancer dans la famille, Allaoui a trouvé 25% des patients avaient des ATCDS de cancer dans la famille ; alors que Sbaihi a trouvé plus de 60% des patients avaient un antécédent de cancer familial.

Parmi les localisations nous avons trouvé que le cancer du sein est le plus fréquent à 40%, la deuxième localisation c'est AGF à 13,7% ; alors que les autres localisations comme colon, rectum, estomac et prostate sont moins fréquentes ; 10%, 6.7%, 3.7%, 3.3% respectivement. Au total les cancers solides sont beaucoup plus fréquents 96.7% que les cancers hématologiques 3.3%. Ces résultats sont similaires aux autres études, Sbaihi[6] et Allaoui [36] qui ont trouvé que les cancers solides plus fréquents que les cancers hématologiques, le cancer de sein restant la localisation la plus fréquente de 39 % . Selon l'OMS, le cancer de sein est le Kc le plus fréquent chez la femme dans le monde.

La plupart des patients de notre échantillon avaient un cancer de stade localement avancé 43.3%, comme l'étude marocaine de Tarwate faite en 2008 qui a trouvé que les patients ayant un cancer localement avancé étaient les plus nombreux 49% [37].

Presque un tiers 32.3% des cancéreux avaient découvert le diagnostic de cancer entre 6 et 12 mois, aussi Tarwate[37] a trouvé que 28% des patients ont découvert le diagnostic entre 6 et 12 mois.

Chez la majorité des patients 89% il y avait un changement positif d'attitude de l'entourage, aussi Sbaihi [6]a trouvé qu'il y avait un changement positif d'attitude de l'entourage chez la majorité des patients 86%, mais Allaoui [36]et Tarwate [37]ont trouvé qu'il n'y avait pas de changement d'attitude de l'entourage chez la majorité des patients 41%, 67% respectivement. Ces résultats peuvent être expliqués par nos croyances religieuses.

La gêne des patients interrogés était due principalement à trois éléments : les effets secondaires du traitement (39.7%), l'altération de l'image de soi 22%, et les symptômes physiques (15.3%). Pour la nature des effets secondaires on retrouve le vomissement, perte des cheveux, troubles de transit. Ceci peut expliquer par presque la majorité de nos patients ont reçu une association chimiothérapie et chirurgie, la chimiothérapie, c'est une source d'angoisse à cause de ses effets secondaire.

40% des patients ont reçu une association chimiothérapie et chirurgie, et 27.3% ont traité par la chirurgie seul. Les résultats des autres études sont très variés d'une étude à l'autre. Par exemple l'étude de Alaoui a trouvé que plus de la moitié des patients recevaient un traitement locorégional seul (57%), alors que 43% recevaient un traitement systémique (chimiothérapie seule ou associée à un traitement locorégional), cette grande hétérogénéité

des thérapeutiques utilisées chez les patients de notre étude, car tous les cancers étant considérés de sites et de stades différents.

Les patients qui étaient en stabilisation et ceux qui étaient en évolution inconnue étaient très proche à 46% et à 42% respectivement. 3% des patients étaient en rémission et 9% étaient en rechute. Sbaihi aussi a trouvé que l'évolution est inconnue chez 65% des patients.

44% des patients ont une vision optimiste de l'évolution de leur maladie, et 16% sont pessimistes. Alors que 37% ont une vision floue de l'évolution de leur maladie. Nous constatons que le nombre de patients cancéreux qui connaissaient le diagnostic de leur maladie (à 90%) est plus important que celui pour ceux qui n'ont aucune idée sur le diagnostic. Ces résultats sont similaires avec l'étude de Sbaihi [6] qui a trouvé que 85.7% des patients savaient qu'ils avaient un cancer, par contre Tarwate[37] a trouvé que la moitié 54% des patients savaient qu'ils avaient un cancer. Ce expliqué par les croyances religieuses.

Les résultats de notre étude montrent que 62.3% des patients cancéreux de l'ensemble de notre échantillon représenté par 300 patients avaient des troubles anxieux dépressifs sous échelle globale de HADs. Dont 43.67% sont des femmes, alors que les hommes représentent 18.67 %. Ces chiffres correspondent aux résultats d'étude française faite en 2003 par A. Herbault et al [38] qui retrouve 58% des patients avaient des troubles anxieux dépressifs parmi 50 patients.

Les deux sous-échelles ont révélé un état anxieux dans 60.7 % des cas et la prévalence de la dépression était de 57.7 % dans notre étude.

La prévalence de la dépression était de 57,7% dans notre étude, selon l'intensité de la dépression, on retrouve 7% d'épisode dépressif sévère, 17,7% moyen, et 33% légère.

Nos résultats sont particulièrement similaires à une étude faite en Maroc par Dr Allaoui. H [36] qui a trouvé sur un échantillon de 100 patients ayants des cancers des différents sites et stade une prévalence très élevée, avec un pourcentage de 71%, mais il a utilisé dans l'évaluation deux autres instruments le MINI et l'échelle de Beck. Dont les patients qui présentent un état dépressif sévère, moyen et modéré sont respectivement 10%, 37%, 53%. Nikbakhsh Net al (Iran) en 2012 a trouvé sur un échantillon de 150 patients ayant des

cancers de sites variés, selon l'échelle HADS-D que 26,7 % de dépression légère et 21,3% de dépression sévère [39]. Sbaihi (Algérie) en 2020, qui a utilisé l'échelle de HADS-D a trouvé sur un échantillon de 140 patients ayant des cancers de sites variés, que 44,8% avaient des troubles suspectés (score entre 8 et 10), alors que 43,1% avaient des troubles avérés (score ≥ 11) [6]. Anish Khalil et al (Pakistan) en 2014 a noté sur un échantillon de 300 patients, un taux de dépression de 48,7%, en utilisant à la fois AKUADS [40]. Wen Gul et al (Chine) en 2017, en utilisant comme échelle HADS-D, chez des patients souffrant de Cancer du poumon, a objectivé un taux de dépression de 43,2% [41]. Yang et al (Chine) une méta-analyse en 2013, a trouvé que 54,90% des patients de son échantillon, représenté par 3497 patients ayant des cancers de sites variés, étaient déprimés [42]. Wang et al 2020 (Chine), a mis en évidence un taux de dépression de 53% dans un échantillon de 245 patients ayant des cancers de différents types et stades [43].

Nos caractéristiques des patients déprimés sont :

Dans notre étude, la dépression est plus élevée chez les hommes (61,50%) que chez les femmes (56%) et ceci de manière non significative ($p=0.370$). Nos résultats sont proches de ceux retrouvés par Wang et al, qui a trouvé que 36% des femmes et 64% des hommes étaient déprimés, sans que ce soit statistiquement significatif [43]. Et contredit les résultats de nombreuses études (Tarwate, Errihani, Jddomogu), où le pourcentage des femmes déprimées est généralement plus élevé que celui des hommes. Et de manière statistiquement significative. [37] [44] [45]. Sbaihi F [6], a trouvé que 81% des femmes et 19% des hommes étaient déprimés, sans que ce soit statistiquement significatif. Plusieurs autres auteurs, n'ont pas trouvé de différence significative. [46] [47] [48]. [47].

Notre étude montre que la prévalence la plus élevée de dépression est celle retrouvée chez les sujets dans l'âge égal ou inférieur à 36 ans (69,6%), alors que la prévalence chez les patients âgés de 37 à 50 ans est (58,2%), chez les patients entre 51 et 65 ans est (55%) et chez les patients âgés de 66 ans ou plus (53,1%). Ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs ($p=0,314$). AKECHI [48] et WILSON [49] rapportent que le jeune âge est un facteur significativement associé à la dépression. CIARAMELLA [47] n'ont pas mis en évidence une influence de l'âge sur la dépression. On explique que la dépression chez les sujets jeunes est plus marquée, parce que l'apparition de cancer à jeune âge entraîne un traumatisme émotionnel violent et peut empêcher plusieurs activités dans leurs vies ; alors que les sujets âgés sont plus satisfaits de leur vie.

Dans notre étude, les célibataires sont les plus déprimés avec un pourcentage de 64,3%, puis les veufs à 63,3%, les divorcés à 57,1% et enfin presque la moitié des mariés à 55,7%. Ceci est statistiquement non significatif. Contrairement à nos résultats, Tarwate [Maroc] [37] a trouvé la dépression est plus retrouvée chez les sujets mariés (19,4%) que chez les sujets divorcés (16,7%), sans aucun cas de dépression chez les célibataires et les veufs, ceci est statistiquement significatif. Ainsi que SBAIHI [6] et H. ERRIHANI [44] et al ont trouvés une corrélation significative (respectivement $p=0.054$, $p= 0.029$). La plupart des auteurs, n'ont pas trouvé de corrélation significative. [49], [48], [47], [50]

Les patients ayant un niveau universitaire sont le moins déprimés 45,5%, alors que la prévalence chez les patients ayant un niveau primaire, secondaire et qui n'ont aucun niveau, est presque la même ; 59,1%, 58,9%, 57,1% respectivement. Sans corrélation statistique significative ($p= 0.679$). SBAIHI F [6], a trouvé que les sujets ayant un niveau d'instruction primaire et moyen avec un pourcentage de 26 %, puis 15,5% jamais scolarisés, ensuite les patients dépressifs avec un niveau secondaire à 12% et enfin les universitaires dépressifs à 12%, et ceci de manière significative ($p=0.03$). Ainsi que Tarwate M [37] a trouvé un résultat significatif. ($P=0,032$). La plupart des auteurs, n'ont pas trouvé de corrélation significative.

On a trouvé que ; 49% parmi les travailler encore sont déprimés, 59,1% des chômeurs sont déprimés, et 60,3% des retraités sont déprimés, et ceci sans que cette différence soit significative. Alaoui .H (Maroc) [36] a révélé que la majorité des patients sans profession soit 83.3% étaient déprimées, et 56,3 % des patients actifs sont déprimés, mais avec différence statistiquement significative ($p=0,013$). L'étude marocaine de Tarwate, a trouvé que 10% des femmes au foyer étaient déprimées, et seulement 4% des employés, sans que cette différence soit significative [37]. On explique la diminution de la dépression chez les travailleurs ; qu'ils occupent leurs temps au travail et pensent donc moins à leurs maladies.

Nous avons trouvé que 75% de cas de nos patients n'avaient aucun ATCD médical sont déprimés. Par contre, 69 % des patients ayant une maladie chronique étaient déprimés, et l'HTA et le Diabète représentent les 2 principales maladies chroniques, ceci de manière non significative. Les études marocaines de Tarwate [37] en 2006 et Allaoui [36], ont trouvés que l'existence de comorbidité est significativement liée à la dépression.

Dans notre étude, les résultats sur les taux de prévalence de la dépression selon la localisation du cancer étaient à 72,7% pour le cancer de la vessie, 66,7% pour le cancer du

côlon, 63,6% pour le cancer de l'estomac, moins de dépression dans le cancer du sein et gynécologique ; 55,8% pour le cancer du sein, 56,1% pour l'AGF, et 40% pour les cancers hématologiques, mais sans signification statique. Tel que plusieurs études ont trouvés qu'il n'y a pas une corrélation statistiquement significative [36] [46]. En explique nos résultats que la prévalence de la dépression est moins marquée chez les patientes qui avaient un cancer de sein ou un cancer de l'AGF par rapport les patients qui ont un autre type de cancer ; vue la prise en charge lourde et les séquelles graves de ces cancers.

Nos résultats ont montré une association significative entre le stade avancé du cancer et la dépression, car le cancer au stade avancé est plus létal et moins traitable que le cancer au stade précoce, d'ailleurs on a retrouvé une augmentation de la dépression chez les patients au stade avancé (métastatique) avec un chiffre de 78,1% et 45.8% des patients dépressifs au stade local. C'est l'impossibilité de poursuivre une activité quotidienne normale et les déchéances physiques liées à la progression de la maladie peuvent entraîner une dépression. En effet, Allaoui [36] a rapporté dans son étude une augmentation significative de la dépression chez les patients au stade de métastases. Sbaihi [6], dans leur étude ont retrouvé les résultats suivants : stade local (8,6%), et métastatique (57%). Par contre, Tarwate [37] dans son étude a trouvé que les patients en stade localisé avaient significativement plus de dépression (28,6%) et seulement 17,6% des patients au stade métastatique ; ceci pourrait être expliqué par le fait que les patients ayant des métastases étaient dans les 2/3 des cas en rechute, ce qui signifie qu'ils avaient assez de temps pour s'adapter psychologiquement avec leur maladie cancéreuse et l'éventualité d'une progression, contrairement à ceux qui étaient en stade localisé. Ceci peut être expliquer par ce que dans les stades avancés il y a interruption et la non-observation du traitement que ce soit par le groupe médical ou le patient lui-même.

Les patients qui ont gêné par l'attitude de l'entourage sont les plus déprimés (81,8%), sans que ce soit statiquement significatif. L'entourage a également une importance considérable dans l'aide physique, matérielle et dans le soutien psychologique. Mais quand l'entourage ne donne pas le soutien au malade, on peut avoir des troubles dépressifs chez les patients. La prévalence de la dépression est aussi élevée chez les patients avaient déclaré une gêne par perte d'autonomie (75%), et que 54,6% des patients avaient déclaré une gêne par les effets secondaires de traitement, sont déprimés.

Dans notre étude, nous avons pu trouver de corrélation significative ($p=0,000$). Les patients les plus déprimés étaient en rechute (77,8%), et les moins déprimés en rémission (20%). La rechute est très associée à la dépression. ELL [50], a trouvé une corrélation significative, il rapporte que plus des patients en rechute étaient déprimés. AASS [51], a également trouvé que la rechute est un facteur prédictif de la dépression. Allaoui et Tarwate, non pas trouvé de corrélation significative. Ceci peut être expliqué vu que le rechute est considérée ou vécu souvent par le patient comme un échec thérapeutique.

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé une corrélation significative entre le type de traitement et la dépression. Une prévalence égale entre les patients traités par la chimiothérapie et la radiothérapie (60%). Sbaihi a trouvé un impact significatif avec le type de traitement, une fréquence élevée observée chez les patients traités par chimiothérapie traitement unique (91% avaient une dépression symptomatique). Cette fréquence élevée de la dépression peut être liée au stade final et pauvre position pronostique du patient qui entraîne la sélection de la chimiothérapie comme voie unique de traitement.

Deux tiers (59,9%) des patients de notre étude, parmi les patients qui connues lors diagnostic sont déprimés, et 30,4% des patients qui ne connues pas lors diagnostic sont déprimés, et ceci de manière significative ($p=0,006$). Plusieurs études Sbaihi, Allaoui et Tarwate, ont trouvés les patients qui ignoraient qu'ils avaient un cancer étaient moins déprimés, mais sans corrélation significative. Par contre, Alexander et al [52], a trouvé que les patients ignorant le diagnostic, représentaient 33%, et qu'ils étaient significativement moins déprimés que ceux qui étaient accourant du diagnostic de cancer.

Le contraire de ce qui est attendu, la prévalence de la dépression chez les patients qui ont un soutien familial positif est le plus élevé 59%, alors que chez les patients qui ont une attitude familial négatif est le moins 37,5%, sans que ce soit statiquement significatif. Aussi les résultats de Allaoui similaire à nos résultats, il a trouvé 75% des patients qui ont un soutien familial positif sont déprimés. Par contre, H. Errihani et al, et M Tarwate ont trouvé que les patients qui ont bénéficié du support moral de leur entourage, la prévalence des dysfonctionnements psychiatriques était plus faible de façon statistiquement significative (respectivement $p=0,001$, $p=0,06$).

Les patients qui avaient une vision optimiste dans l'évolution de sa maladie cancéreuse sont le moins déprimés (27,5%), mais ceux qui ont une vision pessimiste, floue ou

bouchère ont présenté plus des troubles dépressifs 89,8%, 76,8%, 87,5% et ces résultats sont statistiquement significatifs ($p=0,000$). Nos résultats rejoignent ceux de la littérature.

Dans notre étude, les résultats montrent que la prévalence de l'anxiété évaluée à l'aide de l'instrument d'autoévaluation HAD sous échelle était de 60.7 % de l'ensemble des patients de notre échantillon représenté par 300 patients. 12.3% avaient une anxiété sévère. 24.3 % avaient une anxiété moyenne et 24% avaient une anxiété légère. Nous avons comparé nos résultats avec ceux de séries utilisant le même instrument de dépistage des troubles anxieux et dépressifs, puis avec d'autres instruments. Nos données concordent avec ceux de certains centres et ceci malgré les différences culturelles et socio-économiques. Nos résultats sont similaires particulièrement à une étude faite en Chine en 2013 par Yang et al, qui a retrouvé sur un échantillon de 3497 patients, ayant des cancers de différents sites et stades, une prévalence très élevée, soit un pourcentage de 49.69% [42]. Tan et al (Singapour) en 2014 a noté sur un échantillon de 315 patients, un taux d'anxiété de 9,5% [53]. L. Jacob et al (Allemagne) faite en 2015 a trouvé que 35,1% des patients de son échantillon représenté par 24537 patients ayants des cancers de sites variés, étaient anxieux [54]. Konstantinos et al (Japon) 2018 a Noté que sur un échantillon de 152 patients, 32,2% étaient anxieux [55]. E.J Shim et al (Corée) 2019 a retrouvé sur un échantillon de 124381 patients, un taux d'anxiété de 10,9% [56]. Lan et al 2020 (Chine) a mis en évidence un taux d'anxiété de 8,8% dans un Échantillon de 114 patients [57]. Baba et al 2020 (Allemagne) a mis en évidence un taux d'anxiété de 13% dans un échantillon de 130 patients [58]. A. Traoré et al en 2021 a retrouvé sur un échantillon de 102 patients, un taux d'anxiété de 45.1% [106]. H Alaoui en 2022 Maroc a retrouvé que des patients de son échantillon représenté par 100 cas étaient anxieux [36].

Nos caractéristiques des patients anxieux sont :

Dans notre étude, les femmes avaient plus d'anxiété (63,6%) que les hommes (53,8%), et ceci de manière non significative ($p=0.111$). G. Cardoso et al [59] a trouvé que les femmes étaient plus anxieuses que les hommes, ainsi que H. Alaoui et al [36], qui a objectivé une prévalence d'anxiété de 34,6 % chez le sexe masculin, et 41,9% chez le sexe féminin, mais avec une différence significative. Par contre l'étude de Jadoone et al 2010 [60], a trouvé pas de signification entre la prévalence de l'anxiété et le sexe. D.V Truong et al (Vietnam) [61] faite en 2019, a trouvé que les hommes étaient plus anxieux que les

femmes (16,2% contre 14%), ainsi que Villoria et al (Chili) [62] faite en 2021, objective une prévalence d'anxiété plus élevée chez les hommes, que les femmes.

Dans notre étude, que la prévalence de l'anxiété est élevée chez les sujets âgés de moins de 36 ans (76.10%), 64.6 % âgés de 37 ans à 50 ans, 56.8% des sujets de 51 ans à 64 ans et enfin 51.6% âgés plus de 66 ans. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,046$). Ces résultats sont cohérents avec étude de Obispo-Portero et al [63] en 2022, a conclu qu'un âge plus jeune était associé à un risque plus élevé d'anxiété. Villoria et al [62], a trouvé que l'anxiété était corrélée négativement avec l'âge, indiquant des niveaux d'anxiété plus faibles aux âges avancés. Ainsi que G. Cardoso et al [59], qui a constaté une diminution significative des taux cliniques d'anxiété avec l'âge, ce qui suggère que les personnes âgées puissent mieux accepter un diagnostic de cancer. Ceci peut être expliqué par la survenue d'un traumatisme émotionnel violent chez les plus jeunes avec des conditions de vie difficiles et l'inquiétude face à l'avenir, alors que les plus âgés considèrent cette maladie comme grave, mais l'intègrent volontiers dans le processus de vieillissement et la religion.

L'anxiété est retrouvée plus chez les sujets célibataire (76.2%). La prévalence de l'anxiété retrouvée presque égale pour les sujets mariés, divorcés et veufs (58.4%, 57,1%, et 56.7% respectivement), cette différence est statistiquement non significative. Par contre, en Maroc, H .Allaoui [36], a retrouvé dans son étude, qui était faite sur échantillon de 100 patients, que la prévalence la plus élevée de l'anxiété a été observée chez les sujets séparés (66,7%), avec prévalence égale pour les sujets mariés, et divorcés (36,6% et 37,5%). Alors que la prévalence de l'anxiété est de 50% chez les sujets célibataires et veufs, cette différence est statistiquement non significative.

N. Ahbeddou et al Maroc [64], dans une étude transversale de prévalence portant sur des patients ayant 228 consultés au service d'oncologie médicale de l'institut national d'oncologie de Rabat sur une période de 3 mois allant du mois d'avril à Juin 2008. Ils ont identifié l'effet protecteur de la vie en couple. En effet, les sujets célibataires, divorcés ou veufs ont présenté 3.2 fois plus de symptômes dépressifs et anxieux. Les sujets mariés semblaient bénéficier du soutien moral et émotionnel de leur partenaire qui leur permettait de mieux s'adapter aux nouvelles réalités [65]. Ceci peut être expliqué en raison de divers facteurs, tels que le stress lié au diagnostic de cancer et à la gestion de la maladie seule, les

célibataires peuvent ressentir un fardeau émotionnel plus lourd en raison de manque de soutien familial ou conjugal.

L'anxiété est présente plus fréquemment, chez les sujets ont un niveau primaire (59.10%), presque égale chez les patients anxieux avec un niveau secondaire et qu'ayant aucun niveau à 58 % et enfin les universitaires anxieux représentent 45 %, cette différence est non significative. Alaoui. H au Maroc [36] a retrouvé La prévalence de l'anxiété retrouvée était presque égale pour les patients ayant un niveau primaire et pour ceux ayant un niveau baccalauréat (47,1% et 50%), 40% chez les patients n'ayant aucun d'instruction, et 33,3% chez ceux ayant un niveau universitaire. Alors que la prévalence de l'anxiété était de 28,6% chez les patients ayant un niveau secondaire, cette différence est non significative.

Les patients sans profession soient 64.8% étaient plus anxieux, que les travailleurs actifs (55.10 %), cette différence est statistiquement non significative. Tan et al [53], a noté que l'anxiété est plus élevée chez les patients sans emploi, sans que ce soit statistiquement significatif ainsi que Villoria et al [62] a trouvé que les chômeurs avaient des scores plus élevés d'anxiété que les actifs. Par contre, D.V Truong et al [61] a trouvé qu'il n'avait pas de corrélation entre la profession et l'anxiété. Ceci peut être expliqué par les patients chômeurs peuvent avoir moins de soutien social et financier.

Nous avons trouvé que 83.30% des patients anxieux, ayant des antécédents de maladies chroniques, alors que 62.50% ayant antécédent d'autre cancer et 62%, 50% ayant diabète et HTA respectivement étaient anxieux, ceci statistiquement non significatif. L'étude marocaine de Allaoui [36], en 2022 a trouvé que l'existence de comorbidités est significativement liée à l'anxiété, puisque 50% des patients ayant une maladie chronique étaient anxieux($p=0,049$). L'étude de Nobuya Akizuki et al [66], qui a trouvé que la présence d'une maladie chronique, est un facteur prédictif de l'anxiété, 54,1% de patients qui ont des comorbidités, avaient l'anxiété. Une étude menée par l'institut national du cancer en 2019 a montré que les patients cancéreux avec une comorbidité organique présentaient un risque plus élevé de développement des symptômes anxieux. Les auteurs suggèrent que la gestion des comorbidités, comme les maladies cardiovasculaires ou le diabète, pourrait aider à réduire l'anxiété chez ces patients.

Dans notre série de patients anxieux, nous retrouvons 66.7% qui ont un cancer localisé au niveau du sein, 72 %,60% et 40% qui ont une localisation au niveau de l'estomac, colon, et le rectum respectivement, alors que chez les patients ayant une localisation au niveau de

vessie 63% et de la prostate 50%, enfin les cancers hématologiques étaient de 40 %, dans notre résultat il n'avait pas de différence significative entre le type de cancer et la survenue de l'anxiété. Dans une étude menée en Allemagne, Jacob [54] rapporte que le type de cancer est un facteur de risque à la survenue de troubles anxieux ou dépression. Les patientes ayant un cancer du sein ont eu 1,41 fois de risque de développer une dépression ou une anxiété par rapport à celles ayant des cancers des organes génitaux. Chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, l'importance du corps l'image et l'influence de la mastectomie, l'image de soi et son effet sur la libido, peut justifier la fréquence plus élevée d'anxiété dans ce groupe. Étude de W. Linden et al [67], a retrouvé après les analyses par type de cancer ont révélé des différences significatives, telles que les patients atteints d'un cancer du poumon, gynécologique ou hématologique ont signalé les niveaux de détresse les plus élevés.

Dans notre étude, c'est dans le stade métastatique qu'on a retrouvé plus d'anxiété : 71,90% contre une prévalence de l'anxiété dans le localisé à 55,20%, et dans le stade localement avancé est de 60,80 %, cette différence statistiquement non significative. Selon la littérature, le stade du cancer constitue un facteur de risque à la survenue de troubles anxieux- dépressifs. N. Charles Ruffin et al en 2024 [68] a retrouvé les patientes ayant un cancer avancé ont été les plus déprimées et les plus anxieuses, mais le résultat statistique a été non significatif. Ainsi que pour Obispo-Portero et al [63] en 2022, Les taux d'incidents liés à l'anxiété sont très élevés chez les patients atteints d'un cancer métastatique.

On a retrouvé le moins d'anxiété chez les patients qui sont dans un état de rémission (40%), alors que chez ceux qui sont dans un état de rechute à 65,40% et ceux qui sont en état inconnu 60,70 %, ceci avec une corrélation significative ($P = 0.000$). L'étude marocaine de Alaoui [36] qui ne trouve pas de corrélation significative ($p=0,656$). Les patients les plus anxieux étaient en rechute (50%), et les moins anxieux étaient en rémission (33,3%). Pour Lisha Zhang [69], a trouvé une corrélation positive entre la récurrence du cancer et l'anxiété.

Dans notre étude, on a trouvé que la majorité des patients atteints de l'anxiété avaient une attitude négative de leur entourage, sans que ça soit statistiquement significatif. Pour De Sefik Tagay et al [70], Le soutien social et le sens de la cohérence étaient fortement corrélés négativement avec l'anxiété (les deux $p \leq 0,001$). Ainsi que Baba et al [58], a démontré la corrélation entre la détresse mentale et le soutien psychosocial chez les

patients atteints de cancer. Selon la littérature, le soutien social peut contribuer à réduire le stress et l'anxiété chez les patients cancéreux.

L'anxiété était retrouvée chez 62.80% des patients qui savaient qu'ils ont un cancer, et chez seulement 34.8% de ceux qui l'ignoraient, cette différence est statistiquement significative. Nos résultats sont similaires particulièrement à étude de Tavoli et al [71], a trouvé que les patients qui savaient leur diagnostic de cancer, avaient plus d'anxiété que les patients qui l'ignorent (9.1% vs. 6.3% respectivement, $P < 0.001$). Par contre l'étude marocaine de Allaoui [36] qui a trouvé les patients qui savaient qu'ils avaient un cancer constituaient 84% de l'échantillon, ils étaient les moins anxieux (38,1%) que ceux qui ignoraient le diagnostic de cancer (50%), mais sans corrélation significative ($p=0,522$).

L'État de l'anxiété était présente de façon très importante chez les patients recevant un traitement associant la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie soit 64.5 % et égale pour les patients ceux qui ont bénéficié de la chimiothérapie seule ou la radiothérapie seule à 60%, sans que ceci soit significatif. Ce résultat est similaire à l'étude de Jadoone el al [60] qui ne trouve pas corrélation significative entre l'anxiété et la dépression et le type de traitement (palliative, curatif). Par contre l'étude de 5009 une association a été trouvée entre la prise en charge thérapeutique et la survenue de l'anxiété avec $p = 0,02$. Ce résultat est en accord avec celui de Schag [72]. L'auteur rapporte que les traitements contre le cancer sont associés à l'anxiété, mais cela dépend fortement des circonstances spécifiques.

Limites et forces de l'étude :

- La pauvreté des dossiers médicaux aux informations en matière des certains données épidémiologiques et/ou clinico- paracliniques.
- La difficulté de déchiffrer l'écriture des médecins d'où l'intérêt du recours à l'informatisation des différents secteurs de santé.
- Il aurait été intéressant d'utiliser d'autres échelles d'évaluation de l'anxiété et dépression qui prennent en compte les concepts actuels dans le domaine de la recherche de troubles anxieux dépressifs. Nous citerons comme exemple : échelle de Beck, PHQ9.

Recommandations et perspectives :

Une meilleure diffusion des informations concernant la prise en charge et l'accueil surtout au plan psychologique ; des cancéreux entre les différents professionnels de la santé.

Il est important de dépister précocement l'anxiété et la dépression chez le cancéreux et surtout prendre en compte ; les besoins spécifiques de chaque patient afin d'éviter la banalisation des symptômes qui peut être grave ultérieurement.

Des efforts considérables sont à faire dans les domaines de la prévention, du dépistage, de l'offre et de l'accès aux soins.

Promouvoir la place et le rôle du psycho-oncologue dans le diagnostic des troubles anxieux dépressifs qui est fondamental, il contribue à expliquer au personnel de la santé et aux membres des familles quelle est la meilleure conduite à adopter face à un patient cancéreux anxieux dépressif.

Renforcement du suivi psychiatrique d'un patient anxieux dépressif ; en cas de diagnostic de cancer et lutter contre la stigmatisation des problèmes de santé mentale pour faciliter le recours aux soins spécialisés.

La formation du personnel des services d'oncologie, afin de reconnaître cliniquement si le patient présente un état anxio-dépressif.

Créer un système du dépistage des terrains prédisposés (Fiche d'évaluation, visite des psychologues) au niveau de l'hôpital du jour et aux services d'oncologie.

Plus tard, des recherches multicentriques qui couvrent plus d'un seul centre ou établissement hospitalier ; et pourquoi pas la réalisation des études analytiques approfondies à la recherche des facteurs du risque d tentatives du trouble anxio-dépressif chez les patients cancéreux.

CONCLUSION

L'anxiété et la dépression se sont parmi les pathologies qui sont souvent associés au cancer, en raison de la nature de la maladie cancéreuse, son évolution et de ses répercussions psychologiques et sociales sur le patient. En réponse à la maladie cancéreuse, les patients peuvent souffrir d'anxiété et de dépression allant de légères à sévères en fonction de nombreux facteurs médicaux, psychologiques et sociaux.

Notre étude nous a permis de déterminer la prévalence de l'anxiété et de la dépression ainsi que leur profil sociodémographique clinique et psychologique, dans une population de 300 patients cancéreux hospitalisés au sein de service CLCC de l'EPH Mohammed Boudiaf_ Ouargla. Nous avons utilisé questionnaire général et échelle de HADS.

Notre résultat est fait d'une population à prédominance féminine d'ordre de 70%, l'âge moyen des patients a été de 52.78 ans, avec des extrêmes allant de 16-80 ans, la majorité des patients étaient mariés 73,7%, 64.3 % des patientes ont été sans des chômeurs, En ce qui concerne le niveau socio-économique, 76% des patients ont eu un niveau de vie moyen. La localisation la plus fréquente du cancer, c'est cancer de sein de 40%, 43.3% des patients ont eu un cancer localement avancé ; Pour la prise en charge thérapeutique, 40% des patients ont été sous chimiothérapie associée à la chirurgie ; 46% des patients étaient en stabilisation et 9% en rechute.

Cette étude a démontré que 62,3% des patients ayant état anxio-dépressif, avec forte prévalence de l'anxiété à 60.7%, et de la dépression à 57.7%, variant de légère à sévère.

Une corrélation a été observée entre l'anxiété et l'âge, l'attitude de l'entourage, l'évolution de la maladie et la connaissance de diagnostic de cancer. Alors que ; le stade du cancer, l'estimation du pronostic par le patient, l'évolution de la maladie et la connaissance de diagnostic de cancer peuvent constituer des facteurs influençant la dépression.

Les autres paramètres sociodémographiques, clinique et psychologiques ne sont pas révélés statistiquement significatifs.

Bien que les caractéristiques spécifiques, de l'échantillon étudié, ne permettent pas la généralisation de ces résultats, il n'en demeure pas moins que la présente recherche, d'autres études restent, cependant, pour des catégories de patients bien sélectionnées, pour mieux comprendre les différents facteurs intervenant dans la genèse de ces troubles anxio-dépressif, ainsi que pour l'évaluation d'autres paramètres psychologiques, d'autres aspects des troubles anxio-dépressifs et la qualité de vie.

Nous avons ainsi pris conscience du degré de détresse psychologique de ces patients, et de l'importance primordiale de dépister ces troubles et de les traiter précocement, dans le cadre d'une prise en charge globale et multidisciplinaire pour une meilleure qualité de vie du patient.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] « IARC, prévalence des patient cancéreux dans e mande ».
- [2] « Childblog [internet]le cancer. <https://enjoychildren.wixsite.com/childblog/le-cancer>.
- [3] « Le cancer, définition | Ligue contre le cancer ». Consulté le: 2 mars 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/articles/le-cancer-definition>
- [4] « Le cancer en chiffres (France et monde) | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer ». <https://www.fondation-arc.org/cancer/le-cancer-en-chiffres-france-et-monde>.
- [5] « WHO ; IARC, cancer today “12-algeria-fact-sheet.pdf” ».
- [6] F. SBAIHI, M. E. A. BENCHARIF, et H. MAHFOUF, Dépression et cancer: Prévalence de la dépression chez les patients souffrants de cancer. Éditions universitaires européennes, 2020.
- [7] « Abdou, Duc, و Girardet, Nouvelle classification TNM (2017, 8ème édition) pour les tumeurs malignes ».
- [8] « Institut National du Cancer “Types et stades des cancers - Qu’est-ce qu’un cancer ?” ».
- [9] « Wilkinson AN. Diagnostic de cancer en première ligne: Six étapes pour raccourcir l’intervalle diagnostique. Can Fam Physician. avr 2021;67(4):e99-103 ».
- [10] « Gonnard C. Institut Amelis. 2024 [cité 16 févr 2024]. Qu’est-ce qu’un cancer et quels sont les traitements possibles ? <https://institut.amelis-services.com/sante/cancer/quest-ce-que-le-cancer-definition-causes-traitements/> - Recherche Google ».
- [11] « Pr Alouani M. L (Professeur de psychiatrie, Université Ferhat Abbas, Sétif). Réactions psychologiques face au cancer.pdf ».
- [12] « زهية غنية و لبنى, “الانعكاسات النفسية المرافقة لخبر الإصابة السرطانية و خصوصية الإفصاح عن تشخيص « جامعة سطيف 2017” المرض ».
- [13] « Troubles anxieux | La Revue du Praticien ». <https://www.larevuedupraticien.fr/dossier/troubles-anxieux-une-evaluation-diagnostique-precise-est-necessaire>
- [14] (American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). 5th edition(DSM-5) Washington : American Psychiatric Association, 2013.
- [15] « Andrea Cremasco. Troubles anxieux et médecine de premier recours- Enseignement en médecine ambulatoire. 2021 sept 1; HUG ».
- [16] « J.Palazzolo. Dépression et anxiété. Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. MASSON. 2007».
- [17] « Laurence Joubé-Gosset. Impact de l’évaluation de l’anxiété et de la dépression sur la prise en charge thérapeutique en Unité de Soins Palliatifs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. fhal-01733029ff».

- [18] « Besançon. G., (2005), « Manuel de psychopathologie », Paris, Dunod».
- [19] « Épisode dépressif: les critères diagnostiques. Psychiatre Paris TCC, TIP, EMDR, American Psychiatric Association: DSM-V development, Major depressive episode».
- [20] « Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. MASSON. 1992. 305 p ».
- [21] « Ben soussan.p., dudoit.e., Les souffrances psychologiques des malades du cancer: comment les reconnaître ? comment les traiter? Sous la direction de Daniel Serin, collection dépistage et cancer, Springer-Verlag France, Paris. 2009, p28 ».
- [22] « AFSOC trouble anxieux et cancer ».
- [23] « GUEX, P. Psychologie et cancer : manuel de psycho-oncologie. No. ISBN 2-601-03052-6. in 173 p. Payot, Lausanne, 1989 ».
- [24] « HOLLAND, J., AND ROWLAND, J. Handbook of Psycho-Oncology : Psychological Care of the Patient with Cancer, vol. second edition. Oxford, University Press, NY, USA, 1998 »
- [25] « STANTON, A. L. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. J Clin Oncol 24, 32 (2006), 5132–5137 ».
- [26] « BRUCHON-SCHWEITZER, M. Psychologie de la sante : Modèles, concepts et m`ethodes ´. 9782100490394. Dunod, 2002
- [27] « COUSSON-GELIE, F. Le processus de coping et on application a l'ajustement au cancer du sein : `approches en psychologie de la sante´. Habilitation a diriger des recherches, Universit `e Victor ´ Segalen Bordeaux 2, UFR des Sciences de l'Homme, Laboratoire de psychologie- EA3662, decembre 2006».
- [28] « AFSOS trouble dépression et cancer ».
- [29] « Pelicier N. Psychiatrie et liaison en cancérologie. Ann. méd. psychol .2007, vol. 165, no2, pp. 136-140».
- [30] « Defretin Lemaire M-C Dépression et cancer Thèse de médecine, lille.1988 ; n° 882M089».
- [31] « HAS - 2014 "Outil echelle had.pdf"».
- [32] « Pr BENATMANE (Thèse) / État dépressif majeur: facteur de risque chez les coronariens. À propos des patients coronariens hospitalisés dans le service de cardiologie A2 du CHU Mustapha au cours de l'année 2008».
- [33] « Torous J, Staples P, Shanahan M et al. RN Utilizing a personal smartphone custom app to assess the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) depressive symptoms in patients with major depressive disorder. JMIR Ment Health.2015; 2(1): e8 40 ».
- [34] « براهيمية جهاد الرعاية الصحية وعلاقتها بالألم النفسي لدى مرضى السرطان " دراسة ميدانية ببعض مراكز مكافحة « 2016 السرطان بالجزائر ».

- [35] « Corbex M, Bouzbid S, Boffetta P. Features of breast cancer in developing countries, examples from North-Africa. *Eur J Cancer*. juill 2014;50(10):1808-18.»
- [36] Hamza Allaoui, F. Manoudi, et I. Adali, « Alaoui.H,Manoudi.F,Adli.I les trouble anxieux dépressif chez les patients cancéreux thèse N292,au Maroc soutenu en 2022».
- [37] « Tarwate. Mariam, Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer, thèse n=6, au Maroc (Marrakech), soutenue en 2008 ».
- [38] « Arnaud Herbaut, Michel Reich, Dany Horner-Vallet ,Evaluation de la détresse psychologique en soins palliatifs. A propos de 50 observations Dans *InfoKara* 2003/1 (Vol. 18) ».
- [39] « Novin Nikbakhsh (MD) - Sussan Moudi (MD) *- Setareh Abbasian - Soraya Khafri (PhD) Prevalence of depression and anxiety among cancer patients / *Caspian J Intern Med* 2014; 5(3): 167-170 (Babol, en Iran) ».
- [40] « Anish Khalil, et al. Prevalence of Depression and Anxiety amongst Cancer Patients in a Hospital Setting: A Cross-Sectional Study. Islamabad, Pakistan.Received14May2016; Revised17July2016; Accepted7August2016 ».
- [41] « Wen Gu1, et al La dépression et son impact sur la qualité de vie liée à la santé chez les patients chinois atteints de cancer du poumon /Institut de recherche sur la santé mentale de Shenzhen, Shenzhen Kangning Hôpital, province du Guangdong, Chine. September 18, 2017.».
- [42] « Yang Y-L, Liu L, Wang Y, Wu H, Yang X-S, Wang J-N, et al. The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2013;13:393».
- [43] « Wang Y, Mei C, Fu Y, Yue Z, Jiang Y, Zhu J. Anxiety and depression among Tibetan inpatients with cancer: a multicenter investigation. *Ann Palliat Med* 2020;9:3776–84.
- [44] H. Errihani et AL, « Errihani.H et al.,Troubles psychiatriques et cancer: pour une approche globale et multidimensionnelle, pages 256–260, (2010) ».
- [45] « JD Domogauer N. ColangeloR. Aggarwal. Étude de la dépression totale et non diagnostiquée dans une population de patients cancéreux dans un centre de cancer urbain.2017
- [46] « Kai-hoi Sze F, Wong E, Woo J, Lo R Do pain and disability differ in depressed cancer patients? *Palliative Medicine*. 2000. vol 14; 1:11-17
- [47] « Ciaramella A, Poli p ; Assesement of depression among cancer patients : the role of pain, cancer type and treatment *P O*. 2001; 10: 156-16
- [48] « Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y Major Depression, Adjustment Disorders, and Post-Traumatic Stress Disorder in Terminally Ill Cancer Patients: Associated and Predictive Factors *J Clin Oncol*. 2004. vol 22;10
- [49] « Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, OShea F, Kuhl D, Fainsinger RL, Clinch JJ Depression and anxiety disorders in palliative cancer care *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007; vol33; N2

- [50] « Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee P-J, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, Muderspach L, Russell C; Depression, Correlates of Depression, and Receipt of Depression Care Among LowIncome Women With Breast or Gynecologic Cancer *J Clin Oncol*. 2005 may; vol 23; N 13
- [51] « Aass N, Fossa SD, Dahl AA, Moe TJ Prevalence of Anxiety and Depression in Cancer Patients Seen at the Norwegian Radium Hospital.
- [52] « Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome.
- [53] « Tan SM, Beck KR, Li H, Lim ECL, Krishna LKR. Depression and anxiety in cancer patients in a Tertiary General Hospital in Singapore. *Asian Journal of Psychiatry* 2014;8:33–7.
- [54] « Jacob L, Bleicher L, Kostev K, Kalder M. Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices. *J Cancer Res Clin Oncol* 2016;142:447–52.
- [55] « Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, et al. Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pac J Cancer Prev* 2018;19.
- [56] « Shim E-J, Lee JW, Cho J, Jung HK, Kim NH, Lee JE, et al. Association of depression and anxiety disorder with the risk of mortality in breast cancer: A National Health Insurance Service study in Korea. *Breast Cancer Res Treat* 2020;179:491–8.
- [57] « Lan B, Jiang S, Li T, Sun X, Ma F. Depression, anxiety, and their associated factors among Chinese early breast cancer in women under 35 years of age: A cross sectional study. *Current Problems in Cancer* 2020;44:100558.
- [58] « Baba N, Schrage T, Hartmann A, Baba K, Wuensch A, Schultze-Seemann W, et al. Mental distress and need for psychosocial support in prostate cancer patients: An observational cross-sectional study. *Int J Psychiatry Med* 2021;56:51–63.
- [59] « Cardoso G, Graca J, Klut C, Trancas B, Papoila A. Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine* 2016;21:562–70.
- [60] « Jadoon, N. A., Munir, W., Shahzad, M. A., & Choudhry, Z. S. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a crosssectional study. *BMC cancer*, 10(1), 594.
- [61] « Dung Viet Truong, Quyen Thi Tu Bui, Do Tri Nguyen, Jaleesa Moore, Anxiety Among Inpatients With Cancer: Findings From a Hospital-Based Cross-Sectional Study in Vietnam 2019 n.d.
- [62] « Villoria E, Lara L, Salcedo R, Villoria E, Lara L, Salcedo R. Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas. *Revista Médica de Chile* 2021;149:708– 15.

- [63] « Obispo-Portero B, Cruz-Castellanos P, Jiménez-Fonseca P, Rogado J, Hernandez R, Castillo-Trujillo OA, et al. Anxiety and depression in patients with advanced cancer during the COVID-19 pandemic. *Support Care Cancer* 2022;30:3363–70.
- [64] « N. Ahbeddou et al, Retentissement psycho-socio-économique du cancer. Maroc
- [65] « Romero C. Husbands' perceptions of wives' adjustment to breast cancer : the impact on wives' mood. *Psychooncology*. 2008 Mar; 17(3):237-43.
- [66] « Akizuki N, Shimizu K, Asai M, Nakano T, Okusaka T, Shimada K, et al. Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study. *Jpn J Clin Oncol* 2016;46:71–7.
- [67] « Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord* 2012;141:343–51.
- [68] « Njarason ruffin et al . des troubles anxiodépressif chez les patients ayant un cancer gynécologique et mammaire au chu antanamo Toliara madagascar,43 No.2024 ».
- [69] « Zhang L. Anxiety and depression in recurrent gastric cancer: Their prevalence and independent risk factors analyses. *Medicine (Baltimore)* 2021;100:e28358.
- [70] « Tagay S, Senf W, Schöpfer N, Mewes R, Bockisch A, Görges R. Protektive Faktoren für Angst und Depression bei Schilddrüsenkarzinompatienten. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie* 2007;53:62–74.
- [71] « Tavoli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterol* 2007;7:28.
- [72] « Schag CA, heinrich rl .anxiété dans des situations médicales : patients cancéreux adultes. *j clin psychol*.199; 45».

ANNEXES

a3- traitement reçu :

a4- évolution :

- b) Diabète
 - c) HTA
 - d) ATCDS chirurgicaux
9. ATCDS psychiatriques :
- a) Non
 - b) Oui (diagnostic)
 - c) Tentative de suicide : oui ou non
 - d) Hospitalisation psychiatrique : oui ou non
10. ATCDS familiaux de cancer similaire :
- a) Oui
 - b) Non
11. Si ATCD de cancer similaire familial, quelle est son évolution ?
- a) Guérison
 - b) Stabilisation
 - c) Décès
12. ATCDS Familiaux psychiatriques :
- a) Père
 - b) Mère

Cancer Actuelle :

13. Localisation du cancer :
14. Stade :
15. Découverte depuis :
16. Après la découverte de votre cancer, y a-t-il eu un changement d'attitude de votre entourage (conjoint, enfants, parents) ?
- a) Oui positif
 - b) Oui négatif
 - c) Indifférent
17. qu'est-ce qui vous gêne le plus ?
- a) Attitude de l'entourage
 - b) Perte d'autonomie
 - c) Altération de l'image de soi
 - d) Frais et coût de la prise en charge médicale
 - e) Les symptômes physiques
 - f) Les effets secondaires du traitement

18_ Traitement curatif :

- a) Chirurgie seule
- b) Chirurgie+ chimiothérapie
- c) Chirurgie +Radiothérapie
- d) Chirurgie+ chimio+ radiothérapie
- e) Chimiothérapie seule
- f) Radiothérapie seule
- g) Chimiothérapie+ radiothérapie
- h) Hormonothérapie

19_ Début du traitement remonte à :

20_ Évolution sous traitement :

- a) Rémission
- b) Stabilisation
- c) Rechute
- d) Inconnue

21_ C'est quoi votre vision pour l'avenir

- a) Optimiste
- b) Pessimiste
- c) Floue
- d) Boucher

22_ - Connaissez-vous le nom de votre maladie :

- a) Oui
- b) Non

Annexe 2

République Algérienne Démocratique Et Populaire

Ministère De L'enseignement Supérieur Et De La Recherche Scientifique Université KASDI Merbah Ouargla-Faculté De Médecine et pharmacie

Mémoire de fin d'étude :

Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

<p>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0 <p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3 <p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0 <p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3 <p>5. Je me fais du souci</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0 <p>6. Je suis de bonne humeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0 <p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3 <p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0 	<p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3 <p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0 <p>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0 <p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3 <p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0 <p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3
---	--

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour

Chacun des scores (A et D) : - 7 ou moins : absence de symptomatologie - 8 à 10 : symptomatologie douteuse - 11 et plus : symptomatologie certaine.

République Algérienne Démocratique Et Populaire

Ministère De L'enseignement Supérieur Et De La Recherche Scientifique
Université KASDI Merbah Ouargla-Faculté De Médecine et pharmacie

Mémoire de fin d'étude :

Echelle de HADs en arabe

هذا الاستبيان يساعد الطبيب لمعرفة مشاعرك وقراءة أحاسيسك ، لذا يرجى إحاطة الرقم الموازي لأفضل اختيار يصف حالتك خلال الأسبوع الماضي. ليس من المطلوب الاستغراق في التفكير لإختيار الإجابة، وإنما تفضل الإجابات العفوية التلقائية.

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS):		من فضلك، قم بإختيار الإجابة المناسبة بوضع دائرة عليها:	
A	أشعر بالوتر الشديد: • أكثر الوقت • عدة مرات • أحياناً • لا أشعر بذلك مطلقاً	D	أحس بأنني هامد (فاقده للطاقة) : • تقريباً في كل وقت • في كثير من الأحيان • في بعض الأوقات • لا أشعر بذلك مطلقاً
D	أنا لازلت أتمتع بالأشياء التي اعتدت أن أتمتع بها: • بالتأكيد، كما كنت • ليس تماماً • قليلاً • بالتأكيد، على الإطلاق	A	يتأبني شعور بالخوف: • لا، على الإطلاق • أحياناً • كثيراً • في أغلب الأوقات
A	أشعر بنوع من الخوف، وكان شيئاً مروعاً على وشك الحدوث: • بالتأكيد، وبشكل مزعج • نعم، ولكن أقل سوءاً • قليلاً، لكنه لا يقلقني • لا أشعر بذلك على الإطلاق	D	لقد فقدت الاهتمام بمظهري: • بالتأكيد فقدت كل الاهتمام • أنا لا أهتم بمظهري كما يجب أن أهتم • قد لا أعني بمظهري كما يجب • أعني بمظهري بشكل جيد كما كنت سابقاً
D	أستطيع الضحك و رؤية الجوانب الممتعة في الأشياء: • كما كنت سابقاً • أقل مما كنت سابقاً • بالتأكيد، ليس كثيراً الآن • لا أشعر بذلك على الإطلاق	A	الإحساس بضيق الصدر دون مجهود جسدي: • في الواقع، كثيراً جداً • كثيراً، لا بأس به • أشعر بذلك قليلاً • لا أشعر بذلك على الإطلاق
A	تأتيني دائماً أفكار مقلقة: • أغلب الأوقات • معظم الأوقات • من وقت لآخر، ولكن ليس كثيراً • أحياناً	D	أنا أتطلع للأشياء من حوتي باستمتاع: • بقدر ما يمكنني فعله • نوعاً ما أقل مما اعتدت على فعله • بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله • لا، على الإطلاق
D	أشعر بالهجة: • لا، على الإطلاق • ليس كثيراً • في بعض الأحيان • في أغلب الأوقات	A	يتأبني إحساس مفاجئ بالملح: • في الواقع، في كثير من الأحيان • غالباً • ليس كثيراً • لا أشعر بذلك على الإطلاق
A	يمكنني الجلوس براحة و الشعور بالاسترخاء: • بكل التأكيد • عادة ما • ليس كثيراً • لا يمكنني ذلك على الإطلاق	D	يمكنني الإستمتاع بقراءة كتاب جيد أو مشاهدة البرامج التلفزيونية أو الإستماع إلى الإذاعة: • غالباً • في بعض الأحيان • ليس كثيراً • نادراً جداً



TRABELSI Boutheyna

BEN MOUSSA Ikhlas



Anxiété et dépression chez les patients cancéreux selon l'échelle de HADS. Étude descriptive chez les cancéreux hospitalisés au niveau du centre de lutte contre cancer à l'EPH Mohamed BOUDIAF _ Ouargla durant la période allant d'octobre 2023 au Avril 2024.

Mémoire fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Introduction :

Le cancer est une maladie grave, qui entraîne souvent des troubles psychiatriques et perturbations du comportement chez les patients.

Notre objectif est de déterminer la prévalence des troubles anxieux et dépressifs selon l'échelle de HADS au sein d'une population de patients cancéreux et de décrire leur profil sociodémographique et clinique.

Matériels et méthodes :

Etude descriptive transversale, pendant 7 mois entre Octobre 2023 à Avril 2024, inclus 300 patients cancéreux pris en charge au centre de lutte contre cancer Ouargla. Nous avons utilisé un questionnaire général et l'échelle de HADS.

Résultats et discussion :

Notre population est essentiellement des femmes (70%), l'âge moyen était de 52,78 ans avec des extrêmes de 16 à 80 ans. La majorité des patients étaient mariés (73,7%). 64,3% des patients sont sans travail et 76% des patients ont une situation moyenne. Les principales localisations du cancer qui ont été retrouvées sont : le sein (40%), Appareille génitale féminin (13,7%), le colon (10%). la plupart 43,3% des patients avaient un cancer au stade localement avancé. 89% des patients rapportent qu'il y avait un changement d'attitude positif de leur entourage. 40% recevaient un traitement chimiothérapie associé à la chirurgie. 92% des patients savaient qu'ils avaient un cancer. La prévalence de la dépression retrouvée est de 57,7% ; une corrélation significative avec la dépression et le stade du cancer, l'estimation du pronostic par le patient, l'évolution de la maladie et la connaissance de diagnostic de cancer. La prévalence de l'anxiété est de 60,7% ; une corrélation significative avec l'anxiété et l'âge, l'attitude de l'entourage, l'évolution de la maladie et la connaissance de diagnostic de cancer étaient corrélés à l'anxiété.

Conclusion :

Face aux maladies cancéreuses, les troubles anxieux et dépressifs sont très fréquents. C'est ce qui rend le soutien et la psychothérapie importants pour les patients atteints de cancer.

Mots clés : cancer, anxiété et dépression, comorbidité, échelle de HADS, centre de lutte contre cancer.

Encadrant : Dr. BAIT Soumiya Maître de conférences B en psychiatrie

Année universitaire : 2023/2024