

Résumé

L'incidence et la mortalité du cancer augmentent rapidement dans le monde entier et les types les plus courants chez la femme sont les cancers gynéco-mammaires. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire tel que le Maroc, des progrès significatifs ont été réalisés dans la prise en charge thérapeutique de ces types de cancer. Cependant, les troubles de la santé mentale liés à ces maladies sont généralement sous-estimés par le système de santé. La présente étude, qui s'inscrit dans le cadre d'une thèse de doctorat en Sciences de la santé- Sciences infirmières, vise dans son premier volet à évaluer les troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires, puis dans son deuxième volet à explorer les perceptions des professionnels de la santé exerçants au sein des services d'oncologie vis-à-vis de la pratique de l'évaluation de la détresse mentale, et enfin dans son troisième volet à élaborer l'Oncopsychomètre, une application Web permettant le dépistage systématique de la détresse mentale par les infirmiers en oncologie. Pour atteindre ces objectifs, d'abord, nous avons mené une étude transversale au sein du service d'oncologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca auprès des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires (N=400). Un questionnaire a été conçu à cet effet sur la base de différentes échelles internationales adaptées et traduites en arabe dialectale Marocaine. Puis nous avons procédé à une étude transversale quantitative descriptive basée sur un questionnaire auprès des professionnels de la santé exerçants au sein des services d'oncologie au Maroc (N=164). Ainsi, les principaux résultats dégagés de cette étude ont indiqué, d'une part, que 70.8% des patientes souffraient de troubles anxieux et 60.5% souffraient de troubles dépressifs. En outre, 81.8% des participantes ont rapporté des troubles de sommeil, et 72% parmi elles ont déclaré une insatisfaction de leur image corporelle. Des inter corrélations fortement positives ont été constatées entre les troubles anxio-dépressifs, les troubles de sommeil, les troubles de l'image corporelle, un faible soutien social perçu et une faible estime de soi (p-values ≤ 0.001). En outre, les principaux facteurs prédictifs des troubles de la santé mentale étaient : l'âge jeune, un statut socio-économique faible et un stade avancé de la maladie. D'autre part, les professionnels de la santé en services d'oncologie ont rapporté une évaluation non-systématique de la détresse mentale chez leurs patients cancéreux. En effet, pour identifier la détresse, ces professionnels cherchaient des indicateurs verbaux, affectifs et comportementaux en adoptant un certain nombre de stratégies. Les principaux obstacles entravant l'évaluation de la détresse comprenaient l'absence d'un protocole de l'évaluation et de la prise en charge de la détresse au sein des services d'oncologie, le manque de formations spécifiques en psycho oncologie et la surcharge de travail. L'implantation d'un outil de dépistage de la détresse mentale au profit des infirmiers en services d'oncologie a été recommandé avec certains critères par les professionnels de la santé interviewés. Dans cette intention, un Oncopsychomètre pratique bilingue a été élaboré sur une application Web au profit des infirmiers exerçants en services d'oncologie pour assurer le dépistage systématique de la détresse mentale chez les patients atteints du cancer. Finalement, une évaluation systématique et rapide des symptômes de détresse mentale est essentielle pour différencier les réponses émotionnelles normatives à la maladie de la psychopathologie, et orienter les patients vers des soins spécialisés qui peuvent offrir une prise en charge fondée sur des données probantes.

Mots clés: Cancer du sein, cancer gynécologique, troubles de la santé mentale, facteurs prédictifs, détresse en oncologie, perceptions des praticiens, Oncopsychomètre.

ملخص

إن معدلات الإصابة بالسرطان ونسبة الوفيات المرتبطة به تتزايد بشكل سريع في شتى أنحاء العالم، ويعتبر سرطان الثدي والسرطانات النسائية أكثر الأنواع شيوعاً عند النساء، وقد تم إحراز تقدم كبير في علاج هذه الأنواع من السرطان في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل مثل المغرب. إلا أنه غالباً ما يتم التقليل من شأن اضطرابات الصحة النفسية المرتبطة بهذه الأمراض من قبل النظام الصحي. هذه الدراسة الحالية، والتي تندرج في إطار أطروحة دكتوراه في علوم الصحة - العلوم التمريضية، تهدف في جزئها الأول إلى تقييم اضطرابات الصحة النفسية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي والسرطانات النسائية، وتكشف في الجزء الثاني منها عن تصورات مهنيي الصحة العاملين داخل مصالحة الأورام السرطانية فيما يتعلق بتقييم الاضطرابات النفسية بشكل عام، ثم تطوير مقياس الضغط النفسي وهو تطبيق ويب للفحص المنهجي للاضطرابات النفسية من قبل الممرضين في مصالحي طب الأورام.

من أجل تحقيق هذه الأهداف، أجرينا أولاً دراسة مستعرضة، داخل قسم الأورام في مستشفى ابن رشد الجامعي بالدار البيضاء، على النساء المصابات بسرطان الثدي والسرطانات النسائية (العدد = 400). ولهذا الغرض، تم تصميم استبيان يعتمد مقياس مختلف تم تكييفها وترجمتها إلى الدارجة المغربية. ثم أجرينا بعد ذلك دراسة مقطعية وصفية كمية بناءً على استبيان مع مهنيين صحيين يعملون في مصالحي طب الأورام في المغرب. وهكذا، أشارت النتائج الرئيسية لهذه الدراسة من جهة، إلى أن 70.8% من المريضات يعانين من اضطرابات القلق و60.5% يعانين من اضطرابات الاكتئاب. بالإضافة إلى ذلك، أبلغت 81.8% من المشاركات عن مشاكل في النوم، وأفادت 72% منهن بعدم رضاها عن صورة الجسد. وقد لوحظ وجود ارتباطات إيجابية قوية بين اضطرابات القلق والاكتئاب، واضطرابات النوم، واضطرابات صورة الجسد، وانخفاض الدعم الاجتماعي المتصور، وتدني تقدير الذات ($p \leq 0.001$) بالإضافة إلى ذلك، تبين أن المؤشرات الرئيسية لاضطرابات الصحة النفسية هي: صغر السن وضعف الحالة الاجتماعية والاقتصادية والمرضى في مراحلهم المتقدمة. من جهة أخرى، أبلغ المهنيون الصحيون في أقسام الأورام عن غياب تقييم منهجي موجه للاضطرابات النفسية لدى مرضى السرطان.

إن مهنيي الصحة في الواقع، وفي إطار تحديد الاضطرابات النفسية لمرضى السرطان، يبحثون فقط عن المؤشرات اللفظية والعاطفية والسلوكية من خلال تبني عدد معين من الاستراتيجيات. وتكمن العقبات الرئيسية هنا في غياب بروتوكول لتقييم تلك الاضطرابات في مصالحي الأورام وكذا نقص التكوينات في هذا المجال بالإضافة إلى العمل المرهق. وقد تمت التوصية، من طرف المهنيين الصحيين الذين تمت مقابلتهم، بضرورة وضع أدوات فحص الاضطرابات النفسية وبمعايير محددة رهن إشارة الممرضين في مصالحي طب الأورام. ولهذا الغاية، تم تطوير مقياس الضغط النفسي عملي باللغة العربية والفرنسية على تطبيق الويب لصالح الممرضين العاملين في خدمات طب الأورام لضمان الفحص المنهجي للاضطراب النفسي لدى مرضى السرطان.

أخيراً، يعد التقييم المنهجي والسريع لأعراض الاضطراب النفسي ضرورياً للتمييز بين الاستجابات العاطفية العادية والاضطرابات النفسية المرضية، وبالتالي إحالة المرضى إلى أقسام متخصصة تمكن من توفير الرعاية الطبية الشاملة لمرضى السرطان.

الكلمات المفتاحية: سرطان الثدي، السرطانات النسائية، اضطرابات الصحة النفسية، العوامل التنبؤية، الاضطرابات النفسية - فسي الأنتولوجيا، تصورات مهنيي الصحة، مقياس الضغط النفسي.

Institut Supérieur des Sciences de la Santé
Settat

THÈSE DE DOCTORAT

Pour l'obtention de grade de Docteur en Sciences de la santé- Sciences infirmières

Formation Doctorale : Biologie Santé Environnement

Spécialité : Sciences de la santé- Sciences infirmières

Sous le thème

Cancers gynéco-mammaires et troubles de la santé mentale au Maroc :

épidémiologie, évaluation de la pratique médico-infirmière et

élaboration d'un Oncopsychomètre

Présentée par : Amina AQUIL

Soutenue le: 15/06/2022

A l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé de Settat devant le jury composé de :

Pr. Abdellatif Benider	PES	Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca	Président
Pr. Souha Sahraoui	PES	Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca	Rapporteur
Pr. Mohamed Cherkaoui	PES	Faculté des Sciences Semlalia, UCA Marrakech	Rapporteur
Pr. Milouda Chebabe	PH	Institut Supérieur des Sciences de la Santé, UH1, Settat	Rapporteur
Pr. Abdallah Bagri	PES	Faculté des Sciences et Techniques, UH1, Settat	Examineur
Pr. Soumaya CHERIF	PES	Faculté des Sciences et Techniques, UH1, Settat	Examineur
IDRISS EL GANOUNI			
Pr. Mustapha Mouallif	PH	Institut Supérieur des Sciences de la Santé, UH1, Settat	Co-Directeur de thèse
Pr. Abdeljalil El Got	PH	Institut Supérieur des Sciences de la Santé, UH1, Settat	Directeur de thèse

DEDICACE

Au nom du Dieu le tout puissant, le tout miséricordieux.

Louange à Allah

Je remercie tout d'abord Dieu tout puissant de m'avoir donné le courage, la force et la patience d'achever ce travail.

A mes très chers parents aucun mot ne pourrait exprimer la gratitude et l'amour que je vous porte, ce travail est le fruit des sacrifices que vous avez consentis pour mon éducation, Je reconnais vos bénédictions et vos prières qui m'ont toujours accompagnée et m'ont soutenue dans les moments les plus difficiles, que le tout puissant vous accorde une longue vie.

A mes précieux frères Youssef et Mohcine, Je ne saurais jamais vous exprimer mon amour et ma gratitude. Vous vous êtes occupé de moi du mieux que vous pouvaient. Les mots ne suffisent guère pour exprimer l'attachement, l'amour et l'affection que je porte pour vous. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. J'espère que vous trouverez dans ce travail, une infime partie de ma reconnaissance éternelle.

A mes adorables sœurs . Fatima, Fatiha et widad, Vous êtes un cadeau du ciel. Nous étions toujours très proches et nous le serons pour toute la vie. Vous êtes le rayon de soleil qui illumine ma vie et me réchauffe le cœur. Je vous aime infiniment mes magnifiques sœurs.

A mon cher mari Mehdi, Je t'adresse toute ma gratitude et ma reconnaissance. Je loue le Tout-Puissant de t'avoir mis à mes côtés. Mille Mercis d'avoir toujours été à mon écoute, de m'avoir continuellement encouragé, supporté et consolidé. Merci d'avoir supporté mon absence pour pouvoir accomplir ma thèse.

A Monsieur EL GOt, vous êtes une source d'inspiration pour moi,

Merci à vous !

REMERCIEMENTS

Les travaux présentés ici font l'objet d'une thèse de doctorat au sein du Laboratoire : Sciences et Technologies de la Santé, Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université Hassan I Settat, sous la direction de Professeur EL GOT Abdeljalil.

De nombreuses personnes ont contribué à la réalisation et à l'accomplissement de ce travail, je veux leur témoigner ici ma reconnaissance et ma gratitude.

Je tiens d'abord à remercier Messieurs, le Président de l'Université Hassan I Settat, et le Directeur de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé pour le soutien et l'aide qu'ils accordent incessamment aux chercheurs et à la recherche scientifique.

Ce fut un grand honneur d'être encadrée par Monsieur EL GOT Abdeljalil, professeur à l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé. Je tiens à vous exprimer SINCEREMENT tout mon respect, toute mon estime et toute ma reconnaissance. J'ai pu apprécier au cours de toutes ces années, non seulement votre très grande compétence, mais aussi vos qualités humaines. Votre gentillesse et votre disponibilité permanente a toujours suscité mon respect et mon admiration. Sans vos encouragements, vos conseils et votre aide ce travail n'aurait jamais vu la lumière. Vos qualités pédagogiques et humaines sont pour moi un modèle. Tous les mots que je pourrais dire ne suffiront pas à attester de ma gratitude et de mes remerciements à l'égard de mon Professeur et Encadrant Monsieur EL GOT Abdeljalil.

Je remercie et j'exprime ma profonde et sincère reconnaissance et ma gratitude à Monsieur MOUALLIF Mustapha, professeur à l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé, pour son encadrement de qualité. Votre rigueur professionnelle, vos conseils précieux, votre disponibilité, votre soutien permanent et appui m'ont beaucoup aidé pour l'achèvement de ce travail.

Je remercie très sincèrement le professeur BENIDER Abdellatif de m'avoir honoré en acceptant de présider mon jury. Je remercie également les membres de jury les Professeurs : SAHRAOUI Souha, CHERKAOUI Mohamed, CHEBABE Milouda, BAGRI ABDALLAH et CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Soumaya, d'avoir accepté de rapporter et de juger mon travail de thèse.

Mes remerciements vont également à tous mes enseignants au sein de l'ISSS qui m'ont inculqué de savoir tout au long de mon parcours universitaire. Mes profonds remerciements vont également aux membres de l'équipe administrative de l'ISSS pour leur aide et leurs encouragements.

Je remercie également tous les professionnels de la santé exerçant au sein du service d'oncologie du CHU de Casablanca pour l'accueil chaleureux, et pour l'aide précieuse que vous m'avez réservée à chaque fois. Un remerciement spécial pour toutes les patientes qui ont accepté de participer à notre étude, je vous souhaite un prompt rétablissement et une bonne guérison sans récurrence.

Je tiens à remercier chaleureusement, tous mes proches et tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont apporté leurs sollicitudes pour accomplir ce travail.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
TABLE DES MATIERES	III
RESUME.....	IX
ABSTRACT.....	X
ملخص.....	XI
LISTE DES FIGURES.....	XIII
LISTE DES TABLEAUX.....	XV
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE I : REVUE BIBLIOGRAPHIQUE	8
1. Généralités sur les cancers gynéco-mammaires.....	9
1.1 Cancer du sein.....	9
1.1.1 Définition du cancer du sein.....	9
1.1.2 Données épidémiologiques sur le cancer du sein	9
1.1.3 Facteurs de risque du cancer du sein	9
1.1.4 Stades du cancer du sein.....	11
1.1.5 Traitement du cancer du sein.....	11
1.2 Cancers gynécologiques	14
1.2.1 Définition des cancers gynécologiques	14
1.2.2 Données épidémiologiques sur les cancers gynécologiques.....	14
1.2.3 Facteurs de risque des cancers gynécologiques.....	14
1.2.4 Stades des cancers gynécologiques	14
1.2.5 Traitement des cancers gynécologiques	16
2. Troubles de la santé mentale chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires	19
2.1 Troubles anxieux.....	19
2.1.1 Généralités sur les troubles anxieux	19
2.1.2 Troubles anxieux chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires	20
2.2 Troubles dépressifs	21
2.2.1 Généralités sur les troubles dépressifs.....	21
2.2.2 Troubles dépressifs chez les femmes atteintes des cancers gynéco-mammaires	21
2.3 Troubles de l'image corporelle	22
2.4 Troubles de sommeil.....	23
2.5 Troubles de la sexualité	24
2.6 Troubles de comportement alimentaire.....	25

Table des matières

3. Facteurs de soulagement de la détresse mentale chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires.....	27
3.1 Le soutien social	27
3.2 L'estime de soi.....	28
3.3 L'optimisme dispositionnel.....	28
3.4 La résilience	29
4. Rôle du personnel soignant exerçant au sein des services d'oncologie dans l'évaluation et la prise en charge de la détresse mentale en oncologie.....	30
4.1 Rôle de l'oncologue	30
4.2 Rôle de l'infirmier.....	31
4.3 Processus de l'évaluation de la détresse mentale en oncologie.....	32
OBJECTIFS DE L'ETUDE	34
CHAPITRE II : SUJETS ET METHODES	37
1. Evaluation des troubles de la santé mentale et exploration de leurs facteurs prédictifs chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires	38
1.1 Type de l'étude	38
1.2 Lieu de l'étude	38
1.3 Méthode d'échantillonnage.....	38
1.4 Critères d'inclusion et d'exclusion	39
1.5 Instrument de collecte de données	39
1.5.1 Les caractéristiques sociodémographiques	40
1.5.2 Les caractéristiques cliniques	40
1.5.3 L'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).....	40
1.5.4 L'indice de la qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI).....	41
1.5.5 L'échelle de l'image corporelle (BIS)	41
1.5.6 L'échelle multidimensionnelle du soutien social perçu (MSPSS)	41
1.5.7 L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSES)	42
1.6 Procédure	42
1.7 Traitement de données	42
1.8 Considérations éthiques	43
2. Perceptions des professionnels de la santé exerçant en services d'oncologie vis-à-vis de l'évaluation de la détresse mentale chez les patients atteints du cancer	43
2.1 Type de l'étude	43
2.2 Lieux de l'étude	43
2.3 Méthode d'échantillonnage.....	44
2.4 Critères d'inclusion et d'exclusion	44
2.5 Instrument de collecte de données	44

Table des matières

2.6	Procédure	44
2.7	Traitement de données	45
2.8	Considérations éthiques	45
3.	Elaboration d'un outil de dépistage systématique de la détresse mentale au profit des infirmiers exerçant au sein des services d'oncologie : Oncopsychomètre.....	45
3.1	Langage et technologies de conception	45
3.1.1	Unified Modeling Language.....	45
3.1.2	Framework Laravel	45
3.1.3	Bootstrap	46
3.1.4	MySQL.....	46
3.1.5	HeidiSQL.....	46
3.2	Outils de réalisation	46
3.2.1	Visual Studio Code.....	46
3.2.2	Filezilla.....	46
3.3	Hébergement de l'application Web et nom du domaine.....	46
3.4	Réalisateur de l'application Web.....	47
3.5	Validation pilote préliminaire de l'Oncopsychomètre : Un prototype.....	47
	CHAPITRE III : RESULTATS.....	48
1.	Evaluation des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynécomammaires	49
1.1	Evaluation des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynécomammaires : Analyse transversale.....	49
1.1.1	Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes	49
1.1.1.1	Age des participantes.....	49
1.1.1.2	Statut matrimonial	49
1.1.1.3	Nombre d'enfants	50
1.1.1.4	Lieu de résidence	50
1.1.1.5	Niveau d'instruction	51
1.1.1.6	Revenu familial	51
1.1.1.7	Situation professionnelle	52
1.1.1.8	Couverture sanitaire.....	52
1.1.1.9	Type de cancer.....	53
1.1.1.10	Traitement chirurgical	53
1.1.1.11	Stade de la tumeur.....	54
1.1.1.12	Temps découlé depuis le premier diagnostic de la maladie.....	54
1.1.1.13	Nombre de traitements antinéoplasiques reçus par les patientes	55
1.1.1.14	Récidive de la maladie.....	55

Table des matières

1.1.2	Fréquence des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires.....	56
1.1.2.1	Fréquence de l'anxiété.....	56
1.1.2.2	Fréquence de la dépression.....	56
1.1.2.3	Fréquence du syndrome anxio-dépressif.....	57
1.1.2.4	Fréquence des troubles de sommeil.....	57
1.1.2.4.1	Qualité subjective du sommeil.....	57
1.1.2.4.2	Latence du sommeil.....	58
1.1.2.4.3	Durée du sommeil.....	58
1.1.2.4.4	Efficacité habituelle du sommeil.....	59
1.1.2.4.5	Raisons des troubles de sommeil.....	59
1.1.2.4.6	Utilisation des somnifères.....	60
1.1.2.4.7	Etat du bien être durant la journée.....	61
1.1.2.4.8	Troubles de sommeil.....	61
1.1.2.5	Fréquence des troubles de l'image corporelle.....	62
1.1.3	Fréquence des facteurs de soulagement des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires.....	62
1.1.3.1	Soutien social.....	62
1.1.3.1.1	Soutien familial.....	62
1.1.3.1.2	Soutien du conjoint.....	63
1.1.3.1.3	Soutien des amis.....	63
1.1.3.1.4	Soutien social global.....	64
1.1.3.2	Estime de soi.....	64
1.1.4	Exploration des facteurs associés aux troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires.....	65
1.2	Le statut et les corrélations des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires : Analyse transversale cas-témoin.....	69
1.3	Exploration des facteurs prédictifs des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires ayant subi un traitement chirurgical : Analyse transversale comparative.....	72
1.4	Exploration des facteurs prédictifs des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires ayant subi un traitement non-chirurgical : Analyse transversale comparative.....	79
2.	Perceptions des professionnels de la santé exerçant en services d'oncologie vis-à-vis de l'évaluation de la détresse mentale chez les patients atteints du cancer.....	85
2.1	Résultats relatifs aux caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	85
2.1.1	Sexe des participants.....	85
2.1.2	Age des participants.....	85
2.1.3	Secteur d'activité.....	86

ملخص

)400= (

605

72

708

81.8

.($p \leq 0.001$)

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADN:** Acide désoxyribonucléique
- ANOVA:** Analysis of variance
- BIS:** Body image scale
- BRCA:** Breast cancer
- CHU:** Centre hospitalier universitaire
- CIM:** Classification internationale des maladies
- CIRC:** Centre international de recherche sur le cancer
- CNOPS:** Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale
- CNSS:** Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- DSM:** Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux
- FIGO:** Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
- HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale
- HPV:** Human Papillomavirus
- HTS:** Hormonothérapie substitutive
- ICSD:** International Classification of Sleep Disorders
- INO:** Institut National d'oncologie
- IST:** Infections sexuellement transmissibles
- MSPSS:** Multidimensional Scale of Perceived Social Support
- ODD:** Objectif de développement durable
- OMS:** Organisation mondiale de la santé
- PARP:** Poly-ADP (Adénosine diphosphate)-ribose-polymérase
- PSQI:** Pittsburgh Sleep Quality Index
- RAMed:** Régime d'assistance médicale
- RSES:** Rosenberg self-esteem scale
- SMIG:** Salaire minimum interprofessionnel garanti
- SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences
- TNM:** Tumeur, Nodes (terme anglais pour les ganglions lymphatiques) et Métastases
- VIH:** Virus de l'immunodéficience humain

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Ganglions lymphatiques du sein (86).	12
Figure 2: Répartition des participantes selon leur statut matrimonial (N=400).	49
Figure 3: Répartition des participantes selon le fait d’avoir des enfants (N=400).	50
Figure 4: Répartition des participantes selon le lieu de résidence (N=400).	50
Figure 5: Répartition des participantes selon leur niveau d’instruction (N=400).	51
Figure 6: Répartition des participantes selon leur revenu mensuel familial (N=400).	51
Figure 7: Répartition des participantes selon leur situation professionnelle (N=400).	52
Figure 8: Répartition des participantes selon le type de la couverture sanitaire (N=400).	52
Figure 9: Répartition des participantes selon le type du cancer (N=400).	53
Figure 10: Répartition des participantes selon le type du traitement chirurgical (N=400).	53
Figure 11: Répartition des participantes selon le stade de la maladie (N=400).	54
Figure 12: Répartition des participantes selon le temps découlé depuis le premier diagnostic de leur maladie (N=400).	54
Figure 13: Répartition des participantes selon le nombre de traitements reçus (N=400).	55
Figure 14: Répartition des participantes selon la récurrence de la maladie (N=400).	55
Figure 15: Répartition des participantes selon les symptômes anxieux (N=400).	56
Figure 16: Répartition des participantes selon les symptômes dépressifs (N=400).	56
Figure 17: Répartition des participantes selon le syndrome anxio-dépressif (N=400).	57
Figure 18: Répartition des participantes selon la qualité subjective du sommeil (N=400).	57
Figure 19: Répartition des participantes selon la latence du sommeil (N=400).	58
Figure 20: Répartition des participantes selon la durée du sommeil (N=400).	58
Figure 21: Répartition des participantes selon l’efficacité habituelle du sommeil (N=400).	59
Figure 22: Répartition des participantes selon les raisons des troubles de sommeil (N=400).	60
Figure 23: Répartition des participantes selon l’utilisation des somnifères (N=400).	60
Figure 24: Répartition des participantes selon l’état du bien être durant la journée (N=400).	61
Figure 25: Répartition des participantes selon les troubles de sommeil (N=400).	61
Figure 26: Répartition des participantes selon les troubles de l’image corporelle (N=400).	62
Figure 27: Répartition des participantes selon la perception du soutien familial (N=400).	62
Figure 28: Répartition des participantes selon la perception du soutien du conjoint (N=400).	63
Figure 29: Répartition des participantes selon la perception du soutien des amis (N=400).	63
Figure 30: Répartition des participantes selon la perception du soutien social (N=400).	64
Figure 31: Répartition des participantes selon le degré de l’estime de soi (N=400).	64
Figure 32: Répartition des participants selon leur sexe (N=164).	85
Figure 33: Répartition des participants selon les tranches d’âge (N=164).	86
Figure 34: Répartition des participants selon le secteur d’activité (N=164).	86
Figure 35: Répartition de participants selon leur ville d’activité (N=164).	87
Figure 36: Répartition des participants selon leur profil (N=164).	87
Figure 37: Répartition des participants selon leurs années d’expérience (N=164).	88
Figure 38: Répartition des patients selon leur besoin en matière de la prise en charge psychologique (N=164).	88
Figure 39: Estimation des patients concernés par l’évaluation des troubles de la santé mentale (N=164).	89

Liste des figures

Figure 40: Estimation du pourcentage des patients cancéreux qui souffrent de la détresse par les participants (N=164).....	89
Figure 41: Degré d'importance d'évaluation des troubles de la santé mentale chez les patients cancéreux (N=164).....	90
Figure 42: Répartition des participants selon leur bénéfice de formations en psycho-oncologie (N=164).....	90
Figure 43: Estimation des patients atteints de troubles psychologiques au sein du service (N=164) .	91
Figure 44: Troubles de la santé mentale des patients atteints du cancer déclarés par les professionnels en oncologie (N=164).....	91
Figure 45: Moments critiques de manifestation de la détresse mentale chez les patients cancéreux (N=164).....	92
Figure 46: Indicateurs repérés par les professionnels pour identifier la détresse (N=164).....	93
Figure 47: Disponibilité d'un psychiatre/psychologue pour référer les patients (N=164).....	93
Figure 48: Pratique d'évaluation de la détresse mentale des patients cancéreux (N=164).....	94
Figure 49: Stratégies d'identification de la détresse chez les patients cancéreux (N=164).....	94
Figure 50: Perceptions des professionnels de santé en oncologie sur l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse (N=164).....	95
Figure 51: Facteurs favorisant le succès de l'implantation d'un outil de dépistage de la détresse mentale auprès des infirmiers au sein des services d'oncologie.	98
Figure 52: Principales composantes de l'outil de dépistage de la détresse en oncologie.....	99
Figure 53: Facteurs facilitant l'utilisation de l'outil de dépistage de la détresse en oncologie.	100
Figure 54: Version Française de l'Oncopsychomètre.....	103
Figure 55: Version Arabe de l'Oncopsychomètre.....	104
Figure 56: Exemple du résultat de dépistage de la détresse mentale effectué à l'aide de l'Oncopsychomètre.	105
Figure 57: Base de données des patients ayant bénéficié du dépistage de la détresse mentale.....	106

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Stades du cancer du sein selon la société canadienne du cancer (83).....	11
Tableau 2: Facteurs de risque des cancers gynécologiques (90–92).....	15
Tableau 3: Stades des cancers gynécologiques (93–95).....	16
Tableau 4: Âge des participantes.....	49
Tableau 5: Associations entre les troubles anxio-dépressifs et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes (N=400).....	66
Tableau 6: Inter corrélations entre les troubles de la santé mentale, le soutien social et l'estime de soi.....	67
Tableau 7: Régression hiérarchique : Corrélations entre les troubles anxio-dépressifs et les variables psycho-sociales.....	68
Tableau 8: Caractéristiques sociodémographiques du groupe de cas et du groupe témoin (N=800)...	69
Tableau 9: Comparaison des moyennes des scores des troubles de la santé mentale, le soutien social et l'estime de soi (N=800).....	70
Tableau 10: Corrélations entre les troubles mentaux, le soutien social et l'estime de soi.....	70
Tableau 11: Modèles de régression linéaire multiple pour HADS-A et HADS-D.....	71
Tableau 12: Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes ayant subi un traitement chirurgical réparties selon le type de cancer (N=200).....	73
Tableau 13: Comparaison des troubles de la santé mentale selon le type de cancer et les catégories d'âges.....	75
Tableau 14: Matrice de corrélation des mesures de la santé mentale.....	76
Tableau 15: Régression multiple pour les mesures de la détresse mentale.....	78
Tableau 16: Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes ayant subi un traitement non-chirurgical réparties selon le type de cancer (N=200).....	80
Tableau 17: Comparaison des troubles de la santé mentale selon le type de cancer et les catégories d'âges.....	81
Tableau 18: Matrice de corrélation des mesures de la santé mentale.....	83
Tableau 19: Régression multiple pour les mesures de la détresse mentale.....	84
Tableau 20: Les barrières de pratique de l'évaluation de la détresse mentale chez les patients cancéreux.....	95
Tableau 21: L'impact de l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse en oncologie au regard des professionnels de la santé.....	101
Tableau 22: Interprétation des scores de l'Oncopsychomètre de dépistage de la détresse mentale... 105	105

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

Selon les estimations du Centre International de Recherche sur le Cancer, une personne sur cinq risque de développer un cancer au cours de sa vie, et 1 homme sur 8 et 1 femme sur 11 en meurent dans le monde. Les facteurs de risque socio-économiques restent parmi les principaux facteurs à l'origine de cette augmentation (1).

Selon les estimations statistiques de Globocan 2020, le cancer du sein occupe le premier rang en termes d'incidence avec 11 747 de nouveaux cas et représente 38,9% des cas enregistrés chez les femmes Marocaines en 2020. En deuxième lieu, le cancer du col de l'utérus se positionne avec 2 165 de nouveaux cas (7,2%). Selon les mêmes sources de la littérature, le cancer de l'ovaire occupe la cinquième position avec 1 222 de nouveaux cas (4%). Chez les femmes Marocaines, les cancers du sein, du col utérin et de l'ovaire regroupés selon le terme de cancers gynéco-mammaires constituent la moitié des nouveaux cas enregistrés avec une proportion de 50.1% (2). Par ailleurs, les patients cancéreux sont largement qualifiés de sujets fragiles et vulnérables qui pouvaient contracter d'autres maladies opportunistes particulièrement ceux liés à leur santé mentale.

Ainsi, d'après la littérature, les troubles de la santé mentale sont courants chez les patients cancéreux et le bien-être psychologique de cette population reste un des enjeux les plus explorés en oncologie. En outre, la prise en charge psychologique de ces patients est devenue de plus en plus considérée comme une partie importante de soins contre le cancer. Au cours des 70 dernières années, des recherches approfondies en oncologie ont démontré que le cancer a des conséquences psychosociales importantes pour les patients et la famille en termes de morbidité psychiatrique et psychosociale influençant le traumatisme global de la maladie (3-5).

A la lumière de ces données, les deux principales classifications des troubles de la santé mentale adoptées à l'échelle internationale (la Classification internationale des maladies (CIM)), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM), de l'association Américaine de psychiatrie suggèrent que le taux de morbidité psychiatrique est d'environ un patient cancéreux sur deux (6) et que leur détresse mentale était fortement élevée, retrouvée chez 81.4% des patients (6).

Dans cette optique, des données concernant des populations cancéreuses en Europe (7-10), confirment que 35 à 40% des patients cancéreux ont un trouble psychiatrique diagnostiqué selon l'entrevue psychiatrique CIM. Les données de d'autres recherches montrent qu'environ un tiers

des survivants du cancer continuent de souffrir de troubles psychiatriques (11) avec un risque deux à trois fois plus élevé que les groupes de santé témoins et plus élevé que la population générale en termes de dépression et symptomatologie anxieuse (12,13).

Le diagnostic du cancer du sein a un grand impact sur la vie des personnes et sur leurs ajustements psychologiques surtout dans les débuts des interventions thérapeutiques (14). Une étude menée auprès de 312 femmes a rapporté que 70% des femmes atteintes de cancer du sein ont vécu une expérience de détresse mentale au moment de l'annonce de la maladie. Et parfois, cette détresse mentale peut entraver la prise en charge anticancéreuse de ces patientes (15). Par ailleurs, des résultats récents ont rapporté que les patients cancéreux atteints de troubles psychiatriques diagnostiqués liés au cancer couraient un risque plus élevé de décès. En effet, parmi les patients étudiés, ceux qui ont reçu un traitement psychiatrique avaient des taux de mortalité plus faibles (16).

Pour plus de précision, l'anxiété et la dépression sont les troubles mentaux les plus connus chez les patients cancéreux (17). Suite à la prépondérance et la coprésence de ces deux troubles mentaux chez les patientes atteintes de cancers gynéco-mammaires, certains auteurs les ont regroupés sous le nom de syndrome anxio-dépressif, ils sont souvent liés selon eux à des sentiments de déni (18,19). A cet égard, des données épidémiologiques ont révélé que la dépression augmente la non-observance du traitement chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (20), alors qu'un traitement spécifique de la dépression a été associé à une survie ultérieure plus longue chez les femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique (21).

A côté du syndrome anxio-dépressif, les troubles de sommeil font aussi partie des symptômes les plus signalés par les patients atteints de cancer. Des études antérieures ont rapporté que la prévalence des troubles du sommeil chez les patients cancéreux varie entre 57% et 87% (22–24). Et les problèmes de sommeil les plus observés chez les patients cancéreux étaient l'insomnie (31%) et la somnolence excessive (28%) (25). Ces patients souffrent de plus grandes altérations du sommeil par rapport à la population générale (26).

Après le diagnostic de cancers gynéco mammaires, un traitement adapté, qui diffère selon son degré d'invasion, est généralement prescrit par l'oncologue traitant. Les traitements invasifs notamment, la mastectomie et l'hystérectomie/ ovariectomie sont généralement adoptés. Ces derniers sont des événements stressants pour les femmes, car ils impliquent la perte de parties du corps associées à la féminité et à la maternité, provoquant des changements importants dans

le corps de la femme. Cela génère un grand écart entre l'image corporelle avant la maladie, les normes idéales et la nouvelle corporalité, donc remettre en question l'identité de genre de la femme (27). En ce qui concerne leur corps postopératoire, la plupart éprouvent des sentiments de mutilation, d'étrangeté, de perte d'attrait physique et sexuel, d'inquiétude, de détresse émotionnelle et de manque d'estime de soi, qui se manifestent souvent vers une véritable crise d'identité féminine suite à ce changement corporel inadapté aux standards de la société (28,29).

De manière moins dure et traumatique que la mastectomie/ l'hystérectomie/ Ovariectomie, la chimiothérapie, mène aussi à une altération de l'image corporelle de la patiente à travers une perte de cheveux visible. De ce fait, la chimiothérapie remet en cause la féminité de la patiente et restreint les capacités d'attrance. De plus, la radiothérapie cause des radioépidermites et des atrophies cutanées, cela affecte clairement l'image du corps de la femme par la modification de la texture de la peau (30). L'ensemble de ces remaniements corporels non désirables, accélèrent incontestablement le déclin de la santé mentale chez la plupart des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires.

Dans cette perspective, et afin de limiter ces dérégulations de la santé mentale, plusieurs interventions non médicamenteuses s'imposent comme des principaux facteurs de soulagement de l'état psychologique des patientes, le soutien psycho-social est parmi ces facteurs.

Comme il a été abordé précédemment, le soutien social, pourrait soulager l'état psychologique des patientes ; il doit réunir toutes les ressources fournies par les membres du réseau social du malade, et il devrait être utile, efficace et apaisant contre la majorité des dérégulations de sa santé mentale. Il peut s'agir d'une aide instrumentale, émotionnelle ou informative (31,32). Le soutien social joue un rôle important dans la qualité de vie et l'état de santé après le diagnostic et le traitement du cancer (33). Des études antérieures ont rapporté que des niveaux plus élevés de soutien social sont associés à une mortalité plus faible (34,35), à une croissance post-traumatique plus élevée (36), à des niveaux plus élevés d'activité physique (37) et des niveaux de détresse plus faibles (38). Le soutien social peut affecter la santé à la fois par des mécanismes sociaux qui contribuent à promouvoir l'engagement dans des comportements sains (39), par le bien-être émotionnel (40) et par des mécanismes biologiques, qui peuvent affecter le microenvironnement tumoral et la croissance tumorale (41,42).

Par ailleurs, la maladie cancéreuse provoque des changements dans l'estime de soi en raison de son traitement à long terme et de son pronostic imprévisible (43). Par conséquent, la faible

estime de soi chez les patients atteints de cancer est un problème important qui peut même entraîner des problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété, la peur, la violence, des communications altérées et un engagement réduit dans les programmes d'auto-soin. L'estime de soi a une influence significative sur les émotions et les comportements humains. Il joue un rôle important dans le processus d'expérimentation et de gestion de la maladie et de son traitement (44,45). Des études qui ont examiné l'estime de soi en tant que prédicteur ont montré qu'une haute estime de soi est liée à des niveaux élevés de bien-être (46).

Dans les pays à revenu faible à intermédiaire, dont le Maroc, des progrès notables ont été réalisés en termes de prise en charge thérapeutique ainsi que le dépistage précoce du cancer. Cependant, les troubles de la santé mentale liés au cancer sont généralement sous-estimés et ne sont pas pris en charge par le système national de santé. Au Maroc, peu d'études s'intéressent à l'évaluation des troubles mentaux chez les femmes atteintes de cancer, et celles existantes sont généralement focalisées sur la compréhension des mécanismes biologiques sous-jacents ou encore sur la prise en charge thérapeutique de la maladie (47,48). Cependant, à notre forte connaissance, aucune donnée publiée n'est disponible concernant l'évaluation des troubles de la santé mentale chez les femmes Marocaines atteintes de cancers gynécologiques. Pour apporter une contribution dans ce contexte, nous nous sommes donc intéressés dans **un premier volet** par la réalisation d'une étude globale sur l'évaluation de la santé mentale chez les patientes atteintes de cancers gynéco-mammaires.

Dans une autre optique, le traitement approprié des troubles de la santé mentale chez les patients atteints de cancer peut affecter la trajectoire de la maladie (49) ; la durée du séjour à l'hôpital (50) ; l'observance et l'efficacité du traitement (51) ; la satisfaction à l'égard du traitement (52) et éventuellement le pronostic et la qualité de vie (53). Cependant, plusieurs études réalisées chez des patientes atteintes du cancer ont révélé un écart considérable entre la prise du traitement et leur santé mentale (54,55). Autrement dit, l'écart de traitement fait référence à la proportion de personnes atteintes de cancer qui ont également des troubles mentaux comorbides qui ne reçoivent pas de traitement. Cet écart est universel, 40% des personnes remplissent ce critère dans les pays à revenu élevé et faible à moyen (55). Les comorbidités non traitées peuvent avoir un effet gravement négatif sur la trajectoire de la maladie et sur la qualité de vie des patients (56).

Par ailleurs, un diagnostic rapide et précis des troubles de la santé mentale est à la base du traitement efficace et adapté et il est essentiel pour réduire l'écart de traitement. Le dépistage de

la détresse liée à la santé mentale est extrêmement important, d'autant qu'il est recommandé comme une norme de soins par plusieurs organisations internationales (57). Malgré ces recommandations et la disponibilité d'outils fiables pour mesurer la détresse tel que Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ou le Thermomètre de la détresse (DT) (58,59), des mesures fiables et rapides pour dépister la détresse chez les patients cancéreux, les données existantes indiquent que les prestataires de soins de santé ne reconnaissent souvent pas les troubles de santé mentale chez les patients atteints de cancer (60,61).

Ainsi, la plupart des données publiées suggèrent que la capacité des professionnels de la santé à identifier avec précision la détresse émotionnelle chez les patients atteints de cancer est faible (62). Par exemple, une étude réalisée chez des patientes cancéreuses a montré que seuls 30% des patients qui souffraient énormément de détresse, ont été identifiés par leurs oncologues comme ayant des problèmes de santé mentale (63). Bien que la reconnaissance de la détresse mentale puisse être entravée par la réticence des patients à divulguer de telles préoccupations, les professionnels de la santé sont également souvent réticents à sonder ces domaines de manière adéquate (64).

A côté des médecins oncologues, les infirmiers exerçant au sein des services d'oncologie pourraient jouer un rôle important dans l'identification de la détresse mentale, vu leur contact fréquent et continu avec les patients et leurs familles (65). Par exemple, des chercheurs ont testé le dépistage de routine de l'état de la santé mentale des patients par un psychologue et une infirmière dans une clinique d'oncologie ambulatoire. Ils ont constaté que les infirmières passaient plus de temps à parler aux patients des résultats du dépistage et étaient plus susceptibles de se référer aux services appropriés que les psychologues (66).

En revanche, les résultats de certaines études ont montré que les infirmières en oncologie ont exprimé leurs inquiétudes quant à leur capacité à dépister la détresse chez les patients atteints du cancer (67). Selon une étude portant sur des infirmières en oncologie, plus de la moitié ont déclaré qu'elles étaient très préoccupées par leur capacité à évaluer l'anxiété et la dépression des patients atteints du cancer (68). En outre, les données d'une autre étude portant toujours sur la capacité des infirmières à évaluer la détresse, ont montré que plus de 20% de l'échantillon ont déclaré ne pas avoir les connaissances nécessaires pour effectuer des évaluations psychosociales sur des patients (67).

Introduction générale

Étant donné que les patients atteints de cancer souffrent souvent d'une détresse mentale, et étant donné que les services d'oncologie au Maroc ne disposent pas de protocoles de dépistage et de prise en charge des troubles de la santé mentale chez les patients cancéreux, cette étude visait dans **un deuxième volet** à explorer les perceptions des professionnels de la santé exerçant en services d'oncologie vis-à-vis de l'évaluation de la détresse mentale chez les patients cancéreux, et enfin dans un **troisième volet** à élaborer un Oncopsychomètre, une application Web permettant le dépistage systématique de la détresse mentale par les infirmiers en oncologie.

CHAPITRE I : REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

CHAPITRE I : REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Généralités sur les cancers gynéco-mammaires

1.1 Cancer du sein

1.1.1 Définition du cancer du sein

Le cancer du sein appelé aussi le cancer mammaire, est défini par la société Américaine du cancer comme un type de cancer qui prend naissance dans le sein. Il peut commencer dans un ou les deux seins. Le cancer commence lorsque les cellules commencent à se développer de manière incontrôlable (69).

1.1.2 Données épidémiologiques sur le cancer du sein

Le cancer du sein est considéré comme l'un des problèmes majeurs de santé publique les plus courants dans le monde. Selon l'OMS, le cancer du sein représente le principal type de cancer en termes de nouveaux cas ; environ 2,3 millions de cas diagnostiqués ont été estimés en 2020, ce qui représente environ 24,5% du nombre total de l'incidence du cancer chez les femmes. Par ailleurs, ce cancer féminin représente la première cause de décès par cancer chez les femmes (684 996 décès) pendant l'année 2020 (70).

Au Maroc, selon les estimations statistiques de Globocan 2020, le cancer du sein est au premier rang en terme d'incidence ; environ 11 747 de cas diagnostiqués ont été estimés en 2020, ce qui représente environ 38.9% du nombre total de l'incidence du cancer chez les femmes. Par ailleurs, un nombre de décès par cancer du sein de 3 695 cas ont été enregistrés pendant l'année 2020 (71).

1.1.3 Facteurs de risque du cancer du sein

Plusieurs facteurs peuvent influencer le risque de la survenue du cancer mammaire. On distingue principalement :

- Les facteurs hormonaux endogènes

Certaines études ont montré que le risque du cancer mammaire peut augmenter suite à la survenue des premières règles avant l'âge de 12 ans; chez les femmes menstruées tôt, les cellules seront exposées aux certaines hormones comme l'œstrogène pendant une longue durée, ce qui fait augmenter le risque de cancer du sein (72). De même, les femmes qui ont une ménopause avant l'âge de 50 ans présentent un risque moins élevé que celles ayant une ménopause tardive

(après 50 ans) car la ménopause qui se produit à un jeune âge fait diminuer la durée d'exposition du tissu mammaire à l'œstrogène et à d'autres hormones (72).

- Les facteurs hormonaux exogènes

Des facteurs exogènes contribuent également à augmenter le risque de cancer du sein. Par exemple, l'utilisation des contraceptifs tardivement dans la vie reproductive et l'usage prolongé des progestatifs chez les femmes de plus de 40 ans (72,73). D'autres études ont montré que le risque du cancer du sein est plus élevé chez les femmes sous un traitement par l'hormonothérapie substitutive par rapport aux femmes qui ne l'ont jamais utilisé (72).

- Les facteurs liés à la reproduction

Les femmes nullipares, les femmes qui n'ont jamais accouché, et ayant 30 ans ou plus présentent un risque plus élevé de cancer du sein et la multiparité constitue un effet protecteur de cette maladie (72). D'autres données ont dévoilé le rôle protecteur de l'allaitement maternel contre le cancer mammaire, et que cet effet est observé plus particulièrement chez les femmes jeunes et les femmes qui allaitent pendant une longue durée (72).

- Les facteurs démographiques, sanitaires, génétiques et environnementaux

L'âge est le facteur de risque le plus associé au cancer mammaire, près de 80% de cas de cancer se développent après 50 ans (72,74,75). La densité mammographique et les maladies bénignes du sein font partie aussi de facteurs de risque du cancer du sein. En effet, plus le niveau de densité des tissus mammaires en mammographie augmente plus le risque de cancer du sein est élevé (72).

D'autre part l'origine génétique du cancer est souvent abordée. Ainsi, certaines variations du gène BRCA1, impliqué dans la réparation des dommages de l'ADN, conduisent à un risque accru de cancer du sein (76). Les mutations du gène BRCA2, un anti-oncogène, sont impliquées dans le risque de développement de cancer du sein (77). Généralement, les gènes BRCA1 et BRCA2 ensemble prédisent chez la plupart des familles un haut risque de cancer du sein. Cela est confirmé par une étude menée auprès de 117 familles ne contenant que des cancers du sein chez la femme. A travers cette étude, les chercheurs estiment que 60% des atteintes seraient liées à la mutation des gènes BRCA1 et BRCA2 (78). En outre, d'autres investigations suggèrent que l'indice de la masse corporelle est corrélé négativement avec le risque de cancer du sein chez les porteurs de la mutation BRCA1 et BRCA2 (79).

- Les facteurs liés au mode de vie

Des habitudes comportementales contribuent parallèlement à augmenter le risque du cancer du sein. Dans ce sens, le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) a annoncé en 2010 que la consommation d'alcool est un facteur causal de cancer du sein (80). De même, la consommation du tabac est aussi considérée comme un élément important dans l'étiologie de ce type de cancer. Ce risque est associé positivement à la fois à la durée et à l'intensité de la consommation (80). L'obésité est en outre un important facteur de risque de cancer du sein chez les femmes post-ménopausées (81). Le style de vie, la nutrition et l'homéostasie énergétique font partie aussi des facteurs qui influencent le risque de cancer du sein à travers les différents milieux géographiques (82).

1.1.4 Stades du cancer du sein

Les stades de cancer du sein se différencient selon les degrés d'extension de la tumeur cancéreuse. La classification TNM est le système de stadification le plus fréquemment employé pour le cancer du sein. Il est constitué de 5 stades, de 0 à 4, illustrés dans le tableau 1.

Tableau 1: Stades du cancer du sein selon la société canadienne du cancer (83).

Les stades	Les caractéristiques
Stade 0	Correspond à un cancer in situ ou un stade précancéreux
Stade 1	La tumeur est bien limitée et de petite taille
Stade 2	La tumeur est plus volumineuse
Stade 3	La tumeur envahit les ganglions lymphatiques ou les tissus avoisinants
Stade 4	Présence d'une extension plus large dans l'organisme sous forme de métastases

1.1.5 Traitement du cancer du sein

Le protocole de la prise en charge des femmes atteintes du cancer mammaire dépend de plusieurs caractéristiques cliniques. En général, les femmes atteintes de cancer du sein sont soumises à un ou plusieurs traitements thérapeutiques incluant la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie.

- La chirurgie

Le traitement chirurgical est un des traitements les plus appliqués chez les femmes atteintes de cancer du sein. Pour enlever les tissus cancéreux, le chirurgien applique soit une chirurgie

conservatrice appelée tumorectomie/ segmentectomie ou une chirurgie mammaire non conservatrice, appelée mastectomie. La chirurgie conservatrice a pour objectif d'enlever que le tissu cancéreux. Le but de cette chirurgie est de soustraire les cellules cancéreuses avec des petites parties du tissu circonvoisin. Elle est toujours complétée d'une radiothérapie. En revanche, dans la mastectomie, le tissu du sein est entièrement enlevé et parfois le chirurgien est obligé à ôter autres tissus à proximité (84). Par exemple, dans certains cas de carcinomes canauxaires in situ, l'ablation de quelques ganglions est nécessaire (ganglion sentinelle). En cas de tumeur infiltrante, il est également nécessaire de retirer un ou plusieurs ganglions lymphatiques axillaires (exérèse du ganglion sentinelle ou curage ganglionnaire) (Figure 1). Dans ce cas, l'objectif est de préciser si la tumeur s'étend au-delà du sein, de déterminer le traitement complémentaire nécessaire. Le curage ganglionnaire, quand il est nécessaire, permet de réduire le risque de récurrence (85).

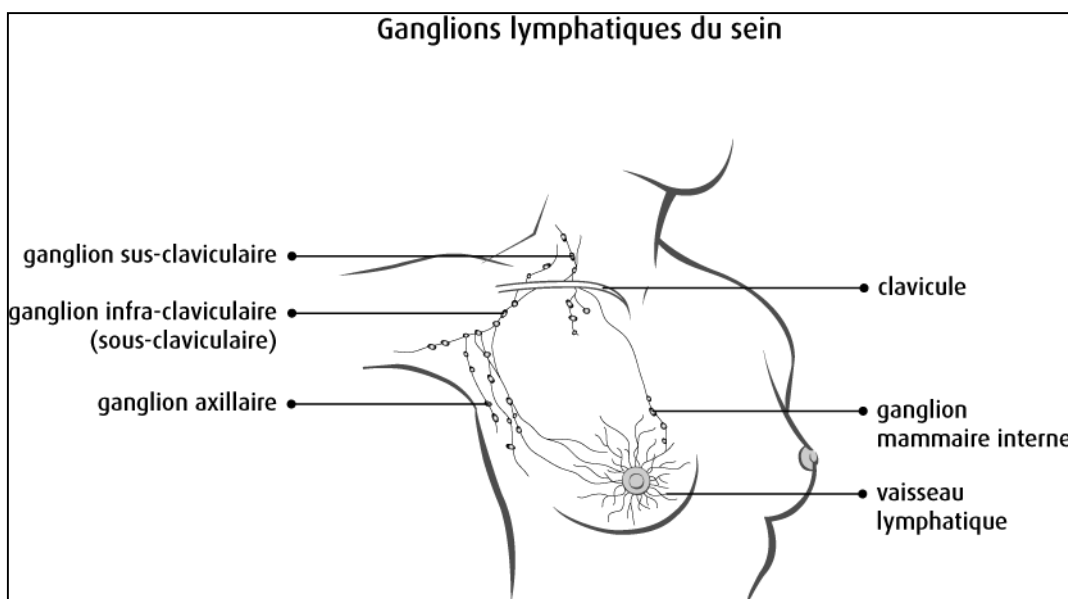


Figure 1: Ganglions lymphatiques du sein (86).

- La radiothérapie

Souvent associée à la chirurgie conservatrice, elle permet de diminuer le risque de récurrence du cancer du sein sur le niveau local et régional.

La radiothérapie utilise les rayonnements pour détruire les cellules cancéreuses en provoquant des dégâts majeurs au niveau de l'ADN, et par la suite, les cellules perdent leur capacité à se multiplier. Les radiologues utilisent les rayons X de 4 à 6 MV (Millions de Volt) avec un tiers de photons et deux tiers d'électrons. La dose de 45 Gray est délivrée avec une grande précision

et prudence vers la tumeur en évitant les tissus avoisinants, appelés aussi organes à risque comme la moelle épinière, l'œsophage, les poumons et le cœur. En fait, toutes les femmes qui ont eu une chirurgie conservatrice pour le cancer du sein et la moitié des patients atteints du cancer, seront traitées par radiothérapie (87).

- La chimiothérapie

La chimiothérapie est un traitement médicamenteux anti cancéreux, qui s'administre par voie veineuse lente. Ce type de traitement affecte à un certain point la multiplication cellulaire et la fonction de l'ADN. Les médicaments préconisés par les oncologues sont généralement administrés en association avec d'autres principes actifs potentialisateurs et qui visent l'obtention d'un effet optimal du traitement. La chimiothérapie est potentiellement impliquée avant et après la chirurgie. En effet, la chimiothérapie préopératoire est réalisée pour réduire la taille de la tumeur et rendre son extraction plus facile. En postopératoire, la chimiothérapie est administrée pour lever les doutes de la persistance de cellules tumorales résiduelles. Concernant les types de la chimiothérapie dite conventionnelle, ils sont variés mais aussi complémentaires, on trouve principalement les agents alkylants, les antibiotiques anti-tumoraux, les alcaloïdes végétaux et les anti-métabolites. L'objectif principal de ces médicaments est l'altération et l'inhibition de la division cellulaire soit par inhibition de réplication de l'ADN ou par autres moyens. La chimiothérapie dite ciblée, vise directement l'oncogénèse et elle s'adresse spécifiquement aux cellules cancéreuses. Les médicaments agissent, par la suite, à un niveau précis du fonctionnement ou du développement de ces cellules. Deux classes de médicaments représentent cette catégorie : les anticorps monoclonaux et les inhibiteurs de la tyrosine kinase avec les kinases apparentées. D'autres anticancéreux sont disponibles. Ces médicaments ont des modes d'action différents des catégories précédentes (88).

- L'hormonothérapie

Les médicaments antihormonaux font partie de la chimiothérapie dans certaines classifications agissent en bloquant la synthèse ou l'action des hormones qui stimulent les cellules cancéreuses de l'organisme. Les classes incluses dans ce groupe sont les suivantes : les hormones et agents similaires et les antagonistes hormonaux et agents similaires (88).

1.2 Cancers gynécologiques

1.2.1 Définition des cancers gynécologiques

Les cancers gynécologiques sont les types de cancer qui touchent l'appareil reproducteur féminin, y compris le col de l'utérus, l'endomètre, les trompes de Fallope, les ovaires, l'utérus et le vagin (89).

1.2.2 Données épidémiologiques sur les cancers gynécologiques

Selon l'organisation mondiale de la santé, le cancer du col utérin occupe le 4^{ème} rang en termes d'incidence de cancer chez les femmes avec environ 604 127 nouveaux cas diagnostiqués en 2020, ce qui représente 6,5% du nombre total de l'incidence du cancer chez les femmes dans le monde. Par ailleurs, 341 831 décès par ce type de cancer ont été enregistrés durant la même année. Tandis que le cancer du corps utérin a eu une incidence de 417 367 (4,5%) cas diagnostiqués en 2020 et un nombre de décès par cancer qui atteint 97 370 cas. Une incidence estimée de 313 959 (1.6%) du cancer de l'ovaire a été enregistrée pendant l'année 2020 et un nombre de décès qui atteint 207 252 pendant la même année (70).

Au Maroc, selon les estimations statistiques de Globocan 2020, le cancer du col de l'utérus est au 2^{ème} rang en terme d'incidence ; environ 2 165 cas diagnostiqués ont été estimés en 2020, ce qui représente environ 7,2% du nombre total de l'incidence du cancer chez les femmes. Par ailleurs, un nombre de 1 199 décès par ce type de cancer a été enregistré pendant l'année 2020. Pour le cancer de l'ovaire, l'incidence a été estimée à 1 222 (4%) et le nombre de décès enregistré est de 815 pendant l'année 2020. Tandis qu'une incidence estimée de 732 (1,2%) a été enregistrée pour le cancer du corps utérin avec un nombre de décès de 161 enregistré pendant l'année 2020 (71).

1.2.3 Facteurs de risque des cancers gynécologiques

Les facteurs de risque des cancers gynécologiques (col de l'utérus, l'ovaire et corps de l'utérus) sont multiples. Ces principaux facteurs sont repris dans le tableau 2.

1.2.4 Stades des cancers gynécologiques

Le système de stadification le plus fréquemment employé pour les cancers gynécologiques est la classification de la FIGO. Le tableau 3 résume les stades du cancer du col de l'utérus, du corps de l'utérus et de l'ovaire. En général, plus le numéro du stade est élevé, plus le cancer s'est propagé.

Tableau 2: Facteurs de risque des cancers gynécologiques (90–92).

Col de l'utérus	Corps de l'utérus	Ovaire
-Infection au virus du papillome humain (VPH) -Activité sexuelle -Tabagisme -Accouchements multiples -Infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) -Antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST) -Contraceptifs oraux -Diéthylstilbestrol (DES)	-Hormonothérapie substitutive par œstrogène -Nombre de menstruations -Aucun accouchement -Embonpoint et obésité -Traitement par Tamoxifène -Syndrome des ovaires polykystiques -Diabète -Radiothérapie au bassin -Tumeurs de l'ovaire sécrétrices d'œstrogène -Peu d'activité physique -Syndrome de Lynch -Syndrome de Cowden	-Antécédents familiaux de cancer de l'ovaire/ Autre cancer -Mutations des gènes BRCA -Syndrome de Lynch -Antécédents personnels de cancer du sein -Aucune grossesse -Chirurgie gynécologique -Hormonothérapie substitutive (HTS) -Contraceptifs oraux -Fumer du tabac -L'exposition à l'amiante -Grande taille à l'âge adulte -Excès de poids -Endométriose -Comportement sédentaire

Tableau 3: Stades des cancers gynécologiques (93–95).

Stades	& R O G H O ¶ X	Corp V G t é r u s ¶ X	Ovaire
Stade 1A	La tumeur se trouve dans le col de l'utérus et ne peut être observée qu'au microscope.	La tumeur se trouve seulement dans l'utérus et ne mesure pas plus de 5 cm.	La tumeur se trouve à l'intérieur d'un seul des ovaires. La capsule entourant l'ovaire est intacte.
Stade 1B	La tumeur se trouve dans le col de l'utérus et peut être observée sans microscope.	La tumeur se trouve seulement dans l'utérus et mesure plus de 5 cm.	Des tumeurs se trouvent à l'intérieur des deux ovaires. La capsule qui entoure chacun des ovaires est intacte.
Stade 2A	La tumeur s'est développée hors du col de l'utérus et de l'utérus mais n'a pas non plus envahi les tissus juste à côté du col de l'utérus et de l'utérus.	La tumeur a envahi les trompes de Fallope, les ovaires ou leurs ligaments.	la tumeur a envahi l'utérus, les trompes de Fallope ou les deux.
Stade 2B	La tumeur s'est développée hors du col de l'utérus et de l'utérus jusque dans les tissus à côté du col de l'utérus et de l'utérus.	La tumeur a envahi d'autres tissus du bassin.	la tumeur a envahi d'autres organes situés dans la partie inférieure du bassin, comme le rectum.
Stade 3A	La tumeur a envahi la partie inférieure du vagin mais pas les parois du bassin.	La tumeur a envahi seulement 1 région de l'abdomen.	le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux
Stade 3B	La tumeur a envahi les parois du bassin ou elle bloque un uretère/ s'est propagé aux ganglions lymphatiques du bassin.	La tumeur a envahi au moins 2 régions de l'abdomen.	une grande quantité de cancer s'est propagée au péritoine juste à l'extérieur du bassin et jusqu'à l'intestin.
Stade 3C	-	Le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques du bassin ou aux ganglions lymphatiques entourant l'aorte.	le cancer s'est propagé au péritoine à l'extérieur du bassin et loin de cette structure (à plus de 2 cm de distance).
Stade 4A	La tumeur s'est développée dans la vessie, le rectum ou hors du bassin.	La tumeur a envahi la vessie ou le rectum.	Des cellules cancéreuses dans le liquide qui s'est accumulé à l'intérieur de la cavité pleurale.
Stade 4B	Le cancer s'est propagé à d'autres parties du corps (métastases à distance).	Le cancer s'est propagé à d'autres parties du corps (métastases à distance).	le cancer s'est propagé à d'autres organes, comme le foie.

1.2.5 Traitement des cancers gynécologiques

Le traitement du cancer du col utérin à un stade précoce (stade 1 ou stade 2A) est généralement chirurgical sauf s'il existe des contre-indications à la chirurgie, auquel cas la chimio-

Chapitre I : Revue bibliographique

radiothérapie radicale primaire est le traitement de choix. La chirurgie va d'une biopsie conique ; une conisation pour une maladie de stade précoce 1A à une hystérectomie radicale enlevant l'utérus, le col de l'utérus, les paramètres et la coiffe vaginale, avec dissection bilatérale des ganglions lymphatiques pelviens des ganglions iliaques externes, iliaques internes, obturateurs et iliaques communs. De plus en plus, la chirurgie préservant la fertilité a été utilisée dans le traitement chirurgical de la maladie à un stade précoce, comme la trachélectomie pour certains cas et avec de bons résultats (96), mais ce type de chirurgie n'est généralement pas disponible dans la plupart des pays en voie de développement. La plupart des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus dans les pays en voie de développement seront traitées par radiothérapie primaire, soit à visée curative, soit plus communément palliative. La chimio-radiothérapie est un traitement efficace du cancer du col de l'utérus et des essais randomisés ont montré une survie significativement améliorée avec l'ajout d'une chimiothérapie concomitante. Dans ce sens, une méta-analyse de 15 essais portant sur 3452 femmes a rendu compte de la survie des femmes traitées pour un cancer du col utérin avec chimiothérapie concomitante: la majorité des essais utilisaient le cisplatine comme médicament chimiothérapeutique et la minorité utilisait le 5-fluorouracile, la mitomycine C ou une association des deux (97). Il a été révélé qu'il existait des preuves convaincantes que l'ajout d'une chimiothérapie à la radiothérapie améliore à la fois la survie globale et la survie sans maladie (97).

En cas de cancer du corps de l'utérus, la pratique de l'un des types de chirurgie (hystérectomie, salpingo-ovariectomie bilatérale, curage ganglionnaire, exentération pelvienne) dépend du type de la tumeur et les autres troubles de santé. Les femmes atteintes du cancer du corps de l'utérus reçoivent souvent de la radiothérapie ou la curiethérapie pour traiter n'importe quel stade de cette maladie. L'hormonothérapie et la chimiothérapie peuvent être administrées après une chirurgie pour traiter certains stades de cancer du corps de l'utérus. Elles peuvent aussi servir comme principaux traitements pour ce type de cancer avancé ou récidivant (98).

La chirurgie a un rôle unique dans le cancer de l'ovaire, car elle est utilisée non seulement pour le diagnostic et la stadification, mais aussi en thérapeutique, même chez les patients atteints d'une maladie avancée largement disséminée. Le cancer de l'ovaire est très sensible aux médicaments de chimiothérapie, en particulier aux agents au platine, et la plupart des patientes atteindront une rémission avec le traitement initial. Les progrès récents dans l'administration de la chimiothérapie par voie intrapéritonéale ont encore amélioré la survie après le traitement

Chapitre I : Revue bibliographique

initial. Bien que la majorité des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire répondent à la chimiothérapie initiale, la plupart développeront finalement une récurrence de la maladie. La chimiothérapie pour la maladie récurrente comprend des schémas multi-agents à base de platine pour les femmes dont la maladie récidive plus de 6 à 12 mois après la fin du traitement initial et des agents uniques séquentiels pour celles dont la maladie récidive plus tôt. De nouveaux agents biologiques ciblés, en particulier ceux impliqués dans la voie du facteur de croissance endothélial vasculaire et ceux ciblant l'enzyme poly (ADP-ribose) polymérase (PARP), sont très prometteurs pour améliorer l'issue du cancer de l'ovaire (99).

2. Troubles de la santé mentale chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires

La détresse des patients cancéreux peut être représentée sur un continuum. À l'une des extrémités se trouvent les réactions psychologiques normales et souvent transitoires suivant un diagnostic (tristesse, colère, craintes, préoccupations spirituelles, etc.) qui peuvent être soulagées par le soutien des proches et de l'équipe soignante. À l'autre extrémité, on reconnaît des troubles de la santé mentale requérant une intervention spécialisée (comme la dépression, les troubles anxieux, etc.). La détresse peut donc atteindre différents niveaux d'intensité (léger, modéré, sévère). Ainsi, plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'aggravation de la détresse, en revanche, certains autres facteurs peuvent l'atténuer (100). En ce qui suit, une liste des principaux troubles de santé mentale qui peuvent s'afficher chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires.

2.1 Troubles anxieux

2.1.1 Généralités sur les troubles anxieux

L'anxiété peut être définie comme une expérience subjective désagréable associée à la perception d'une menace réelle; c'est donc un symptôme courant en rapport avec le cancer (101). De plus, ce trouble peut être décrit comme un état émotionnel caractérisé par des sentiments d'attente désagréables et un sentiment de danger imminent (102).

Selon Stark et ses collaborateurs, l'anxiété a des composantes à la fois physiologiques et psychologiques. L'hyperexcitation autonome avec accélération de la fréquence cardiaque et de la respiration, les tremblements, la transpiration, la tension musculaire et les changements gastro-intestinaux sont des expériences physiologiques courantes. L'appréhension, le sentiment d'impuissance et la peur de perdre le contrôle sont des aspects psychologiques (103).

Selon Kazdin, l'anxiété est une émotion qui se caractérise par des sentiments de tension, d'inquiétude et de stress ainsi que des changements physiologiques tels qu'une augmentation de la pression artérielle (104). De plus, Medical News Today définit l'anxiété comme « un terme général désignant plusieurs troubles qui provoquent la nervosité, la peur, l'appréhension et l'inquiétude. Ces troubles affectent la façon dont nous nous sentons et nous comportons, et ils peuvent manifester de réels symptômes physiques. Une légère anxiété est souvent vague et troublante, tandis qu'une anxiété sévère peut être extrêmement débilitante et avoir un impact sérieux sur la vie quotidienne » (105). D'après l'OMS, le taux d'anxiété et/ou de dépression a

passé de 416 millions personnes souffrant à 615 millions pour les 15 années de 1990 à 2013 (106).

2.1.2 Troubles anxieux chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires

L'anxiété est l'un des défis psychologiques les plus dominants associés au cancer (107). Divers symptômes sont fréquemment rapportés par les patients atteints de cancer pendant ou après le traitement. Certains de ces symptômes sont de nature psychologique et d'autres sont de nature physique. La fatigue, les nausées et la douleur sont parmi les symptômes les plus courants (107).

Par ailleurs, l'anxiété des personnes augmente une fois qu'elles découvrent qu'elles souffrent d'un cancer, elles peuvent aussi devenir plus anxieuses à mesure que le cancer se propage ou que le traitement devient plus intense. Par conséquent, le niveau d'anxiété ressenti par une personne atteinte de cancer peut différer de celui ressenti par une autre. De plus, les patients cancéreux peuvent ressentir de l'anxiété dans des situations différentes, comme lors d'un test de dépistage, en attendant les résultats, en recevant un diagnostic, en suivant un traitement ou en anticipant une récurrence de leur cancer (108). L'anxiété associée au cancer peut augmenter les sensations de douleur, interférer avec leur qualité de sommeil, provoquer des nausées et des vomissements et interférer avec leur qualité de vie. Et l'anxiété sévère peut même raccourcir la vie du patient (108).

L'anxiété est l'un des symptômes psychologiques les plus courants chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, avec des taux allant de 10 à 73,3% (103,109,110). Il a été démontré que l'anxiété cause de la fatigue et de mauvais résultats du traitement, elle a un impact sur la qualité de vie des patients et influence d'avantage le système neuroendocrinien et immunitaire des patientes atteintes d'un cancer du sein (111).

Une patiente atteinte d'un cancer du sein est submergée de symptômes d'anxiété en raison de l'anticipation de résultats négatifs (112), fait face à une grande incertitude quant à l'avenir, à des inquiétudes sur la récurrence et à la peur des effets secondaires du traitement (113,114)

Les troubles anxieux sont également fréquents chez les patientes atteintes de cancers gynécologiques (115). L'étude réalisée par Park et ses collaborateurs a considéré l'anxiété comme un facteur qui influence significativement la qualité de vie des femmes atteintes de cancers gynécologiques (116).

2.2 Troubles dépressifs

2.2.1 Généralités sur les troubles dépressifs

La dépression est un état émotionnel qui se caractérise par une douleur intense, des pensées négatives, un sentiment d'inutilité personnelle et de culpabilité, un retrait, une baisse d'énergie et un intérêt pour les activités communes. En ce qui concerne les symptômes physiologiques, elle s'accompagne souvent d'insomnie et d'une perte d'appétit et de désir sexuel. L'effet dépressif est considéré comme une occurrence normale, qui est le résultat de la compréhension de l'incapacité permanente de s'adapter à l'environnement (117–119).

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, Il existe deux symptômes principaux de la dépression, à savoir une humeur dépressive et une perte connue d'intérêt ou de plaisir pour la plupart ou toutes les activités (120). Qualifiée de dépression, l'un de ces deux symptômes doit être présenté pendant au moins 2 semaines, ainsi qu'au moins quatre autres symptômes dépressifs (120). Les symptômes somatiques comprennent la fatigue, les troubles de l'appétit ou la perte de poids, les troubles du sommeil (souvent marqués par des interruptions fréquentes ou un réveil tôt le matin) et des difficultés de mémoire et de concentration (121). Parce que beaucoup de ces symptômes peuvent refléter des symptômes constitutionnels associés à une maladie maligne avancée, on pense souvent qu'ils manquent de spécificité diagnostique chez ces patients. Cependant, la préoccupation dépressive va au-delà des implications de la maladie, et les symptômes psychologiques sont prévus comme sensibles au diagnostic et sont donc importants pour les cliniciens à évaluer (122). Ces patients présentent un sentiment envahissant de désespoir, d'impuissance, de culpabilité excessive ou d'autodérision, un sentiment d'inutilité et le sentiment que l'on est puni ou que la vie est sans valeur. Les pensées importantes sur la mort et les idées suicidaires, en particulier si elles sont persistantes, sont fortement associées à la maladie dépressive (123).

2.2.2 Troubles dépressifs chez les femmes atteintes des cancers gynéco-mammaires

La dépression est le syndrome psychiatrique qui a reçu le plus d'attention chez les personnes atteintes de cancer. La dépression a constitué un défi à étudier car les symptômes se manifestent sur un spectre allant de la tristesse au trouble affectif majeur et parce que le changement d'humeur est souvent difficile à évaluer lorsqu'un patient est confronté par des menaces répétées de mort, reçoit des traitements contre le cancer, est fatigué ou souffre. Cependant, la dépression dans le cancer a été un aspect particulier à étudier parce que ce type de maladie complique le

traitement du cancer et peut conduire à une mauvaise observance des recommandations de traitement et à des résultats moins souhaitables (124).

D'une manière inquiétante, des études sur la dépression ont rapporté un large éventail prévalence de la dépression chez les femmes ayant un diagnostic de cancer du sein (125,126). L'étude de Bukberg et ses collaborateurs, portant sur 62 patients en oncologie, a indiqué que 42% répondaient aux critères de la dépression majeure: 24% pour les symptômes sévères et 18% pour les symptômes modérément sévères (127).

Les troubles dépressifs sont également fréquents chez les patientes atteintes de cancers gynécologiques (128). En effet, une étude portant sur 472 femmes ayant un diagnostic primaire de cancers du sein ou gynécologiques a trouvé que Vingt-quatre pour cent des femmes ont signalé des niveaux modérés à sévères de troubles dépressifs, 30% des patientes atteintes d'un cancer du sein et 17% des patientes atteintes de cancers gynécologiques. Seulement 12% des femmes répondant aux critères de la dépression majeure ont déclaré recevoir actuellement des médicaments pour la dépression et seulement 5% ont déclaré avoir consulté un conseiller ou participé à un groupe de soutien psychologique contre le cancer (129).

2.3 Troubles de l'Image Corporelle

L'image corporelle est définie comme l'image mentale du corps, une attitude à propos du soi physique, de l'apparence et de l'état de santé, de la plénitude, du fonctionnement normal et de la sexualité. L'image corporelle est une composante d'un plus grand concept de soi qui, pour les femmes, comprend le sentiment d'être féminine et attirante (130–133). La manière dont on fait l'expérience de son corps est hautement subjective et résulte de ses perceptions, pensées et sentiments sur la taille, la compétence et la fonction corporelle (134,135).

L'importance de l'image corporelle en tant que concept dans la vie des femmes a été mise en évidence dans une étude de Pikler et Winterowd qui a constaté que meilleure est l'image corporelle, meilleures sont les femmes qui font face au cancer. Les perceptions négatives de l'image corporelle chez les survivantes du cancer du sein comprennent l'insatisfaction à l'égard de l'apparence, la perte perçue de la féminité et de l'intégrité corporelle, la réticence à se regarder nue, se sentir moins attirante sexuellement, la conscience de soi à propos de l'apparence et l'insatisfaction à l'égard des cicatrices chirurgicales (132,134–136).

Plusieurs facteurs peuvent influencer l'image corporelle des femmes atteintes d'un cancer du sein (137). Le traitement anticancéreux demeure une des causes importantes de l'altération de l'image du corps d'une personne (138).

D'après une étude menée au cours des premiers mois après le traitement chez 549 femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à 50 ans ou moins, Fobair et ses collaborateurs ont confirmé que la moitié des femmes ont parfois connu au moins deux problèmes de l'image corporelle (33%), ou au moins un problème la plupart du temps (17%) (133).

Dans la même optique, une étude transversale, menée en Brésil sur un échantillon de 103 femmes diagnostiquées d'un cancer du sein ayant subi un traitement anticancéreux, a montré que la prévalence de l'insatisfaction face à l'image corporelle était de 74.8% (139).

2.4 Troubles de sommeil

Le sommeil est vital pour tout fonctionnement humain et englobe un ensemble complexe de processus physiologiques et comportementaux ; la perturbation d'un ou de plusieurs de ces processus peut entraîner de nombreux types de symptômes de l'atteinte de la qualité du sommeil qui peuvent survenir seuls ou en combinaison (140). La deuxième version de la Classification Internationale des Troubles du Sommeil (ICSD-2) répertorie 81 principaux troubles du sommeil dans 8 grandes catégories (141) :

- Les insomnies
- Les troubles respiratoires liés au sommeil
- Les hypersomnies d'origine centrale
- Les troubles du rythme circadien du sommeil
- Les parasomnies
- Les troubles du mouvement liés au sommeil
- Les symptômes isolés, variantes apparemment normales et problèmes non résolus
- Autres troubles du sommeil.

Chez les patients cancéreux, les troubles du sommeil sont considérés comme le deuxième symptôme le plus gênant (142). Selon la revue systématique publiée par Ott et ses collaborateurs, les problèmes de sommeil sont connus pour causer une mauvaise cicatrisation, augmenter les chances de récurrence du cancer, une diminution du fonctionnement cognitif, une diminution de la productivité au travail, des problèmes de sécurité accrues, une mauvaise

utilisation et abus de médicaments, de mauvaises relations et une augmentation des coûts des soins de santé (140).

Le manque de sommeil est visionné chez la plupart des patients atteints du cancer tout au long de la trajectoire de traitement du point de diagnostic à la fin de vie. Ce trouble est plus fréquent chez les patientes atteintes du cancer du sein par rapport aux autres types de cancer (143–146).

Les résultats d'une étude réalisée par Fortner et ses collaborateurs ont montré que 61% des patientes atteintes d'un cancer du sein avaient des problèmes de sommeil. En effet, le sommeil était caractérisé par une durée totale de sommeil réduite, le sommeil étant fréquemment perturbé par la douleur, la nycturie, une sensation de chaleur excessive et une toux ou un ronflement bruyant. La même étude a rapporté que les patientes atteintes d'un cancer du sein ayant des problèmes de sommeil importants avaient des déficits plus importants dans de nombreux domaines de la qualité de vie liée à la santé (147).

La qualité subjective du sommeil a été reconnue comme un indicateur précieux de la qualité de vie. Une étude exploratoire et descriptive visait à décrire la qualité de sommeil habituel des femmes souffrant de cancers gynécologiques et du sein et à comparer la qualité du sommeil habituelle à celle du sommeil pendant l'hospitalisation. Il a été constaté d'après cette étude que 52% des sujets ont signalé une mauvaise qualité de sommeil habituelle, et cette proportion est passée à 80% des sujets pendant leur séjour à l'hôpital (148).

2.5 Troubles de la sexualité

La sexualité est un concept complexe et subjectif qui change avec le temps à mesure qu'une personne vieillit et acquiert de l'expérience. Ce n'est pas seulement l'état d'être physiquement capable d'accomplir un acte sexuel ou de concevoir un enfant. Au contraire, la sexualité peut inclure l'image corporelle (comment quelqu'un se voit physiquement et perçoit sa santé et sa sexualité en général), la réponse sexuelle (intérêt, fonction et satisfaction) et les rôles sexuels. La sexualité est une expression personnelle de soi et de sa relation avec les autres (135,149–151).

Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, cinquième édition (DSM-5) reconnaît trois types de dysfonctionnement sexuel chez les femmes : l'intérêt sexuel / trouble de l'excitation, la douleur génito-pelvienne / trouble de la pénétration et le trouble orgasmique féminin. Cependant, la présence de symptômes n'est pas suffisante pour le diagnostic.

Au contraire, les symptômes doivent être présents pendant au moins 6 mois et doivent être suffisamment graves pour causer de la détresse ou l'incapacité de répondre sexuellement ou de ressentir du plaisir sexuel (152).

La signification de la sexualité pour les personnes atteintes de cancer est aussi variée que pour la population générale. Pour de nombreuses personnes, la sexualité et l'expression sexuelle signifient être humain et vivant (153). Cette signification de la sexualité est particulièrement importante pour les patients cancéreux ou les survivants et leurs partenaires. La maladie et ses traitements peuvent amener les patients à douter de leur humanité et de leur passion de vivre ; en même temps, leur image corporelle et leur capacité à s'exprimer sexuellement peuvent être altérées. Par conséquent, la proximité, le partage de sentiments et d'autres aspects de l'expression sexuelle peuvent être évités ou négligés à un moment de la vie où ces expériences peuvent être les plus bénéfiques (149).

Selon des études antérieures menées au profit de 2684 femmes asiatiques, américaines et européennes atteintes de cancer du sein, 73.4% de la population d'étude avaient une dysfonction sexuelle (154). Par ailleurs, les résultats d'une étude réalisée par Kedde et ses collaborateurs au profit des femmes atteintes d'un cancer du sein et âgées de 45 ans ou moins, ont montré que 64% de ces femmes qui étaient encore sous traitement avaient un dysfonctionnement sexuel (155).

2.6 Troubles de comportement alimentaire

Le cancer influence toutes les dimensions de la vie d'un patient, y compris les aspects de la nutrition de l'individu. Parmi les effets les plus courants, on note des changements de poids, d'appétit et de troubles de l'alimentation. Les conséquences négatives d'un tel dérèglement affectent l'état physique et émotionnelle des patients, mais également de leurs familles (156,157). Parmi les types les plus importants de ces troubles, on distingue l'anorexie et la boulimie, deux éléments appartenant à la quatrième catégorie de troubles mentaux (158).

Les statistiques montrent que plus de 50% des personnes atteintes de cancer subissent un certain changement dans leurs comportements alimentaires pendant la période de la maladie (159). Ces statistiques indiquent une occurrence fréquente de troubles alimentaires chez les patients atteints de cancer à différents stades de la maladie (160). Chez ces patients, la survenue de certaines situations spécifiques telles qu'une insistance excessive sur la nourriture, des régimes alimentaires particuliers, des périodes d'augmentation et de diminution du poids et les

Chapitre I : Revue bibliographique

conséquences ultérieures, l'utilisation de régimes restrictifs et l'existence de certaines restrictions peuvent créer le contexte de l'apparition et progression des troubles de comportement alimentaire (161).

D'autre part, il convient de noter que dans de nombreux cas, les symptômes de troubles de comportement alimentaire sont associés à des problèmes psychologiques, y compris l'image corporelle du patient. (158) En fait, les personnes atteintes de troubles de comportement alimentaire manifestent des comportements dus à une mauvaise compréhension de la forme et du poids de leur corps (162). Par conséquent, de nombreuses personnes qui souffrent de ces troubles peuvent avoir une faible estime de soi et se préoccuper de leur apparence (163).

Certaines études ont montré que les personnes atteintes de troubles de comportement alimentaire souffrent davantage de sentiments tels que la dépression, la solitude, l'isolement, une faible estime de soi et une obsession pour la perte de poids (164).

Galindo et ses collaborateurs ont rapporté dans une étude menée au profit des patients cancéreux que 61.7% de ces patients ont connu des changements d'appétit : 31% d'anorexie, 13,3% de satiété précoce et 17,2% ont présenté les deux. Selon la même étude, les troubles de l'appétit étaient plus fréquents chez les femmes et avec la présence de cachexie (165).

3. Facteurs de soulagement de la détresse mentale chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires

3.1 Le soutien social

Les liens sociaux ont longtemps été considérés comme des aspects émotionnellement importants de la vie. Au cours des dernières années, de multiples travaux de recherche ont exploré le rôle potentiel des liens sociaux dans l'atténuation des effets du stress et à faire face aux exigences de la maladie chronique (166).

Le soutien social a été défini comme « Une transaction interpersonnelle impliquant un ou plusieurs des éléments suivants: 1) préoccupation émotionnelle (goût, amour, empathie), 2) aide instrumentale (biens ou services), 3) information (sur l'environnement), ou 4) évaluation (informations pertinentes pour l'auto-évaluation) » (31). Un tel soutien peut provenir d'un conjoint ou d'un partenaire; d'enfants ou d'autres membres de la famille; d'amis ou d'aidants professionnels, de liens sociaux et communautaires; ou d'un groupe de soutien social (166).

Il a été démontré que la présence d'un réseau social et des niveaux élevés de soutien social sont un facteur de protection pour maintenir une bonne santé et une bonne qualité de vie. Par exemple, plusieurs études ont montré que les patientes mariées atteintes d'un cancer du sein ont une survie améliorée (167,168). Dans le même sens, Nausheen et ses collaborateurs ont mené une revue systématique à partir de 31 résultats prospectifs longitudinaux pour suggérer une relation solide entre le soutien social et la progression du cancer du sein (169).

En outre, les résultats de Bouchard ont montré que les patients qui bénéficiaient d'un soutien social adéquat de la part de leurs réseaux avaient plus d'accès aux soins de santé, d'options de traitement, plus engagés dans leurs soins, plus adhérents aux traitements et avaient des relations plus productives avec leurs prestataires de soins de santé (170).

Le soutien social est une construction complexe qui a longtemps été suggérée comme ayant des effets directs et tampons sur le bien-être et l'ajustement émotionnel devant l'atteinte du cancer (171,172). L'enquête menée par Zhang et ses collaborateurs a révélé que les patientes atteintes de cancer du sein qui bénéficiaient d'un soutien social plus fort avaient une plus grande résilience et une meilleure qualité de vie (173).

Dans une étude qualitative portant sur des entretiens approfondis menés, avec 18 femmes atteintes d'un cancer du sein, Penshiri et ses collaborateurs ont constaté que le soutien disponible

des membres de la famille, des amis, des voisins, de la religion et des professionnels de la santé était essentiel pour les participantes afin de faire face à leur cancer du sein (174).

Par ailleurs, d'après une étude descriptive et transversale, menée en Turquie auprès de 100 femmes atteintes d'un cancer du sein, le soutien social apporté aux patientes était un point de référence clé pour une gestion efficace du stress (175).

3.2 / ¶ H V W L P H G H V R L

L'estime de soi a été définie par Rosenberg en 1965 comme une attitude positive ou négative envers soi-même et l'évaluation de ses propres pensées et sentiments en général par rapport à soi-même (176). Selon Alesi et al, l'estime de soi est considérée comme une caractéristique psychologique personnelle liée au jugement de soi fondé sur les valeurs de l'homme (177).

L'estime de soi pourrait être définie également comme le degré de valeur, de respect et d'amour que les individus se portent eux-mêmes en tant qu'êtres humains dans le monde (178). Selon Branden, l'estime de soi est un besoin fondamental ; un besoin, au plus profond de notre personnalité, de se sentir aimé et accepté (179).

Devant une maladie cancéreuse, les patients peuvent être confrontés à des changements d'apparence physique, à des obstacles aux activités de routine qui s'ajoutent parfois à la chimiothérapie, à la stigmatisation de la maladie, à la difficulté de traiter les effets secondaires du traitement, et à la réadaptation après le traitement (180). Ces patients peuvent avoir des problèmes psychologiques tels que des changements dans leur estime de soi (181).

Akhtari-Zavar et al ont rapporté dans une étude transversale, menée auprès de 2120 patients cancéreux, qu'une haute estime de soi était un prédicteur positif d'une bonne qualité de vie chez les patients Malaisiens (182).

D'après une étude, menée par Enache en Roumanie, auprès des femmes atteintes de cancer du sein ayant subi une mastectomie, il a été constaté qu'après la mastectomie, les femmes exprimaient un sentiment d'infériorité, de honte, d'isolement social, qui, en corrélation avec le sentiment de perte de féminité, entraînait une baisse de l'estime de soi et induit des symptômes dépressifs (183).

3.3 / ¶ R S W L P L V P H G L V S R V L W L R Q Q H O

L'optimisme dispositionnel a été défini par Scheier et Carver comme l'attente générale ou la croyance en des résultats positifs à l'avenir. Cette définition est basée sur un modèle de

comportement d'autorégulation dans lequel les actions d'une personne sont guidées par ses attentes quant à la réalisation des objectifs (184).

L'optimisme dispositionnel a été associé à une variété de résultats positifs liés au bien-être et à la qualité de vie tout au long de la trajectoire du cancer (185). Dans ce sens, des recherches ont révélé qu'au cours des périodes de diagnostic et de traitement initial, l'optimisme était associé à une détresse moindre et à une meilleure qualité de vie chez les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire sous chimiothérapie et à une humeur positive chez les patients sous radiothérapie pour un cancer de la prostate (186).

Des études transversales sur des survivantes du cancer ont montré que l'optimisme est un prédicteur significatif du bien-être émotionnel des survivantes du cancer du sein (187,188).

3.4 La résilience

La résilience psychologique peut constituer la prédisposition d'un individu à répondre de manière flexible aux exigences changeantes d'une situation donnée, ce qui est important dans le processus de gestion des événements traumatiques et quotidiens (189,190).

L'analyse menée par Ristevska-Dimitrovska et ses collaborateurs indique que les patientes atteintes d'un cancer du sein plus résilientes ont une meilleure image corporelle, de meilleures perspectives d'avenir et souffrent d'effets indésirables moins graves du traitement du cancer (191).

Par ailleurs, des études récentes réalisées au profit de patientes atteintes de cancer du sein, basées sur la modélisation d'équations structurelles, ont révélé que la résilience avait un rôle médiateur dans la régulation de l'anxiété et la dépression pendant la chimiothérapie (192).

4. 5 {OH GX SHUVRQQHO VRLJQDQW H[HUoDQW DX dDQV O¶pYDOXDWLRQ HW OD SULVH HQ FKDU **oncologie**

La détresse mentale en oncologie est bien documentée dans la littérature. Cependant, le succès de l'évaluation et de la prise en charge des problèmes mentaux tout au long de la trajectoire de la maladie restent difficile à atteindre. Selon multiples études, les patients continuaient de réclamer des besoins non assouvis et un désir de soutien psychologique (193,194).

En règle générale, tous les membres de l'équipe du cancer sont censés jouer un rôle dans la l'évaluation de la détresse, en communiquant efficacement et avec compassion avec les patients. Ensuite, une gamme de soins par étapes est recommandée lorsque les patients sont référés lorsque cela est nécessaire vers le soutien spécialisé le plus approprié (par exemple un psychologue) (195).

4.1 5 {OH GH O¶RQFRORJXH

L'étude menée par Wein et ses collaborateurs a montré que le rôle de l'oncologue dans la gestion de la dépression, de l'anxiété et de la démoralisation consistait à diagnostiquer le problème, à fournir un soutien verbal, à prescrire des médicaments psychotropes de première intention et à référer le patient vers une équipe de psycho-oncologie (196).

Dans ce contexte, des études empiriques ont rapporté que les oncologues avaient des difficultés à reconnaître le stress psychologique et à en parler aux patients. Les raisons incluaient la croyance que la détresse est normale; le sujet est embarrassant et inconfortable; ils se sentaient non qualifiés ainsi que la contrainte de temps (196).

Dans le même sens, il a été constaté d'après les résultats d'une autre étude récente que les oncologues percevaient la détresse comme une partie normative du cancer. Les obstacles à l'identification de la détresse liée à la santé mentale comprenaient la difficulté à faire la distinction entre la détresse liée à la santé mentale et les symptômes de la maladie ainsi que le manque de formation (197).

Selon l'étude de Absolom, qui visait à explorer les points de vue des professionnels en oncologie concernant leurs rôles et responsabilités dans la détection et la gestion de la détresse et l'utilisation d'outils de dépistage, le personnel infirmier semblait à l'aise pour explorer la détresse alors que les oncologues et les chirurgiens pensaient que le personnel infirmier avait

généralement plus de temps pour traiter les problèmes psychologiques des patients; Cependant, les pressions liées à la gestion des soins cliniques et émotionnels étaient difficiles pour tous les professionnels (198).

4.2 5 { O H G H O ¶ L Q I L U P L H U

Absolom et ses collaborateurs ont déclaré que le dépistage de la détresse en oncologie fait partie des activités cliniques des infirmiers (198).

Etant donné que le rôle de l'infirmier, défini par l'association canadienne des infirmiers en oncologie, comprend une évaluation approfondie des besoins des patients ainsi que la facilitation de la continuité des soins et de la prise de décision pour les patients, les infirmiers ont montré une adoption considérable de la pratique du dépistage de la détresse (199).

Les principes fondamentaux du rôle de l'infirmier en oncologie sont principalement l'éducation des patients, la gestion des symptômes et le soutien émotionnel. Dans certains contextes, on compte sur un infirmier en pratique avancée ou un infirmier clinicien spécialisé pour effectuer un suivi avec une évaluation et une intervention plus poussées, même si les membres de toute l'équipe de soins du cancer reconnaissent l'importance de leur implication dans la détection de la détresse émotionnelle chez les patients (198).

La revue de Fitch et d'autres chercheurs a rapporté que l'infirmier occupait une position privilégiée en service d'oncologie, par rapport au membres de l'équipe, pour détecter la présence d'une détresse chez les personnes atteintes de cancer, l'évaluer et l'interpréter, évaluer l'efficacité des interventions, suivre les changements ainsi que réévaluer les besoins des patients (200,201).

Fitch et ses collaborateurs ont révélé également que la détection de la détresse avait des bénéfices sur la pratique infirmière car elle permettait de bien mener l'entretien avec le patient et mieux le guider, d'évaluer les besoins du patient, de reconnaître les points forts de la personne et ses proches ainsi que d'établir facilement une orientation vers un spécialiste en santé mentale en cas de nécessité (200,201).

Les infirmiers passent plus de temps avec les patients que tout autre membre de l'équipe de soins. Les normes de la pratique infirmière en oncologie préparent les infirmiers à recueillir des données approfondies sur l'état de santé physique, psychosocial, spirituel et culturel des patients atteints de cancer (65).

Chapitre I : Revue bibliographique

Grâce à la préparation académique et à la formation clinique, les infirmiers en oncologie possèdent les compétences et les connaissances spécialisées nécessaires pour évaluer la détresse d'un patient et pour élaborer un plan de soins sur mesure pour atténuer la détresse. En outre, la recherche suggère que les obstacles liés à la réticence des patients à signaler la détresse comprennent la perception que les médecins sont trop occupés ou ne possèdent pas les compétences nécessaires pour y remédier (65,202).

Estes et Karten ont suggéré que l'infirmier, comme étant l'intervenant de première ligne en service d'oncologie, possède des compétences permettant de reconnaître les facteurs qui peuvent être à l'origine de la détresse tant sur le plan physique qu'émotionnel ainsi qu'elle a un rôle très important dans la gestion de cette détresse ; par exemple, l'infirmier est en mesure d'établir si l'état du patient nécessite une intervention du médecin traitant sur le plan physique ou le patient doit être orienté vers une intervention de spécialistes en santé mentale (65).

Bien que les infirmiers en oncologie ne soient généralement pas des thérapeutes, ils peuvent :

- Collecter les données relatives aux caractéristiques physiques, psychologiques, sociales, spirituelles et culturelles des patients atteints de cancer (65)
- Fournir des soins de soutien, évaluer les préoccupations psychosociales des patients et poursuivre une évaluation plus approfondie des problèmes importants (203)
- Contribuer à l'élaboration d'un plan d'action approprié au degré de la détresse en concertation avec l'équipe soignante dans le cadre d'une intervention interdisciplinaire (65).

4.3 3 U R F H V V X V G H O ¶ p Y D O X D W e n R n C o l o g i e O D G p W U H V V H

En se basant sur le modèle de Fish et coll, le partenariat canadien contre le cancer a proposé une démarche d'évaluation de la détresse en oncologie en cinq étapes (197) :

- Étape 1 : Détection de la détresse

La détection est réalisée à l'aide d'un questionnaire élaboré par des experts du partenariat canadien contre le cancer.

Chapitre I : Revue bibliographique

- Etape 2 : Etablissement de la relation thérapeutique par un dialogue avec le patient

Pour être avec la personne qui souffre du cancer et ses proches, la relation thérapeutique est très importante. Tisser un lien de confiance est nécessaire pour ouvrir le dialogue avec la personne et discuter ses problèmes.

- Etape 3 : Evaluation des facteurs de risque de la détresse mentale

L'infirmier procède à questionner le patient et ses proches d'une manière prudente et respectueuse. Cette étape permet à l'infirmier d'évaluer des facteurs contribuant à la détresse. Si l'outil d'évaluation révèle des problèmes intenses, l'infirmier doit demander à la personne atteinte du cancer et aux proches d'apporter plus de détails et de précisions sur les problèmes, de prioriser leurs besoins principaux, ce qui permettra de mieux cibler l'évaluation et l'intervention pour prévenir les effets négatifs sur leur santé.

- Etape 4 : Vérification de la perception de la personne atteinte du cancer et établissement avec elle un plan de soins adapté

La personne atteinte du cancer et l'infirmier doivent établir un plan de soins adapté aux besoins ciblés en fonction des choix de la personne, du niveau de détresse, de la nature des problèmes et du jugement clinique de l'infirmier pour garantir de ne pas négliger des symptômes qui menacent la sécurité du patient (e). La détresse élevée doit être prise en considération d'une manière immédiate.

- Etape 5 : Choix des interventions adaptées aux besoins de la personne et aux données collectées

Le choix des interventions sera toujours mené en fonction des besoins de chaque personne et de sa singularité.

2% - (&7,)6 '(/¶(78'('

XGH

2 % - (& 7 ,) 6 ' (/ ¶ (7 8 ' (

La présente étude vise dans son premier volet à mettre en exergue l'objectif général suivant :

Objectif général 1 :

- Evaluer les troubles de la santé mentale (les troubles anxio-dépressifs, les troubles de sommeil et les troubles de l'image corporelle) chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires.

Objectifs spécifiques :

- Evaluer les troubles de la santé mentale (les troubles anxio-dépressifs, les troubles de sommeil et les troubles de l'image corporelle) chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires et explorer les facteurs prédictifs de ces troubles.
- Etudier les troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires en comparaison avec des femmes saines en se basant sur des échelles standardisées internationales.
- Etudier les troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancer du sein ayant subi une mastectomie en comparaison avec des femmes atteintes de cancers gynécologiques ayant subi une chirurgie radicale (une hystérectomie et/ ou une ovariectomie). Ensuite, explorer les facteurs prédictifs des troubles mentaux chez les femmes atteintes de cancer du sein et gynécologiques traitées par chirurgie radicale.
- Etudier les troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes du cancer du sein ayant subi un traitement antinéoplasique non chirurgical en comparaison avec des femmes atteintes de cancers gynécologiques ayant subi un traitement antinéoplasique non chirurgical. Ensuite, explorer les facteurs prédictifs des troubles mentaux chez les femmes atteintes de cancers du sein et gynécologiques traitées par des traitements antinéoplasiques non chirurgicaux.

Le second objectif général que nous avons tracé pour le deuxième volet de cette étude sont est le suivant :

Objectif général 2 :

- Explorer les perceptions des professionnels de la santé (les oncologues, les psychologues, les infirmiers et les assistantes sociales) exerçant au sein des services

d'oncologie vis-à-vis de l'évaluation de la détresse mentale chez les patients atteints de cancer

Objectifs spécifiques :

- Explorer les points de vue des professionnels de la santé en services d'oncologie sur les indicateurs de la détresse mentale des patients atteints de cancer.
- Chercher les stratégies adoptées par ces professionnels pour évaluer la détresse mentale chez leurs patients.
- Chercher les barrières qui empêchent les professionnels de la santé en services d'oncologies d'évaluer la détresse mentale chez leurs patients.
- Explorer les perceptions de ces professionnels vis-à-vis de l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse mentale en services d'oncologie.

Enfin, la présente étude vise dans son troisième volet à mettre en exergue l'objectif général suivant :

Objectif général 3 :

- Elaborer un Oncopsychomètre, une application Web permettant le dépistage systématique de la détresse mentale par les infirmiers exerçant au sein des services d'oncologie.

CHAPITRE II : SUJETS ET METHODES

CHAPITRE II : SUJETS ET METHODES

Pour atteindre les objectifs de la présente étude inscrite dans le cadre d'une thèse de doctorat, nous avons adopté un mode d'investigation quantitatif qui vise trois projets ; Le chapitre suivant consiste à préciser l'approche mise en place pour chacun de ces projets.

1. Evaluation des troubles de la santé mentale et exploration de leurs facteurs prédictifs chez des femmes atteintes de cancers gynécomammaires

1.1 7 \ S H G H O ¶ p W X G H

La présente étude a pour objectif d'évaluer les troubles de la santé mentale (les troubles anxieux et dépressifs, les troubles de l'image corporelle et les troubles de sommeil) chez des femmes atteintes de cancers gynécomammaires. Afin d'atteindre ces objectifs, une étude transversale quantitative à caractère descriptif et analytique a été choisie.

Puis, pour mettre en évidence une éventuelle association du facteur de cancers gynécomammaires à l'apparition de ces troubles, nous avons procédé à une analyse cas témoins transversale.

Enfin, pour étudier l'effet du type du cancer (cancer du sein vs cancers gynécologiques) sur les troubles de la santé mentale et de chercher par la suite leurs facteurs prédictifs, nous avons procédé par une analyse comparative.

1.2 Lieu G H O ¶ p W X G H

La présente étude s'est déroulée au niveau du service d'oncologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Ibn Rochd de Casablanca. La population cible de cette étude est constituée de femmes atteintes de cancers gynécomammaires et de femmes saines.

1.3 0 p W K R G H G ¶ p F K D Q W L O O R Q Q D J H

L'échantillon de cette étude est de type non probabiliste. La méthode d'échantillonnage par choix raisonné a été choisie pour recruter les participantes. Il s'agit de 400 femmes Marocaines atteintes de cancers gynécomammaires ; 200 femmes atteintes de cancer mammaire (100 femmes ayant subi un traitement chirurgical et 100 femmes n'ayant pas subi un traitement chirurgical), 200 femmes atteintes de cancers gynécologiques ((100 femmes ayant subi un traitement chirurgical et 100 femmes n'ayant pas subi un traitement chirurgical) et 400 femmes Marocaines saines répondant aux critères d'inclusion.

1.4 & ULW q UHV G ¶ LQ FOXVLRQ HW G ¶ H [FOXVLRQ

1.4.1 Femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires

- Les critères d'inclusion des patientes atteintes de cancers gynéco-mammaires étaient les suivants : Les femmes de plus de 18 ans avec un diagnostic confirmé de cancer du sein primaire ou de cancers gynécologiques (col de l'utérus, corps de l'utérus ou ovarien), celles qui acceptaient la participation à cette étude et qui ont donné un consentement écrit (pour les patientes non scolarisées, un consentement oral suivi d'une empreinte digitale ont été utilisés comme preuve de consentement).
- Les critères d'exclusion comprenaient le fait de ne pas être née au Maroc, d'être incapable de comprendre et de parler le dialecte Marocain, d'avoir une perte cognitive et/ ou auditive, d'avoir des antécédents de troubles psychiatriques et d'avoir un diagnostic antérieur de cancer primaire dans d'autres endroits.

1.4.2 Femmes saines

- Les critères d'inclusion pour les femmes saines étaient les suivants : les femmes saines de plus de 18 ans, qui appartiennent à la même catégorie socio-économique des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires, qui acceptaient la participation à cette étude et qui ont donné un consentement écrit (pour les participantes non scolarisées, un consentement suivi d'une empreinte digitale ont été utilisés comme preuve de consentement).
- Les critères d'exclusion comprenaient le fait de ne pas être née au Maroc, d'être incapable de comprendre et de parler le dialecte marocain, d'avoir une perte cognitive et / ou auditive, d'avoir des antécédents de troubles psychiatriques et d'avoir un diagnostic antérieur de cancer.

1.5 Instrument de collecte de données

L'outil de collecte de données que nous avons adopté et qui permet en même temps de mieux quantifier et d'évaluer la santé mentale des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires, est un entretien semi-dirigé basé sur des caractéristiques sociodémographiques et cliniques ainsi que des échelles d'évaluation de l'anxiété, de la dépression, des troubles de sommeil, des troubles de l'image corporelle, de soutien social et de l'estime de soi (Annexe 1). Pour garantir une grande fiabilité de réponses, l'instrument a fait l'objet d'une traduction de l'anglais vers l'arabe et d'une rétro-traduction par des linguistes. La traduction a été ensuite examinée et fusionnée en une seule version validée par un comité d'experts dans ce domaine. Ceci permettra

de s'assurer de l'exactitude de la traduction et de la validité du contenu. Par la suite, une étude pilote a été menée sur un groupe de 30 patientes atteintes de cancers gynéco-mammaires. Certaines questions de l'entretien ont été ajustées et la version finale a été utilisée (Annexe 2).

1.5.1 Les caractéristiques sociodémographiques

La première partie de l'entretien concerne les caractéristiques sociodémographiques qui permettent d'identifier la population cible et récolter des données sur le statut socioéconomique et éducatif des participantes: L'âge, le statut matrimonial (mariée, célibataire, divorcée, veuve) nombre d'enfants, lieu de résidence (urbain, rural) niveau d'instruction (scolarisé (e), non scolarisé (e)), revenu familial (\leq SMIG, $>$ SMIG), situation professionnelle (active, retraitée, femme au foyer) et couverture sanitaire (RAMed, CNOPSS, CNSS).

1.5.2 Les caractéristiques cliniques

La deuxième partie de l'entretien englobe des informations cliniques concernant la tumeur cancéreuse : type de cancer (mammaire, gynécologique), type de chirurgie (mastectomie, hystérectomie, ovariectomie), stade de la tumeur (Stade 1, Stade 2, Stade 3), temps écoulé depuis le diagnostic (\leq 1 an, $>$ 1 an), nombre de traitements antinéoplasiques et récurrence de la maladie (oui, non)).

1.5.3 L'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

La troisième partie de la présente investigation a pour objectif l'évaluation des troubles anxio-dépressif chez la population étudiée. Pour ce faire nous avons utilisé l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), développée en anglais (58), puis traduite et validée en arabe (204). Cet outil, largement utilisé dans la recherche en psycho-oncologie, permet l'évaluation des dimensions de l'anxiété et de la dépression dans les populations non psychiatriques. L'HADS se compose de deux sous-échelles de 7 items chacune, qui donnent deux scores, le premier pour l'anxiété HADS-A et le second pour la dépression HADS-D. Les participantes peuvent être divisées en deux groupes. D'abord, celles avec un score total inférieur à 11 pour HADS-A ou HADS-D ne présentent pas de symptômes certains d'anxiété ou de dépression, respectivement. En revanche, les participantes ayant un score total de 11 ou plus pour HADS-A ou HADS-D présentent des symptômes certains d'anxiété ou de dépression, respectivement. L'alpha (α) de Cronbach pour l'échelle HADS utilisée dans cette étude est de 0,98, ce qui présente une très bonne validité.

1.5.4 L'indice de la qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI)

Dans la suite des analyses effectuées dans le cadre de cette première investigation, nous nous sommes intéressés dans une quatrième étape à étudier l'indice de la qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index). Développé en anglais (205), puis traduit et validé en arabe (206), l'échelle PSQI évalue la qualité du sommeil au cours du mois précédent. L'échelle comprend 7 composantes (qualité subjective du sommeil, latence du sommeil, durée du sommeil, efficacité habituelle du sommeil, troubles du sommeil, utilisation de somnifères et dysfonctionnement diurne). Il englobant 19 questions d'auto-évaluation. Le score de chaque composante peut aller de 0 (aucune difficulté) à 3 (difficulté sévère). La somme des 7 composantes donne le score PSQI total (entre 0 et 21 points). Le score 0 indique qu'il n'y a pas de difficulté tandis que 21 indique des difficultés majeures. Les sujets ayant un score PSQI supérieur à 5 sont de mauvais dormeurs tandis que ceux dont le score PSQI est égal ou inférieur à 5 sont de bons dormeurs. L'alpha de Cronbach (α) pour le PSQI utilisé dans cette étude est de 0,89, ce qui montre une bonne validité.

1.5.5 L'échelle de l'image corporelle (BIS)

Dans la cinquième partie du présent travail, nous nous sommes focalisé sur l'étude de l'insatisfaction de l'image corporelle chez les patientes atteintes de cancers gynéco-mammaires à l'aide de l'échelle d'image corporelle (BIS, Body Image Satisfaction) développée par Hopwood et ses collaborateurs en 2001 (207). Cette échelle comprend 10 items développés pour évaluer brièvement et systématiquement les aspects affectifs, comportementaux et cognitifs de l'image corporelle chez les patients cancéreux ayant subi des changements d'apparence. Elle reflète également l'impact du traitement du cancer, y compris la chirurgie, sur l'image corporelle des patientes atteintes de cancers du sein et gynécologiques. Le score des composantes du BIS va de 0 (pas du tout) à 3 (beaucoup) et le score final du BIS (la somme des 10 sous-échelles des 10 items) va de 0 (satisfaction de l'image corporelle) à 30 (forte insatisfaction de l'image corporelle). L'alpha (α) de Cronbach pour cette étude est de 0,98 ce qui démontre une très bonne fiabilité du questionnaire utilisé.

1.5.6 L'échelle multidimensionnelle du soutien social perçu (MSPSS)

Dans la suite des analyses, nous avons évalué le soutien social à l'aide de l'échelle multidimensionnelle du soutien social perçu (MSPSS, Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (208). Le MSPSS comprend un total de 12 items avec quatre items pour chacune des trois sous-échelles : soutien de la famille, soutien d'amis et le soutien du conjoint.

Chaque élément est noté de 1 à 7. Des scores plus élevés indiquent un meilleur soutien social. Selon des études antérieures menées sur les populations arabes, la cohérence interne de cette échelle est bonne (209). Pour la présente étude, la valeur de l'alpha (α) de Cronbach est égale à 0,93 indiquant une bonne fiabilité.

1.5.7 L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSES)

La dernière partie du présent volet s'est portée sur l'étude de l'estime de soi chez la population d'étude, et ce, à l'aide de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSES, Rosenberg self-esteem scale). Cet outil comprend 10 éléments avec une échelle d'intensité en quatre points. Le score total est compris entre 0 et 30 points. Des scores plus élevés indiquent une meilleure estime de soi (210). La cohérence interne d'un certain nombre d'études sur les populations arabes est bonne (211–213). L'alpha (α) de Cronbach pour cette étude est de 0,87 ce qui démontre une bonne fiabilité.

1.6 Procédure

Après avoir obtenu l'autorisation auprès de la direction générale du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd-Casablanca (Annexe 3) ainsi que l'avis du comité d'éthique de la recherche (l'Association Marocaine de Recherche et d'Éthique), notre étude était entamée au sein du service d'oncologie du CHU Ibn Rochd-Casablanca et étalée sur une période de 10 mois. Avant l'évaluation, nous avons présenté verbalement l'étude aux participantes puis nous avons présenté une lettre de consentement à signer (ou consentement oral pour les patientes non scolarisées suivi d'une empreinte digitale) (Annexe 4). Les participantes qui n'étaient pas disposées à participer ont été exclues (N=10). Nous avons lu chaque question et ses réponses, puis nous demandons à la participante de cocher la réponse. Le temps moyen consacré à l'entretien était de 20 à 30 min. Les femmes ont été recrutées consécutivement jusqu'à ce que la taille de l'échantillon fût suffisante.

1.7 Traitement de données

Les données que nous avons récoltées, ont été saisies selon un système d'encodage puis analysées à l'aide du logiciel Excel.

L'analyse descriptive que nous avons menée consiste au calcul des fréquences pour les variables qualitatives, et des paramètres de position et de dispersion pour les variables quantitatives. La distribution normale des variables a été étudiée par le test de Kolmogorov-Smirnov.

En analyse bivariée, l'association entre les variables qualitatives a fait appel au test de Chi² de Pearson. Le test t de Student, le test de Mann Whitney, le test d'ANOVA et le test de Kruskal Wallis ont été utilisés pour croiser une variable quantitative avec une autre qualitative. La corrélation entre les variables continues a été estimée par le test de Pearson. La régression linéaire et la régression linéaire hiérarchique ont été utilisées pour chercher les facteurs prédictifs de la détresse mentale.

Le seuil de significativité était retenu pour un $p < 0,05$. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 20.0.

1.8 Considérations éthiques

Cette étude a été menée dans un cadre respectueux de l'éthique et de la dignité des patients. L'approbation éthique a été obtenue auprès de l'Association Marocaine de Recherche et d'Ethique, Comité d'éthique de la recherche, (N° 02 / REC / 20). Les critères de confidentialité et d'anonymat ont été respectés comme le montre la déclaration d'Helsinki et ses amendements ultérieurs (Annexe 5).

2. Perceptions des professionnels de la santé exerçant en services de soins de support de la détresse mentale chez les patients atteints du cancer

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale quantitative basée sur un questionnaire à variables quantitatives et qualitatives. Les items à tester dans le questionnaire quantitatif découlent de la recherche bibliographique et des résultats issus d'une étude qualitative menée par notre équipe de recherche auprès des professionnels de la santé sur l'évaluation de la détresse mentale en oncologie.

2.2 Lieux de l'étude

La présente étude s'est déroulée au niveau des centres d'oncologie suivants :

- Service d'Oncologie du Centre Hospitalier Ibn Rochd de Casablanca
- Centre d'Hématologie et d'Oncologie du Centre Hospitalier Universitaire de Marrakech
- Centre Régional d'Oncologie de Meknès
- Centre d'Oncologie du CHU Hassan II Fès, Oujda et Rabat
- Centre d'Oncologie Beni Mellal

- Autres centres d'oncologie : Tanger, Tétouan, Sidi Kacem, Agadir.

2.3 Méthode de recrutement

L'échantillon de cette étude est de type non probabiliste. La méthode d'échantillonnage par choix raisonné a été choisie pour recruter les participants. Il s'agit de 164 professionnels de la santé exerçant en services d'oncologie (des médecins oncologues, des psychologues, des infirmiers et des assistantes sociales du service d'oncologie) de différents secteurs (public, privé et semi public).

2.4 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion de la présente étude sont les professionnels de la santé des différents secteurs qui ont un contact direct avec les patients atteints du cancer (Médecins oncologues, psychologues, infirmiers et assistantes sociales) et qui ont accepté de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion :

- Les autres disciplines médicales et paramédicales vu leurs relations réduites avec les patients cancéreux.
- Les professionnels de la santé qui ont refusé de participer à l'étude.

2.5 Instrument de collecte de données

L'outil sur lequel se base notre étude est un questionnaire (Annexe 6) qui contient sept parties distinctes organisées autour de questions à choix multiples et de questions ouvertes :

- Partie 1 : concerne l'identification des professionnels de la santé
- Partie 2 : évalue les connaissances acquises en psycho-oncologie
- Partie 3 : porte sur l'évaluation de la détresse mentale par les professionnels exerçant en oncologie
- Partie 4 : aborde les perceptions des professionnels de la santé exerçant en oncologie vis-à-vis de l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse en oncologie

2.6 Procédure

Après avoir obtenu l'avis du comité d'éthique de la recherche de l'Association Marocaine de Recherche et d'Ethique et l'avis des chefs de services d'oncologie, la première étape de collecte de données consistait à tester le questionnaire auprès de 15 professionnels de la santé en services d'oncologie, ces derniers se sont exclus de l'étude. Le test du questionnaire abouti à la réduction

de nombre de questions suite à des remarques sur la longueur du questionnaire, et a permis d'ajuster quelques questions.

164 questionnaires ont été distribués après un contact adéquat avec les participants et après avoir eu leur consentement (Annexe 7), aussi bien selon leur disponibilité. La présente étude s'est étalée sur une période de 3 mois.

2.7 Traitement de données

Les données recueillies par le questionnaire ont été analysées par les logiciels : EXCEL et SPSS version 20.0. Les variables qualitatives ont été décrites par les fréquences et les pourcentages. Le logiciel Atlas ti 9 a été utilisé pour coder, stocker et organiser les données récoltées à l'aide des questions ouvertes.

2.8 Considérations éthiques

Cette étude a été menée dans un cadre respectueux de l'éthique et de la dignité des patients. L'approbation éthique a été obtenue auprès de l'Association Marocaine de Recherche et d'Ethique, Comité d'éthique de la recherche, (N ° 06 / REC / 20). Les critères de confidentialité et d'anonymat ont été respectés comme le montrent la déclaration d'Helsinki et ses amendements ultérieurs (Annexe 8).

3. Elabora WLRQ G¶XQ RXWLO GH GpSLVWDJH V\VV mentale au profit des infirmiers exerçant au sein des services Gofficologie : Oncopsychomètre

3.1 Langage et technologies de conception

3.1.1 Unified Modeling Language

Pour bien conduire notre projet et nous assurer du bon déroulement des différentes phases, nous avons opté Unified Modeling Language (UML) comme un langage de modélisation. Ce choix est basé sur les points forts de ce langage notamment sa standardisation et les divers diagrammes qu'il propose. Aussi, UML présente le meilleur outil pour schématiser des systèmes complexes sous un format graphique et textuel simplifié et normalisé.

3.1.2 Framework Laravel

Le développement de l'Oncopsychomètre a été basé sur Laravel 8, un framework Web PHP ; il a été utilisé pour développer des applications Web haut de gamme en utilisant des structures

linguistiques critiques. Il a une accumulation importante de dispositifs et donne la conception d'applications. Il intègre diverses qualités d'avancées (214).

3.1.3 Bootstrap

Le design de l'Oncopsychomètre a été conçu à l'aide de Bootstrap, un puissant framework frontal utilisé pour créer des sites Web et des applications Web modernes. Il est open source et gratuit, mais propose de nombreux modèles HTML et CSS pour les éléments de l'interface utilisateur tels que les boutons et les formulaires. Bootstrap prend également en charge les extensions JavaScript (215).

3.1.4 MySQL

La base de données recueillies à l'aide de l'Oncopsychomètre a été développée à l'aide de MySQL, un système de gestion de base de données, parmi les plus populaires au monde (216).

3.1.5 HeidiSQL

La gestion de la base de donnée recueillies à l'aide de l'Oncopsychomètre a été menée à l'aide de HeidiSQL, un outil d'administration de base de données possédant un éditeur SQL et un constructeur de requête (217).

3.2 Outils de réalisation

3.2.1 Visual Studio Code

La création du code de l'application a été effectuée à l'aide de Visual Studio, un éditeur de code redéfini et optimisé pour la création et le débogage d'applications Web et cloud modernes.

3.2.2 Filezilla

Le transfert des données au serveur a été assuré à l'aide de Filezilla, un logiciel qui permet de charger ou télécharger les fichiers sur un serveur distant depuis le site web ou l'hébergeur. Il possède une interface utilisateur graphique intuitive (218).

3.3 Hébergement de l'application Web et nom du domaine

L'hébergement et l'affectation du nom de domaine du psychomètre de la détresse mentale « Oncopsychomètre » ont été réalisés au niveau de Hostinger, un hébergeur web adapté pour les sites web de moyenne taille et de haute sécurité (219). Nous avons choisi le Pack Premium, offrant une bande passante illimitée, un espace de stockage 100 Go SSD avec un abonnement d'une année et un nombre de 25 000 visites mensuelle.

3.4 5pDOLVDWHXUV GH O¶DSSOLFDFWLRQ : HE

L'application Web 'Oncopsychomètre' a été conçue et réalisée par une équipe composée d'une doctorante chercheuse en sciences infirmières, un enseignant chercheur en neurophysiologie, un enseignant chercheur en microbiologie et deux développeurs informatiques exerçant au sein de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé.

3.5 Vali GDWLRQ SLORWH SUPOLPLQ Du prdti Q¶2QFRSV\FKR P

La présentation de l'outil de dépistage de la détresse mentale a été menée, dans le cadre d'une formation initiale, auprès des infirmiers exerçant au sein du service d'oncologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca, et le service d'onco-hématologie du CHU Mohamed 6 de Marrakech. Ensuite, ces infirmiers ont commencé à utiliser l'Oncopsychomètre dans le cadre des soins de routine. Les infirmiers ont été invités à dépister tous les patients consécutifs à moins qu'il n'y a pas une raison clinique d'éviter le dépistage. Les raisons de non-achèvement comprennent le fait que le patient ne peut ou ne veut pas terminer le dépistage. Les infirmiers ont été encouragés à dépister au moins une fois par patient. Durant l'étude pilote, le dépistage de la détresse à l'aide de l'Oncopsychomètre a pris **3 minutes** en moyenne.

CHAPITRE III : RESULTATS

CHAPITRE III : RESULTATS

1. Evaluation des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires

1.1 Evaluation des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires : Analyse transversale

1.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes

1.1.1.1 Age des participantes

L'âge des interviewées est compris entre 24 ans et 80 ans avec une moyenne de 49.82 ans (tableau 4).

Tableau 4: Âge des participantes.

/ ¶ k J H P L Q L P	/ ¶ k J H P R \ H Q	/ ¶ k J H P D [L P □
24 ans	49,82 ans	80 ans

1.1.1.2 Statut matrimonial

L'analyse de la répartition des participantes selon le statut matrimonial, illustrée à travers les histogrammes représentés dans la figure 2, a montré que 48,8% des femmes sont mariées, tandis que 51,2% des femmes ne sont pas mariées (célibataires/divorcées/veuves).

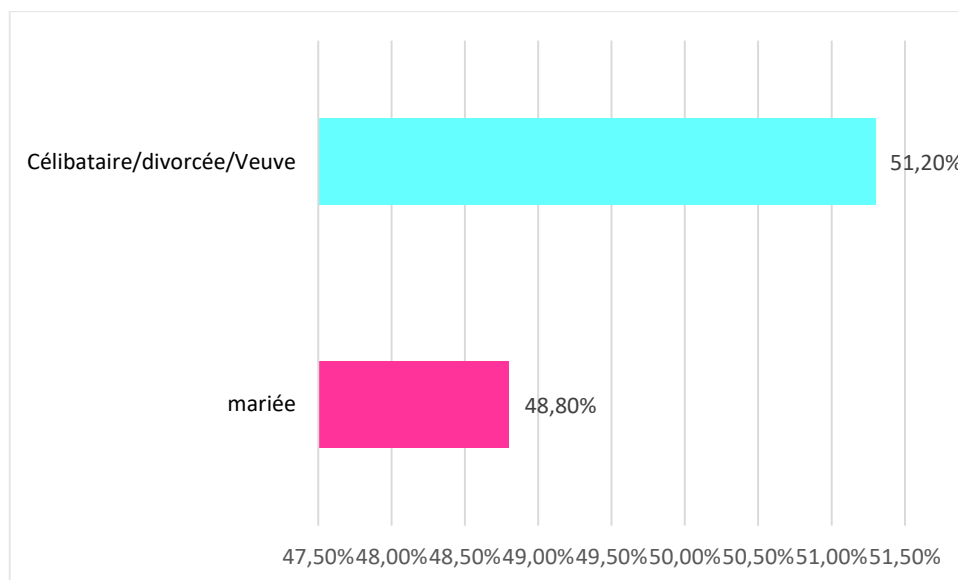


Figure 2: Répartition des participantes selon leur statut matrimonial (N=400).

1.1.1.3 Nombre d'enfants

En termes de nombre d'enfants, les données montrent que la majorité des participantes (69,8%) ont des enfants. Environ 30% des participantes n'ont pas d'enfants. Ces résultats sont repris dans le graphique de la figure 3.

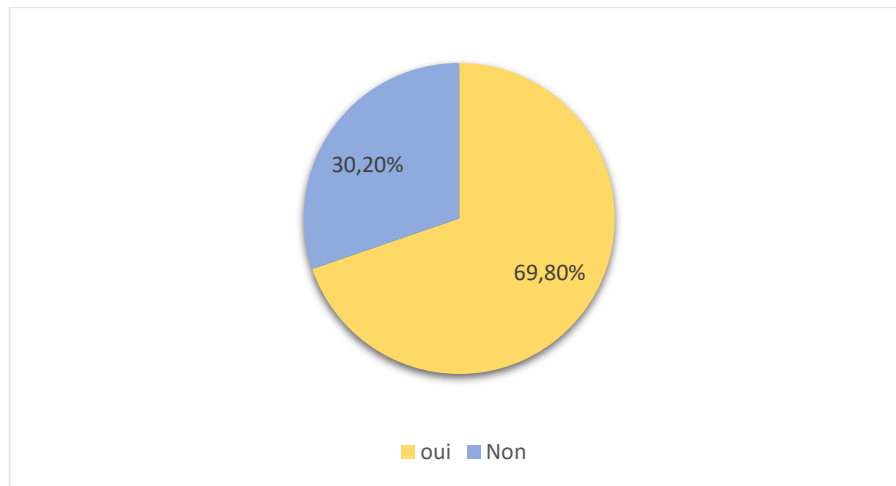


Figure 3: Répartition des participantes selon le fait d'avoir des enfants (N=400).

1.1.1.4 Lieu de résidence

L'analyse de la répartition en fonction du lieu de résidence a révélé que plus que la moitié (61,2%) des participantes à notre étude habitent en milieu urbain alors que 38,80% parmi eux habitent en milieu rural (Figure 4).

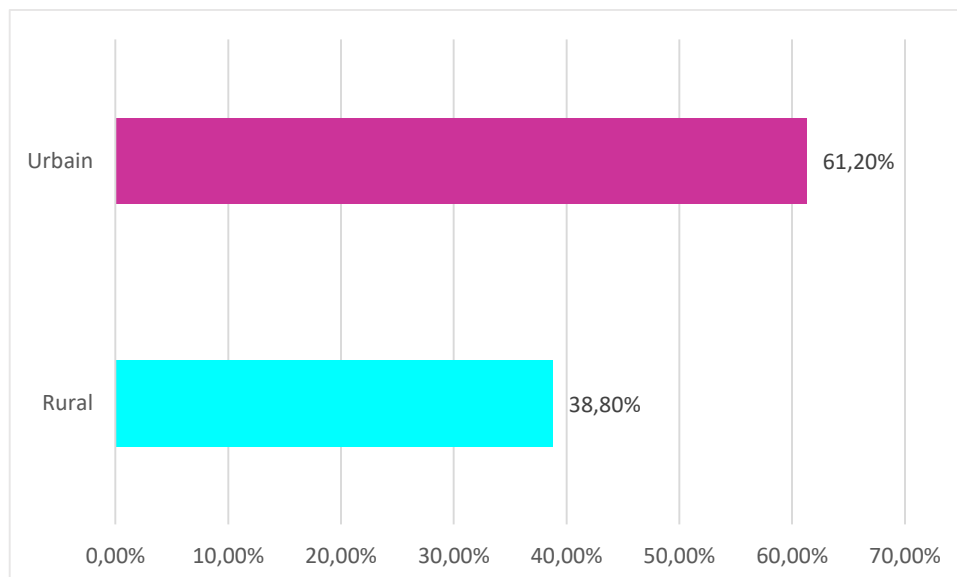


Figure 4: Répartition des participantes selon le lieu de résidence (N=400).

Chapitre III : Résultats

Les résultats de l'analyse de la régression hiérarchique corrélant les troubles anxio-dépressifs aux variables psycho-sociales sont présentés dans le tableau 7. Après avoir contrôlé les variables (Age, instruction et revenu) dans les deux premières étapes du processus de la régression hiérarchique, une faible estime de soi, une mauvaise qualité de sommeil et un faible soutien social ont prédit de manière significative les troubles anxio-dépressifs.

Tableau 7: Régression hiérarchique : Corrélation entre les troubles anxio-dépressifs et les variables psycho-sociales

Variables	Troubles anxio-dépressifs											
	Etape 1				Etape 2				Etape 3			
	β	IC95%	r	p value	β	IC95%	r	p value	β	IC95%	r	p value
Age	-0,12	-0,19;-0,02	-0,12	0,014	-0,17	-0,23;-0,06	-0,12	0,001	0,030	-0,019;0,075	0,06	0,23
Instruction	-	-	-	-	-0,11	-4,43;-0,38	-0,11	0,020	-0,06	-2,35;-0,36	-0,13	0,008
Revenu	-	-	-	-	-0,20	-6,60;-2,29	-0,20	0,000	0,040	-0,26;2,02	0,07	0,13
PSQI	-	-	-	-	-	-	-	-	0,093	0,05;0,31	0,14	0,005
BIS	-	-	-	-	-	-	-	-	0,055	-0,01;0,12	0,08	0,103
MSPSS	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,068	-0,059;-0,005	-0,11	0,021
RSES	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,76	-0,98;-0,82	-0,75	0,000

β : Coefficient bêta standardisé, IC: 95% intervalle de confiance à 95%, r :Coefficient de corrélation

1.2 Le statut et les corrélations des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires : Analyse transversale cas-témoin

Les caractéristiques sociodémographiques du groupe de cas et le groupe témoin sont affichées dans le tableau 8. Une association entre l'âge est les deux groupes a été trouvée (p -value<0.001). En revanche, pour le reste des variables, aucune différence n'a été révélée entre les deux groupes.

Tableau 8: Caractéristiques sociodémographiques du groupe de cas et du groupe témoin (N=800).

	Groupe de cas	Groupe témoin	X²/t	p value
Age (SD)	49,82 (11,58)	43,82 (12,65)	6,99 (t)	0,000
Statut matrimonial (%) :			0,45	0,83
Mariée	195 (48,8)	192 (48)		
Célibataire/Divorcée/Veuve	205 (51,3)	208 (52)		
Avoir des enfants (%) :			3,24	0,072
Non	121 (30,3)	145 (36,3)		
Oui	279 (69,8)	255 (63,8)		
Lieu de résidence (%) :			0,52	0,47
Rural	155 (38,8)	165 (41,3)		
Urbain	245 (61,3)	235 (58,8)		
Niveau d'étude (%) :			0,73	0,39
Aucun	236 (59)	224 (56)		
Primaire/Secondaire/Universitaire	164 (41)	176 (44)		
Revenu familial (%) :			5,12	0,24
≤SMIG	285 (71,3)	255 (63,8)		
>SMIG	115 (28,8)	145 (36,3)		
Situation professionnelle (%) :			4,35	0,37
Active	28 (7)	45 (11,3)		
Retraitée/ Femme au foyer	372 (93)	355 (88,8)		
Couverture sanitaire (%) :			1,85	0,17
RAMed	341 (85,3)	354 (88,5)		
CNOPS/CNSS	59 (14,8)	46 (11,5)		

(Test t de Student, test du χ^2)

Afin de mettre en évidence les différences qui peuvent exister entre les troubles de la santé mentale chez les femmes saines et les troubles de la santé mentale chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires, nous avons procédé par une comparaison des moyennes des scores. Les moyennes des scores HADS-A, HADS-D, PSQI, BIS, MSPSS et RSES sont présentées dans le tableau 9. Les patientes cancéreuses ont des scores beaucoup plus élevés de HADS-A, HADS-D, BIS et PSQI que les femmes saines.

Tableau 9: Comparaison des moyennes des scores des troubles de la santé mentale, le soutien social et l'estime de soi (N=800).

	Groupe de cas	Groupe témoin	U	Z	p-value
HADS-A	13,30 (4,99)	8,56 (3,32)	35751	-13,57	0,000
HADS-D	12,41 (5,38)	6,97 (3,48)	34075	-14,09	0,000
PSQI	10,39 (5,01)	4,66 (2,15)	26419	-16,47	0,000
BIS	13,08 (9,04)	4,19 (1,45)	36513	-13,38	0,000
MSPSS	42,52 (21,44)	54,55 (15,74)	53630	-8,07	0,000
RSES	15,72 (8,47)	18,12 (6,90)	64910	-4,62	0,000

(Test de Mann Whitney)

Les corrélations de Pearson entre les scores de HADS-A, HADS-D, PSQI, BIS, MSPSS et RSES sont présentées dans le tableau 10. Tous les scores de ces échelles sont corrélés étroitement. Ainsi, les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles de sommeil et les troubles de l'image corporelle sont positivement corrélés alors qu'il y a une corrélation fortement négative entre ces troubles et le soutien social d'une part et l'estime de soi d'autre part.

Tableau 10: Corrélations entre les troubles mentaux, le soutien social et l'estime de soi

	HADS-A	HADS-D	PSQI	BIS	MSPSS	RSES
HADS-A	-	0,79**	0,63**	0,56**	-0,42**	-0,54**
HADS-D		-	0,64**	0,59**	-0,47**	-0,55**
PSQI			-	0,66**	-0,42**	-0,54**
BIS				-	-0,43**	-0,48**
MSPSS					-	0,23**
RSES						-

(Test de Pearson; ** p value<0,01)

Les résultats de l'analyse de régression hiérarchique sont résumés dans le tableau 11. À l'étape 1, les cancers gynéco-mammaires étaient un contributeur significatif à la fois à l'anxiété et à la dépression avec des valeurs de β de 0,48 ($t=15,75$, p -value <0,001) et 0,51 ($t=16,96$, p -value <0,001), respectivement et représentait 23,8% 26,5% de la variance de l'anxiété et de la dépression. À l'étape 2, avec l'inclusion de d'autres variables, la contribution aux modèles a encore augmenté de 52,3% et 57,8%. La contribution de cancers gynéco-mammaires a diminué ($\beta = 0,22$ pour l'anxiété ; $\beta = 0,25$ pour la dépression) mais elle était toujours importante ($t = 6,53$

et 7,92, respectivement ; p -value <0,001). Comme le montre le tableau 11, un niveau élevé de troubles de sommeil et de l'image corporelle était positivement associé à un niveau plus élevé de l'anxiété et de la dépression. Le soutien social perçu et l'estime de soi ont été associés négativement à l'anxiété et à la dépression.

Tableau 11: Modèles de régression linéaire multiple pour HADS-A et HADS-D.

	HADS-A			HADS-D		
	R ²	β	SE	R ²	β	SE
Etape 1	23,8%			26,5%		
Cancers gynéco-mammaires		0,48**	0,30		0,51**	0,32
Etape 2	52,3%			57,8%		
Cancers gynéco-mammaires		0,22**	0,32		0,25**	0,33
PSQI		0,21**	0,04		0,15**	0,04
BIS		0,08*	0,02		0,10**	0,02
MSPSS		-0,15**	0,007		-0,21**	0,007
RSES		-0,31**	0,019		-0,33**	0,02

β : Coefficient bêta standardisé, SE: Erreur Standard, R²: Coefficient de détermination multiple

1.3 Exploration des facteurs prédictifs des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires ayant subi un traitement chirurgical : Analyse transversale comparative

Les caractéristiques des patientes sont présentées dans le tableau 12. Dans le groupe de cancers gynécologiques, l'âge moyen des participantes était 50,94 (11,33), la majorité des participantes étaient mariées (61%), avaient des enfants (63%), habitaient en milieu urbain (58%), n'étaient pas scolarisées (64%), avaient un revenu familial moins que le SMIG (84%), n'étaient pas actives (82%) et étaient Ramedistes (88%). Par ailleurs, trois quarts des participantes ont subi une hystérectomie alors qu'un quart des patientes ont subi une ovariectomie ; en outre, la moitié des patientes ont reçu deux types de traitements antinéoplasiques. La majorité des participantes étaient en stade T3 (69%), avaient un temps de diagnostic de moins ou égale à une année (69%) et n'avaient pas une récurrence de leur maladie (85%).

Dans le groupe du cancer mammaire, l'âge moyen des participantes était 48,26 (11,40), la majorité des participantes étaient mariées (60%), avaient des enfants (66%), habitaient en milieu urbain (56%), n'étaient pas scolarisées (55%), avaient un revenu familial inférieur au SMIG (77%), n'étaient pas actives (94%) et étaient Ramedistes (95%). Toutes les patientes ont subi une mastectomie alors que 47% ont eu un seul traitement antinéoplasique. La majorité des participantes étaient en stade T3 (41%), avaient un temps écoulé depuis le premier diagnostic de moins ou égale à une année (84%) et n'avaient pas une récurrence de leur maladie (96%).

Les résultats que nous avons obtenus ont révélé des différences statistiquement significatives entre quelques variables sociodémographiques qui reflètent la nature de chaque groupe d'âge spécifique (jeunes et âgées). Ainsi, les femmes les plus jeunes avaient tendance à avoir moins d'enfants que les femmes les plus âgées ($\chi^2(1) = 19,11, p\text{-value} < 0,001, V = 0,3$), étaient les plus instruites ($\chi^2(1) = 15,56, p\text{-value} < 0,001, V = 0,27$) et étaient plus susceptibles d'exercer une profession que les femmes les plus âgées ($\chi^2(1) = 4,76, p\text{-value} < 0,05, V = 0,27$). En termes de caractéristiques cliniques, il n'y avait aucune différence statistiquement significative pour les variables cliniques entre les groupes.

Tableau 12: Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes ayant subi un traitement chirurgical réparties selon le type de cancer (N=200).

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	Cancers gynécologiques (n=100)	Cancer mammaire (n=100)
Age	50,94 (11,33) 30-76	48,26 (11,40) 28-80
Statut matrimonial (%) :		
Mariée	39	40
Célibataire/Divorcée/Veuve	61	60
Avoir des enfants (%) :		
Non	37	34
Oui	63	66
Lieu de résidence (%) :		
Rural	42	44
Urbain	58	56
Niveau d'étude (%) :		
Aucun	64	55
Primaire/Secondaire/Universitaire	36	45
Revenu familial (%) :		
≤SMIG	84	77
>SMIG	16	23
Situation professionnelle (%) :		
Active	18	6
Retraitée/ Femme au foyer	82	94
Couverture sanitaire (%) :		
RAMed	88	95
CNOPS/CNSS	12	5
Type de chirurgie (%) :		
Hystérectomie	75	
Ovariectomie	25	
Mastectomie	-	100
Stade de la tumeur (%) :		
T1	23	34
T2	8	25
T3	69	41
Temps écoulé depuis le premier diagnostic (%) :		
≤1 an	69	84
>1 an	31	16
Nombre de traitements antinéoplasiques (%) :		
Un traitement	34	47
Deux traitements	50	31
Trois traitements	16	22
Récidive de la maladie (%) :		
Oui	15	4
Non	85	96

Nous avons constaté que l'âge avait un effet principal sur l'anxiété, la dépression, les troubles de sommeil et l'estime de soi mais le type de cancer ne l'était pas (Tableau 13). Ainsi, les femmes plus jeunes ont montré une détresse significativement plus grande que les plus âgées (p -value $<0,05$), mais il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes du cancer mammaire et les cancers gynécologiques. Les données n'ont pas montré un effet d'interaction significatif entre l'âge et le type de cancer. En outre, nous avons trouvé une interaction significative pour le soutien social, montrant que le groupe des patientes jeunes atteintes de cancers gynécologiques percevaient plus de soutien social que les patientes jeunes atteintes de cancer mammaire (p -value=0,001).

Toutes les mesures indiquées sur la matrice de corrélation étaient fortement inter liées (p -value $<0,001$), montrant une comorbidité marquée entre une anxiété élevée, une dépression élevée, une insatisfaction de l'image corporelle élevée, une mauvaise qualité de sommeil, une faible estime de soi et un faible soutien social perçu avec ses différentes catégories (la famille, le conjoint et les amis) (Tableau 14).

Nos résultats ont montré aussi une association significative (p -value $<0,05$) entre l'âge, avoir des enfants, le revenu familial, la situation professionnelle, la couverture sanitaire, le stade de la tumeur et les troubles anxieux et dépressifs. La qualité de sommeil et la perception de l'image corporelle étaient liées à l'âge, le statut matrimonial, avoir des enfants, le revenu familial, la situation professionnelle, la couverture sanitaire, le stade de la tumeur, le temps découlé depuis le premier diagnostic et le nombre de traitements antinéoplasiques (p -value $<0,05$). Le statut matrimonial, avoir des enfants, le revenu familial, la situation professionnelle, la couverture sanitaire, le stade de la tumeur et le nombre de traitements antinéoplasiques étaient les facteurs liés au soutien social (p -value $<0,05$). Tandis que l'estime de soi était associé à l'âge, avoir des enfants, le revenu familial, la situation professionnelle, la couverture sanitaire et le stade de la tumeur (p -value $<0,05$).

Tableau 13: Comparaison des troubles de la santé mentale selon le type de cancer et les catégories d'âges.

	Cancer mammaire			Cancers gynécologiques			Statistiques
	Total (n=100)	Jeunes (n=56)	Agées (n=44)	Total (n=100)	Jeunes (n=46)	Agées (n=54)	
HADS-A	12,95 (5,92)	13,61 (5,83)	12,11 (6)	13,04 (5,72)	15,25 (5,45)	11,3 (5,36)	$F^1(1,196) = 0,267; p = 0,6$ $F^2(1,196) = 11,37; p = 0,001$ $F^3(1,196) = 2,31; p = 0,13$
HADS-D	12,71 (6,22)	13,48 (6,24)	11,73 (6,12)	12,77 (5,91)	15 (5,83)	11,02 (5,40)	$F^1(1,196) = 0,231; p = 0,63$ $F^2(1,196) = 11,637; p = 0,001$ $F^3(1,196) = 1,754; p = 0,187$
BIS	14,40 (10,77)	17,27 (11,09)	10,75 (9,24)	13,17 (10,43)	18,2 (10,69)	9,21 (8,38)	Kruskal-Wallis (3) =24,32, $p=0,000$
PSQI	11,39 (5,44)	12,14 (5,34)	10,43 (5,46)	10,95 (5,65)	11,78 (6,03)	10,24 (5,25)	$F^1(1,196) = 0,12; p = 0,72$ $F^2(1,196) = 4,30; p = 0,039$ $F^3(1,196) = 0,012; p = 0,91$
MSPSS	41,01 (24,28)	42,18 (26,76)	39,52 (20,91)	31,99 (20,76)	25,41 (19,88)	37,59 (19,99)	Kruskal-Wallis (3) =20,07, $p=0,000$
RSES	15,17 (10,47)	14,14 (10,56)	16,48 (10,34)	15,79 (10,54)	12,67 (11,34)	18,44 (9,09)	$F^1(1,196) = 0,02; p = 0,86$ $F^2(1,196) = 7,61; p = 0,006$ $F^3(1,196) = 1,36; p = 0,24$

Moyenne (Ecart type)

F^1 , type de cancer; F^2 , age; F^3 , interaction

Tableau 14: Matrice de corrélation des mesures de la santé mentale

	HADS-D	PSQI	BIS	MSPSS	MSPSS-F	MSPSS-C	MSPSS-A	RSES
HADS-A	0,957**	0,686**	0,642**	-0,534**	-0,344**	-0,481**	-0,260**	-0,914**
HADS-D	-	0,681**	0,645**	-0,530**	-0,358**	-0,477**	-0,236**	-0,912**
PSQI	-	-	0,599**	-0,491**	-0,323**	-0,438**	-0,174**	-0,491**
BIS	-	-	-	-0,599**	-0,458**	-0,566**	-0,301**	-0,593**
MSPSS	-	-	-	-	0,827**	0,820**	0,684**	0,470**
MSPSS-F	-	-	-	-	-	0,513**	0,521**	0,286**
MSPSS-C	-	-	-	-	-	-	0,406**	0,458**
MSPSS-A	-	-	-	-	-	-	-	0,207**

(Test de Pearson, *p<0.05, **p<0.01)

Dans l'analyse de la régression multiple (tableau 15), le pourcentage de variance expliqué par les six modèles de prédiction variait de 17% à 33%. Les variables qui prédisent conjointement les troubles anxieux, une insatisfaction élevée de l'image corporelle et une faible estime de soi étaient : le fait d'être plus jeune, ne pas avoir des enfants, un faible revenu familial et un stade avancé de la tumeur. Pour une dépression élevée, les variables incluses étaient : le fait d'être plus jeune, un faible revenu et un stade avancé de la tumeur. Pour une mauvaise qualité de sommeil, les variables incluses étaient : le fait d'être plus jeune, ne pas avoir des enfants, avoir une couverture sanitaire de la catégorie vulnérable (RAMed), un stade avancé de la tumeur et moins de temps découlé depuis le premier diagnostic. Les variables qui prédisent le soutien social étaient : un revenu familial élevé et une tumeur de stade précoce.

Tableau 15: Régression multiple pour les mesures de la détresse mentale.

	R2 Ajusté	F	B (95% IC)	SE	Beta	Sr2
Anxiété	21,3%	9,99				
Constante			16,02 ;31,16	3,84		
Age			-0,19 ; -0,05	0,036	-0,24***	-0,24
Avoir des enfants			-3,42 ; -0,04	0,85	-0,14*	-0,14
Revenu familial			-5,07 ; -0,73	1,09	-0,19**	-0,18
Stade de la tumeur			0,19 ; 1,95	0,44	0,16*	0,16
Dépression	19%	8,78				
Constante			15,51 ;31,53	4,05		
Age			-0,20 ; -0,05	0,03	-0,24***	-0,24
Revenu familial			-5,10 ; -0,52	1,16	-0,18**	-0,17
Stade de la tumeur			0,31 ; 2,17	0,47	0,18**	0,18
PSQI	30%	13,18				
Constante			20,22 ;34,22	3,54		
Age			-0,13 ; -0,01	0,03	-0,15*	-0,16
Avoir des enfants			-5,44 ; -2,41	0,77	-0,34***	-0,34
Couverture sanitaire			-0,18 ; -1,88	1,34	-0,22***	-0,23
Stade de la tumeur			0,82 ; 2,41	0,40	0,40***	0,28
Temps depuis le diagnostic			-3,97 ; -0,91	0,77	-0,18**	-0,22
BIS	33%	11,93				
Constante			20,16 ;52,18	8,11		
Age			-0,43 ; -0,18	0,06	-0,33***	-0,33
Avoir des enfants			-8,88 ; -2,97	1,49	-0,26***	-0,27
Revenu familial			-8,85 ; -1,24	1,92	-0,18*	-0,18
Stade de la tumeur			1,17 ; 4,16	0,75	0,22**	0,24
Soutien social	27,1%	10,23				
Constante			6,54 ;70,19	16,13		
Revenu familial			6,47 ;23,61	4,34	0,26**	0,24
Stade de la tumeur			-9,63 ; -2,86	1,71	-0,23***	-0,25
Estime de soi	17%	7,10				
Constante			10,60 ;20,98	8,00		
Age			0,05 ; 0,32	0,06	0,20**	0,19
Avoir des enfants			0,50 ; 0,76	1,58	0,16*	0,16
Revenu familial			0,05 ; 8,07	2,03	0,15*	0,14
Stade de la tumeur			-3,71 ; -0,43	0,83	-0,17*	-0,17

R2, coefficient de détermination multiple ajusté ; SE, erreur standard ; SR2, corrélation semi-partielle au carré.

(* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$)

1.4 Exploration des facteurs prédictifs des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires ayant subi un traitement non-chirurgical : Analyse transversale comparative

Les caractéristiques des patientes sont présentées dans le tableau 16. Dans le groupe de cancers gynécologiques, l'âge moyen des participantes était 49.62 (10.00), la majorité des participantes étaient mariées (54%), avaient des enfants (72%), habitaient en milieu urbain (58%), n'étaient pas scolarisées (54%), avaient un revenu familial moins que le SMIG (72%) et étaient Ramedistes (96%). Toutes les femmes (100%) n'étaient pas actives. La majorité de ces participantes étaient en stade T3 (46%), avaient un temps écoulé depuis le premier diagnostic de moins ou égale à une année (66%), subissaient deux types de traitements antinéoplasiques (59%) et n'avaient pas une récurrence de leur maladie (84%).

Dans le groupe du cancer mammaire, l'âge moyen des participantes était 50,46 (13,35), la majorité des participantes étaient mariées (63%), avaient des enfants (78%), habitaient en milieu urbain (73%), n'étaient pas scolarisées (71%), avaient un revenu familial moins que le SMIG (52%), n'étaient pas actives (94%) et étaient Ramedistes (62%). La majorité de ces participantes étaient en stade T2 (69%), avaient un temps écoulé depuis le premier diagnostic qui dépasse une année (54%), subissaient deux types de traitements antinéoplasiques (43%) et n'avaient pas une récurrence de leur maladie (94%).

Il y avait des différences statistiquement significatives entre quelques variables sociodémographiques qui reflètent la nature de chaque groupe d'âge spécifique (jeunes et âgées). Ainsi, les femmes les plus jeunes avaient tendance à avoir moins d'enfants que les femmes les plus âgées ($\chi^2(1) = 7,26, p\text{-value} < 0,01, V = 0,19$), et étaient plus susceptibles d'exercer une profession que les femmes les plus âgées ($\chi^2(1) = 6,31, p\text{-value} < 0,05, V = 0,17$). En termes de caractéristiques cliniques, il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour les variables cliniques entre les groupes sauf la récurrence de la maladie, en effet, les femmes les plus jeunes avaient tendance à avoir plus de récurrence de leur maladie ($\chi^2(1) = 9,69, p\text{-value} < 0,01, V = 0,22$).

Tableau 16: Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes ayant subi un traitement non-chirurgical réparties selon le type de cancer (N=200).

	Cancers gynécologiques (n=100)	Cancer mammaire (n=100)
Age	49,62 (10,00), 24-69	50,46 (13,35), 25-80
Statut matrimonial (%) :		
Mariée	54	63
Non mariée	46	37
Avoir des enfants (%) :		
Non	28	22
Oui	72	78
Lieu de résidence (%) :		
Rural	42	27
Urbain	58	73
Niveau d'études (%) :		
Aucun	54	71
Primaire/Secondaire/Universitaire	46	29
Revenu familial (%) :		
≤SMIG	72	52
>SMIG	28	48
Situation professionnelle (%) :		
Active	0	6
Retraîtée/ Femme au foyer	100	94
Couverture sanitaire (%) :		
RAMed	96	62
CNOPS/CNSS	4	38
Stade de la maladie (%) :		
T1	32	16
T2	22	69
T3	46	15
Temps écoulé depuis le premier diagnostic (%) :		
≤1 an	66	46
>1 an	34	54
Nombre de traitements antinéoplasiques (%) :		
Un traitement	35	30
Deux traitements	59	43
Quatre traitements	6	27
Récidive de la maladie (%) :		
Oui	16	6
Non	84	94

Nous avons constaté que le type de cancer avait un effet significatif sur la dépression, les troubles de l'image corporelle, les troubles de sommeil, le soutien social et l'estime de soi mais l'âge ne l'était pas (tableau 17). Ainsi, les femmes atteintes du cancer mammaire ont montré une détresse plus élevée que les femmes atteintes de cancers gynécologiques (valeurs $p < 0,01$). Les données n'ont pas montré un effet d'interaction significatif entre l'âge et le type de cancer.

Tableau 17: Comparaison des troubles de la santé mentale selon le type de cancer et les catégories d'âges.

	Cancer mammaire			Cancers gynécologiques			Statistiques
	Total (n=100)	Jeunes (n=56)	Agées (n=44)	Total (n=100)	Jeunes (n=46)	Agées (n=54)	
HADS-A	13,16 (4,03)	12,63 (4,07)	13,84 (3,92)	14,04 (3,96)	14,26 (4,11)	13,88 (3,88)	$F^1(1,196) = 1,32; p = 0,26$ $F^2(1,196) = 0,24; p = 0,62$ $F^3(1,196) = 1,07; p = 0,36$
HADS-D	10,79 (4,47)	9,96 (4,76)	11,84 (3,88)	13,38 (4,41)	13,84 (4,34)	13,04 (4,48)	Kruskal-Wallis (3)=17,16, p=0,001
BIS	9,17 (7,87)	14,29 (6,14)	2,66 (4,10)	15,58 (6,79)	15,67 (6,65)	15,51 (6,95)	Kruskal-Wallis (3)=79,42, p=0,000
PSQI	8,02 (4,24)	7,14 (3,71)	9,14 (4,64)	11,22 (3,76)	11,35 (3,52)	11,12 (3,96)	$F^1(1,196) = 29,9; p = 0,000$ $F^2(1,196) = 2,43; p = 0,12$ $F^3(1,196) = 3,84; p = 0,051$
MSPSS	52,77 (12,64)	54,66 (12,70)	50,36 (12,28)	44,30 (21,18)	47,12 (22,22)	42,18 (20,29)	Kruskal-Wallis (3)=11,10, p=0,01
RSES	18,11 (5,43)	18,18 (5,37)	18,02 (5,58)	13,80 (5,42)	13,19 (4,55)	14,26 (5,99)	$F^1(1,196) = 31,74; p = 0,000$ $F^2(1,196) = 0,35; p = 0,55$ $F^3(1,196) = 0,63; p = 0,42$

Moyenne (Ecart type)

F^1 , type de cancer; F^2 , age; F^3 , interaction

Toutes les mesures indiquées sur la matrice de corrélation étaient fortement inter liées (p -values $<0,01$), montrant une comorbidité marquée entre une anxiété élevée, une dépression élevée, une insatisfaction de l'image corporelle élevée, une mauvaise qualité de sommeil, une faible estime de soi et un faible soutien social avec ses différentes catégories (la famille, le conjoint et les amis) (Tableau 18).

Il y avait une association significative entre le lieu de résidence, le niveau d'instruction, le stade de la tumeur, le nombre de traitements antinéoplasiques et l'anxiété (p -values $<0,05$). Les facteurs associés significativement à la dépression étaient le lieu de résidence, le niveau d'instruction, le revenu familial, la situation professionnelle, la couverture sanitaire, le stade de la tumeur, le traitement antinéoplasique et la récurrence de la maladie (p -values $<0,05$). Le lieu de résidence, le revenu familial, la situation professionnelle, la couverture sanitaire et le nombre de traitements antinéoplasiques étaient significativement associés aux troubles de sommeil (p -values $<0,05$). Pour l'insatisfaction de l'image corporelle, les données ont montré que les facteurs liés à cette dernière étaient l'âge, le statut matrimonial, le lieu de résidence, le revenu familial et la couverture sanitaire (p -values $<0,05$). Le soutien social était significativement lié à l'âge, le niveau d'instruction, le revenu familial, la couverture sanitaire, le stade de la tumeur et le nombre de traitement antinéoplasique (p -values $<0,05$). Tandis que l'estime de soi était significativement associé à l'âge, le lieu de résidence, le revenu familial, la situation professionnelle, la couverture sanitaire et le stade de la tumeur (p -values $<0,05$).

Tableau 18: Matrice de corrélation des mesures de la santé mentale.

	HADS-D	PSQI	BIS	MSPSS	MSPSS-F	MSPSS-C	MSPSS-A	RSES
HADS-A	0,737**	0,569**	0,229**	-0,401**	-0,407**	-0,459**	-0,137	-0,730**
HADS-D	-	0,576**	0,325**	-0,466**	-0,446**	-0,523**	-0,198**	-0,736**
PSQI	-	-	0,330**	-0,489**	-0,511**	-0,520**	-0,191**	-0,696**
BIS	-	-	-	-0,178**	-0,268**	-0,283**	0,100	-0,461**
MSPSS	-	-	-	-	0,871**	0,852**	0,770**	0,570**
MSPSS-F	-	-	-	-	-	0,697**	0,478**	0,613**
MSPSS-C	-	-	-	-	-	-	0,431**	0,640**
MSPSS-A	-	-	-	-	-	-	-	0,174**

(Test de Pearson, *p<0,05, **p<0,01)

Dans l'analyse de la régression multiple (tableau 19), le pourcentage de variance expliqué par les six modèles de prédiction variait de 6,8% à 28,7%. Les variables qui prédisent les troubles anxieux étaient le fait d'avoir un niveau plus bas d'instruction et une tumeur de stade avancé. Pour une dépression élevée, les variables incluses étaient : une tumeur de stade avancé et une récurrence de la maladie. Pour une mauvaise qualité de sommeil, les variables incluses étaient : le fait de ne pas avoir une occupation et avoir un revenu familial plus bas. Les variables qui prédisent une insatisfaction de l'image corporelle étaient : être plus jeune, non mariée et résidente en milieu rural. Pour une perception élevée du soutien social, les variables incluses étaient : un niveau d'instruction plus élevé, un revenu familial élevé et une tumeur de stade précoce. Tandis que le modèle de prédiction de l'estime de soi n'a inclus aucune variable.

Tableau 19: Régression multiple pour les mesures de la détresse mentale.

	R2 Ajusté	F	B (95% IC)	SE	Beta	Sr2
Anxiété	6,8%	4,65				
Constante			10,31 ;15,93	1,42		
Niveau d'éducation			-2,45 ; -0,19	0,57	-0,16*	-0,16
Stade de la maladie			-0,19 ;1,73	0,39	0,17*	0,17
Dépression	12,4%	4,53				
Constante			16,07 ;28,82	3,23		
Stade de la maladie			0,11 ;1,86	0,44	0,15*	0,15
Récidive de la maladie			-4,89 ; -1,00	0,98	0,20**	0,21
PSQI	15,4%	8,23				
Constante			15,38 ;24,14	2,22		
Revenu familial			-4,06 ; -1,09	0,75	-0,29**	-0,23
Occupation			-7,52 ; -0,93	1,66	-0,16*	-0,17
BIS	28,7%	14,37				
Constante			25,76 ;41,58	4,01		
Age			-0,39 ; -0,22	0,04	-0,45**	-0,45
Statut matrimonial			0,04 ;4,29	1,07	0,13*	0,14
Lieu de résidence			-4,74 ; -0,09	1,11	-0,13*	-0,14
Soutien social	13,2%	6,03				
Constante			31,87 ; 68,30	9,23		
Niveau d'éducation			0,33 ; 10,21	2,50	0,14	0,15
Revenu familial			3,18 ; 15,66	3,16	0,25	0,21
Stade de la maladie			-7,09 ; -0,43	1,68	-0,15	-0,15

R2, coefficient de détermination multiple ajusté ; SE, erreur standard ; SR2, corrélation semi-partielle au carré.

(*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001).

2. Perceptions des professionnels de la santé exerçant HQ VHUYLFHV isafvle ROR O p Y D Q u i d d e s e Q u e n t a l e c h e z l e s p a t i e n t s a t t e i n t s d u c a n c e r

2.1 Résultats relatifs aux caractéristiques sociodémographiques des participantes

2.1.1 Sexe des participants

L'analyse de la répartition des participants selon le sexe, illustrés à travers les histogrammes représentés dans la figure 32, a montré que 78,7% des participants sont de sexe féminin alors que 21,3% sont de sexe masculin.

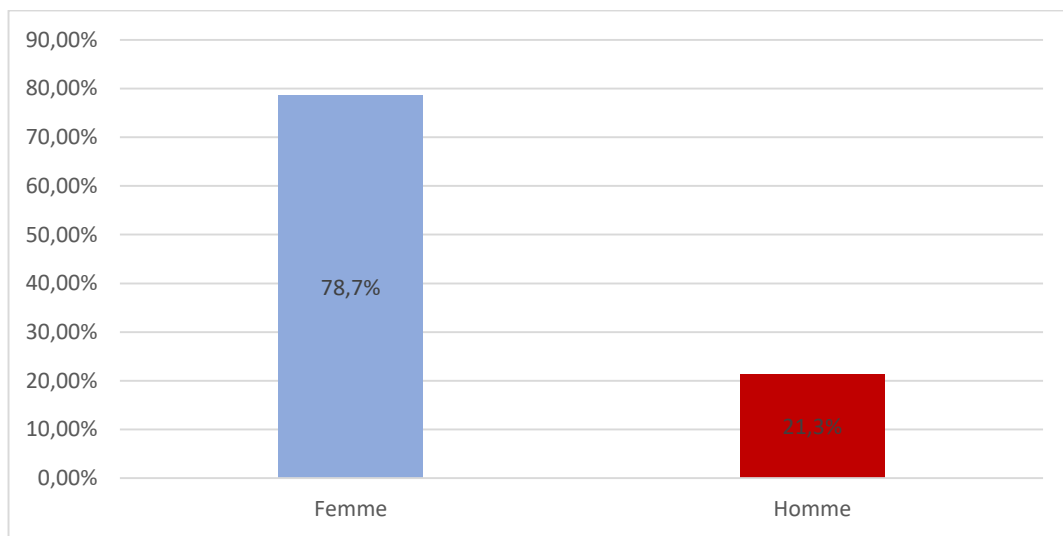


Figure 32: Répartition des participants selon leur sexe (N=164).

2.1.2 Age des participants

L'analyse de la répartition des participantes selon les tranches d'âge, illustrée à travers les histogrammes représentés dans la figure 33, a montré que 54,27% des participants à l'enquête sont des jeunes âgés de moins de 30 ans, alors que l'âge du reste varie entre 30 et 60 ans.

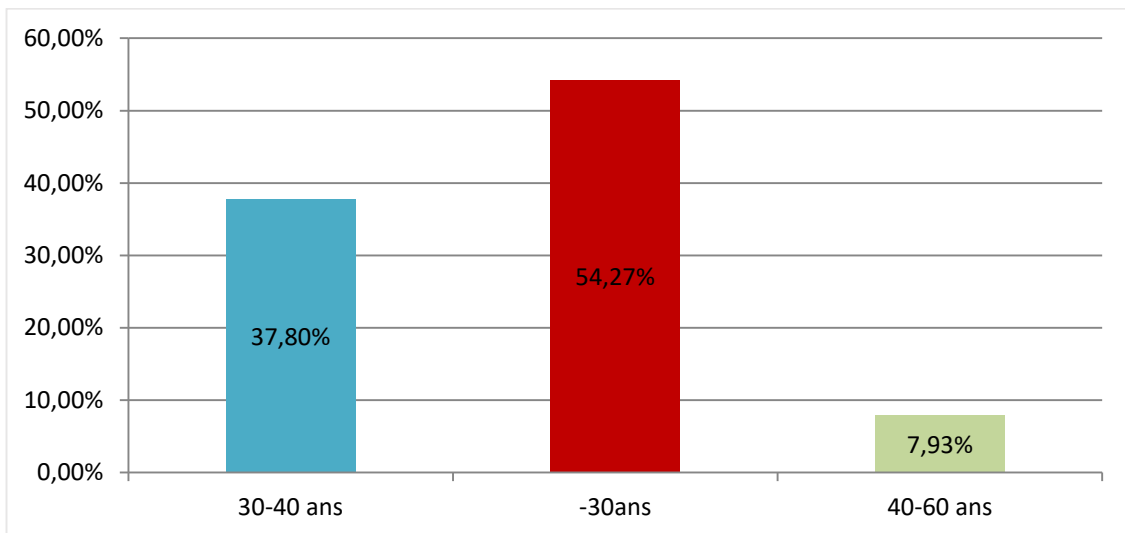


Figure 33: Répartition des participants selon les tranches d'âge (N=164).

2.1.3 Secteur d'activité

En termes de secteur d'activité, les données montrent que la majorité des professionnels ciblés (81,1%) appartiennent au secteur public, 17,7% au secteur semi-publique et 1,2% au secteur privé. Ces résultats sont repris dans le graphique de la figure 34.

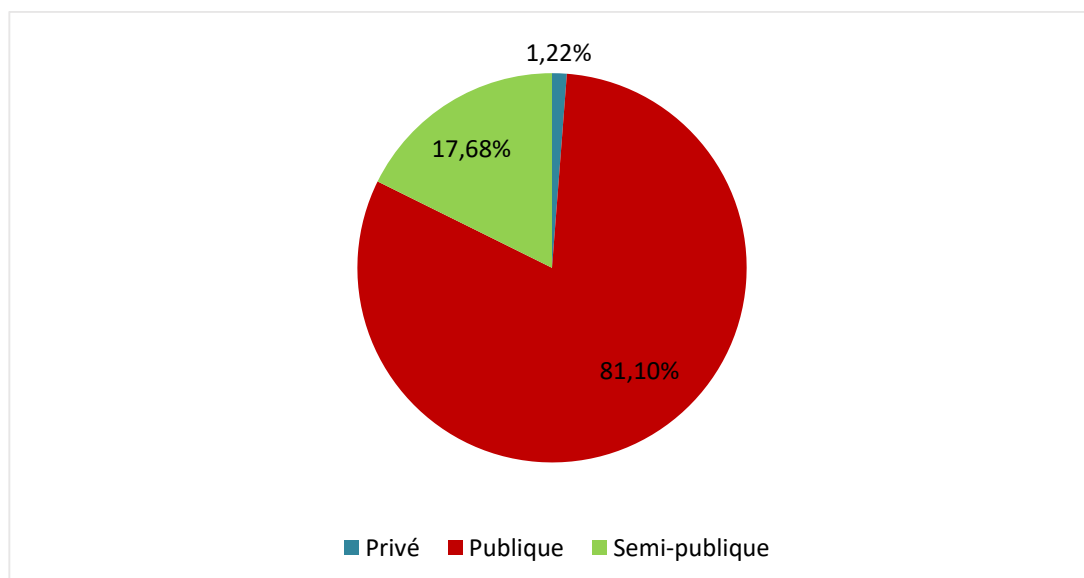


Figure 34: Répartition des participants selon le secteur d'activité (N=164).

2.1.4 Ville d'activité

L'enquête a ciblé généralement les professionnels de la santé au sein des grands pôles du pays, dont Casablanca, Rabat, Marrakech et Meknes/Fès, qui ont représenté plus de 82% des enquêtés. Tandis que les autres villes ont participé avec un pourcentage qui ne dépasse pas 18% (figure 35).

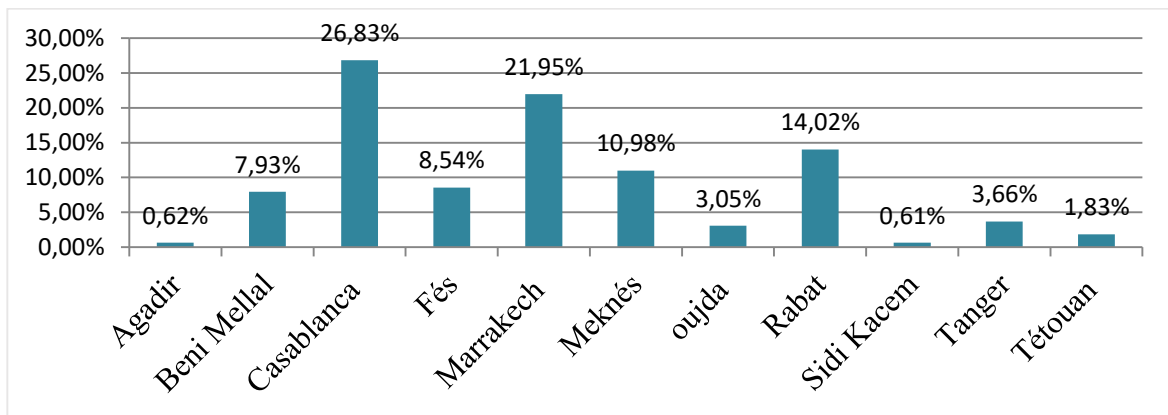


Figure 35: Répartition de participants selon leur ville d'activité (N=164).

2.1.5 Profil des participants

L'analyse de la répartition des participants selon le profil a révélé que 59,8% des professionnels sont des infirmiers/infirmières, 35,4% sont des oncologues, 3% sont des assistantes sociales et 1,8% sont des psychologues (figure 36).

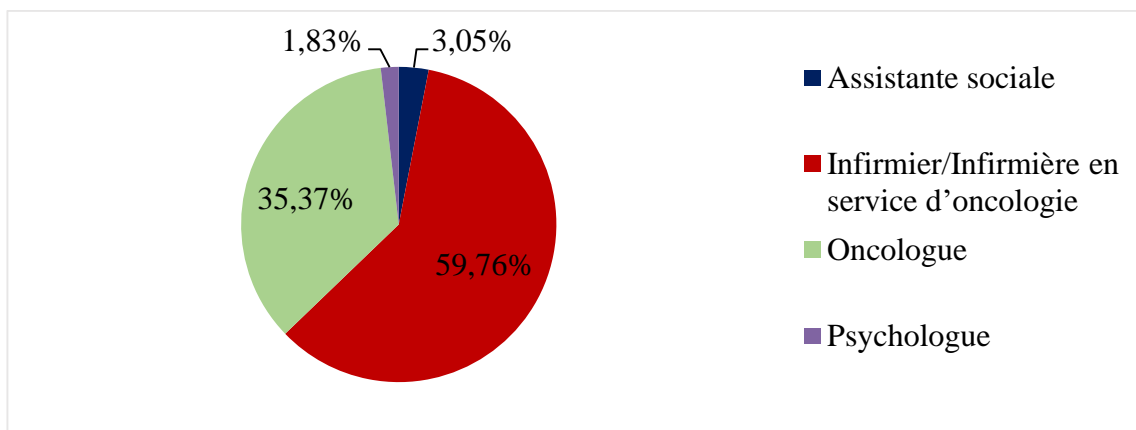


Figure 36: Répartition des participants selon leur profil (N=164).

2.1.6 Années d'expérience professionnelle

Les histogrammes de la figure 37, illustrant la répartition des participants selon les années de leur expérience professionnelle, montrent que la moitié des professionnels (50,61%) ont une expérience professionnelle de moins de 5 ans, les années d'expériences de 30,49% des professionnels varient entre 5 ans et 10 ans, 16,46% des professionnels ont une expérience de 10 à 15 ans, tandis que seulement 2,44% des professionnels ciblés ont une expérience professionnelle qui dépasse 15 ans.

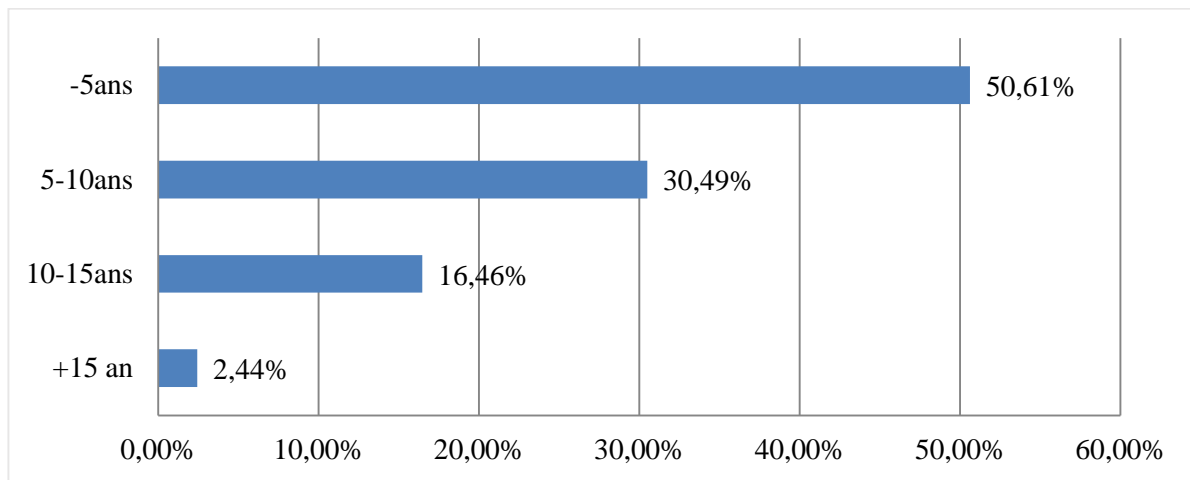


Figure 37: Répartition des participants selon leurs années d'expérience (N=164).

2.2 Résultats relatifs aux connaissances des participants acquises en psycho oncologie

2.2.1 Perceptions des professionnels vis-à-vis les patients souffrants de troubles psychologiques

La grande majorité (95,12%) des professionnels ont déclaré que les patients cancéreux ont un besoin pressant en matière de la prise en charge psychologique (figure 38).

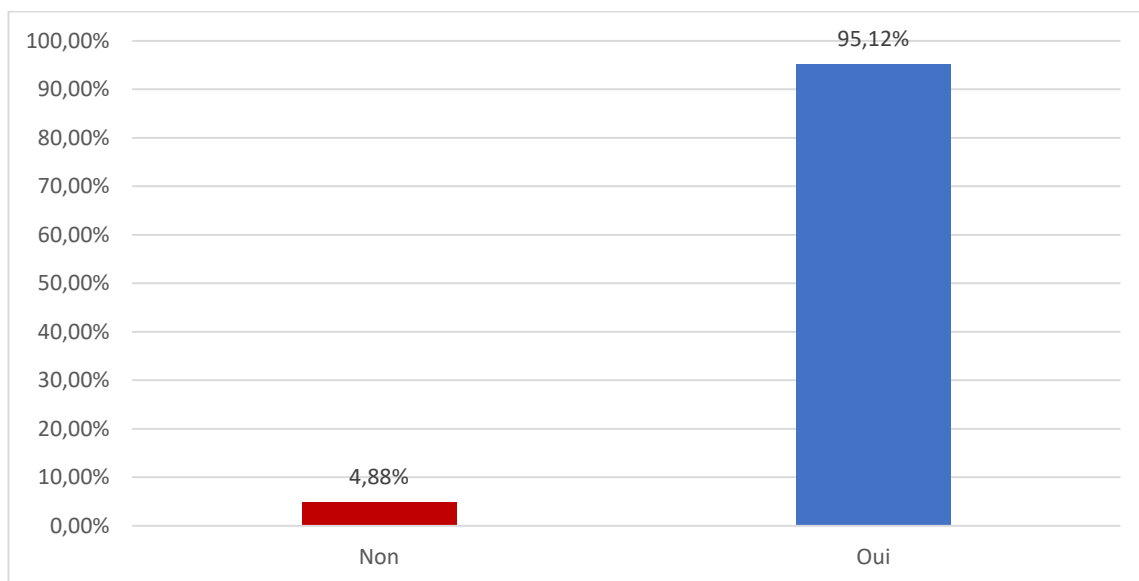


Figure 38: Répartition des patients selon leur besoin en matière de la prise en charge psychologique (N=164).

2.2.2 Estimation des patients concernés par l'évaluation des troubles de la santé mentale

La présente étude a montré que plus que 82% des professionnels pensent que tous les patients cancéreux nécessitent une évaluation de la détresse mentale et 15,9% pensent que beaucoup d'entre les patients nécessitent cette évaluation (figure 39).

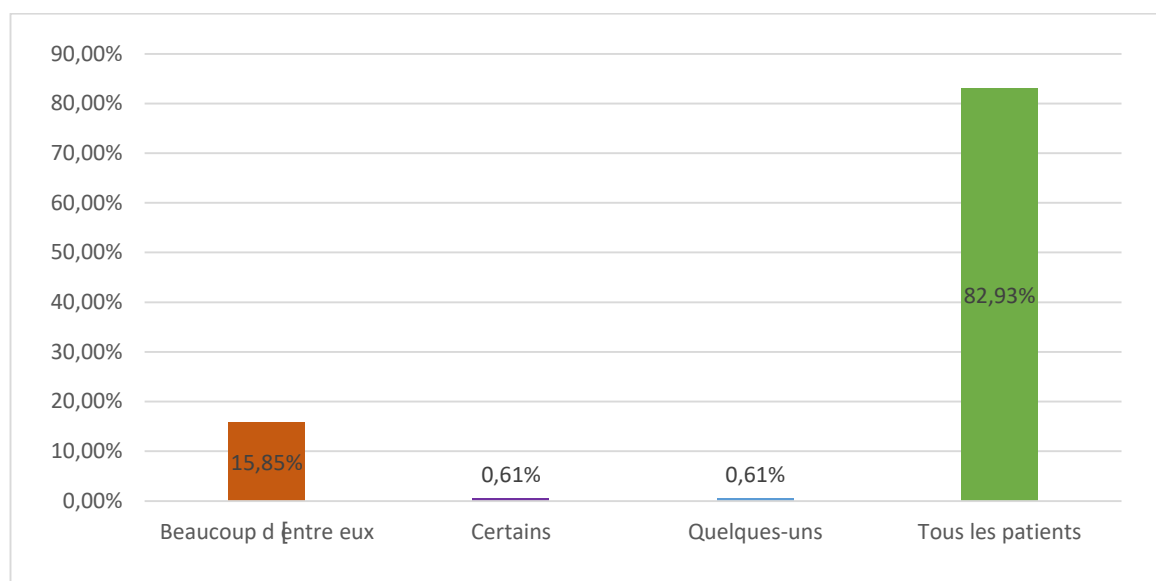


Figure 39: Estimation des patients concernés par l'évaluation des troubles de la santé mentale (N=164).

2.2.3 Estimation du pourcentage des patients qui souffrent de troubles psychologiques

L'analyse des données recueillies sur l'estimation du pourcentage des patients souffrants de troubles psychologiques, révèle, comme illustré dans la figure 40, que 40,70% des participants estiment le pourcentage des patients cancéreux souffrants de la détresse en 50% à 100%, 21,34% des participants estiment que le pourcentage des patients atteints de la détresse varie entre 25% et 50% tandis qu'une minorité (4,8%) de ces participants estiment la détresse chez la catégorie 0-25% des patients atteints du cancer.

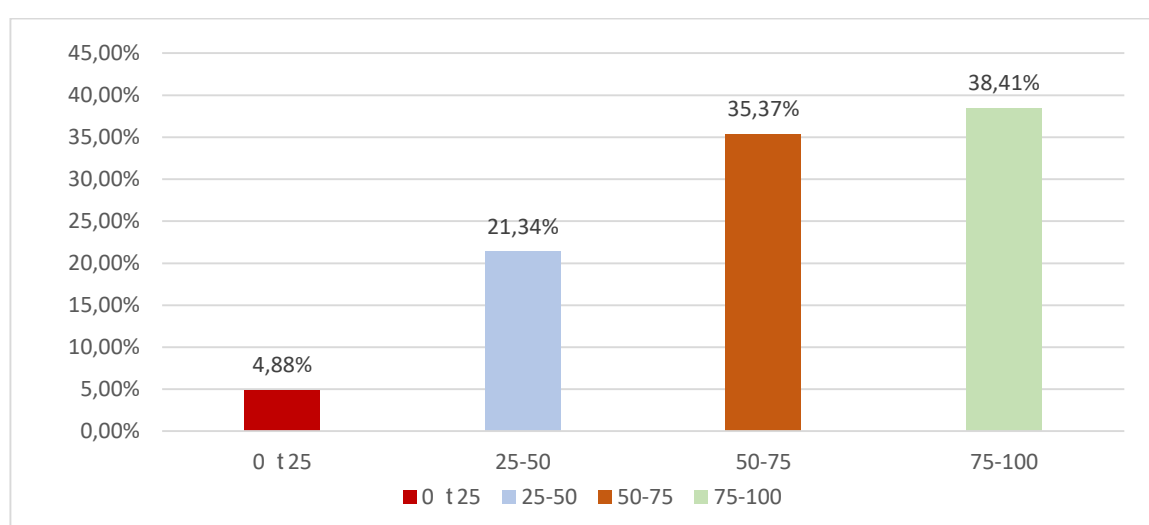


Figure 40: Estimation du pourcentage des patients cancéreux qui souffrent de la détresse par les participants (N=164).

2.2.4 Degré d'importance de l'évaluation des troubles de la santé mentale chez les patients cancéreux

La grande majorité des professionnels (70,7%) ont considéré que l'évaluation des troubles de la santé mentale est très importante, 27,4% l'ont considéré importante, tandis que la minorité (1,83%) de ces professionnels trouvent que cette évaluation est peu à très peu importante (figure 41).

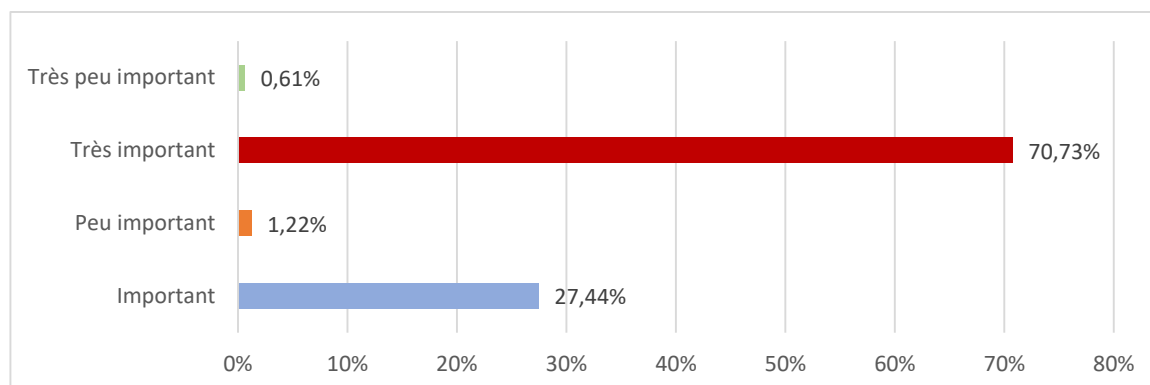


Figure 41: Degré d'importance d'évaluation des troubles de la santé mentale chez les patients cancéreux (N=164).

2.2.5 Formations des professionnels de la santé en psycho oncologie

En termes de formations des professionnels de la santé en psycho oncologie, le graphique de la figure 42 indique que la grande majorité (91%) des professionnels n'ont pas reçu une formation spécifique en psycho oncologie, tandis que seulement 9% des professionnels ont rapporté qu'ils ont bénéficié de la dite formation.

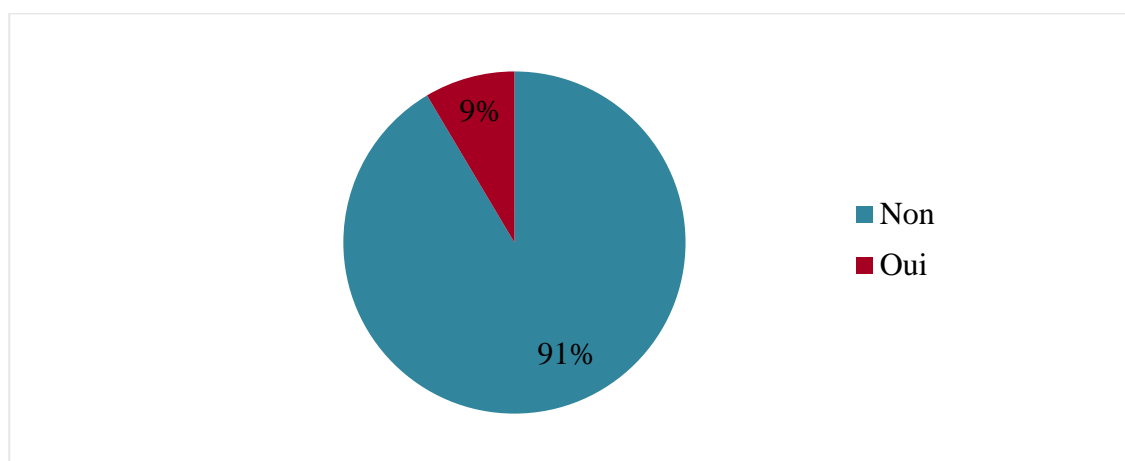


Figure 42: Répartition des participants selon leur bénéfice de formations en psycho-oncologie (N=164).

2.2.6 Estimation des patients atteints des troubles de la santé mentale au sein des services d'oncologie

La quasi-totalité des participants à cet enquête au nombre de 95,12% déclarent qu'ils rencontrent fréquemment des patients qui souffrent des troubles psychologiques au niveau des services d'oncologie (figure 43).

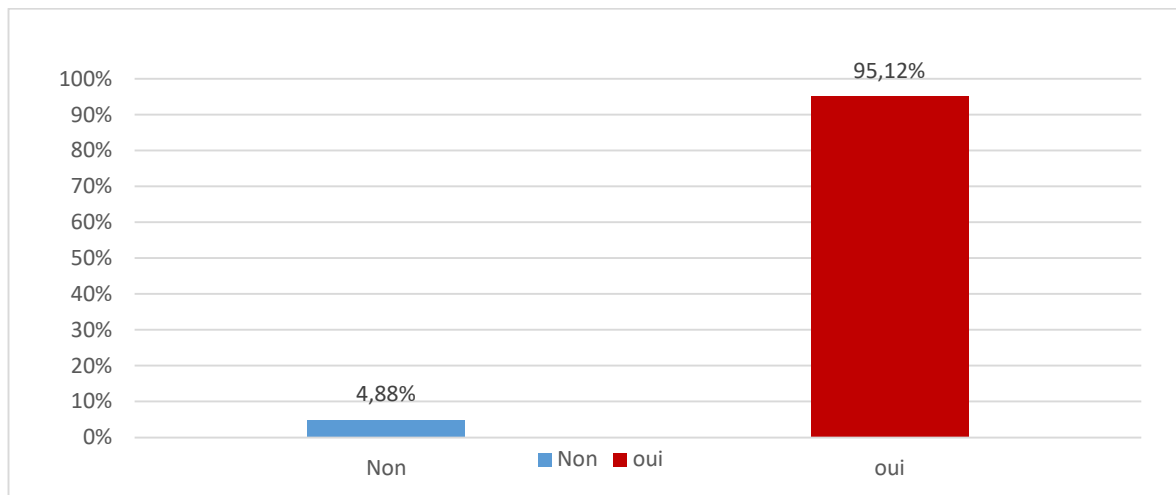


Figure 43: Estimation des patients atteints de troubles psychologiques au sein du service (N=164).

2.2.7 Les troubles de la santé mentale des patients atteints du cancer déclarés par les professionnels de la santé exerçants en oncologie

Les professionnels exerçant au sein des services d'oncologie qualifient les troubles dépressifs, les troubles anxieux, la peur de la récurrence, l'insatisfaction de l'image corporelle et la dépression majeure comme étant des facteurs majeurs du déséquilibre psychologique chez les patients cancéreux. Alors que les troubles de l'anxiété vis-à-vis du futur, les tentatives de suicide, la peur de mourir et de laisser ses enfants et le déni de la maladie représente des troubles moyennement rencontrés chez les patients (figure 44).

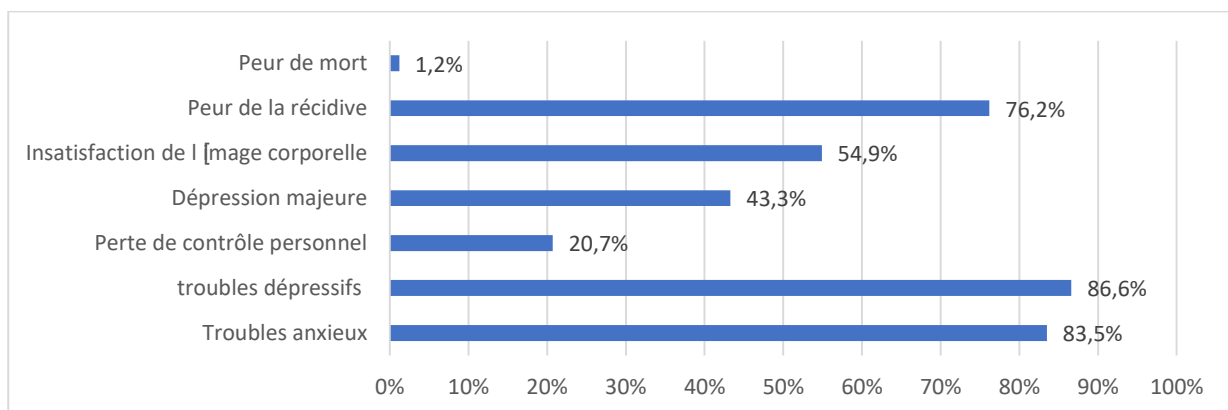


Figure 44: Troubles de la santé mentale des patients atteints du cancer déclarés par les professionnels en oncologie (N=164).

2.3 La détresse mentale chez les patients cancéreux par les professionnels de la santé exerçant en oncologie

2.3.1 les moments critiques de la manifestation de la détresse mentale chez les patients cancéreux

L'analyse des données recueillies sur les moments critiques de la manifestation de la détresse mentale chez les patients atteints de cancer, révèle, comme illustré dans la figure 45, que les jours qui suivent l'annonce de la maladie sont les moments critiques qui génèrent plus de détresse aux regards des professionnels de santé avec un pourcentage de 82,30%, suivi par le diagnostic d'une récurrence ou d'une progression avec un pourcentage de 78%, puis la phase palliative avec 62,80%, ensuite devant le traitement avec 60%, autour du diagnostic avec 51,20%, lors de la fin de vie avec 37,80%, en période post traitement avec 33,5% et enfin au cours de la période d'investigation avec un pourcentage de 33%.

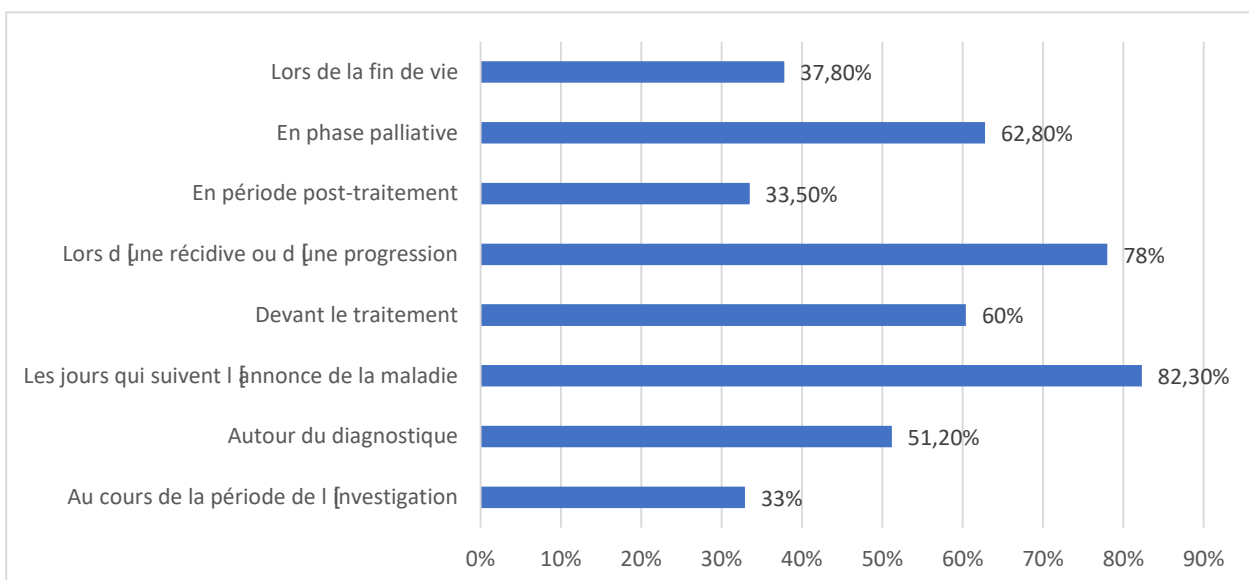


Figure 45: Moments critiques de manifestation de la détresse mentale chez les patients cancéreux (N=164).

2.3.2 Les indicateurs repérés par les professionnels de la santé pour identifier la détresse mentale chez les patients atteints du cancer

Quant à l'identification de la détresse mentale chez les patients atteints de cancer, les professionnels de la santé ont rapporté les indicateurs suivants : les indicateurs verbaux avec un pourcentage de 75,6%, les indicateurs affectifs avec un pourcentage de 59%, l'apparence physique avec 48,2% et les symptômes physiques sans cause organique avec 39%. D'autres professionnels au pourcentage de 12% n'ont aucune idée par vis-à-vis des indicateurs d'identification de la détresse mentale en oncologie (figure 46).

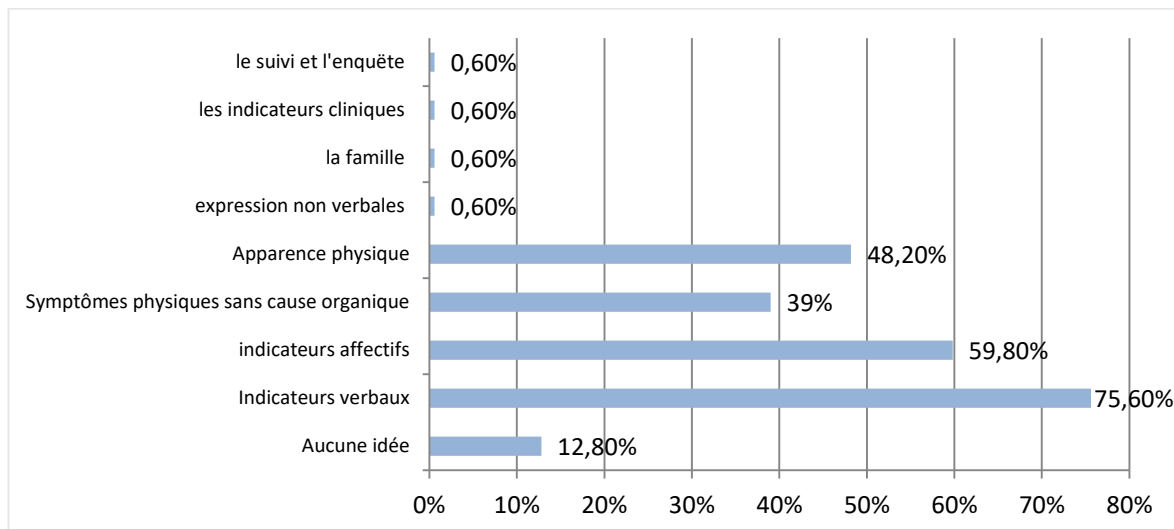


Figure 46: Indicateurs repérés par les professionnels pour identifier la détresse (N=164).

2.3.3 Disponibilité d'un psychiatre/psychologue pour référer les patients atteints de la détresse mentale

L'analyse des données, recueillies sur la disponibilité d'un spécialiste en santé mentale pour référer les patients atteints de la détresse mentale, a montré que plus que la moitié des participants (60%) ont confirmé la présence d'un psychiatre/psychologue en cas de besoin de référence des patients cancéreux (figure 47).

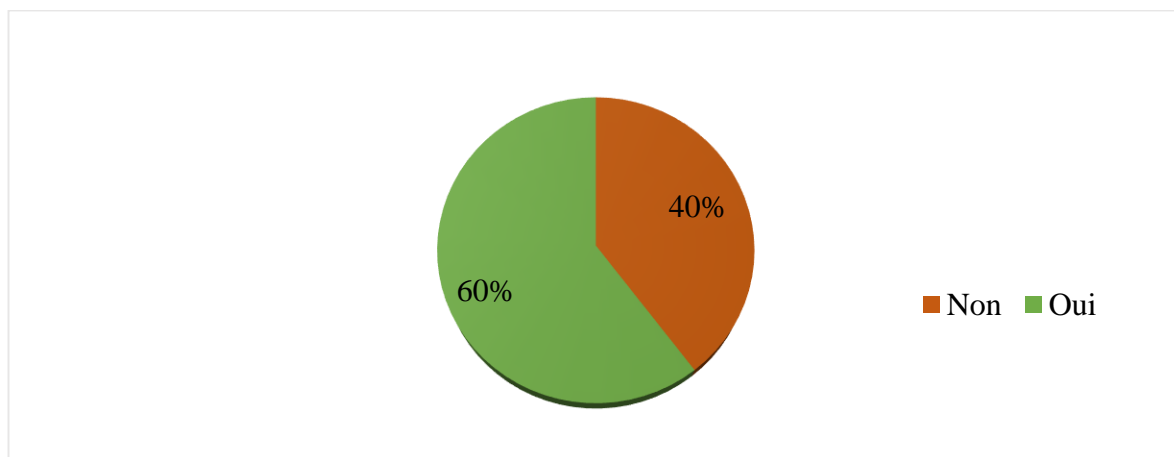


Figure 47: Disponibilité d'un psychiatre/psychologue pour référer les patients (N=164).

2.3.4 Pratique de l'évaluation de la détresse mentale chez les patients cancéreux

En termes d'évaluation de la détresse mentale chez les patients atteints du cancer, les données montrent que 48,59% des professionnels de la santé pratiquent l'évaluation de la détresse mentale chez les patients cancéreux alors que 41% n'évaluent pas cette détresse (Figure 48).

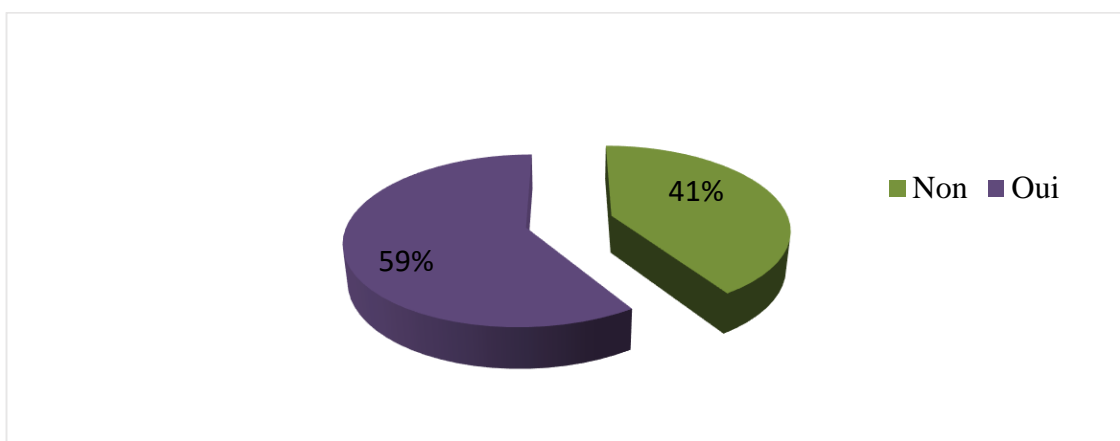


Figure 48: Pratique d'évaluation de la détresse mentale des patients cancéreux (N=164).

2.3.5 Stratégies d'identification de la détresse mentale chez les patients cancéreux

Quant aux stratégies de l'identification de la détresse mentale chez les patients cancéreux, les données montrent que les participants se basaient sur les stratégies suivantes : la connaissance du patient (64,9%), la demande directe à la famille (60,8%), la demande directe au patient (57,7%), l'utilisation du jugement subjectif (35,1%), la vérification des antécédents médicaux (32%), tandis que seulement 21,6% des participants ont rapporté l'utilisation des échelles d'évaluation de la détresse mentale.

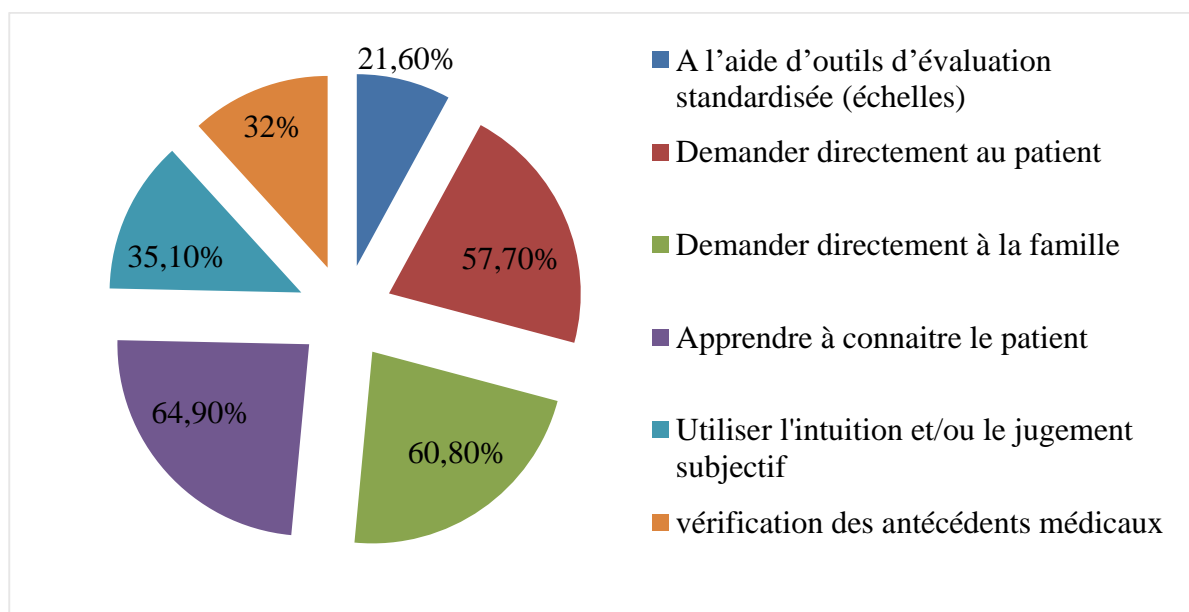


Figure 49: Stratégies d'identification de la détresse chez les patients cancéreux (N=164).

2.3.6 Barrières de pratique de l'évaluation de la détresse mentale chez les patients cancéreux

Le tableau 20 représente les barrières de pratique qui rendent l'évaluation de la détresse irréalisable ou reçoit peu d'attention lors de la prise en charge des patients cancéreux selon les professionnels enquêtés.

Tableau 20: Les barrières de pratique de l'évaluation de la détresse mentale chez les patients cancéreux

Les barr	Pourcentage
La surcharge du travail	84,8%
Le manque de formations sur les méthodes de dépistage	78,0%
Le manque de Ressources humaines	64,0%
Le défis de temps	59,8%
L'organisation du travail centré sur la tâche et le manque de continuité dans les soins	38,4%
Le manque de clarification des rôles entre les professionnels	29,3%
Le manque d'espace et d'intimité	32,3%
Le dépistage de la détresse est moins important par rapport à d'autres aspects d'études d'imagerie ou les données histopathologies.	15,2%
Les barrières liées aux patients (réticence....)	23,2%
L'absence d'un spécialiste pour la référence des patients	0,6%
Le manque de suivi	0,6%

2.4 Résultats relatifs aux perceptions des professionnels de santé exerçant en oncologie vis-à-vis de

2.4.1 Avis des professionnels de la santé sur l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse

L'exploration de l'avis des professionnels de la santé sur l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse en oncologie, a montré que la quasi-totalité des professionnels de la santé (97%) ont déclaré un besoin accru en matière de cette implantation.

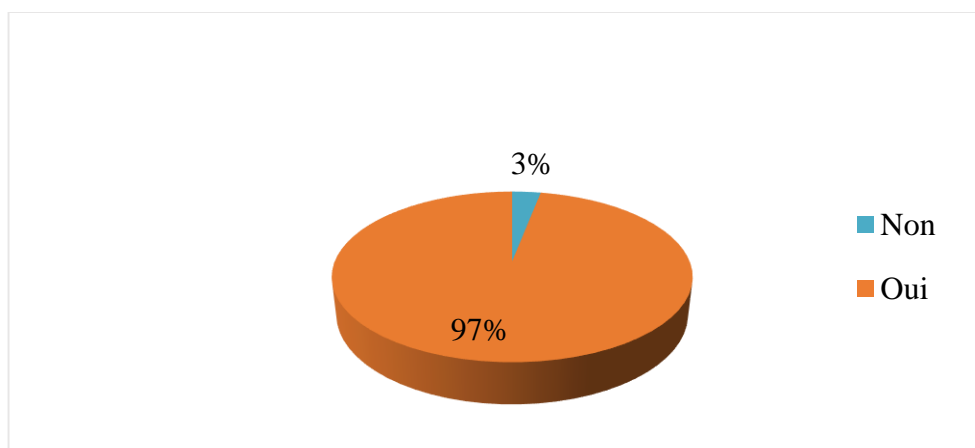


Figure 50: Perceptions des professionnels de santé en oncologie sur l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse (N=164).

2.4.2 Facteurs favorisant le succès de l'implantation d'un outil de dépistage de la détresse au profit des infirmiers exerçant en services d'oncologie

Interrogés sur les facteurs favorisant le succès de l'implantation d'un outil de dépistage de la détresse liée à la santé mentale auprès des infirmiers exerçant au sein des services d'oncologie, les praticiens ont noté les facteurs suivants (Figure 51) :

- Assurer des formations spécifiques en psycho-oncologie

Le facteur favorisant le succès de l'implantation d'un outil de dépistage de la détresse mentale le plus relevé par les professionnels de santé en services d'oncologie était l'organisation régulière des formations de toute l'équipe soignante en psycho-oncologie avant l'implantation et assurer un suivi de l'utilisation de l'outil par les professionnels formés afin de garantir le développement de compétences non-techniques nécessaires chez l'équipe soignante.

- Avoir un spécialiste en santé mentale (psycho-oncologue/psychologue/psychiatre) au sein du service

Les professionnels de santé ont signalé que la présence d'un spécialiste au sein du service (psycho-oncologue/psychologue/psychiatre) est nécessaire pour garantir la prise en charge de la détresse liée à la santé mentale dépistée et évaluée par l'équipe soignante.

- Instaurer un protocole d'évaluation de la détresse mentale au sein du service

Les professionnels en services d'oncologie ont rapporté que parmi les facteurs qui vont favoriser le succès de l'implantation d'un outil de dépistage de la détresse était l'instauration d'un protocole d'évaluation systématique de la détresse basé principalement sur un organigramme qui précise le rôle de chaque intervenant au service, le processus de la prise en charge de la détresse ainsi que l'intégration de la consultation infirmière dans ce protocole.

- Augmenter l'effectif des professionnels de la santé en services d'oncologie

D'autres professionnels ont déclaré que l'augmentation de l'effectif des oncologues, des infirmiers et des assistantes sociales pourrait favoriser le succès de cette implantation.

- Adopter une approche holistique

Certains participants ont réclamé que l'adoption d'une approche holistique en intégrant tous les professionnels concernés notamment l'oncologue, l'infirmier, l'assistante sociale et le spécialiste en santé mentale et en prenant en considération leurs avis sur les directives du protocole de dépistage et d'évaluation pourrait être un facteur favorisant le succès de cette implantation.

- Intégrer la famille dans l'évaluation et la prise en charge de la détresse

Les participants ont déclaré que l'intégration de la famille est nécessaire pour aider les patients à faire face à leur détresse. Cela inclut, la sensibilisation des proches sur l'importance de l'accompagnement et de soutien du patient, plus particulièrement, la non-stigmatisation du patient atteint du cancer.

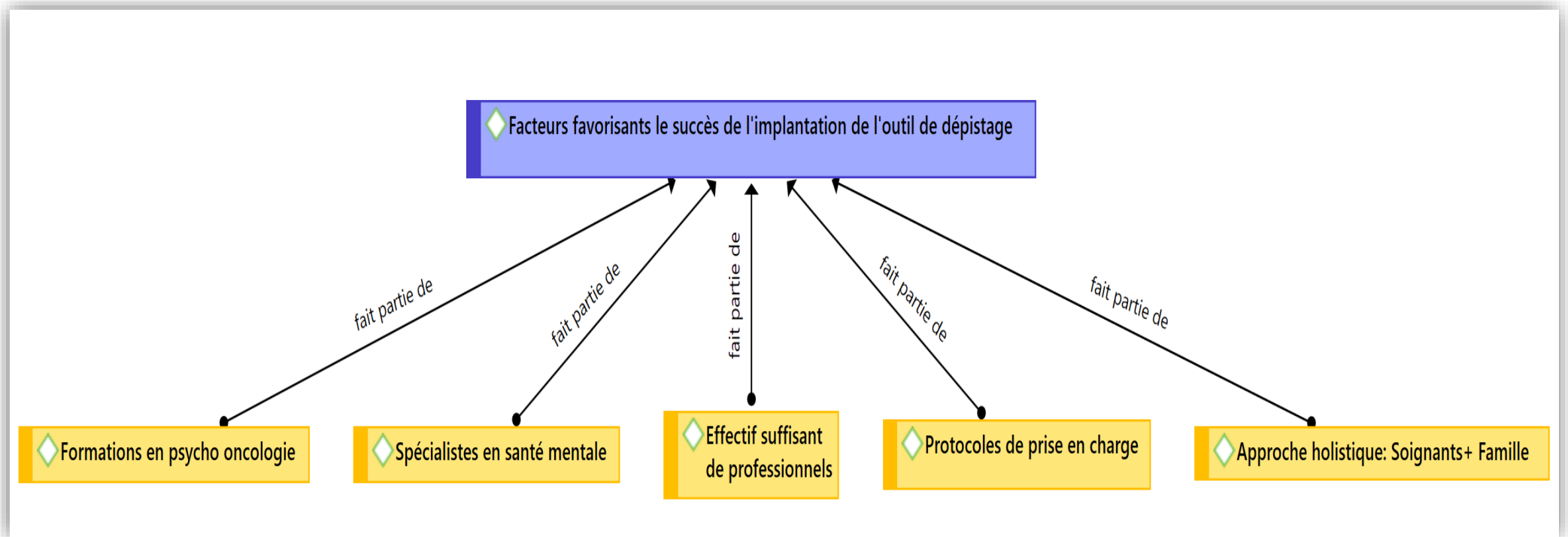


Figure 51: Facteurs favorisant le succès de l'implantation d'un outil de dépistage de la détresse mentale auprès des infirmiers au sein des services d'oncologie.

2.4.3 Composantes de l’outil de dépistage de la détresse mentale chez des patients atteints du cancer

Interrogés sur leurs avis concernant les composantes de l’outil de dépistage de la détresse mentale des patients atteints de cancer, la majorité des participants ont noté que l’outil pourrait être sous forme d’une échelle d’évaluation pratique, avec un score à calculer, constituée principalement d’une partie d’identification du patient, une composante qui évalue les antécédents de la santé mentale du patient, une autre qui évalue l’aspect psychologique et une composante qui évalue l’aspect social (figure 52).

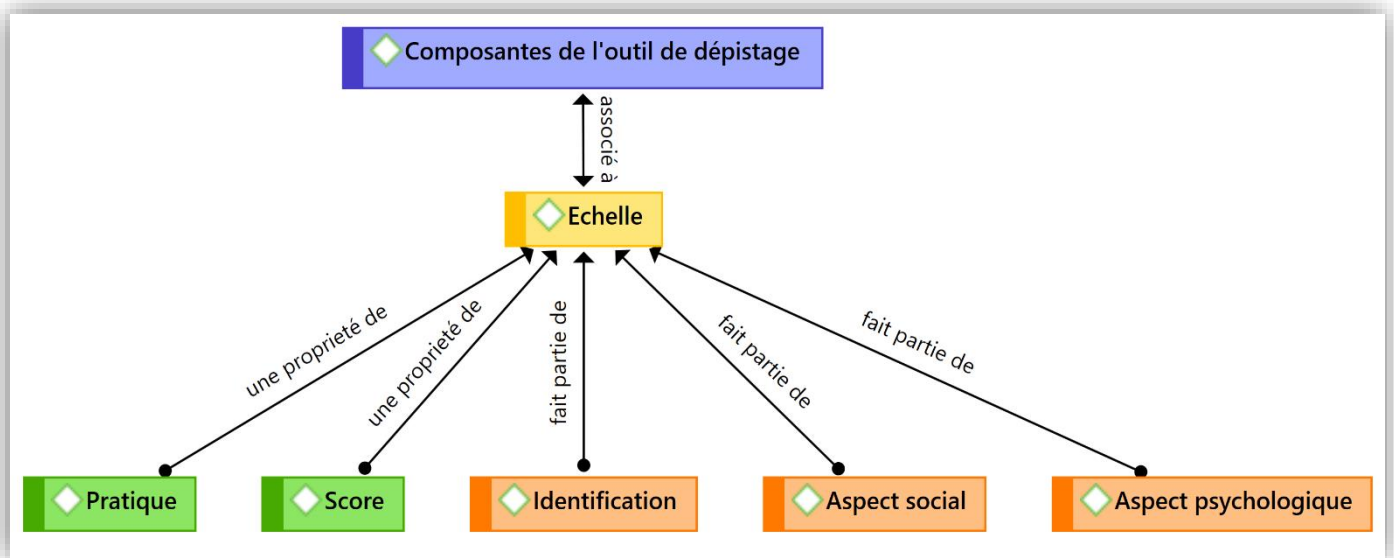


Figure 52: Principales composantes de l’outil de dépistage de la détresse en oncologie.

2.4.4 Facteurs facilitants l’utilisation de l’outil de dépistage de la détresse mentale des patients atteints de cancer par les infirmiers exerçant en oncologie

Les participants ont signalé certains facteurs qui pourraient faciliter l’utilisation de l’outil de dépistage de la détresse par les infirmiers en service d’oncologie (Figure 53). Ces facteurs incluent principalement la disponibilité d’un lieu dédié à la prise en charge psychologique et qui garantit l’intimité du patient. Puis l’outil de dépistage devrait respecter certains critères tels que son adaptation aux besoins du patient et à son cadre de référence (traduit, adapté et validé dans le contexte Marocain) et aux conditions de travail du personnel (joint le dossier du patient, facile à remplir, version courte).

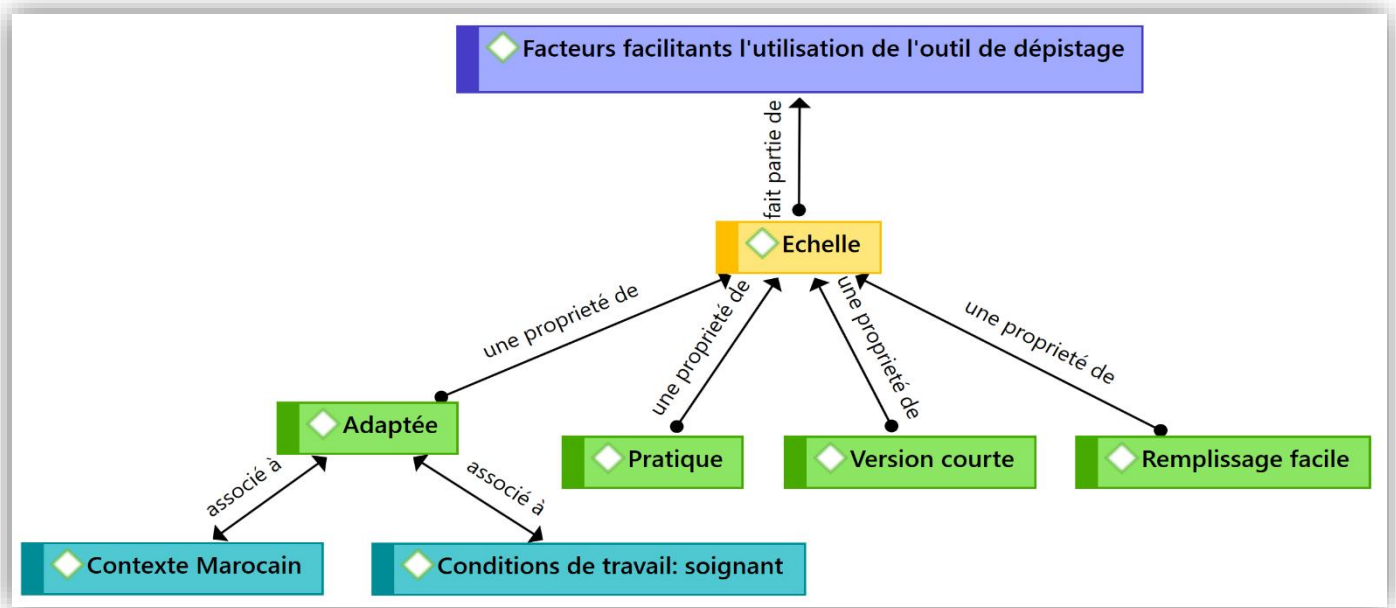


Figure 53: Facteurs facilitants l'utilisation de l'outil de dépistage de la détresse en oncologie.

2.4.5 L'impact de l'implantation d'un protocole de l'évaluation de la détresse mentale en oncologie

Le tableau 21 indique l'impact de l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse en oncologie selon les professionnels enquêtés.

Tableau 21: L'impact de l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse en oncologie au regard des professionnels de la santé.

Propositions	Bonne (%)
Favoriser l'évaluation des besoins et l'identification de problématiques des patients atteints du cancer	75%
Elaborer un plan thérapeutique complet	59,15%
Favoriser la communication et le soutien de la part des professionnels	68,29%
Favoriser l'intervention thérapeutique	57,32%
Favoriser la référence à des services spécialisés qui peuvent mieux aider	64,63%
Favoriser la collaboration interprofessionnelle	64,02%

3. (O D E R U D W L R Q G ¶ X Q) Systématique de la détresse au profit des infirmiers en oncologie : Oncopsychomètre

3.1 Présentation de l'outil de dépistage

En se basant sur les directives du National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (59), et en s'appuyant sur les critères rapportés par les professionnels de la santé en services d'oncologie, nous avons conçu un Oncopsychomètre pratique bilingue en arabe et en français sur une application Web. Il s'agit d'une échelle visuelle analogique pour prédire " la détresse mentale" et d'un domaine de résultat "l'aide requise". Chaque domaine est évalué sur une échelle de Likert à 11 points (0 à 10) dans un format de psychomètre visuel. Ainsi, l'outil peut être considéré comme une adaptation du thermomètre de la détresse, avec une notation (demi-points), un codage couleur et une durée (une semaine).

L'Oncopsychomètre est accompagné d'une liste des problèmes du National Comprehensive Cancer Network (NCCN), cette liste se compose de 39 éléments de sources potentielles de détresse et elle sert à aider l'infirmier à identifier les sources de détresse des patients (59). La liste des problèmes fournit une liste complète de catégories, y compris les problèmes pratiques, familiaux, physiques et émotionnels, ainsi que les préoccupations spirituelles/religieuses. Généralement, les patients qui obtiennent un score de 4 ou plus sur le psychomètre de la détresse mentale sélectionnent plus d'éléments dans la liste des problèmes. Les patients qui signalent une détresse sélectionnent fréquemment des problèmes dans le domaine émotionnel. D'autres éléments associés au risque de détresse comprennent des problèmes du domaine physique, comme le sommeil et les déplacements, et des problèmes du domaine émotionnel, comme la nervosité. Une source courante de détresse plus tard dans la trajectoire de soins contre le cancer est la pression financière (59,220,221) (Figure 54, Figure 55).

https://www.oncopsychometre.com/fr

Oncopsychomètre

une application Web de dépistage et de suivi de l'état de la santé mentale chez les patients atteints du cancer

Identification du patient :

Code du patient : Nom complet : Age :

Type du cancer: Stade du cancer: Type de traitement suivi:

Sexe : Suivi par un psychiatre/psychologue

Instructions :

Veillez demander au patient de déplacer le curseur du premier psychomètre selon le degré d'intensité de la détresse mentale qu'il a ressenti depuis le début de la dernière semaine et jusqu'à présent. De la même manière, demandez au patient de déplacer le curseur du deuxième psychomètre afin de déterminer le niveau d'aide psychologique qu'il souhaite recevoir. Les deux psychomètres sont gradués de 0 à 10, avec 0 correspondant à une intensité minimale alors que 10 indique une intensité maximale.

Sensation extrême de la détresse

Aucune sensation de détresse

0 ————— 10

Psychomètre de la détresse mentale

Désespérément besoin d'aide

Pas besoin d'aide, je peux gérer par moi même

0 ————— 10

Psychomètre de l'aide requise

Liste des psychogènes :

Veillez indiquer si l'un (ou plusieurs) des éléments suivants a été un problème pour le patient depuis la semaine dernière et jusqu'à aujourd'hui. Assurez-vous de cocher tous les problèmes rencontrés.

<p>Problèmes pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Garde d'enfants <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Finance/Assurance <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Travail/École <input type="checkbox"/> Décisions de traitement <p>Problèmes familiaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problèmes d'enfants <input type="checkbox"/> Problèmes de conjoint <input type="checkbox"/> Problèmes de procréation <input type="checkbox"/> Problèmes de santé familiale <p>Problèmes émotionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Peurs <input type="checkbox"/> Nervosité <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Inquiétude <input type="checkbox"/> Perte d'intérêt pour les activités habituelles <p>Préoccupations</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Préoccupations spirituelles/religieuses 	<p>Problèmes physiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apparence <input type="checkbox"/> Baignade/Habillage <input type="checkbox"/> Respiration <input type="checkbox"/> Modifications de la miction <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Alimentation <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Indigestion <input type="checkbox"/> Sentiment de gonflement <input type="checkbox"/> Fièvres <input type="checkbox"/> Troubles de la marche <input type="checkbox"/> Mémoire/Concentration <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Nez sec/Congestionné <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Troubles sexuels <input type="checkbox"/> Peau sèche/démangeaisons <input type="checkbox"/> Troubles de sommeil <input type="checkbox"/> Aphtes dans la bouche <input type="checkbox"/> Utilisation de stupéfiants <input type="checkbox"/> Picotements dans les mains/pieds
--	---

Figure 54: Version Française de l'Oncopsychomètre.

→ <https://www.oncopychometre.com/ar>

مقياس الضغط النفسي لدى مرضى السرطان

هوية المريض:

رقم المريض	الاسم الكامل	السن
رقم المريض	الاسم الكامل	السن
نوع السرطان	مرحلة السرطان	نوع العلاج المتبع
نوع السرطان	مرحلة السرطان	نوع العلاج المتبع
الجنس:		
أنثى <input type="checkbox"/> الاستفادة من الاستشارة النفسية <input type="checkbox"/>		

التعليمات :

يرجى مطابفة المريض بتحريك الزر على مستوى مؤشر الضغط النفسي وذلك حسب درجة شدة الضغط النفسي الذي تشعر به منذ الأسبوع الماضي وإلى حدود إجراء هذه المقابلة. يرجى منكم أيضا أن تطلبوا من المريض القيام بنفس الشيء على مستوى مؤشر الدعم النفسي المطلوب. كل مؤشر يتدرج من 0 إلى 10، بحيث 0 يوافق أقل شدة و 10 توافق أكثر شدة

أحس بضغط نفسي شديد

لا أحس نهائيا بأي ضغط نفسي

0 10

مؤشر الضغط النفسي

أحتاج دعما نفسيا قويا

لا أحتاج لأي دعم نفسي، يمكنني الاعتماد على نفسي

0 10

مؤشر الدعم النفسي المطلوب

لائحة مسببات الضغط النفسي :

يرجى منكم مطابفة المريض بجدد المشاكل التي من شأنها أن تتسبب له في حدوث مشاكل نفسية، خصوصا تلك التي تعرض لها خلال الفترة الممتدة منذ بداية الأسبوع الماضي وإلى حدود إجراء هذه المقابلة. محمل هذه المشاكل يمكن تحديده فيما يلي

المشاكل العملية

- رعاية الأطفال
- المسكن
- الأمور المالية
- وسائل النقل
- الدراسة / العمل
- الرعاية الطبية / القرارات العلاجية

المشاكل العائلية

- التعامل مع الأطفال
- التعامل مع الشريك
- القدرة على الإنجاب
- مشاكل صحية في العائلة

المشاكل العاطفية

- اكتئاب
- مخاوف
- العصبية
- الحزن
- القلق
- فقدان المتعة والاهتمام بالأنشطة المعتادة
- الأمور الروحية / الدينية

المشاكل الجسدية

- المظهر الخارجي
- الاستحمام / ارتداء الملابس
- التنفس
- تغيرات في التبول
- إمساك
- إسهال
- الأكل
- التعب
- شعور بالانتفاخ
- وخز في اليدين / القدمين
- الحمى
- التجول والحركة
- عسر الهضم
- الذاكرة / التركيز
- تقرحات الفم
- غثيان
- جفاف الأنف أو احتقانه
- ألم
- الجنس
- جفاف الجلد / حكة
- النوم
- استعمال مواد مخدرة

Envoyer
Réinitialiser

Figure 55: Version Arabe de l'Oncopsychomètre.

Une fois le dépistage terminé par l’infirmier, le résultat du dépistage de la détresse mentale s’affiche sur l’application (Figure 56) selon l’interprétation des scores des psychomètres indiqués dans le tableau 22.

Résultat

Code du patient : K59845625

Nom complet : J.S

Age : 64 ans

Sexe : F

Suivi par un psychiatre/psychologue : NON

Diagnostic probable : **Détresse mentale importante probable.**

Désir d'aide : **Offrir une aide immédiate et un suivi.**

Problèmes pratiques ▼

Problèmes familiaux ▼

Problèmes physiques ▼

Figure 56: Exemple du résultat de dépistage de la détresse mentale effectué à l’aide de l’Oncopsychomètre.

Tableau 22: Interprétation des scores de l’Oncopsychomètre de dépistage de la détresse mentale.

Score du psychomètre de la détresse	< 4	• 4
Score de l'aide requise		
< 4	<p>Diagnostic probable : Le score suggère aucun trouble mental.</p> <p>' p V L U G ¶ De patient n'a probablement pas besoin d'un avis clinique pour les problèmes émotionnels.</p>	<p>Diagnostic probable : Détresse mentale importante probable.</p> <p>Dé V L U G ¶ Di. C. Pour des raisons pour lesquelles le patient est réticent à envisager de l'aide malgré un score élevé.</p>
• 4	<p>Diagnostic probable : Le score ne suggère aucun trouble mental.</p> <p>' p V L U G ¶ C. D. G. Pourquoi le patient veut de l'aide, mais il n'est pas en détresse.</p>	<p>Diagnostic probable : Détresse mentale importante probable.</p> <p>' p V L U G ¶ Off. G. H. Offrir une aide immédiate et un suivi.</p>

Cette application Web permet à l’infirmier, chargé du dépistage de la détresse mentale, d’accéder à l’application Web via le lien suivant : <https://www.oncopsychometre.com/>. Puis se connecter avec un Login et un mot de passe pour accéder à la base de données des résultats de dépistage de ses patients (Figure 57). En effet, l’infirmier pourrait surveiller l’état de la santé mentale du patient et déterminer s’il doit être référé pour un soutien psychosocial. Les références peuvent inclure des spécialistes en psycho-oncologie et des

travailleurs sociaux. Le fournisseur de soins anticancéreux peut utiliser des ressources communautaires ainsi que des ressources fournies par l'établissement en fonction des préférences du patient.

https://www.oncopsychometre.com/home?page=2 110%

Oncopsychomètre Amina Aquil ▾

Effacer les données
Code : Search

Code	Nom	Age	Sexe	Type de cancer	Stade de cancer	Traitement	Score détresse	Score d'aide requise	Détails
3349	G.L	57	F	Cancer du col utérin	3	Chimiothérapie : Paclitaxel + carboplatine	10	10	Voir détails
K59845625	J.S	64	F	Cancer de l'ovaire	III	Chirurgie	7	10	Voir détails
K965846369	M.R	42	M	poumons	II	chimiothérapie	9	6	Voir détails

<
1
2
>

Figure 57: Base de données des patients ayant bénéficié du dépistage de la détresse mentale.

3.2 Acceptabilité du dépistage de la détresse par les infirmiers exerçant en oncologie

Nous avons évalué la satisfaction des infirmiers avec des courtes questions quantitatives concernant le succès du dépistage. L'infirmier en oncologie pourrait donc évaluer son opinion sur la pertinence de l'outil à savoir l'effet sur la communication, la reconnaissance des problèmes émotionnels et l'aspect pratique du dépistage. Dans toutes les applications de dépistage, les infirmiers ont estimé que le dépistage était utile dans 60 % des évaluations, mais inutile dans 25 % et ils étaient incertains ou neutres dans 15 %. Les actions des infirmiers pour faire face à la détresse dépistée lors de l'étude pilote comprenaient une aide en personne, une référence, des conseils et des informations.

CHAPITRE IV : DISCUSSION

CHAPITRE IV : DISCUSSION

Le cancer et le traitement anticancéreux ont des effets perturbateurs et nocifs sur la santé mentale où ils induisent plusieurs troubles tels que les troubles anxio-dépressifs, les troubles du sommeil et ceux de l'image corporelle. Au cours de ce travail, nous avons pu collecter plusieurs informations et données. Les données recueillies soit auprès des patients ou des praticiens seront analysés et discutés durant ce chapitre afin de mieux évaluer la santé mentale des participantes. De même, une confrontation des résultats sera réalisée entre les données que nous avons obtenues et les données de la littérature.

1. Evaluation des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires et exploration de leurs facteurs prédictifs

1.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes

Cette étude a concerné une population de 410 femmes atteintes d'un cancer gynéco-mammaire et suivies dans le service d'oncologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca, le taux de réponse relatif à l'entretien semi-dirigé adopté pour cette étude était de 97,54%. Par ailleurs, les principales caractéristiques sociodémographiques des participantes indiquent que leur âge moyen correspond à 49,82 ans, presque la moitié des femmes sont mariées (48.8%), la majorité de ces femmes : ont des enfants (69,8%), habitent en milieu urbain (61,3%), non-scolarisées (59%), RAMedistes (85,2%), professionnellement inactives (93%), avec un revenu familial inférieur au SMIG (71,2%). Ces résultats décrivent la vulnérabilité socio-économique de la population traitée dans les structures publiques de santé, ces résultats nous interrogent aussi sur l'effet potentialisateur et aggravant l'état de santé mentale de la population d'étude. Les résultats que nous avons obtenus aussi ont montré également que la majorité des participantes sont en stade III (42,8%) et stade II (31%) de cancers gynéco-mammaires. Ces résultats obtenus sont en parfaite concordance avec une étude antérieure qui stipule que la majorité des femmes qui souffrent d'un cancer de sein et qui sont suivies en services d'oncologie sont diagnostiquées stade II et III de la maladie (222).

1.2 Prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires

Les troubles anxieux et dépressifs sont fréquents chez les patientes atteintes de cancers gynéco-mammaires (223). De nombreuses études destinées à évaluer l'anxiété et la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein et de cancers gynécologiques ont montré des taux de prévalence significatifs de ces troubles.

Une étude récente menée auprès de 1086 femmes atteintes de cancer du sein suivies dans les hôpitaux publics de Barcelone, a révélé que 48,6% avaient des problèmes d'anxiété et 15% avaient des problèmes de dépression (224).

Egalement, une étude récente, menée en Grèce, au profit de 152 femmes atteintes de cancer du sein, a montré que 38,2% de ces femmes étaient déprimées alors que 32,2% étaient anxieuses (225).

De même, une autre étude cohorte visait à examiner la prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les femmes atteintes d'un cancer du sein précoce dans les cinq ans suivant le diagnostic, a rapporté que 50% de ces femmes souffraient de dépression, d'anxiété ou des deux dans l'année suivant le diagnostic, 25% la deuxième, la troisième et la quatrième année et 15% la cinquième année (226).

Dans le même sens, il a été constaté d'après une étude prospective turque, portant sur des femmes atteintes de cancer du sein et ayant subi une chirurgie mammaire, que les scores d'anxiété de 35,1% des patientes et les scores de dépression de 17,1% étaient supérieurs à leurs seuils (227).

Dans la même optique, Park et ses collaborateurs ont rapporté dans une étude récente que parmi 54 femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique nouvellement diagnostiqué, 20% éprouvaient une dépression et 44% souffraient d'une anxiété (228).

En outre, Peck a interviewé 50 patients, dont la plupart sont des femmes atteintes de cancer du sein, pour déterminer leurs réactions envers la mastectomie et la radiothérapie, 49 sur les 50 patients (98%) ont déclaré éprouver de l'anxiété sévère (229).

Au Maroc, une étude transversale, visait à estimer la prévalence de la détresse psychologique chez les femmes atteintes du cancer du sein, a rapporté que parmi 120 patientes, 26,9% avaient des symptômes anxio-dépressifs (47). Toujours au Maroc, une étude réalisée à l'INO de Rabat sur une population de 150 patients atteints de cancer a rapporté que 58% ont obtenu un score anormal sur l'échelle d'anxiété et 52% sur l'échelle de dépression (230).

Dans une autre optique, une étude récente, en Corée du Sud, visait à analyser la prévalence des troubles mentaux chez les survivantes du cancer de l'endomètre, a montré des taux élevés de détresse mentale avec une prévalence d'anxiété et de dépression de plus de 43% pour chacune (231). Selon cette étude, ces troubles mentaux ont augmenté rapidement après une hystérectomie (231).

Dans ce contexte, une revue systématique et une méta-analyse évaluant la prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire ont révélé que 27% des femmes étudiées souffraient à la fois d'anxiété et de dépression (232).

Dans la même ligne, une étude transversale multicentrique menée auprès des patientes atteintes du cancer du col de l'utérus a rapporté que la prévalence de la dépression et de l'anxiété était de 52,2% et 65,6% , respectivement, chez ces patientes (19). Toujours en chine, une étude récente transversale, visant à explorer la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les patientes mariées atteintes du cancer gynécologique, a mis en évidence des taux très élevés d'anxiété (80%) et de dépression (94%) (233).

Ces résultats sont en accord avec les nôtres qui ont révélé des taux élevés de symptômes d'anxiété (70,8%) et de symptômes de dépression (60,5%), identifiés lors d'un test de dépistage, chez des femmes Marocaines atteintes de cancers gynéco-mammaires. Ainsi, notre étude a confirmé le constat de certaines études antérieures qui ont rapporté que les taux de prévalence de ces troubles ont été significativement plus élevés dans le groupe cancer que dans le groupe témoin (p -value <0,01) (234–237).

1.3 Prévalence des troubles de sommeil chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires

Les troubles de sommeil constituent une des préoccupations les plus importantes des patients cancéreux et l'une des principales raisons de consultation en oncologie (239,240). Au Maroc, comme dans nombreuses patries, les troubles de sommeil sont une plainte fréquente chez les patients atteints de cancer. Ainsi, une étude réalisée à l'attention de 284 patients à l'INO de Rabat, a confirmé ce constat et a révélé que 48% des patients présentaient des troubles de sommeil (238).

D'après une autre étude très récente réalisée en Turquie à l'aide du même outil de l'évaluation de la qualité de sommeil (PSQI), 60% des patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique éprouvaient une mauvaise qualité de sommeil (241).

Dans le même contexte, une autre étude de cohorte prospective, portant sur des patientes atteintes d'un cancer du sein de stade I au stade III traitées par chimiothérapie, a révélé qu'avant la chimiothérapie, 36% des patientes ont signalé une mauvaise qualité de sommeil contre 58% pendant la chimiothérapie, ainsi que le pourcentage de patientes déclarant une insomnie clinique est passé de 11% en prétraitement à 36% pendant la chimiothérapie (242).

Dans la même optique, les données d'une étude descriptive menée sur des femmes atteintes d'un cancer du sein et d'un cancer gynécologique, a indiqué à partir des scores de PSQI que 80% des patientes avaient des troubles du sommeil pendant leur séjour à l'hôpital (243).

Ces données sont en parfaite cohérence avec les résultats de la présente étude, qui montrent que 81,8% des sujets qui constituent notre échantillon se plaignaient des troubles de sommeil. Ainsi, notre étude a confirmé le constat de certaines études antérieures qui ont rapporté que les taux de prévalence de ces troubles ont été significativement plus élevés dans le groupe cancer que dans le groupe témoin (244,245).

D'après le score de PSQI, nous recensons que 84,5% des participantes rapportant une latence de sommeil supérieure à 15 minutes, 68,3% ont déclaré dormir moins de 6 heures, 75,8% ont obtenu des résultats d'efficacité habituelle du sommeil inférieure à 85%, ainsi que 59% des enquêtées ont décrit la qualité de leur sommeil comme assez ou très mauvaise. Cependant, malgré la prévalence élevée des troubles de sommeil chez la population, la majorité (77,3%) n'a pas eu recours à des médicaments de sommeil.

Dans le même sens, une étude réalisée à Chicago à l'aide de PSQI dans le but d'évaluer la qualité de sommeil chez 72 patientes atteintes de cancer du sein, les auteurs ont rapporté que 61% des échantillonnées présentaient un déficit de sommeil significatif, 40% rapportant une latence de sommeil supérieure à 15 minutes, 36% des patientes ont déclaré dormir moins de 6 heures, 46% des patientes ont obtenu des résultats de l'efficacité habituelle du sommeil inférieure à 85% et 29% ont décrit la qualité de leur sommeil comme assez ou très mauvaise. De plus, la population de l'étude était caractérisée par une réduction de la durée totale du sommeil (246).

Par ailleurs, de nombreuses personnes cancéreuses attribuent le manque de sommeil à la douleur (22%), à la nycturie (50%), au fait d'avoir trop chaud (17%) et à la toux ou au ronflement intense (10%) (246). De plus, la fréquence importante des bouffées de chaleur qui sont causées par les médicaments anticancéreux aboutissent aussi aux troubles de sommeil (247). Cependant, notre étude montre que les troubles de sommeil sont la conséquence du réveil au milieu de la nuit ou précocement le matin chez la grande majorité des participantes (81,5%) et la nycturie chez 76,5% des femmes enquêtées. Ainsi, avoir des mauvais rêves constitue un des facteurs les plus répandus affectant le sommeil de 57,5% des femmes de notre population cible. De plus, d'autres causes sont citées par certaines tranches de la population de l'étude comme étant des sources de perturbation de sommeil comme le fait d'avoir trop chaud (42,3%), les douleurs (39,3%), des problèmes de respiration (39,3%), avoir trop froid (27,5%) ou la toux ou le ronflement (24%).

1.4 Prévalence des troubles de l'image corporelle chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires

L'image corporelle est par définition, la représentation du soi qui naît «au carrefour du corps et du psychique ; elle recouvre la permanence du soi dans l'espace, le temps et dans les rapports au monde » (248). Des études antérieures ont suggéré que le cancer provoque d'énormes altérations de l'image corporelle (249). Ainsi, ces altérations ont été citées comme un facteur prédictif d'une mauvaise qualité de vie (250).

D'après une étude brésilienne récente réalisée auprès de 103 femmes diagnostiquées d'un cancer du sein ayant subi un traitement anticancéreux pendant au moins 12 mois avant l'étude, la prévalence de l'insatisfaction face à l'image corporelle chez ces femmes était de 74,8% (139).

En Suède, parmi un échantillon de 146 femmes atteintes de cancer du sein, 65% n'étaient pas satisfaites de leur image corporelle (251).

En 2018, des chercheurs de la Tunisie ont mené une recherche concernant 100 patientes suivies pour un cancer du sein à l'Institut Tunisien SalahAzaiez, ils ont rapporté que la prévalence des troubles de l'image du corps selon le BIS était de 45% (252).

Au Maroc, une étude prospective exploratoire menée auprès de 120 femmes atteintes du cancer du sein a mentionné que 83,02% des enquêtées souffraient de troubles de l'image corporelle (253).

D'ailleurs, le sein n'est pas considéré comme un simple organe pour la femme mais c'est un symbole de beauté, de séduction et de maternité. Par conséquent, la mastectomie est considérée comme une source extrême de troubles de l'image corporelle (252,253).

Par ailleurs, un facteur psychologique important mais souvent négligé, est l'importance symbolique de l'utérus, le col de l'utérus et l'ovaire souvent considérés comme représentatifs de la féminité et de la fertilité. Les femmes pour qui la maternité représente une expression importante de leur féminité peuvent signaler une image corporelle plus mauvaise devant le diagnostic d'un cancer gynécologique (254).

De plus, il a été constaté d'après les données d'une revue que les résultats des tests ADN positifs pour le papillomavirus humain (PVH) avaient un impact sur l'image corporelle tout en s'ajoutant à une diminution globale de la qualité de vie chez les femmes atteintes du cancer du col de l'utérus (255).

Dans le même sens, une étude asiatique portant sur 104 femmes atteintes de cancers gynécologiques a révélé qu'un quart de ces patientes ont déclaré se sentir moins attirantes physiquement et insatisfaites de leurs corps (250).

En outre, d'après une enquête récente, menée sur 337 survivantes de cancers gynécologiques âgées de 19 à 39 ans au moment du diagnostic, la prévalence des troubles de l'image corporelle était de 78,27% (256).

Ces données sont parfaitement en accord avec les résultats de notre étude qui ont indiqué des taux élevés de troubles de l'image corporelle (72%), identifiés lors d'un test de dépistage, chez des femmes Marocaines atteintes de cancers gynéco-mammaires. Ainsi, notre étude a confirmé le constat de certaines études antérieures qui ont rapporté que les taux de prévalence de ces troubles ont été significativement plus élevés dans le groupe des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires que dans le groupe des femmes saines (p -value <0,01) (28,257,258).

1.5 Les facteurs prédictifs de la détresse mentale chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires

La présente étude a montré une association significative (p -value <0,05) entre les facteurs suivants : l'âge, le fait d'avoir des enfants, le lieu de résidence, le niveau d'instruction, le revenu familial, la situation professionnelle, la couverture sanitaire, le stade de la tumeur, la récurrence de la maladie, et les troubles anxieux et dépressifs chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires.

Ces données sont en concordance avec les résultats des études antérieures. Par exemple, il a été rapporté dans une revue systématique que les facteurs liés à la détresse mentale chez les femmes atteintes de cancer

du sein et son traitement étaient l'âge plus jeune, le fait d'être célibataire, un statut socioéconomique bas, un cancer plus avancé au moment du diagnostic et une récurrence du cancer du sein (259).

Egalement, une cohorte de 152 patientes atteintes d'un cancer du sein a rapporté que l'âge, le niveau de scolarité, le lieu de résidence et le stade de cancer étaient des facteurs associés aux symptômes anxio-dépressifs (225).

Dans le même sens, Une étude prospective longitudinale a mentionné que le stade tumoral avancé était un prédicteur de détresse psychologique chez les participantes atteintes d'un cancer du sein (260).

En outre, une étude malaisienne transversale menée auprès de 205 patientes atteintes de cancer du sein a montré que les facteurs associés aux troubles anxieux étaient l'âge et le revenu mensuel, tandis que le facteur associé à la dépression était l'état matrimonial. Ainsi, les personnes du groupe d'âge le plus jeune avaient un faible revenu mensuel et étaient 2 fois plus susceptibles d'être associées à l'anxiété. Avoir moins de soutien financier et être célibataire étaient 3 à 4 fois plus susceptibles d'être associés à la dépression (261).

Au Maroc, une étude transversale menée au profit de femmes atteintes de cancer du sein a rapporté également que l'âge jeune et les problèmes financiers étaient des facteurs associés à la détresse psychologique chez ces patientes (262).

Par ailleurs, les résultats d'une étude prospective réalisée chez les femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire pour déterminer les changements d'état psychologique dans les 3 mois suivant la fin de la chimiothérapie a indiqué qu'un âge plus jeune était associé aux symptômes anxieux (263).

En chine, une étude transversale a exploré le facteur d'âge et le revenu mensuel comme des facteurs influençant l'anxiété chez les femmes atteintes de cancers gynécologiques (233).

De plus, une étude transversale descriptive réalisée en Thaïlande auprès de femmes atteintes du cancer du sein a révélé qu'un faible revenu a été associé à un risque accru de dépression (264).

Les résultats de la présente étude ont montré des inter-associations fortes entre les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles de l'image corporelle et les troubles de sommeil chez les femmes atteintes du cancer gynéco-mammaire. Ce constat est en forte concordance avec des études antérieures ayant évalué les troubles de la santé mentale chez les patients en oncologie et ayant étudié leurs associations. Par exemple, une étude tunisienne réalisée auprès de femmes atteintes du cancer du sein a révélé que les troubles de l'image corporelle étaient associés aux troubles anxio-dépressifs (252).

Dans cette même optique, nos résultats rejoignent une étude Américaine qui visait à explorer l'image corporelle, l'attractivité physique et la féminité chez 70 survivantes du cancer du sein et d'examiner les effets des variables susmentionnées sur la dépression et la qualité de vie. Ainsi, les auteurs de cette dernière ont

rapporté qu'une faible image corporelle, l'attractivité et la féminité étaient positivement corrélées à la dépression et négativement à la qualité de vie globale chez ces femmes (265).

Dans le même sens, une étude transversale menée en Brésil auprès de 181 femmes atteintes de cancer du sein a trouvé une association entre la présence de symptômes de dépression et une atteinte de l'image corporelle (266).

Egalement, les auteurs d'une étude réalisée en Espagne ont détecté une association significative entre la dépression et l'image corporelle chez deux groupes de femmes atteintes de cancer du sein dont le premier groupe représentait des femmes ayant récemment reçu un diagnostic de cancer du sein et sans aucun traitement chirurgical alors que le deuxième groupe comportait des femmes atteintes de cancer du sein après plus d'un an de mastectomie (267).

Par ailleurs, une étude longitudinale Brésilienne réalisée auprès de 156 femmes atteintes d'un cancer du sein avant la chirurgie a mentionné des associations significatives entre une mauvaise qualité de sommeil et les symptômes de la dépression (268).

Dans une revue publiée par des chercheurs Américains, les interrelations entre le cancer, la dépression et les troubles de sommeil ont été décrites tout en mettant l'accent sur le rôle des troubles de sommeil en tant que facteur de risque des troubles dépressifs chez les survivants du cancer (269).

Dans la même optique, des chercheurs chinois ont conclu, à partir des résultats d'une étude conçue pour détecter la prévalence d'une mauvaise qualité du sommeil chez les patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus avant et après un traitement adjuvant et analyser les facteurs associés avec une mauvaise qualité de sommeil, qu'un score élevé de la détresse psychologique, de la dépression et de l'anxiété ont été significativement associés à une mauvaise qualité de sommeil (270).

Sur la même ligne de nos résultats, une étude transversale récente a révélé que l'image corporelle était la principale variable psychologique présentant un impact fort sur la qualité du sommeil des femmes atteintes du syndrome des ovaires poly-kystiques (271).

En étudiant l'impact du facteur de l'âge et du type de cancer sur les variables de la détresse mentale, la présente étude a montré que l'âge avait un effet significatif sur les troubles anxio-dépressifs, les troubles de sommeil et les troubles de l'image corporelle chez les femmes atteintes de cancer gynéco-mammaire après un traitement chirurgical mais le type de cancer ne l'était pas. Ainsi, les femmes plus jeunes ont montré une détresse significativement plus élevée que les plus âgées (p -value $<0,05$), mais il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes du cancer du sein et les cancers gynécologiques. Tandis que chez le groupe des femmes atteintes de cancer gynéco-mammaire qui n'ont pas subi un traitement chirurgical, nous avons

constaté que le type de cancer avait un effet significatif sur la dépression, les troubles de l'image corporelle et les troubles de sommeil. Ainsi, les femmes atteintes du cancer du sein ont montré une détresse plus élevée que les femmes atteintes de cancers gynécologiques (p -value<0,01).

Ces données sont en concordance avec une étude transversale menée en Espagne auprès de 100 femmes ayant subi une chirurgie radicale pour un cancer du sein ou gynécologique, qui a montré que l'âge avait un effet principal significatif sur les troubles anxieux, les troubles dépressifs et les troubles de l'image corporelle alors que le type de cancer n'avait pas un effet significatif sur ces troubles. Ainsi, les jeunes femmes ont montré une détresse significativement plus grande que les femmes plus âgées. Aussi, une interaction significative entre l'âge et le type de cancer a été trouvée, indiquant que les femmes âgées atteintes d'un cancer du sein avaient une image corporelle plus mauvaise et plus de dépression que celles atteintes d'un cancer gynécologique (223).

Par contre, une étude Turque visait à comparer les patientes hystérectomisées et mastectomisées en termes de dépression, d'image corporelle, de problèmes sexuels et de relations conjugales, a révélé que les patientes mastectomisées étaient plus dépressives que les patientes hystérectomisées alors qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes de patientes en terme de niveaux d'image corporelle (272).

L'analyse de régression multiple menée chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires après un traitement chirurgical de la présente enquête a montré que seules quelques caractéristiques sociodémographiques et cliniques étaient liées aux troubles mentaux. Ainsi, avoir peu d'enfants était un prédicteur de l'anxiété, des troubles de sommeil et de l'insatisfaction face à l'image corporelle. Être plus jeune, avoir un faible revenu et un stade tumoral avancé prédisaient plus d'anxiété, de dépression et d'insatisfaction à l'image corporelle. Peu de temps depuis le diagnostic était parmi les prédicteurs des troubles de sommeil.

Le deuxième modèle de la régression multiple, menée pour les deux populations des femmes atteintes du cancer gynéco-mammaire ayant subi un traitement antinéoplasique non chirurgical de la présente enquête, a montré que les facteurs prédictifs de l'anxiété étaient un niveau d'éducation plus bas et un stade de la tumeur plus avancé. Les prédicteurs de la dépression étaient un stade avancé de la tumeur et une récurrence de la maladie. Être plus jeune, être non-mariée et résidente en milieu rural prédisaient les troubles de l'image corporelle.

Dans cette optique, nos résultats sont en parfaite concordance avec d'autres études rapportant que le jeune âge, la baisse de revenu du ménage et les difficultés financières sont les principaux facteurs associés à une plus grande détresse chez les femmes atteintes de cancers du sein et gynécologiques (262,264,273).

De plus, l'âge de la patiente est l'un des principaux facteurs associés à l'image corporelle chez les patientes atteintes d'un cancer du sein postopératoire (274). Entre autres, le stade avancé du cancer est à son tour confirmé comme un prédicteur de la détresse mentale chez les femmes atteintes d'un cancer du sein et de l'ovaire (260,275).

En outre, une cohorte réalisée auprès de femmes atteintes du cancer mammaire a révélé qu'être résident en milieu rural était un facteur prédictif des troubles mentaux, tandis que les facteurs associés à ces troubles étaient l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'instruction et le stade du cancer (225).

Conformément aux résultats précédentes, une étude chinoise, portant sur des femmes atteintes du cancer de l'ovaire récurrent, a rapporté que la situation financière, la profession et l'éducation étaient des facteurs associés à la détresse mentale (276).

1.6 Les facteurs de soulagement de la détresse mentale chez les femmes atteintes de cancers gynécomammaires

Le soutien social est un réseau de ressources qui comprend le conjoint, des membres de la famille, des amis, des collègues, des voisins et d'autres gens qui peuvent aider la personne qui a besoin de leur soutien. Les données de la présente étude ont révélé que, chez les patientes atteintes de cancers gynécomammaires, toutes les catégories de soutien social perçues par le MSPSS avaient une association fortement négative avec les troubles anxio-dépressifs, les troubles de l'image corporelle et les troubles de sommeil.

Les interventions de soutien social ont été décrites comme étant très efficaces pour améliorer le bien-être émotionnel des patients cancéreux (277). D'autres recherches ont démontré que le soutien social joue un rôle tampon dans l'atténuation du stress mental et facilite ainsi l'amélioration de la qualité de vie chez les patients atteints de cancer (263,278).

Des études récentes ont rapporté que le soutien social perçu affecte les réponses psychologiques au cancer (279). En effet, les patientes atteintes d'un cancer gynécologique et bénéficiant d'un soutien social souffraient moins de désespoir, de dépression et d'anxiété (280).

De plus, le soutien social aidait les femmes atteintes de cancers gynécologiques à affronter leur maladie avec une vision positive de leur état de santé (281). Également, une recherche ayant étudié l'effet potentiel du soutien social, chez les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire récurrent, sur la santé mentale et la qualité de vie, a montré que le soutien social était bénéfique pour le soulagement de la détresse mentale et l'amélioration de la qualité de vie (276).

Dans le même sens, le maintien de la qualité du soutien social, en particulier après un traitement chirurgical du cancer du sein, était important pour atténuer le stress émotionnel et les troubles dépressifs associés (282).

En outre, des chercheurs en Italie ont constaté d'après une étude menée auprès des femmes ayant subi une chirurgie du sein que le soutien social perçu particulièrement par la famille était significativement associé à la satisfaction de l'image corporelle (283).

Par ailleurs, des études antérieures ont montré qu'un plus grand soutien social perçu était significativement lié à une amélioration de la qualité de sommeil (284). Inversement, les troubles de sommeil étaient associés à un manque de soutien social chez les femmes atteintes du cancer mammaire (285).

En correspondance, le fait de percevoir un faible soutien social était considéré comme un facteur de risque des troubles anxieux et dépressifs chez les femmes atteintes de cancer (224,286). Comme il a été rapporté aussi qu'après le diagnostic du cancer, l'isolement social augmentait le risque de mortalité (34).

Dans le contexte Marocain, la femme atteinte d'un cancer gynéco-mammaire considère son mari et sa famille comme l'une des ressources importantes pour le soutien social, par conséquent, ils doivent être sérieusement impliqués dans les stratégies de prise en charge de ces patientes afin d'améliorer leur santé mentale et par la suite leur issue de cancer.

Rosenberg a défini l'estime de soi comme une attitude favorable ou défavorable envers soi-même (210). Les données de la présente étude ont indiqué que l'estime de soi des femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires était fortement et négativement associé à l'anxiété, la dépression, les troubles de l'image corporelle et les troubles de sommeil.

Il a été rapporté que, chez les patients cancéreux, le niveau de détresse émotionnelle était significativement associé aux niveaux d'estime de soi et de soutien social (287). De plus, une faible qualité du soutien social figurait parmi les prédicteurs d'une faible estime de soi chez les patientes atteintes de cancers gynéco-mammaires (223).

D'autres recherches menées sur des patients cancéreux ont révélé l'effet médiateur de l'estime de soi et de l'espoir sur la dépression. Elles ont également mis en évidence l'effet direct et positif du soutien social sur l'estime de soi (288).

Conformément à nos résultats, une étude Iranienne descriptive corrélationnelle menée auprès de femmes atteintes du cancer du sein a rapporté qu'il y avait une corrélation entre l'anxiété et une atteinte de l'estime de soi de ces patientes (45).

Dans le même ordre d'idées, une revue américaine focalisée sur des jeunes femmes (50 ans ou moins) atteintes du cancer du sein a mentionné que l'estime de soi était négativement corrélée aux troubles dépressifs (289).

Concernant la relation entre l'estime de soi et la qualité du sommeil, une étude chinoise a indiqué une forte association entre l'auto-stigmatisation et une altération de la qualité du sommeil chez les patients cancéreux (290).

Dans une autre optique, le counseling répété en chimiothérapie a eu un impact positif soit en réduisant la détresse mentale, soit en améliorant l'estime de soi (291). Fait intéressant, des programmes d'activité physique adaptés ont été décrits pour améliorer l'estime de soi et la qualité de vie des patients cancéreux (292).

2. Perceptions des professionnels de la santé exerçant HQ V H U Y L F H V G A F F I S Q U E R O R **l'évaluation de la détresse mentale chez les patients atteints du cancer**

Nous avons traité dans le volet précédent les résultats issus de l'évaluation de la détresse mentale, telle que les troubles anxieux et dépressifs, les troubles de l'image corporelle et les troubles de sommeil chez les patientes atteintes de cancers gynéco-mammaires, et qui ont montré une détresse élevée chez ces patientes. Ces troubles engendraient des effets délétères chez les patients cancéreux, y compris sur leur qualité de vie, la prise en charge anti-cancéreuse et leur survie, comme il a été rapporté par des études antérieures (15,16).

Bien qu'il était recommandé que les professionnels de santé en services d'oncologie, particulièrement les infirmiers, effectuent des évaluations de routine de la détresse chez des patients atteints de cancer (68,198). Nous savons peu de choses sur la manière dont les professionnels en services d'oncologie perçoivent la détresse en oncologie, la dépistent et la prennent en charge et sur les défis, auxquels ils sont confrontés dans cette tâche, particulièrement devant l'absence de programme d'évaluation et de prise en charge de la détresse au sein des services d'oncologie au Maroc.

2.1 Evaluation de la détresse mentale par les oncologues, les psychologues, les infirmiers et les assistantes sociales en oncologie

Cette étude a exploré l'identification par les oncologues, les psychologues, les infirmiers et les assistantes sociales exerçant en services d'oncologie de la détresse de santé mentale chez les patients. Des recherches antérieures ont suggéré que les oncologues n'étaient pas à l'aise ou ne savaient pas comment aborder ce sujet avec leurs patients (294–296). D'autres études ont interrogé les infirmières sur leurs capacités à identifier la détresse ou examiner le taux de concordance entre l'évaluation par les patients de leurs besoins psychosociaux et la capacité des infirmières à identifier avec précision leurs besoins (297).

Nos résultats présentent une image nuancée de cette situation complexe pour les professionnels en services d'oncologie. Dans l'ensemble, à l'instar des résultats précédents (60), la grande majorité des professionnels de notre étude n'étaient pas formés pour identifier la détresse de santé mentale chez les patients et ont déclaré qu'ils n'avaient pas reçu de formations spécifiques sur cette tâche. Néanmoins, ils ont reconnu que la détresse

mentale prévaut chez les patients atteints de cancer et certains parmi eux ont rapporté un certain nombre d'indicateurs et de stratégies qu'ils ont utilisés pour identifier les patients ayant besoin d'aide. Par exemple, les professionnels ont recherché des indicateurs verbaux, non-verbaux, comportementaux, affectifs et physiques de détresse et se sont enquis des symptômes potentiellement préoccupants en utilisant des stratégies telles que demander directement au patient, se renseigner auprès des membres de la famille, chercher les antécédents de santé mentale et apprendre à connaître le patient. Enfin, les principaux obstacles à l'évaluation de la détresse comprenaient l'absence de protocoles et d'outils d'évaluation, le manque de formations, la surcharge de travail, le défi de temps et le nombre énorme de patients.

Ces résultats sont encourageants dans la mesure où les professionnels, malgré un manque de formation, ont vu l'importance de l'évaluation de la détresse et ont utilisé les stratégies dont ils disposaient pour l'identifier. Ainsi, ces données aident à indiquer que les infirmiers en oncologie, particulièrement, sont très à l'écoute de l'état affectif et physique des patients et à illustrer la capacité des professionnels à nommer correctement les indicateurs de détresse. Par exemple, les symptômes dépressifs sont des signaux appropriés à suivre chez les patients atteints de cancer.

Bien que la motivation à évaluer la détresse soit vitale, ces résultats sont également préoccupants, car l'évaluation semblait être non standardisée et aléatoire. Autrement dit, chaque professionnel a utilisé son propre sens intuitif et son propre jugement pour savoir à qui demander, quoi demander, quand demander et comment interroger le patient sur sa détresse.

Dans le même sens, les conclusions plus préoccupantes de cette étude concernent les stratégies limitées d'identification de la détresse et les obstacles énumérés pour s'acquitter de cette tâche. Demander directement aux patients est un moyen efficace d'évaluer la détresse, mais sa portée est limitée, en particulier lorsqu'elle est administrée de manière incohérente et non structurée. Certains patients peuvent être réticents à répondre à certaines questions considérées personnelles, et interroger les patients d'une certaine manière sur leur détresse peut ne pas générer une évaluation précise de leur état mental.

D'autres recherches, principalement chez des patients recevant des soins psychiatriques, suggèrent que l'utilisation de stratégies d'évaluation non-standardisée peut entraîner des informations manquantes et des diagnostics erronés (298). Tandis que la réalisation d'observations directes à l'aide de questions de diagnostic explicites fournit des informations de diagnostic plus fiables et réduit les biais (299).

2.2 Perceptions des professionnels de la santé en service d'oncologie face à l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse mentale en services d'oncologie

La présente étude a révélé que l'évaluation de la détresse par les professionnels de la santé s'effectue de façon informelle et non-systématique. Cependant, tous les professionnels ont déclaré que l'identification de la détresse liée à la santé mentale demeure essentielle en service d'oncologie et fait partie intégrante des activités pratiques de l'infirmier. Ce constat a été souligné par une autre étude soulignant que les infirmiers sont les mieux placés à effectuer cette activité (300).

Cette étude a permis de dégager des éléments qui facilitent la réalisation du dépistage systématique de la détresse et favorisent son succès. Comme premiers éléments facilitateurs, les professionnels trouvent que l'organisation de formations spécifiques liée aux objectifs de l'implantation est nécessaire. Avoir un psychologue et un psychiatre au sein du service d'une façon quotidienne et adopter une approche holistique en cas de référence ont été également identifiés comme facteurs favorisant le succès de cette implantation. Aussi, l'intégration des membres de la famille a été proposée comme un facteur facilitateur. Les critères de l'outil tels que sa rapidité à être complété, son adaptation aux besoins du patient et le respect de son cadre de référence et sa disponibilité au sein du service favoriseraient son application au service. Ces propos sont cohérents avec ceux soulignés par les participants d'une étude antérieure rapportant que la disponibilité d'un outil en sa version courte, facile et rapide à compléter pourrait constituer un facteur facilitateur du dépistage de la détresse (301).

En ce qui concerne l'impact de l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse en service d'oncologie, les professionnels ont signalé que cette implantation aura un impact positif sur le patient et sur le soignant. En effet, ce protocole pourrait permettre de favoriser l'évaluation des besoins et l'identification de problématiques des patients atteints du cancer, élaborer un plan thérapeutique complet, contribuer à la communication et le soutien de la part des professionnels, épauler l'intervention thérapeutique, appuyer la référence à des services spécialisés qui peuvent mieux aider les patients et encourager la collaboration interprofessionnelle. Les données de cette étude indiquent que le dépistage de la détresse mentale est perçu favorablement par les infirmiers.

Ce changement de pratique en services d'oncologie au Maroc va donner l'occasion d'établir un lien de confiance et une relation thérapeutique entre le patient et l'infirmier. Il va contribuer à une meilleure évaluation des besoins du patient atteint de cancer dans le cadre d'une approche globale. Faire recours à un outil de dépistage permettrait aux professionnels la continuité de l'information, la continuité relationnelle et la continuité du plan de soin. Ces résultats sont en concordance avec les données d'une étude antérieure qui a mentionné que le dépistage de la détresse permet aux professionnels de détecter les sources de la détresse avec précision, les soutenir dans leur capacité d'agir aux besoins de leurs patients (301).

**3. (ODERUDWLRQ G 1 XQ RXWLO GH G pss hntvldahp rft des p PDWLT X
infirmiers exerçant DX VHLQ GH Vncologie : OncoPsychConfère**

Comme mentionné dans la section précédente, le dépistage de la détresse mentale chez les patients cancéreux est essentiel pour fournir des soins holistiques et complets (302). Avec le dépistage, une référence à un spécialiste en psycho-oncologie peut garantir aux patients la gestion de leurs difficultés liées au cancer et son traitement. En plus de la possibilité d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des patients, il existe également des preuves suggérant que la détresse non traitée chez les patients peut entraîner une mauvaise observance du traitement (303), une altération de la prise en charge anti-cancéreuse (15), moins de satisfaction à l'égard des soins (304), la durée d'hospitalisation (305), les visites plus fréquentes chez les professionnels de la santé (306) et la mortalité liée au cancer (293). Ainsi, le dépistage de la détresse mentale a des conséquences économiques et systémiques ainsi qu'un impact substantiel sur le bien-être des patients et de leur prestataire. L'adoption d'un dépistage systématique de la santé mentale fondé sur des données probantes doit commencer par une éducation sur l'importance et la justification de la nécessité d'identifier cette détresse (307).

Afin d'augmenter l'efficacité du diagnostic des troubles de la santé mentale, les approches cliniques devraient envisager l'utilisation systématique d'outils fiables et adaptés au contexte Marocain pour dépister la détresse mentale. Il peut s'agir notamment de l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (58), qui est une échelle d'auto-évaluation en 14 éléments qui comprend les symptômes d'anxiété et de dépression que les patients doivent évaluer pour la semaine précédente. Un score total seuil HADS de 15 ou plus a été rapporté comme offrant une bonne sensibilité et spécificité pour les troubles anxieux et dépressifs chez les patients atteints du cancer (308).

Une autre mesure couramment utilisée est le thermomètre de détresse (309,310) qui est une mesure simple d'auto-évaluation consistant en une ligne avec une échelle de 0 à 10 ancrée au point zéro avec «Aucune détresse » et au dixième point d'échelle avec « Détresse extrême ». Les patients reçoivent l'instruction suivante: «Dans quelle mesure avez-vous été en détresse au cours de la semaine écoulée sur une échelle de 0 à 10? » Les patients mentionnent leur niveau de détresse par une marque sur l'échelle. Les patients ayant obtenu un score de 4 ou plus ont été considérés comme nécessitant une intervention. La mesure a été largement utilisée dans la recherche chez les patients atteints de cancer et a été recommandée pour une utilisation clinique (311). Les patients peuvent effectuer eux-mêmes la mesure de dépistage de manière à ne pas utiliser le temps limité de soin. Seuls les patients qui obtiendront un score supérieur au score seuil peuvent être signalés pour que le professionnel de la santé puisse poursuivre la discussion avec le patient. Cet outil de dépistage de la détresse mentale correspond aux critères indiqués par les professionnels de la santé exerçants en service d'oncologie dans la section « Résultats ». En effet, nous nous sommes inspirés du

thermomètre de la détresse afin d'élaborer l'Oncopsychomètre, une application Web pratique et bilingue, permettant aux infirmiers en service d'oncologie de faire un dépistage systématique de la détresse mentale chez les patients atteints du cancer.

/, 0, 7(6 '(/¶(78'(

1,07(6' / 1(78'

La présente étude visant à évaluer les troubles de la santé mentale chez les femmes atteintes du cancer gynéco-mammaire présente plusieurs limites : Premièrement, elle est considérée comme une étude préliminaire réalisée sur un effectif relativement réduit, ceci est justifié par le contexte de la pandémie Covid-19 qu'a limité l'accès aux structures hospitalières et par conséquent le recrutement d'un échantillon relativement étendu. En outre, nos résultats doivent être confirmés par une étude longitudinale. Deuxièmement, notre échantillon a été prélevé dans un seul centre hospitalier universitaire, le CHU Ibn Rochd de Casablanca, ce qui ne peut pas être représentatif de la population générale des femmes Marocaines atteintes de cancers gynéco-mammaires. Enfin, les échelles PSQI, BIS, RSES et MSPSS ont été adaptées en arabe mais n'ont pas fait l'objet d'une validation psychométrique.

Concernant l'étude visant à explorer les perceptions des professionnels de la santé en oncologie vis-à-vis de l'évaluation des troubles de la santé mentale chez les patients atteints de cancer, cette étude nous a permis d'une part d'obtenir un aperçu mal étudié, relativement obscure sur la façon dont les professionnels de la santé pensent de la détresse liée à la santé mentale et de la façon dont ils s'y prennent pour l'identifier et l'évaluer chez les patients atteints de cancer. De plus, nous avons pu identifier les défis et obstacles auxquels ils sont confrontés pour aborder cette tâche. Cette étude n'a pas permis de savoir combien d'évaluations de la détresse sont réellement effectuées ou combien de patients sont orientés vers des soins psychosociaux. Bien que nous ayons cherché cette information, il n'y avait pas de données objectives disponibles sous forme de fiches ou dossiers pour confirmer ces données. D'une autre part, les professionnels en services d'oncologie peuvent être formés sur la façon d'identifier la détresse aussi précisément qu'un spécialiste en santé mentale le peut, mais ce n'est qu'une étape dans un problème plus large de la fourniture de soins psychosociaux. Des ressources telles que des travailleurs sociaux, des psychologues et des psychiatres doivent être disponibles pour prendre ces références, traiter les patients identifiés et garantir une prise en charge globale des besoins psycho-sociaux des patients.

CONCLUSION GENERALE ET PERSPECTIVES

CONCLUSION GENERALE

Dans l'ensemble, les cancers gynéco-mammaires sont des maladies qui causent une souffrance physique et psychologique chez les femmes. Dans la présente étude, nous avons révélé que notre population présente de graves comorbidités psychiatriques, en particulier l'anxiété et la dépression. Outre un faible statut socio-économique et une tumeur de stade avancé, nous avons constaté que les troubles de sommeil et les troubles de l'image corporelle chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires exacerbent à la fois les niveaux d'anxiété et de dépression, entraînant chez ces patientes un état de santé mentale plus altéré.

De cette étude, il semble que la triade pathologique du syndrome anxio-dépressif, des troubles du sommeil et de l'insatisfaction à l'image corporelle forme une sorte de cercle vicieux et que chacun d'eux potentialise les effets des autres. Lorsque ces trois comorbidités sont associées chez les mêmes patientes atteintes de cancers gynéco-mammaires, la qualité de vie diminue, la prise en charge anti-cancéreuse s'altère et le taux de mortalité liée au cancer augmente.

Les professionnels de santé exerçant au sein des services d'oncologie, ont exprimé un besoin réel en matière de l'évaluation de la détresse mentale via l'adoption d'un outil de dépistage de la détresse standardisé, adapté au contexte Marocain et qui répond aux critères de disponibilité spatio-temporelle pour les professionnels de la santé. Ainsi cette évaluation permettra aux patients cancéreux de bénéficier d'une prise en charge multidimensionnelle, incluant la communication, le soutien psychologique, l'intervention thérapeutique, la référence à des services spécialisés et la favorisation de la collaboration interprofessionnelle.

L'adoption d'une approche holistique et centrée sur le patient est essentielle pour identifier les troubles de la santé mentale chez les patients cancéreux et différencier les réponses émotionnelles normatives à la maladie de la psychopathologie. Les biais cliniques et les diagnostics erronés peuvent être la conséquence d'une approche intuitive de l'évaluation clinique, ce qui peut avoir des conséquences désastreuses pour le patient et sa famille. Une fois que le risque élevé de détresse mentale est identifié, le patient peut être orienté vers des soins spécialisés qui peuvent offrir des traitements fondés sur des données probantes.

En effet, un outil de dépistage de la détresse en oncologie « Oncopsychomètre » a été développé sur une application Web qui vise à effectuer un dépistage de la détresse mentale chez les patients atteints du cancer d'une manière systématique et rapide par les infirmiers exerçant en oncologie. Cependant, le succès de l'implantation de l'Oncopsychomètre au sein des services d'oncologie ne sera consolidé que par la formation des professionnels de la santé en psycho oncologie.

PERSPECTIVES

Afin de compléter cette étude préliminaire sur l'évaluation des troubles de la santé mentale chez les patientes atteintes de cancers gynéco-mammaires et l'élaboration de l'OncoPsychomètre, nous envisageons dans le cadre d'un post-doctorat en sciences infirmières de réaliser les travaux suivants :

- ✓ Effectuer une validation psychométrique des échelles d'évaluation des troubles de la santé mentale.
- ✓ Elargir l'étude pour évaluer d'autres aspects de la santé mentale chez cette population vulnérable, comme les atteintes cognitives et les troubles du comportement alimentaire.
- ✓ Adopter une étude longitudinale pour garantir le suivi de l'état de la santé mentale de notre population dans le temps ; dès le diagnostic de la maladie, durant toute la trajectoire du traitement et en post traitement.
- ✓ Elargir la population d'étude au niveau de tous les centres d'oncologie au Maroc, pour garantir plus de significativité des résultats obtenus et pour faciliter la publication de nos résultats dans des journaux internationaux à comité de lecture et présentant un facteur d'impact.
- ✓ Valider l'OncoPsychomètre : Projet de Brevet
- ✓ Elaborer un plan national de formation en OncoPsychiatrie en collaboration avec des spécialistes en oncologie, radiothérapie et santé mentale.
- ✓ Etablir un programme et un protocole d'évaluation de la détresse liée à la santé mentale en services d'oncologie et des interventions psychologiques adaptées auprès des patients atteints du cancer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data | UICC [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.3322/caac.21660>
3. Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A, Currow D. Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *J Oncol Pract.* juill 2013;9(4):197-202.
4. Caruso R, Nanni MG, Riba MB, Sabato S, Grassi L. The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. *Int Rev Psychiatry.* oct 2017;29(5):389-402.
5. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol.* 1 nov 2014;32(31):3540-6.
6. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, Vehling S, Brähler E, Härter M, et al. One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psychooncology.* janv 2018;27(1):75-82.
7. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* févr 2011;12(2):160-74.
8. Kuhnt S, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, et al. Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychother Psychosom.* 2016;85(5):289-96.
9. Grassi L, Caruso R, Mitchell AJ, Sabato S, Nanni MG. Screening for emotional disorders in patients with cancer using the Brief Symptom Inventory (BSI) and the BSI-18 versus a standardized psychiatric interview (the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview). *Cancer.* 1 juin 2018;124(11):2415-26.
10. Grassi L, Nanni MG, Rodin G, Li M, Caruso R. The use of antidepressants in oncology: a review and practical tips for oncologists. *Ann Oncol.* 1 janv 2018;29(1):101-11.

Références bibliographiques

11. Geue K, Brähler E, Faller H, Härter M, Schulz H, Weis J, et al. Prevalence of mental disorders and psychosocial distress in German adolescent and young adult cancer patients (AYA). *Psychooncology*. juill 2018;27(7):1802-9.
12. Götze H, Friedrich M, Taubenheim S, Dietz A, Lordick F, Mehnert A. Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*. janv 2020;28(1):211-20.
13. Kuba K, Esser P, Mehnert A, Hinz A, Johansen C, Lordick F, et al. Risk for depression and anxiety in long-term survivors of hematologic cancer. *Health Psychol*. mars 2019;38(3):187-95.
14. Boinon D, Sultan S, Charles C, Stulz A, Guillemeau C, Delalogue S, et al. Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: the predictive role of social sharing and social support. *Psycho-Oncology*. 2014;23(3):291-8.
15. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*. 20 avr 2001;84(8):1011-5.
16. Lee SA, Nam CM, Kim YH, Kim TH, Jang S, Park E. Impact of Onset of Psychiatric Disorders and Psychiatric Treatment on Mortality Among Patients with Cancer. *Oncologist*. avr 2020;25(4):e733-42.
17. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 11 févr 1983;249(6):751-7.
18. Dean C, Chetty U, Forrest AP. Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet*. 26 févr 1983;1(8322):459-62.
19. Yang Y-L, Liu L, Wang X-X, Wang Y, Wang L. Prevalence and associated positive psychological variables of depression and anxiety among Chinese cervical cancer patients: a cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2014;9(4):e94804.
20. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. avr 2008;30(2):112-26.

Références bibliographiques

21. Giese-Davis J, Collie K, Rancourt KMS, Neri E, Kraemer HC, Spiegel D. Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *J Clin Oncol*. 1 févr 2011;29(4):413-20.
22. Colagiuri B, Christensen S, Jensen AB, Price MA, Butow PN, Zachariae R. Prevalence and Predictors of Sleep Difficulty in a National Cohort of Women With Primary Breast Cancer Three to Four Months Postsurgery. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 nov 2011;42(5):710-20.
23. Fekih-Romdhane F, Achouri L, Hakiri A, Jaidane O, Rahal K, Cheour M. Hopelessness is associated with poor sleep quality after breast cancer surgery among Tunisian women. *Current Problems in Cancer*. 1 févr 2020;44(1):100504.
24. Strollo SE, Fallon EA, Gapstur SM, Smith TG. Cancer-related problems, sleep quality, and sleep disturbance among long-term cancer survivors at 9-years post diagnosis. *Sleep Medicine*. 1 janv 2020;65:177-85.
25. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med*. mai 2002;54(9):1309-21.
26. Maass SWMC, Boerman LM, Verhaak PFM, Du J, de Bock GH, Berendsen AJ. Long-term psychological distress in breast cancer survivors and their matched controls: A cross-sectional study. *Maturitas*. déc 2019;130:6-12.
27. Keskin G, Gumus AB. Turkish hysterectomy and mastectomy patients - depression, body image, sexual problems and spouse relationships. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(2):425-32.
28. Pinar G, Okdem S, Dogan N, Buyukgonenc L, Ayhan A. The effects of hysterectomy on body image, self-esteem, and marital adjustment in Turkish women with gynecologic cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 1 juin 2012;16(3):E99-104.
29. Sacerdoti RC, Lagana' L, Koopman C. Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? *Prof Psychol Res Pr*. déc 2010;41(6):533-40.
30. Reich M. Cancer y representacion del cuerpo: identidad, representacion y simbologia. *L'information psychiatrique*. 2009;85(3):247-54.
31. House JS. *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley Pub. Co.; 1981. xvii, 156 p.

Références bibliographiques

32. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med.* déc 1981;4(4):381-406.
33. Epplein M, Zheng Y, Zheng W, Chen Z, Gu K, Penson D, et al. Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. *J Clin Oncol.* 1 févr 2011;29(4):406-12.
34. Kroenke CH, Kubzansky LD, Schernhammer ES, Holmes MD, Kawachi I. Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol.* 1 mars 2006;24(7):1105-11.
35. Pinquart M, Duberstein PR. Associations of social networks with cancer mortality: A meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol.* août 2010;75(2):122-37.
36. Schroevers MJ, Helgeson VS, Sanderman R, Ranchor AV. Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psychooncology.* janv 2010;19(1):46-53.
37. Barber FD. Social support and physical activity engagement by cancer survivors. *Clin J Oncol Nurs.* 1 juin 2012;16(3):E84-98.
38. Andreu Y, Galdón MJ, Durá E, Martínez P, Pérez S, Murgui S. A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: prevalence and risk factors. *Psychol Health.* 2012;27(1):72-87.
39. Umberson D, Montez JK. Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *J Health Soc Behav.* 2010;51(Suppl):S54-66.
40. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav.* juin 2011;52(2):145-61.
41. Hinzey A, Gaudier-Diaz MM, Lustberg MB, DeVries AC. Breast cancer and social environment: getting by with a little help from our friends. *Breast Cancer Research.* 26 mai 2016;18(1):54.
42. Lutgendorf SK, Sood AK. Biobehavioral factors and cancer progression: physiological pathways and mechanisms. *Psychosom Med.* déc 2011;73(9):724-30.
43. K. H. Cheever S. C. Smeltzer BB. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (text only)12th(Twelfth), North American Edition edition by S. C. Smeltzer,B. Bare,J. L. Hinkle,K. H. Cheever. 12th edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
44. Katz MR, Rodin G, Devins GM. Self-esteem and cancer: theory and research. *Can J Psychiatry.* déc 1995;40(10):608-15.

Références bibliographiques

45. Yektatalab S, Ghanbari E. The relationship between anxiety and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Journal of Mid-life Health*. 7 janv 2020;11(3):126.
46. Schroevers MJ, Ranchor AV, Sanderman R. The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Soc Sci Med*. juill 2003;57(2):375-85.
47. Berhili S, Kadiri S, Bouziane A, Aissa A, Marnouche E, Ogandaga E, et al. Associated factors with psychological distress in Moroccan breast cancer patients: A cross-sectional study. *The Breast*. 1 févr 2017;31:26-33.
48. Berhili S, Ouabdelmoumen A, Sbai A, Kebdani T, Benjaafar N, Mezouar L. Radical Mastectomy Increases Psychological Distress in Young Breast Cancer Patients: Results of A Cross-sectional Study. *Clin Breast Cancer*. 2019;19(1):e160-5.
49. Carlson LE, Bultz BD. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. *Psychooncology*. déc 2004;13(12):837-49; discussion 850-856.
50. Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*. 1 avr 2002;20(7):1907-17.
51. Kennard BD, Stewart SM, Olvera R, Bawdon RE, hAilin AO, Lewis CP, et al. Nonadherence in Adolescent Oncology Patients: Preliminary Data on Psychological Risk Factors and Relationships to Outcome. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 1 mars 2004;11(1):31-9.
52. Bui Q-UT, Ostir GV, Kuo Y-F, Freeman J, Goodwin JS. Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Res Treat*. janv 2005;89(1):23-8.
53. Sanjida S, Janda M, Kissane D, Shaw J, Pearson S-A, DiSipio T, et al. A systematic review and meta-analysis of prescribing practices of antidepressants in cancer patients. *Psychooncology*. sept 2016;25(9):1002-16.
54. Kaul S, Avila JC, Mutambudzi M, Russell H, Kirchoff AC, Schwartz CL. Mental distress and health care use among survivors of adolescent and young adult cancer: A cross-sectional analysis of the National Health Interview Survey. *Cancer*. 2017;123(5):869-78.

Références bibliographiques

55. Nakash O, Alegria M. Examination of the Role of Implicit Clinical Judgments During the Mental Health Intake. *Qual Health Res.* mai 2013;23(5):645-54.
56. Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care--a meta-analysis. *Ann Oncol.* mai 2010;21(5):925-30.
57. Lazenby M. The international endorsement of US distress screening and psychosocial guidelines in oncology: a model for dissemination. *J Natl Compr Canc Netw.* févr 2014;12(2):221-7.
58. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* juin 1983;67(6):361-70.
59. Ownby KK. Use of the Distress Thermometer in Clinical Practice. *J Adv Pract Oncol.* mars 2019;10(2):175-9.
60. Holland JC, Alici Y. Management of distress in cancer patients. *J Support Oncol.* févr 2010;8(1):4-12.
61. Miyajima K, Fujisawa D, Hashiguchi S, Shirahase J, Mimura M, Kashima H, et al. Symptoms overlooked in hospitalized cancer patients: Impact of concurrent symptoms on oversight [corrected] by nurses. *Palliat Support Care.* avr 2014;12(2):95-100.
62. Werner A, Stenner C, Schüz J. Patient versus clinician symptom reporting: how accurate is the detection of distress in the oncologic after-care? *Psychooncology.* août 2012;21(8):818-26.
63. Söllner W, DeVries A, Steixner E, Lukas P, Sprinzl G, Rumpold G, et al. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer.* janv 2001;84(2):179-85.
64. Granek L, Nakash O, Ben-David M, Shapira S, Ariad S. Oncologists', nurses', and social workers' strategies and barriers to identifying suicide risk in cancer patients. *Psychooncology.* janv 2018;27(1):148-54.
65. Estes JM, Karten C. Nursing expertise and the evaluation of psychosocial distress in patients with cancer and survivors. *Clin J Oncol Nurs.* oct 2014;18(5):598-600.
66. Musiello T, Dixon G, O'Connor M, Cook D, Miller L, Petterson A, et al. A pilot study of routine screening for distress by a nurse and psychologist in an outpatient haematological oncology clinic. *Appl Nurs Res.* févr 2017;33:15-8.

Références bibliographiques

67. Pehlivan T, Küçük L. Skills of Oncology Nurses in Diagnosing the Psychosocial Needs of the Patients [Internet]. 2016 [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Skills-of-Oncology-Nurses-in-Diagnosing-the-Needs-Pehlivan-K%C3%BC%C3%A7%C3%BCk/d0be33be06b73144b751180af630aa58cab98b01>
68. Kaneko M, Ryu S, Nishida H, Tamasato K, Shimodaira Y, Nishimura K, et al. Nurses' recognition of the mental state of cancer patients and their own stress management - a study of Japanese cancer-care nurses. *Psychooncology*. juill 2013;22(7):1624-9.
69. What Is Breast Cancer? | American Cancer Society [Internet]. [cité 17 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>
70. 900-world-fact-sheets.pdf [Internet]. [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
71. 504-morocco-fact-sheets.pdf [Internet]. [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/504-morocco-fact-sheets.pdf>
72. Nkondjock A, Ghadirian P. Facteurs de risque du cancer du sein. *Med Sci (Paris)*. 1 févr 2005;21(2):175-80.
73. Fabre A, Fournier A, Mesrine S, Desreux J, Gompel A, Boutron-Ruault M-C, et al. Oral progestagens before menopause and breast cancer risk. *Br J Cancer*. 12 mars 2007;96(5):841-4.
74. Facteurs de risque - Cancer du sein [Internet]. [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>
75. Clavel-Chapelon F. Differential effects of reproductive factors on the risk of pre- and postmenopausal breast cancer. Results from a large cohort of French women. *Br J Cancer*. 4 mars 2002;86(5):723-7.
76. Miki Y, Swensen J, Shattuck-Eidens D, Futreal PA, Harshman K, Tavtigian S, et al. A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1. *Science*. 7 oct 1994;266(5182):66-71.
77. Wooster R, Bignell G, Lancaster J, Swift S, Seal S, Mangion J, et al. Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. *Nature*. 21 déc 1995;378(6559):789-92.

Références bibliographiques

78. Ford D, Easton DF, Stratton M, Narod S, Goldgar D, Devilee P, et al. Genetic heterogeneity and penetrance analysis of the BRCA1 and BRCA2 genes in breast cancer families. The Breast Cancer Linkage Consortium. *Am J Hum Genet.* mars 1998;62(3):676-89.
79. Qian F, Wang S, Mitchell J, McGuffog L, Barrowdale D, Leslie G, et al. Height and Body Mass Index as Modifiers of Breast Cancer Risk in BRCA1/2 Mutation Carriers: A Mendelian Randomization Study. *J Natl Cancer Inst.* 1 avr 2019;111(4):350-64.
80. Cui Y, Miller AB, Rohan TE. Cigarette smoking and breast cancer risk: update of a prospective cohort study. *Breast Cancer Res Treat.* déc 2006;100(3):293-9.
81. Morimoto LM, White E, Chen Z, Chlebowski RT, Hays J, Kuller L, et al. Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women's Health Initiative (United States). *Cancer Causes Control.* oct 2002;13(8):741-51.
82. Kolonel LN, Altshuler D, Henderson BE. The multiethnic cohort study: exploring genes, lifestyle and cancer risk. *Nat Rev Cancer.* juill 2004;4(7):519-27.
83. Stades du cancer du sein | Société canadienne du cancer [Internet]. [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/staging>
84. Freedman RA, Partridge AH. Management of breast cancer in very young women. *The Breast.* août 2013;22:S176-9.
85. American cancer society. Breast Cancer Surgery | American Cancer Society [Internet]. 2018 [cité 3 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html>
86. Lee S. Les seins [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/what-is-breast-cancer/the-breasts>
87. Gynécologie pour le praticien - 9th Edition [Internet]. [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/books/gynecologie-pour-le-praticien/9782294756375>
88. Situation-de-la-chimiotherapie-des-cancers-rapport-2013-2014.pdf [Internet]. [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.oncobretagne.fr/wp-content/uploads/2015/01/situation-de-la-chimiotherapie-des-cancers-rapport-2013-2014.pdf>

Références bibliographiques

89. Definition of gynecologic cancer - NCI Dictionary of Cancer Terms - National Cancer Institute [Internet]. 2011 [cité 17 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/gynecologic-cancer>
90. Facteurs de risque du cancer du col de l'utérus - Société canadienne d [Internet]. www.cancer.ca. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cancer.ca:443/fr-ca/cancer-information/cancer-type/cervical/risks/?region=on>
91. Facteurs de risque du cancer de l'utérus - Société canadienne du cancer [Internet]. www.cancer.ca. [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cancer.ca:443/fr-ca/cancer-information/cancer-type/uterine/risks/?region=qc>
92. Lee S. Facteurs de risque du cancer de l'ovaire [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/ovarian/risks>
93. Lee S. Stades du cancer du col de l'utérus [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/cervical/staging>
94. Lee S. Stades du cancer de l'utérus [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/uterine/staging>
95. Lee S. Stades du cancer de l'ovaire [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/ovarian/staging>
96. Abu-Rustum NR, Sonoda Y. Fertility-sparing surgery in early-stage cervical cancer: indications and applications. *J Natl Compr Canc Netw*. déc 2010;8(12):1435-8.
97. Tan LT. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer — Do Questions Remain? *Clinical Oncology*. sept 2010;22(7):586-7.
98. Traitements du cancer de l'utérus - Société canadienne du cancer [Internet]. www.cancer.ca. [cité 29 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cancer.ca:443/fr-ca/cancer-information/cancer-type/uterine/treatment/?region=qc>
99. Jelovac D, Armstrong DK. Recent progress in the diagnosis and treatment of ovarian cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2011;61(3):183-203.

Références bibliographiques

100. La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001932/>
101. Ahlberg K, Ekman T, Wallgren A, Gaston-Johansson F. Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. *J Adv Nurs*. janv 2004;45(2):205-13.
102. Aass N, Fosså SD, Dahl AA, Moe TJ. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *Eur J Cancer*. sept 1997;33(10):1597-604.
103. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol*. 15 juill 2002;20(14):3137-48.
104. Encyclopedia of Psychology: 8 Volume Set - APA Publishing | APA [Internet]. <https://www.apa.org>. [cité 29 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.apa.org/pubs/books/4600100>
105. Anxiety: Symptoms, types, causes, prevention, and treatment [Internet]. 2020 [cité 29 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323454>
106. OMS | Les investissements dans le traitement de la dépression et de l'anxiété rapportent quatre fois leur valeur [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 1 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/fr/>
107. So WKW, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JCK, Yeung M, et al. The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. *Oncol Nurs Forum*. juill 2009;36(4):E205-214.
108. Baqutayan SMS. The Effect of Anxiety on Breast Cancer Patients. *Indian J Psychol Med*. 2012;34(2):119-23.
109. Alagizy HA, Soltan MR, Soliman SS, Hegazy NN, Gohar SF. Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: single institute experience. *Middle East Current Psychiatry*. 16 juill 2020;27(1):29.
110. Hashemi S-M, Rafiemanesh H, Aghamohammadi T, Badakhsh M, Amirshahi M, Sari M, et al. Prevalence of anxiety among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer*. 1 mars 2020;27(2):166-78.

Références bibliographiques

111. McGregor BA, Antoni MH. Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: A review of stress pathways and biological mediators. *Brain, Behavior, and Immunity*. 1 févr 2009;23(2):159-66.
112. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *Am Psychol*. nov 2000;55(11):1247-63.
113. Montgomery GH, David D, Goldfarb AB, Silverstein JH, Weltz CR, Birk JS, et al. Sources of anticipatory distress among breast surgery patients. *J Behav Med*. avr 2003;26(2):153-64.
114. Walker LG, Heys SD, Walker MB, Ogston K, Miller ID, Hutcheon AW, et al. Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *Eur J Cancer*. déc 1999;35(13):1783-8.
115. Cassedy HF, Tucker C, Hynan LS, Phillips R, Adams C, Zimmerman MR, et al. Frequency of psychological distress in gynecologic cancer patients seen in a large urban medical center. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. avr 2018;31(2):161-4.
116. Park J-S, Oh Y-J. Factors Influencing on Quality of Life in Gynecological Cancer Patients. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2012;24(1):52-63.
117. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*. 1 juin 1961;4(6):561-71.
118. The effects of yoga on the quality of life and depression in elderly breast cancer patients - ScienceDirect [Internet]. [cité 30 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388115000043>
119. Maass SWMC, Roorda C, Berendsen AJ, Verhaak PFM, de Bock GH. The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*. sept 2015;82(1):100-8.
120. Bell CC. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *JAMA*. 14 sept 1994;272(10):828-9.
121. Magalon-Bingenheimer K, Magalon D, Zendjidjian X, Boyer L, Griguer Y, Lançon C. Dépression en médecine générale. *La Presse Médicale*. 1 avr 2013;42(4, Part 1):419-28.
122. Chochinov HM. Depression in cancer patients. *The Lancet Oncology*. août 2001;2(8):499-505.

Références bibliographiques

123. Putnam A. The Care of the Terminal Patient. In: Chang AE, Hayes DF, Pass HI, Stone RM, Ganz PA, Kinsella TJ, et al., éditeurs. *Oncology: An Evidence-Based Approach* [Internet]. New York, NY: Springer; 2006 [cité 30 déc 2020]. p. 1610-20. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/0-387-31056-8_91
124. Massie MJ. Prevalence of Depression in Patients With Cancer. *JNCI Monographs*. 1 juill 2004;2004(32):57-71.
125. Zainal NZ, Nik-Jaafar NR, Baharudin A, Sabki ZA, Ng CG. Prevalence of depression in breast cancer survivors: A systematic review of observational studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(4):2649-56.
126. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, hopelessness and social support among breast cancer patients: In highly endogamous population. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2017;18(7):1889-96.
127. Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in Hospitalized Cancer Patients. *Psychosomatic Medicine*. juin 1984;46(3):199-212.
128. Cassedy HF, Tucker C, Hynan LS, Phillips R, Adams C, Zimmerman MR, et al. Frequency of psychological distress in gynecologic cancer patients seen in a large urban medical center. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 15 mars 2018;31(2):161-4.
129. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee P-J, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecological cancer. *J Clin Oncol*. 1 mai 2005;23(13):3052-60.
130. Mock V. Body image in women treated for breast cancer. *Nursing Research*. 1993;42(3):153-7.
131. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Price AA, Noriega V, Harris SD, Derhagopian RP, et al. Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosom Med*. avr 1998;60(2):168-74.
132. Hopwood P. The assessment of body image in cancer patients. *Eur J Cancer*. 1993;29A(2):276-81.
133. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. juill 2006;15(7):579-94.

Références bibliographiques

134. Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. Beyond body image: the experience of breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. juin 1998;25(5):835-41.
135. White CA. Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psychooncology*. juin 2000;9(3):183-92.
136. Pikler V, Winterowd C. Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychol*. nov 2003;22(6):632-7.
137. Fan S-Y, Eiser C. Body image of children and adolescents with cancer: A systematic review. *Body Image*. sept 2009;6(4):247-56.
138. Paterson CL, Lengacher CA, Donovan KA, Kip KE, Tofthagen CS. Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Cancer Nurs*. févr 2016;39(1):E39-58.
139. Guedes TSR, Dantas de Oliveira NP, Holanda AM, Reis MA, Silva CP da, Rocha e Silva BL, et al. Body Image of Women Submitted to Breast Cancer Treatment. *Asian Pac J Cancer Prev*. 25 juin 2018;19(6):1487-93.
140. Otte JL, Carpenter JS, Manchanda S, Rand KL, Skaar TC, Weaver M, et al. Systematic review of sleep disorders in cancer patients: can the prevalence of sleep disorders be ascertained? *Cancer Medicine*. 2015;4(2):183-200.
141. Thorpy MJ. Classification of Sleep Disorders. *Neurotherapeutics*. oct 2012;9(4):687-701.
142. Cleeland CS, Zhao F, Chang VT, Sloan JA, O'Mara AM, Gilman PB, et al. The symptom burden of cancer: Evidence for a core set of cancer-related and treatment-related symptoms from the Eastern Cooperative Oncology Group Symptom Outcomes and Practice Patterns study. *Cancer*. 15 déc 2013;119(24):4333-40.
143. Berger AM, Parker KP, Young-McCaughan S, Mallory GA, Barsevick AM, Beck SL, et al. Sleep wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of the science. *Oncol Nurs Forum*. 3 nov 2005;32(6):E98-126.
144. Vena C, Parker K, Cunningham M, Clark J, McMillan S. Sleep-wake disturbances in people with cancer part I: an overview of sleep, sleep regulation, and effects of disease and treatment. *Oncol Nurs Forum*. juill 2004;31(4):735-46.

Références bibliographiques

145. Ancoli-Israel S, Moore PJ, Jones V. The relationship between fatigue and sleep in cancer patients: a review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. déc 2001;10(4):245-55.
146. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med*. mai 2002;54(9):1309-21.
147. Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, Kasprovicz S, Durrence HH. Sleep and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 nov 2002;24(5):471-80.
148. Furlani R, Ceolim MF. Sleep quality of women with gynecological and breast cancer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. déc 2006;14(6):872-8.
149. CE TEST: Sexuality and Body Image. *Cancer Nursing*. avr 2006;29(2):38.
150. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst*. 2 janv 2002;94(1):39-49.
151. Hordern A. Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nurs*. juin 2000;23(3):230-6.
152. Moran M. APA Advocacy Wins Coverage of *DSM* Codes in 12 States, D.C. *PN*. juill 2016;51(13):1-1.
153. Pelusi JL. Cancer survivorship: The other side. The lived experience of partners of long-term breast cancer survivors. 1999 [cité 18 févr 2021]; Disponible sur: <https://repository.arizona.edu/handle/10150/284071>
154. Jing L, Zhang C, Li W, Jin F, Wang A. Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. *Support Care Cancer*. 1 avr 2019;27(4):1171-80.
155. Kedde H, Wiel H, Weijmar Schultz W, Wijsen C. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 20 juin 2012;21.
156. Bahrami M, Balouchestani E, Amini A, Eghbali M. Assessing the effect of two praying methods on the life quality of patients suffering from cancer hospitalized at Seyedo Shohada medical center of Isfahan University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res*. déc 2010;15(Suppl1):296-301.

Références bibliographiques

157. McClement SE, Harlos M. When advanced cancer patients won't eat: family responses. *Int J Palliat Nurs.* 1 avr 2008;14(4):182-8.
158. Hossein SA, Bahrami M, Mohamadirizi S, Paknaad Z. Investigation of eating disorders in cancer patients and its relevance with body image. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015;20(3):327-33.
159. Neary NM, Small CJ, Wren AM, Lee JL, Druce MR, Palmieri C, et al. Ghrelin Increases Energy Intake in Cancer Patients with Impaired Appetite: Acute, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 1 juin 2004;89(6):2832-6.
160. Beagan BL, Chapman GE. Eating after Breast Cancer: Influences on Women's Actions. *Journal of Nutrition Education and Behavior.* 1 juill 2004;36(4):181-8.
161. Disturbed eating behaviors and eating disorders in type 1 diabetes: Clinical significance and treatment recommendations | SpringerLink [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11892-009-0023-8>
162. Grave RD. Eating Disorders: Progress and Challenges. *European Journal of Internal Medicine.* 1 avr 2011;22(2):153-60.
163. Túry F, Güleç H, Kohls E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *Journal of Psychosomatic Research.* 1 déc 2010;69(6):601-11.
164. Safavi M, Mahmoodi M, Roshandel A. Assessment of body image and its relationship with eating disorders among female students of Islamic Azad University, Tehran center branch. *Medical Science Journal of Islamic Azad University - Tehran Medical Branch.* 10 juill 2009;19(2):129-34.
165. Barajas Galindo DE, Vidal-Casariago A, Calleja-Fernández A, Hernández-Moreno A, Pintor de la Maza B, Pedraza-Lorenzo M, et al. Appetite disorders in cancer patients: Impact on nutritional status and quality of life. *Appetite.* 1 juill 2017;114:23-7.
166. Taylor SE, Falke RL, Shoptaw SJ, Lichtman RR. Social support, support groups, and the cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1986;54(5):608-15.
167. Parise C, Caggiano V. The influence of marital status and race/ethnicity on risk of mortality for triple negative breast cancer. *PLOS ONE.* 26 avr 2018;13(4):e0196134.
168. Goodwin JS, Hunt WC, Key CR, Samet JM. The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *JAMA.* 4 déc 1987;258(21):3125-30.

Références bibliographiques

169. Nausheen B, Gidron Y, Peveler R, Moss-Morris R. Social support and cancer progression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 1 nov 2009;67(5):403-15.
170. Gage-Bouchard EA. Social support, flexible resources, and health care navigation. *Soc Sci Med*. oct 2017;190:111-8.
171. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *Br J Cancer*. juin 1998;77(12):2381-5.
172. Walker MS, Zona DM, Fisher EB. Depressive symptoms after lung cancer surgery: Their relation to coping style and social support. *Psychooncology*. août 2006;15(8):684-93.
173. Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. *Med Sci Monit*. 17 déc 2017;23:5969-79.
174. Dumrongpanapakorn P, Liamputtong P. Social support and coping means: the lived experiences of Northeastern Thai women with breast cancer. *Health Promot Int*. 1 oct 2017;32(5):768-77.
175. Ozdemir D, Tas Arslan F. An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psychooncology*. sept 2018;27(9):2214-9.
176. Jafarnezhad J. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965. 326 p. [cité 3 janv 2021]; Disponible sur: https://www.academia.edu/19813736/Rosenberg_M_Society_and_the_adolescent_self_image_Princeton_NJ_Princeton_University_Press_1965_326_p
177. Alesi M, Rappo G, Pepi A. Self-esteem at school and self-handicapping in childhood: comparison of groups with learning disabilities. *Psychol Rep*. déc 2012;111(3):952-62.
178. Johnson M. On the dynamics of self-esteem : Empirical validation of Basic self-esteem and Earning self-esteem. 1997 [cité 3 janv 2021]; Disponible sur: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-61926>
179. Branden, N. *The six pillars of self-esteem*. Bantam Books, Inc. 1994;23(6):1082-9.
180. Leite MAC, Nogueira DA, Terra F de S. Evaluation of self-esteem in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(6):1082-9.

Références bibliographiques

181. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 1 mars 2015;33(7):749-54.
182. Akhtari-Zavare M, Mohd-Sidik S, Periasamy U, Rampal L, Fadhilah SI, Mahmud R. Determinants of quality of life among Malaysian cancer patients: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 13 août 2018;16(1):163.
183. Enache RG. The relationship between anxiety, depression and self-esteem in women with breast cancer after surgery. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 1 janv 2012;33:124-7.
184. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*. 1985;4(3):219-47.
185. de Moor JS, de Moor CA, Basen-Engquist K, Kudelka A, Bevers MW, Cohen L. Optimism, distress, health-related quality of life, and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *Psychosom Med*. août 2006;68(4):555-62.
186. Johnson JE. Coping with radiation therapy: optimism and the effect of preparatory interventions. *Res Nurs Health*. févr 1996;19(1):3-12.
187. Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Romero C, Husain I, et al. Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2006;15(7):595-603.
188. Deimling GT, Bowman KF, Sterns S, Wagner LJ, Kahana B. Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2006;15(4):306-20.
189. Sołtys M, Woźniewicz A. Resiliency and subjective health assessment. Moderating role of selected psychosocial variables. *Health Psychology Report*. 2015;4(2):137-45.
190. Izydorczyk B, Kwapniewska A, Lizinczyk S, Sitnik-Warchulska K. Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. juin 2018 [cité 19 févr 2021];15(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6025341/>

Références bibliographiques

191. Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Stefanovski P, Dejanova B. Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 15 déc 2015;3(4):727-31.
192. Li L, Hou Y, Li L, Hou Y, Kang F, Wei X. The mediating and moderating roles of resilience in the relationship between anxiety, depression, and post-traumatic growth among breast cancer patients based on structural equation modeling: An observational study. *Medicine (Baltimore)*. 11 déc 2020;99(50):e23273.
193. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening: Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*. 1 nov 2003;55(5):403-9.
194. Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder J-L, Razavi D. Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology*. févr 2010;19(2):141-9.
195. Walker J, Sharpe M. Depression Care for People with Cancer: a collaborative care intervention. *Gen Hosp Psychiatry*. oct 2009;31(5):436-41.
196. Wein S, Sulkes A, Stemmer S. The oncologist's role in managing depression, anxiety, and demoralization with advanced cancer. *Cancer J*. oct 2010;16(5):493-9.
197. Granek L, Nakash O, Ariad S, Shapira S, Ben-David M. Oncologists' identification of mental health distress in cancer patients: Strategies and barriers. *Eur J Cancer Care (Engl)*. mai 2018;27(3):e12835.
198. Absolom K, Holch P, Pini S, Hill K, Liu A, Sharpe M, et al. The detection and management of emotional distress in cancer patients: the views of health-care professionals. *Psychooncology*. juin 2011;20(6):601-8.
199. Lemonde M, Payman N. Perceived roles of oncology nursing. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*. 2015;25(4):422-31.
200. Fitch MI. Screening for distress: a role for oncology nursing. *Curr Opin Oncol*. juill 2011;23(4):331-7.
201. Fitch M, Howell D, Mcleod D, Green E. Screening for distress: Responding is a critical function for oncology nurses. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*. 1 déc 2012;22:12-30.
202. Kwekkeboom KL, Seng JS. Recognizing and responding to post-traumatic stress disorder in people with cancer. *Oncol Nurs Forum*. mai 2002;29(4):643-50.

Références bibliographiques

203. Sheldon LK, Harris D, Arcieri C. Psychosocial concerns in cancer care: the role of the oncology nurse. *Clin J Oncol Nurs*. 1 juin 2012;16(3):316-9.
204. Malasi TH, Mirza IA, el-Islam MF. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Arab patients. *Acta Psychiatr Scand*. oct 1991;84(4):323-6.
205. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. mai 1989;28(2):193-213.
206. Suleiman KH, Yates BC, Berger AM, Pozehl B, Meza J. Translating the Pittsburgh Sleep Quality Index into Arabic. *West J Nurs Res*. mars 2010;32(2):250-68.
207. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*. 1 janv 2001;37(2):189-97.
208. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988;52(1):30-41.
209. Ghaith SM, AL-Baddareen GS, Al Ali TM, Akour MM. Perceived social support among widowed women in Jordan: An exploratory study. *Women's Studies International Forum*. 1 mai 2020;80:102364.
210. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press; 2015. 339 p.
211. Abdel-Khalek AM, Korayem AS, El-Nayal MA. Self-Esteem among College Students from Four Arab Countries. *Psychol Rep*. févr 2012;110(1):297-303.
212. Vally Z. Generalized problematic Internet use, depression, and explicit self-esteem: Evidence from the United Arab Emirates. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 1 sept 2019;33:93-100.
213. Boduszek D, Hyland P, Dhingra K, Mallett J. The factor structure and composite reliability of the Rosenberg Self-Esteem Scale among ex-prisoners. *Personality and Individual Differences*. 1 nov 2013;55(8):877-81.
214. Le framework PHP Laravel - la construction d'applications web pour tous [Internet]. Kinsta. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://kinsta.com/fr/base-de-connaissances/qu-est-ce-que-laravel/>

Références bibliographiques

215. What is Bootstrap? A Short Bootstrap Tutorial on the What, Why, and How [Internet]. Toptal Engineering Blog. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.toptal.com/front-end/what-is-bootstrap-a-short-tutorial-on-the-what-why-and-how>
216. MySQL [Internet]. SQL. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://sql.sh/sghd/mysql>
217. HeidiSQL - Embarcadero Website [Internet]. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.embarcadero.com/fr/case-study/heidisql-case-study>
218. Filezilla | Pack Logiciel Libre de l'entreprise [Internet]. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.pack-logiciels-libres.fr/spip.php?logiciel73>
219. Hostinger : un fournisseur d'hébergement web international [Internet]. BDM/tools. [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.blogdumoderateur.com/tools/hostinger/>
220. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, Braun Ii, Breitbart WS, Brewer BW, et al. Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 1 oct 2019;17(10):1229-49.
221. Von Essen L, Larsson G, Oberg K, Sjöden PO. « Satisfaction with care »: associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours. Eur J Cancer Care (Engl). juin 2002;11(2):91-9.
222. ALSC. Prévention et sensibilisation [Internet]. 2009 [cité 26 févr 2021]. Disponible sur: http://www.contrelecancer.ma/fr/prevention_sensibilisation
223. Gómez-Campelo P, Bragado-Álvarez C, Hernández-Lloreda MJ. Psychological distress in women with breast and gynecological cancer treated with radical surgery: Psychological distress in women with breast/gynecological cancer. Psycho-Oncology. avr 2014;23(4):459-66.
224. Puigpinós-Riera R, Graells-Sans A, Serral G, Contente X, Bargalló X, Domènech M, et al. Anxiety and depression in women with breast cancer: Social and clinical determinants and influence of the social network and social support (DAMA cohort). Cancer Epidemiology. 1 août 2018;55:123-9.
225. 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. 25 juin 2018;19(6):1661-9.

Références bibliographiques

226. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 24 mars 2005;330(7493):702.
227. Dastan NB, Buzlu S. Depression and anxiety levels in early stage Turkish breast cancer patients and related factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(1):137-41.
228. Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Seah DSE, Schapira L, Come SE, et al. Anxiety and Depression in Young Women With Metastatic Breast Cancer: A Cross-Sectional Study. *Psychosomatics*. juin 2018;59(3):251-8.
229. Peck. Emotional reactions to radiation treatment - Peck - 1977 - Cancer - Wiley Online Library [Internet]. 1977 [cité 26 févr 2021]. Disponible sur: [https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0142\(197707\)40:1%3C180::AID-CNCR2820400129%3E3.0.CO;2-5](https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-0142(197707)40:1%3C180::AID-CNCR2820400129%3E3.0.CO;2-5)
230. ElKacemi H, J A, S E, T K, N B. Anxiety, Depression and their Risk Factors in Cancer Moroccan Patients Undergoing Radiation Therapy: A Cross-Sectional Study. *Nuclear Medicine & Radiation Therapy*. 2018;9(2):1-5.
231. Heo J, Chun M, Oh YT, Noh OK. Psychiatric comorbidities among endometrial cancer survivors in South Korea: a nationwide population-based, longitudinal study. *J Gynecol Oncol*. mars 2019;30(2):e15.
232. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*. 16 oct 1999;354(9187):1331-6.
233. Hu Y, Ma Z, Zhang H, Gao T, Gao J, Kong Y, et al. Prevalence of and factors related to anxiety and depression symptoms among married patients with gynecological malignancies in China. *Asian Journal of Psychiatry*. 1 oct 2018;37:90-5.
234. Li J, Gao W, Yang Q, Cao F. Perceived stress, anxiety, and depression in treatment-naïve women with breast cancer: a case-control study. *Psychooncology*. 23 sept 2020;
235. Fafouti M, Paparrigopoulos T, Zervas Y, Rabavilas A, Malamos N, Liappas I, et al. Depression, Anxiety and General Psychopathology in Breast Cancer Patients: A Cross-sectional Control Study. *In Vivo*. 1 sept 2010;24(5):803-10.

Références bibliographiques

236. Wang F, Liu J, Liu L, Wang F, Ma Z, Gao D, et al. The status and correlates of depression and anxiety among breast-cancer survivors in Eastern China: a population-based, cross-sectional case-control study. *BMC Public Health*. déc 2014;14(1):326.
237. Liu H, Yang L. Dynamic change of depression and anxiety after chemotherapy among patients with ovarian cancer. *Medicine (Baltimore)*. août 2019;98(31):e16620.
238. Echchikhi Y, Abbassi SE, Touil A, Kacemi H, Majjaoui SE, Kebdani T, et al. Sleep Disorders and Sleep Quality in Moroccan Adult Patients with Cancer during Treatment. *J Cancer Sci Ther* [Internet]. 2017 [cité 2 janv 2021];09(09). Disponible sur: <https://www.omicsonline.org/open-access/sleep-disorders-and-sleep-quality-in-moroccan-adult-patients-with-cancerduring-treatment-1948-5956-1000486.php?aid=94119>
239. Ginsburg ML, Quirt C, Ginsburg AD, MacKillop WJ. Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer. *CMAJ*. 1 mars 1995;152(5):701-8.
240. Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, Nakanishi T, et al. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol*. mai 2001;31(5):188-94.
241. Yilmaz M. Evaluation of sleep disorders in nonmetastatic breast cancer patients based on pittsburgh sleep quality index. *J Cancer Res Ther*. déc 2020;16(6):1274-8.
242. Fakih R, Rahal M, Hilal L, Hamieh L, Dany M, Karam S, et al. Prevalence and Severity of Sleep Disturbances among Patients with Early Breast Cancer. *Indian J Palliat Care*. 2018;24(1):35-8.
243. Furlani R, Ceolim MF. Sleep quality of women with gynecological and breast cancer. *Rev Lat Am Enfermagem*. déc 2006;14(6):872-8.
244. Tian J, Chen GL, Zhang HR. Sleep status of cervical cancer patients and predictors of poor sleep quality during adjuvant therapy. *Support Care Cancer*. 1 mai 2015;23(5):1401-8.
245. Owen DC, Parker KP, McGuire DB. Comparison of subjective sleep quality in patients with cancer and healthy subjects. *Oncol Nurs Forum*. déc 1999;26(10):1649-51.
246. Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, Kasprovicz S, Durrence HH. Sleep and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1 nov 2002;24(5):471-80.
247. Kryger M. *A Woman's Guide to Sleep Disorders*. 1st edition. McGraw-Hill Education; 2004. 337 p.

Références bibliographiques

248. Sanglade A. Image du corps et image de soi au Rorschach. *Psychologie Française*. 1983;28(2):104-11.
249. Bahrami M, Mohamadirizi M, Mohamadirizi S, Hosseini SA. Evaluation of body image in cancer patients and its association with clinical variables. *J Educ Health Promot* [Internet]. 4 oct 2017 [cité 1 janv 2021];6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5651657/>
250. Teo I, Cheung YB, Lim TYK, Namuduri RP, Long V, Tewani K. The relationship between symptom prevalence, body image, and quality of life in Asian gynecologic cancer patients. *Psychooncology*. 2018;27(1):69-74.
251. Bai L, Arver B, Johansson H, Sandelin K, Wickman M, Brandberg Y. Body image problems in women with and without breast cancer 6–20 years after bilateral risk-reducing surgery – A prospective follow-up study. *The Breast*. 1 avr 2019;44:120-7.
252. Faten E, Nader M, Raies H, Sana M, Amel M, Fadhel MM. Le trouble de l’image du corps chez 100 femmes tunisiennes atteintes d’un cancer du sein. *Bulletin du Cancer*. 1 avr 2018;105(4):350-6.
253. Sbitti Y, Kadiri H, Essaidi I, Fadoukhaïr Z, Kharmoun S, Slimani K, et al. Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women’s perception. *BMC Women’s Health*. 13 juin 2011;11(1):29.
254. Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psychooncology*. mai 2003;12(3):267-79.
255. Herzog TJ, Wright JD. The impact of cervical cancer on quality of life--the components and means for management. *Gynecol Oncol*. déc 2007;107(3):572-7.
256. Mattsson E, Einhorn K, Ljungman L, Sundström-Poromaa I, Stålberg K, Wikman A. Women treated for gynaecological cancer during young adulthood – A mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support from health care following end-of-treatment. *Gynecologic Oncology*. 1 juin 2018;149(3):464-9.
257. Prates ACL, Freitas-Junior R, Prates MFO, Veloso M de F, Barros N de M. Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Rev Bras Ginecol Obstet*. avr 2017;39(4):175-83.

Références bibliographiques

258. Kang D, Choi E-K, Kim I-R, Nam SJ, Lee JE, Im Y-H, et al. Distress and body image due to altered appearance in posttreatment and active treatment of breast cancer patients and in general population controls. *Palliat Support Care*. avr 2018;16(2):137-45.
259. Syrowatka A, Motulsky A, Kurteva S, Hanley JA, Dixon WG, Meguerditchian AN, et al. Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat*. sept 2017;165(2):229-45.
260. Iwatani T, Matsuda A, Kawabata H, Miura D, Matsushima E. Predictive factors for psychological distress related to diagnosis of breast cancer. *Psychooncology*. mars 2013;22(3):523-9.
261. Hassan MR, Shah SA, Ghazi HF, Mohd Mujar NM, Samsuri MF, Baharom N. Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients in an Urban Setting in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(9):4031-5.
262. Berhili S, Kadiri S, Bouziane A, Aissa A, Marnouche E, Ogandaga E, et al. Associated factors with psychological distress in Moroccan breast cancer patients: A cross-sectional study. *Breast*. 2017;31:26-33.
263. Hipkins J, Whitworth M, Tarrier N, Jayson G. Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: a prospective study. *Br J Health Psychol*. nov 2004;9(Pt 4):569-81.
264. Hengrasmee P, Padungsutt P, Boriboonthirunsarn D. Depression among gynecologic cancer patients at Siriraj Hospital: prevalence and associated factors. *J Med Assoc Thai*. oct 2004;87 Suppl 3:S74-79.
265. Begovic-Juhant A, Chmielewski A, Iwuagwu S, Chapman LA. Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol*. 2012;30(4):446-60.
266. Boing L, Pereira GS, Araújo C da CR de, Sperandio FF, Loch M da SG, Bergmann A, et al. Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. *Rev Saude Publica*. 1 avr 2019;53:30.
267. Aguilar Cordero MJ, Mur Villar N, Neri Sánchez M, Pimentel-Ramírez ML, García-Rillo A, Gómez Valverde E. Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutr Hosp*. 1 déc 2014;31(1):371-9.
268. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF, Valerio TD. Poor sleep quality, depression and hope before breast cancer surgery. *Applied Nursing Research*. 1 avr 2017;34:7-11.

Références bibliographiques

269. Irwin MR, Olmstead RE, Ganz PA, Haque R. Sleep disturbance, inflammation and depression risk in cancer survivors. *Brain Behav Immun.* mars 2013;30 Suppl.:S58-67.
270. Tian J, Chen GL, Zhang HR. Sleep status of cervical cancer patients and predictors of poor sleep quality during adjuvant therapy. *Support Care Cancer.* mai 2015;23(5):1401-8.
271. Azizi Kutenae M, Amirjani S, Asemi Z, Taghavi S-A, Allan H, Kamalnadian S-N, et al. The impact of depression, self-esteem, and body image on sleep quality in patients with PCOS: a cross-sectional study. *Sleep Breath.* sept 2020;24(3):1027-34.
272. Keskin G, Gumus AB. Turkish Hysterectomy and Mastectomy Patients - Depression, Body Image, Sexual Problems and Spouse Relationships. *Body Image.* 2011;12:8.
273. Bergerot CD, Clark KL, Obenchain R, Philip EJ, Loscalzo M. Breast and gynecological cancer patients' risk factors associated with biopsychosocial problem-related distress. *Psychooncology.* 2018;27(3):1013-20.
274. Chen C-L, Liao M-N, Chen S-C, Chan P-L, Chen S-C. Body image and its predictors in breast cancer patients receiving surgery. *Cancer Nurs.* oct 2012;35(5):E10-16.
275. Arden-Close E, Gidron Y, Moss-Morris R. Psychological distress and its correlates in ovarian cancer: a systematic review. *Psychooncology.* nov 2008;17(11):1061-72.
276. Wen Q, Shao Z, Zhang P, Zhu T, Li D, Wang S. Mental distress, quality of life and social support in recurrent ovarian cancer patients during active chemotherapy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* sept 2017;216:85-91.
277. Kim J, Han JY, Shaw B, McTavish F, Gustafson D. The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models. *J Health Psychol.* mai 2010;15(4):543-52.
278. Price MA, Butow PN, Costa DSJ, King MT, Aldridge LJ, Fardell JE, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in women with invasive ovarian cancer and their caregivers. *Med J Aust.* 06 2010;193(S5):S52-57.
279. Yağmur Y, Duman M. The relationship between the social support level perceived by patients with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* août 2016;134(2):208-11.

Références bibliographiques

280. Uslu-Sahan F, Terzioglu F, Koc G. Hopelessness, Death Anxiety, and Social Support of Hospitalized Patients With Gynecologic Cancer and Their Caregivers. *Cancer Nurs.* oct 2019;42(5):373-80.
281. Dumrongpanapakorn P, Liamputtong P. Social support and coping means: the lived experiences of Northeastern Thai women with breast cancer. *Health Promot Int.* 1 oct 2017;32(5):768-77.
282. Fong AJ, Scarapicchia TMF, McDonough MH, Wrosch C, Sabiston CM. Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2017;26(5):664-71.
283. Spatuzzi R, Vespa A, Lorenzi P, Miccinesi G, Ricciuti M, Cifarelli W, et al. Evaluation of Social Support, Quality of Life, and Body Image in Women with Breast Cancer. *Breast Care.* 2016;11(1):28-32.
284. Kent de Grey RG, Uchino BN, Trettevik R, Cronan S, Hogan JN. Social support and sleep: A meta-analysis. *Health Psychology.* 2018;37(8):787-98.
285. Koopman C, Nouriani B, Erickson V, Anupindi R, Butler LD, Bachmann MH, et al. Sleep Disturbances in Women With Metastatic Breast Cancer. *The Breast Journal.* 2002;8(6):362-70.
286. Thompson T, Pérez M, Kreuter M, Margenthaler J, Colditz G, Jeffe DB. Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social Science & Medicine.* 1 nov 2017;192:134-42.
287. Ates O, Soylu C, Babacan T, Sarici F, Kertmen N, Allen D, et al. Assessment of psychosocial factors and distress in women having adjuvant endocrine therapy for breast cancer: the relationship among emotional distress and patient and treatment-related factors. *Springerplus.* 2016;5:486.
288. Tae YS, Heitkemper M, Kim MY. A path analysis: a model of depression in Korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope. *Oncol Nurs Forum.* janv 2012;39(1):E49-57.
289. Wong-Kim EC, Bloom JR. Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology.* 2005;14(7):564-73.
290. Wu IHC, Tsai W, McNeill LH, Lu Q. The associations of self-stigma, social constraints, and sleep among Chinese American breast cancer survivors. *Support Care Cancer.* août 2020;28(8):3935-44.
291. Mohd-Sidik S, Akhtari-Zavare M, Periasamy U, Rampal L, Fadhilah SI, Mahmud R. Effectiveness of chemotherapy counselling on self-esteem and psychological affects among cancer patients in Malaysia: Randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling.* 1 mai 2018;101(5):862-71.

Références bibliographiques

292. Landry S, Chasles G, Pointreau Y, Bourgeois H, Boyas S. Influence of an Adapted Physical Activity Program on Self-Esteem and Quality of Life of Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Oncology*. 2018;95(3):188-91.
293. Lee SA, Nam CM, Kim YH, Kim TH, Jang S, Park E. Impact of Onset of Psychiatric Disorders and Psychiatric Treatment on Mortality Among Patients with Cancer. *The Oncol*. 3 janv 2020;theoncologist.2019-0396.
294. Aldaz BE, Treharne GJ, Knight RG, Conner TS, Perez D. Oncology healthcare professionals' perspectives on the psychosocial support needs of cancer patients during oncology treatment. *J Health Psychol*. sept 2017;22(10):1332-44.
295. Biddle L, Paramasivan S, Harris S, Campbell R, Brennan J, Hollingworth W. Patients' and clinicians' experiences of holistic needs assessment using a cancer distress thermometer and problem list: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. août 2016;23:59-65.
296. Gouveia L, Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Bonnaud-Antignac A, Cousson-Gélie F, et al. Oncologists' perception of depressive symptoms in patients with advanced cancer: accuracy and relational correlates. *BMC Psychol*. 2015;3(1):6.
297. Kaneko M, Ryu S, Nishida H, Tamasato K, Shimodaira Y, Nishimura K, et al. Nurses' recognition of the mental state of cancer patients and their own stress management - a study of Japanese cancer-care nurses. *Psychooncology*. juill 2013;22(7):1624-9.
298. Nakash O, Nagar M. Assessment of diagnostic information and quality of working alliance with clients diagnosed with personality disorders during the mental health intake. *J Ment Health*. août 2018;27(4):314-21.
299. Nakash O, Liphshitz I, Keinan-Boker L, Levav I. The effect of cancer on suicide among elderly Holocaust survivors. *Suicide Life Threat Behav*. juin 2013;43(3):290-5.
300. Absolom K, Holch P, Pini S, Hill K, Liu A, Sharpe M, et al. The detection and management of emotional distress in cancer patients: the views of health-care professionals. *Psycho-Oncology*. 2011;20(6):601-8.
301. Fillion L, Kohn P, Gagnon P, Wijk M, Cunningham A. The inventory of recent life experiences for cancer patients (IRLE-C): A decontaminated measure of cancer-based hassles. *Psychology & Health - PSYCHOL HEALTH*. 1 juill 2001;16:443-59.

Références bibliographiques

302. Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs [Internet]. Adler NE, Page AE, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2008 [cité 17 mars 2021]. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK4015/>
303. Kennard BD, Stewart SM, Olvera R, Bawdon RE, hAilin AO, Lewis CP, et al. Nonadherence in Adolescent Oncology Patients: Preliminary Data on Psychological Risk Factors and Relationships to Outcome. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 1 mars 2004;11(1):31-9.
304. Bui Q-UT, Ostir GV, Kuo Y-F, Freeman J, Goodwin JS. Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Res Treat*. janv 2005;89(1):23-8.
305. Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*. 1 avr 2002;20(7):1907-17.
306. Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol*. 10 avr 2012;30(11):1160-77.
307. Granek L, Nakash O, Ariad S, Shapira S, Ben-David M. Oncologists' identification of mental health distress in cancer patients: Strategies and barriers. *Eur J Cancer Care*. mai 2018;27(3):e12835.
308. Walker J, Postma K, McHugh GS, Rush R, Coyle B, Strong V, et al. Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder in cancer patients. *J Psychosom Res*. juill 2007;63(1):83-91.
309. Holland JC, Bultz BD, National comprehensive Cancer Network (NCCN). The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *J Natl Compr Canc Netw*. janv 2007;5(1):3-7.
310. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*. 15 mai 1998;82(10):1904-8.
311. Donovan KA, Grassi L, McGinty HL, Jacobsen PB. Validation of the distress thermometer worldwide: state of the science. *Psychooncology*. mars 2014;23(3):241-50.

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire (Version Française)

Evaluation de la santé mentale chez les femmes atteintes de cancers gynéco-mammaires

- ❖ Merci d'avoir accepté la participation à cette étude qui fait partie de la recherche scientifique et qui vise à évaluer la détresse mentale des femmes atteintes du cancer gynéco-mammaire
- ❖ Cette étude garantit l'anonymat des participants et les informations recueillies seront utilisées à des fins de recherche scientifique et d'intérêt public. Merci d'avoir répondu à toutes les questions.

A- Caractéristiques socio-économiques et démographiques de la femme :

1-Date de naissance/ âge :.....

2-Situation matrimoniale : 1-Mariée, 2-Veuve, 3-Divorcée, 4-Célibataire

3-Nombre d'enfants : 1-0 2-1 3-2 4-3 5-plus que 3

4-Milieu de résidence : 1-Urbain 2-Rural

5-Niveau d'étude: 1-Analphabète, 2-Coranique, 3-Primaire, 4-Collège, 5-Secondaire, 6-Supérieur

6- avez-vous du travail ? 1-oui 2-retraîtée 3-non

Si vous avez du travail, quelle est votre catégorie professionnelle ?.....

11-Revenu mensuel (famille) :.....

24-Disposez-vous d'une couverture sanitaire : 1-Oui, 2-Non, Si oui laquelle :

A- Caractéristiques cliniques :

1- Localisation du cancer :.....

2- Stade du cancer :.....

3- Temps depuis le diagnostic :.....

4- Traitement reçu :.....

5- Récidive du cancer : 1-oui 2-non

L'échelle de l'anxiété et la dépression hospitalière

-Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.

-Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler sans faire attention aux chiffres imprimés à gauche du questionnaire.

		A. Je me sens tendu ou énervé :
	3	La plupart du temps
	2	Souvent
	1	De temps en temps
	0	Jamais

		D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
0		Oui, tout autant
1		Pas autant
2		Un peu seulement
3		Presque plus

		A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
	3	Oui, très nettement
	2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
	1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	Pas du tout

		D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0		Autant que par le passé
1		Plus autant qu'avant
2		Vraiment moins qu'avant
3		Plus du tout

		A. Je me fais du souci :
	3	Très souvent
	2	Assez souvent
	1	Occasionnellement
	0	Très occasionnellement

		D. Je suis de bonne humeur :
3		Jamais
2		Rarement
1		Assez souvent
0		La plupart du temps
		A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :
	0	Oui, quoi qu'il arrive
	1	Oui, en général
	2	Rarement
	3	Jamais
		D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3		Presque toujours
2		Très souvent
1		Parfois
0		Jamais
		A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	0	Jamais
	1	Parfois
	2	Assez souvent
	3	Très souvent
		D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3		Plus du tout
2		Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		J'y prête autant attention que par le passé

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

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

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

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

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

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

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision 15(

Annexe 2: Questionnaire (Version traduite et adaptée en arabe dialectale Marocaine)

✓

✓

A- الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية للمشاركة :

1. تاريخ الازدياد ولا شحال فعمرك ؟
2. شنو هي الوضعية العائلية ديالك ؟
1-مزوجة 2-ارملة 3-مطلقة 4-عزبة
3. شحال عندك ديال الوليدات ؟
1-حتى واحد 2-واحدة 3-زوج 4-ثلاثة 5-كثر من ثلاثة
4. فين ساكنة ؟ 1- 2
5. أشنو هو المستوى الدراسي ديالك ؟
1-والو 2-الجامع 3-ابتدائي 4-إعدادي 5-ثانوي 6-جامعي
6. واش خدامة 1-آه خدامة 2-متقاعدة 3-مخدماش
- إلا آه، أشناها خدماك ؟
7. شحال تقريبا المدخول الشهري ديالكوم ؟
13. واش عندك التغطية الصحية ؟ 1 - آه 2- لا ،الا آه اينا وحدة؟.....

B- خصائص سريرية

14. نوع السرطان:.....
15. مرحلة المرض:.....
16. تاريخ التشخيص الأول للمرض « « « « « « « « « «
17. واش سبق ليك خضعتي لشي علاج ؟ 1 2 الا آه، شنو النوع ديالو:.....
18. واش اول مرة يجيك مرض السرطان ؟ 1- آه أول مرة 2- لا كان قبل و عاود رجع لي ثاني

سلم الكآبة و قلق الاستشفاء (HADS)

دير علامة على الخانة اللي حدا الجواب للي تيعبر اكثر علي كيفاش حسيتي هاد الصيمانة للي فاتت. من الاحسن تجاوب مباشرة وبتلقائية بلاما تبقا تتفكر بزاف فالجواب.

ك	ق	ك	ق
			تيجيني بحالا حركتي ولات ثقيلة
			ديما تقريبا
3		3	بزاف ت المرات
2		2	مرة مرة
1		1	لا نهائيا
0		0	
			تيجيني شي احساس بالخلعة لدرجة تتضرني معدتي
			لا نهائيا
0		0	فشي حالات معينة
1		1	اغلب المرات
2		2	ديما
3		3	
			ما بقتش تنديها ف راسي و ف كيفاش تتبان
			اه بالضبط
3		3	ما تنديهاش فراسي كيفما خاصني ندير
2		2	ربما ما تنديهاش فراسي
1		1	تنديها فراسي وفحالي تماما بحال كيما كنت
0		0	
			تنحس براسي ولات فيا الحركة.. ما بقتش تنقد نبقا جالس (ة) بلاما نتحرك
			وايبه بزاف ت المرات
0		3	اه شحال من مرة
1		2	لا ماشي بزاف
2		1	لا نهائيا
3		0	
			تتفكر ننتش ونشوف الايجابيات ت كولا حاجة
			تتفكر نبتا ندير الحاجات لي تتبغي
			بنفس الشوق والرغبة لي كانو عندي
3		0	شوية اقل من الرغبة لي كانت عندي
2		1	بالتاكيد اقل من الرغبة لي كانت عندي
1		2	لا ايدا
0		3	
			تيجيوني حالات مفاجئة ديال الخوف
			بزاف ت المرات فالحقيقة
3		3	شحال ت المرات
2		2	لا ماشي بزاف
1		1	لا نهائيا
0		0	
			تتقدر نستمتع بالقراءة ديال شي كتاب ولا بشي برنامج فالراديو ولا فالتيليفزيون
			غالبا
0		0	مرة مرة
1		1	لا ماشي بزاف
2		2	لا قبييل
3		3	

مؤشر جودة النوم (PSQI)

هاد الأسئلة عندها علاقة بكيفاش كنتي كاتحس هاد الشهر اللي فات بوحده، الجواب ديالك خاص بيبان فيه داكشي اللي وقع ليك بالليل وبالنهاري فهاد الشهر اللي فات. عفاك جاوب على كاع الأسئلة !

1. في الشهر اللخر، معاش موالفة كتتمشي تنعسي بالليل؟
الوقت لي موالفة تنعسي فيه:

2. في الشهر اللخر، عادة شحال كيخصك ديال الوقت باش تنعسي كل ليلة؟
عدد دقائق:

3. في الشهر اللخر، معاش موالفة كتفريقي صباح؟
ساعة لموالفة تفريقي فيها:

4. في الشهر اللخر، شحال من ساعة كتتنعسي مزيان فكل ليلة؟
شحال من ساعة كتتنعسي كل ليلة:

5. في الشهر اللخر، شحال من مره كيكونو عندك مشاكل ديال نعاس حيتاش:

ثلاثة ولا ربعة	مرة ولا جوج	قل من مرة	ماشي في الشهر
فالسيمانة	فالسيمانة	فالسيمانة	اللخر

- مكتقدريش تنعسي حتى كتدور 30 دقيقة
على الاقل

- كتفريقي فنص الليل ولا صباح بكري

- كتفريقي تمشي المرحاض

- مكتنفسيش مزيان

- كتكحبي ولا كتشخري بصوت عالي

- كيحيك برد بزاف

- كيحيك صهد بزاف

- كتحمي احلام خايبة

- كيحيك بالصداع

- اولاشي حاجا خرى من غير هادشي،
وصفيها ليا

6. فالشهر اللخر، كيفاش، امكن ليك تقيمي لي جودة ديال نعاس ديك بصفة عامة ؟

مزيانة بزاف مزيانة غيشوية خايبة بزاف خايبة غشوية

7. فالشهر اللخر، شحال من مرة خديتي دوا باش ايجيك نعاس (كتبوا ليك طبيب ولا شريطيه من فرمسيان) ؟

ماشي فالشهر اللخر قل من مرة فالسيمانة مرة ولا جوح فالسيمانة ثلاثة ولا ربعة فالسيمانة

8. فالشهر اللخر، شحال من مرة لقيتي مشكيل باش تبقي فايقة اونتي صايكة ، ولا كاتكلي اولاً كتديري

شي حاجة ؟

ماشي فالشهر اللخر قل من مرة فالسيمانة مرة ولا جوح فالسيمانة ثلاثة ولا ربعة فالسيمانة

9. حتى لاش من درجة شكل ليك هادشي مشكيل باش يكون عندك الحماس ديري حوايج لخاصك ديري

حتى مشكيل غير مشكيل صغير مشكيل نيت مشكيل كبير

10. كينعس حدك شي حد فالبيت راجلك ولا شي حد من العائلة ؟

حتى واحد فيهم اه، ولاكين فيبيت آخر

اه، فنفس البيت ولاكين ماشي نفس سرير اه، نفس سرير

11. الى عندك شي حد من عائلة ولا راجلك سوليه شحال من مرة فالشهر اللخر:

ثلاثة ولا ربعة فالسيمانة	مرة ولا جوج فالسيمانة	قل من مرة فالسيمانة	ماشي في الشهر اللخر	
				- شخرتي بصوت عالي
				- توقفتي مدة طويلة على تنفس فنعاس
				- حركتي ولا ضربتني برجلتيك ونتي ناعسة
				- كتر تبكي شي فترات فنعاس ديك
				- أسباب خرى ديال ازعاج وحركة فالنعاس

مقياس صورة الجسم (BIS)

هاد الأسئلة عندها علاقة بكيفاش كتشوفي الجسم ديالك و التغييرات لي وقعات عليه بسباب المرض أو العلاج. الأجوبة ديالك خاص تكون مرتبطة بالأحاسيس ديالك غير بهاد الأسبوع الأخير فقط.

عفاك جاوبي على جميع الأسئلة بوضع علامة (x) فالخانة المناسبة :

ديما تقريبا	بزافات المرات	مرة مرة	لا نهائيا	
				1. واش سبق ليك شعرتي بالحرج بسباب المظهر ديال الجسم ديالك ؟
				2. واش كظني بلي الجاذبية الأنثوية ديالك نقصت بسباب المرض أو العلاج ؟
				3. واش مكيرضيكش الشكل الجسدي ديالك واخا تكوني لابسة الحويج ؟
				4. كيبان ليك بلي الأنوثة ديالك تقاصت بسباب المرض أو العلاج ؟
				5. كتألمي فاش كتشوفي راسك بلا ملابس (فالمرايا مثلا) ؟
				6. كتبن ليك الجاذبية الجنسية ديالك نقصت بسباب المرض أو العلاج ؟
				7. واش كتبغي تهربي من الناس حيت الشكل ديال ميرزتك (أو مرضياش عليه) ؟
				8. كظني بلي الدوا كياثر على الجسم ديالك أو كيغير الشكل ديالو ؟
				9. بصفة عامة، واش كتحسي راسك مرضياش بالجسد ديالك ؟
				10. واش كيبيرزتك أثر الجرح لي بقا من العملية ؟

مقياس تقدير الذات (RSES)

التعليمات:

/

ممتفقاش بمرة (بقوة)	ممتفقاش	متافقة	متافقة بزاف (بقوة)	
				1. على العموم انا راضية على راسي
				2. شمرات مكنحسش براسي مزيانة كاع
				3. كنحس بلي عندي واحد العدد من الصفات المزيانين
				4. انا قادرة ندير حوايج بحال كاع الناس الاخرين
				5. كنحس بلي معنديش شحاجة لي نفتاخر بها
				6. أكيد كنحس براسي شمرات معنديش فائدة
				7. كنحس بلي انا شخص عندو قيمة، على الأقل بحال الناس الاخرين
				8. كنتمنى يكون عندي احترام كثر لراسي
				9. فجميع الاحوال، كنحس براسي بحال انا انسانة فاشلة
				10. كنشوف راسي بنظرة زوينة و إيجابية

مقياس الدعم الاجتماعي المتعدد الابعاد (MSPSS)

ارشادات: حنا مهتمين بدكشي اللي كتحسي بيه، من فضلك قرأي كل عبارة بشوية اوضحي اللي كتحسي بيه بالنسبة لكل سؤال

- ✓ دوري على 1 الا كنت ممتفقاش بمرة
- ✓ دوري على 2 الا كنت ممتفقاش بزاف
- ✓ دوري على 3 الا كنت ممتفقاش شوية
- ✓ دوري على 4 الا كنت محايدة
- ✓ دوري على 5 الا كنت متافقة شوية
- ✓ دوري على 6 الا كنت متافقة بزاف
- ✓ دوري على 7 الا كنت متافقة بزاف بزاف

ممتفقاش بمرة	ممتفقاش بزاف	ممتفقاش شوية	محايدة	متافقة شوية	متافقة بزاف	كنت متافقة بزاف	
1	2	3	4	5	6	7	1. كايين شخص مميز لي كنفدر نعول عليه و كنفقاه حدايا ملي كنفحتاج
1	2	3	4	5	6	7	2. كايين شخص مميز لي كنفدر نعاود ليه الحوايج لي كيفرحوني و لي كيفلقوني
1	2	3	4	5	6	7	3. عائلتي كيحاولو بصح يعاونوني
1	2	3	4	5	6	7	4. كنفلقى المساعدة و الدعم العاطفي لي محتاجة من عائلتي
1	2	3	4	5	6	7	5. عندي شخص مميز اللي هو مصدر حقيقي ديال راحتي
1	2	3	4	5	6	7	6. صحباتي كيحاولو بصح يعاونوني
1	2	3	4	5	6	7	7. نفدر نعول على صحباتي ملي أموري مكتكونش مقادة
1	2	3	4	5	6	7	8. كنفدر نهدر على مشاكلي مع عائلتي
1	2	3	4	5	6	7	9. عندي صحباتي لي كنعود لهم الحوايج لي كيفرحوني و لي كيفلقوني
1	2	3	4	5	6	7	10. كايين شخص مميز فحياتي لكيهتم بالمشاعر دياولي
1	2	3	4	5	6	7	11. عائلتي مستاعدين يعاونوني نخذ القرارات
1	2	3	4	5	6	7	12. كنفدر نهدر على مشاكلي مع صحباتي

...

-

**Annexe 3 : \$XWRULVDWLRQ GH FROOHFWH GH GRQQpHV DX VHLC
Casablanca**

SRSI/004/2019



المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd



Le 23 Septembre 2019

NOTE DE SERVICE

Mlle Aquil Amina, doctorante en sciences de la santé, est autorisée à procéder à la collecte des données, au service d'oncologie du CHU Ibn Rochd, dans le cadre de sa thèse intitulée : « Evaluation de la santé mentale chez les femmes atteintes de cancer gynéco-mammaire et élaboration d'un protocole de prise en charge psychologique ».

L'étudiante est tenue de respecter le règlement intérieur du service d'accueil, les règles de confidentialité et d'anonymat, de valider le recueil des données avec le chef du service et de présenter une copie de son mémoire au Service de Recherche scientifique et Innovation.

Dès réception de la présente note, l'intéressée se présentera au médecin chef de l'hôpital Ibn Rochd pour toutes informations complémentaires.

Le Directeur du Centre
Hospitalier Universitaire
Ibn Rochd
Pr. My. Hicham AFIF

8, Rue Lahcen El Arjoun Casablanca 20100 - Tél. : +212 5 22 481 010 - Fax : +212 5 22 222 021
Site Web : www.chuibnrochd.ma - E-mail : direction@chucasa.ma

Annexe 4: Consentement de la participante

· · · ·

W Y Y Y

//



Taroudannt, Le 10 mai 2020

Dossier N°2/REC/20

Lettre d'approbation

Monsieur Abdeljalil EL GOT,

Le 20 avril 2020, le projet intitulé «Evaluation des troubles de la santé mentale chez des femmes atteintes du cancer gynéco-mammaire» est soumis au Research Ethics Committee (REC) par Pr. Abdeljalil EL GOT, professeur habilité au Laboratoire des sciences et technologies de la santé- Institut Supérieur des Sciences de la Santé- Université Hassan 1- Settat-Maroc sous la direction de Pr. Abdeljalil EL GOT et la codirection de Pr. Nouredine EL KHOUDRI et Pr. Mustapha MOUALLIF.

Le Comité REC a soigneusement étudié le dossier et les pièces fournies et a considéré que le projet répond aux standards d'éthiques.

Le Comité REC a approuvé le projet et vous donne un **Avis favorable**.

Une fiche de suivi annuelle devra être adressée systématiquement au REC.

Sincères salutations



Présidente

Pr. Nadia ELKADMIRI

00212641619835

association.mare@gmail.com

www.association-mare.org/rec/

Faculté Polydisciplinaire de Taroudant,

BP : 271 Hay El Mohammadi (Lastah),

Taroudannt 83000, Maroc



Annexe 6: Questionnaire 2



« Evaluation de la détresse liée à la santé mentale des patients cancéreux : Perceptions des professionnels de la santé et barrières de pratiques »

Nous sommes deux étudiants en licence professionnelle Sciences Infirmières à l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé Settat. Nous mettons à votre disposition ce questionnaire qui s'inscrit dans le cadre de l'élaboration d'un projet de fin d'étude intitulé « Dépistage de la détresse liée à la santé mentale des patients cancéreux : Perceptions des professionnels de la santé et barrières de pratiques ». Votre collaboration est précieuse et nous vous remercions d'avoir accepté de participer. Les renseignements que vous aurez à fournir sont anonymes et confidentiels. En répondant à ce questionnaire, vous consentez à ce que les réponses recueillies fassent l'objet d'une analyse statistique puis une publication des résultats obtenus de cette étude.

*Obligatoire

I. Identification des professionnels de la santé

1. Sexe *

Une seule réponse possible.

- Homme
 Femme

2. Age *

Une seule réponse possible.

- <30ans
 30-40 ans
 40-60 ans
 >60 ans

3. Secteur *

Une seule réponse possible.

- Publique
 Semi Publique
 Privé

4. Ville *

Une seule réponse possible.

- Marrakech
 Fès
 Meknès
 Oujda
 Casablanca
 Rabat
 Beni Mellal
 Autre : _____

5. Profil *

Une seule réponse possible.

- Oncologue
 Infirmier/Infirmière en service d'oncologie
 Assistante sociale
 Psychologue

6. Années d'expérience *

Une seule réponse possible.

- <5ans
 5-10ans
 10-15ans
 >15 an

II. Connaissances en psycho oncologie

7. Pensez-vous que tous les patients atteints du cancer ont des besoins psychologiques ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non



8. L'évaluation des besoins en soins de soutien psychologique et émotionnel doit concerner : *

Une seule réponse possible.

- Tous les patients
- Beaucoup d'entre eux
- Certains
- Quelques-uns

9. lesquels ?

10. À votre avis quel est le pourcentage des patients cancéreux qui souffrent de la détresse : *

Une seule réponse possible.

- 0 - 25
- 25-50
- 50-75
- 75-100

11. Veuillez préciser le degré (ou niveau d'importance) de l'évaluation des troubles de la santé mentale chez les patients atteints d'un cancer ? *

Une seule réponse possible.

- Très important
- Important
- Peu important
- Très peu important

12. Avez-vous reçu une formation en psycho-oncologie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. Si oui au niveau :



14. À partir de votre expérience au sein de service / unité des soins d'oncologie avez-vous rencontré des patients qui souffrent des troubles psychologiques ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 15*
- Non

15. Quel(s) trouble(s) vous trouvez souvent ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Troubles anxieux
- Troubles dépressifs
- Perte de contrôle personnel
- Dépression majeure
- Insatisfaction de l'image corporelle
- Peur de la récurrence
- Autre :

III. Identification de la détresse liée à la santé mentale chez les patients cancéreux

16. A quel moment pensez-vous que les patients atteints du cancer sont en situation de détresse ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Au cours de la période de l'investigation
- Autour du diagnostic
- Les jours qui suivent l'annonce de la maladie
- Avant le traitement
- Lors d'une récurrence ou d'une progression
- En période post-traitement
- En phase palliative
- Lors de la fin de vie

17. A votre avis, quels sont les indicateurs essentiels pour l'identification de la détresse liée à la santé mentale des patients atteints du cancer ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune idée
- Indicateurs verbaux
- Indicateurs affectifs
- Symptômes physiques sans cause organique
- Apparence physique
- Autre :



18. En cas de détection des symptômes de détresse mentale chez le patient cancéreux, y-a-t-il des psychiatres/psychologue pour en référer les patients ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

19. Le dépistage de la détresse chez les patients cancéreux doit s'inscrire dans le cadre de la pratique (outre de spécialistes en santé mentale) des : *

Une seule réponse possible.

- Médecins oncologues
- Infirmiers(es) Assistante
- sociale

20. si vous deviez contribuer à l'évaluation de la détresse auprès de vos patients, de quoi auriez-vous besoin pour y parvenir ?

IV. Évaluation de la détresse mentale des patients cancéreux

21. Durant votre pratique, Evaluez-vous la détresse mentale des patients ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 22*
- Non *Passer à la question 23*

22. Quelles stratégies vous utilisez pour l'identification de la détresse ? *

Plusieurs réponses possibles.

- A l'aide d'outils d'évaluation standardisée (échelles)
- Demander directement au patient
- Demander directement à la famille
- Apprendre à connaître le patient
- Utiliser l'intuition et/ou le jugement subjectif
- vérification des antécédents médicaux
- Autre : _____



23. Comment savoir si le patient est en situation de détresse ? *

Plusieurs réponses possibles.

- A partir des symptômes de la détresse
- Les patients expriment leur situation à travers des besoins psychologiques
- Autre : _____

V. Les barrières défis pour évaluer la détresse chez les patients cancéreux

24. L'évaluation de la détresse n'est pas réalisée ou reçoit peu d'attention lors de la prise en charge de ces patients vu : *

Plusieurs réponses possibles.

- La surcharge du travail
- Manque de formations sur les méthodes de dépistage
- Manque de Ressources humaines
- Défis de temps
- L'organisation du travail centré sur la tâche et le manque de continuité dans les soins
- Le manque de clarification des rôles entre les professionnels
- Le manque d'espace et d'intimité
- Le dépistage de la détresse est moins important par rapport à d'autres aspects d'études d'imagerie ou les données histopathologiques.
- Barrières liées aux patients (Réticence...)
- Autres : _____

VI. Perceptions des professionnels de santé en oncologie concernant l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse

25. Etes-vous pour l'implantation d'un outil de dépistage de la détresse en services d'oncologie? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 26*
- Non *Passer à la question 27*

26. Quels critères doit posséder cet outil pour qu'il soit pratique ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Sous forme d'une échelle d'évaluation
- Sous forme de questionnaire
- Autre : _____

VII. L'Impact de l'implantation d'un protocole de dépistage de la détresse

27. L'instauration d'un protocole de dépistage de la détresse peut-il être utile pour...

	Surement	Très Probablement	Probablement	Possible	Pas probablement	Pas surement
Favoriser l'évaluation des besoins et l'identification de problématiques patients atteints du cancer						
Elaborer un plan thérapeutique complet						
Favoriser la communication et le soutien de la part des professionnels						
Favoriser l'intervention thérapeutique						
Favoriser la référence à des services spécialisés qui peuvent mieux aider						
Favoriser la collaboration interprofessionnelle						

Implantation d'un outil de dépistage de la détresse mental auprès des infirmiers exerçants au sein des services d'oncologie

Merci

Quels sont les éléments à considérer pour favoriser le succès de cette implantation ? Lequel est le plus important ?

Réponse longue

Selon vous, quelles seront les principales composantes de cet outil de dépistage de la détresse ?

Réponse longue

...

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait faciliter l'utilisation de l'outil de dépistage de la détresse ?

Paragraphe

Réponse longue

Annexe 7 : Consentement des professionnels de la santé exerçant HQ VHUYLFHV GŕRQFROR

Je soussigné (e) madame/ Monsieur..... consens volontairement à participer à cette étude et je comprends que je peux y mettre fin en tout temps. Ainsi, je reconnais que le

Z Œ Z µŒ u[] v Œ%o]◊µ o • } µ š](š i[š]o%o Œ šµŒ v v
o[v}vŒ Œ šµ o[]v(}Œ u š]}v Œ µ]oo] • Œ µš]o]• • µ o
[]vš Œ!š P v Œ o š i %o µŒ Œ Œ µo š] šv Œ o Œ]Œ Œ Œ Z

Signature du participant/ de la participante W YYYYYYYYYYYYY

š W YXXIYYIYY

Annexe 8 /HWWUH G¶DSSUREDWLRQ GX FRPLWp G¶pWKLTXH



Taroudannt, Le 16 Octobre 2020

Dossier N° 6/REC/20

Lettre d'approbation

Madame Amina AQUIL,

Le 6 Septembre 2020, le projet intitulé «**Perceptions des professionnels en services d'oncologie vis-à-vis de l'évaluation des troubles de la santé mentale chez les patients cancéreux**» est soumis au Research Ethics Committee (REC) par Mme. Amina AQUIL, Doctorante au Laboratoire des sciences et technologies de la santé, Institut Supérieur des Sciences de la santé, Université Hassan I, Settat, Maroc sous la direction de Pr. Abdeljalil EL GOT et sous la codirection de Pr. Noureddine EL KHOUDRI.

Le Comité REC a soigneusement étudié le dossier et les pièces fournies et a considéré que le projet répond aux standards d'éthiques.

Le Comité REC a approuvé le projet et vous donne un **Avis favorable**.

Une fiche de suivi annuelle devra être adressée systématiquement au REC.

Sincères salutations.


Présidente
Pr. Nadia ELKADMIRI

00212641619835

association.mare@gmail.com

www.association-mare.org/rec/

Faculté Polydisciplinaire de Taroudant,

BP : 271 Hay El Mohammadi (Lastah),

Taroudannt 83000, Maroc

