



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2008

THESE N° 06

LES TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE2008

PAR

Mme **Mariam TARWATE**

Née le 04 Juillet 1982 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Cancer – Dépression – Prévalence – Sévérité.

JURY

Mr. **A. EL IDRISSI DAFALI**

Professeur de Chirurgie Générale

PRESIDENT

Mme. **I. TAZI**

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. **S. AIT BEN ALI**

Professeur de Neurochirurgie

Mr. **H. ABBASSI**

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme. **N. GUENNOUNE**

Professeur agrégée de Gastro-Entérologie

Mr. **N. BOURAS**

Professeur d'Oncologie Radiothérapie

JUGES

MEMBRE ASSOCIÉ



INTRODUCTION.....	01
PATIENTS ET METHODES.....	04
I – MATERIEL DE L’ETUDE.....	05
1 – Type d’étude.....	05
2 – Les patients	05
3 – Le questionnaire.....	06
4 – Le déroulement de l’enquête.	07
5 – Considérations éthiques.....	07
II – METHODE STATISTIQUE.....	07
RESULTATS.....	09
I – ANALYSE UNIVARIEE.....	10
1 – Caractéristiques de l’échantillon global.....	10
2 – Etude de la dépression.....	33
II – ANALYSE BIVARIEE DE LA DEPRESSION.....	34
DISCUSSION.....	71
I – DEPRESSION ET CANCER : REVUE DE LA LITTERATURE.....	72
1 – La dépression chez les patients atteints de cancer.....	72
1-1. Réactions psychologiques du patient atteint de cancer.....	72
1-2. Annoncer ou pas le diagnostic de cancer au patient ?	78
1-3. Reconnaître la dépression chez les patients atteints de cancer.....	79
1-4. Les patients atteints de cancer sont-ils plus déprimés que le reste de la population ?.....	83
1-5. Facteurs influençant la survenue de dépression chez les patients atteints de cancer.....	84
1-6. La dépression organique ou secondaire.....	86
1-7. Mécanismes physiopathologiques.....	87
1-8. Dépression et suicide chez les patients atteints de cancer.....	89
1-9. Traitement de la dépression chez les patients atteints de cancer.	90
2 – La dépression peut-elle influencer l’évolution du cancer?	92
2-1. Effet de la dépression sur l’évolution et la mortalité par cancer.....	92
2-2. Mécanismes étiopathogéniques.....	92

II – DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L’ENQUETE.....	<u>94</u>
1 – Etude de la dépression chez les patients atteints de cancer.....	94
2 – Caractéristiques des patients déprimés.	96
2-1. Les facteurs sociodémographiques.....	96
2-2. Les facteurs cliniques.....	102
2-3. Les facteurs psychosociaux.....	109
 CONCLUSION.....	 112
 ANNEXES	 114
1 – Questionnaire.....	115
2 – Le MINI.....	119
3 – L’échelle de Beck.....	121
 RESUMES.....	 124
 BIBLIOGRAPHIE	



La découverte d'un cancer marque souvent l'entrée dans un lourd et long processus de soins. Si le corps doit affronter de rudes épreuves (interventions chirurgicales, chimiothérapie, radiothérapie), la psyché n'est pas épargnée. Les troubles dépressifs sont des troubles fréquemment rencontrés. [1]

La dépression est définie comme un sentiment de tristesse persistant et une perte d'intérêt ou de plaisir dans la plupart des activités pendant une durée minimale de deux semaines. [2]

L'OMS estime que, de par le monde, 121 millions de personnes souffrent de dépression[3]

Selon l'étude ESEMeD réalisée dans 6 pays par ALONSO et al.(2004) , la prévalence de l'épisode dépressif majeur dans la vie d'un individu est estimé à 8.9% chez les hommes et 16.5% chez les femmes.[4]

En France, différentes études montrent que 5 à 15% de la population française seraient touchés par un épisode dépressif au cours de l'année. [5]

Au Maroc, les résultats de l'enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux dans la population générale 2003 (ENPTM) révèlent que 26.5% des sujets enquêtés présentent un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête.[3]

Le cancer est défini comme un résultat de la prolifération d'une famille, d'un clone de cellules anormales. Il s'agit donc d'un ensemble de cellules au sein d'un organisme pluritissulaire, échappant aux mécanismes de régulation.

En 2002, le nombre de nouveaux cas de cancer dans le monde est estimé à 10.9millions, avec 6.7millions de décès. [6]

En France, c'est la deuxième cause de mortalité (23%) avec 120 000 décès/an [7]

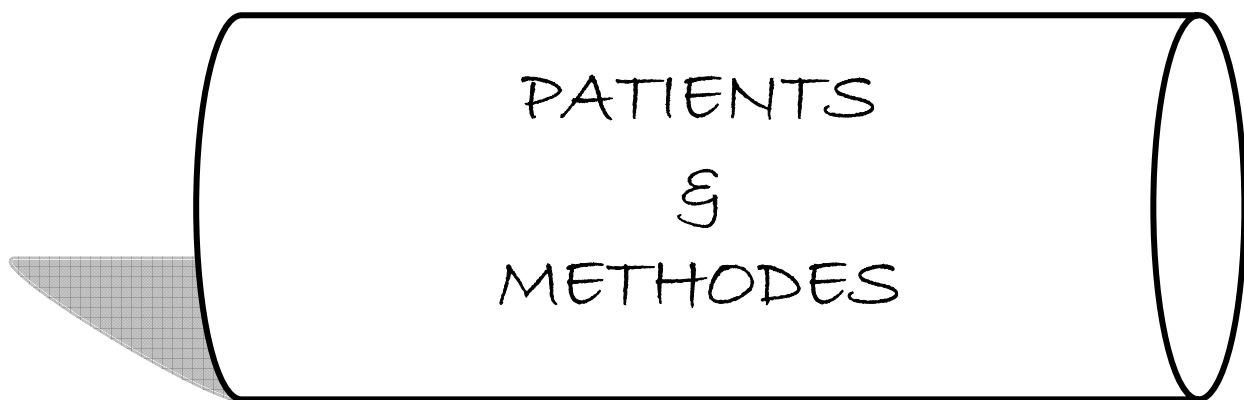
Au Maroc, le premier registre des cancers de la région du grand Casablanca a estimé 30 500 nouveaux cas chaque année, ce qui correspond à une incidence standardisée globale de 101.7 nouveau cas /100 000habitants/an. [8]

La maladie cancéreuse et tout ce qui lui est liée entraînent des états de crise qui peuvent nécessiter un accompagnement. Le cancer implique des désordres psychiques, notamment l'apparition de troubles dépressifs.

La dépression chez les patients cancéreux est souvent non reconnue, négligée et sous diagnostiquée ; d'une part parce que des sentiments de tristesse et de découragement sont souvent considérés comme normaux et adaptés face à la prise de conscience d'un diagnostic aussi lourd de conséquences que le cancer, et d'autre part parce que de nombreux signes sont communs à la maladie cancéreuse et à la dépression comme la perte de poids, la fatigue ou les troubles du sommeil. [9]

Les objectifs de notre travail sont :

- Déterminer la prévalence de la dépression au sein d'une population de patients atteints de cancer pris en charge au niveau du service d'oncologie au CHU MOHAMED VI.
 - Déterminer les éventuels facteurs influençant la survenue de dépression
 - Décrire le profil sociodémographique des patients déprimés.
 - Evaluer l'influence du soutien familial et la croyance religieuse dans le développement de la dépression.
 - Déterminer à quel point la connaissance ou l'ignorance du diagnostic de cancer peut influencer le développement ou non des troubles dépressifs.
-



I– MATERIELS DE L'ETUDE

1 – Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive afin d'estimer la prévalence des troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer, les caractéristiques de ces troubles dépressifs et le profil des patients atteints de cancer et déprimés.

2 – Les patients

Notre enquête a concerné un échantillon de 100 patients tous atteints de cancers, de localisations différentes, au sein du service d'oncologie du CHU MOHAMED VI, vus en consultations médicales ou en hôpital de jour au service pour cures thérapeutiques.

- Critères d'inclusion :

- Consentement après explication de l'étude et de ses objectifs
- Sujets atteints de cancer suivis et traités
- Age supérieur à 15 ans.

- Critères d'exclusion :

- Patients dont l'état général est très altéré.
 - Patients âgés de moins de 15 ans
 - Patients ayant des difficultés ou des troubles du langage
-

3 – Le questionnaire (voire annexes)

Un questionnaire a été élaboré par le service de psychiatrie (CHU MOHAMED VI). Les questions ont été posées en langue arabe dialectale. C'est un questionnaire divisé en quatre parties :

- 1^{ère} partie : Les caractéristiques sociodémographiques des patients et les antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques. (annexe1)
- 2^{ème} partie : Les caractéristiques du cancer : siège, stade, ancienneté, traitement, évolution. (annexe1). Ces données ont été recueillies à partir du dossier médical.
- 3^{ème} partie : L'étude de l'attitude de l'entourage, du changement de la pratique religieuse, de la gêne du patient, de sa connaissance ou non du diagnostic de cancer, ainsi que l'estimation du patient concernant le pronostic de sa maladie. (annexe1)
- 4^{ème} partie : L'évaluation de la prévalence et de la sévérité de la dépression. (annexe 2 et 3)

Pour l'étude de la dépression, nous avons utilisé deux types d'instruments :

- L'entretien structuré qui reprend les critères du DSM-IV : le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) pour poser le diagnostic de la dépression; il individualise l'épisode dépressif majeur actuel et passé. (annexe2)
- L'échelle de BECK, (annexe3) pour évaluer la sévérité de la dépression ; elle comprend 13 items, chaque item est noté de 0 à 3 pour un score total entre :
 - 0 et 4 : pas de dépression.
 - 5 et 7 : dépression légère.
 - 8 et 15 : dépression modérée.
 - 16 et plus : dépression sévère.

Les questionnaires ont été remplis par l'évaluateur après entretien avec les patients, au service d'oncologie du CHU MOHAMED VI au niveau des consultations et des salles de l'hôpital de jour.

4 – Le déroulement de l'enquête :

L'enquête a eu lieu entre juillet 2006 et décembre 2006.

Elle a porté sur 112 patients au service d'oncologie CHU MOHAMED VI .

Cinq patients avaient refusé de participer à l'étude, trois patients avaient un état général très altéré et quatre patients avaient un problème de langage (difficultés à parler ou parlant borbère).

Les patients ont été choisis de façon aléatoire, ils ont été interrogés après leur accord avec explication du but de l'étude.

5– Considérations éthiques :

Les patients recrutés ont été informés du but de l'étude. Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés. Le recueil des données a été effectué avec le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.

Si le diagnostic d'état dépressif majeur était porté lors de l'évaluation, une prise en charge spécialisée était proposée.

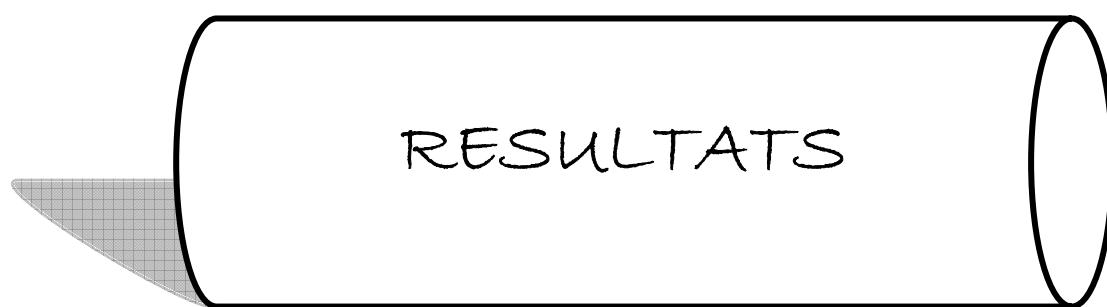
II– METHODE STATISTIQUE

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes:

- Une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative.
 - Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.

- Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts-types.
- Une analyse bivariée: la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment:
 - Le test de Student pour comparer deux moyennes.
 - L'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes.
 - Le test khi2 pour la comparaison des pourcentages.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l'EPI info6.04d fr. Le seuil de signification a été fixé à 5%.



I – ANALYSE UNIVARIEE

1 – Caractéristiques de l'échantillon global

1-1. Lieu d'entretien :

La grande majorité des entretiens ont été effectués au niveau de l'hôpital de jour (73%), et 27% au niveau de la consultation.

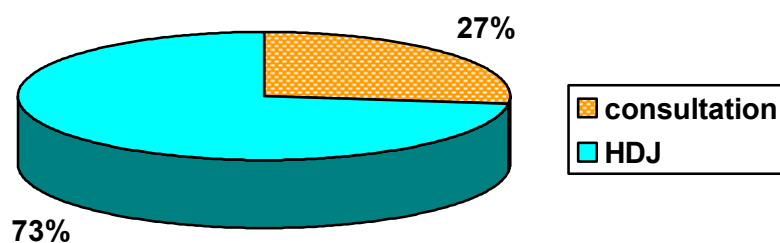


Figure1 : Répartition des patients selon le lieu d'entretien

1-2 – Sexe

La majorité des patients de notre échantillon étaient de sexe féminin (65%).

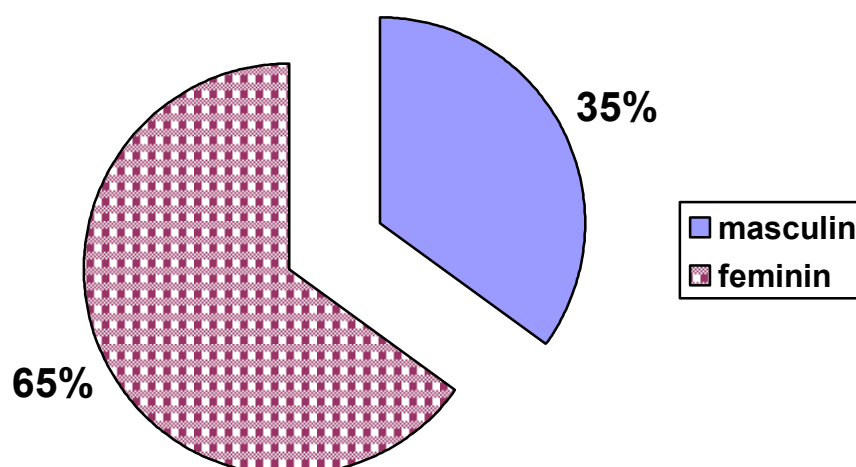


Figure2 : Répartition des patients selon le sexe.

1-3- Age

L'âge moyen est de 45.32 ans, avec un âge minimal de 15 ans, et un âge maximal de 72 ans.

La tranche d'âge entre 37 et 50 ans était la plus représentée dans notre échantillon, elle constituait 43% ;

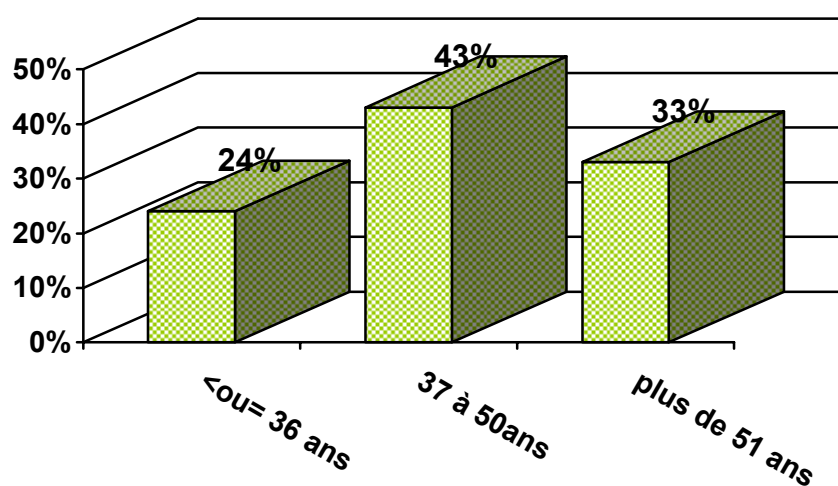


Figure 3 : Répartition des patients selon l'âge

1-4 – Situation familiale

La majorité des patients de notre échantillon étaient marié(e)s avec un pourcentage de 72%

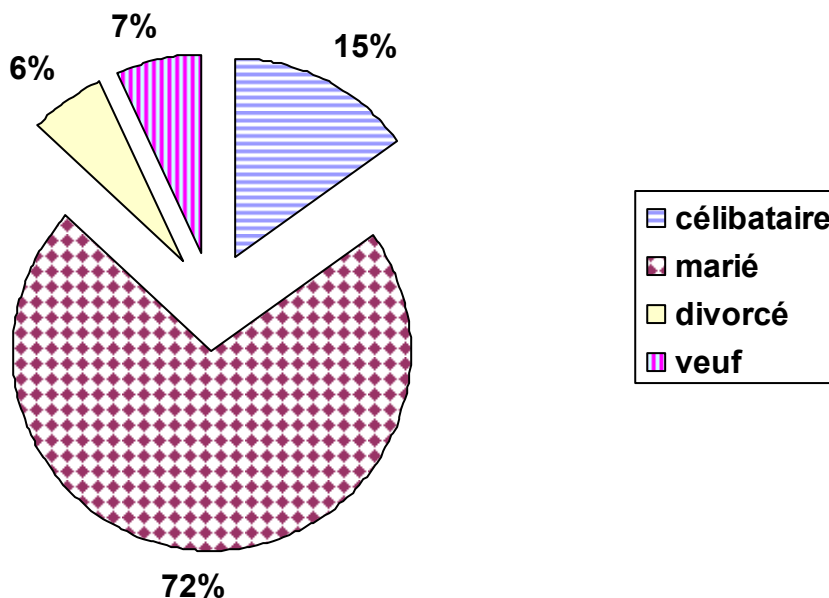


Figure 4 : Répartition des patients selon la situation familiale

1-5 – Nombre d'enfants

La majorité des patients avaient entre 1 et 3 enfants (43%), alors que 37% avaient plus de 4 enfants, et 20% n'avaient pas d'enfants.

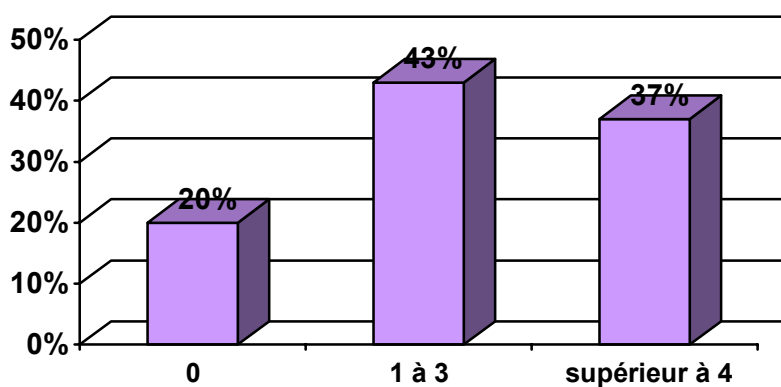


Figure5 : Répartition des patients selon le nombre d'enfants

1-6 – Age de l'enfant le plus jeune

La majorité des patients avaient des enfants âgés de 5 à 15 ans(33%) ,28% avaient des enfants dont l'âge est supérieur à 15 ans, et 19% des patients avaient des enfants âgés de moins de 5 ans

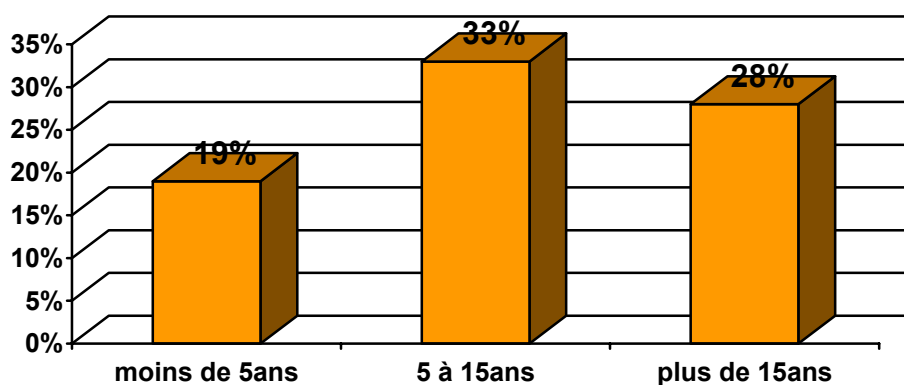


Figure 6 : Répartition des patients selon l'âge de l'enfant le plus jeune.

1-7 – Niveau d'instruction

Presque les deux tiers des patients n'étaient jamais scolarisés (62%), et 6% des patients seulement avaient un niveau universitaire.

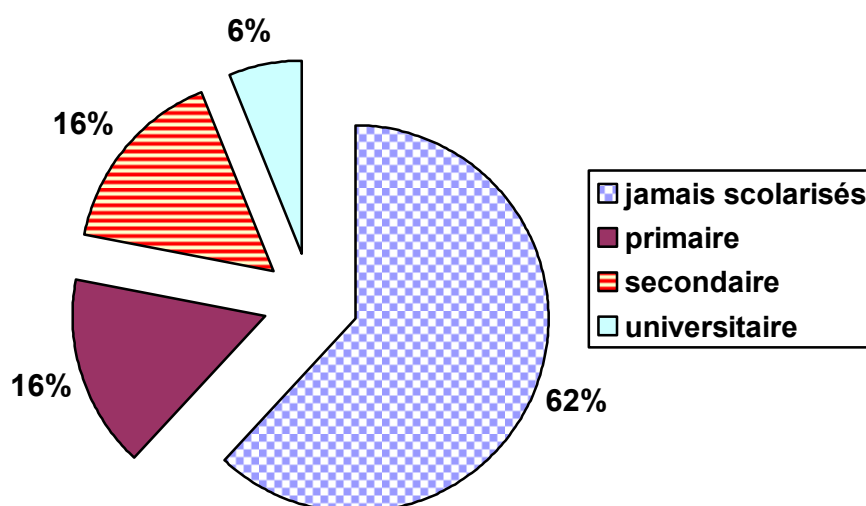


Figure 7 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

1-8 – Profession

La moitié des patients de notre échantillon étaient des femmes au foyer et 46% avaient un travail actif (dont 23% étaient des ouvriers, 10% des fonctionnaires et 3% des cadres moyens)

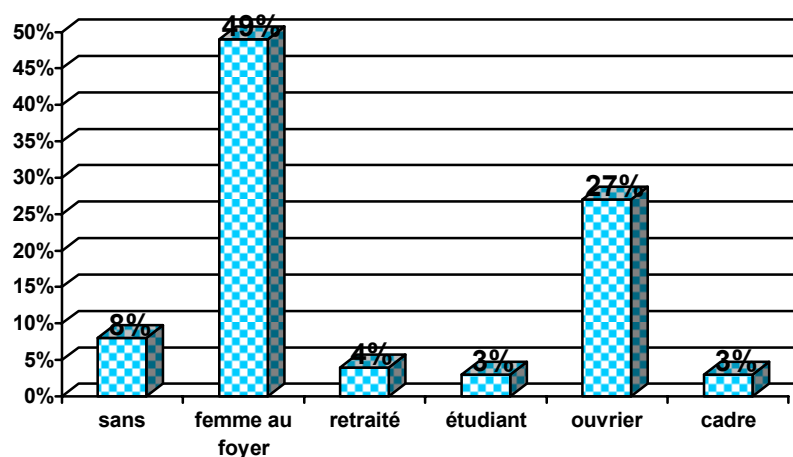
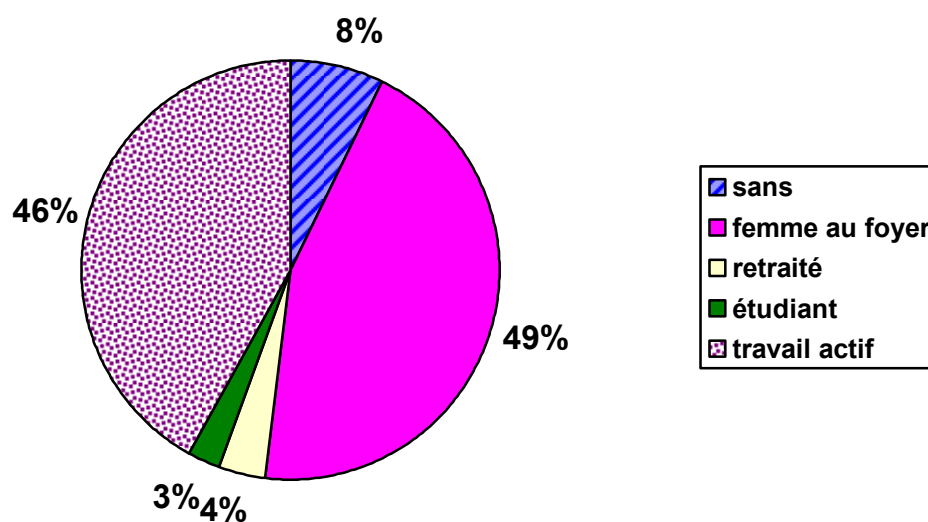


Figure 8 : Répartition des patients selon la profession

1-9 – Niveau socio-économique

▲ Revenu mensuel de la famille du patient

La majorité des patients avaient un revenu mensuel familial inférieur à 2000 Dh par mois (54%) ; 18% avaient un revenu mensuel entre 2000 Dh et 5000 Dh ; 5% entre 5000 et 10000Dh et seulement 1% avait un revenu qui dépasse 10 000 Dh par mois. alors que 22% des patients ignoraient le montant du revenu mensuel.

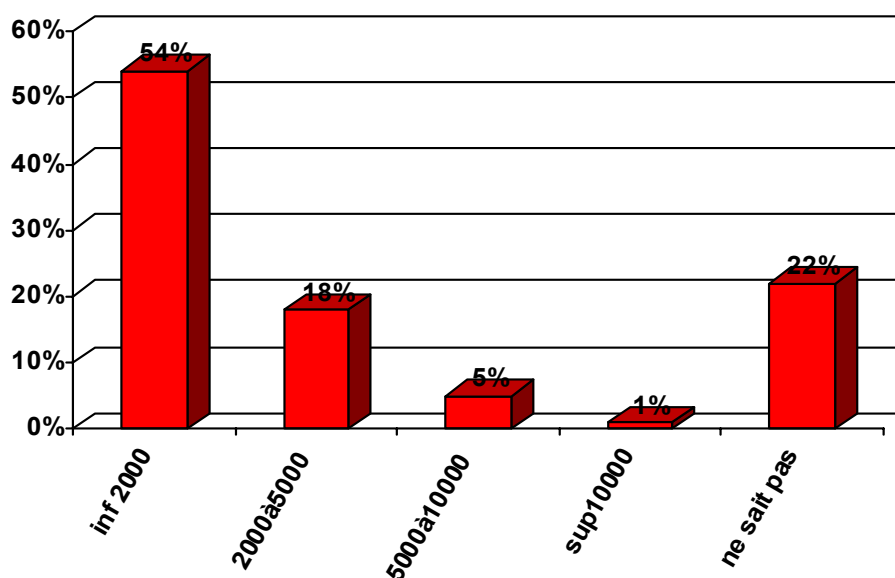


Figure 9 : Répartition des patients selon le revenu mensuel de la famille

▲ Mutuelle

La grande majorité des patients n'avaient pas de couverture sociale (77%).

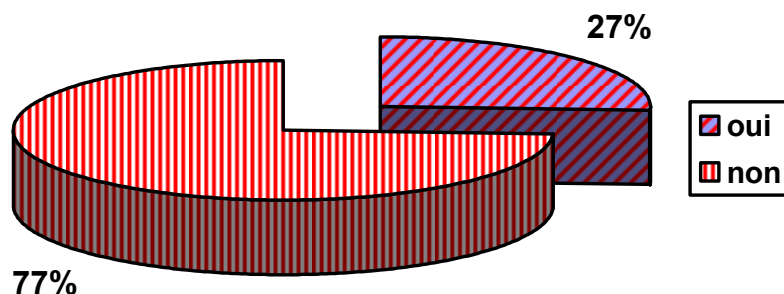


Figure 10 : Répartition des patients selon la couverture sociale

1-10 – Antécédents médicaux et chirurgicaux

La majorité des patients n'avaient pas d'antécédents médical (75%) ni chirurgical (86%).

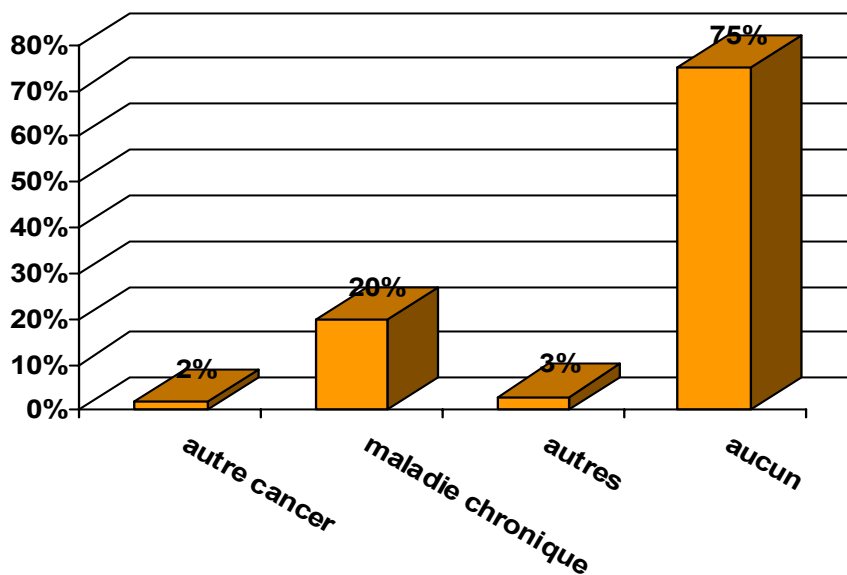


Figure 11 : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

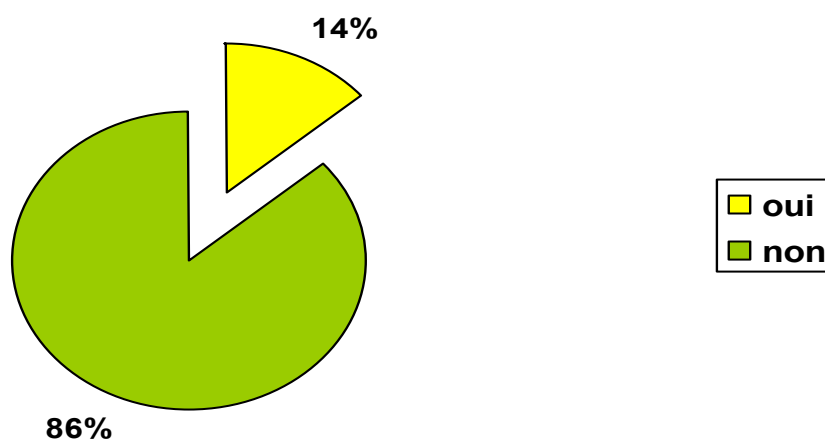


Figure 12 : Répartition des patients selon l'existence d'antécédents chirurgicaux

1-11. Antécédents d'un autre cancer

Deux patients avaient un antécédent de cancer :

Le premier avait un lymphome non hodgkinien, diagnostiqué il y a 36 mois, traité par chimiothérapie, ayant bien évolué. Actuellement il a un lymphome hodgkinien.

Le deuxième avait probablement un cancer ostéochondrale de la jambe droite (site et type non précisés par le patient), traité par amputation de la jambe il y a 36 mois ayant bien évolué aussi. Actuellement il a un cancer du larynx.

1-12. Antécédents familiaux de cancer similaire

Trois patients avaient un antécédent de cancer familial similaire ; l'évolution pour l'un des trois est la rémission, alors que les autres étaient décédés.

1-13. Localisation du cancer

La localisation majoritaire retrouvée dans notre échantillon était la localisation mammaire (31%), suivie de la localisation au niveau du tube digestif (21%) et 13% des cancers étaient localisés au niveau de l'appareil génital féminin. Les tumeurs hématologiques représentaient 10% de l'ensemble des localisations.

Les 13 autres localisations étaient représentées par 5 localisations osseuses, 2 au niveau des fosses nasales, un cancer du larynx, un sarcome de la nuque, un méningiome, un cancer du testicule et un foyer primitif inconnu.

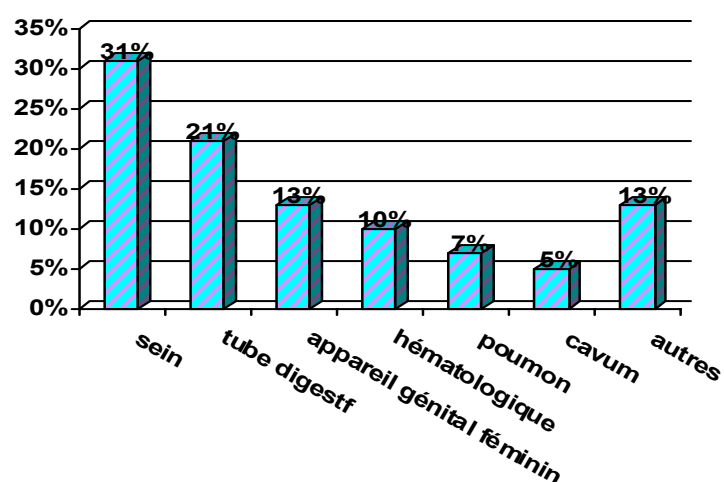


Figure13 : Répartition des patients selon le site du cancer

1-14. Type du cancer

La grande majorité des patients avaient une tumeur solide (90%).

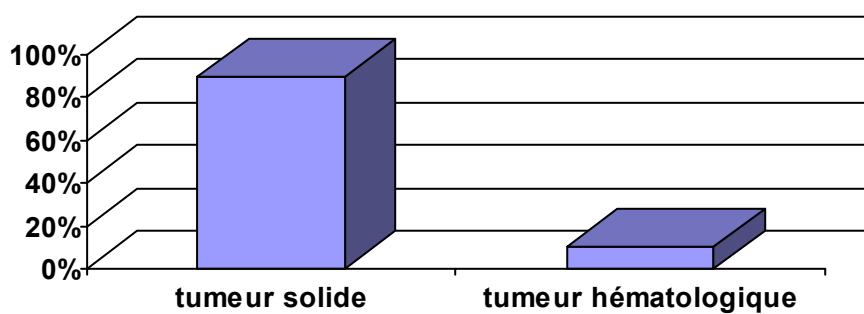


Figure 14 : Répartition des patients selon le type du cancer

1-15. Stade de cancer

La plupart des patients de notre échantillon avaient un cancer de stade localement avancé (49%) et 34% des patients avaient un cancer au stade métastatique.

Pour les tumeurs hématologiques ,7 patients sur dix avaient un stade diffus

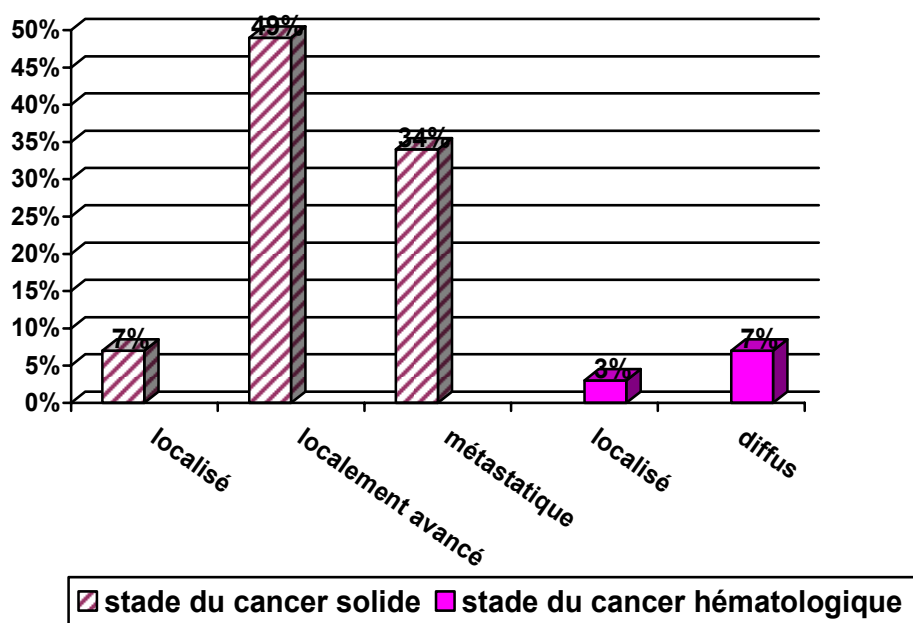


Figure 15 : Répartition des patients selon le stade du cancer

1-16. Délai de découverte du cancer

Le délai moyen de découverte du cancer était de 14,74 mois avec des extrêmes allant de 1 mois à 120 mois.

Vingt-huit pourcent des patients de notre échantillon avaient découvert le diagnostic de cancer entre 6 et 12 mois

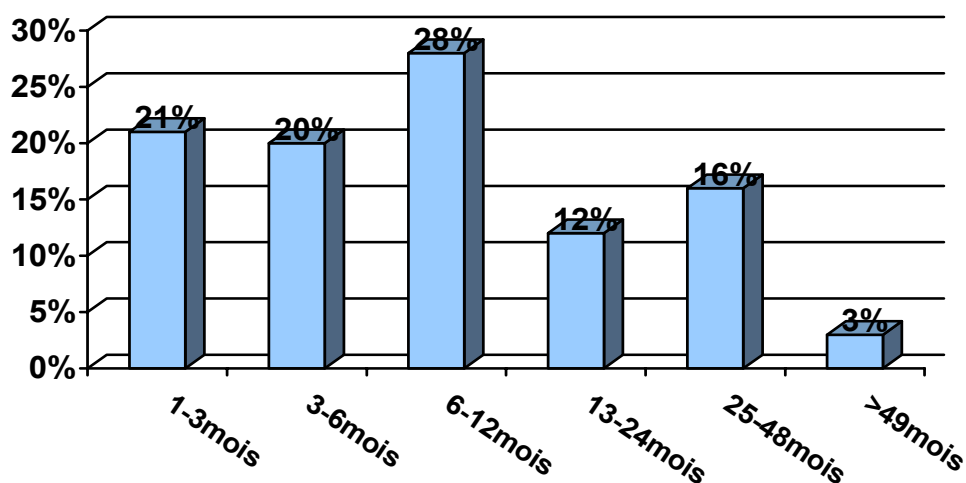


Figure 16 : Répartition des patients selon le délai de découverte du cancer

1-17. Attitude de l'entourage

Il n'y avait pas de changement d'attitude de l'entourage chez la majorité des patients (67%), et 33% rapportaient un changement.

Changement positif : soutien social et familial, moral et financier.

Changement négatif : désintérêt, éloignement par craintes de contagiosité, abandon.

Pas de changement : attitude indifférente.

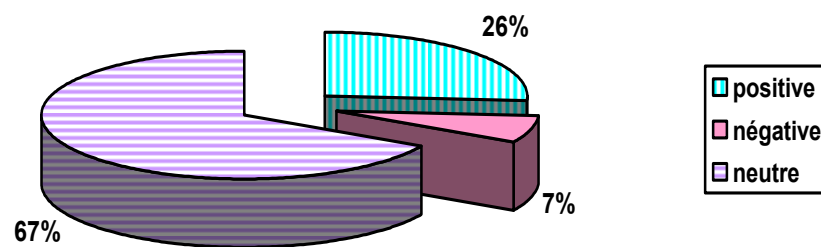


Figure17 : Répartition des patients selon l'attitude de l'entourage du patient

1-18. Pratique religieuse

Chez 77% des patients il n'y avait aucun changement dans la pratique religieuse (prières, lecture de coran...), 18% avaient augmenté leur pratique et 7% avaient rapporté une diminution voire un arrêt des prières.

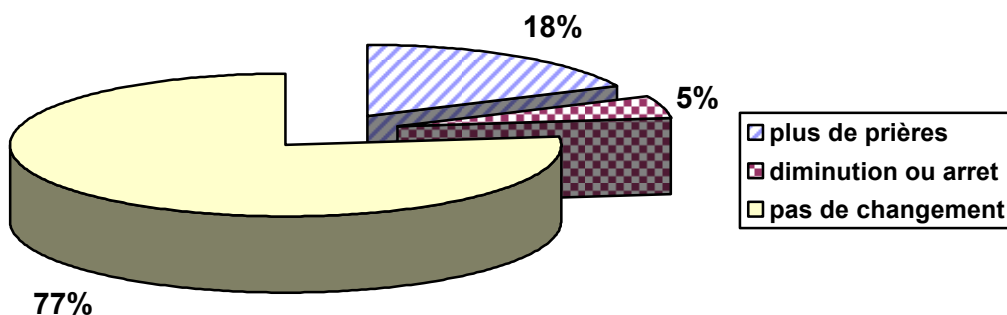


Figure18 : Répartition des patients selon la pratique religieuse

1-19. Cause de la gêne

La gêne des patients interrogés était due principalement à trois éléments : le coût de la prise en charge (58%), les symptômes physiques (55%) et les effets secondaires de la chimiothérapie (45%).

Pour la nature des symptômes physiques dont se plaignaient les patients, on a retrouvé en tête l'asthénie avec 39% des réponses, suivie de la douleur avec 16%, puis les troubles sexuels avec 4%.

Et concernant la nature des effets secondaires, 39% se plaignaient de vomissements, 12% d'alopécie, 9% des troubles de transit, 8% d'asthénie

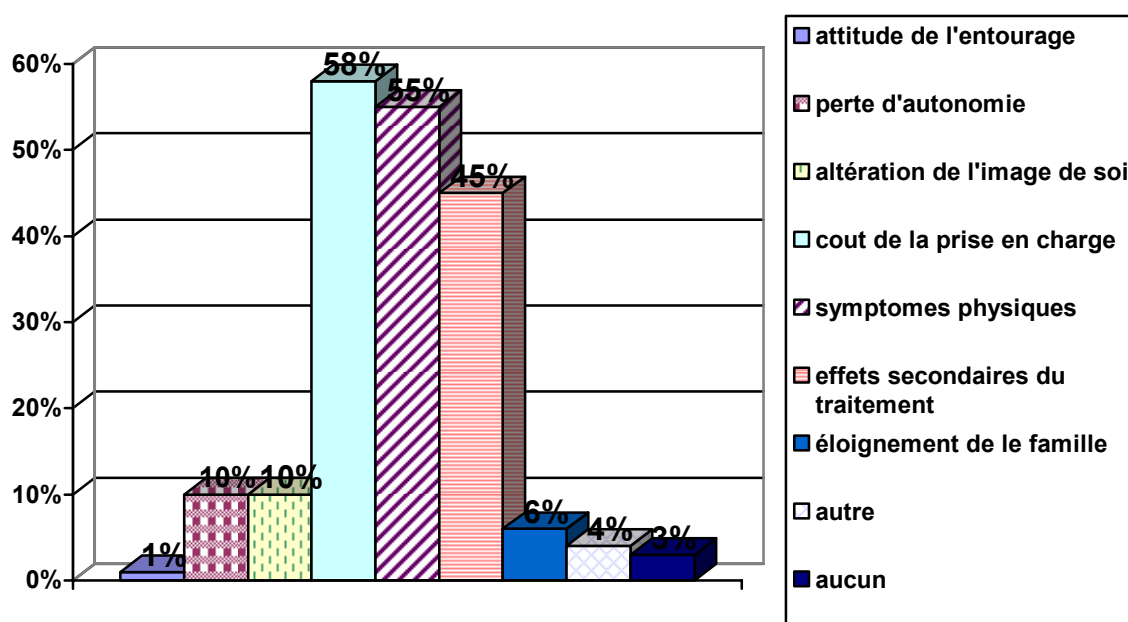
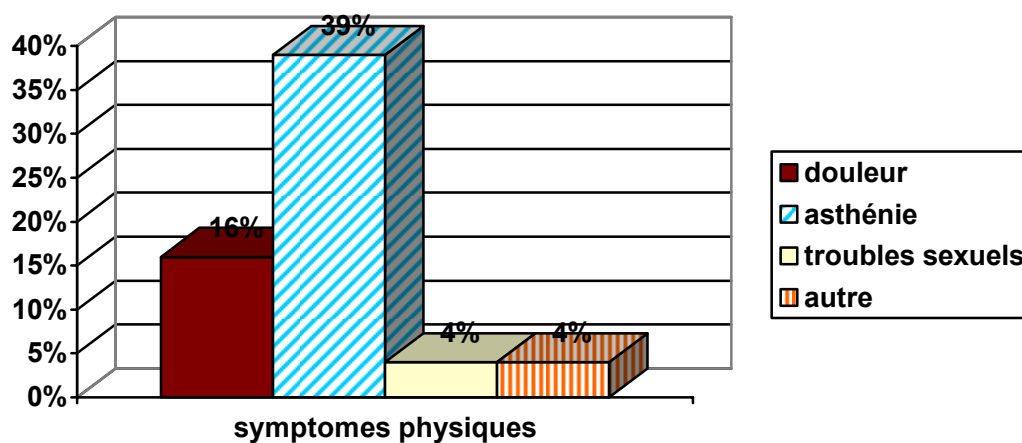
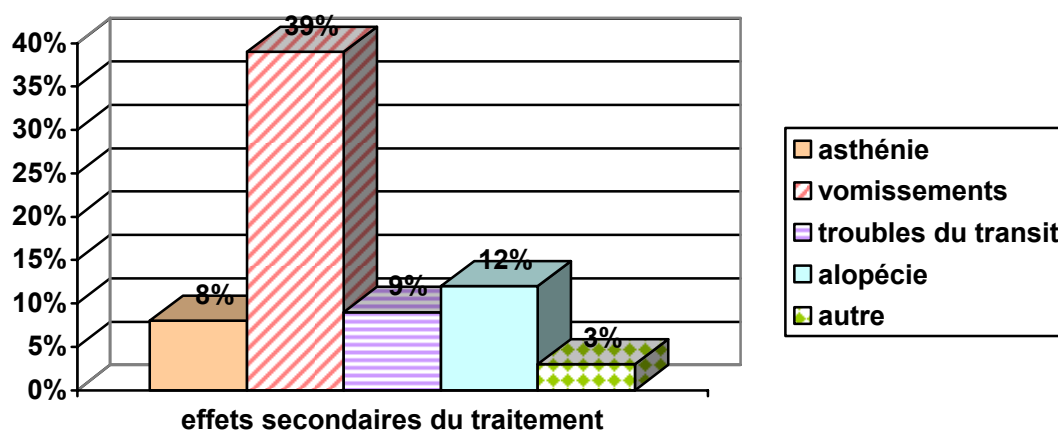


Figure19 : Répartition des patients selon la cause principale de la gêne.



**Figure 20 : Répartition des patients
selon la nature des symptômes physiques rapportés**



**Figure 21 : Répartition des patients
selon la nature des effets secondaires de la chimiothérapie.**

1-20. Traitement du cancer

Presque les deux tiers des patients recevaient un traitement curatif (62%)

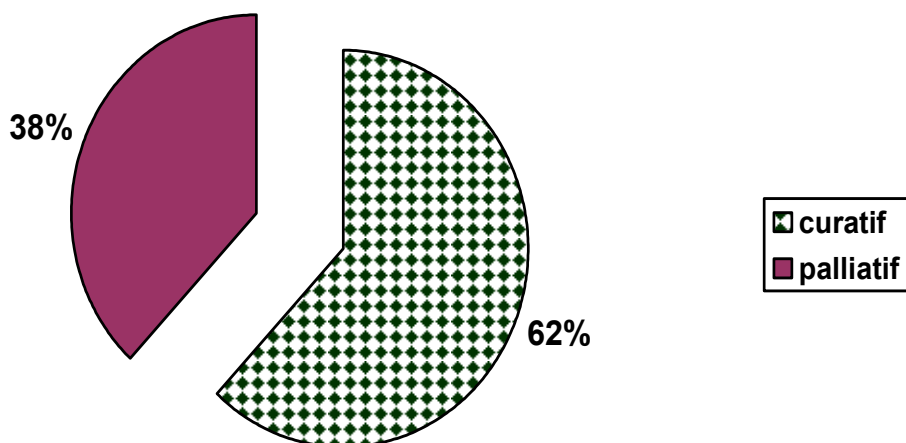


Figure 22 : Répartition des patients selon le traitement reçu pour le cancer

Plus de la moitié des patients recevaient comme traitement curatif systémique : chimiothérapie seule ou associée à un traitement locorégional (chirurgie ou radiothérapie ou les deux) (55%), alors que 8% seulement recevaient un traitement locorégional seul.

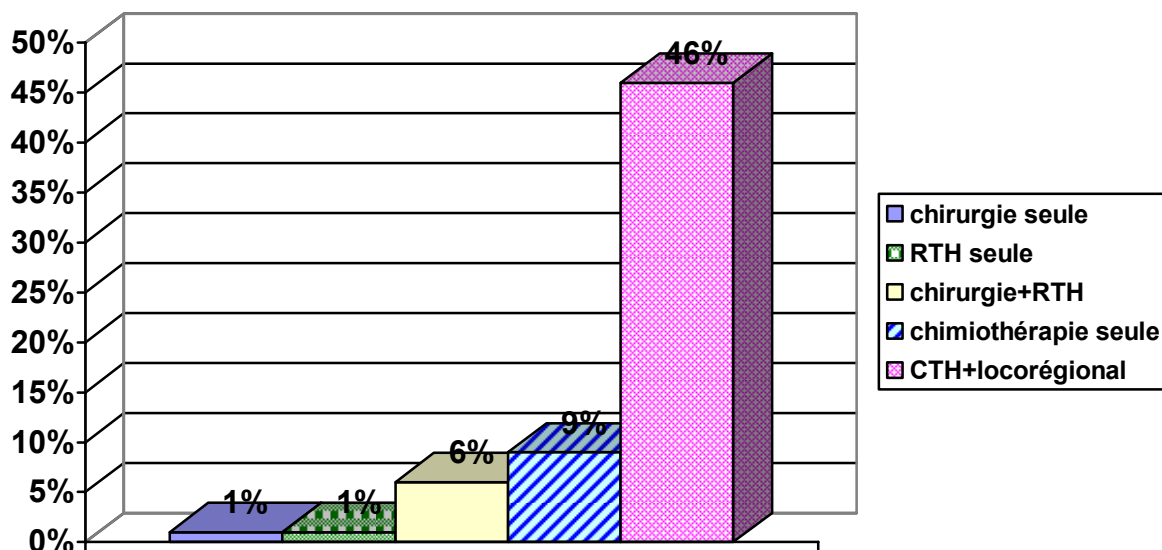


Figure 23 : Répartition des patients selon le traitement curatif reçu

Il n'y avait pas de grande différence concernant le type de traitement palliatif reçu : 24% pour la chimiothérapie seule et 16% pour la chimiothérapie associée à des traitements locorégionaux.

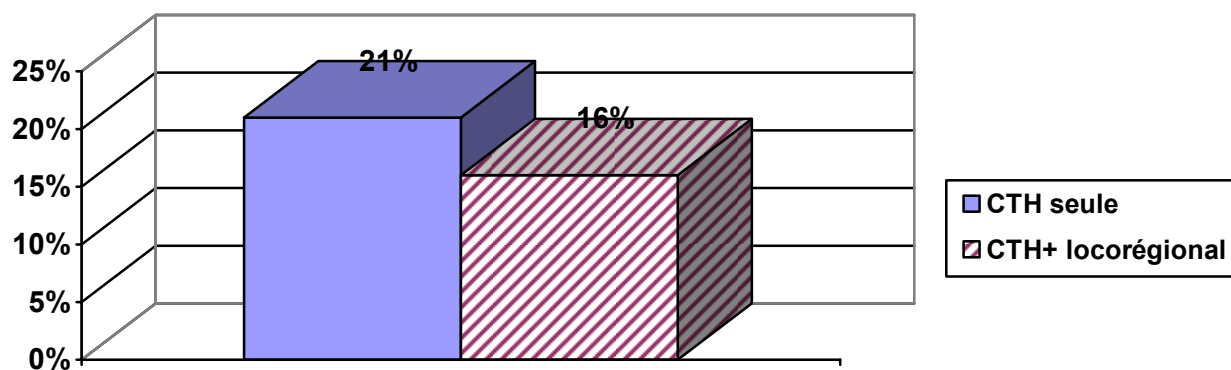


Figure 24 : Répartition des patients selon le traitement palliatif reçu

1-21. Début du traitement

Le délai moyen du début du traitement était de 12,83 mois avec un minimum de 1 mois et un maximum de 120 mois.

Trente-deux pourcent des patients de notre échantillon avaient démarré leur traitement entre 1 et 3 mois par rapport au moment de l'enquête, et 7% l'avaient démarré moins d'un mois.

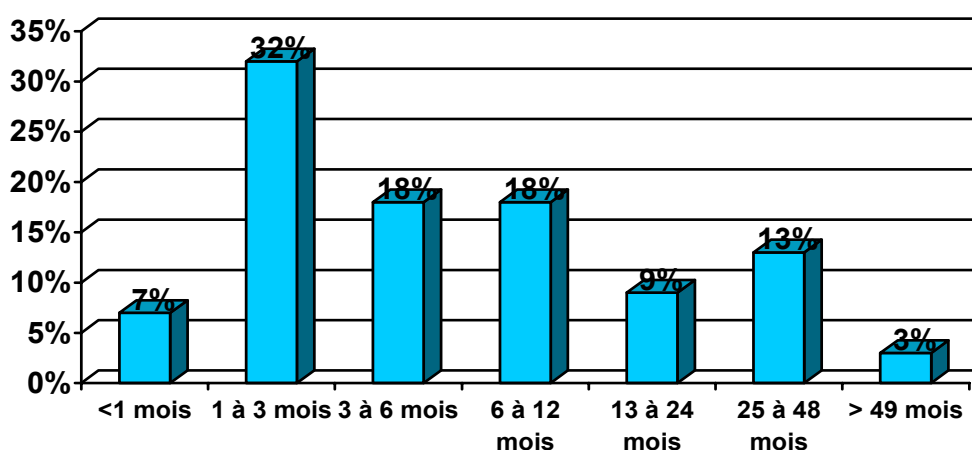
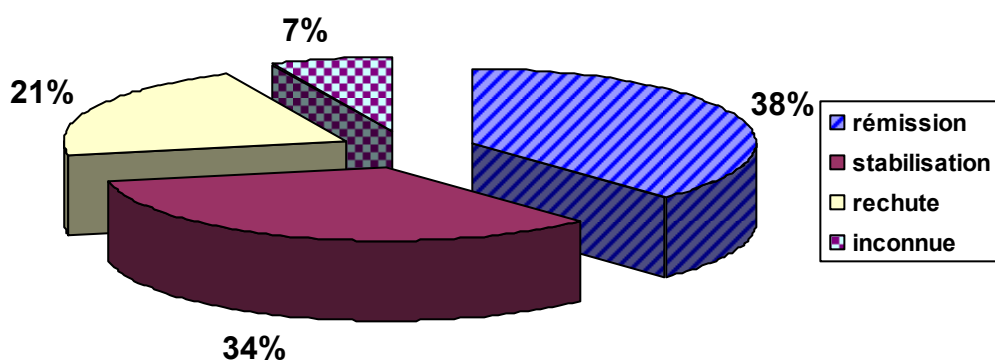


Figure 25 : Répartition des patients selon le délai de début du traitement

1-22. situation actuelle de la maladie

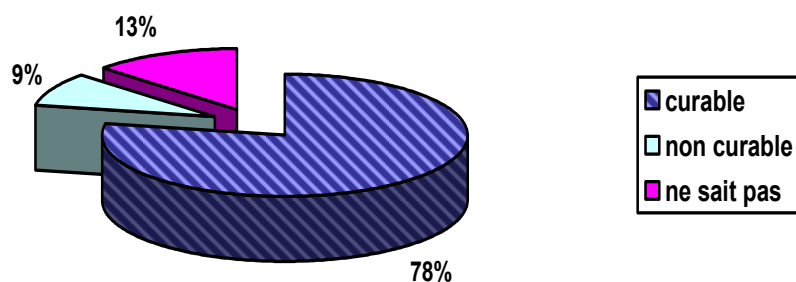
Les patients qui étaient en stabilisation et ceux qui étaient en rémission étaient presque à nombre égale (34% et 38% respectivement), 21% des patients étaient en rechute et 7% venaient juste de commencer leur traitement (moins d'une semaine)



**Figure26 : Répartition des patients
selon La situation actuelle de la maladie cancéreuse**

1-23. Estimation du patient du pronostic de sa maladie cancéreuse

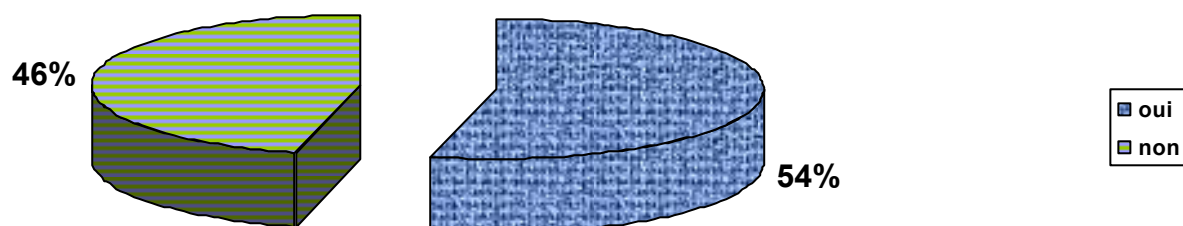
La majorité des patients (78%) croyaient que leur maladie est curable, contre 9% qui la croyaient incurable. Alors que 13% ne pouvaient donner aucune estimation.



**Figure27 : Répartition des patients
selon l'estimation du patient du pronostic de sa maladie**

1-24. La connaissance du diagnostic

Presque la moitié des patients savaient qu'ils avaient un cancer (54%).



**Figure28 : Répartition des patients
selon leur connaissance du diagnostic de cancer**

Tableau n° I : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon global

Caractéristiques de l'échantillon global	Participants à l'étude N= 100	
	N	%
Sexe		
Féminin	65	65
Masculin	35	35
Age		
Moins de 36 ans	24	24
37 – 50 ans	43	43
Plus de 51 ans	33	33
Situation familiale		
Célibataire	15	15
Marié	72	72
Divorcé	6	6
Veuf	7	7
Nombre d'enfants		
Aucun	20	20
Entre 1 et 3	43	43
Plus de 4	37	37
Age de l'enfant le plus jeune		
Moins de 5ans	19	19
5 à 15 ans	33	33
Plus de 15 ans	28	28
Niveau d'instruction		
Aucun	62	62
Primaire	16	16

Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer

Secondaire	16	16
Universitaire	6	6
Profession		
Femme au foyer	49	49
Sans	8	8
Retraité	4	4
Etudiant	3	3
Travail actif	36	36
Niveau socio-économique		
<u>Revenu mensuel</u>		
Moins de 2000 Dh	54	54
2000 à moins de 5000 Dh	18	18
5000 à moins de 10 000 Dh	5	5
Plus de 10 000 Dh	1	1
Ne sait pas	22	22
<u>Mutuelle</u>		
Oui	23	23
Non	77	77

Tableau n°II : Autres caractéristiques de l'échantillon global

Caractéristiques de l'échantillon global	Participants à l'étude (N=100)	
	N	%
Antécédents médicaux		
Autre cancer	2	2
Maladie chronique	20	20
Autres	3	3
Aucun	75	75
Antécédents chirurgicaux		
Oui	14	14
Non	86	86
Antécédents de cancer similaire dans la famille		
Oui	3	3
Non	97	97
Localisation du cancer		
Sein	31	31
Poumon	7	7
Appareil génital féminin	13	13
Cavum	5	5
Tube digestif	21	21
Hématologique	10	10
Autres	13	13
Type de tumeur		
Solide	90	90
Hématologique	10	10

Stade si tumeur solide		
Localisé	7	7
Localement avancé	49	49
Métastases à distance	34	34
Stade si tumeur hématologique		
Localisé	3	3
Diffus	7	7
Découverte du cancer		
1 à 3 mois	21	21
3 à 6 mois	20	20
6 à 12 mois	28	28
13 à 24 mois	12	12
25 à 48 mois	16	16
Plus de 49 mois	3	3
Attitude de l'entourage		
Positive	26	26
Négative	7	7
Indifférente	67	67
Pratique religieuse		
Plus de pratique	18	18
Moins de pratique	5	5
Pas de changement	77	77
Cause de la gêne		
Coût de PEC	58	58
Symptômes physiques	55	55
Effets secondaires	45	45
Altération de l'image de soi	10	10

Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer

Perte d'autonomie	10	10
Eloignement de la famille	6	6
Attitude de l'entourage	1	1
Autres	4	4
Aucun	3	3
Nature des symptômes physiques		
Douleur	16	16
Asthénie	39	39
Troubles sexuels	4	4
Autre	4	4
Nature des effets secondaires		
Asthénie	8	8
Vomissements	39	39
Troubles du transit	9	9
Alopécie	12	12
Autre	3	3
Traitement du cancer		
Curatif	63	63
Palliatif	37	37
Début du traitement		
Moins d'un mois	7	7
1 à 3 mois	32	32
3 à 6 mois	18	18
6 à 12 mois	18	18
13 à 24 mois	9	9
25 à 48 mois	13	13
Plus de 49 mois	3	3

Situation actuelle de la maladie		
Rémission	38	38
Stabilisation	34	34
Rechute	21	21
Inconnue	7	7
Estimation du pronostic par le patient		
Curable	78	78
Non curable	9	9
Ne sais pas	13	13
Connaissance du diagnostic		
Oui	54	54
Non	46	46

2- Etude de la dépression

Selon le MINI, 15% des malades présentaient un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête, et seulement 6% avaient présenté un épisode dépressif majeur passé

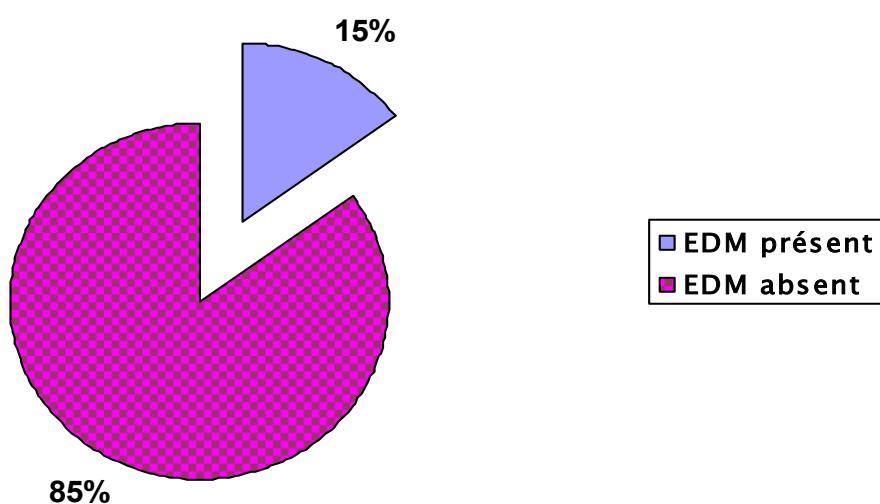


Figure 25 : Prévalence de l'épisode dépressif majeur actuel

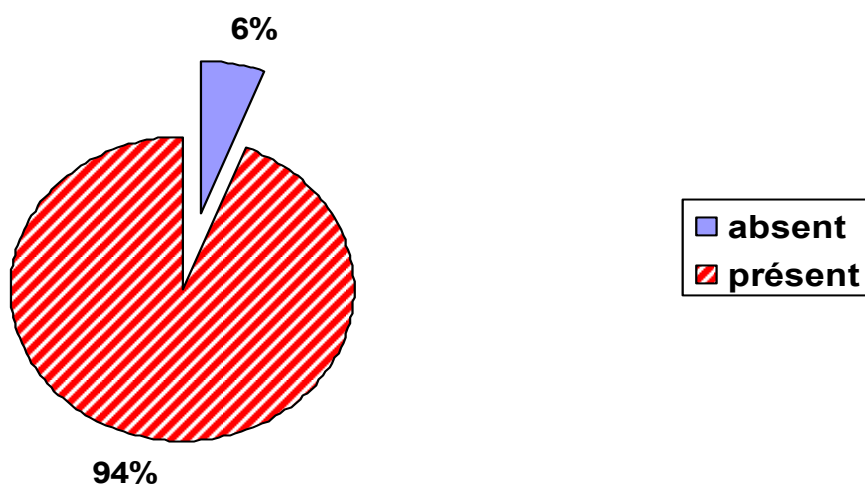


Figure 26 : Prévalence de l'épisode dépressif majeur passé

Selon l'échelle de Beck, 26,7% des patients déprimés avaient une dépression sévère, 60% avaient une dépression modérée et 13,3 % avaient une dépression légère.

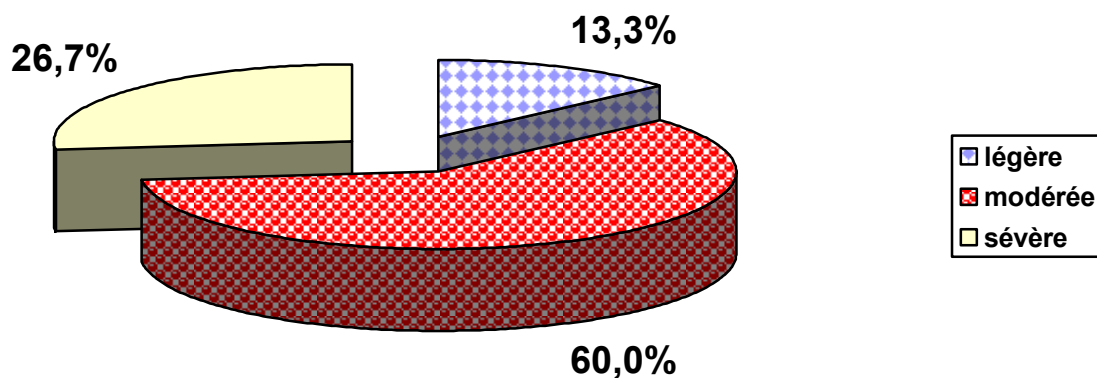


Figure 27 : sévérité de la dépression

II – ANALYSE BIVARIEE DE LA DEPRESSION

1 – Lieu d'entretien

Tableau n°III : Prévalence de la dépression selon le lieu d'entretien

	EDM		Khi deux	P
	oui	non		
Consultation	18,5%	81.5%	0,359	0,060
HDJ	13,7%	86,3%		

Les patients vus en consultation présentaient une prévalence de dépression légèrement plus élevée (18,5%) par rapport à ceux vus en hôpital de jour (HDJ) (13,7%). Cette différence est statistiquement non significative.

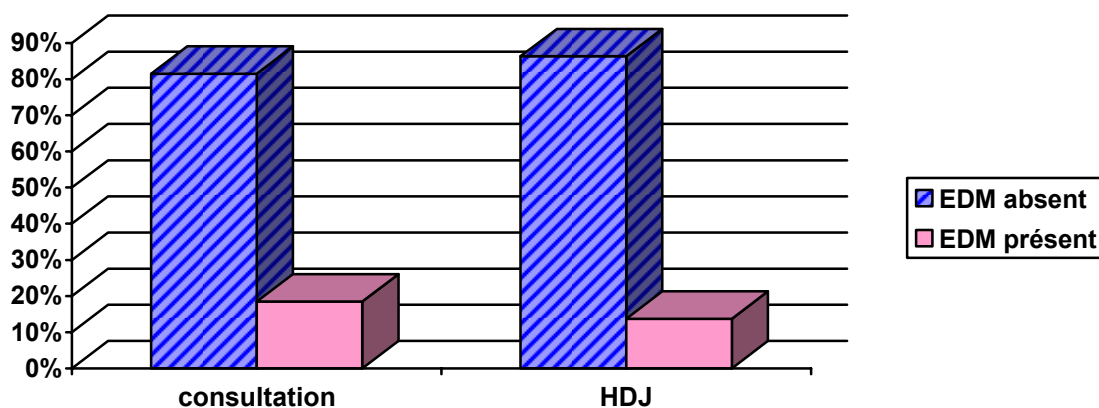


Figure1 : Prévalence de la dépression selon le lieu d'entretien

2- Sexe

Tableau n°IV : Prévalence de la dépression selon le sexe.

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Femme	15,4%	84,6%	0,022	0,015
Homme	14,3%	85,7%		

L'épisode dépressif majeur (EDM) est retrouvé un peu plus chez les femmes (15,4%) que chez les hommes (14,3%). Cette différence est statistiquement significative. ($p=0,015$)

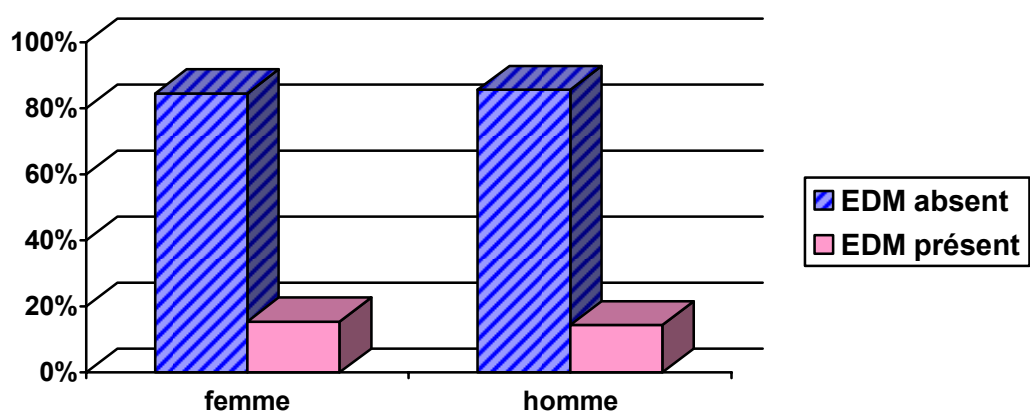


Figure 2: Prévalence de la dépression selon le sexe

3- Age

Tableau n°V : Prévalence de la dépression selon l'âge.

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
≤36 ans	4,2%	95,8%	6,889	0,024
37 à 50 ans	25,6%	74,4%		
>51 ans	9,1%	90,9%		

Le quart des patients âgés de 37 à 50 ans ont un EDM et 4.2% des patients âgés de moins de 36ans ont un EDM. Ceci est statistiquement significatif.

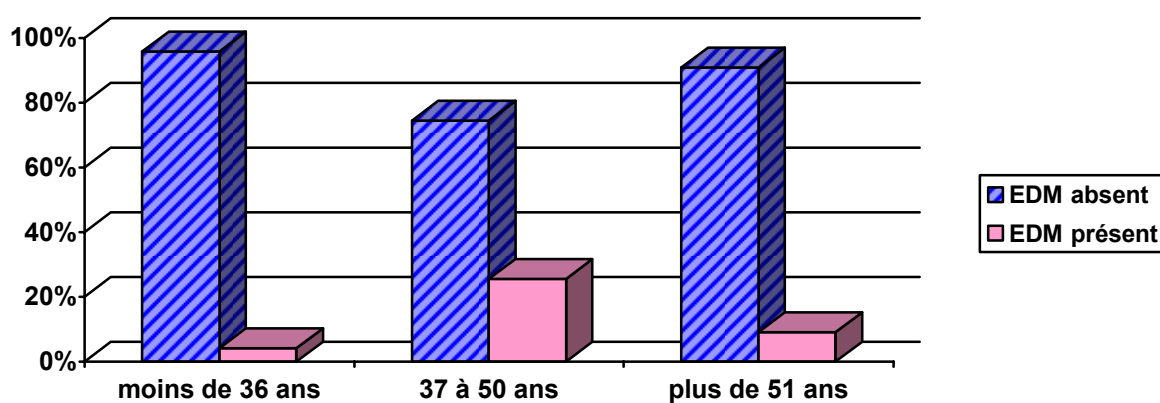


Figure 3 : Prévalence de la dépression selon l'âge

4 – Age de l'enfant le plus jeune

Tableau n°VI : Prévalence de la dépression selon l'âge de l'enfant le plus jeune

	EDM		Khi deux	P
	oui	non		
<5 ans	26,3%	73,7%	2,032	0,156
5 à 15ans	21,2%	78,8%		
>15ans	10,7%	89,3%		

On a retrouvé plus de dépression chez les patients qui ont des enfants dont le plus jeune est âgé de moins de 5 ans (26,3%), alors que 10,7% seulement de ceux ayant l'enfant le plus jeune âgé de plus de 15 ans étaient déprimés. Cette différence est statistiquement non significative.

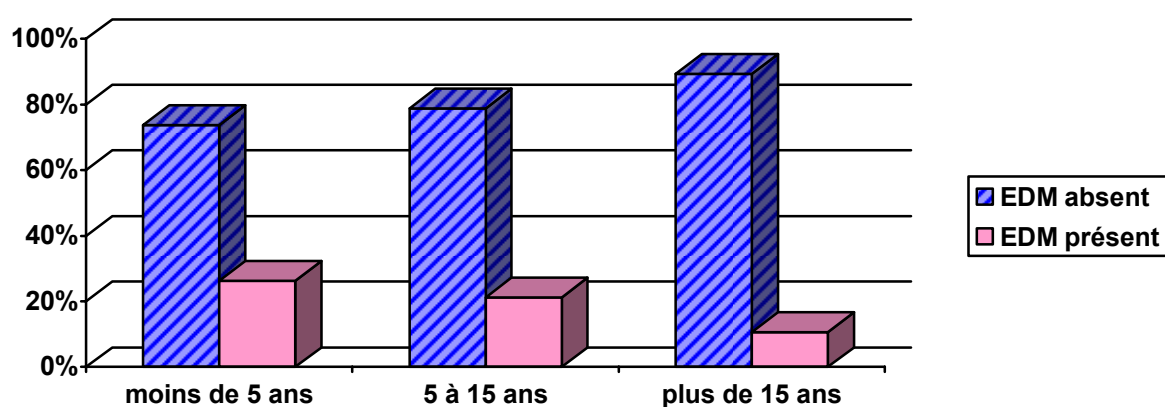


Figure 4 : Prévalence de la dépression selon l'âge de l'enfant le plus jeune

5 – Situation familiale

Tableau n°VII : Prévalence de la dépression selon la situation familiale

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Célibataire	0%	100%	5,011	0,010
Mariée	19,4%	80,6%		
Divorcé	16,7%	83,3%		
veuf	0%	100%		

L'EDM est présent plus fréquemment, de manière significative, chez les sujets mariés (19.4%) que chez les divorcés (16.7%). Alors que chez les sujets célibataires et veufs on n'a pas retrouvé d'EDM.

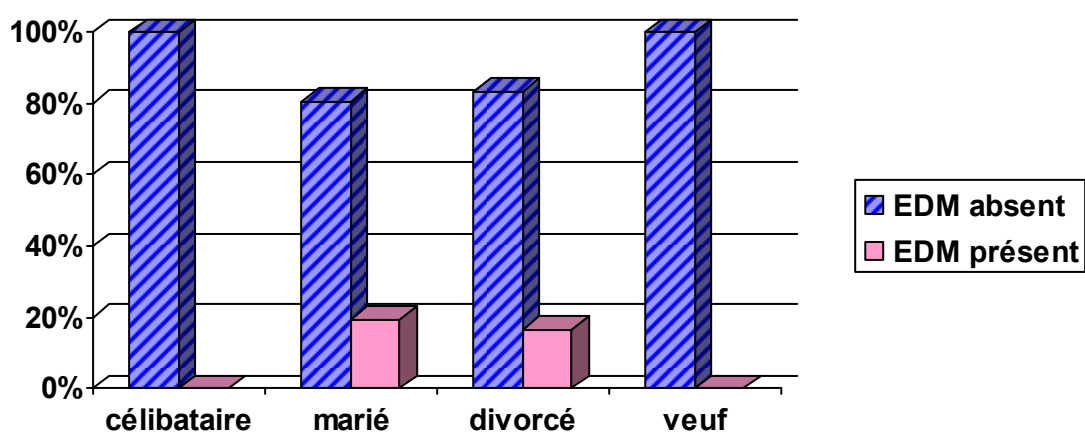


Figure 5 : Prévalence de la dépression selon la situation familiale

6 – Niveau d’instruction

Tableau n°VIII : Prévalence de la dépression selon, le niveau d’instruction

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Aucun	16,1%	83,9%	0,232	0,032
Primaire	12,5%	87,5%		
Secondaire	12,5%	87,5%		
Universitaire	16,7%	83,3%		

La prévalence de dépression retrouvée est égale pour les patients n’ayant aucun niveau d’instruction et pour ceux ayant un niveau universitaire (16,1% et 16,7%). Alors que la prévalence de la dépression est de 12.5% chez les patients ayant un niveau primaire et secondaire. Cette différence est statistiquement significative.

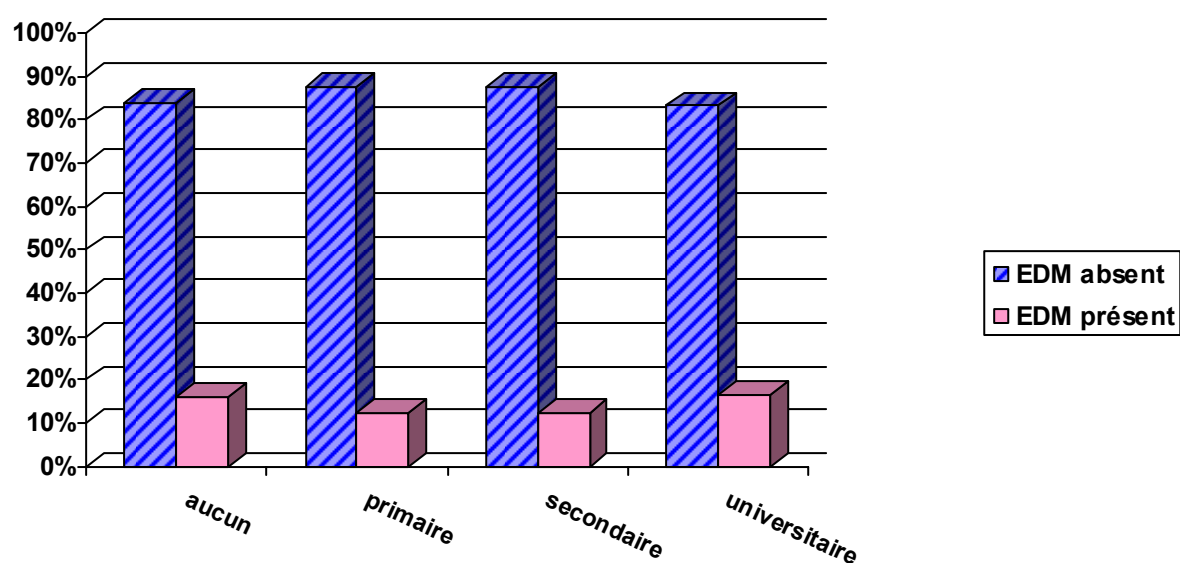


Figure 6 : Prévalence de la dépression selon le niveau d'instruction

7 – Profession

Tableau n°IX : Prévalence de la dépression selon la profession

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Femme au foyer	10%	39%	3,806	0,111
Sans	0%	8%		
Retraité	1%	3%		
Etudiant	0%	3%		
Travail actif	4%	32%		

L'EDM a été diagnostiqué chez 10% des femmes au foyer, contre 4% chez les travailleurs actifs et 1% chez les retraités.

On n'a pas retrouvé d'EDM chez les étudiants et les sujets sans profession. Ceci est non significatif.

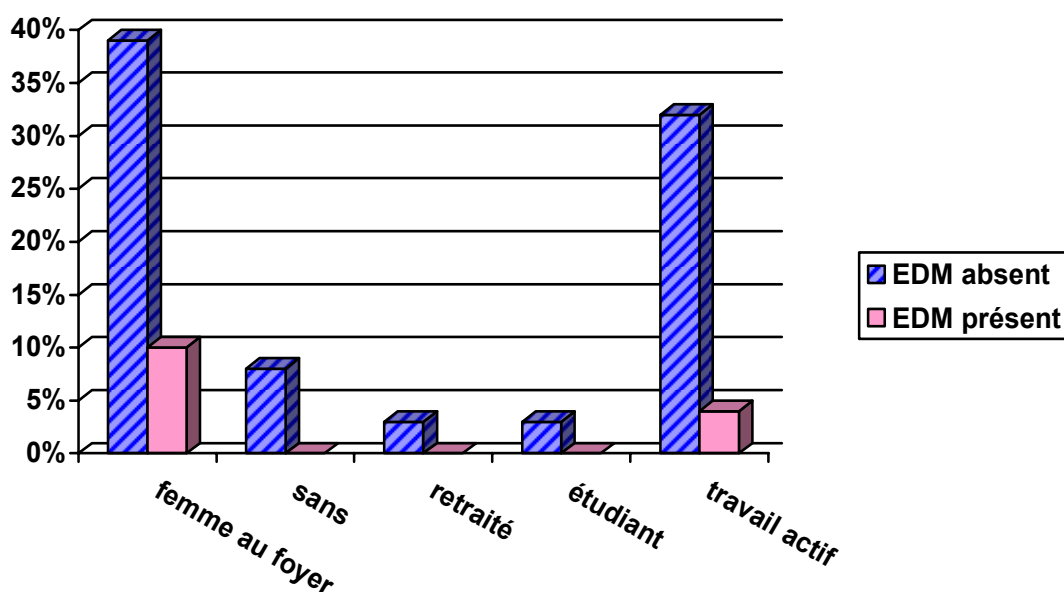


Figure7: Prévalence de la dépression selon la profession

8 – Niveau socio-économique

➤ Revenu mensuel de la famille du patient

Tableau n°X : Prévalence de la dépression selon le revenu mensuel

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
<2000dh	14,8%	85,2%	5,251	0,102
2000à5000dh	22,2%	77,8%		
5000à10000dh	40%	60%		
>10000dh	0%	100%		
Ne sait pas	4,5%	95,5%		

On a retrouvé l'EDM majoritairement chez les patients dont le revenu mensuel familial est entre 5000dh et 10 000dh (40%). Cette différence est statistiquement non significative.

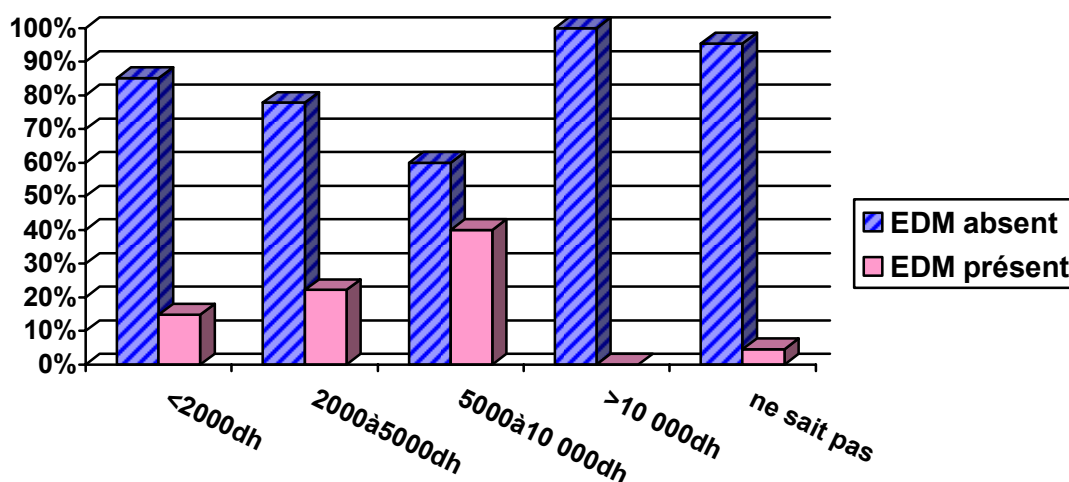


Figure 8 : Prévalence de la dépression selon le revenu mensuel

✓ Mutuelle

Tableau n°XI : Prévalence de la dépression selon l'existence de mutuelle

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Mutualistes	21,7%	78,3%	1,064	0,103
Non mutualistes	13%	87%		

Les patients mutualistes avaient plus de dépression (21,7%) que les non mutualistes (13%). Cette différence est non significative.

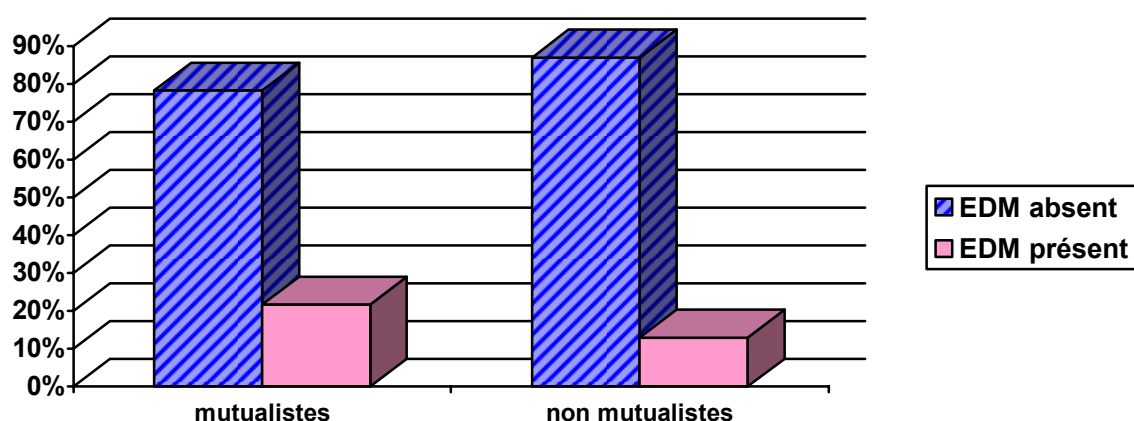


Figure 9 : Prévalence de la dépression selon l'existence ou non de mutuelle

9 – Antécédents médicaux

Tableau n°XII: Prévalence de la dépression selon les antécédents médicaux

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Autre cancer	0%	100%	1,150	0,007
Maladie chronique	15%	85%		
Aucun	14,7%	85,3%		
Autres	33,3%	66,7%		

Quinze pourcent des patients ayant des comorbidités sont déprimés, et aucun des patients ayant un antécédent d'un autre cancer n'était déprimé. Ceci est statistiquement significatif.

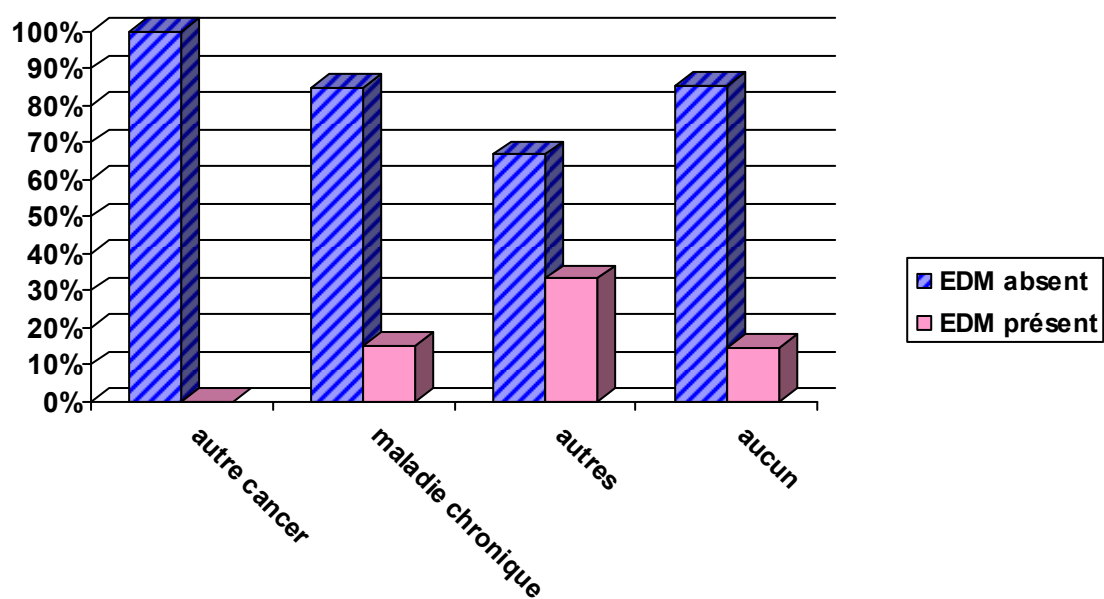


Figure10 : Prévalence de la dépression selon les antécédents médicaux

10 – Site du cancer

Tableau n°XIII : Prévalence de la dépression selon le site du cancer

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Sein	19,4%	80,6%	13,899	0,166
Poumon	57,1%	42,9%		
Appareil génital féminin	7,7%	92,3%		
Cavum	0%	100%		
Tube digestif	9,5%	90,5%		
Lymphomes	0%	100%		
Autres	15,4%	84,6%		

Les patients ayant un cancer du poumon avaient le taux le plus élevé de dépression (57.1%), alors que chez les patientes ayant un cancer du sein on a retrouvé que 19.4% avaient un EDM.

Pour les patients ayant un cancer du tube digestif on a retrouvé un taux de 9.5%, et 7.7% pour ceux atteints de cancer de l'appareil génital féminin. Cette différence est non significative.

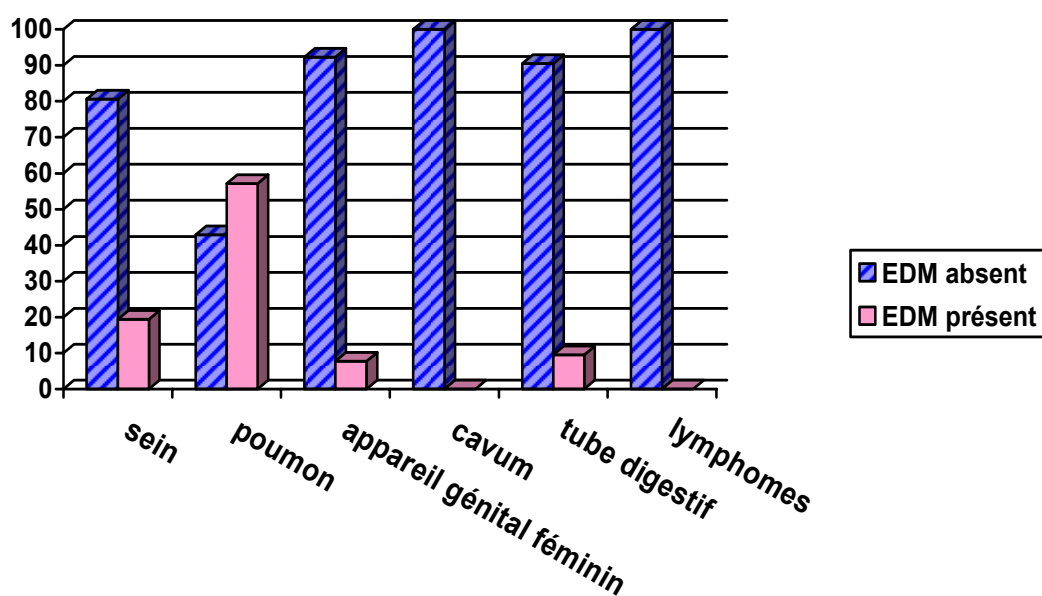


Figure 11 : Prévalence de la dépression selon le site du cancer

11 – Type de tumeur

Tableau n°XIV : Prévalence de la dépression selon le type de cancer

	EDM		Khi deux	P
	oui	Non		
Solide	16,7%	83,3%	1,961	0,140
Hématologique	0%	100%		

Dans les cancers solides la prévalence de l'EDM était estimée à 16.7%.

Dans les lymphomes aucun cas de dépression n'était retrouvé.

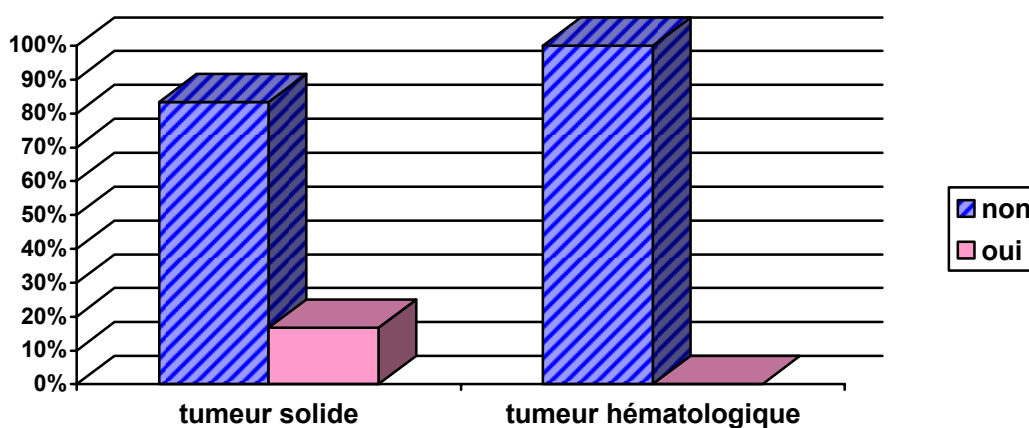


Figure 12 : Prévalence de la dépression selon le type de cancer

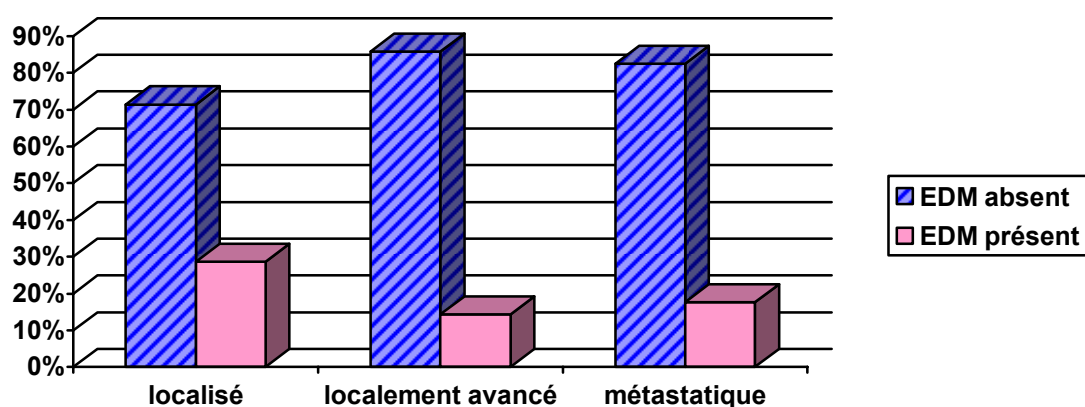
12 – Stade de tumeur solide

Tableau n°XV : Prévalence de la dépression selon le stade des cancers solides

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Localisé	28,6%	71,4%	0,938	0,005
Localement avancé	14,3%	85,7%		
Métastatique	17,6%	82,4%		

C'est dans le stade localisé qu'on a retrouvé plus de dépression : 28.6%

La prévalence de la dépression dans le stade localement avancé est de 14.3%, et dans le stade métastatique de 17.6%. Ceci est statistiquement significatif.



**Figure 13 : Prévalence de la dépression
selon le stade des cancers solides**

13 – Délai de découverte du cancer

**Tableau n°XVI : Prévalence de la dépression
selon le délai de découverte du cancer**

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
1 à 3 mois	47,6%	52,4%	2,433	0,048
3 à 6 mois	35%	65%		
6 à 12 mois	42,9%	57,1%		
13 à 24 mois	33,3%	66,7%		
25 à 48 mois	31,3%	68,8%		
>49 mois	66,7%	33,3%		

Les patients qui avaient le plus de dépression étaient ceux dont le diagnostic a été posé il y a plus de 49 mois (66.7%), suivis des patients dont le diagnostic de cancer est posé entre 1 et 3 mois (47.6%). Cette différence est statistiquement significative.

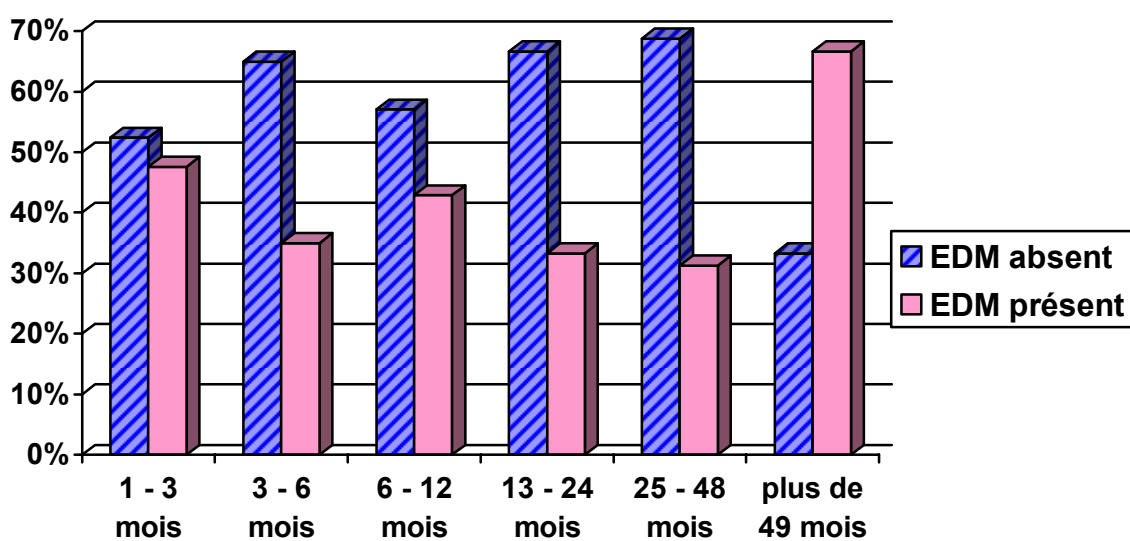


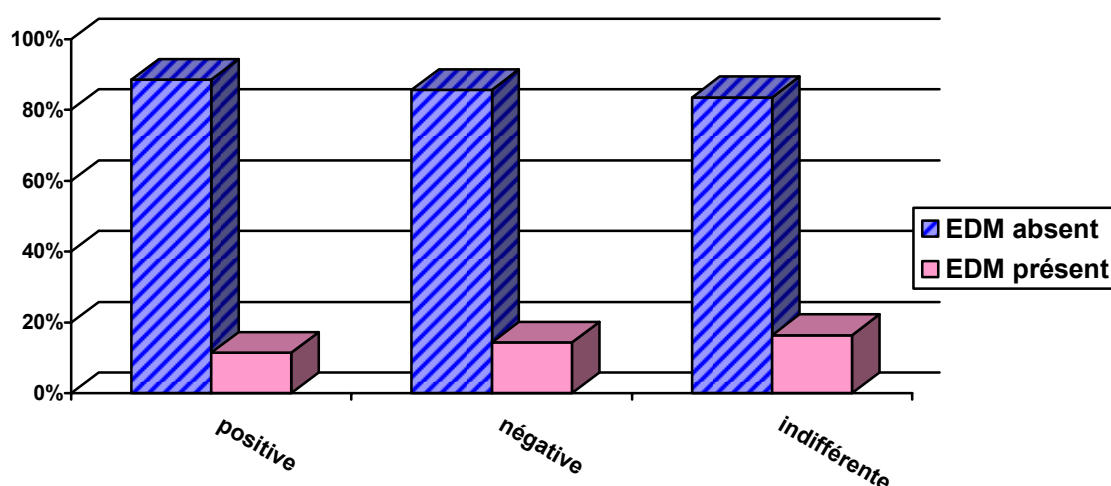
Figure 13 : Prévalence de la dépression selon le délai de découverte du cancer

14 – Attitude de l'entourage

Tableau n°XVII : Prévalence de la dépression selon le changement d'attitude de l'entourage

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Positive	11,5%	88,5%	0,353	0,059
Négative	14,3%	85,7%		
Indifférente	16,4%	83,6%		

l'EDM a été retrouvée dans le cas où il n'y a pas de changement d'attitude de l'entourage chez 16.4% des patients, et 14.3% des patients avaient un EDM dans le cas où il y a un changement négatif. Sans que cette différence soit significative.



**Figure 15 : Prévalence de la dépression
selon le changement d'attitude de l'entourage**

15 – Pratique religieuse

Tableau n°XVIII : Prévalence de la dépression selon la pratique religieuse

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Plus de pratique	27,8%	72,2%	3,065	0,175
Moins de pratique	20%	80%		
Pas de changement	11,7%	88,3%		

Presque 30% des patients ayant augmenté leur pratique religieuse après la découverte du cancer étaient déprimés, contre 11.7% de dépression seulement chez ceux qui n'ont pas changé leur pratique religieuse.

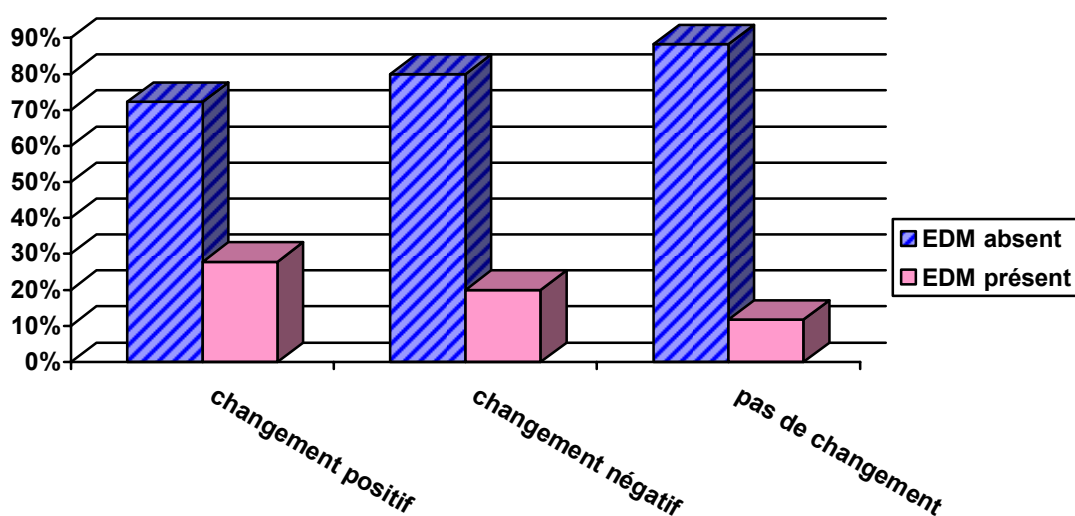


Figure 16 : Prévalence de la dépression selon la pratique religieuse

16 – Gêne de l'attitude de l'entourage

Tableau n°XIX : Prévalence de la dépression selon la gêne des patients de l'attitude de l'entourage

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Gêne	0%	100%	0,185	0,044
Pas de gêne	15,6%	84,4%		

Aucun des patients gênés par l'attitude de l'entourage n'était déprimé, alors que 15.6% des patients que l'attitude de l'entourage ne constituait pas la principale cause de gêne étaient déprimés. Ceci est statistiquement significatif.

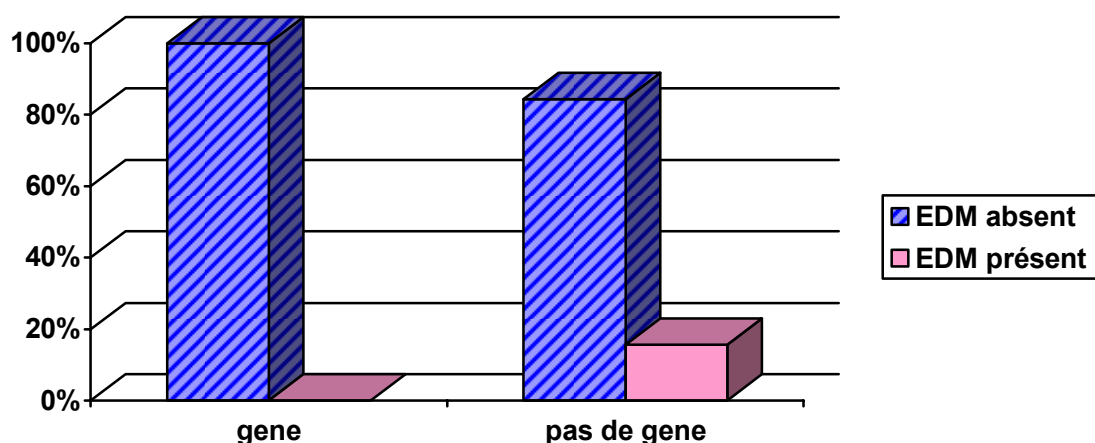


Figure 17 : Prévalence de la dépression selon la gêne des patients de l'attitude de l'entourage

17 – Gêne par perte d'autonomie

Tableau n°XX : Prévalence de la dépression selon la gêne de la perte d'autonomie

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Gêne	0%	100%	2,040	0,145
Pas de gêne	17,2%	82,8%		

Aucun des patients gênés par sa perte d'autonomie n'était déprimé, mais 17.2% des patients qui n'ont pas rapporté de gêne présentaient un EDM.

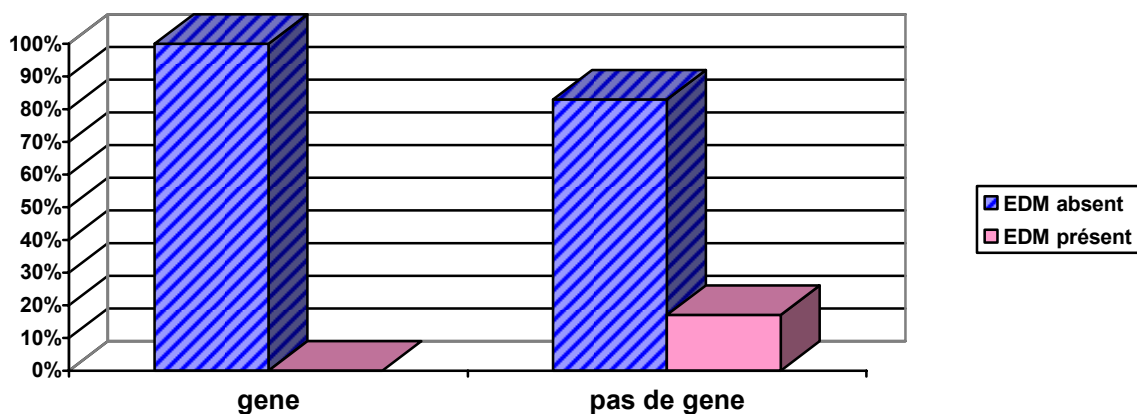


Figure 18 : Prévalence de la dépression selon la gêne de la perte d'autonomie

18 – Gêne par le coût de la prise en charge

Tableau n°XXI : Prévalence de la dépression selon la gêne du coût de la PEC

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Gêne	13,8%	86,2%	0,308	0,056
Pas de gêne	17,9%	82,1%		

(*PEC = prise en charge)

Les patients qui étaient déprimés parmi ceux qui sont gênés par le coût de la prise en charge représentaient 13,8% et parmi ceux que les frais de la prise en charge ne gênaient pas 17.9% présentaient un EDM. Cette différence est à la limite de la signification

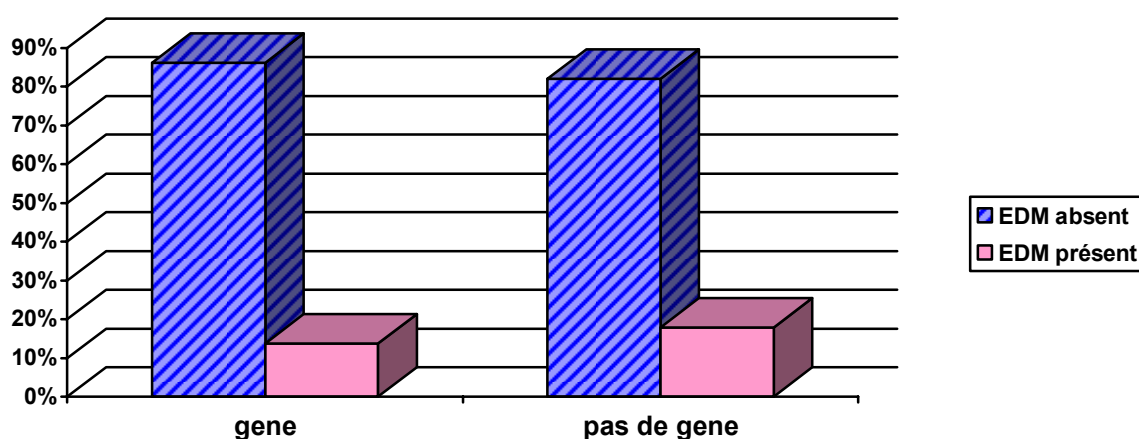


Figure 19: Prévalence de la dépression selon la gêne du coût de la PEC

19 – Gêne par les effets secondaires de la chimiothérapie

**Tableau n°XXII : Prévalence de la dépression
selon la gêne des effets secondaires de la chimiothérapie**

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Gêne	22,2%	77,8%	2,933	0,174
Pas de gêne	9,6%	90,4%		

Les patients gênés par les effets secondaires du traitement qui étaient déprimés représentaient 22,2%, contre 9,6% chez les patients qui n'étaient pas gênés par les effets secondaires de la chimiothérapie.

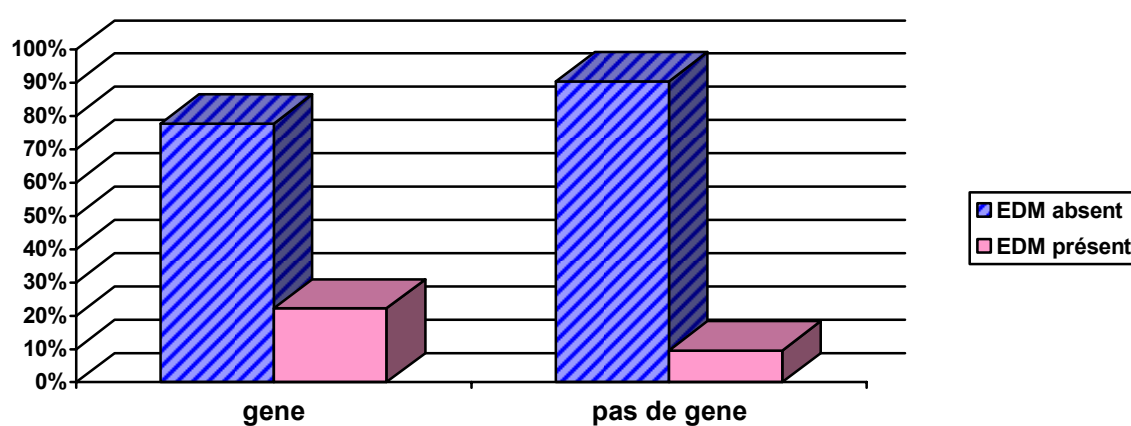


Figure 20 : Prévalence de la dépression selon la gêne des effets secondaires du traitement

20- Gêne par la douleur

Tableau n°XXIII : Prévalence de la dépression selon la gêne par la douleur

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Gêne	4%	12%	1,495	0,127
Pas de gêne	10%	67%		

Quatre pourcent des patients gênés par la douleur étaient déprimés (4%), contre 10% chez les patients non gênés par la douleur. Cette différence est non significative.

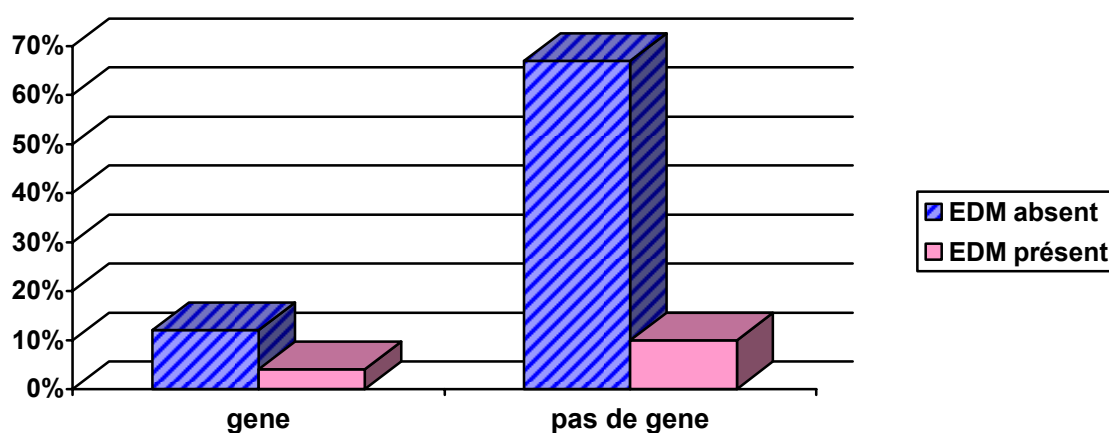


Figure 21 : Prévalence de la dépression selon la gêne par la douleur

21 – Gêne par l'alopecie

Tableau n°XXIV : Prévalence de la dépression selon la gêne de l'alopecie

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Gêne	8,3%	91,7%	0,574	0,078
Pas de gêne	13,1%	69,9%		

L'EDM est retrouvé chez 8.3% des patients gênés par l'alopecie, ainsi que chez 13.1% des patients non gênés. Ce résultat est statistiquement non significatif.

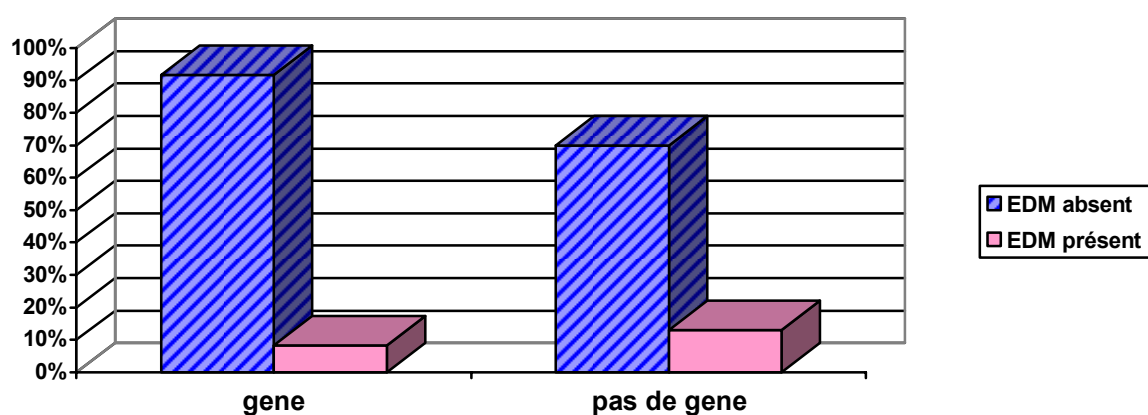


Figure 22 : Prévalence de la dépression selon la gêne de l'alopecie

22 – Gêne par les vomissements

Tableau n°XXV : Prévalence de la dépression selon la gêne par les vomissements

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Gêne	23,1 %	76,9%	2,643	0,167
Pas de gêne	10,7%	89,3%		

L'EDM est plus retrouvé chez les patients qui rapportaient une gêne par les vomissements comme effet secondaire du traitement (23,1%).

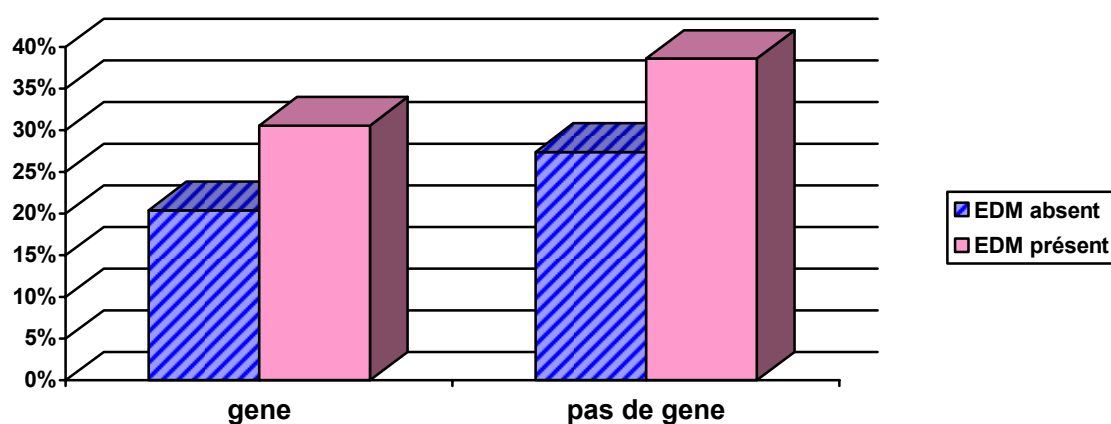


Figure23 : Prévalence de la dépression selon la gêne par les vomissements

23 – Gêne par les troubles du transit

Tableau n°XXVI : Prévalence de la dépression selon la gêne par les troubles du transit

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Gêne	0 %	100%	1,864	0,140
Pas de gêne	17,4%	82,6%		

Aucun des patients qui se plaignaient de troubles du transit ne présentait un EDM, alors que 17,4% des patients qui ne rapportaient pas de plainte ont un EDM. Ce résultat est statistiquement non significatif.

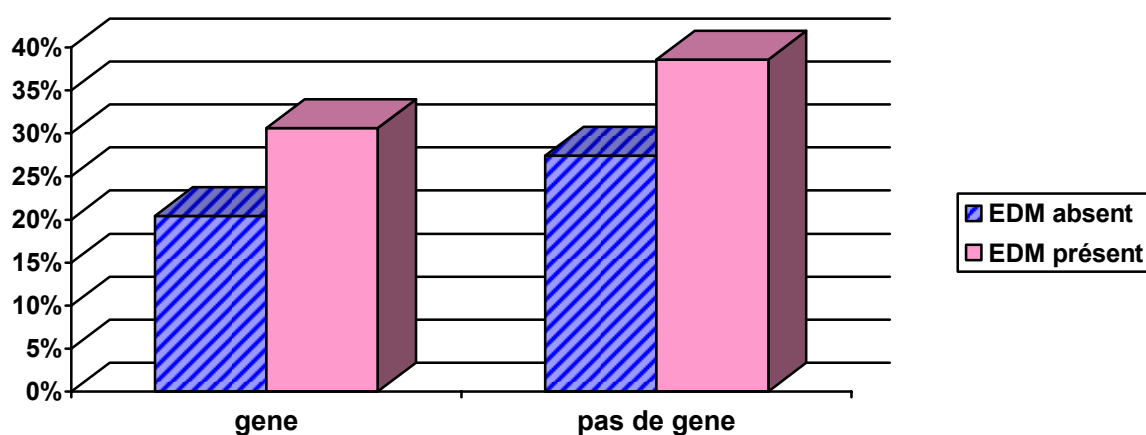


Figure 24 : Prévalence de la dépression selon la gêne par les troubles du transit

24 – Gêne par l'asthénie

Tableau n°XXVII : Prévalence de la dépression selon la gêne par l'asthénie

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Gêne	25 %	75%	6,162	0,248
Pas de gêne	7,1%	92,9%		

Un quart des patients qui sont gênés par l'asthénie avaient un EDM, et seulement 7,1% des patients qui ne rapportaient pas de gêne étaient déprimés, sans corrélation statistiquement significative.

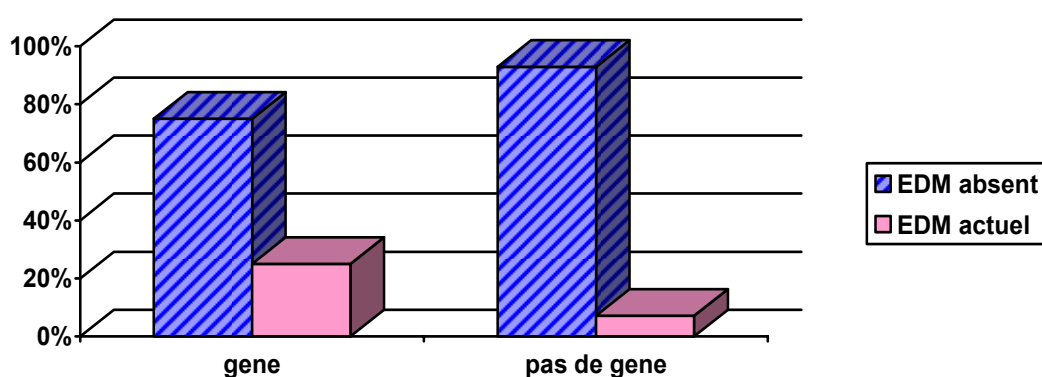


Figure 25 : Prévalence de la dépression selon la gêne par l'asthénie

25 – Traitement du cancer

Tableau n°XXVIII : Prévalence de la dépression selon le traitement du cancer

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Curatif	7%	56%	2,020	0,142
palliatif	8%	29%		

L'EDM était présent de façon égale chez les patients recevant un traitement palliatif et un traitement curatif (8% et 7% respectivement), sans que ceci soit statistiquement significatif.

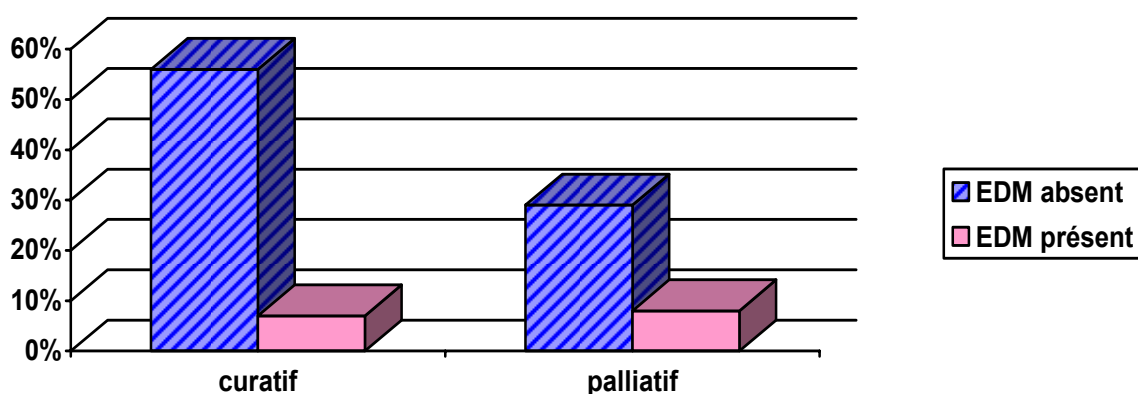


Figure 26 : Prévalence de la dépression selon le traitement du cancer

26 – Début du traitement en mois

Tableau n°XXIX : Prévalence de la dépression selon le début du traitement

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
<1 mois	14,3%	85,7%	1,246	0,072
1 à 3mois	18,8%	81,3%		
3 à 6 mois	16,7%	83,3%		
6 à 12 mois	11,1%	88,9%		
13 à 24 mois	11,1%	88,9%		
25 à 48 mois	15,4%	84,6%		
> 49mois	0%	100%		

L'EDM était présent de façon presque égale chez les patients quelque soit le délai de début de traitement, sauf pour ceux qui l'avaient démarré il y a 49 mois et plus chez qui on a pas trouvé de dépression. Le délai moyen de début du traitement chez les patients déprimés était de 9,21 mois avec un écart-type de 10,17 ; un minimum de 1 mois et un maximum de 32 mois. Chez les patients non déprimés, cette moyenne était plus élevée (13,47 mois), avec un écart-type de 18,93, un minimum de 1 mois et un maximum de 120 mois.

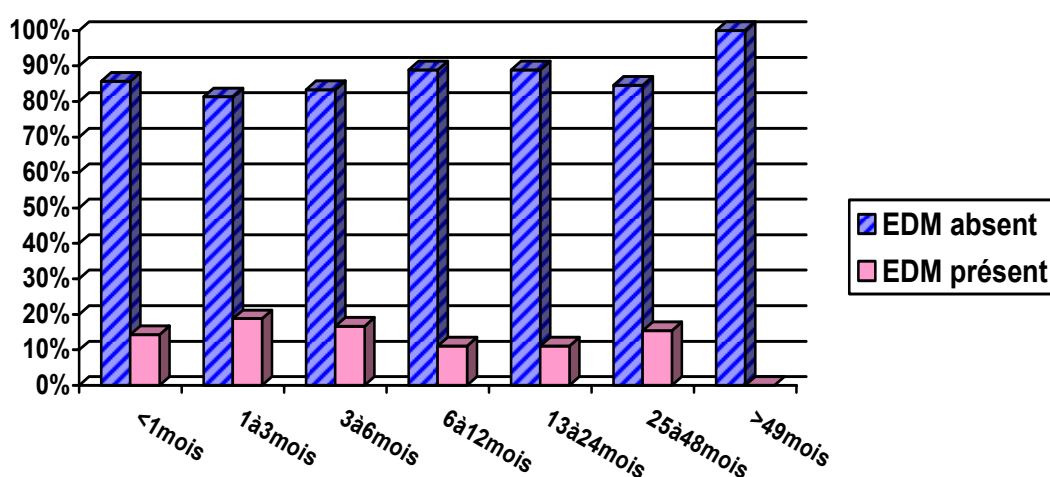


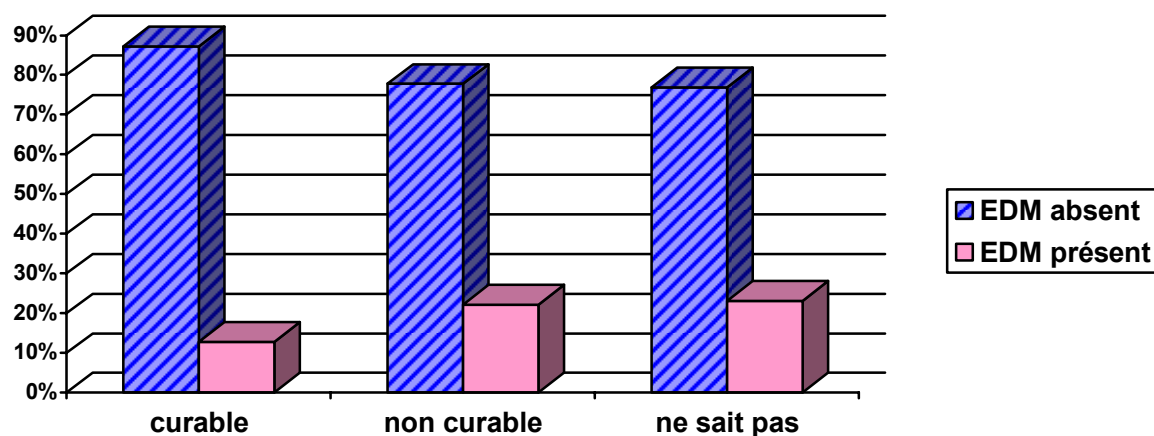
Figure 27: Prévalence de la dépression selon le début du traitement

27 – Estimation du patient du pronostic de sa maladie cancéreuse

**Tableau n°XXX : Prévalence de la dépression
selon la vision du patient du pronostic de sa maladie**

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Curable	12,8%	87,2%	1,324	0,110
Non curable	22,2%	77,8%		
Ne sait pas	23,1%	76,9%		

On a retrouvé le moins de dépression chez les patients qui croyaient que leur maladie est curable (12,8%), alors que chez ceux qui croyaient que leur maladie est incurable et ceux qui ne pouvaient rien dire, la prévalence est presque égale (22,2% et 23,1% respectivement). Sans qu'une corrélation significative soit retrouvée.



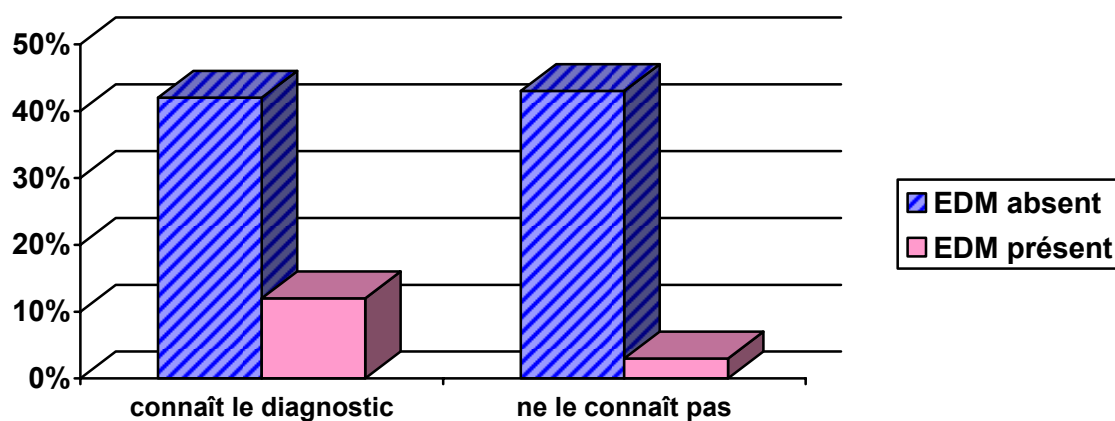
**Figure 28 : Prévalence de la dépression
selon la vision du patient du pronostic de sa maladie**

28 – Connaissance du diagnostic de maladie cancéreuse par le patient

**Tableau n°XXXI : Prévalence de la dépression
selon la connaissance du patient du diagnostic de cancer**

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Oui	12%	42%	4,803	0,219
Non	3%	43%		

L'EDM était retrouvé chez 12% des patients qui savaient qu'ils ont un cancer, et chez seulement 3% de ceux qui l'ignoraient. Cette différence est statistiquement non significative.



**Figure 29 : Prévalence de la dépression
selon la connaissance du patient du diagnostic de cancer**

Tableau XXXII: Caractéristiques sociodémographiques des patients déprimés.

	EDM (%)		Khi deux	P
	Oui	Non		
Lieu d’entretien				
Consultation	18,5%	81.5%	0,359	0,060
HDJ	13,7%	86,3%		
Sexe				
Femme	15,4%	84,6%	0,022	0,015
Homme	14,3%	85,7%		
Age				
≤ 36 ans	4,2%	95,8%	6,889	0,024
37 à 50 ans	25,6%	74,4%		
≥ 51 ans	9,1%	90,9%		
Situation familiale				
Célibataire	0%	100%	5,011	0,010
Marié	19,4%	80,6%		
Divorcé	16,7%	83,3%		
Veuf	0%	100%		
Niveau d’instruction				
Aucun	16,1%	83,9%	0,232	0,032
Primaire	12,5%	87,5%		
Secondaire	12,5%	87,5%		
Universitaire	16,7%	83,3%		
Profession				
Femme au foyer	10%	39%		
Sans	0%	8%		

Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer

Retraité	1%	3%	3,806	0,111
Etudiant	0%	3%		
Travail actif	4%	32%		
Revenu mensuel				
<2000dh	14,8%	85,2%	5,251	0,102
2000 à 5000dh	22,2%	77,8%		
5000 à10 000dh	40%	60%		
≥ 10 000	0%	100%		
Ne sait pas	4,5%	95,5%		
Mutuelle				
Oui	21,7%	78,3%	1,064	0,103
Non	13%	87%		

Tableau XXXIII: Caractéristiques cliniques des patients déprimés

	EDM		Khi deux	P
	Oui	Non		
Antécédents médicaux				
Autre cancer	0%	100%	1,150	0,007
Maladie chronique	15%	85%		
Aucun	14,7%	85,3%		
autres	33,3%	66,7%		
Site du cancer				
sein	19,4%	80,6%	13,899	0,166
Poumon	57,1%	42,9%		
Appareil génital féminin	7,7%	92,3%		
Cavum	0%	100%		
Tube digestif	9,5%	90,5%		
Lymphomes	0%	100%		
Autres	15,4%	84,6%		
Type de tumeur				
Solide	16,7%	83,3%	1,961	0,140
hématologique	0%	100%		
Stade du cancer				
Localisé	28,6%	71,4%	0,938	0,005
Localement avancé	14,3%	85,7%		
métastatique	17,6%	82,4%		

Délai de découverte du cancer				
1 à 3 mois	47,6%	52,4%	2,433	0,048
3 à 6 mois	35%	65%		
6 à 12 mois	42,9%	57,1%		
13 à 24 mois	33,3%	66,7%		
25 à 48 mois	31,3%	68,8%		
>49 mois	66,7%	33,3%		
Traitement du cancer				
Curatif	7%	56%	2,020	0,142
palliatif	8%	29%		
Début du traitement en mois				
<1 mois	14,3%	85,7%	1,246	0,072
1 à 3mois	18,8%	81,3%		
3 à 6 mois	16,7%	83,3%		
6 à 12 mois	11,1%	88,9%		
13 à 24 mois	11,1%	88,9%		
25 à 48 mois	15,4%	84,6%		
> 49mois	0%	100%		

Tableau XXXIV : Autres caractéristiques

	EDM (%)		Khi deux	P
	Oui	Non		
Attitude de l'entourage				
Attitude positive	11,5%	88,5%	0,353	0,059
Attitude négative	14,3%	85,7%		
Attitude indifférente	16,4%	83,6%		
Pratique religieuse				
Plus de pratique	27,8%	72,2%	3,065	0,175
Moins de pratique	20%	80%		
Pas de changement	11,7%	88,3%		
Gêne par l'attitude de l'entourage				
Gêne	0%	100%	0,185	0,044
Pas de gêne	15,6%	84,4%		
Gêne par perte d'autonomie				
Gêne	0%	100%	2,040	0,145
Pas de gêne	17,2%	82,8%		
Gêne par le coût de la PEC				
Gêne	13,8%	86,2%	0,308	0,056
Pas de gêne	17,9%	82,1%		
Gêne par les effets secondaires				
Gêne	22,2%	77,8%	2,933	0,174
Pas de gêne	9,6%	90,4%		
Gêne par la douleur				
Gêne	4%	12%	1,495	0,127
Pas de gêne	10%	67%		

Gêne par l'alopecie				
Gêne	8,3%	91,7%	0,574	0,078
Pas de gène	13,1%	69,9%		
Gêne par les vomissements				
Gêne	23,1 %	76,9%	2,643	0,167
Pas de gène	10,7%	89,3%		
Gêne par les troubles du transit				
Gêne	0 %	100%	1,864	0,140
Pas de gène	17,4%	82,6%		
Gêne par l'asthenie				
Gêne	25 %	75%	6,162	0,248
Pas de gène	7,1%	92,9%		
Estimation du patient du pronostic de sa maladie				
Curable	12,8%	87,2%	1,324	0,110
Non curable	22,2%	77,8%		
Ne sait pas	23,1%	76,9%		
Connaissance du diagnostic de cancer par le patient				
Oui	12%	42%	4,803	0,219
Non	3%	43%		

Tableau n°XXXV : Profil des patients déprimés

	EDM		P
	oui	non	
Sexe			
Femme	15,4%	84,6%	0,015
Homme	14,3%	85,7%	
Age			
≤ 36 ans	4,2%	95,8%	0,024
37 à 50 ans	25,6%	74,4%	
≥ 51 ans	9,1%	90,9%	
Situation familiale			
Célibataire	0%	100%	0,010
Marié	19,4%	80,6%	
Divorcé	16,7%	83,3%	
Veuf	0%	100%	
Niveau d'instruction			
Aucun	16,1%	83,9%	0,032
Primaire	12,5%	87,5%	
Secondaire	12,5%	87,5%	
Universitaire	16,7%	83,3%	
Antécédents médicaux			
Autre cancer	0%	100%	0,007
Maladie chronique	15%	85%	
Aucun	14,7%	85,3%	
Autres	33,3%	66,7%	

Stade du cancer			
Localisé	28,6%	71,4%	0,005
Localement avancé	14,3%	85,7%	
Métastatique	17,6%	82,4%	
Délai de découverte du cancer			
1 à 3 mois	47,6%	52,4%	0,048
3 à 6 mois	35%	65%	
6 à 12 mois	42,9%	57,1%	
13 à 24 mois	33,3%	66,7%	
25 à 48 mois	31,3%	68,8%	
>49 mois	66,7%	33,3%	
Attitude de l'entourage			
Positive	11,5%	88,5%	0,059
Négative	14,3%	85,7%	
Indifférente	16,4%	83,6%	
Gêne par l'attitude de l'entourage			
Gêne	0%	100%	0,044
Pas de gêne	15,6%	84,4%	
Gêne par le coût de la prise en charge			
Gêne	13,8%	86,2%	0,056
Pas de gêne	17,9%	82,1%	

La dépression est fréquemment rencontrée chez les femmes, d'un âge allant de 37 à 50 ans, mariées, n'ayant jamais été scolarisées ou ayant un niveau universitaire, atteintes d'un cancer de stade localisé, dont la découverte a été faite très précocement(1 à 3 mois) ou dépassant 49 mois. La dépression a été également plus présente chez les patients qui avaient un entourage familial indifférent à leur maladie, et pour ceux que le coût de la prise en charge ne constituait pas la principale cause de gêne.



I – DEPRESSION ET CANCER : REVUE DE LA LITTERATURE

La survenue d'un syndrome dépressif est-elle fréquente chez les malades atteints de cancer et parmi eux, lesquels risquent d'être déprimés ?

Les patients atteints de cancer et déprimés ont-ils une évolution plus péjorative que les autres ?

Ces questions ont déjà fait couler beaucoup d'encre.

Nous essayons dans cette première partie de ce travail d'y répondre par une brève revue de la littérature en raison du nombre important de textes publiés.

1 – La dépression chez les patients atteints de cancer

1 -1. Réactions psychologiques du patient atteint de cancer

Les réactions psychologiques sont importantes à connaître car il est fréquent que les cliniciens sous estiment et/ou surestiment certaines variables psychologiques.

La maladie cancéreuse est en effet à l'origine d'une série de réactions qui peuvent être cognitives, émotionnelles et comportementales ; ces réactions diffèrent d'une phase à une autre, durant l'évolution de la maladie cancéreuse.

L'adaptation à la maladie cancéreuse est aussi, bien sur, très variable d'un individu à un autre. [10]

a) *phase des premiers symptômes* :

Dès la perception des premiers symptômes, le malade est confronté à une nouvelle réalité inattendue, douloureuse et choquante quelquefois.

Les premiers symptômes ne coïncident pas nécessairement dans le temps avec une décision de consulter. Le déni, mécanisme par lequel un état de connaissance douloureux ignoré, banalisé ou évacué, peut être suspecté en cas de retard de diagnostic. [11] Plusieurs facteurs, autres que le déni, sont invoqués pour expliquer ce délai comme une moindre

conscience de ce qu'est le cancer et de ses implications ou une peur consciente du cancer, allant de celle d'être examiné à celle de souffrir ou d'être mutilé.

Les préoccupations liées au cancer concernent principalement les conséquences relatives aux répercussions familiales, la mort et la douleur.

Des facteurs domestiques, géographiques, culturels, financiers et relationnels (relation médecin malade non satisfaisante) doivent rester à l'esprit pour interpréter un délai trop long chez certains malades.

b) phase de diagnostic

La confirmation du diagnostic est souvent associée dans l'esprit du patient à une sentence de mort. Les préoccupations sont d'abord existentielles, pensées relatives à la mort, sentiment de vulnérabilité, détresse émotionnelle (pessimisme, désespoir, anxiété) s'associent à une remise en question des relations avec le monde environnant, qu'il soit familial, social ou professionnel. Le diagnostic ouvre une période de crise individuelle et interpersonnelle. Cette période dure environ trois mois pour près de 70% des patients.

La période où apparaît le cancer dans le cycle de vie est également importante pour mieux comprendre ses réactions psychologiques, car la gestion psychologique de la maladie peut être théoriquement facilitée, si elle survient lors d'une phase de vie paisible associée à un sentiment d'épanouissement.[12]

La peur, l'anxiété et la dépression sont les sentiments les plus fréquemment déclenchés par la maladie, les sentiments d'impuissance et de solitude s'y associent parfois pour aboutir à un désespoir et à un pessimisme pas toujours justifiés par la situation clinique. Si ces sentiments se prolongent, ils risquent d'entraîner le malade à une idéation ou à des comportements suicidaires ; d'abandon ou de repli complet. La préservation d'un niveau d'estime de soi suffisant permet à beaucoup de poursuivre leur vie, de collaborer activement au traitement et à certains de réagir comme s'ils relevaient un défi.

L'évitement comportemental survient parfois. L'abus de médicaments et d'alcool peut, chez certains patients, être expliqué par cette nécessité de mise à distance.

Les réactions de fuite des malades sont souvent sous estimées, elles peuvent s'expliquer par une détresse psychologique, une décision de ne pas adhérer au traitement proposé ou de recourir à des médecines traditionnelles ; ce recours n'est pas toujours la conséquence d'une volonté de fuite de traitements mal tolérés et peut s'expliquer pour certains par l'espoir et le souci de guérir à tout prix et par tous les moyens.

Pour d'autres, le recours aux médecines traditionnelles procure un soutien qu'ils n'ont pu trouver dans l'institution où ils sont traités.

En phase de diagnostic et tout au long de la maladie, le thème de la mort est présent mais souvent masqué dans le discours des patients. La peur de la mort doit être différée des peurs en rapport avec l'abandon obligatoire de ses objectifs d'amour (enfant, conjoint..) et des peurs de la souffrance et de la déchéance. [13]

c) phase du traitement

La détresse des malades est fréquemment liée au caractère invasif des méthodes d'investigations et de traitement. Elle peut être quelquefois uniquement liée au caractère nouveau et étranger de l'environnement médical. Pour ceux qui ne sont pas hospitalisés, les traitements requièrent souvent des déplacements fréquents posant des problèmes multiples allant du prix des trajets à l'inconfort engendré par la distance à parcourir. Ces difficultés qui peuvent paraître secondaires ou sans grande importance mobilisent des ressources déjà limitées par la maladie et par l'âge de certains malades.

Les traitements chimiothérapiques, hormonaux, chirurgicaux et radiothérapiques, de part leur fréquente association, sont source non seulement d'effets secondaires physiques, mais aussi psychiques, qui peuvent être réversibles ou irréversibles.

L'anxiété a une fonction d'anticipation des dangers permettant d'éviter l'effroi et la surprise qui pourraient handicaper l'individu. L'absence d'anxiété ou de perception réaliste mène ainsi souvent à des réactions dépressives dans les cas où la réalité créée par le cancer est bien au-delà de ce qui a été imaginé et anticipé.

Il est important de souligner aussi que certains malades qui refusent un traitement pourraient l'accepter une ou deux semaines plus tard, et que d'autres refuseront plus tard le traitement qu'ils avaient accepté apparemment sans réticences. Ceci est dû au fait que la décision de se faire traiter fait suite à celle de l'évaluation de la réalité nouvelle, et que ces malades qui ont accepté au début l'avaient fait avant d'avoir évalué toutes les facettes du traitement.[10]

d) phase de rémission et de guérison

Durant cette phase, les patients se sentent déboussolés, abandonnés, perdant le sentiment de contrôle que procurait l'administration des traitements. La peur de la rechute survient alors, elle est associée à un sentiment de vulnérabilité. Cette anxiété, apparaissant principalement sous forme de préoccupations somatiques, s'efface progressivement au cours du temps mais ne disparaît jamais.

Le patient se sent en équilibre précaire entre la joie d'être en rémission et la peur de la récurrence. Les moindres symptômes physiques amènent une recrudescence d'anxiété longtemps encore après la fin des traitements.

Le syndrome de Damoclès a été décrit, il est caractérisé par des affects anxieux et dépressifs, une peur de la rechute et une perception d'une vie écourtée. La transition de l'état de maladie à celui de la santé a également été décrite sous le terme de « syndrome de Lazare ». Ce sentiment de revivre ou de ressusciter après un cancer est aussi entretenu par l'image sociale d'être un héros ou une victime de cette longue et pénible maladie.

Dans certains cas, ce sont des changements positifs qui s'affectent: les patients cancéreux guéris présenteraient un développement de la personnalité caractérisé par une plus grande appréciation du temps, de la vie et des gens. Ils seraient moins agressifs et moins ambitieux que précédemment.

La fatigue, symptôme fréquent dans les affections cancéreuses, peut avoir parfois une signification psychologique, bien qu'il soit toujours très difficile de faire la part avec une origine

somatique ; sa persistance chez de nombreux patients guéris de leur cancer doit faire penser à une origine psychologique.

L'adaptabilité professionnelle peut être très variable, caractérisée tantôt par une baisse des aspirations, tantôt par une augmentation de celles-ci. Le soutien des collègues de travail, l'absence de dépression, une image du corps positive et le fait d'être de sexe masculin constituent les meilleurs prédictors de la reprise du travail.

Maintenir son activité professionnelle, ne pas avoir eu d'autres maladies ou rechute après traitement paraissent associés à une adaptation favorable. La toxicité des traitements est corrélée à une incidence plus importante de troubles psychiatriques. D'un autre côté, l'existence d'antécédents psychologiques tels qu'une dépression antérieure, des difficultés sexuelles, une labilité émotionnelle prétraitement sont souvent des signes avant coureurs d'une inadaptation psychosociale.

Les phases de rémission et de guérison sont ainsi associées à des problèmes de réadaptation sociale, professionnelle, familiale et conjugale. Il est donc important pour le malade d'être entouré lors de cette étape où il a quitté la sécurité de l'hôpital où il retourne à la vie quotidienne.

e) phase de rechute

La découverte d'une évolution du cancer après traitement réactive l'angoisse et la dépression en mettant en échec le déni qui a permis de s'adapter aux phases précédentes. Il y a une relation entre le niveau de détresse et le degré d'anticipation de la rechute. Les patients surpris par la découverte de la rechute présentaient le plus haut niveau de détresse; contrairement à ceux qui rapportaient n'avoir jamais cru en la guérison, même après une longue rémission ; ceux-là étaient moins éprouvés par la nouvelle.

Pour beaucoup de patients, l'annonce de la rechute va les replonger dans la crise vécue au moment du diagnostic, faite de tristesse, de peurs diverses, d'insomnies, de problèmes de concentration, de ruminations faisant irruption dans les activités quotidiennes. Certains patients s'investissent dans la recherche de sens et de cause, s'accusant de négligence ou la reprochant à

l'équipe soignante. Cette recherche peut amener certains patients à recourir à des traitements alternatifs, et/ou à refuser la prise de médicaments ou au contraire de solliciter auprès de l'équipe médicale la participation à des essais cliniques expérimentaux.

Il est fréquent de voir se développer des idées suicidaires où le suicide est programmé de façon rationnelle pour le jour où la dégradation et la mort seront inévitables.

La phase de rechute lorsqu'elle s'associe à une détérioration générale, s'accompagne souvent de symptômes d'irritabilité, de fatigue, d'anorexie et de dépression.

f) phase préterminale et terminale

Cette phase est souvent riche d'événements et d'échanges vécus intensément.

L'acceptation totale et sereine de la mort, malgré qu'elle soit fréquente lors de cette phase, n'est pourtant pas généralisée.

Pertes de rôles et de fonctions peuvent constituer des crises existentielles avec cette fois une obligation de reconnaître le statut de malade et les problèmes d'adaptation qui en découlent. Pour toutes les personnes concernées, la mort induit un vécu de rupture et de séparation.

La peur de mourir signifie variablement la peur de la séparation, la peur de laisser les autres démunis, la peur de ne pouvoir résoudre des problèmes concrets ou symboliques et la peur de la douleur et de la souffrance physique.

A côté de la révolte et du refus d'acceptation chez certains patients, il est fréquent d'observer certains individus accepter avec de rares plaintes et regrets l'irrévocabilité de leur mort. Pour beaucoup, elle s'inscrit dans une évolution naturelle : cela se retrouve principalement chez les personnes âgées.

Lorsque le deuil anticipatoire est possible, des échanges peuvent avoir lieu avec l'entourage. De nombreux malades prévoient les modalités pratiques de leurs funérailles.

Dans cette phase se pose la question de l'information de l'échec des traitements curatifs. Qui, comment et quand informer du caractère palliatif de la prise en charge ? Les attitudes semblent devoir être modulées en fonction de divers paramètres : le niveau de connaissances

antérieures du patient sur sa situation, son attitude par rapport à la mort, la qualité de son confort physique et psychologique, le niveau d'adaptation de la famille par rapport à la situation, ainsi que l'attitude du soignant lui-même par rapport à la mort et son choix du type d'accompagnement. [10]

1-2. Annoncer ou pas le diagnostic de cancer au patient ?

Le fait de dire la vérité est l'une des questions de la bioéthique en oncologie et soins palliatifs. C'est l'une des questions les plus difficiles notamment dans une communauté où dire la vérité a été interdit pendant de nombreuses années. De nos jours les attitudes à l'égard de ce problème sont en modifications. Certains médecins vont dire la vérité à leurs patients afin qu'ils puissent prendre leurs responsabilités, d'autres le cacheront afin de ne pas leur nuire.

Dans une étude récente (2007) [14] la majorité des médecins (91%) considèrent qu'il est nécessaire de dire la vérité en suggérant que donner des informations fausses peut avoir des effets néfastes à long terme sur les patients et peut causer des difficultés de communication entre le médecin et le patient (83%). En pratique, il est important d'évaluer si le patient sera capable de supporter l'annonce du diagnostic. Ces réactions dépendent, entre autre, du stade de la maladie. Lorsque la maladie est déjà avancée et qu'il existe des métastases, il est alors plus délicat de parler au patient ouvertement. Il est alors préférable que l'abord de diagnostic se fasse par plusieurs étapes, avec le même médecin ce qui laisse à ce dernier le temps d'apprécier l'état psychologique du patient. Cela permet aussi l'établissement de la relation de confiance entre le patient et le médecin [13]. Une sorte de contrat s'établit entre le malade et le médecin qui se fonde sur la confiance qu'accorde le malade et sur le soutien qu'apporte le médecin.

En fait, il apparaît de plus en plus difficile de taire la vérité. Les patients connaissent beaucoup mieux qu'auparavant le cancer : les médias diffusent beaucoup d'informations sur les examens de dépistage, les symptômes et les traitements spécifiques des cancers. On peut donc se demander quelles conclusions les malades vont tirer des examens qu'ils subissent. Que vont-ils penser si on leur propose une radiothérapie ou une chimiothérapie ? D'autre part les malades discutent entre eux. Quelles informations vont-ils recevoir des autres malades ? [15]

Le problème n'est plus alors de dire ou non la vérité au malade, puisque 80% environ d'entre eux la déduisent eux-mêmes, mais il est de savoir comment ils vont réagir à l'annonce du traitement et comment ils vont assumer leur cancer. Dans la mesure du possible, il est important de ne pas cacher la vérité au malade car il peut alors penser que son état est beaucoup plus grave qu'il ne l'est en réalité et perdre la confiance qu'il avait en son médecin.[13]

Il est aussi important de recevoir une formation spéciale pour développer les compétences nécessaires pour annoncer de mauvaises informations efficacement, avec intelligence et soin durant les différentes phases de la maladie. Il est aussi préférable d'inviter un parent ou un proche au RDV avec le médecin pour le premier entretien. [14]

Si malgré tout, le patient ne parvient pas à développer des mécanismes de défense contre l'angoisse, ou s'ils sont insuffisants, il est alors possible de voir apparaître un syndrome dépressif. Dans les cas favorables, il disparaîtra en quelques semaines. Sinon s'installera une véritable dépression qui peut évoluer vers un mode chronique.

1-3. Reconnaître un syndrome dépressif chez un cancéreux.

a) définition d'un épisode dépressif majeur

L'état dépressif majeur est défini, selon le DSM IV, par la présence d'au moins 5 des 9 symptômes suivants pour une durée d'au moins deux semaines, la plupart du temps, entraînant un changement dans le fonctionnement habituel. Au moins l'un des deux premiers symptômes doit obligatoirement être présent pour porter le diagnostic :

- ♦ une humeur dépressive continue ;
 - ♦ perte d'intérêt ou de plaisir pour toute activité ;
 - ♦ troubles de l'appétit ou changement de poids de 5% au moins durant le dernier mois
 - ♦ troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie) ;
 - ♦ agitation ou ralentissement psychomoteur net ;
 - ♦ fatigue excessive ;
 - ♦ sensation de culpabilité inappropriée ;
-

- ♦ difficultés de concentration ;
- ♦ « idées noires » voire des pensées de mort, de suicide. [16]

b) Reconnaissance de la dépression

La dépression est la réaction psychiatrique la plus fréquente chez les patients atteints de cancer. [17]

Chez ces patients atteints de cancer, le diagnostic de dépression présente souvent des difficultés évidentes du fait des chevauchements qui existent entre les symptômes somatiques dûs à la maladie cancéreuse et aux effets secondaires des traitements, avec ceux de la dépression.

Une étude a été réalisée en 1998 par PASSIK et al pour déterminer le degré de reconnaissance de la dépression chez les patients atteints de cancer par leurs médecins traitants. Elle a objectivé que dans 79% des cas il y a une estimation juste des médecins de l'état du patient lorsque ce dernier ne présente que peu ou pas de symptômes dépressifs, alors que cette estimation n'est juste que dans 13 à 33% des cas lorsque la dépression est modérée à sévère. Il y a une tendance marquée à sous-estimer la gravité du syndrome dépressif chez les patients les plus déprimés, les notations des médecins étaient influencées par des symptômes comme la tristesse, les pleurs et l'irritabilité ainsi que la douleur et l'asthénie, ces deux derniers symptômes étant fortement retrouvés dans les cas où le diagnostic de dépression était erroné. [18]

Les principaux symptômes du syndrome dépressif retrouvé chez les patients atteints de cancer sont :

- l'humeur dépressive. Elle traduit le vécu pénible, douloureux et pessimiste de l'existence et reflète la douleur morale du sujet. Ceci se traduit par un discours qui exprime la tristesse et le découragement, une attitude prostrée, une mimique figée.
 - L'inhibition se manifeste par l'asthénie et le ralentissement psychomoteur. Lorsque cette asthénie est intense, n'ayant visiblement aucune commune mesure avec l'état général et le stade de la maladie, on pourra suspecter un syndrome dépressif ;
-

l'aggravation matinale des troubles et leur atténuation au cours de la journée est également évocatrice.

Sur le plan cognitif, l'inhibition entraîne des troubles de la concentration et de l'attention et une baisse de la productivité intellectuelle.

- Les symptômes somatiques sont quasi constants et d'apparition précoce, mais ils le sont aussi chez les cancéreux et d'autant plus que la pathologie est avancée. Par conséquent, ils n'ont de valeur que chez un patient dont l'état général est conservé et qui présente un cancer vu à un stade peu avancé. Ils comportent des troubles du sommeil, des céphalées, des troubles digestifs à type d'anorexie, une perte ou une prise de poids et d'autres plaintes somatiques touchant tous les systèmes peuvent être rencontrés.

Au total, l'humeur dépressive est le critère le plus fiable pour reconnaître le syndrome dépressif, associée aux autres symptômes psychologiques qu'il faut rechercher comme le sentiment de désespoir et d'impuissance, le sentiment d'inutilité et de culpabilité, la perte de l'estime de soi et des idées suicidaires ou de désir de mort. Elle doit être cherchée systématiquement mais n'est pas toujours facile à mettre en évidence. En effet, certains patients essaient de minimiser, voire de nier quelquefois leur maladie cancéreuse. Ils adoptent alors une attitude joyeuse et optimiste alors qu'en réalité ils sont abattus et désespérés. Ces patients veulent paraître forts aux yeux des autres alors qu'ils se sentent anéantis et misérables. Ce sont ces patients très fragiles qui ne sont naturellement pas disposés à signifier leur besoin d'aide et ils peuvent s'effondrer à tout moment. [17]

Etant donné la difficulté pour les oncologues, à poser le diagnostic de dépression, surtout dans un contexte de consultation surchargée et de temps insuffisant, HOFFMAN et WEINER [19] ont proposé une stratégie visant à améliorer l'habileté des médecins à détecter et diagnostiquer la dépression.

- Elargir le diagnostic différentiel à la dépression face à des symptômes somatiques exagérés.
- Obtenir les observations d'un proche pour détecter un éventuel changement de comportement.
- Suivre le patient et réévaluer son humeur pour éliminer des symptômes dépressifs passagers.
- Comparer l'état émotionnel du patient avec la phase de la maladie qu'il traverse.
- Utiliser le MINI basé sur le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux 4^{ème} édition (DSM IV), qui permet de poser le diagnostic de dépression de manière sûre et rapide.

c) Les outils d'évaluation spécifiques

Devant les difficultés d'évaluation du syndrome dépressif, diverses échelles ont été utilisées. [20]

Parmi celles-ci, on retrouve dans la littérature, l'HADS (Echelle d'Anxiété et de Dépression Hospitalière) [21], [22],[23], la BDI (Beck Depression Inventory ou échelle de Beck), et l'échelle d'Endicott.

L'HADS est un questionnaire d'auto-évaluation du syndrome dépressif par le patient durant la semaine précédente. Cette échelle ne comporte pas d'items somatiques. [24],[25]

La BDI ou échelle de Beck est une échelle évaluant plus spécifiquement les symptômes positifs de la dépression et comprend des items évaluant la fonction physique. Il s'agit d'une auto-évaluation qui concerne le moment où le patient remplit le questionnaire et qui permet une évaluation de la sévérité de la dépression [26] [27]

Devant la difficulté de démêler les symptômes dus au cancer ou aux effets secondaires du traitement, Endicott a eu l'idée de créer une échelle spécifique, où il remplace les items somatiques par des symptômes psychologiques. Ces items ont été ainsi modifiés [28]

- Apparence dépressive pour « modification du poids et de l'appétit »
 - Repli sur soi pour « troubles du sommeil »
-

- Peu réactif pour « difficultés de concentration »
- Pessimisme pour « asthénie »

1-4. Les cancéreux sont-ils plus déprimés que le reste de la population ?

Malgré le nombre considérable de travaux publiés sur ce sujet, c'est une question à laquelle il reste difficile de répondre avec exactitude. En effet, les populations étudiées ne sont ni homogènes, ni comparables. Les méthodes d'évaluation sont différentes d'une enquête à l'autre, les sujets sont le plus souvent hospitalisés et observés à des stades différents de la maladie, et les sites de cancer varient d'une étude à une autre. [29]

La prévalence de la dépression chez les patients atteints de cancer varie considérablement, elle peut aller de 0% à plus de 40% [29] [30]

Selon CHENDERES (2006) le cancer est associé à une plus forte prévalence de dépression : 15 à 20% par rapport à celle observée dans la population générale 5.3%. [31] Toutefois, certaines études montrent que les taux de dépression chez ces patients atteints de cancer sont similaires à ceux de la population générale. [32] [33]

Pour placer la dépression chez les patients atteints de cancer dans son contexte, il est utile de comparer la prévalence de la dépression avec celles d'autres maladies somatiques graves (MSG) et maladies chroniques. Une MSG étant une affection qui est de gravité suffisante pour engager le pronostic vital ou entraîner un risque important avec conservation de la conscience suffisante pour que ce risque soit connu par le patient. Le cancer lui-même est considéré comme une maladie somatique grave. . [34]

Les maladies neurologiques sont en tête, avec 40 à 50% de dépression dans la maladie de Parkinson, et 30 à 50% dans les accidents vasculaires cérébraux. Dans le syndrome de Cushing 33 à 67%, dans le diabète 19 à 33% et 26% de dépression dans les maladies cardiovasculaires. [35] [36]

BRAUN et al (2007) [37] a trouvé 23% de dépression

FRANK KAI et al (2002) [38] a trouvé 29% en utilisant le « HADS » dans le cancer avancé.

MARTINE MEYER (2003) [39] a trouvé 58% de dépression dans le cancer avancé, avec 16% de dépression sévère.

Une constatation encourageante est celle d'une méta analyse (en 2007) de 58 études qui a trouvé que la prévalence de la dépression chez les patients atteints de cancer a diminué durant ces deux dernières décennies, ceci peut refléter les améliorations dans les traitements, y compris des interventions chirurgicales moins mutilantes, l'amélioration des données médicales et de l'atmosphère de support social. [9][40]

1-5. Facteurs influençant la survenue de dépression chez les patients atteints de cancer.

Le syndrome dépressif paraît en relation avec le retentissement de la maladie sur la qualité de vie, par la perte des capacités d'autonomie et les difficultés relationnelles rencontrées.

Les différences significatives entre les déprimés et les non déprimés seraient liées au score de KARNOFSKY (évaluation de l'altération de l'état général), à la douleur, au statut socio-économique et aux antécédents dépressifs [41],[42],[32]. En effet, Le malade qui a des antécédents de dépression, une personnalité névrotique ou une anxiété importante sera plus exposé à faire un syndrome dépressif. [41][39][43]

En moyenne, les patients déprimés ont un plus faible score économique, plus de douleur, plus d'altération physique. Ils sont moins capables de travailler et ont plus besoin d'aide. Il semble que le type, la localisation, le stade évolutif et le traitement puissent avoir une incidence sur le risque de survenue d'un état dépressif. [44], [23],[45]

Les métastases cérébrales sont importantes chez les patients déprimés. Les troubles de la mémoire, du cours de la pensée, le jugement, l'attention et la perception sont les signes cardinaux de l'Organic Brain Syndrom (OBS). Ce diagnostic est le deuxième rencontré en consultation psychiatrique chez les patients atteints de cancer. Il est important de le diagnostiquer car il est souvent réversible. [46]

Pour certains auteurs, les difficultés psychologiques rencontrées sont dues à la multiplicité des traitements, à la nature de l'équipe médicale, à la temporalité propre au cancer

et à son environnement. Le traitement a un effet paradoxal, il peut constituer « la deuxième maladie ». La tolérance à celui-ci conditionnera la vie sociale des patients. [47]

– Le traitement chirurgical

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

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

Le contrôle des odeurs, des urines, des matières constitue une véritable hantise pour ces patients.

– La chimiothérapie

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

– La radiothérapie

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

Il est important que l'équipe médicale renseigne le patient sur les modalités du traitement et ses effets secondaires, et ceci pour les différents traitements proposés, afin de diminuer son anxiété et lui faire mieux accepter le traitement. [15]

1-6. La dépression organique ou secondaire

Lors de l'évaluation des patients déprimés, il est impératif de tenter de déterminer si les facteurs organiques sont à la base du syndrome dépressif.

Les syndromes dépressifs causés par les facteurs organiques sont appelés troubles affectifs organiques, type dépression dans le DSM-III R ; on y retrouve une humeur dépressive persistante qui ressemble à une dépression majeure. L'humeur du patient et les symptômes végétatifs sont souvent les mêmes que dans la dépression fonctionnelle.

L'évaluation de chaque individu déprimé ayant un cancer doit inclure un examen médical, endocrinologique et neurologique. Beaucoup de cliniciens préfèrent utiliser au moins un instrument facilement reproductible (exemple : Mini Mental Status Examination ou MINI) pour documenter le statut mental au moment de l'évaluation. Tous ces brefs instruments ont leurs limites car ils évaluent seulement certains aspects de la cognition.

Il y a de nombreuses causes de troubles dépressifs organiques, incluant l'envahissement tumoral du SNC. D'autres causes en rapport avec les troubles métaboliques (exp : l'hyperkaliémie), endocriniens (exp : l'hypothyroïdie) ou nutritionnelles (exp : déficit en vitamines B12), infections (exp : EBV) ou effets de médicaments (béta-adrénergique antagonistes). [17]

Certains médicaments anticancéreux, particulièrement les corticostéroïdes, la vinblastine, la vincristine, la procarbazine, l'asparaginase, le tamoxifène et l'interféron peuvent causer une dépression. [48]

Si le trouble dépressif est suspecté être dû à une cause organique ou médicamenteuse, le clinicien tente de traiter la cause organique ou de changer le médicament suspect. Souvent les antidépresseurs sont commencés simultanément dans le but d'alléger les souffrances du patient plus rapidement et aussi lorsque la cause principale de la dépression ne peut être corrigée (chimiothérapie qui doit être poursuivie par exemple) [17]

1-7. Mécanismes physiopathologiques

Bien qu'il ait eu d'importante concentration sur les facteurs psychosociaux susceptibles de contribuer à l'augmentation des taux de dépression chez les patients atteints de cancer, de nouveaux développements en biologie des troubles de l'humeur ont soulevé de nouvelles considérations concernant la physiopathologie et le traitement de la dépression chez les patients ayant un cancer ou une autre maladie grave (MAJER et WATKINS1998). Plus précisément, les données ont démontré que les cytokines pro-inflammatoires (CPI) libérées au cours de la détérioration et la destruction des tissus (et la réaction inflammatoire qui en résulte) peuvent avoir un impact substantiel sur la fonction des neurotransmetteurs, la fonction neuroendocrinienne et sur le comportement (DUNN et al 1999).

Les changements de comportement incluent l'induction d'un syndrome nommé maladie du comportement qui a de nombreuses fonctionnalités de dépression majeure (KENT et al 1992)

Par conséquent, il a été proposé que les CPI libérées dans le cadre de l'activation immunitaire et de l'inflammation peut à son tour contribuer à un taux élevé de dépression chez les patients atteints de cancer (Dantzer2001). [49]

La maladie de comportement est typiquement associée aux changements de comportement observés chez les humains et les animaux de laboratoire souffrant d'infections microbiennes et incluant l'anhédonie, les troubles cognitifs, l'anxiété et l'irritabilité, le ralentissement psychomoteur, l'asthénie, l'anorexie, les troubles du sommeil et une sensibilité accrue à la douleur. Pertinente pour sa médiation par les cytokines pro-inflammatoires, la maladie de comportement peut être reproduite par l'administration de chacun des CPI isolément ou en administrant des agents qui induisent la cascade des CPI (TNF, IL -1, IL -6).

Bien que ces CPI soient trop grands pour passer librement à travers la barrière hémato-encéphalique, plusieurs voies par lesquelles les signaux de cytokine peuvent avoir accès au cerveau ont été élucidées (transport actif, fibres nerveuses afférentes).

Des travaux récents ont démontré que les CPI sont élevés chez les patients malades avec dépression et sont corrélés avec les symptômes de la maladie de comportement, par exemple, la

concentration plasmatique d'IL -6 a été jugée nettement élevée chez les patients atteints de cancer et déprimés par rapport aux non déprimés (Musselman2001)

Sur la base des conclusions relevées (certes limitées à l'heure actuelle), on peut supposer que les cancers qui sont associés à une plus agressive réaction inflammatoire ou dans lesquels les cellules néoplasiques produisent des cytokines, pourraient être les plus susceptibles d'être associés à des troubles de comportement.

En terme de régulation de l'humeur, il existe au moins cinq voies par lesquelles les CPI peuvent causer la dépression ou la maladie de comportement.

Premièrement, les CPI sont soupçonnées de modifier le métabolisme des monoamines notamment la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine, qui ont tous été impliqués dans la physiopathologie des troubles de l'humeur (Dunn et al 1999) [50]

Deuxièmement, les CPI se sont révélées avoir un puissant effet stimulant sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, en grande partie grâce à l'activation de corticotrophine releasing hormone (CRH). La CRH a des effets comportementaux sur les animaux, similaires à ceux retrouvés chez des patients souffrant de dépression ou de maladie de comportement, incluant des altérations de l'activité, de l'appétit et du sommeil. Par ailleurs, les patients qui souffrent de dépression ont été trouvés plus exposés à une élévation de CRH dans le liquide céphalo-rachidien.

Troisièmement, les études in vivo et in vitro suggèrent que les CPI notamment IL -1, peuvent induire une résistance des tissus à la circulation de glucocorticoïdes à travers une inhibition directe de l'expression des récepteurs de glucocorticoïdes. La résistance aux glucocorticoïdes a été maintes fois démontrée chez les patients qui souffrent de dépression et peut contribuer à la baisse de la régulation du feed bak du CRH et de la libération de CPI.

Quatrièmement, les cytokines incluant IFN ont montré qu'ils permettaient de réduire les concentrations sériques de L - tryptophane, probablement secondaire aux changements de l'apport alimentaire (anorexie) et l'induction de l'enzyme indolamine 2, 3 dioxygénase (IDO).

Le tryptophane est le principal précurseur de la sérotonine, et l'épuisement du tryptophane a été associé à la précipitation des troubles de l'humeur chez les patients vulnérables.

Enfin, les CPI ont été associés au syndrome de maladie euthyroïdienne qui se caractérise par une TSH et des hormones T4 normales et une baisse de T3 dans les stades précoces, et par une TSH normale et des hormones T4 et T3 basses dans les stades avancés (Papnicolau 2000). Les altérations de la fonction thyroïdienne sont bien connues pour influencer l'humeur.[51][52] [53]

1-8. Dépression et suicide chez les patients atteints de cancer

Sachant que le patient déprimé est tenté de se suicider, on peut se demander s'il existe plus de suicide chez les patients atteints de cancer que dans la population générale.

Les patients atteints de cancer ont deux fois plus de risque de commettre une tentative de suicide par rapport à la population générale, ce risque est plus augmenté chez les hommes. [12] [54][55]

La mortalité suicidaire représente 1% des décès en cancérologie. Les décès par suicide ont lieu surtout dans la première année qui suit le diagnostic

BREITBART a revu les données de 1080 patients atteints de cancer adressés en consultation psychiatrique, le risque suicidaire était trouvé chez 6.5% des patients; le tiers d'eux avait une dépression majeure, plus de 50% avaient des troubles d'adaptation et près de 20% un délire ou un syndrome cérébral organique.[56]

Wilson et al, ont réalisé une étude en 2000, où ils ont demandé à 70 patients atteints de cancer mourants s'ils voulaient hâter leur mort si c'était légal, 12% ont répondu oui, environ 63% de ceux qui voulaient hâter leur mort avaient une dépression majeure, contre seulement 16% chez ceux qui ne voulaient pas hâter leur mort. [57]

Les idées suicidaires nécessitent une évaluation minutieuse pour déterminer si le patient a une maladie dépressive ou bien il exprime le souhait d'avoir l'ultime contrôle de symptômes

intolérables. Un jugement clinique réfléchi est nécessaire pour faire cette distinction, particulièrement chez les patients avec stade avancé de la maladie.

BREITBART décrit les facteurs qui placent le patient dans un risque élevé de suicide : un pronostic mauvais et une maladie avancée, dépression et désespoir, une douleur incontrôlée, un délire, des antécédents psychiatriques ou de tentative de suicide, antécédents familiaux de suicide, notion de décès récent d'un amis ou du conjoint, abus d'alcool et peu de soutien social. D'autres facteurs incluant le sexe masculin, l'âge avancé (6^{ème} ou 7^{ème} décennies), la présence d'asthénie et des localisations particulières du cancer (oropharyngés, pulmonaire, gastro-intestinal, génito-urinaire et mammaire).

Le désespoir est d'avantage un facteur de risque de suicide plus que la dépression elle-même.

Les patients se suicident souvent par surdosage par les antalgiques ou les sédatifs prescrits par leurs médecins. Les hommes utilisent des moyens violents tel que la pendaison ou par arme à feu, plus souvent que les femmes. [55] il faut souligner aussi les formes passives de suicide, certainement fréquentes, et qui restent ignorées : refus de traitement et des soins.[54]

Etablir une bonne relation avec le patient est d'une importance primordiale, le clinicien doit savoir que le fait de parler du suicide avec le patient ne va pas l'entraîner à tenter de se suicider ; au contraire, il légitimise cette préoccupation et permet au patient de décrire ses sentiments, ses peurs et ses idées fausses, et lui procure un sentiment de contrôle. [17]

1-9. Traitement de la dépression chez les patients cancéreux

a) Les antidépresseurs

La rareté des essais bien contrôlés des antidépresseurs chez les patients cancéreux présentant une dépression souligne l'énorme besoin de données sur la meilleure façon de traiter cette population de patients. Heureusement, l'essentiel des données disponibles suggèrent que comme c'est le cas avec la dépression en général, la dépression dans le contexte de cancer répond aux traitements antidépresseurs (RAISON 2000). [58]La preuve initiale de cette utilité d'antidépresseurs est venue d'un essai clinique des antidépresseurs tricycliques et imipramine

en fin des années 1980 (EVANS et al 1988). Depuis, cinq essais cliniques contrôlés ont été publiés, ces études indiquent que la paroxétine, le miaserin, la fluoxétine, l'amitriptyline et la désipramine sont utiles dans le traitement de la dépression chez les patients atteints de cancer. [17]

Une étude récente (THOBALD et al 2002) suggère que le mirtazapine diminue les symptômes dépressifs, améliore la capacité fonctionnelle et entraîne une diminution de la cachexie.

Outre les symptômes dépressifs, les antidépresseurs promettent un traitement d'appoint pour d'autres symptômes liés au cancer ou à son traitement : la fluoxétine, la paroxétine, et la venlafaxine ont démontré qu'ils réduisent les bouffées de chaleur chez les patients atteints de cancer. La venlafaxine, le bupropion, et les antidépresseurs tricycliques ont montré qu'ils soulagent la douleur neuropathique. [59] [60]

b) La psychothérapie

En plus des antidépresseurs, plusieurs études ont mis en évidence que les interventions psychosociales peuvent être bénéfiques pour ces patients. [61] Ecouter le patient avec attention et lui permettre d'exprimer tous ses sentiments, peurs et colère sans porter de jugement est souvent thérapeutique en lui-même. La légitimisation de la difficulté de la situation et du droit d'être bouleversé réduit la peur d'être perçu comme « faible » [17]. La psychothérapie peut soulager les symptômes dépressifs et améliorer la survie (ROSS 2002). Plusieurs études ont démontré que le traitement psychosocial entraîne une diminution significative des symptômes dépressifs et anxieux, améliore l'adaptation, diminue la douleur, et augmente la survie de 18 mois (SPIEGEL et al 2002, CLASSEN et al 2001 CORKLE 2000) [9] [62][63]

En plus deux autres études, concernant des patients atteints de mélanome malin et de cancer du sein, ont démontré que la thérapie de groupe a la possibilité d'étendre la survie chez ces patients. Dans l'étude sur le groupe de mélanome malin, la thérapie de groupe renforce l'adaptation active, diminue les troubles affectifs et augmente le nombre et l'activité des cellules naturel killer (NK). Mais ces résultats doivent être tempérés par le fait que

plusieurs études n'ont pas pu confirmer que l'intervention psychothérapeutique favorise la survie chez les patients atteints de cancer. [9][51]

Un autre aspect important du traitement des patients atteints de cancer déprimés est le soutien social apporté par la famille, les amis et les groupes religieux. Il est important de mobiliser l'entourage pour fournir un soutien affectif et de partager avec le patients sentiments et préoccupations. Il est aussi conseillé de minimiser les conflits familiaux qui ajoutent un fardeau émotionnel supplémentaire pour le patient. [17] [64]

2- La dépression peut-elle influencer l'évolution du cancer?

2 – 1 - dépression et risque de progression du cancer

Plusieurs études ont suggéré que la dépression prédispose à une mauvaise évolution de la maladie cancéreuse. Une étude récente (STOMMEL et al 2002) rapporte que les patients ayant des antécédents de dépression ont 2,6 fois plus de risque de mourir de leur cancer dans les dix-neuf premiers mois après que le diagnostic de leur cancer est posé. [65] Dans deux autres études [51][52], la réponse dépressive au cancer est corrélée avec la baisse de survie, même lorsque d'autre facteurs ; comme l'âge, le sexe, la race, le stress de vie, le tabagisme et l'alcoolisme, le stade et le type histologique ; ont été pris en compte. En plus des effets potentiels directs sur la survie, la dépression est connue pour diminuer le respect des thérapeutiques, augmenter la durée de séjour à l'hôpital et diminuer à la fois la qualité de vie et la capacité de prendre soin de soi.[51]

Une autre étude en 2006, effectué par DEDAYO, a objectivé que la coexistence de cancer et de dépression est associée à un risque sensiblement accru de décès, et que l'effet de la dépression sur le risque de décès diffère selon le site du cancer. [66] [67]

2 – 2 - mécanismes étiopathogéniques

Les mécanismes proposés expliquent que les effets neuroendocriniens du stress peuvent stimuler la croissance tumorale. Les hormones de stress peuvent réprimer la résistance immunitaire face aux tumeurs, ou agir à travers les effets de la néoglucogénèse sur les cellules

normales et tumorales. Les cellules tumorales peuvent devenir résistantes à l'action catabolisante du cortisol, ce qui inhibe l'absorption de glucose dans nombreux types cellulaires. Dans ce cas, l'énergie serait préférentiellement dérivée vers la tumeur loin des cellules normales.

Plusieurs études ont trouvé une association entre l'augmentation de glucocorticoïdes liée au stress et une plus rapide progression tumorale chez les animaux.

Une autre hypothèse suggère que les hormones de l'axe corticotrope peuvent promouvoir l'expression des oncogènes du cancer du sein due à l'activation de gène pro-opiomélanocortine (POMC) par la CRH (corticotropine releasing hormone). Le promoteur de POMC a des homologies avec les facteurs de transcription de POMC qui est lié aux oncogènes humaines MAT-1 du cancer du sein. L'augmentation de glucocorticoïdes est associée à une immunosuppression, cliniquement significative, et le renforcement de la sécrétion de norepinephrine durant le stress a été également associée avec la suppression de la fonction lymphocytaire. [9]

D'autre part, de point de vue immunologique, la sévérité de la dépression peut avoir un effet délétère sur l'immunocompétence chez les patients atteints de cancer. Par exemple, les symptômes cliniques de la dépression prévoient significativement des taux bas de globules blancs et des cellules NK. [68]

Les symptômes de dépression chronique et le manque de soutien social prédit la réduction de la cytotoxicité des cellules NK mesurée après 3 mois de suivi chez des patientes ayant un cancer du sein. Ces cellules tueuses naturelles (NK), attaquent les cellules qui meurent ou les cellules transformées en l'absence de tout antigène particulier. Il est intéressant de noter que la baisse de la cytotoxicité des cellules NK est associée à la progression du cancer du sein métastatique. Cependant, il existe des données suggérant que le stress aigu est associé à court terme à une élévation des NK chez des femmes ayant un cancer du sein [69].

La dépression peut être comprise comme une réponse inadaptée au stress ; le stress était associé également à une baisse de réponse proliférative de lymphocytes. Ces études sur la dépression fournissent des preuves préliminaires sur une relation directionnelle entre les symptômes dépressifs et les aspects du système immunitaire dans des groupes homogènes pour

le sexe et le type de maladie. Cependant il faudra plus de recherches pour examiner des aspects spécifiques endocrino-immunologiques de la dépression pour leurs effets sur l'état de santé des patients atteints de cancer.[9]

II – DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE

1 – Etude de la dépression chez les patients atteints de cancer

Dans notre étude, 15% des patients de notre échantillon représenté par 100 patients, avaient un épisode dépressif majeure; 26,7% de ces patients déprimés avaient une dépression sévère, 60% avaient une dépression modérée et 13,3% avaient une dépression légère.

SKARSTEIN et al en 2000, a trouvé, sur un échantillon de 568 patients ayant des cancers de sites variés, une prévalence plus faible de dépression : 9%.[70]

CIARAMELLA et al en 2001, a noté, sur un échantillon de 100 patients, un taux de dépression de 28%, en utilisant à la fois le SCID et l'Endicott.[71]

CHEN et al 2000, a trouvé que 20% des patients de son échantillon, représenté par 203 patients ayants des cancers solides et hématologiques, étaient déprimés [72]

WILSON et al 2007, a objectivé un taux de dépression de 13,1% chez une population de 381 patients hospitalisés en soins palliatifs.[73]

AASS et al 1997, a noté que sur un échantillon de 716 patients, 9% étaient déprimés.[41]

MEI LING CHEN et al 2004, a trouvé sur un échantillon de 121 patients, ayant des cancers de sites variés, une prévalence de 24,8% de sujets déprimés.[74]

KRAHENBUHL et al 2007, a mis en évidence un taux de dépression de 20,2% dans un échantillon de 109 patients ayants des cancers de différents types et stades.[75]

AKECHI et al 2004, a trouvé une prévalence de 6,7%, sur un échantillon de 209 patients en stade terminal.[43]

HOTOPF e al(2002) [76] a trouvé une prévalence allant de 5 à 26% chez les patients avec cancer avancé, avec une moyenne de 15% ; en ulilisant le « psychiatric interview »

CHOCHINOV et al 1997 [77], ALEXANDER et al 1993 [78], et BREITBART et al 2000[56], ont trouvé des prévalences qui se rapprochent de celle retrouvée par notre étude (12,2%, 13%, et 16% respectivement)

Tableau XXXV : Prévalence de la dépression dans certaines études similaires

Auteur	Année	Population étudiée	Méthode utilisée	Prévalence de la dépression
ALEXANDER (INDE) [78]	1993	Sites et stades variés N=60	DSM III-R , clinical interview	13%
AASS et al (NORVEGE) [41]	1997	Cancers de sites variés N=716	HADS, EORTC	9%
CHOCHINOV [77] (CANADA)	1997	Stade terminal N=197	BECK, semi-structured interview	12.2% 7,6% majeure 4,6% mineure
SKARSTEIN et al (NORVEGE) [70]	2000	Sites variés de cancer N=568	HADS, EORTC	9%
CHEN et al (TAIWAN) [72]	2000	Tumeurs solides et liquides N=203	HADS	20%
PASCOE (AUSTRALIE) [79]	2000	Sites variés ambulatoires N=504	HADS	7.1%
BREITBART [56]	2000	Sites variés en hospitalisation N=92	DSM-III	16%
CIARAMELLA et al (ITALIE) [71]	2001	Sites variés de cancers N=100	Interview, SCID, Endicott, HAMD	49% SCID / 29% Endicott / 28% les deux
MEI LING CHEN et al (TAIWAN) [74]	2004	Cancers de sites variés	HADS	24,8%
AKECHI et al (JAPAN) [43]	2004	Stade terminal N=209	Structured clinical interview DSM IV, HADS	6.7%
WILSON et al (CANADA) [73]	2007	Cancers en soins palliatifs N=381	Semi-structured Interview	13,1%
KRAHENBUHL et al (ALLEMAGNE) [75]	2007	Cancers de différents types et stades ambulatoires N=109	Distress thermometer	20,2%
NOTRE ETUDE (MAROC)	2006	Différents sites et stades N=100	MINI, BECK	15% 26,7% sévère, 60% modérée , 13,3% légère

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale.

EORTC: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.

SCID: Structured Clinical Interview for DSM III-R

Endicott: the Interview criteria for major depression modified by Endicott for cancer patients (Endicott 1984)

HAMD: Hamilton Depression Rating Scale

2 – Caractéristiques des patients déprimés.

2-1. Les facteurs sociodémographiques

a) Le sexe

L'influence du sexe a fait l'objet de plusieurs études, aboutissant à des résultats discordants.

Dans notre étude, les femmes avaient légèrement plus de dépression (15,4%) que les hommes (14,3%), et ceci de manière significative. YOUNG HO YUN 2007 [80] a trouvé que les femmes étaient plus déprimées que les hommes, ainsi que ANGELOPOULOUS 1995 [81], qui a objectivé une prévalence de dépression de 24% chez le sexe masculin, et 32% chez le sexe féminin.

AASS [41], a trouvé que 9% des femmes et 8% des hommes étaient déprimés, sans que ce soit statistiquement significatif. Plusieurs autres auteurs, n'ont pas trouvé de différence significative[38][71][43]. WILSON [73] en conduisant une subanalyse avec les sujets déprimés seulement, a trouvé que les femmes étaient significativement plus susceptibles d'être déprimées.

Concernant la sévérité, dans notre étude, ce sont les hommes qui étaient plus sévèrement déprimés : 5,7% des hommes et 4,6% des femmes présentaient une dépression sévère, alors que la dépression modérée est présente chez 23,1% des femmes et seulement chez 14,3% des hommes, sans que cette différence soit significative.

REDEKER [82] et MIASKOWSKI [83] n'ont trouvé aucune différence de sévérité de la dépression entre les deux sexes.

**Tableau n° XXXVI : Prévalence et sévérité de la dépression
selon le sexe dans des études similaires**

Auteur	Année	Population étudiée	Résultats
AASS et al (NORVEGE) [41]	1997	Sites variés de cancer	9% chez les femmes et 8% chez les hommes. Non significative
KAI-HOI-SZE (CHINE) [38]	2000	Cancers avancés	Pas de différence significative
CIARAMELLA (Italie) [71]	2001	Sites variés	Pas de différence significative
YOUNG HO YUN (KOREA) [80]	2007	Sites variés	Les femmes sont plus déprimées que les hommes
ANGELOPOULOUS [81]	1995	Sites variés, patients ambulatoires	Les femmes sont plus déprimées que les hommes
REDEKER [82]	2000	Patients en cours de chimiothérapie N=263	Pas de différence en sévérité
WILSON (CANADA) [73]	2007	Cancers en soins palliatifs N=381	Pas de différence significative(P=0.082) subanalyse avec les sujets déprimés seulement : les femmes étaient significativement plus susceptibles d'être déprimées (P=0.021)
AKECHI (JAPAN) [43]	2004	Stade terminal	Pas d'association significative(P=0.23)

b) L'âge

Nous avons trouvé dans notre étude, que la prévalence la plus élevée de dépression est celle retrouvée chez les sujets âgés de 37 à 50 ans (25,6%), alors que la prévalence chez les patients âgés de moins de 36 ans et ceux âgés de plus de 51 ans était plus basse (respectivement 4,2% et 9,1%). Ces résultats sont statistiquement significatifs ($p=0,024$). La moyenne d'âge chez les déprimés était de 48,33 ans (écart type= 9,83), alors que la moyenne d'âge des non déprimés était de 44,79 ans (écart type=12,32)

NAUSHEEN [84] a trouvé également, sur un échantillon de 80 femmes ayant un cancer du sein, que les patientes âgées de moins de 37 ans étaient moins déprimées que celles âgées de plus de 37 ans.

AKECHI [43] et WILSON [73] rapportent que le jeune âge est un facteur significativement associé à la dépression. Ceci peut être expliqué par la survenue d'un traumatisme émotionnel violent chez les plus jeunes, alors que les plus âgés considèrent cette maladie comme grave mais l'intègrent volontiers dans le processus de vieillissement parvenant ainsi plus facilement que les jeunes à une conciliation avec leur maladie.

Quant à BARDWELL [85] et ELL [86], qui avaient étudié la dépression chez des femmes ayant des cancer du sein, pour le premier, et des cancers gynécologiques et du sein, pour le second, ils ont noté que les femmes âgées de moins de 50 ans étaient significativement plus déprimées que celles ayant plus de 50 ans.

YOUNG HO YUN [80], a trouvé au contraire que la dépression augmente avec l'âge.

AASS [41], KAI-HOI SZE [38] et CIARAMELLA [71] n'ont pas mis en évidence une influence de l'âge sur la dépression.

**Tableau n°XXXVII : Discussion de la dépression
selon l'âge d'après des études comparables**

Auteur	Année	Population étudiée	Résultats
AASS (Norvège) [41]	1997	Sites variés	<30ans : 3% / 30à50ans : 9% / 50à70ans : 9% / ≥70ans : 10%. Non significative.
KAI-HOI SZE (Chine) [38]	2000	Cancers avancés	Pas de différence.
CIARAMELLA (Italie) [71]	2001	Sites variés	Les déprimés étaient plus âgés. Age moyen : 65,17ans. Non significatif.
AKECHI (Japan) [43]	2004	Stade terminal	Le jeune âge est un facteur signifiant de dépression.(p=0,003) Age moyen : 57ans
ELL [86]	2005	Cancers du sein et gynécologiques	Les femmes ayant moins de 50ans étaient plus déprimées. Significatif (p=0,015)
BARDWELL (USA) [85]	2006	Cancer du sein N=2595	Les femmes ayant moins de 50 ans étaient significativement plus déprimées
NAUSHEEN (Pakistan) [84]	2006	Cancer du sein N=80	Les femmes âgées de moins de 37 ans étaient plus déprimées.
WILSON (Canada) [73]	2007	Stade se soins palliatifs	Les déprimés étaient significativement les plus jeunes.(p=0,002) âge moyen : 63,5ans
YOUNG HO YUN (Corée du sud) [80]	2007	Sites variés	La dépression augmente avec l'âge.
Notre Etude	2006	Sites variés	≤36 ans : 4,2% / 37à50ans : 25,6% / ≥51ans : 9,1%. Age moyen : 48,33 (ET : 9,83)

c) La situation familiale

La dépression est plus retrouvée chez les sujets mariés (19,4%) que chez les sujets divorcés (16,7%), sans aucun cas de dépression chez les célibataires et les veufs. Ceci est statistiquement significatif.

Contrairement à nos résultats, BARDWELL [85] a trouvé sur une population de patientes atteintes de cancer du sein, que les femmes mariées étaient moins déprimées que les célibataires.

La plupart des auteurs, n'ont pas trouvé de corrélation significative. [73], [41], [43], [86], [71].

Tableau n°XXXVIII : discussion de la dépression selon la situation familiale

Auteur	Année	Population étudiée	Résultats
AASS [41]	1997	Sites variés	Pas de corrélation
CIARAMELLA [71]	2001	Sites variés	Pas de différence significative
AKECHI [43]	2004	Stade terminal	Pas d'influence (p=0,34)
ELL [86]	2005	Sein et gynécologique	Mariées :42%/ divorcée :10%/ séparées :10%/ veuves :9%/ célibataire :30% sans corrélation significative (p=0,42)
BARDWELL [85]	2006	Cancer du sein	Les mariées sont moins déprimées que les célibataires.
WILSON [73]	2007	Soins palliatifs	Pas de corrélation significative (p=0,567)
Notre étude	2006	Sites variés	Mariés : 19,4%/ divorcés :16,7%/ veufs : 0%/ célibataires : 0%. Corrélation significative (p=0,010)

d) Le niveau d'instruction

Les patients ayant un niveau universitaire, ainsi que ceux n'ayant jamais été scolarisés étaient statistiquement les plus déprimés (16,7% et 16,1% respectivement). Pour ceux ayant un niveau primaire ou secondaire, ils avaient la même prévalence de dépression (12,5%).

WILSON [73] a trouvé que chez les patients déprimés, 32,3% avaient moins du niveau secondaire, 21,5% avaient un niveau secondaire et 46,2% avaient plus du niveau secondaire, sans retrouver de corrélation significative.

Pour AKECHI [43], une longue instruction (≥ 9 ans) est un facteur significatif associé à la dépression.

KAI-HOI SZE [38], BARDWELL [85], ELL [86], et CIARAMELLA [71] n'ont pas trouvé de corrélation significative de la dépression avec le niveau d'instruction.

Tableau n°XXXIX : Discussion de la dépression selon le niveau d'éducation

Auteur	Année	Population étudiée	Résultats
KAI-HOI SZE [38]	2000	Cancer avancé	Non significatif
CIARAMELLA [71]	2001	Sites variés	Pas de différence significative
AKECHI [43]	2004	Stade terminal	Une longue éducation est un facteur significatif ($p=0,03$)
ELL [86]	2005	Cancers du sein et gynécologiques	0 à 8ans :56%/ 9à12ans :27%/ ≥ 13 ans :18%. Non significatif
BARDWELL [85]	2006	Cancer du sein	Non significatif
WILSON [73]	2007	soins palliatifs	<niveau secondaire :32,3%/ niveau secondaire : 21,5%/ > niveau secondaire : 46,2%. Non significatif ($p=0,706$)
Notre étude	2006	Sites et stades variés	Aucun : 16,1%/ primaire : 12,5%/ secondaire : 12,5%/ universitaire : 16,7%.résultat significatif. ($p=0,032$)

e) La profession

Notre étude a révélé que 10% des femmes au foyer étaient déprimées, et seulement 4% des employés, sans que cette différence soit significative. CIARAMELLA [71] et ELL [86] n'ont pas trouvé également de corrélation significative de la profession avec la dépression.

PETEET souligne les difficultés des membres de profession comme les artisans et les agriculteurs, qui supportent mal la dépendance et les contraintes des hospitalisations et des traitements. [54]

f) Mutuelle

Nous avons trouvé que les patients mutualistes étaient plus déprimés que les non mutualistes (21,7% contre 13%), cette différence est non significative. CIARAMELLA [71] et ELL [86] n'ont pas trouvés également de différence entre les patients ayant une mutuelle, avec ses différents types, et ceux n'ayant aucune prise en charge sociale.

2-2. Les facteurs cliniques

a) Comorbidité

Nous avons trouvé que l'existence de comorbidité est significativement liée à la dépression, puisque 15% des patients ayant une maladie chronique étaient déprimés, et 33% de ceux ayant un antécédent médical étaient déprimés.

YUN [80], en 2007 a démontré dans son étude que les comorbidités augmentent le risque de dépression.

ELL [86], en 2005 précise que l'existence de comorbidité articulaire est significativement liée à la dépression.

b) Localisation du cancer

Il existe des localisations de cancer très associés à la dépression, d'autres avec une prévalence moindre. MASSIE [29] a fait la synthèse d'un ensemble d'études, les cancers très associés à la dépression sont les cancers oropharyngés avec une prévalence de dépression allant de 22 à 57%, pancréatiques(33 à 50%), mammaires (1,5 à 46%) et pulmonaires (11 à 44%). Une

moindre prévalence de la dépression est retrouvée dans les cancers du colon (13 à 25%), gynécologiques (12 à 23%) et les lymphomes (8 à 19%).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces constatations :

- La première est simple : les cancers du poumon et du pancréas sont connus pour avoir un sombre pronostic, les malades qui en sont atteints peuvent le savoir et souffrir plus.
- La seconde hypothèse est qu'il s'agit d'une forme de syndrome paranéoplasique. La présence en grande quantité de neuropeptides au niveau du tractus gastro-intestinal et au niveau du cerveau suggère des interactions par lesquelles la tumeur produirait une substance capable d'altérer les amines biogènes cérébrales qui contrôlent l'humeur [30] ; [52]
- La troisième hypothèse est que la dépression résulterait d'une interférence immunologique avec l'activité sérotoninergique. Un anticorps induit contre une protéine relâchée par les cellules cancéreuses pourrait, étant donné l'activité croisée avec le système nerveux central, se fixer sur les récepteurs sérotoninergiques et les bloquer, favorisant ainsi l'apparition d'une dépression.

En plus, certaines études indiquent que la dépression est très associée au cancer du pancréas à cause de la douleur importante qui l'accompagne souvent. [30] [87].

CHOCHINOV [30], a trouvé en 2001, que les localisations pancréatiques, cérébrales et au niveau de la tête et du cou sont plus associés à la dépression.

ELL [86], en 2005, a retrouvé sur une population de patientes ayant des cancers du sein et gynécologiques, que le site du cancer est corrélé significativement avec la dépression, et que les patients ayant un cancer du sein étaient plus déprimés (67%) que les patients ayant un cancer gynécologique (33%).

SNEED [88], en 1992, a trouvé, par contre que les femmes ayant un cancer gynécologique ou un cancer du sein avaient moins de dépression que les hommes et les femmes ayant d'autres cancers. Selon CIARAMELLA [71] et AASS [41], la localisation n'influence pas la dépression.

Dans notre étude également, nous n'avons pas trouvé de corrélation significative de la dépression avec la localisation du cancer.

Tableau n°XXXX : Discussion de la dépression selon la localisation du cancer

Auteur	Année	Population étudiée	Résultats
SNEED [88]	1992	Sites et stades différents	Moins de dépression dans le cancer du sein et gynécologique
AASS [41]	1997	Sites variés	Gynécologique : 12%/ sein : 5%/ urogénital : 5%/ hémato : 11%/ gastrointest : 13%/ poumon : 8%/ autres : 9%. Non significatif (p=0,06)
CIARAMELLA [71]	2001	Sites variés	Respiratoire : 7%/ gastrointest : 14%/ urogénital:7%. Non significatif
CHOCHINOV [30]	2001	Stade terminal	Localisations pancréas, cerveau, tête et cou sont plus associés à la dépression
ELL [86]	2005	Cancers du sein et gynécologiques	Sein : 67%/ gynécologique : 33%. significatif (p=0,001)
Notre étude	2006	Sites variés	Sein :19,4%/ poumon : 57,1%/ gynécologique : 7,7%/ cavum :0%/ tube digestif : 9,5%/ lymphomes : 0%/ autres : 15,4%

c) Stade du cancer

Les stades successifs de la maladie vont conduire d'abord à l'apparition puis à l'entretien du syndrome dépressif. C'est ainsi que l'impossibilité de poursuivre une activité quotidienne normale et la déchéance physique liées à la progression de la maladie peuvent entraîner une dépression. En effet, CIARAMELLA [71], a rapporté dans son étude une augmentation significative de la dépression chez les patients au stade de métastases. AASS [41] a retrouvé une corrélation significative du stade avec la dépression, 14% des patients ayant des métastases à distance étaient déprimés, contre 6% chez ceux qui étaient en stade localisé ou locorégional.

Dans notre étude, ce sont les patients en stade localisé qui ont significativement le plus de dépression (28,6%) et seulement 17,6% des patients au stade métastatique ; ceci pourrait être expliqué par le fait que les patients ayant des métastases étaient dans les 2/3 des cas en

rechute, ce qui signifie qu'ils avaient assez de temps pour s'adapter psychologiquement avec leur maladie cancéreuse et l'éventualité d'une progression, contrairement à ceux qui étaient en stade localisé.

BARDWELL [85] et PERDRIZET CHEVALLIER [89] n'ont pas trouvé de corrélation avec le stade.

Tableau n° XXXXI : Discussion de la dépression selon le stade du cancer

Auteur	Année	Résultats
AASS [41]	1997	Local : 6%/ locorégional : 6%/ métastases à distance : 14%. Significatif (p=0,001)
CIARAMELLA [71]	2001	Métastases déprimés :19%/ métastases non déprimés : 6%. Augmentation significative de la dépression en cas de métastases
BARDWELL [85]		Corrélation non significative (p=0,760)
PERDRIZET CHEVALLIER [89]	2007	Pas de corrélation
Notre étude	2006	Localisé :28,6%/ localement avancé : 14,3%/ métastatique : 17,6% . significatif (p=0,005)

d) Délai de découverte du cancer

Le délai moyen retrouvé chez les patients déprimés est de 10,73 mois avec un écart type (E.T) de 9,32 ; chez les patients non déprimés il est de 15,48 mois (E.T=18,53)

Ce sont les patients chez qui le diagnostic a été posé entre 1 et 3 mois, et ceux ayant découvert leur cancer il y a plus de 49 mois qui sont les plus déprimés parmi les patients de notre population d'étude avec une corrélation significative.

Ceci concorde avec les données de la littérature, puisque les scores moyens des patients aux échelles de dépression sont maximaux dans les premiers mois qui suivent le diagnostic. Cependant, plusieurs études ne trouvent pas de différence significative avec une population témoin au-delà de 2 ans. [54]

Selon l'étude de AASS [41], la dépression était présente chez 17% des patients diagnostiqués moins d'un mois avec une différence significative.

AKECHI [43], CIARAMELLA [71] ET BARDWELL [85] n'ont pas trouvé de corrélation significative.

Tableau n° XXXXII : Discussion de la dépression selon le délai de découverte du cancer

Auteur	Année	Résultats
AASS [41]	1997	<1 mois : 17%/ ≥ 1 mois : 8%. Différence significative (p=0,015)
CIARAMELLA [71]	2001	≤1 an : 18%/ 1à5ans : 10%/ >5ans : 0%. Différence non significative.
AKECHI [43]	2004	Délai moyen(DM) chez les patients déprimés : 23,7mois/DM des non déprimés : 25,6mois. Non significatif(p=0,33)
BARDWELL [85]	2006	<1an :27%/ 1à1,9an :33%/ 2à2,9an : 23%/ 3à4ans : 17%
Notre étude	2006	Délai moyen chez les déprimés : 10,73mois(E.T=9,32)/ DM des non déprimés : 15,48(E.T=18,53)/ 1à3mois :47,6%/ 3à6mois : 35%/ 6à12mois : 42,9%/ 13à24mois : 33,3%/ 25à48mois : 31,3%/ >49mois : 66,7%. Différence significative (p= 0,048)

e) Gêne par les effets secondaires de la chimiothérapie

Les patients gênés par les effets secondaires de la chimiothérapie étaient plus déprimés dans notre étude, par rapport à ceux que les effets secondaires ne constituaient pas la principale cause de gêne (22,2% contre 9,6%). Cette différence retrouvée est non significative.

Pour ELL [86], c'est la peur des effets secondaires du traitement qui augmente significativement le risque de dépression.

f) Les symptômes physiques

♦ La douleur

La douleur est un symptôme fréquemment associé à la maladie cancéreuse, il est souvent lié à la progression de la maladie.

Plusieurs auteurs ont évalué ce paramètre. WILSON [73] a révélé que 49,5% des patients qui se plaignent de douleur sont déprimés. Ceci est statistiquement significatif.

Pour AKECHI [43], CHEN [72], CIARAMELLA [71] et ELL [86], la présence de douleur est corrélée significativement avec la dépression. Les patients déprimés avaient plus de douleur que les non déprimés.

Deux études récentes, de KAI-HOI SZE en 2000 [38], et de TEUNISSEN en 2007 [90] n'ont pas montré l'existence de corrélation significative.

Dans notre étude également, aucune corrélation significative n'a pu être mise en évidence.

♦ L'asthénie

Nous avons trouvé que chez les patients se plaignant d'asthénie, 25% étaient déprimés alors que 7,1% seulement présentaient une dépression parmi ceux qui ne rapportaient pas de gêne de l'asthénie. Ceci est statistiquement non significatif.

Selon WILSON 2007 [73], 72% des patients asthéniques étaient significativement déprimés. Pour AKECHI 2004 [43] et MEI LING CHEN 2004 [74], l'asthénie est un facteur significatif de dépression. Tandis que pour PERDRIZET-CHEVALLIER [89], c'est la sévérité et l'intensité de l'asthénie qui est associée à une augmentation du risque de dépression.

g) Traitement du cancer

Dans notre étude, la dépression est légèrement plus présente chez les patients qui reçoivent un traitement palliatif (8%) que chez ceux qui reçoivent un traitement curatif (7%), mais sans corrélation significative. Nos résultats se rapprochent de ceux de AASS [41], qui a trouvé une prévalence de 7% chez les patients sous traitement curatif, et 12% chez ceux qui reçoivent un traitement palliatif. Mais contrairement à nous, les résultats de AASS sont statistiquement significatifs.

h) Prise en charge thérapeutique

Nous avons trouvé que les patients qui n'avaient pas encore démarré leur traitement qui étaient les plus déprimés (20%), suivis des patients qui avaient terminé leur traitement (16,7%), puis de ceux qui étaient en cours de traitement (14,3%) au moment de l'investigation. Ce résultat est non significatif. Ceci pourrait être expliqué par la vulnérabilité des patients qui venaient de découvrir leur maladie, et qui se préoccupaient de la nature du traitement qu'ils vont avoir.

Dans l'étude de AASS [41], chez les patients ayant reçu un traitement, 8% étaient déprimés, 8% aussi l'étaient parmi ceux qui étaient en cours de traitement, et 13% parmi les patients pour lesquels un traitement était prévu. Que les patients aient reçu déjà leur traitement anticancéreux, ou qu'ils soient en cours de traitement, n'a pas d'influence sur la prévalence de la dépression, par contre, les patients chez qui un traitement anticancéreux est planifié très prochainement, étaient significativement plus déprimés que ceux sans aucun plan thérapeutique au moment de l'investigation.

Pour ELL [86], aucune corrélation n'était retrouvée, la prévalence de dépression chez les patients après traitement, en cours de traitement, et avant traitement étaient respectivement 6%, 53% et 41%.

i) Situation de la maladie

La rechute est très associée à la dépression. Selon AASS, 11% des patients en rechute avaient une dépression, contre 7% chez ceux qui n'étaient pas en rechute.

PERDRIZET-CHEVALLIER [89], a également trouvé une corrélation significative, il rapporte que plus de 40% des patients en rechute étaient déprimés.

CHOUNET, en 2003, n'a pas trouvé de corrélation significative entre la rechute et l'augmentation de la prévalence de dépression.[91]

Dans notre étude, non plus, nous n'avons pu trouvé de corrélation significative ($p=0,138$). Les patients les plus déprimés étaient en stabilisation (26,5%), et les moins déprimés en rémission (7,9%)

2-3. Facteurs psychosociaux

a) Histoire familiale de cancer

La perte d'un ami et surtout d'un parent par cancer va influencer fortement la réaction du patient. Dans notre étude, trois patients avaient dans l'entourage familial des cas de cancer similaire, et parmi ces trois, deux avaient une évolution fatale. Au moment de l'enquête, aucun de ces patients n'était déprimé. Mais vu le nombre réduit, nous ne pouvons interpréter, ni discuter ce résultat.

b) Soutien social et familial

Il apparaît que la qualité de l'entourage est un facteur crucial dans l'apparition de la dépression. En effet, plus le malade aura du mal à communiquer ses angoisses, plus il se sentira isolé, et plus il sera sensible à la dépression. [92][93].

WILSON [73], SCHROEVERS [93], NAUSHEEN [84] et BARDWELL [85] ont tous trouvé une corrélation significative inversement liée à la dépression : plus il y a de support social, moins il y a de dépression. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, car la dépression est présente chez seulement 11,5% des patients ayant reçu un bon support social, chez 14,3% de ceux dont l'entourage avait agi de manière négative (abondan, éloignement, peur) et chez 16,4% des patients dont l'entourage était indifférent ; cependant ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

c) La religion

Plusieurs études ont évalué le rôle de la religion dans l'exagération ou l'atténuation des troubles dépressifs chez les patients cancéreux, mais ce paramètre fut étudié de différentes manières, rendant difficile sa comparaison d'une étude à une autre.

WILSON [73], a trouvé moins de dépression chez les patients ayant une religion organisationnelle, par rapport à la religion non organisationnelle et subjective.

AKECHI [43] a rapporté, que chez les sujets n'ayant pas de croyance religieuse, 94% étaient déprimés, et 92% n'étaient pas déprimés, sans corrélation significative.

SHAW [94], a démontré, en 2006, chez des femmes ayant un cancer du sein, que la prière et l'expression religieuse ont un effet bénéfique, elles entraînent une baisse des émotions négatives, un niveau plus élevé de santé, d'autonomie et de bien être.

THUME-BOYLE [95], a fait une synthèse de 18 études évaluant l'impact de la religion, il a trouvé que 7 études d'entre elles rapportaient un effet bénéfique, 4 études rapportaient un effet nuisible, et les 7 autres n'avaient trouvé aucune corrélation significative.

d) Préoccupations financières

Le coût et les frais de la prise en charge médicochirurgicale de la maladie cancéreuse constituent souvent un lourd fardeau pour le patient et sa famille, ce qui pourrait engendrer une augmentation du risque de développer une dépression. En effet, AKECHI [43] a trouvé dans son étude que les soucis financiers sont un facteur significatif de dépression, contrairement à WILSON [73], qui n'a pas trouvé de corrélation significative.

Dans notre étude, 13,8% des patients ayant comme principale cause de gêne le coût de la prise en charge, étaient déprimés, contre 17,9% des patients pour lesquels d'autres paramètres les préoccupent plus que le problème financier. Ces résultats sont à la limite de la signification ($p=0,056$)

e) Connaissance du diagnostic

Les patients de notre étude qui ignoraient qu'ils avaient un cancer constituaient 46% de l'échantillon, ils étaient moins déprimés (3%) que ceux qui connaissaient le diagnostic de cancer (12%). Mais sans corrélation significative.

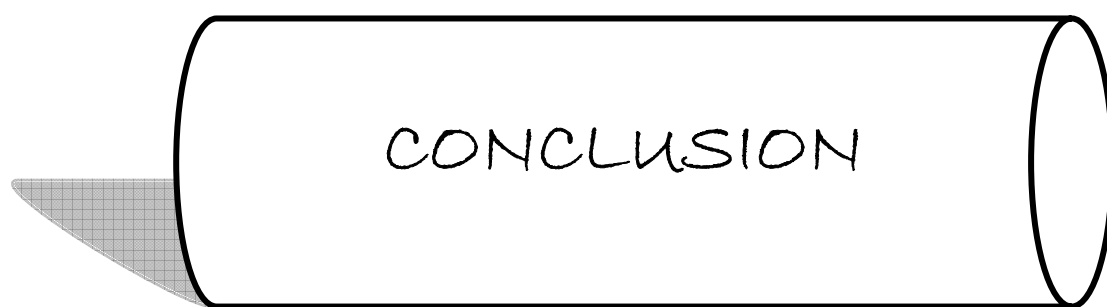
ALEXANDER [78], en 2003, a trouvé que les patients ignorant le diagnostic, représentaient 33%, et qu'ils étaient significativement moins déprimés que ceux qui étaient au courant du diagnostic de cancer.

f) Estimation du patient du pronostic de sa maladie cancéreuse

ALEXANDER [78], a trouvé dans son étude, que 82% des patients considéraient que leur maladie est curable ; ces patients optimistes, avaient considérablement moins de dépression que les autres.

Dans notre étude, 78% des patients considéraient leur maladie curable, ils avaient également moins de dépression (12,8%) que les moins optimistes qui considéraient que leur maladie est incurable (22,2%), et encore moins par rapport à ceux qui n'en savaient rien et ne pouvaient donner aucune estimation (23,1%), sans pour autant que ces résultats soient statistiquement significatifs.

BARDWELL [85], PINQUART [96], et MISTAKIDOU [97] ont mis en évidence que les sujets les moins optimistes étaient les plus déprimés.



La pathologie cancéreuse est à l'origine de diverses réactions psychologiques difficiles à gérer ; la dépression est l'une des plus fréquentes, pour cette raison on s'est intéressé à étudier la prévalence de la dépression dans une population de patients atteints de cancer. Cette étude, qui est la première étude à ce sujet au Maroc, a porté sur un échantillon de 100 patients au service d'oncologie du CHU Mohamed VI, a permis d'estimer la prévalence de la dépression à 15% ; parmi ces patients déprimés 26,7% avaient une dépression sévère, 60% avaient une dépression modérée et 13,3% avaient une dépression légère. Le profil sociodémographique et clinique de ces patients a été déterminé. Nous avons ainsi pris conscience du degré de détresse psychologique de ces patients, et de l'importance primordiale de dépister des troubles dépressifs et de les traiter précocement, dans le cadre d'une prise en charge globale et multidisciplinaire pour une meilleure qualité de vie du patient. D'autres études restent, cependant, à accomplir au niveau d'autres services et pour des catégories de patients bien sélectionnées, pour mieux comprendre les différents facteurs intervenant dans la genèse de ces troubles dépressifs, ainsi que pour l'évaluation d'autres paramètres psychologiques, notamment les troubles anxieux, d'autres aspects des troubles dépressifs et la qualité de vie.



10-ATCDS

a- Autre cancer (si oui) a1-quel type:

a2-depuis quand

a3- traitement reçu:

a4- évolution:

b- Diabète

c- HTA

d- tuberculose

e - autre maladie chronique

f- aucune

g- ATCDS chirurgicaux

11- ATCDS psychiatriques:

a- dépression

b - anxiété

c- tentative de suicide

d - consultation psychiatrique

e- hospitalisation psychiatrique

f - aucun

12 - ATCD familial de cancer similaire

a- oui

b- non

13 - si ATCD de cancer similaire familial,quelle est son évolution ?

a- guérison

b- stabilisation

c- décès

14- localisation du cancer:

15- Stade:

16-Découverte depuis :

A - semaines

B - mois

17-Après la découverte de votre cancer, y a-t-il eu un changement d'attitude de votre entourage (conjoint, enfants, parents) ?

a- oui positif

b- oui négatif

c- indifférent

18- Avez-vous changé vos habitudes religieuses après la découverte du cancer?

- a- oui: plus de prières, de jeun...
- b- oui: diminution ou arrêt des prières
- c- non pas de changement

19-qu'est ce qui vous gêne le plus?

- a. attitude de l'entourage
- b- perte d'autonomie
- c- altération de l'image de soi
- d- frais et coût de la prise en charge médicale
- e- les symptômes physiques :
 - e1 - douleurs
 - e2 - Asthénie
 - e3 - Troubles sexuels
 - e4 - Autres :...
- f- les effets secondaires du traitement :
 - f1 - vomissements
 - f2 - diarrhée/constipation
 - f3 - alopecie
 - f4 - autres:

20- Traitement curatif:

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| a- chirurgie seule | b - chirurgie+chimiothérapie |
| c- chirurgie+Radiothérapie | d - chirurgie+chimio+radiothérapie |
| e- chimiothérapie seule | f - radiothérapie seule |
| g- chimiothérapie+radiothérapie | h - hormonothérapie |

21. TTT palliatif :

- | | |
|------------------|-----------------------------------|
| a- anti douleur | b- chimiothérapie |
| c- Radiothérapie | d- chirurgie+chimio+radiothérapie |

Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer

22- Début du traitement remonte à :

23- Evolution sous traitement:

a- rémission

b- stabilisation

c- rechute

d- inconnue

24- selon vous votre maladie est:

a- curable

b- non curable

c- ne sait pas

25- Connaissez vous le nom de votre maladie :

A - oui

B - non

2 – le MINI : EPISODE DEPRESSIF MAJEUR :

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux (se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement	NON	OUI
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	NON	OUI
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :		
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.)	NON	OUI
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON) Si le patient présente un épisode dépressif majeur actuel	NON OUI	OUI
A5 a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	NON	OUI
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois	NON	OUI
	A5b EST-ELLE COTEE OUI ?	NON Episode dépressif majeur passé	OUI

Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer

A1	خلال 2 الأسابيع الأخيرة ,واش شعرت بنفسك حزين أكثر من اللازم ,مكتئب ,مضيويم أغلب النهار تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	1
A2	خلال 2الأسابيع الأخيرة ,واش شعرت أن خاطرك ضيق وشعورك باللذة نقصوا بالنسبة الأشياء اللي كيعجبوك عادة وهذ شي في أغلبية الأوقات.	NON	OUI	2
		➔		
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	NON	OUI	
A3	لأغلب الأشياء وما عندكش اهتمام /أسابيع اللي كنت تتحس فيها براسك مكتئب أو 2خلال واش الشهية دياك نقصات أو زادت ؟واش الوزن دياك نقص ولا زاد بلا ما حاولت تنقص أو تزيد (كغ65 كغ بالنسبة لشخص كيوزن 3.5 في الشهر من الوزن دياك أو 5%مثلا)فيه			
a	COTER OUI SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	كتفريق ,كتفريق وسط الليل ,صعوبة في النعاس)واش كانت عندك مشاكل في النعاس تقريبا كل ليلة ؟ (...بكري أو كتنعس بزاف	NON	OUI	4
c	واش كنت تنهدر ولا تتحرك أقل من العادة أو كنت مقلق وممرتأحش وما بقيتنيش قادر تبقى كالس في بلاصتك وهاذشي تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	5
d	واش كنت تتحس براسك عيان أو ما عندكش الجهد تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	6
e	وهاذشي تقريبا كل نهار ؟ .واش كنت تتحس براسك ما عندكش قيمة أو تتبقى تلوم نفسك	NON	OUI	7
f	واش عندك صعوبة في التركيز أو في اتخاذ قرارات وهاذشي تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	8
g	واش جاوك بزاف المرات أفكار كحلة بحال تفكر أن من الأحسن تموت أو تأدي راسك	NON	OUI	9

A4 Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ?

NON

(ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)

EPISE

DEPRESSIF

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

MAJEUR

ACTUEL

A5 خلال حياتك واش وقعوا ليك فترات أخرى ديال 2 أسابيع أو أكثر اللي فيها كنت مكتئب أو بدون

a اهتمام لأغلب الأشياء واللي خلالها كانوا عندك المشاكل اللي تكلمنا عليها دابا ➔

NON OUI 1

قبل ما تحس مكتئب حزين أو فقدتي الاهتمام بالأشياء واش كنت الخاطر دياك مزيان على الأقل شهرين 0

NON OUI

b

1

1

A5b EST-ELLE COTEE OUI ?

NON

EPISE

DEPRESSIF

MAJEUR

PASSE

3 – l'échelle de Beck

A.	Je ne me sens pas triste.	0
	Je me sens cafardeux ou triste.	1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.	2

	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.	3
B.	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C.	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3
D.	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	Je suis mécontent de tout.	3
E.	Je ne me sens pas coupable.	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
F.	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même.	1
	Je me dégoûte moi-même.	
	Je me hais.	2
G.	Je ne pense pas à me faire du mal.	3
	Je pense que la mort me libèrerait.	0
	J'ai des plans précis pour me suicider.	1
	Si je le pouvais, je me tuerais.	2
H.	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	3

	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	0
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	1
	J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	2
I.	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	3
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	0
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	1
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	2
J.	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	3
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	0
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.	1
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	2
K.	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	3
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	0
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	1
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	2
L.	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	3
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	0
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	1
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	2
M.	Mon appétit est toujours aussi bon.	3
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	0
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	1
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	2
		3



RESUME

La dépression est une affection fréquemment associée à la maladie cancéreuse, sa prévalence varie considérablement du fait de l'hétérogénéité des populations étudiées et des différentes méthodes d'évaluation utilisées. La prévalence de la dépression chez les patients atteints de cancer varie de 0 à 58%. L'étude que nous avons menée avait pour objectifs d'estimer la prévalence de la dépression chez une population de patients atteints de cancer, de décrire leur profil sociodémographique et clinique et de déterminer les facteurs éventuels influençant la survenue de la dépression chez ces patients. L'étude a été menée au niveau du service d'oncologie du CHU Mohamed VI de Marrakech, et a concerné 100 patients ayants des cancers de différents sites et stades. Les instruments utilisés étaient le MINI (DSM-IV) pour poser le diagnostic de la dépression et l'échelle de BECK pour évaluer sa sévérité. Les résultats ont montré que la prévalence de la dépression était de 15%, dont 26,7% était sévère, 60% modérée et 13,3% légère.

La dépression est fréquemment rencontrée chez les femmes, d'un âge allant de 37 à 50 ans, mariées, n'ayant jamais été scolarisées ou ayant un niveau universitaire, atteintes d'un cancer de stade localisé, dont la découverte a été faite très précocement(1 à 3 mois) ou dépassant 49 mois. La dépression a été également plus présente chez les patients qui avaient un entourage familial indifférent à leur maladie, et pour ceux que le coût de la prise en charge ne constituait pas la principale cause de gêne.

Une plus grande attention devra être prodiguée à ces patients atteints de cancer, avec un dépistage et un traitement précoce de la dépression, pour une prise en charge globale et multidisciplinaire et une meilleure qualité de vie.

ABSTRACT

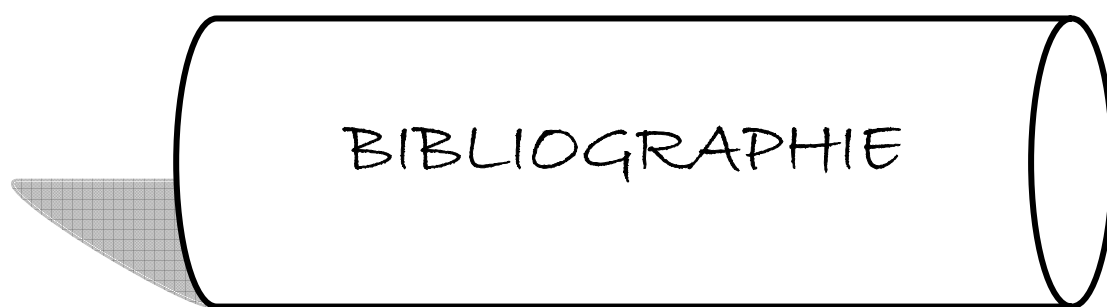
Depression is frequently associated with cancer; its prevalence varies considerably because of the heterogeneity of the populations studied and the different methods of assessment used. The prevalence of depression in cancer patients ranges from 0 to 58%. The study that we conducted had objectives to estimate the prevalence of depression in a population of cancer patients, to describe their socio-demographic and clinical profile and to determine the possible factors influencing the occurrence of depression in these patients. The study was conducted at the oncology department of the university hospital Mohammed VI in Marrakech, involving 100 cancer patients assigns different sites and stadiums. The instruments used were MINI (DSM-IV) for the diagnosis of depression, and BECK Depression Inventory to assess its severity. The results showed that the prevalence of depression was 15%, in which 26,7% was severe, 60% moderate and 13,3% mild.

The depression was frequently encountered among women, from 37 to 50 years old, married, had never been enrolled in school or with a university degree, with a localized cancer, whose discovery was made very early (1 to 3 months) or which exceeds 49 months. The depression was also frequently present in patients who had an indifferent familial entourage to their disease, and for those that the cost of care was not the main cause of discomfort.

Greater attention should be given to these cancer patients, with screening and early treatment of depression, for overall and multidisciplinary care and better quality of life.

ملخص

الاكتئاب هو اضطراب في المزاج كثيرا ما يرافق مرض السرطان، انتشاره يختلف كثيرا بسبب عدم تجانس عينات المرضى المدروسة و كذا استخدام أساليب مختلفة للتقييم. انتشار الاكتئاب عند مرضى السرطان يتراوح ما بين 0 و 58%. الدراسة التي أجريناها كانت بهدف تقييم انتشار الاكتئاب عند مرضى السرطان، و وصف أوضاعهم الاجتماعية-الديموغرافية و الجوانب السريرية، لمحاولة تحديد العوامل المؤثرة على إمكانية حدوث حالات إكتئاب عند هؤلاء المرضى. هذه الدراسة التي أجريناها في قسم الأنكولوجيا للمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش، تشمل 100 مريض من مرضى السرطان، في مواقعهم و أطوارهم المختلفة . الأدوات المستخدمة لتقييم الاكتئاب هي المقابلة المصغرة (الميني) الموافقة لمعايير التعريف العالمي لتشخيص الاكتئاب، و سلم بيك لتقدير شدة الاكتئاب. أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة انتشار الاكتئاب هي 15%، 26,7% من المرضى ذوو إكتئاب شديد، 60% إكتئاب معتدل، و 13,3% إكتئاب خفيف الشدة. وجدنا أن الاكتئاب أكثر تواجدا عند النساء المتراوحة أعمارهن ما بين 37 و 50 سنة، المتزوجات، الواتي لم يتلقين أية دراسة أو لديهن مستوى دراسي جامعي. كما أنهن في الطور المحلي للسرطان الذي تم اكتشافه مبكرا من شهر واحد إلى 3 أشهر، أو الذي يتجاوز اكتشافه 49 شهر. الاكتئاب كان أيضا متواجدا أكثر لدى المرضى الذين كان وسطهم العائلي غير مبال بمرضهم، و عند الذين لم تكن تكاليف الرعاية الصحية السبب الرئيسي لانزعاجهم. يجب إيلاء إهتمام أكبر بالجانب النفسي لمرضى السرطان، بالتقييم و العلاج المبكرين للاكتئاب، من أجل رعاية شاملة و متعددة الاختصاصات لنوعية حياة أفضل للمريض.



1. **Manzanera C, Lafay N, Papet N, Senon J-L**
Cancer, dépression et anxiété.
Ann méd psychol. 2003; 61 : 140-141
 2. **Ferreri M, Bottéro A, Alby J-M**
Sémiologie des états dépressifs de l'adulte.
Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, 1993, 37-110-A-10
 3. **Ministère de la santé marocain et OMS**
Rapport de l'enquête nationale de prévalence des troubles mentaux (ENPTM) 2003
 4. **Alonso J, Angermeyer M.C , Lépine J.P**
The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe.
Acta Psychiatr Scand 2004 ; 109 (Suppl. 420): 5-7
 5. **Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports de la république française**
Bilan "plan psychiatrie-santé mentale 2005-2008" Disponible sur le site :
www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_depression-2.pdf
 6. **Hakulinen, T., Hakama, M., Sankila, R., Pukkala, E. and Söderman, B. . D.M. Parkin, S.L. Whelan, J. Ferlay, L. Teppo and D.B. Thomas**
Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII. Eds. IARC Scientific Publications No. 155.
International Agency for Research on Cancer. Lyon 2002, pp. 328-329.
-

7. Lévy V, Lévy-Soussan M

Cancérologie. 1996. Editions ESTEM et MED-LINE; 275p

Collection Med-Line. ISBN 2-909455-17-3

8. Benider A

Résultats du premier registre des cancers de la région du grand Casablanca. 2004

9. Spiegel D, Giese-Davis J

Depression and cancer: Mechanisms and disease progression.

Biol Psychiatry. 2003; 54:269-282

10. Razavi D, Delvaux N.

Psycho-oncologie: le cancer, le malade et sa famille.

2^{ème} édition, Masson. P : 66-92

11. Vos MS, Haes JCJM

Denial in cancer patients, an explorative review

P O. 2006. DOI: 10.1002/pon.1051

12. Saltel P, Terra J-L, Fresco R.

Troubles psychiques en cancérologie

Editions techniques, Encyc. Med Chir, Psychiatrie, 1992 ; 37-675-A-10

13. Feintrenie A, Lamy P

L'accompagnement du malade cancéreux: les phases psychologiques de la maladie.

Lettre QS Cancérologie. 1985 ; 39 :89-100

14. Vvedenskaya S, Tolmatchyova O, Vvedenskaya I, Grinykova L

Breaking bad news to cancer patients: transitioning from taboo to truth-telling in Russia.

JAMA. 1996 ; 276: 496-502

15. Defretin Lemaire M-C

Dépression et cancer

Thèse de médecine, lille.1988 ; n° 882M089

16. American Psychiatric Association DSM IV-R

Diagnostic and statistical manuel of mental disorders

4ème edition revised, Washinton DC. APA. 2000

17. Massie MJ, Gagnon P, Holland JC

Depression and suicide in patients with cancer

Journal of Pain and symptom management. 1994. vol 9; N 5

18. Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE and Edgerton S

Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer

J Clin Oncol. 1998; 16: 1594-1600

19. Hoffman MA, Weiner JS

Is Mrs S Depressed? Diagnosing Depression in the Cancer Patient

J Clin Oncol. 2007 jul; 1; 25(19): 2853-2856

20. Hardy P.

Évaluation des troubles psychiatriques en médecine.

In : ROUILLON F, LEPINE JP, Terra JL éditions Épidémiologie psychiatriques.

Pads. Pharmacia et Upjon 1991 ; 321-32

21. Aucouturier F.

Intérêt et faisabilité d'un dépistage systématique des troubles psychiatriques en

Cancérologie. Mémoire pour le diplôme d'études spécialisées en psychiatrie, Université de Limoges 2001. *psycho-oncologie : concept et réalité.p :109*

22. Marx G., Gauvin-Piquard A., Saltel P

Anxiété, dépression, cancer : les aspects cliniques.

L'Encéphale, Numéro hors-série 2 Déc 1998 ; 66-71

23. Nezelof S., Vandel P.

Cancer et dépression: aspects épidémiologiques.

L'Encéphale, Numéro hors-série 2 Déc 1998: 59-65

24. Razavi D., Delvaux N., Farbacques C., Robye E.

Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer patients

British Journal of Psychiatry. 1990; 156, 79-83

25. Sami-Ali

Corps réel, Corps imaginaire.

Dunod, 2001, 142 p

26. Bouvard M, Cottiaux J.

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie.

Masson 1999, 280 p

27. Olie J-P, Poirier M-F, Loo H

Les maladies dépressives. Flammarion. 1995. 1^{ère} édition ; 260-264

28. Strouse T.

Identifying and Treating Depression in Women With Cancer: A primary Care Approach.

Medscape Women's Health. 2000. 5: 155-160

29. Massie MJ

Prevalence of depression in patients with cancer.

Journal of the National Cancer Institute 2004; monographs 32

30. Chochinov HM

Depression in cancer patients

Lancet Oncol 2001; 2: 499-505

31. Chenderes RM, Podea DM.

Depression and cancer diseases

J Clin Oncol; 2006. vol24; N15

32. Lansky SB, List MA, Herrmann CA, Ets-Hokin EG, DasGupta TK, Wilbanks GP

Absence of major depressive disorder in female cancer patients.

J Clin Oncol. 1985;vol3; 1: 1553-1560

33. Sellick S M, Crooks D L.

Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection and practice guideline development for psychological interventions.

P O. 1999. 8: 315-333

34. RevidiP.

Réactions psychologiques aux affections somatiques graves.

Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie, 1993 ; 37 -675 -A-20 ;p 10

35. Wells KB, Golding JM, Burham MA.

Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions.

Am J Psychiatry. 1988; 145: 976-81

36. Popkin MK, Tucker GJ

Mental disorders due to general medical condition and substance-induced disorders; mood anxiety, psychotic, and personality disorders.

DSM-IV sourcebook. Washington(DC): APA Office of Research. 1994; 243-76

37. Braun M, Mikulincer M, Rydall A, Walsh A, Rodin G

Hidden Morbidity in Cancer: Spouse Caregivers

J Clin Oncol. 2007 oct; vol25; 30:4829-4834

38. Kai-hoi Sze F, Wong E, Woo J, Lo R

Do pain and disability differ in depressed cancer patients?

Palliative Medicine. 2000. vol 14; 1:11-17

39. Martine Meyer HA, Sinnott C, Seed PT

Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional

Palliative Medicine. 2003; vol17;7:604–507

40. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ

Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980.

Psychosom Med; 59: 280–293

41. Aass N, Fossa SD, Dahl AA, Moe TJ

Prevalence of Anxiety and Depression in Cancer Patients Seen at the Norwegian Radium Hospital.

European Journal of Cancer. 1997. vol33;10: 1597–1604

42. Berard R. M. F, Boemeester F, Vilioen G.

Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment and management.

P O. 1998 ; 7: 112–120

43. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y

Major Depression, Adjustment Disorders, and Post-Traumatic Stress Disorder in Terminally Ill Cancer Patients: Associated and Predictive Factors

J Clin Oncol. 2004. vol 22;10

44. Auroy L.

Connaître et prendre en charge les effets secondaires psychologiques des chimiothérapies anti-cancéreuses.

Bulletin du Cancer. 2000 ; 87 :463-7

45. Ronson A., Razavi D.

Les psychopathologies iatrogènes en cancérologie.

L'Encéphale, Numéro hors-série 2 Déc 1998 ; 15-24

46. Levine P. M., Silberfarb M. and Lipoxski ZJ.

Mental disorders in cancer patients, a study of 100 Psychiatric Referrals.

Cancer. 1978 ; 42 : 1385-1391

47. Pelicier N.

Psychiatrie et liaison en cancérologie.

Ann. méd. psychol. 2007, vol. 165, n°2, pp. 136-140

48. Lin J, Thompson DS

Tamoxifene induced depression

Prim Care Update. 2001; 8: 207-208

49. Irwin MR, Miller AG

Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery.

Brain Behav Imm. 2007; 21: 274-383

50. Dunn AJ, Wang J, Ando T

Effects of cytokines on cerebral neurotransmission : comparison with the effects of stress.

Adv Exp Med Biol. 1999. 461: 117-127

51. Raison CL, Miller AH

Depression in Cancer: New Developments Regarding Diagnosis and Treatment

Society of Biological Psychiatry. 2003; 54: 283-294

52. Irwin M

Depression and risk of cancer progression: an elusive link

J Clin Oncol. 2004; Vol 22; N10

53. Reynaert C, Libert Y, Jamne P

« Psychogenèse du cancer » : vers une piste psycho-neuro-endocrino-immunologique ?

Ann Méd Psychol. 2001. 159 : 273-84

54. Kendal WS

Suicide and cancer: a gender-comparative study

Ann Oncology 2007 18(2):381-387

55. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg Q

Suicide Risk in Cancer Patients From 1960 to 1999

J Clin Oncol. 2004. vol 22, N 20

56. Breitbart W, Rosenbeld B, Pessin H, Stein K et al

Depression, hoplessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer.

JAMA. 2000; 284: 2907–2911

57. Wilson KF, Scott JF, Graham ID, et al

Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician–assisted suicide.

Arch Inter Med. 2000; 160:2454–2460

58. Ly KL, Chidgey J, Addington–Hall J, Hotopf M

Depression in palliative care: a systematic review Part2.traitement.

DOI: 10.1191. 2002. 0269216302

59. Fisch M

Use of antidepressants for depression in patients with advanced cancer.

Lancet Oncology. Jul 2007; 8(7): 567–8

60. Coyne JC, Palmer SC, Shapiro PJ

Prescribing Antidepressants to advanced cancer patients with mild depressive symptoms is not justified.

J Clin Oncol. 2004; 99:206

61. Pirl WF

Evidence report on the Occurrence, Assessement, and Treatement of Depression in cancer patients.

Journal of The National Cancer Institute. 2004; monographs N32

62. Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J, et al

Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial.

Arch Gen Psychiatry. 2001; 58: 949-501

63. Spiegel D

Effects of psychotherapy on cancer survival.

Nat Rev Cancer. 2002; 45: 333-339

64. Cunningham AJ, Edmonds CVI

Possible effects of psychological therapy on survival duration in cancer patients.

J Clin Oncol. 2005; vol23; N22

65. Stommel M, Given BA, Given CW

Depression and functional status as predictors of death among cancer patients.

Cancer. 2002; 94: 2719-27

66. Adedayo A. Onitilo, Paul J. Nietert, Leonard E. Egede

Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site.

General Hospital Psychiatry. 2006; 28: 396-402

67. Jacobsen PB

Screening for Psychological Distress in cancer patients : Challenges and Opportunities.

J Clin Oncol. Oct 2007 ; vol25 ; N29

68. Andersen BL, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R.

A biobehavioral model of cancer stress and disease course.

Am Psychol. 1994; 49: 389-404

69. Andersen BL, Farrar WB, Golden-Kreutz D, Kutz LA, MacCallum R, Courtney ME, et al

Stress and immune responses after surgical treatment for regional breast cancer

J Natl Cancer Inst. 1998; 90: 30-36

70. skarstein J, Aass N, Fossa SD, Skovlund E, Dahl AA

Anxiety and depression scale and European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire.

J Psychosom Res. 2000; 49: 27-34

71. Ciaramella A, Poli p

Assesement of depression among cancer patients : the role of pain, cancer type and treatment

P O. 2001; 10: 156-165

72. Chen M, Chang H, Yeh C

Anxiety and depression in Taiwanese cancer patients with and without pain.

J Adv Nurs. 2000; 32: 944-51

73. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, OShea F, Kuhl D, Fainsinger RL, Clinch JJ

Depression and anxiety disorders in palliative cancer care

Journal of Pain and Symptom Management. 2007; vol33; N2

74. Chen M-L, Chang H-K

Physical symptom profiles of depressed and non depressed patients with cancer

Pall Med. 2004; vol18; N8: 712-718

75. Krähenbühl A, Zwahlen D, Knuth A, Schnyder U, Jenewein J, Kuhn C, Büchi S.

Prevalence of anxiety and depression in cancer outpatients and their spouses

Schweiz Rundsch Med Prax. 2007 jun13; 96(24) 973-9

76. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Lan Ly K

Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding

Pall Med. 2002; vol 16; N2:81-97

77. Chochinov HM, Wison KG, Enns M, Lander S

"Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill.

Am J Psychiatry. 1997; 154: 674-6

78. Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS

Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome.

Acta Oncol. 1993; 32: 623-6

79. Pascoe S, Edelman S, Kidman A

Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals

Aust N Z J Psychiatry. 2000; 34: 785-91

80. Yun YH, Kim SH, Lee KM, Park SM, Kim YM

Age, sex, and comorbidities were considered in comparing reference data for health-related quality of life in the general and cancer populations

J C Epidemiology. 2007; 60: 1164–1175

81. Angelopoulos NV, Tzivaridou D, Nikolaou N, Pavlidis AN

Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer.

Acta Psychiatrica Scandinavica. 1995; 92: 44–50

82. Redeker NS, Lev EL, Ruggiero J

Insomnia, fatigue, anxiety, depression , and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy

Sch Inq Nurs Pract. 2000; 14: 275–90

83. Miaskowski C

Gender Differences in Pain, Fatigue, and Depression in Patients With Cancer

Journal of the National Cancer Institute. 2004; Monographs N32

84. Nausheen B, Kamal A

Familial social support and depression in breast cancer: An exploratory study on a Pakistani sample

P O. 2006

85. WA. Bardwell, L Natarajan, JE. Dimsdale, CL. Rock, JE. Mortimer, K Hollenbach, JP. Pierce

Objective Cancer-Related Variables Are Not Associated With Depressive Symptoms in Women Treated for Early-Stage Breast Cancer

J Clin Oncol. 2006; vol 24; N16

- 86. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee P-J, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, Muderspach L, Russell C**
Depression, Correlates of Depression, and Receipt of Depression Care Among Low-Income Women With Breast or Gynecologic Cancer
J Clin Oncol. 2005 may; vol 23; N 13
- 87. Kelsen DP, Portenoy RK, Thaler HT, Niedzwiecki D, Passik SD, Tao Y, Banks W, Brennan MF and Foley KM**
Pain and depression in patients with newly diagnosed pancreas cancer
J Clin Oncol. 1995; vol 13; 748-755
- 88. Sneed NV, Edlund B, Dias JK,**
Adjustment of gynaecological and breast cancer patients to the cancer diagnosis: comparisons with males and females have other cancer sites
Health Care Women Int. 1992; 13:11-22
- 89. Perdrizet-Chevallier C , Reich M, Lesur A**
Anxiety and Mood Disorders and Gynaecologic Cancer Patients
European Psychiatry. 2007; 22: 482-483
- 90. Teunissen SC, de Graeff A, Voest EE, de Haes JC.**
Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients.
Pall Med. 2007 jun ; 21(4): 341-6
-

91. Chounet V

Liens entre cancer et dépression: évaluation du syndrome dépressif chez les patients souffrant d'un cancer du sein

Thèse de médecine. Toulouse. 2003 ; N 31519

92. Tuinman MA, Hoekstra HJ, Fleer J, Sleijfer DTh, Hoekstra-Weebers JE H.M

Self-esteem, social support, and mental health in survivors of testicular cancer: A comparison based on relationship status

Urologic Oncology. 2006; 24: 279-286

93. 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

Social Science and Medicine. 2003; 57: 375-385

94. Shaw B, Han JY, Kim E, Gustafson D, Hawkins R, Cleary J, McTavish F, Pingree S, Eliason P, Lumpkins C

Effects of prayer and religious expression within computer support groups on Women with Breast Cancer P O. 2006

95. Thuné-Boyle IC, Stygal JA , Keshtgar MR, Newman SP

Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature

Social Science and Medicine. 2006; 63: 151-164

96. Pinquart M, Fröhlich C, Silbereisen RK.

Optimism, pessimism, and change of psychological well-being in cancer patients

Psychol Health Med. 2007 aug; 12(04): 421-32

97. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Pathiaki M, Patiraki E, Galanos A, Vlahos L

Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status pain and spirituality in patients with advanced cancer.

Archives of Psychiatric Nursing. 2007; vol21; N3: 150-161