

UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2012

THESE N°: 59

IMPACT DU CANCER CHEZ LE SUJET AGE
ET SES PROCHES

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mme. Sihame LKHOYAALI Ep. BAHADI

Née le 19 Octobre 1984 à Rabat
Médecin Interne du CHU Ibn Sina Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Cancer – Sujet âgé – Psycho-oncologie.

JURY

Mr. H. ERRIHANI

Professeur d'Oncologie Médicale

**PRESIDENT &
RAPPORTEUR**

Mme. I. CHAMI

Professeur de Radiologie

Mr. M. ICHOU

Professeur d'Oncologie Médicale

Mr. T. KEBDANI

Professeur de Radiothérapie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سورة البقرة: الآية: 32





UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

- 1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

- Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam Neurochirurgie
4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie
7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie –Réanimation
10. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie

- | | | |
|-----|------------------------------|-----------------------------|
| 12. | Pr. BENOMAR M'hammed | Chirurgie-Cardio-Vasculaire |
| 13. | Pr. BENSOUDA Mohamed | Anatomie |
| 14. | Pr. BENOSMAN Abdellatif | Chirurgie Thoracique |
| 15. | Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma | Physiologie |

Novembre 1983

- | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------|
| 16. | Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir* | Pneumo-ptisiologie |
| 17. | Pr. BALAFREJ Amina | Pédiatrie |
| 18. | Pr. BELLAKHDAR Fouad | Neurochirurgie |
| 19. | Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia | Rhumatologie |
| 20. | Pr. SRAIRI Jamal-Eddine | Cardiologie |

Décembre 1984

- | | | |
|-----|----------------------------------|-------------------------|
| 21. | Pr. BOUCETTA Mohamed* | Neurochirurgie |
| 22. | Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie |
| 23. | Pr. MAAOUNI Abdelaziz | Médecine Interne |
| 24. | Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| 25. | Pr. NAJI M'Barek * | Immuno-Hématologie |
| 26. | Pr. SETTAF Abdellatif | Chirurgie |

Novembre et Décembre 1985

- | | | |
|-----|---------------------------------------|---|
| 27. | Pr. BENJELLOUN Halima | Cardiologie |
| 28. | Pr. BENSALID Younes | Pathologie Chirurgicale |
| 29. | Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa | Neurologie |
| 30. | Pr. IHRAI Hssain * | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 31. | Pr. IRAQI Ghali | Pneumo-ptisiologie |
| 32. | Pr. KZADRI Mohamed | Oto-Rhino-laryngologie |

Janvier, Février et Décembre 1987

- | | | |
|-----|---------------------------------------|------------------------------|
| 33. | Pr. AJANA Ali | Radiologie |
| 34. | Pr. AMMAR Fanid | Pathologie Chirurgicale |
| 35. | Pr. CHAHED OUAZZANI Houria ép.TAOBANE | Gastro-Entérologie |
| 36. | Pr. EL FASSY FIIHRI Mohamed Taoufiq | Pneumo-ptisiologie |
| 37. | Pr. EL HAITEM Naïma | Cardiologie |
| 38. | Pr. EL MANSOURI Abdellah* | Chimie-Toxicologie Expertise |
| 39. | Pr. EL YAACOUBI Moradh | Traumatologie Orthopédie |
| 40. | Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah | Gastro-Entérologie |
| 41. | Pr. LACHKAR Hassan | Médecine Interne |
| 42. | Pr. OHAYON Victor* | Médecine Interne |
| 43. | Pr. YAHYAOUI Mohamed | Neurologie |

Décembre 1988

- | | | |
|-----|---------------------------------|-----------------------|
| 44. | Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique |
| 45. | Pr. DAFIRI Rachida | Radiologie |
| 46. | Pr. FAIK Mohamed | Urologie |

47. Pr. HERMAS Mohamed Traumatologie Orthopédie
 48. Pr. TOLOUNE Farida* Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

49. Pr. ADNAOUI Mohamed Médecine Interne
 50. Pr. AOUNI Mohamed Médecine Interne
 51. Pr. BENAMEUR Mohamed* Radiologie
 52. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali Cardiologie
 53. Pr. CHAD Bouziane Pathologie Chirurgicale
 54. Pr. CHKOFF Rachid Pathologie Chirurgicale
 55. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH Pédiatrie
 56. Pr. HACHIM Mohammed* Médecine-Interne
 57. Pr. HACHIMI Mohamed Urologie
 58. Pr. KHARBACH Aïcha Gynécologie -Obstétrique
 59. Pr. MANSOURI Fatima Anatomie-Pathologique
 60. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda Neurologie
 61. Pr. SEDRATI Omar* Dermatologie
 62. Pr. TAZI Saoud Anas Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

63. Pr. AL HAMANY Zaïtounia Anatomie-Pathologique
 64. Pr. ATMANI Mohamed* Anesthésie Réanimation
 65. Pr. AZZOUZI Abderrahim Anesthésie Réanimation
 66. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM Néphrologie
 67. Pr. BELKOUCHI Abdelkader Chirurgie Générale
 68. Pr. BENABDELLAH Chahrazad Hématologie
 69. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif Chirurgie Générale
 70. Pr. BENSOUDA Yahia Pharmacie galénique
 71. Pr. BERRAHO Amina Ophtalmologie
 72. Pr. BEZZAD Rachid Gynécologie Obstétrique
 73. Pr. CHABRAOUI Layachi Biochimie et Chimie
 74. Pr. CHANA El Houssaine* Ophtalmologie
 75. Pr. CHERRAH Yahia Pharmacologie
 76. Pr. CHOKAIRI Omar Histologie Embryologie
 77. Pr. FAJRI Ahmed* Psychiatrie
 78. Pr. JANATI Idrissi Mohamed* Chirurgie Générale
 79. Pr. KHATTAB Mohamed Pédiatrie
 80. Pr. NEJMI Maati Anesthésie-Réanimation
 81. Pr. OUAALINE Mohammed* Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
 82. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH Pharmacologie
 83. Pr. TAOUFIK Jamal Chimie thérapeutique

Décembre 1992

84. Pr. AHALLAT Mohamed Chirurgie Générale
 85. Pr. BENOUDA Amina Microbiologie

86. Pr. BENSOUDA Adil	Anesthésie Réanimation
87. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib	Radiologie
88. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza	Gastro-Entérologie
89. Pr. CHRAIBI Chafiq	Gynécologie Obstétrique
90. Pr. DAOUDI Rajae	Ophtalmologie
91. Pr. DEHAYNI Mohamed*	Gynécologie Obstétrique
92. Pr. EL HADDOURY Mohamed	Anesthésie Réanimation
93. Pr. EL OUAHABI Abdessamad	Neurochirurgie
94. Pr. FELLAT Rokaya	Cardiologie
95. Pr. GHAFIR Driss*	Médecine Interne
96. Pr. JIDDANE Mohamed	Anatomie
97. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine	Gynécologie Obstétrique
98. Pr. TAGHY Ahmed	Chirurgie Générale
99. Pr. ZOUHDI Mimoun	Microbiologie

Mars 1994

100. Pr. AGNAOU Lahcen	Ophtalmologie
101. Pr. AL BAROUDI Saad	Chirurgie Générale
102. Pr. BENCHERIFA Fatiha	Ophtalmologie
103. Pr. BENJAAFAR Nouredine	Radiothérapie
104. Pr. BENJELLOUN Samir	Chirurgie Générale
105. Pr. BEN RAIS Nozha	Biophysique
106. Pr. CAOUI Malika	Biophysique
107. Pr. CHRAIBI Abdelmjid	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
108. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT	Gynécologie Obstétrique
109. Pr. EL AOUDAD Rajae	Immunologie
110. Pr. EL BARDOUNI Ahmed	Traumato-Orthopédie
111. Pr. EL HASSANI My Rachid	Radiologie
112. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur	Médecine Interne
113. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*	Chirurgie Cardio- Vasculaire
114. Pr. ERROUGANI Abdelkader	Chirurgie Générale
115. Pr. ESSAKALI Malika	Immunologie
116. Pr. ETTAYEBI Fouad	Chirurgie Pédiatrique
117. Pr. HADRI Larbi*	Médecine Interne
118. Pr. HASSAM Badredine	Dermatologie
119. Pr. IFRINE Lahssan	Chirurgie Générale
120. Pr. JELTHI Ahmed	Anatomie Pathologique
121. Pr. MAHFOUD Mustapha	Traumatologie – Orthopédie
122. Pr. MOUDENE Ahmed*	Traumatologie- Orthopédie
123. Pr. OULBACHA Said	Chirurgie Générale
124. Pr. RHRAB Brahim	Gynécologie –Obstétrique
125. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR	Dermatologie
126. Pr. SLAOUI Anas	Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

127. Pr. ABBAR Mohamed*	Urologie
128. Pr. ABDELHAK M'barek	Chirurgie – Pédiatrique
129. Pr. BELAIDI Halima	Neurologie
130. Pr. BRAHMI Rida Slimane	Gynécologie Obstétrique
131. Pr. BENTAHILA Abdelali	Pédiatrie
132. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali	Gynécologie – Obstétrique
133. Pr. BERRADA Mohamed Saleh	Traumatologie – Orthopédie
134. Pr. CHAMI Ilham	Radiologie
135. Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae	Ophtalmologie
136. Pr. EL ABBADI Najia	Neurochirurgie
137. Pr. HANINE Ahmed*	Radiologie
138. Pr. JALIL Abdelouahed	Chirurgie Générale
139. Pr. LAKHDAR Amina	Gynécologie Obstétrique
140. Pr. MOUANE Nezha	Pédiatrie

Mars 1995

141. Pr. ABOUQUAL Redouane	Réanimation Médicale
142. Pr. AMRAoui Mohamed	Chirurgie Générale
143. Pr. BAIDADA Abdelaziz	Gynécologie Obstétrique
144. Pr. BARGACH Samir	Gynécologie Obstétrique
145. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*	Urologie
146. Pr. BENAZZOUZ Mustapha	Gastro-Entérologie
147. Pr. CHAARI Jilali*	Médecine Interne
148. Pr. DIMOU M'barek*	Anesthésie Réanimation
149. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*	Anesthésie Réanimation
150. Pr. EL MESNAoui Abbes	Chirurgie Générale
151. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila	Oto-Rhino-Laryngologie
152. Pr. FERHATI Driss	Gynécologie Obstétrique
153. Pr. HASSOUNI Fadil	Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
154. Pr. HDA Abdelhamid*	Cardiologie
155. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed	Urologie
156. Pr. IBRAHIMY Wafaa	Ophtalmologie
157. Pr. MANSOURI Aziz	Radiothérapie
158. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia	Ophtalmologie
159. Pr. RZIN Abdelkader*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
160. Pr. SEFIANI Abdelaziz	Génétique
161. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali	Réanimation Médicale

Décembre 1996

162. Pr. AMIL Touriya*	Radiologie
163. Pr. BELKACEM Rachid	Chirurgie Pédiatrie
164. Pr. BELMAHI Amin	Chirurgie réparatrice et plastique
165. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim	Ophtalmologie
166. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan	Chirurgie Générale

167. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*	Parasitologie
168. Pr. GAOUZI Ahmed	Pédiatrie
169. Pr. MAHFOUDI M'barek*	Radiologie
170. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid	Chirurgie Générale
171. Pr. MOHAMMADI Mohamed	Médecine Interne
172. Pr. MOULINE Soumaya	Pneumo-ptisiologie
173. Pr. OUADGHIRI Mohamed	Traumatologie-Orthopédie
174. Pr. OUZEDDOUN Naima	Néphrologie
175. Pr. ZBIR EL Mehdi*	Cardiologie

Novembre 1997

176. Pr. ALAMI Mohamed Hassan	Gynécologie-Obstétrique
177. Pr. BEN AMAR Abdesselem	Chirurgie Générale
178. Pr. BEN SLIMANE Lounis	Urologie
179. Pr. BIROUK Nazha	Neurologie
180. Pr. BOULAICH Mohamed	O.RL.
181. Pr. CHAOUIR Souad*	Radiologie
182. Pr. DERRAZ Said	Neurochirurgie
183. Pr. ERREIMI Naima	Pédiatrie
184. Pr. FELLAT Nadia	Cardiologie
185. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra	Radiologie
186. Pr. HAIMEUR Charki*	Anesthésie Réanimation
187. Pr. KANOUNI NAWAL	Physiologie
188. Pr. KOUTANI Abdellatif	Urologie
189. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid	Chirurgie Générale
190. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ	Pédiatrie
191. Pr. NAZI M'barek*	Cardiologie
192. Pr. OUAHABI Hamid*	Neurologie
193. Pr. SAFI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
194. Pr. TAOUFIQ Jallal	Psychiatrie
195. Pr. YOUSFI MALKI Mounia	Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

196. Pr. AFIFI RAJAA	Gastro-Entérologie
197. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*	Pneumo-ptisiologie
198. Pr. ALOUANE Mohammed*	Oto-Rhino-Laryngologie
199. Pr. BENOMAR ALI	Neurologie
200. Pr. BOUGTAB Abdesslam	Chirurgie Générale
201. Pr. ER RIHANI Hassan	Oncologie Médicale
202. Pr. EZZAITOUNI Fatima	Néphrologie
203. Pr. KABBAJ Najat	Radiologie
204. Pr. LAZRAK Khalid (M)	Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

205. Pr. BENKIRANE Majid*	Hématologie
---------------------------	-------------

206. Pr. KHATOURI ALI* Cardiologie
 207. Pr. LABRAIMI Ahmed* Anatomie Pathologique

Janvier 2000

208. Pr. ABID Ahmed* Pneumophtisiologie
 209. Pr. AIT OUMAR Hassan Pédiatrie
 210. Pr. BENCHERIF My Zahid Ophtalmologie
 211. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd Pédiatrie
 212. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine Pneumo-phtisiologie
 213. Pr. CHAOUI Zineb Ophtalmologie
 214. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer Chirurgie Générale
 215. Pr. ECHARRAB El Mahjoub Chirurgie Générale
 216. Pr. EL FTOUH Mustapha Pneumo-phtisiologie
 217. Pr. EL MOSTARCHID Brahim* Neurochirurgie
 218. Pr. EL OTMANY Azzedine Chirurgie Générale
 219. Pr. GHANNAM Rachid Cardiologie
 220. Pr. HAMMANI Lahcen Radiologie
 221. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim Anesthésie-Réanimation
 222. Pr. ISMAILI Hassane* Traumatologie Orthopédie
 223. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss Gastro-Entérologie
 224. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim* Anesthésie-Réanimation
 225. Pr. TACHINANTE Rajae Anesthésie-Réanimation
 226. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida Médecine Interne

Novembre 2000

227. Pr. AIDI Saadia Neurologie
 228. Pr. AIT OURHROUI Mohamed Dermatologie
 229. Pr. AJANA Fatima Zohra Gastro-Entérologie
 230. Pr. BENAMR Said Chirurgie Générale
 231. Pr. BENCHEKROUN Nabiha Ophtalmologie
 232. Pr. CHERTI Mohammed Cardiologie
 233. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma Anesthésie-Réanimation
 234. Pr. EL HASSANI Amine Pédiatrie
 235. Pr. EL IDGHIRI Hassan Oto-Rhino-Laryngologie
 236. Pr. EL KHADER Khalid Urologie
 237. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah* Rhumatologie
 238. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 239. Pr. HSSAIDA Rachid* Anesthésie-Réanimation
 240. Pr. LACHKAR Azzouz Urologie
 241. Pr. LAHLOU Abdou Traumatologie Orthopédie
 242. Pr. MAFTAH Mohamed* Neurochirurgie
 243. Pr. MAHASSINI Najat Anatomie Pathologique
 244. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae Pédiatrie
 245. Pr. NASSIH Mohamed* Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
 246. Pr. ROUIMI Abdelhadi Neurologie

Décembre 2001

247. Pr. ABABOU Adil	Anesthésie-Réanimation
248. Pr. AOUAD Aicha	Cardiologie
249. Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
250. Pr. BELMEKKI Mohammed	Ophtalmologie
251. Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
252. Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
253. Pr. BENAMOR Jouada	Pneumo-phtisiologie
254. Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
255. Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
256. Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
257. Pr. BENYOUSSEF Khalil	Dermatologie
258. Pr. BERRADA Rachid	Gynécologie Obstétrique
259. Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
260. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
261. Pr. BOUHOUCHE Rachida	Cardiologie
262. Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
263. Pr. CHAT Latifa	Radiologie
264. Pr. CHELLAOUI Mounia	Radiologie
265. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
266. Pr. DRISSI Sidi Mourad*	Radiologie
267. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira	Gynécologie Obstétrique
268. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
269. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
270. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
271. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophtalmologie
272. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
273. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
274. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
275. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
276. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
277. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
278. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
279. Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
280. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
281. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
282. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
283. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
284. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
285. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
286. Pr. NABIL Samira	Gynécologie Obstétrique
287. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
288. Pr. OUALIM Zouhir*	Néphrologie
289. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
290. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique

291. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia Pédiatrie
 292. Pr. TAZI MOUKHA Karim Urologie

Décembre 2002

293. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane* Anatomie Pathologique
 294. Pr. AMEUR Ahmed * Urologie
 295. Pr. AMRI Rachida Cardiologie
 296. Pr. AOURARH Aziz* Gastro-Entérologie
 297. Pr. BAMOU Youssef * Biochimie-Chimie
 298. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene* Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 299. Pr. BENBOUAZZA Karima Rhumatologie
 300. Pr. BENZEKRI Laila Dermatologie
 301. Pr. BENZZOUBEIR Nadia* Gastro-Entérologie
 302. Pr. BERNOUSSI Zakiya Anatomie Pathologique
 303. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya Psychiatrie
 304. Pr. CHOHO Abdelkrim * Chirurgie Générale
 305. Pr. CHKIRATE Bouchra Pédiatrie
 306. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair Chirurgie Pédiatrique
 307. Pr. EL ALJ Haj Ahmed Urologie
 308. Pr. EL BARNOUSSI Leila Gynécologie Obstétrique
 309. Pr. EL HAOURI Mohamed * Dermatologie
 310. Pr. EL MANSARI Omar* Chirurgie Générale
 311. Pr. ES-SADEL Abdelhamid Chirurgie Générale
 312. Pr. FILALI ADIB Abdelhai Gynécologie Obstétrique
 313. Pr. HADDOUR Leila Cardiologie
 314. Pr. HAJJI Zakia Ophtalmologie
 315. Pr. IKEN Ali Urologie
 316. Pr. ISMAEL Farid Traumatologie Orthopédie
 317. Pr. JAAFAR Abdeloihab* Traumatologie Orthopédie
 318. Pr. KRIOULE Yamina Pédiatrie
 319. Pr. LAGHMARI Mina Ophtalmologie
 320. Pr. MABROUK Hfid* Traumatologie Orthopédie
 321. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss* Gynécologie Obstétrique
 322. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid* Cardiologie
 323. Pr. MOUSTAINE My Rachid Traumatologie Orthopédie
 324. Pr. NAITLHO Abdelhamid* Médecine Interne
 325. Pr. OUJILAL Abdelilah Oto-Rhino-Laryngologie
 326. Pr. RACHID Khalid * Traumatologie Orthopédie
 327. Pr. RAISS Mohamed Chirurgie Générale
 328. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha* Pneumophtisiologie
 329. Pr. RHOU Hakima Néphrologie
 330. Pr. SIAH Samir * Anesthésie Réanimation
 331. Pr. THIMOU Amal Pédiatrie
 332. Pr. ZENTAR Aziz* Chirurgie Générale
 333. Pr. ZRARA Ibtisam* Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

334. Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophtalmologie
335. Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
336. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
337. Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie
338. Pr. BENRAMDANE Larbi*	Chimie Analytique
339. Pr. BOUGHALEM Mohamed*	Anesthésie Réanimation
340. Pr. BOULAADAS Malik	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
341. Pr. BOURAZZA Ahmed*	Neurologie
342. Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
343. Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
344. Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
345. Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
346. Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie
347. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*	Cardiologie
348. Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
349. Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
350. Pr. KARMANE Abdelouahed	Ophtalmologie
351. Pr. KHABOUZE Samira	Gynécologie Obstétrique
352. Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
353. Pr. LEZREK Mohammed*	Urologie
354. Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire
355. Pr. NAOUMI Asmae*	Ophtalmologie
356. Pr. SAADI Nozha	Gynécologie Obstétrique
357. Pr. SASSENOU ISMAIL*	Gastro-Entérologie
358. Pr. TARIB Abdelilah*	Pharmacie Clinique
359. Pr. TIJAMI Fouad	Chirurgie Générale
360. Pr. ZARZUR Jamila	Cardiologie

Janvier 2005

361. Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
362. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
363. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid	Microbiologie
364. Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
365. Pr. AMAR Yamama	Néphrologie
366. Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophtalmologie
367. Pr. AZIZ Noureddine*	Radiologie
368. Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie
369. Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie
370. Pr. BENHALIMA Hanane	Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
371. Pr. BENHARBIT Mohamed	Ophtalmologie
372. Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie
373. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie

374. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
375. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
376. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
377. Pr. EL HAMZAoui Sakina	Microbiologie
378. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
379. Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
380. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
381. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
382. Pr. KENDOOUSSI Mohamed*	Cardiologie
383. Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
384. Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
385. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
386. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
387. Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
388. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam	Ophtalmologie
389. Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
424. Pr. AFIFI Yasser	Dermatologie
425. Pr. AKJOUJ Said*	Radiologie
426. Pr. BELGNAoui Fatima Zahra	Dermatologie
427 Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
428. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
429 Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAoui Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441 Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448.Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique

449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 455. Pr. SEFIANI Sana
 456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saida*
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila
 459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 461. Pr. LALAOU SALIM Jaafar *
 462. Pr. BAITE Abdelouahed *
 463. Pr. TOUATI Zakia
 464. Pr. OUZZIF Ez zohra*
 465. Pr. BALOUCH Lhousaine *
 466. Pr. SELKANE Chakir *
 467. Pr. EL BEKKALI Youssef *
 468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
 469. Pr. EL ABSI Mohamed
 470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 471. Pr. ACHOUR Abdessamad*
 472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 473. Pr. GHARIB Nouredine
 474. Pr. TABERKANET Mustafa *
 475. Pr. ISMAILI Nadia
 476. Pr. MASRAR Azlarab
 477. Pr. RABHI Monsef *
 478. Pr. MRABET Mustapha *
 479. Pr. SEKHSOKH Yessine *
 480. Pr. SEFFAR Myriame
 481. Pr. LOUZI Lhousain *
 482. Pr. MRANI Saad *
 483. Pr. GANA Rachid
 484. Pr. ICHOU Mohamed *
 485. Pr. TACHFOUTI Samira
 486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 487. Pr. MELLAL Zakaria
 488. Pr. AMMAR Haddou *
 489. Pr. AOUI Sarra

Anatomie pathologique
 Anesthésie réanimation
 Anesthésier réanimation
 Anesthésie réanimation
 Anesthésie réanimation
 Cardiologie
 Biochimie
 Biochimie
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie plastique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Dermatologie
 Hématologie biologique
 Médecine interne
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Virologie
 Neuro chirurgie
 Oncologie médicale
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 Parasitologie

490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
492. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
493. Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
500. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
501. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
502. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
503. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
504. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
505. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AMAHZOUNE Brahim*	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. DOGHMI Kamal*	Hématologie clinique
Pr. ABOUZAHIR Ali*	Médecine interne
Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie
Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie
Pr. L'kassimi Hachemi*	Microbiologie
Pr. AKHADDAR Ali*	Neuro-chirurgie
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie

Pr. AGADR Aomar *	Pédiatrie
Pr. KARBOUBI Lamyra	Pédiatrie
Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. BASSOU Driss *	Radiologie
Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *	Traumatologie orthopédique
Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
Pr. CHERRADI Ghizlan	Cardiologie
Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
Pr. KANOUNI Lamyra	Radiothérapie
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie
Pr. BOUSSIF Mohamed*	Médecine aérologique
Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
Pr. MOUJAHID Mountassir*	Chirurgie générale
Pr. RAISSOUNI Zakaria*	Traumatologie orthopédie
Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
Pr. LEZREK Mounir	Ophtalmologie
Pr. NAZIH Mouna*	Hématologie
Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
Pr. ZOUAIDIA Fouad	Anatomie pathologique
Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

1.	Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2.	Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
3.	Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4.	Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
5.	Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6.	Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7.	Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8.	Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9.	Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10.	Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11.	Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12.	Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13.	Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
14.	Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
15.	Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16.	Pr. IBRAHIMI Azeddine	
17.	Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18.	Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19.	Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20.	Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
21.	Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22.	Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23.	Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*

Toutes les lettres ne sauront trouver les mots qu'il faut....

*Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le
respect, la reconnaissance.*

Aussi, c'est tout simplement que :

Je dédie cette thèse à

A ALLAH

Tout puissant

Qui m'a inspiré, qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde

A ma chère mère

Source infinie de tendresse de patience et de sacrifice...

Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie.

Tu m'as toujours aidée à la réalisation de mes rêves, depuis que j'étais jeune fille, aujourd'hui je suis l'heureuse maman de la petite yasmine et tu prends encore soin de ta petite fille comme tu l'as fait pour moi

Puisse dieu tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur éternel.

A mon cher papa

Rien au monde ne pourrait compenser tous les sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et mon bien-être

Puisse Dieu être le témoin de ma profonde reconnaissance et t'accorder la santé, le bonheur et une longue vie que dieu te protège

*A ma chère soeur chérie jiji,
à ma princesse Maïssa ma nièce adorée
sans oublier mon beau-frère olivier,*

Domage que vous ne puissiez pas assister aujourd'hui à ma thèse

*Jiji tu as toujours été mon assistante, mon amie, ma deuxième
maman.....*

*En témoignage de mes sentiments d'amour et d'affection je te dédie cette
thèse qui est en grande partie la tienne*

Que dieu préserve ta petite fille chérie et ton mari

*A mon big brother issam , à ma belle sœur Houda
et toute la famille Roha*

*En témoignage de mes sentiments d'amour et d'affection, je profite de
cette occasion pour vous souhaiter une vie pleine de joie ,de succès, et d'amour*

Puisse le bon dieu vous procurer le bonheur, l'amour et surtout la santé

A mon cher mari adoré

*Les pages ne suffiront pas pour que je t'exprime toute la reconnaissance,
le respect, et l'amour que je ressens envers toi.*

*Tu as toujours été pour moi une source infailible d'énergie, d'espoir et de
bien-être, tu as toujours su rendre les moments de la vie les plus difficiles les
plus heureux grâce à ton soutien et tes conseils*

*Puisse dieu préserver notre petit cocon d'amour, ainsi que le fruit de notre
amour Espérant qu'il y'aura d'autres ☺*

Merci beaucoup pour tout ce que tu fais pour moi.

A ma petite princesse yasmine ma fille chérie

Je te vois grandir de jour en jour, tu es une source énorme d'amour, de sérénité et de joie.

Tu as comblé ma vie avec des fou-rires tes caresses.

Je t'aime ma chérie j'espère être la maman que tu désires, et désolée si je suis trop préoccupée par le travail Espérant récupérer le temps perdu

*Qu'ALLAH te protège et t'accorde longue vie, santé et un avenir radieux
inhalah*

A toute la famille Lkhoyaali, mes oncles et tantes, mes cousins, ma grand-mère Mbarka

A la famille Ait ichou et agonad mes tantes maternelles, ma grand-mère sfia l'emblème de la sagesse

A ma belle famille bahadi ,Ezzaim ma belle sœur hafida , et ses petits enfants

A ma chère rajae borki

Tu as toujours été un antistress, un antidépresseur, ta joie de vivre, ton optimisme et des blagues m'ont toujours enchantés, je te souhaite toute la réussite dans ta vie professionnelle, et familiale

Puisse dieu préserver ton couple, mes salutation à Mr bouti khalid

A ma nouvelle amie Meryem Ait el haj

Les mots ne sauraient exprimer l'entendue de mon affection, merci beaucoup pour ton aide, je te souhaite une vie pleine de bonheur, de joie et de prospérité.

A tous mes amis du service d'oncologie médicale et du service de radiothérapie et les anciens internes du CHU de rabat

A fadwa el omarni, la boule d'énergie du service d'oncologie médicale

Maha mokrim, rayhana cherkaoui

A imane ouziane, khadija belhammou , asmae lakhdissi , saad lannaz

A mes anciennes que je respecte énormément : Dr Rais ghizlane l'emblème de la sagesse et du savoir puisse dieu t'offrir tout ce dont tu rêves

A l'affectueuse Raissouni soundouss merci pour ton aide ta gentillesse

A Sara naciri, la belle gentille maman tjrs présente, à l'écoute des autres.

A houda mouzount , gentille, serviable et affectueuse.

A samia ghanem, je te remercie énormément pour ton aide, et tes services, que dieu préserve ta petite famille.

Solange adanife, mustapha kabous , anouar boukir, sawsan kharmoum, lamiae boulaamane, mouna bourhafour , halima abahssain, tazi mehdi, reda khmamouche.....

À tous les résidents, spécialistes du service d'oncologie médicale

À Dr ahmadou j'espère que je n'abuse pas trop de ta gentillesse

À chenna hanane, hanane berhil, À tous mes amis internes et résidents à avicenne, INO et autres

À mon amie salima touri, khadija setti

À la promotion des medecins internes promotion 2008, : zouiri ghizlane, alami fadwa, fatima-zohra el omrani, basma koubaiti, jaja zineb, ibtissam rhafour, sanae baamrani, et tous les autres

À mes amis du collège lala aicha, mon lycée lalla nezha ainsi que tous ceux qui m'ont accompagné toutes au long des longues années de medecine

A decorative border consisting of a repeating geometric pattern of diamonds and lines, forming a rectangular frame around the page content.

Remerciements

*MONSIEUR LE PROFESSEUR H. Errihani Rapporteur et
président de thèse*

*Professeur agrégé d'oncologie médicale-
Institut National d'oncologie Moualy Abdellah*

*Nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance pour
l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Nous
avons eu le plus grand plaisir à travailler sous votre direction.*

*Votre compétence, votre sérieux, votre disponibilité et votre rigueur sont
pour nous le meilleur exemple à suivre.*

*Nous voudrions être dignes de votre confiance en nous et vous prions de
trouver, dans ce travail, l'expression de notre gratitude infinie.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR T. Kébdani

Professeur de radiothérapie

Institut National d'oncologie Moulay abdellah – Rabat

*C'est pour nous un grand honneur que vous acceptiez de siéger parmi
notre honorable jury.*

*Votre modestie, votre sérieux et votre compétence professionnelle seront
pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession.*

*Permettez-nous de vous présenter dans ce travail, le témoignage de notre
grand respect.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. ICHOU
Professeur d'oncologie médicale-
Hopital militaire d'instruction Mohamed V

*Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites de
siéger parmi notre jury de thèse.*

*Nous portons une grande considération tant pour votre extrême
gentillesse que pour vos qualités professionnelles.*

*Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et
de notre sincère reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

Madame LE PROFESSEUR I. Chami

Professeur agrégé de radiologie

Institut National d'oncologie Moulah abdellah– Rabat

*C'est pour nous un grand honneur que vous acceptiez de siéger parmi
notre honorable jury.*

*Votre modestie, votre sérieux et votre compétence professionnelle seront
pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession.*

*Permettez-nous de vous présenter dans ce travail, le témoignage de notre
grand respect.*



Sommaire



Introduction	1
Généralités	3
2.1. Définition : étymologie	4
2.1.1. Qu'est – ce qu'un cancer ?	4
2.1.2. Qu'est ce qu'un vieux ?	6
2.2. Epidémiologie :	11
2.2.1. Vieillesse de la population marocaine :	11
2.2.2. Le Cancer chez le sujet âgé :	12
2.3. Psychosociologie :	13
Patient et méthodes	15
3.1. Objectifs de l'étude :	16
3.1.1. Objectif primaire :	16
3.1.2. Objectif secondaire :	16
3.2. Les critères d'inclusion :	17
3.3. Critères d'exclusion :	17
3.4. Outils	17
3.5. Analyse statistique :	18
Résultats	19
4.1. Impact du cancer chez le sujet âgé :	20
4.1.1. Caractéristiques de la population étudiée :	20
4.1.2. Retentissement psychique du cancer chez le sujet âgé :	22
4.1.3. Retentissement physique	24
4.1.4. Retentissement comportemental :	24
4.1.5. Retentissement socio-économique :	25
4.1.6. Retentissement sexuel :	26

4.1.7.	Retentissement spirituel :.....	26
4.1.8.	Le Recours à la médecine populaire :.....	27
4.2.	Impact du cancer chez les proches de patients âgés :.....	28
4.2.1.	Caractéristiques démographiques et socio-économiques des proches inclus : 28	
4.2.2.	Retentissement psychologique chez les proches :.....	30
4.2.3.	Impact socio-comportemental du cancer chez les proches :.....	31
4.2.4.	Impact économique du cancer chez les proches :	32
4.2.5.	Participations aux soins et bénéfices d'accompagnement :.....	32
Discussion	34
5.1.	Processus psychologiques à l'œuvre chez le sujet âgé.....	35
5.1.1.	Vulnérabilité psychologique du sujet âgé :.....	35
5.1.2.	Avant le diagnostic	74
5.1.3.	Annonce diagnostique.....	76
5.1.4.	Phase des soins	82
5.2.	Impact du cancer sur le sujet âgé :.....	85
5.2.1.	Impact psychologique :.....	85
5.2.2.	Impact du cancer sur la sexualité du sujet âgé :.....	109
5.2.3.	Impact spirituel du cancer chez le sujet âgé :	117
5.3.	Impact du cancer chez les proches du sujet âgé:.....	126
5.3.1.	Place des proches en cancérologie :	126
5.3.2.	Impact du cancer chez les proches :	132
5.4.	Traitement du cancer chez le sujet âgé:.....	74
5.4.1.	Les essais cliniques chez la personne âgée :.....	74
5.4.2.	Prise en charge thérapeutique :.....	147
5.4.3.	Chimiothérapie et patients âgés.....	78

5.4.4. Hormonothérapie et sujet âgé.....	157
5.4.5. Chirurgie et sujet âgé	159
5.4.6. Radiothérapie et sujet âgé	161
5.4.7. Ce que l'oncologue peut attendre du psycho-oncologue.....	164
Conclusion	171
Résumés	176
Références	194



Introduction



1. Introduction:

L'adaptation psychologique, les stratégies d'ajustement, les notions de crises psychologiques accompagnent la maladie cancéreuse chez le sujet âgé tout autant que chez les patients à d'autres périodes de la vie. Mais il importe de comprendre les particularités liées à l'âge afin d'écouter, aider à l'expression des émotions, informer, soutenir au mieux les patients. Ainsi, les personnes âgées traitées pour un cancer soulignent que le désarroi émotionnel est l'une de leurs principales préoccupations, après les inquiétudes à propos des répercussions sur la vie familiale et avant la perte d'autonomie redoutée.

Autre exemple de spécificité : l'influence déterminante de la famille et de l'entourage dans les choix thérapeutiques effectués à cet âge de la vie où souvent le conjoint et les enfants vont participer étroitement aux décisions concernant leur parent. De même, il faut prendre l'âge en compte dans l'évaluation des moyens à mettre en oeuvre et des bénéfices attendus, surtout quand la gravité de la pathologie implique des traitements lourds, aussi bien au plan somatique que psychologique.

Enfin, comme à tout âge, il importe de dépister précocement et de prendre en charge les manifestations psychopathologiques concomitantes à la maladie ou réactivées et déclenchées par elle. Or, la clinique psychiatrique de la personne âgée comprend certaines spécificités qu'il est important de bien connaître.

Pour toutes ces raisons nous avons mené cette étude pour déterminer les particularités de l'impact du cancer chez le sujet âgé et son entourage dans notre contexte marocain.



Généralités



2. Généralités :

2.1. Définition : étymologie

2.1.1. Qu'est – ce qu'un cancer ?

Contrairement à la pensée commune, le cancer est loin d'être une maladie contemporaine, c'est au cours de l'antiquité que les premières esquisses le décrivant ont pu être retrouvées. Faisant suite aux papyrus descriptifs, c'est réellement le très célèbre médecin grec Hippocrate (460-370 avant JC) qui décrivit de façon méthodique la maladie qui classifia les cancers qu'il eut l'occasion de traiter. Il fut le premier à nommer cette infection « carcinos » et « carcinoma » afin de décrire ces grosseurs qui semblaient être des tumeurs malignes (karkinos (grecs) : crabe, chancre, cancre, tumeur).

Le terme latin de cancer fut, selon la légende, introduit par le médecin romain, Aulus Cornelius celsus (25 av JC,-50ap JC) d'après la forme de certaines lésions cancéreuses évoquant la forme d'un crabe .Il fut d'ailleurs, un des tout premiers, à réellement décrire différents degrés d'évolution de la maladie.

Le terme de cancer est donc très ancien. Cependant, il est devenu au fil du temps synonyme de souffrance et de mort. Sa connotation péjorative lui vaut d'être mis à l'écart et remplacé par un terme tout aussi ancien : l'oncologie. Le médecin romain Galien (130-200) préféra le terme grec « Onkos » pour désigner les tumeurs malignes. il développa des théories innovantes sur le cancer, selon lesquelles les tumeurs étaient dues à un excès « d'humeur », de bile noire, qui se solidifiait dans certaines parties du corps .Au fil des siècles naissent différentes théories et descriptions des cancers. En effet , les avancées technologiques ainsi

que la révolution scientifique, se basant sur l'observation clinique des faits et le recueil de données, ont permis d'observer de réels progrès.

Une compréhension plus fine du comportement a pu voir le jour. Ainsi, c'est grâce à ces premières explications que sont apparues d'autres théories selon lesquelles le cancer était une maladie de l'organisme. En définitive, l'innovation de notre siècle réside dans la découverte de l'atteinte de la cellule par le cancer, plus particulièrement, de son noyau, ainsi qu'une multiplication anarchique des cellules. En effet, la ligne nationale française de lutte contre le cancer décrit cette affection comme suit : « le cancer est une maladie grave qui se traduit par une perturbation de la communication cellulaire, associée à une absence de mort cellulaire, engendrant un développement d'amas de cellules cancéreuses (appelées tumeurs) qui échappent aux règles du fonctionnement du corps. En se multipliant de façon anarchique, les cellules cancéreuses donnent naissance à des tumeurs de plus en plus grosses qui se développent en envahissant puis en détruisant les zones qui les entourent (les organes) ; les cellules cancéreuses peuvent également essaimer à distance d'un organe pour former une nouvelle tumeur ou circuler sous forme libre ». Ces cellules se détachent et migrent dans une autre partie du corps.

Ces tumeurs ainsi créées sont nommées des métastases non seulement il existe de nombreuses formes de cancers ou stades mais en plus les tumeurs peuvent toucher plusieurs parties du corps la fréquence des cancers va en augmentant. L'explication de cette croissance tient au progrès médicaux et à l'utilisation du dépistage

2.1.2. Qu'est ce qu'un vieux ?

La définition du sujet âgé est une notion socioculturelle qui a varié au cours des époques. On parlait autrefois de vieillards de 50 ans. Jusqu'à nos jours, il n'y a aucun consensus sur l'âge auquel une personne devient vieille. La plupart des pays développés ont accepté l'âge chronologique de 65 ans comme le meilleur seuil définissant les sujets âgés. Ce seuil a pour mérite de correspondre à l'âge de la retraite dans beaucoup de pays développés et il est utilisé dans la législation pour certaines prestations pour les personnes âgées [1]. L'Organisation des Nations Unies a par contre défini en 1980 l'âge de 60 ans comme celui de la transition, les sujets l'ayant atteint faisant désormais partie de la catégorie des personnes âgées. C'est ce seuil d'âge qui est le plus souvent utilisé dans les études démographiques et épidémiologiques faites au Maroc [2]. Cependant, l'organisation mondiale de la santé considère qu'un âge supérieur ou égal à soixante-quinze ans définit le sujet âgé [3].

Le choix d'un seuil ne constitue qu'une commodité statistique ou réglementaire. En effet, le vieillissement varie selon les individus, le temps et le contexte. De même, on peut également distinguer différents sous groupes de ces personnes.

Ainsi en ce qui concerne les besoins de santé, on peut séparer deux catégories [4] :

- Les jeunes vieux (Young-old) : ce sont les personnes âgées de 60 à 75 ans, habituellement physiquement actives, mentalement alertes et pourraient être aussi économiquement productives que la population active.

- Les vieux-vieux (old-old) : ce sont les 75 ans et plus, soit des personnes généralement physiquement fragiles, avec différents types d'affaiblissements (vision, audition, appareil locomoteur ...) qui nécessitent des soins particuliers.

L'âge n'est pas le seul critère utilisé pour définir la période de vieillesse. Ainsi certains auteurs définissent cette période de la vie humaine « par la baisse des fonctions physiques » et un « cheminement graduel vers la diminution des capacités » [5]. C'est l'âge biologique qui désigne l'âge des organes du sujet qui est utilisé. A un même âge chronologique, deux individus peuvent avoir un état physique et des organes très différemment vieillies. On peut évoquer, à titre d'exemple, l'état d'usure physique de certains vieux ou vieilles du Tiers Monde dont l'âge biologique démontre les mauvaises conditions d'existence : ils et elles sont " vieilli-e-s avant l'âge" et leur état de santé est sans comparaison par rapport à leurs contemporain-e-s des pays riches qui ont bénéficié des bonnes conditions d'existence, de travail, de santé et d'hygiène. Autrement-dit, il existe un seuil biologique d'entrée en situation de vieillesse ; chose qui ne peut être qu'arbitraire puisque ce seuil est très variable d'une population à une autre et d'une personne à une autre. En outre, ce seuil de distinction ne devient pertinent que grâce à la notion de dépendance. Il suppose que le quatrième âge (75 ans et/ou 80 ans et plus) renvoie aux « personnes âgées dépendantes » du fait d'un handicap physique, mental, (voire financier dans certains cas) [6]. Et du coup, le critère de l'âge n'est plus significatif par lui-même et semble s'effacer devant celui de la dépendance.

La notion de dépendance renvoie « traditionnellement » à l'opposition santé/morbidité. L'état de santé consiste à pouvoir maintenir un « statut fonctionnel », c'est-à-dire une aptitude à accomplir les activités quotidiennes [7]. Plus cette aptitude s'amointrit, plus la dépendance s'installe. C'est en ce sens, que l'on définit la vieillesse comme une diminution de la personne, comme une perte progressive d'autonomie. Cette notion d'autonomie conduit à distinguer entre trois statuts fonctionnels : la personne âgée est soit indépendante, soit fragile, soit handicapée. Il semble donc que la notion de statut fonctionnel (à son tour) définit mieux l'état de santé que l'âge chronologique. Le quatrième âge lui-même oscille entre la fragilité et le handicap. Les personnes très âgées ne sont pas toutes dépendantes ou entièrement dépendantes. En effet, le sexagénaire marocain des années 2000 est bien en meilleure santé que celui des années 1950. Aussi Bourdelais propose-t-il un seuil évolutif de la vieillesse, « une sorte d'âge équivalent, sur le plan de l'état de santé moyen » [8]. Dans les années 1950, les femmes marocaines qui atteignent la ménopause étaient censées être des personnes âgées, soumises à la nécessité d'une retraite bio-sexuelle. A cause de ce destin social, l'anatomie étant le destin (pour paraphraser Freud), les femmes entraient de manière beaucoup plus précoce que les hommes dans la vieillesse. Cette entrée précoce dans la vieillesse justifiait la répudiation et/ou la polygamie.

Au niveau individuel, le vieillissement est une notion imprécise. Certains ont désigné le seuil d'entrée en vieillesse, l'âge qui sépare la vie active de la période de retraite, soit un seuil qui demeure encore plus, du point de vue physiologique, une convention arbitraire. Déjà au XVII^e siècle, Colbert introduisit le critère de l'âge pour distinguer les personnes capables de porter les

armes du reste de la population âgée en fixant la ligne de démarcation à l'âge de 60 ans [9]. On retrouvera, d'ailleurs, ce même âge adopté, de nos jours, par plusieurs pays pour désigner le commencement de la vie de retraite. On notera, toutefois, que d'autres pays fixent ce seuil à des âges plus élevés, notamment au Danemark pour lequel l'âge légal de la retraite se situe à 68 ans aussi bien pour les femmes que pour les hommes [10]. D'autres auteurs proposent un âge d'entrée en vieillesse «mobile» qui correspond à l'âge auquel l'espérance de vie est égale à 10 ans [11]. L'adoption de cette définition (10 ans restant à vivre) peut ne pas être commode si l'on veut mener des analyses comparatives entre pays, voire même entre régions, puisque l'espérance de vie est affectée par le niveau de développement et le contexte socio-économique du pays ou la région en question.

Dans les sociétés traditionnelles en effet, on ne trouvait pas le repérage comptable de l'âge, on ne s'intéressait pas à l'âge en nombre d'années des individus. L'âge était principalement exprimé en termes de séniorité et d'aïnesse. Ce sont ces deux notions qui réglaient les comportements quotidiens et régulaient les structures sociales. Les rôles politiques prééminents au sein de la famille et de la société (le pouvoir de décision) sont en rapport avec la séniorité et l'aïnesse. « La séniorité est le principe structurant du modèle généalogique, modèle de type vertical lié à l'antériorité générationnelle dont la filiation est l'expression la plus directe. L'aïnesse stricto sensu définit, quant à elle, une prééminence de type horizontal, à l'intérieur d'une même génération » [12].

Enfin, on définira le vieillissement démographique, qui diffère du concept du vieillissement biologique, d'une population par le processus de transformation de la structure par âge du fait de la baisse de la natalité et du recul de la mortalité. Les experts des Nations Unies (1956) parlent d'un vieillissement par la base lorsque les proportions des jeunes diminuent en faveur des autres catégories (actifs et personnes âgées). C'est une situation expliquée beaucoup plus par la baisse de la natalité ; l'effet du recul de la mortalité aux jeunes âges étant résorbé par la première. Par contre, le vieillissement par le sommet est dû principalement à l'allongement de la vie aux âges avancés. A la limite du phénomène, les individus meurent, en moyenne, à un âge très avancé avec un très faible écart entre les sexes. Cette situation s'apparente avec ce que les démographes et les épidémiologistes appellent « la triangulation de la courbe de survie » [13].

En un mot, la définition démographique de la vieillesse par le seul critère de l'âge chronologique (60 ou 65 ans) où l'individu prend sa retraite économique n'est pas suffisante. L'entrée dans la vieillesse varie en fonction d'autres critères tels que l'état de santé, du genre comme construction sociale, et du type de société. Le mode de nommer et d'appeler une personne dans la vie courante est également une manière de définir la vieillesse comme un âge social. Si le critère de l'âge est utilisé, c'est surtout pour des raisons de commodité statistique car, il permet des comparaisons dans le temps et dans l'espace.

2.2. Epidémiologie :

2.2.1. Vieillesse de la population marocaine :

Le vieillissement de la population représente, sans doute, la caractéristique démographique la plus spectaculaire que connaîtra le Maroc dans les trois ou quatre prochaines décennies [14]. Cette progression du vieillissement de la population ne résulte pas uniquement de ce que les démographes appellent le vieillissement par la base de la pyramide (suite à une réduction des générations jeunes), qui donnerait plus de poids relatifs aux générations âgées, mais également d'un vieillissement par le sommet, suite à un prolongement de la vie [15].

Tableau I : Groupes d'âge de la population marocaine de 1960 à 2060[29]

Année	0-14 ans	15-59 ans	60 ans et plus	Année	0-14 ans	15-59 ans	60 ans et plus
1960	44,4	48,4	7,2	2015	24,8	65,6	9,6
1965	44,5	49,0	6,5	2020	23,3	65,2	11,5
1970	44,8	48,0	7,2	2025	22,1	64,6	13,3
1975	43,3	50,6	6,1	2030	21,0	63,8	15,2
1980	41,3	52,5	6,2	2035	20,0	62,4	17,6
1985	41,0	52,9	6,1	2040	19,2	60,7	20,1
1990	38,8	54,9	6,3	2045	18,7	58,7	22,6
1995	36,3	56,6	7,1	2050	18,3	57,0	24,7
2000	32,3	60,4	7,3	2055	18,0	55,9	26,1
2005	28,9	63,3	7,8	2060	17,7	55,4	26,9
2010	25,6	65,2	8,2				

C'est ainsi que, si le Maroc d'aujourd'hui ne semble pas avoir les caractéristiques d'une structure par âge semblable à celles des pays développés, force est de constater que l'évolution future de la structure par âge illustre bel et

bien la tendance vers un vieillissement de la population marocaine. Les effectifs des personnes âgées de 60 ans et plus passeraient, ainsi, de moins d'un demi-million en 1960 à près de 9,5 millions en 2060. Autrement dit, en cent ans, l'effectif de la population du troisième âge serait multiplié par 20.

2.2.2. Le Cancer chez le sujet âgé :

Les études épidémiologiques confirment la prévalence du cancer chez les personnes âgées ; plus l'âge augmente plus le pourcentage de cancers dans une génération croît : En Europe ,5% des plus de cinquante déclarent être atteints par un cancer. En France, l'âge médian des personnes atteintes d'un cancer est de soixante-deux ans. Si le cancer de la prostate, le cancer du colon, etc., sont des maladies qui touchent d'abord les personnes âgées, c'est parce qu'un ensemble de mutations et d'événements concourt à leur formation .par exemple, l'infection des nourrissons par le virus de l'hépatite B peut provoquer des cancers autour de cinquante ans [16].

La probabilité de développer un cancer s'accroît avec l'âge et comme l'espérance de vie augmente régulièrement, le nombre global des cancers augmente. La particularité des cancers du sujet âgé réside dans le fait que le diagnostic est souvent porté tardivement :

1Les personnes âgées sont souvent exclues des actions de dépistage systématique ;

2Le suivi médical n'est pas toujours au même niveau que celui des jeunes sujets.

Selon une étude réalisée à l'Institut National d'Oncologie de Rabat en 1999, les cancers les plus fréquents des personnes âgées de plus de 60 ans sont les cancers du sein (16,26%), les cancers du rectum (9,76%), les cancers de l'estomac (5,69%), les cancers du larynx (5,69%) et les cancers de l'ovaire (4,88%) [17].

Dans notre travail nous n'avons pas pu déterminer l'incidence du cancer chez le sujet âgé. Cependant nous avons relevé que le cancer du sein était le plus fréquent dans notre série (22,7%) avec 21 cas de lymphome (14%), 18 cas de cancer de poumon (12%) et 12 cas de cancer du rectum (8%). Il ne faut pas omettre que cette étude inclut seulement les patients adressés au service d'oncologie médicale et non l'institut Moulay Abdellah.

2.3. Psychosociologie :

La psycho oncologie est un domaine passionnant qui a pour objet la prise en compte de dimensions psychologiques, psychiatriques, comportementales, familiales et sociales en relation avec un cancer, elle s'exerce dans le quotidien du soin en cancérologie, en synergie avec les autres professionnels.

C'est une composante de la pluridisciplinarité, son développement relativement récent, répond essentiellement à la nécessité de prévenir et traiter les répercussions négatives de la maladie cancéreuse sur le psychisme du patient et son entourage.

Elle développe des actions de prévention auprès des patients et de leurs proches, de dépistage systématisé des difficultés psychologiques et participe à la coordination de leur prise en charge.

Elle intervient auprès du patient mais aussi de sa famille. Elle tient compte des effets neuropsychologiques de la maladie et/ou des traitements, mais aussi des conséquences sur les modes de vie, de penser, les relations aux autres.

Dans le cadre des « soins de support » elle permet une meilleure prise en compte de la dimension psychosociale dans le processus de décision. La collaboration régulière avec les autres soignants assure une sensibilisation et une formation réciproque aux enjeux de la communication dans la relation soignante.



Patients et méthodes



3. Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive colligée à l'institut national d'oncologie Moulay Abdellah de RABAT (INO). Elle a été menée sur une période de 10 mois allant de décembre 2010 à septembre 2011 portant sur 150 patients âgés et 150 de leurs proches comportant les conjoints, les enfants, les frères et sœurs.

Toutes les fiches d'exploitation ont été remplies par le médecin en collaboration avec les sociologues et psychologues de l'INO, et ceci à travers un interrogatoire minutieux des familles et des malades suivis et traités pour une maladie cancéreuse.

3.1. Objectifs de l'étude :

3.1.1. Objectif primaire :

Notre étude est tout d'abord une étude globale dont l'objectif est de décrire les différents aspects de l'impact du cancer chez le sujet âgé de plus de 70 ans aussi bien sur le plan psychologique, physique, spirituel, économique et sexuel ainsi que la fréquence de recours à la médecine alternative. Un autre objectif est d'évaluer l'impact du cancer du sujet âgé sur sa famille constituée essentiellement par les enfants, le conjoint, les frères et sœurs, ainsi que les petits-enfants.

3.1.2. Objectif secondaire :

Comparer ce retentissement aux données de la littérature et en tirer des conclusions pour améliorer la prise en charge de cette tranche d'âge.

3.2. Les critères d'inclusion :

Nous avons inclus tous les patients âgés de plus de 70 ans, ayant un cancer histologiquement prouvé quel que soit le stade en cours de traitement ou de suivi de sa maladie, ayant des capacités cognitives conservées. Ces patients ont été préalablement renseignés sur l'objectif du travail et sur la confidentialité du questionnaire avec consentement éclairé des patients et de leurs proches.

3.3. Critères d'exclusion :

Les patients ayant refusé de répondre au questionnaire ou ayant des antécédents de troubles psychiatriques ont été exclus de l'étude.

3.4. Outils

Un questionnaire rempli par le médecin en collaboration avec les psychologues et sociologues de l'INO (voir annexe) comprenant les rubriques suivantes :

- Les données démographiques : l'âge, le sexe, leur prise en charge
- Les données socio-économiques : statut matrimonial, nombre d'enfants, niveau d'étude et revenu mensuel
- Les données cliniques : localisation du cancer et son stade évolutif, le délai de consultation, les symptômes révélateurs et le type de traitement proposé au patient
- Les données concernant le retentissement physique, psychologique, social, spirituel et sexuel ainsi que les données concernant le recours à la médecine traditionnelle

Pour l'évaluation de l'impact psychologique du cancer dans notre étude nous nous sommes référés aux critères de DSM-IV *Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders*.

Selon cette évaluation, la dépression est retenue en présence d'au moins cinq symptômes sur neuf qui durent depuis au moins deux semaines :

- 1. Humeur dépressive,
- 2. diminution de l'intérêt et du plaisir,
- 3. perte d'appétit et de poids d'au moins 5 % par mois,
- 4. insomnie ou hypersomnie (plus rare),
- 5. agitation ou retard au niveau psychomoteur,
- 6. fatigue et perte d'énergie,
- 7. sentiment de culpabilité ou manque de valorisation de soi,
- 8. trouble de concentration,
- 9. pensée de mort et de suicide.

3.5. Analyse statistique :

L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel spss. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart type ou médiane (quartile) et les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentages. La comparaison des variables quantitatives a été réalisée par le test de Student et des variables qualitatives par le test khi-2. Les facteurs de risque ont été recherchés par régression logistique en analyse univariée et multivariée.



Résultats



4. Résultats :

4.1. Impact du cancer chez le sujet âgé :

4.1.1. Caractéristiques de la population étudiée :

Durant 10 mois, 150 patients ont été inclus dans notre étude avec un âge moyen de 73 ans et une légère prédominance féminine. Leurs caractéristiques démographiques sont résumées dans le tableau II.

Tableau II : caractéristiques démographiques et socio-économiques des patients inclus

Caractéristiques	
Nombre de patients (n)	150
Age moyen (ans)	73
Sexe féminin (n / %)	81 / 54
Milieu rural (n / %)	56 / 37.3
Sans couverture sociale (n / %)	131 / 87.3
Marié (n / %)	82 / 54.7
Sans profession (n / %)	74 / 49.3
Analphabète (n / %)	115 / 76.7
Situation financière :	
Indépendant financièrement	32 / 21.3
Revenu mensuel > 500 €	4 / 2.7
Revenu mensuel : 200 – 500 €	4 / 2.7
Revenu mensuel < 200 €	24 / 16
Sans ressources financières	118 / 78.7
Mode de vie	
Collectif	142 / 94.7
Individuel	7 / 4.7
Maison de retraite	1 / 0.7

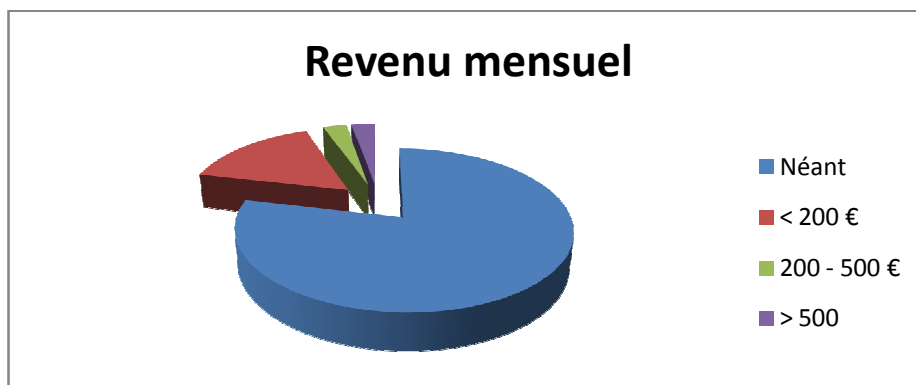


Figure 1 : situation financière des patients inclus

Sur les 150 patients inclus, 33 patients (22%) étaient hypertendus et 12 (8%) patients diabétiques.

Le cancer du sein et les lymphomes étaient les deux cancers les plus fréquents avec respectivement 34 (22.7%) et 21 (14%) cas ; 4 patients (2.7%) avaient deux localisations concomitantes.

109 patients (72.7%) ont été vu à un stade avancé et 64 (42.7%) n'étaient pas au courant de leur pathologie, soit par le phénomène d'hyperprotection imposé par les proches ou à cause du niveau intellectuel du patient, la majorité des sujets âgés inclus dans l'étude étaient analphabètes. Le cancer était décrit par certains patients comme « un microbe » « une boule ». Le besoin d'information n'était présent que chez 30(20%) des patients.

Le symptôme révélateur le plus fréquent était la douleur chez 109 cas (72.7%). Au cours de leur prise en charge thérapeutique, 85 patients (56.7%) ont reçu une dose standard, 46 patients (30.7%) ont bénéficié d'une adaptation de dose par rapport à la clairance rénale ou à l'état général du patient, le reste a bénéficié de soins de support (tableau III).

Tableau III : caractéristiques cliniques de la population étudiée

caractéristiques	N / %
Co-morbidités :	
• Hypertension	33 / 22
• Diabète	12 / 8
Localisations :	
• Double localisation	4 / 2.7
• Lymphome	21 / 14
• Poumon	18 / 12
• Colon/Rectum	12 / 8
• Sein	34 / 22.7
Stade :	
• Avancé	109 / 72.7
• Localisé	41 / 27.3
Nosognosie	64 / 42.7
Antécédent de cancer dans la famille	31 / 20.7
Symptômes :	
• Douleur	109 / 72.7
• Tuméfaction	61 / 40.7
• Asthénie	58 / 38.7
Besoin d'information	30 / 20
Traitement proposé :	
• Dose standard	85 / 56.7
• Dose adaptée	46 / 30.7
• Soins de support(BSC)	19 / 12.7

4.1.2. Retentissement psychique du cancer chez le sujet âgé :

A l'annonce du diagnostic, 40 patients (26,7%) ont exprimé un choc émotionnel initial avec des signes dépressifs passagers le plus souvent chez 69 patients (46%) et uniquement 2 patients ont présenté une dépression sévère avec idées suicidaires ayant nécessité une prise en charge psychiatrique urgente avec un traitement antidépresseur, ces deux patients vivaient seuls et n'avaient aucun soutien familial ni social.

L'anxiété était retrouvée dans 111 cas (74%) : liée à l'inquiétude quant aux répercussions du cancer sur le déroulement de la vie, l'impact sur les proches et le retentissement économique ce qui a conduit à une majoration des habitudes toxiques momentanément chez 10(6%) patients de sexe masculin. Malgré cela, nous avons retrouvé que 121 patients (80,7%) gardaient une vision optimiste de leur avenir.

L'angoisse de mort était présente chez 17 patients (11.3%) Les préoccupations principales des patients étaient la douleur et les effets secondaires des médicaments (respectivement 64 et 65,3%). les résultats sont rapportés sur le tableau IV.

Tableau IV : retentissement psychologique du cancer sur les patients âgés

Retentissement	N / %
Personnalité :	
Optimiste	121 / 80.7
Pessimiste	29 / 19.3
Soutien familial	135 / 90
Impact psychologique du cancer :	
Choc émotionnel initial	40 / 26.7
Colère	5 / 3.3
Acceptabilité de la maladie	137 / 91.3
Dépression :	69 / 46
- Signes dépressifs passagers	40 / 26.7
- Dépression	27 / 18
- Dépression sévère	2 / 1.3
Anxiété	111 / 74
Anhédonie	25 / 16.7
Angoisse de mort	17 / 11.3
Préoccupations :	
Douleur	96 / 64
Effets secondaires des médicaments	83 / 55.3
Asthénie	79 / 52.7

4.1.3. Retentissement physique

Concernant le retentissement physique, l'asthénie a été rapportée chez 141 patients (94 %) avec un handicap chez 6 patients (4 %). Par ailleurs, 88 patients (58,7 %) nécessitaient une assistance physique.

4.1.4. Retentissement comportemental :

Les patients inclus rapportaient une solidarité familiale physique, morale matérielle dans 135 cas (90%), 15 patients ont été négligés par leurs proches et sont ceux qui ont présenté par la suite un haut degré de dépression et ont eu besoin d'une consultation psychothérapeute. Leur relation était renforcée avec leurs conjoints et leurs enfants dans 100 (66,7%) cas (tableau V). Une anorexie était retrouvée chez 129(86.5%) patients, due aux co-morbidités, au cancer et surtout à la chimiothérapie et secondairement la dépression.

Tableau V : retentissement comportemental du cancer chez le sujet âgé

Retentissement	N / %
Retentissement social :	
Passivité	33 / 22
Repli sur soi	29 / 19.3
Solidarité familiale	135 / 90
Agressivité	1 / 0.7
Négligence	14 / 9.3
Tr. De sommeil	66 / 44,3
Tr. Appétit (anorexie)	129 / 86,5
Automutilation	0 / 0
Tentative de suicide	1 / 0,7
Adaptation de la famille	130 / 86.7
Relation avec le conjoint :	
• Froide	9 / 6
• Intacte	30 / 20
• Renforcée	100 / 66.7
Relation avec les enfants :	
• Froide	7 / 4.7
• Intacte	34 / 22.7
• Renforcée	100 / 66.7

4.1.5. Retentissement socio-économique :

La survenue de cancer a été à l'origine de charges financières importantes comprenant les frais médicaux à la charge des patients ainsi que les frais de déplacement qui sont nécessaires à la poursuite du traitement. Les difficultés financières sont omniprésentes et rapportées constamment par tous les patients quel que soit leur régime sanitaire et leurs revenus, les ressources matérielles ont été dépassées dans 128 cas (85.3%) avec recours au crédit dans 87 cas (58%) et 19 patients (12.7%) ont vendu leurs biens (tableau VI). La majorité de nos patients sont des femmes au foyer, des agriculteurs ou vendeurs ambulants, 47(31%) d'entre eux ont dû arrêter de travailler à cause du cancer.

Tableau VI : retentissement économique du cancer chez le sujet âgé

Retentissement	N / %
Ressources économiques :	
• Adaptées	22 / 14.7
• Dépassées	128/85.3
Arrêt de l'emploi	
• Oui	47 / 31.3
• Retraite	2 / 1.3
Recours au crédit	87 / 58
Créditeur :	
• Proches	83 / 54.6
• Banque	1 / 0.7
• Autres	4 / 2.7
Vente de bien	19 / 12.7
Type de bien vendu:	
• Bétail	4 / 2.7
• Objet précieux	8 / 5.3
• Terrain	4 / 2.7
• Autres	3 / 2
Demande de bienfaiteurs	113 /
• Association lalla salma	66 / 44
• Fondation Hassan II	2 / 1.3
• Autres	45 / 30
Solidarité financière familiale	135 / 90

4.1.6. Retentissement sexuel :

Parmi les 150 patients inclus, seulement 82 patients (54,7%) étaient mariés, 72(48%) parmi eux avaient une activité sexuelle conservée. 47(65.3%) de ces derniers patients ont rapporté une baisse de la libido avec un trouble de l'érection chez 14 patients (19,4 %). Cependant, seulement 7 patients (9,7 %) avaient une discussion autour de ce retentissement avec leur conjoint. Aucun changement du statut matrimonial n'a été retrouvé (tableau VII).

Tableau VII : retentissement sexuel du cancer chez les sujets âgés

Retentissement	N / %
Situation matrimoniale :	
• Marié (n / %)	82 / 54.7
- Actif sexuellement	72 / 48
- Inactif sexuellement	10 / 6,6
• Veuve (n/ %)	65 / 43.3
Retentissement sexuel :	
• Baisse de la libido	47 / 65
• Trouble de l'érection	14 /19.4
Communication avec le conjoint	7 / 9.7

4.1.7. Retentissement spirituel :

Sur les 150 patients inclus, 100% des patients étaient musulmans croyants en dieu.146 patients (97.3 %) étaient pratiquants. 100(66,6%) ont rapporté une augmentation de leur degré de foi considérant la maladie comme un test du bon dieu, l'augmentation des louanges au bon dieu dans la majorité des cas, l'écoute ou la lecture du coran chez 62(41.6%) des cas. Toutes les patientes portaient le

hijab avant l'annonce du cancer. Le sentiment de culpabilité a été rapporté par 10 patients (6.66%), décrivant le cancer comme un châtement divin.

Cependant l'impact physique du cancer a entraîné la diminution voire l'arrêt des pratiques des rituels (prière+++ ; Jeûne) chez 45 patients (30%).
.(tableau VIII).

Tableau VIII : retentissement spirituel du cancer chez le sujet âgé

Retentissement	N / %
Changement de la foi	100 / 66.7
Augmentation de foi	100 / 66.7
Lecture ou écoute du coran	62 / 41.3
Diminution de la pratique des rituels	45/30
Châtement divin	10 / 6.7

4.1.8. Le Recours à la médecine populaire :

Sur les 150 patients inclus, 52 patients (34.7%) ont avoué la prise des plantes médicinales et 30 (20%) patients ont consulté un fquih ou marabout. Les plantes les plus utilisées étaient : la sauge (salmya), l'armoise blanche (chih), bereztem (aristolochia longa) habba saouda (graine de nigelle) mélangées dans la majorité des cas avec du miel.

Certains ont eu recours au mélange de plantes non précisées proposées par al Hachimi sur la chaine « al-hakika ».

La médecine traditionnelle constitue une alternative avant, après ou en cours de traitements médicaux, certains l'utilisent par manque de moyens aux traitements coûteux proposés au malade, d'autres n'acceptant pas les soins de support proposés.

En outre, il a été démontré selon Errihani et al [16] dans son étude analytique qui a inclus 1000 patients, à grand échelle (entre 18 et 80 ans), que 7% ont eu recours à cette pratique avant de consulter un médecin, et que 19% des malades utilisent de façon concomitante la médecine scientifique et la médecine traditionnelle sans pouvoir l'avouer au médecin traitant.

4.2. Impact du cancer chez les proches de patients âgés :

4.2.1. Caractéristiques démographiques et socio-économiques des proches inclus :

Durant l'étude, 150 proches ont répondu au questionnaire, leur âge moyen était de 44,7 ans avec une nette prédominance féminine. Plus des deux tiers des proches sont originaires du milieu urbain

Il s'agissait des enfants dans la majorité des cas (56,7%).

Leurs caractéristiques socio-économiques sont résumées dans le tableau IX.

Tableau IX : caractéristiques démographiques et socio-économiques des proches inclus

Caractéristiques	n/%
Nombre de proches	150
Age moyen	44.74 ± 13.4
Sexe :	
• Sexe masculin	61 / 40.7
• Sexe féminin	89 / 59.3
Milieu d'origine :	
• Milieu urbain	100 / 66.7
• Milieu rural	50 / 33.3
Lien de parenté :	
• Conjoint	22 / 14.7
• Fils	85 / 56.7
• Frère	10 / 6.7
• Belle fille/ Beaufrils	13 / 8.7
Situation sociale :	
• Marié	94 / 62.7
• Célibataire	42 / 28
• Ayant des enfants	101 / 67.3
• Nombre d'enfants	3.33 ± 2.34
• Analphabète	56 / 37.3
• Scolarisé	94 / 62.7
Santé physique normale	142 / 94.7
Santé mentale normale	150 / 100
Proximité du patient :	
• Même maison	80 / 53.3
• Plus d'une heure de distance	43 / 28.7
• Voisin	27 / 18
Situation économique :	
• Employé :	93 / 62
○ Plein temps	70 / 46.7
○ Mi-temps	16 / 10.7
○ Retraité	9 / 6
• Revenu mensuel :	
○ Néant	55 / 36.7
○ Moins de 200 €	39 / 26
○ Entre 200 et 500 €	34 / 22.7
○ Plus de 500 €	22 / 14.7

4.2.2. Retentissement psychologique chez les proches :

Parmi les 150 proches interrogés, 94 (62,7%) ont rapporté au moins un signe dépressif mais seulement 34 (22,7%) avaient une dépression selon la classification DSM-IV. Cette dépression était majeure dans 4 cas (2,7%). L'anxiété, souvent associée à la dépression était remarquée dans 79,3% des cas et conduisait à une prise d'anxiolytiques chez 15 proches (10%), elle était liée à l'angoisse de la perte du proche dans 86(57.3%).

Le sentiment de culpabilité objectivé chez 57 proches (38%) était en rapport avec un retard de consultation ou négligence des symptômes du patient âgé dans 9,3 et 15,3% respectivement (tableau X).

Tableau X : impact psychologique du cancer chez les proches

Caractéristiques	N / %
Dépression :	94 / 62.7
- Signe dépressif	56 / 37.3
- Dépression	34 / 22.7
- Syndrome dépressif majeur	4 / 2.7
Anxiété	119 / 79.3
Sentiment d'impuissance	99 / 66
Sentiment de culpabilité :	57 / 38
- Négligence des symptômes	23 / 15.3
- Retard de consultation	14 / 9.3
Prise d'anxiolytiques	15 / 10

4.2.3. Impact socio-comportemental du cancer chez les proches :

Concernant le retentissement comportemental nous avons remarqué la fréquence de troubles de sommeil et d'appétit avec 46 et 39,3% respectivement.

Nous avons aussi constaté que l'obsession de cancer était présente dans 29,3% des cas et la peur de contagion dans 10,7% des cas. Sur le plan relationnel, 49 (32,7%) des proches ont rapporté qu'ils sont devenus moins social et négligent leur famille dans 45% des cas (tableau XI).

Tableau XI : retentissement socio-comportemental du cancer chez les proches

Caractéristique	Nombre / Fréquence
Retentissement comportemental	
• Trouble du sommeil	69 / 46
• Trouble de l'appétit	59 / 39.3
• Prise d'anxiolytiques	15 / 10
• Obsession de cancer	44 / 29.3
• Peur de contagion	16 / 10.7
• Peur d'hériter le cancer	33 / 22
• Souhait de mort du proche	12 / 8
• Angoisse de perte	86 / 57.3
• Hyperprotection	108 / 72
Retentissement social :	
• Devenu moins social	49 / 32.7
• Négligence des fils et conjoint	69 / 45

4.2.4. Impact économique du cancer chez les proches :

78,7% des proches ont confirmé que leurs ressources économiques étaient dépassées. De ce fait, 56% déclarent avoir eu recours aux crédits, vente de bien et demande de bienfaits dans 56, 18,7 et 70,7% des cas respectivement. De plus, l'accompagnement de ces patients cancéreux a causé l'arrêt d'emploi dans 54% des cas (2 cas de licenciement à cause des absences répétées)

Tableau XII : retentissement économique du cancer chez les proches

Caractéristique	N / %
Ressources économiques dépassées	118 / 78.7
Arrêt de l'emploi	81 / 54
• Licenciement	2 / 1.3
• Temporaire	78 / 52,7
Crédit	84 / 56
Vente de bien	28 / 18.7
Demande de dons (bienfaiteurs)	106 / 70.7

4.2.5. Participations aux soins et bénéfices d'accompagnement :

Les proches jouent un rôle incontournable dans la prise en charge des patients en particulier la participation aux décisions thérapeutiques dans 86% des cas. Ainsi, 75,3% des proches désiraient que leurs proches bénéficient d'un traitement maximaliste et seulement 10,7% ont désiré limiter les soins.

Malgré les conséquences malheureuses du cancer, 80 % des proches ont rapporté un effet bénéfique de l'accompagnement en particulier la surestime du soi.

Tableau XIII : participations aux soins et effets bénéfiques de l'accompagnement chez les proches :

Caractéristique	N / %
Participations aux décisions de soins :	129 / 86
• Désir de limiter les soins	16 / 10.7
• Désir des soins maximaux	113 / 75.3
Satisfaction de l'accompagnement	120 / 80



Discussion



5. Discussion :

5.1. Processus psychologiques à l'œuvre chez le sujet âgé

5.1.1. Vulnérabilité psychologique du sujet âgé :

Comme à d'autres âges de la vie, la maladie cancéreuse du fait de sa spécificité, est chez les personnes âgées à l'origine de réactions émotionnelles, cognitives et comportementales. L'adaptation psychologique qui vise à préserver l'intégrité psychique et physique, à récupérer par rapport aux troubles réversibles et à compenser les irréversibles, s'effectue par étapes et se renouvelle en fonction de l'évolution de la maladie.

A chaque fois, interagiront plusieurs catégories de facteurs : histoire du sujet, bilan existentiel, sentiment d'inaccomplissement, personnalité, modes habituels de réaction aux événements, rapport à l'image corporelle et au sentiment d'intégrité, relation à la dépendance, perception de la situation actuelle comme dangereuse, conditions de vie, qualité des relations familiales et sociales, et bien sur, état somatique. Il est indispensable que les médecins et les soignants évaluent les capacités d'adaptation psychologique des patients et les prennent en compte aux différentes phases de la maladie, depuis l'annonce diagnostique jusqu'aux traitements, ce qui implique d'en connaître les spécificités selon les périodes de la vie.

L'avancée en âge implique des changements biologiques, psychologiques, et sociaux vécus de manières différentes selon les sujets. L'individu doit faire face au cours du vieillissement, et souvent pour la première fois, à un ensemble de pertes cumulées qui peuvent être vécues comme des agressions : modifications de l'image du corps, diminution de certaines capacités,

notamment cognitives et sensorielles, changement du statut social par l'arrivée à l'âge de la retraite. Comme le souligne P. Guex, « le malade vit dans tous les secteurs de sa vie des pertes personnelles multiples, le tout assorti de restrictions physiques, financières et sociales, constituant des facteurs de risques majeurs pour les ruptures psychosociales » [18]. Tout cela nécessite, de la part de la personne âgée, un travail d'élaboration, voire un travail de deuil, une adaptation des stratégies intra subjectives et interpersonnelles.

De plus, il existe chez certains une vulnérabilité psychologique particulière face à la vieillesse. Bien sûr, au-delà de la question de l'âge, il faut tenir compte du rapport de la personne à sa propre histoire. Les cliniciens doivent donc se poser diverses questions : comment la personne âgée réagit-elle face à la maladie, aux déficiences physiques et psychiques ? Quelles sont ses capacités d'adaptation ? Des réponses à ces questions viendront d'évaluations nécessairement multifactorielles et multidisciplinaires, d'autant que si chacun a une histoire, la personne âgée a parcouru une grande partie de son chemin, et la survenue de la maladie rappelle avec acuité les échéances incontournables.

Toute personne âgée est préoccupée par la question de la mort, elle en parle parfois de façon allusive, parfois très clairement. Il existe aussi, au-delà de la vulnérabilité somatique proprement dite et d'éventuelles pathologies associées, une vulnérabilité physiologique dont certains aspects concernent plus particulièrement le psychiatre. Le sommeil est l'un d'entre eux. Avec l'avancée en âge, l'enchaînement des cycles du sommeil va progressivement se déstructurer. La capacité à rester endormi diminue, les stades 3 et 4 et le sommeil paradoxal aussi. Le sujet âgé est réveillé par la moindre stimulation externe ou interne. De plus, le pouvoir de récupération diminue, même si la

sieste peut être hautement réparatrice. Bien sûr, les différences interindividuelles sont importantes, mais le sommeil sera souvent un témoin éloquent des difficultés du patient. Enfin, la vulnérabilité peut être relationnelle, familiale et sociale ; les situations de dépendance (relative) à l'environnement ne sont pas rares. Ces situations de dépendance existent, y compris en matière d'information médicale et parfois même en matière de décision thérapeutique. Il faut savoir tenir compte de l'entourage aux différentes étapes de la maladie. Mais le sujet âgé dispose également de ressources dont certaines se bonifient avec l'âge. Les acquis de l'expérience n'en sont qu'un exemple.

5.1.2. Avant le diagnostic

Certaines études ont souligné les délais prolongés de consultation dans les classes défavorisées sur le plan socioéconomique et dans les tranches d'âge élevées. Dans notre étude, où 87,3% des patients n'avaient pas de couverture sociale et 76,7% étaient analphabètes, ce délai est en moyenne de 5,5 mois avec des extrêmes de 1 à 120 mois. Cela pourrait être lié à des difficultés d'accès à l'information ou d'intégration de celle-ci, à l'attribution des symptômes perçus à d'autres causes, dont le « vieillissement normal », mais aussi à des facteurs psychologiques : déni, évitement, peur (d'être examiné, de souffrir...). Mais va également influencer le fait qu'à cet âge, la probabilité est plus grande d'avoir des pairs qui souffrent ou décèdent de cancer et dont l'exemple connu va jouer un rôle, de même qu'influencera la qualité des relations médecin-malade souvent plus fréquentes avec l'âge. Dans ce contexte, il faut également évoquer la question du refus de soin, fréquent chez la personne âgée, à entendre pour certains auteurs comme manifestation d'une souffrance, pour d'autres du côté de la sagesse [19]. Dans notre série, et malgré que plus de 20% de nos patients

avaient des antécédents familiaux de cancer évoluant dans 80,6% des cas vers le décès, le refus de soins n'a été constaté que dans 12,1% des cas.

5.1.3. Annonce diagnostique

L'annonce diagnostique confronte le sujet à une situation perçue comme dangereuse et à la notion très concrète de la durée limitée de sa vie. Même si les personnes âgées évoquent assez souvent la mort en général, celle des proches qu'ils ont perdus et parfois la leur en particulier, l'angoisse de la mort existe de toute façon et le choc du diagnostic ouvre une crise individuelle et interpersonnelle. Chez les sujets âgés, la détresse émotionnelle, d'intensité variable selon les patients, est alors l'une des principales préoccupations, aux côtés des répercussions sur la vie de famille. Ainsi, dans notre contexte les préoccupations principales rapportées sont la douleur, les effets secondaires des médicaments et l'asthénie dans 64%, 55,3% et 52,7% des cas.

L'angoisse liée à l'altération redoutée du schéma corporel retrouvée dans 10% de nos patients se surajoute à la mise à mal de l'illusion d'immortalité. Sans oublier la peur de la douleur, de la déchéance et de la dépendance signalées dans 23,5% et 10% respectivement dans notre série. Les réactions à l'annonce d'un cancer du sein, par exemple, témoignent de la profonde blessure que ressentent les patientes âgées : faisant un retour sur elles mêmes et sur leur histoire, elles énoncent souvent l'importance de cette partie de leur corps, constitutive de leur identité de femme et de mère. Ces réactions, l'entourage proche les comprend, mais les admet parfois difficilement. Si la découverte de la maladie et donc l'annonce diagnostique interviennent à un moment de crise en lien avec le vieillissement (départ à la retraite, maladie du conjoint, décès des parents...), les difficultés cumulées rendront l'adaptation psychologique encore

plus complexe. Malgré cette perception négative à l'annonce du diagnostic et en contraste avec la littérature, nous avons remarqué que le sujet âgé marocain accepte plus son cancer (91,3% des cas) et l'angoisse de mort n'est constatée que dans 11,3% des cas.

L'existence d'une autre pathologie grave, voire d'une polypathologie, doit être prise en compte dès l'annonce diagnostique, aussi bien vis-à-vis du patient que de sa famille. Cette dernière est souvent d'autant plus concernée que la dépendance de la personne âgée est importante du fait de la poly pathologie ou de l'âge très avancé. Un mauvais état de santé global ou le grand âge incitent souvent l'entourage à discuter la pertinence d'une annonce diagnostique « intégrale » ; sans aller jusqu'à « cacher » le diagnostic, nombre de familles sont très inquiètes des capacités de la personne âgée à entendre ce diagnostic (d'autant qu'elle est fragilisée) et encore plus de ses possibilités à supporter les traitements qui seront proposés. Cela peut amener certaines familles à rechercher une institutionnalisation rapide, non sans culpabilité. Pour le patient, cette rupture supplémentaire dans sa trajectoire de vie peut être ressentie comme un abandon de la part de ses proches, une mise à l'écart brutale anticipant sa mort prochaine. Cette peur d'abandon est perçue dans notre étude chez 6 patients uniquement (4%). Lui donner la parole est alors d'autant plus indispensable.

L'attitude à privilégier lors d'un diagnostic de cancer chez un patient doit intégrer, en sus, des considérations éthiques particulières dans une réflexion menée en équipe et en liens étroits avec les proches. Enfin, le style habituel des réactions aux événements, mais aussi l'histoire des patients interviennent : nombre d'entre eux, du fait de leur âge, ont connu des proches, voire un

ascendant atteint de cancer et ont alors été personnellement confrontés à ses réactions face à la maladie, à la souffrance, voire à la mort : expériences de vie qui sont parfois des modèles (ou antimodèles) de comportement et font quoi qu'il en soit toujours écho...

Les travaux récents montrent que, la plupart des patients âgés occidentaux, s'ils étaient atteints d'un cancer, souhaiteraient être informés du diagnostic, de sa gravité, des options thérapeutiques et de leurs effets secondaires potentiels. Dans une étude anglaise, 315 personnes âgées (âge moyen : 79 ans) non atteintes de cancer ont été interrogées sur le niveau d'information qu'ils souhaiteraient : 88 % des personnes souhaiteraient être informées du diagnostic [20]. Cependant, un âge plus avancé était associé à une moindre volonté d'information. Dans le groupe de patients souhaitant être informés, 62 % voulaient « tout savoir » et 70 % voulaient que leur famille soit informée. Il n'y avait pas de différence entre les femmes et les hommes ni selon le mode de vie, solitaire ou en couple. Une étude italienne décrit les mêmes tendances : 75 % souhaitaient des informations sur le diagnostic et 66 % sur la gravité de leur maladie [21]. Les patients âgés expriment donc largement une volonté d'information. Cependant, les patients âgés marocains quant à eux expriment moins ce besoin d'information ; le cancer est méconnu dans 57% des cas et seulement 30 des 150 patients inclus (20%) aimeraient être informés en particulier en ce qui concerne le pronostic (12,1%).

En revanche, il faut rappeler que les médecins et l'entourage des patients ont souvent une idée erronée des demandes en information des patients âgés. L'étude d'Elena Elkin, révèle que la perception par les médecins des souhaits des patients en termes d'informations pronostiques et de participation à la décision thérapeutique n'était concordante que dans moins de la moitié des cas

[22]. D'autres travaux rapportent aussi une inadéquation entre les attentes d'information du patient âgé et la connaissance qu'en a l'« aidant naturel », le plus souvent un membre de sa famille.

5.1.4. Phase des soins

Les études spécifiques sur les traitements des cancers chez les personnes âgées se mettent en place de manière progressive... et les idées évoluent. Le traitement chirurgical d'un cancer du sein chez une femme âgée consistait souvent en une mastectomie pour éviter ou limiter les traitements adjuvants et leurs inconvénients et parce qu'il était admis que les difficultés psychologiques engendrées par la mutilation du sein étaient moindres avec l'âge. Or, ce n'est pas le cas... et de très loin.

L'ablation d'un organe est tout aussi mal acceptée chez une personne âgée. Ses effets viennent se surajouter à l'altération de l'image de soi liée au vieillissement. La perte du sein entraîne chez les patientes âgées une profonde altération de l'image de soi comme femme et comme mère, elle affecte les relations du couple et les relations mère—enfant. Son acceptation passe pour la femme par un travail de deuil qui s'ajoute et s'intrique aux processus psychologiques liés au vieillissement. Le vécu psychologique du conjoint et des enfants est lui aussi difficile, à des degrés divers. Or, l'entourage, par son attitude, son soutien, influe sur les possibilités d'adaptation psychologique des patientes ; il est donc à prendre en compte, au moins à ce titre. Si la tumorectomie, traitement conservateur, permet une meilleure restauration de l'image de soi que la mastectomie, elle n'est pas exempte de difficultés psychologiques — dont une plus grande crainte des récidives. Il semble toutefois que celles-ci soient moindres chez les femmes âgées que chez les plus

jeunes [23]. De plus, il faut compter avec les traitements adjuvants, leurs contraintes et leurs effets secondaires. Ainsi, les déplacements itératifs, liés aux séances quotidiennes de radiothérapie, et pour lesquels la patiente ne peut pas toujours être accompagnée par son entourage, sont source de fatigue physique. Cette dernière, qui influence l'état psychologique, est retrouvée chez 38,9% de nos patients et constitue la préoccupation majeure dans 53% des cas. Les effets secondaires des traitements chromolithographiques sont aussi l'une des préoccupations principales des patients (55,7%) (Nausées, vomissements, anorexie, asthénie). Ils sont non seulement pénibles à supporter au plan somatique, mais rendent aussi plus concrètes les craintes de dépendance physique et d'abandon. Les patientes vivent très souvent l'alopécie de manière douloureuse ; altération de l'image de soi et de sa féminité, crainte de faire fuir les proches, peur d'être abandonnée, profond sentiment de solitude [24].

Dans notre étude, certaines patientes mastectomisées ou présentant une alopécie post-chimiothérapie avouent avoir refusé de pratiquer le rituel de « bain-maure » collectif en craignant le regard des autres.

La reconstruction immédiate ou différée d'un sein après mastectomie ne devrait pas être *a priori* impossible chez une femme âgée. Mais on ne dispose à l'heure actuelle d'aucune étude spécifique sur de telles pratiques.

5.2. Impact du cancer sur le sujet âgé :

5.2.1. Impact psychologique :

Les troubles psychopathologiques qui surviennent chez les patients âgés atteints d'un cancer peuvent se rattacher aux grands syndromes rencontrés chez les patients adultes souffrant d'un cancer.

Les quatre tableaux le plus souvent observés sont, suivant la terminologie du DSM-IV [25] :

- Les troubles de l'adaptation, avec perturbations de l'humeur (humeur anxieuse, humeur dépressive), perturbations des conduites, dont la durée n'excède pas six mois selon les critères du DSM-IV ;
- Les troubles anxieux : phobiques surtout, plus rarement à type d'attaques de panique ;
- Les troubles dépressifs chez 10 à 15 % des patients, surtout dans les phases évoluées de la maladie et en cas de douleurs cancéreuses ;
- Le trouble mental dû à une affection médicale générale : états confusionnels ou démentiels ;
- Auxquels il convient d'ajouter les idées et conduites suicidaires.

Un âge avancé ne constitue pas, en soi, un facteur favorisant la survenue d'un trouble psychopathologique. Trois études réalisées chez des femmes traitées pour un cancer du sein soulignent que les femmes âgées sont moins affectées au plan psychologique et de leur qualité de vie que les plus jeunes [26-28].

Tableau XIV : facteurs prédictifs du risque à développer des troubles psychiatriques ou de l'adaptation

Certains types de maladies cancéreuses : tumeurs carcinoïdes, du pancréas, du poumon, myélome multiple
Stade de la maladie (annonce diagnostique, récurrence, fin de vie)
Séquelles anatomiques et fonctionnelles
Chimiothérapies (HoloXan®, Interféron®, etc.)
Irradiations cérébrales
Douleurs surtout chroniques
Fonctionnement et personnalité prémorbide
Antécédents psychiatriques : tentative de suicide, troubles de l'humeur, addictions
Facteurs relationnels : difficultés de couple, isolement, manque de support affectif perçu
Précarité socioéconomique

En fait, la prévalence de ces troubles dépend largement des phases d'évolution de la maladie cancéreuse ; ainsi plus d'un tiers des patients traités en oncologie présentent à un moment ou un autre un trouble de l'adaptation, et souffrent d'un épisode dépressif. Les facteurs de risque de survenue de ces troubles sont listés dans le tableau XIV.

En revanche, le tableau clinique et la démarche diagnostique présentent des spécificités qu'il importe de connaître, notamment pour les troubles dépressifs et la pathologie confusionnelle. L'inhibition, le repli, le désintérêt pour le monde extérieur ou encore la distractivité, autant de manières pour le sujet de se protéger, de s'isoler. Lors d'un épisode dépressif chez un sujet âgé, la tristesse de l'humeur peut être remplacée par une irritabilité, une hostilité permanente à l'encontre de l'entourage ou un émoussement affectif. L'anhédonie est pénible,

douloureuse et permanente, bien différente d'une simple exagération des signes physiologiques du vieillissement. Le ralentissement psychomoteur sera d'autant mieux apprécié que l'on dispose de points de repère antérieurs. L'évaluation des troubles du sommeil doit prendre en compte le rythme nyctéméral, les changements de l'architecture du sommeil chez l'âgé, mais aussi l'influence de facteurs tels que la douleur.

5.2.1.1. Les troubles anxieux :

Le cancer n'est pas seulement une situation stressante. C'est un stress complexe et variable aux différents stades de la maladie et différents paramètres environnementaux. Il est évident que l'adaptation du patient au cancer dépend de ses facteurs psychosociaux préexistants. Les études ont démontré que les stades de stress maximal sont : au moment du diagnostic [29-30], des rechutes [31-32], de progression et à la phase finale du cancer [33-34].

Selon Mages et al [35], le cancer chez le sujet âgé peut accélérer le processus du vieillissement et contribue à un arrêt plus rapide du travail, l'isolement, à la réduction des activités physiques et engendre ainsi une grande dépendance à l'entourage. Dans une autre étude incluant 4496 patients cancéreux, Zabora [36] a retrouvé que la prévalence du stress était de 35,1% selon le BSI (Brief symptom Inventory). Cette prévalence est similaire à celle rapportée par Farber (34%) [37] et légèrement élevée par rapport à celle de Stefanek [38] (28%). dans l'étude de Zabora la prévalence du stress chez le sujet âgé est variable en fonction des tranches d'âge et l'analyse statistique retrouve que ce stress est plus important chez les patients jeunes (moins de 35 ans) par rapport au sujet âgé à l'exception des patients de plus de 80 ans.

Le même constat a été signalé par Maisiak [39] qui rapporte que le statut psychosocial des 230 patients âgés était meilleur par rapport aux patients jeunes. Ces patients âgés rapportaient une fatigue, isolement, des douleurs et souffraient d'effets secondaires des médicaments. Encore Cassileh [40] dans une analyse comparative confirme que le score de santé mentale chez les patients âgés était meilleur ; cela pourrait être expliqué selon les auteurs par la grande capacité d'adaptation et de gestion acquise durant de longues années d'expérience.

Le constat du faible impact psychologique du cancer chez le sujet âgé est appuyé par plusieurs études [3, 14,41-43]. D'autres études n'ont pas retrouvé de relation entre l'âge et l'état psychosocial ou le stress. Ganz et al [44], par contre, n'ont pas retrouvé de différence significative entre les patients jeunes et âgés concernant la qualité de vie et les problèmes conjugaux et sexuels. Ceci est du peut être à la fréquence élevée, dans le groupe de patients âgés, de maladies chroniques notamment cardiaques. Cependant, les auteurs ont constaté que ces patients âgés avaient moins de douleur en postopératoire et n'avaient pas plus de difficultés durant la chimiothérapie. Ils avaient aussi moins d'inquiétude sur le devenir de leurs proches en cas de décès.

En résumé, les données disponibles actuellement laissent à suggérer que l'impact psychologique du cancer chez le sujet âgé est moindre par rapport à celui chez le jeune. Cependant, le stress généré par le cancer et ses traitements ne peut en aucun cas être négligé. De plus il faut se rappeler que ces patients âgés sont ceux qui ont moins de soutien social, de ressources économiques et plus de maladies chroniques ; des facteurs modifiant le retentissement psychosocial du cancer [9,11].

Table XV : impact psychologique du cancer chez le sujet âgé

Référence	Patients	Évaluation	Résultats
Zabora et al	4496 patients (19 -95 ans)	BSI	Prévalence du stress : 35,1%. Fréquence chez les patients âgés de 60-69 ans, 70-79 ans et >80 ans : 34,7%, 29,7% et 32,9% respectivement Le stress chez les patients de moins de 30 ans est plus important que chez les patients entre 60 et 80 ans
Maisiak et al	230 patients (60 – 97 ans)	SAS-SR, BABS, LSI	Moins de dépression chez les patients âgés mais plus d'impotence fonctionnelle, de méconnaissance des services et de peur par rapport aux patients jeunes Statut psychosocial des patients âgés est meilleur malgré la fréquence des symptômes
Cassileth et al	758 patients avec 6 maladies chroniques y compris le cancer (193 âgés entre 25 et 88 ans)	MHI	Score mental meilleur chez les patients âgés : plus d'adaptation émotionnelle, moins de dépression et anxiété
Ganz et al	240 patients (hommes) dont 79 âgés plus de 65 ans	CPIS	Les patients âgés ont moins de problèmes psychosociaux ou liés aux traitements et s'adaptent mieux aux soins
Noyes et al	400 patients	IDS	Le score de stress est plus important chez les patients âgés de plus de 60 ans
Mor et al		QLI, PMS, CES-D, MOSI	Les patients âgés, diagnostiqués récemment ou à stade avancé ont moins d'impact psychologique (ex : dépression)
Kurtz et al	208 patients suivis pendant 2 ans	CES-D	L'âge n'a aucun effet indépendant sur la sévérité des symptômes, la dépression ou la dépendance
Harrison & Maguire	520 patients (18-75 ans)	PAS	Les patients jeunes ont plus de difficultés d'adaptation émotionnelle et plus de troubles psychiatriques
Parker et al	351 patients (28-80 ans)	STAI, CES-D, SF-12	Les patients âgés ont moins de dépression, d'anxiété et une meilleure qualité de vie (santé mentale)
Vinokur et al	274 patientes (40-84 ans)	HSC-ADS, SIW	Les patients jeunes ont eu plus de détérioration de leur santé mentale
Erfrihani et al	150 patients (>70 ans)		74% avaient une anxiété

BABS : Bradburn Affect Balance Scale ; BSI: Brief Symptom Inventory ; CES-D: Centre for Epidemiological Studies – Depression Scale ; CPIS: Cancer Inventory of Problem Situations ; HSC-ADS: Hopkins Symptom Checklist – Anxiety, Depression & Somatic subscale ; ILS: Illness Distress Scale ; LSI: Life Satisfaction Scale ; MHI: Mental Health Index ; MOSI: Medical Outcome Study Index ; PAS: Psychiatric Assessment Schedule ; PMS: Profile of Mood Status ; QLI: Quality of Life Index ; SAS-SR: Social Adjustment Scale ; SF-12: MOS 12 item Short-Form Healthy Survey ; SIW: Social Indicators of Well-being ; STAI: the State Trait Anxiety Inventory

5.2.1.2. La dépression :

En ce qui concerne le grand âge, nous observons à nouveau une littérature peu prolifique. Tous les travaux insistent sur la difficulté à établir des classifications ou des modes de lecture faisant consensus. Toutefois, malgré ces contraintes, certains auteurs tels que Prévaille et al. (2008) au Québec, tentent d'étudier l'épidémiologie de ce trouble sur une année. Ces résultats nous donnent un premier aperçu de l'importance de cette affection dans une population francophone. En effet, ils constatent une prévalence de 12.7% de sujets présentant de troubles psychiatriques, selon les critères du DSM IV. Parmi ces troubles, 1.1% des personnes interrogées présentent une dépression majeure, et 5.7% une dépression mineure. En France, ces taux semblent de 3% pour la dépression majeure et de 8% à 15% selon les études pour la dépression mineure (Bouisson dans LeRouzo et al. 2008). Smallbrugge et ses collaborateurs(2005) montrent une prévalence de 17.1% de dépression chez les personnes âgées vivant en maison de retraite à Amsterdam.

L'environnement de la personne d'un âge avancé est un déterminant important .En effet, les complications financières, un plus faible réseau social ou encore les problèmes de santé physique, peuvent nuire au bien-être de la personne âgée, voire même, devenir un facteur clef dans l'apparition de symptômes dépressifs (Beard et al. 2009)

Enfin, la démarche diagnostique doit absolument rechercher l'existence d'un risque suicidaire. Les taux de suicide sont élevés chez les sujets âgés et le risque suicidaire est plus élevé chez les patients cancéreux que dans la population générale, surtout dans les suites immédiates du diagnostic, dans les phases de rechute ou terminale. Les moyens utilisés apparaissent plus violents et

les hommes sont plus souvent concernés. Ces conduites suicidaires surviennent majoritairement dans un contexte de dépression, mais également de confusion mentale ou de syndrome mental organique. Un certain nombre de facteurs de risque de conduite suicidaire ont été identifiés dans les pathologies cancéreuses. Ils aident à l'évaluation du risque suicidaire qui repose non seulement sur un paramètre unique, mais aussi sur un faisceau d'arguments (Tableau 16).

Tableau XVI : Les facteurs de risque de conduite suicidaire

Les troubles dépressifs.
La confusion.
Une symptomatologie douloureuse.
Les problèmes majeurs d'image du corps (l'extrême difficulté à se confronter à l'image de soi-même dévalorisée et dégradée).
Les complications sévères des traitements somatiques.
Les antécédents de tentative de suicide.
Les antécédents psychiatriques.
Les conceptions très négatives des possibilités de soins.
Des facteurs culturels.
Une nécessité de contrôle des événements.
Certains modes d'investissement de l'autonomie.

Indiscutablement, la maladie cancéreuse, comme d'autres événements de vie défavorables, influence le pronostic de la dépression et réciproquement [17, 45,46].

5.2.1.3. La confusion mentale :

Dans le cadre des spécificités de la Psycho-Oncologie de la personne âgée, il convient de souligner quelques aspects de la pathologie confusionnelle. En effet, la prévalence de ce type d'épisode chez les personnes âgées est

extrêmement élevée et fréquemment sous-diagnostiquée. Or, il est bien connu [47] que la durée prolongée de l'épisode et l'existence d'une pathologie démentielle sous-jacente grèvent la possible récupération. Il faut souligner aussi que la survenue de tels épisodes allonge la durée d'hospitalisation de la personne âgée, augmente le risque de mortalité et la perte d'autonomie et aggrave d'éventuels troubles cognitifs existants ainsi que l'évolution d'une pathologie démentielle. Rappelons que le syndrome confusionnel associe des troubles de la vigilance, de l'attention, du fonctionnement cognitif et d'autres symptômes psychiques et comportementaux. Il est classique de dire qu'il apparaît rapidement et que son évolution est de courte durée, avec une possible récupération *ad integrum*.

Tableau XVII : Les facteurs prédisposants à la confusion mentale

Age supérieur à 80 ans.
Sexe masculin.
Existence d'une démence ou de troubles cognitifs préexistants.
Présence d'une autre pathologie psychiatrique.
Consommation de psychotropes et en particulier de benzodiazépine.
Dépendance à l'alcool.
Anxiété et désafférentation sensorielle, notamment baisse de l'acuité visuelle.

Rappelons aussi que l'origine en est fréquemment poly factorielle et qu'il existe un certain nombre de facteurs prédisposants (Tableau 17). C'est l'association de ces facteurs prédisposants à des facteurs étiologiques précipitants qui engendrera la survenue d'un épisode confusionnel. Parmi les facteurs prédisposants classiques des épisodes confusionnels, il convient d'être particulièrement attentif en cancérologie aux phénomènes d'iatrogénie (liés aux traitements psychotropes éventuels, mais aussi aux traitements non psychotropes

potentiellement confusiogènes) et aux facteurs psychogènes. Parfois, des éléments confusionnels peuvent être intriqués à des tableaux psychiatriques de dépression ou d'anxiété. Les troubles anxieux sont fréquents chez les patients âgés souffrant de cancer. Là aussi, il existe des spécificités cliniques. [48,49].

5.2.1.4. Prévalence des troubles psychiatriques chez le sujet âgé atteint de cancer :

Les études ayant évalué les troubles psychiatriques chez le patient âgé cancéreux sont rares. Holland et al [50], en utilisant les critères du DSM-III, ont retrouvé que ces troubles sont plus fréquents chez le sujet âgé par rapport au sujet jeune (26% versus 12%). Les troubles les plus fréquents, comme chez le sujet jeune, étaient : les troubles d'adaptation, l'anxiété et la dépression. Dans notre étude, et en utilisant le même score, on retrouve l'anxiété en tête de file avec une fréquence de 74% suivie de la dépression dans 19.3%(avec 2 cas de dépression sévère et 18% dépression légère à modérée).

L'étude de Levine [51] a inclus 100 patients cancéreux ayant bénéficié de consultation psychiatrique. 55,5% des patients âgés de plus de 60 ans, avaient une atteinte neurologique organique et 39,7% avaient une dépression (selon le DSM). Cependant on a reproché à cette étude le fait que les patients inclus étaient fortement sélectionnés et représentaient seulement 1,9% de toutes les admissions.

L'étude menée par PSYCOG (*Psychosocial Collaborative Oncology Group*) [52] est la première étude ayant rapporté la prévalence des troubles psychiatriques chez le patient cancéreux. Les auteurs confirment que 47% des patients avaient un DSM-II mais malheureusement, cette étude n'a pas inclus de patients âgés. Récemment, Akechi [53] rapporte que parmi les 1721 patients

adressés pour prise en charge psychiatrique, 73,4% avaient des troubles psychiatriques selon la DSM-IV avec des troubles d'adaptation dans 34%, délire dans 17%, et la dépression majeure dans 14% des cas. Le délire était plus fréquent chez les patients âgés par rapport au sujet jeune (20% vs 10%). Cependant, il s'agit là aussi d'une étude rétrospective avec un biais à l'inclusion.

Dans une méta-analyse incluant 58 études menées après 1980, Van't Spijker [54] rapportait que la prévalence de la dépression et de l'anxiété variait entre 0 et 49%. Cependant, les auteurs ont remarqué aussi que, à l'exception de la dépression, il n'y a avait pas de différence de fréquence des troubles psychiatriques par rapport à la population normale. Ils ont rapporté aussi que la dépression, l'anxiété et le stress étaient plus fréquents dans les études incluant beaucoup de patients jeunes (moins de 50 ans).

Bredat [55] a étudié récemment 190 patients cancéreux en utilisant le score HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Il a rapporté que 16 % avaient une dépression majeure ou une anxiété généralisée. Il a retrouvé aussi que dans le groupe de patients âgés (>65 ans), 37% avaient un score HADS > 14, 28% chez les patients de moins de 50 ans et 51% chez les patients âgés entre 50 et 65 ans. Pascoe [56], en utilisant le même score, a retrouvé que la prévalence de l'anxiété était plus importante chez les patients moins de 65 ans de façon significative. Par contre, les auteurs n'ont pas retrouvé de relation significative entre l'âge et la dépression (3% chez les patients âgés versus 3,4% chez les jeunes).

Dans notre étude incluant exclusivement des patients âgés, 46% des patients ont rapporté un signe dépressif mais la dépression n'a été retenue que chez 19,3% des patients seulement, en utilisant le score de DSM édition 4. Cette

fréquence est inférieure à celle rapportée dans les papiers de Bredat et Van't Spijker ayant utilisé d'autres scores. Cependant, l'étude PSYCOG ayant utilisé le même score, on rapporte une fréquence beaucoup plus élevée de la dépression. Cette dépression dans notre étude était majeure uniquement dans deux cas (1,3%). Par contre nous avons noté une fréquence élevée de troubles anxieux (74%).

Au stade avancé du cancer, on ne dispose que de quelques études s'intéressant à la prévalence des troubles psychiatriques dans ce contexte. Minagawa et al [57] ont suivi de façon prospective 93 patients à des stades avancés ont utilisant Mini-Mental State examination (MMSE) et le Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID). Ils ont rapporté que 57% des patients avaient un trouble psychiatrique : délire chez 28% des patients, démence chez 10,7%, trouble d'adaptation dans 7,5%, troubles mnésiques dans 3,2%, dépression majeure dans 3,2% et anxiété généralisée dans 1,1% des patients. Des résultats similaires ont été retrouvés dans une autre étude [58] incluant 440 patients dont 60% avaient un impact psychiatrique. Ce dernier était plus remarquable chez les patients de moins de 60 ans. Dans notre étude nous n'avons pas étudié la variation de ces troubles aux différents stades de la maladie tout en rappelons que 72,7% des patients étaient vu aux stades avancés du cancer.

Selon une étude réalisée dans le même contexte dans notre formation par ERRIHANI et al [49], la prévalence de la dépression chez le sujet jeune (adolescent et jeune adulte âgé de moins de 30 ans) était de 98% à des degrés variables, 15% des patients avaient une dépression sévère , ces patients étaient de sexe masculin et le cancer était déclaré à un stade métastatique et ont

manifesté leur dépression par des conduite à risque : tentative de suicide, auto-agression ou automutilation. En se référant à ces résultats, on peut conclure que l'impact psychologique du cancer chez le sujet âgé est beaucoup plus atténué que chez le patient jeune.

5.2.1.5. Douleur

Les interactions entre les douleurs et les troubles psychopathologiques sont complexes et à prendre en compte de manière spécifique, d'autant que les sujets âgés communiquent plus avec leurs corps et que les douleurs liées à la maladie cancéreuse et au traitement peuvent générer une détresse émotionnelle importante. Dans le cadre d'une évaluation globale (somatique et psychologique) du patient, certains aspects sont très spécifiques (Tableau 1).

La symptomatologie douloureuse prend sens et est verbalisée en fonction du vécu actuel et des expériences antérieures. Ainsi, des douleurs liées à une chirurgie que le patient espère curatrice diffèrent de douleurs perçues comme témoin de l'évolution de la maladie. L'anxiété rend le patient plus réceptif aux manifestations, notamment douloureuses, de la maladie.

Le soutien émotionnel aide au contrôle de la douleur et à l'efficacité des traitements antalgiques, tandis que l'isolement affectif, les sentiments de manque de communication avec les proches et de compréhension de leur part ressortent nettement lorsqu'on évalue la dimension relationnelle de la plainte douloureuse.

Si les patients présentent des troubles cognitifs, l'évaluation psychologique peut s'avérer plus délicate du fait des difficultés de mémoire, de verbalisation de la douleur et d'expression des émotions. D'autres symptômes peuvent alors

orienter le clinicien : les troubles du sommeil, la perte d'appétit, les nausées, les modifications du comportement (agitation, prostration, agressivité, confusion).

Dans notre étude, 72,7% des patients avaient une douleur initialement. Cette fréquence élevée pourrait expliquer le fait que la douleur soit aussi la préoccupation majeure de nos patients.

5.2.2. Impact du cancer sur la sexualité du sujet âgé :

Le cancer est une maladie comportant un impact certain sur la sexualité des patients. Encore trop souvent tabou, ces problèmes restent rarement abordés directement par les patients et encore moins par les praticiens [59]. L'impact du cancer sur la sexualité va dépendre à la fois de la localisation anatomique de la tumeur (urogénitale, mammaire, gynécologique, tête et cou) et de la symbolique de la région touchée (sein, utérus, testicule). Des facteurs socioculturels, physiopathologiques et psychopathologiques peuvent eux aussi modifier l'évolution de la fonction sexuelle durant et après la fin des traitements [60].

Le vieillissement entraîne des changements corporels structuraux et fonctionnels qui affectent la vie sexuelle. Ainsi, les systèmes nerveux, sanguin et endocrinien subissent des changements qui influencent l'expression de la sexualité. Un changement physiologique important chez la femme est l'avènement de la ménopause qui a un impact sur la sexualité. À ce sujet, le professeur Irv Binik de l'université McGill réalise une étude sur la douleur ou l'inconfort lors des relations sexuelles chez les femmes ménopausées. L'homme vieillissant subit des changements hormonaux, par une baisse de la testostérone, qui ont des répercussions sur sa vie sexuelle [61].

La qualité de vie sexuelle est associée à l'état de santé physique des personnes âgées. Le désir, l'activité et la satisfaction sexuels sont grandement influencés par le bien-être physique. A contrario, la maladie a un impact négatif sur l'expression de la sexualité des aînés. Ainsi, la qualité de vie sexuelle des personnes âgées cardiaques, cancéreuses, diabétiques ou arthritiques est souvent altérée, voire diminuée. À titre d'exemple, Lexinshtein et ses collègues [62] ont observé dans leur étude auprès de 366 hommes que les maladies physiques étaient associées avec des troubles de l'érection. D'une manière plus spécifique, ils ont observé que les troubles érectiles et l'inconfort sexuel augmentent avec l'âge.

Les médicaments utilisés pour traiter les maladies ou soulager la douleur ont des effets iatrogéniques sur le fonctionnement sexuel. Barbeau [63] présente un inventaire des substances médicamenteuses qui ont des effets au niveau du système nerveux, des amines biogènes et des hormones qui influencent le comportement sexuel des personnes âgées. Des médicaments sont également utilisés pour traiter les troubles érectiles des hommes âgés. À titre d'exemple, le Dr Carrier et ses collègues [64] ont dirigé une étude sur l'efficacité du tadalafil pour constater que ce médicament améliorerait les érections et était associé à de meilleurs rapports sexuels comparativement au placebo.

Des études ont testé les effets sexologiques nocifs de certaines chirurgies, Fiset [65] a interviewé huit hommes prostatectomisés qui ont rapporté des changements de leur réponse sexuelle après l'opération : troubles érectiles, éjaculation rétrograde, modification de la sensation orgasmique et baisse de désir sexuel. Libman et al [66] ont constaté que la prostatectomie avait des conséquences mineures sur l'expression sexuelle, à l'exception de l'éjaculation

rétrograde. Les inconvénients sexuels de l'opération seraient davantage redevables au stress de la chirurgie et au processus de vieillissement.

La qualité de vie sexuelle (QVS) implique des dispositions psychologiques qui contribuent à la satisfaction des besoins sexuels. Ainsi, l'ouverture d'esprit et une vision positive à l'égard de la sexualité participe à développer un intérêt à l'égard de la vie sexuelle. Creti et Libman [67] ont rapporté que les attentes d'efficacité par rapport à la performance sexuelle et le désir sexuel individuel constituent deux facteurs qui influencent l'expression de la sexualité chez les couples âgés qu'ils ont interrogés.

Des études peuvent laisser croire que la QVS se détériore avec l'âge. Trudel [68] a questionné 500 femmes et 496 hommes de la région de Montréal sur la sexualité (19 % des répondants étaient âgés de 60 ans et plus). Il a observé que les répondants les plus âgés adoptaient des attitudes sexuelles plus conservatrices, utilisaient moins de fantasmes sexuels et avaient moins de comportements sexuels que les sujets plus jeunes. De plus, les personnes âgées témoignaient d'une baisse de la satisfaction sexuelle. Malgré une altération de la vie sexuelle, une majorité de sujets de 60 ans et plus affirmait être intéressée par l'activité sexuelle. Brunet [69] a interrogé cinq personnes âgées de 65 ans et plus qui ont confirmé l'existence d'un intérêt envers la sexualité de la part des aînés. Ainsi, le désir sexuel demeure présent chez la majorité des personnes âgées, mais il connaîtrait une érosion avec les années. D'ailleurs, Gagnon et al. [70] ont observé que l'actualisation du potentiel sexuel décroissait avec l'âge. Cette tendance était plus manifeste chez les femmes que chez les hommes.

Les besoins sexuels des personnes âgées et leur expression se transforment avec les années. Badeau et Bergeron [71] ont répertorié une série de besoins affectifs chez les aînés qu'ils ont interrogé, entre autres ceux d'exprimer de la tendresse, de l'amitié et de l'amour. Avec l'âge, la motivation à s'engager dans des rapports sexuels changerait pour devenir différente de celle des personnes plus jeunes. Ces besoins seraient satisfaits dans des rapports sexuels par des gestes exprimant de la tendresse. Les personnes âgées adopteraient un scénario sexuel moins axé sur le plaisir phallique (la fellation et le coït) pour privilégier les caresses extragénitales. Trudel et Goldfarb [72] ont comparé les comportements sexuels de 119 personnes âgées de 19 à 48 ans et de 172 personnes âgées de 52 à 75 ans. Ils ont observé que le groupe de répondants plus âgés avait un répertoire de comportements sexuels plus restreints que les sujets plus jeunes. De plus, les femmes plus âgées ont rapporté un niveau de plaisir sexuel moins élevé comparativement aux répondantes plus jeunes ; cette différence n'était pas significative pour les hommes.

Dans notre contexte, où la sexualité est un sujet tabou d'excellence, sur les 82 patients mariés et 72 ayant une activité sexuelle conservée, 47 d'entre eux (65,2%) rapportaient une baisse de la libido et 14 hommes parmi les 64 hommes mariés inclus (21,8%) avaient des troubles de l'érection. Cependant, 7 patients (9,7%) abordaient ces troubles avec leurs conjoints. Cette fréquence élevée de troubles sexuels est expliquée par de nombreux facteurs ; certains sont liés au cancer et ses lourds traitements mais d'autres sont en rapport avec l'accentuation de l'asthénie physique et psychique.

5.2.3. Impact spirituel du cancer chez le sujet âgé :

Le cancer est une expérience qui bouleverse toute la vie du patient et de sa famille, les traitements épuisants, l'altération de la qualité de vie et l'incertitude de la survie sont de lourds fardeaux que le patient âgé est amené à supporter. Pour plusieurs, la religion et la spiritualité jouent un rôle important dans le « coping » à cette crise [73].

Des études menées auprès de patients ayant divers types de cancer ont montré que la majorité considérait la religion comme importante et qu'elle les avait aidés à faire face à leur maladie [74-75]

De plus la religion et la spiritualité sont associées à une amélioration du confort du patient ainsi qu'à une réduction de l'hostilité, de l'anxiété et de l'isolation sociale [76-77].

Cette conclusion est aussi supportée par deux grandes études menées par levins et al. Auprès de la population générale [78-79].

Ils ont retrouvé que la religiosité et la participation à des services religieux étaient corrélés de façon positive à l'état de santé et de bien être.

Cet effet bénéfique de la foi religieuse pour les cancéreux est solidement établi dans plusieurs travaux de recherche : meilleur ajustement [80-81], meilleure qualité de vie avec moins de détresse, moins de douleur, moins de fatigue, moins de dépression, et même meilleur fonctionnement immunitaire [82-83].

Cette relation foi-cancer n'est pas unidirectionnelle puisque le cancer va aussi affecter la religiosité du patient.

Plusieurs travaux ont décrit des individus qui se sont senti plus proches de dieu, plus sensibles au moment présent, plus appréciatifs de la vie, plus connectés à des forces au-delà d'eux-mêmes ou plus imprégnés d'un sens de mission [84-85].

Concernant l'effet du cancer sur le degré de la foi religieuse, le fait isolé de connaître sa maladie, indépendamment du stress que vit le cancéreux (traitements réguliers et lourds, altération de l'état général, admissions fréquentes à l'hôpital, examens de routine...) est un facteur qui rapproche le patient de dieu et augmente la ferveur de sa foi religieuse. Cette conclusion est en accord avec les résultats des études qui ont comparé le degré de foi religieuse entre un groupe cancéreux et un autre groupe non cancéreux [86-87]; certains ont proposé le modèle de maturation post-traumatique de Calhoun et Tedeschi pour expliquer ce phénomène : dans la mentalité de beaucoup de gens, cancer et décès vont de soi, donc divulguer le diagnostic les renvoie dans un monde inconnu ou la possibilité de mourir est considérée très sérieusement.

Cette situation bouleverse toutes ses suppositions, toutes ses certitudes à propos de ce monde ; les choses qui paraissent tellement importantes avant, sont refoulées au second plan, les projets de vie sont suspendus, à sa place dans le schéma de la vie n'est plus claire. Le sujet se sent fragile, perdu, seul, cherchant le pourquoi de cette « injustice ».

Cette quête aussi intellectuelle que spirituelle est un processus de réorganisation cognitive, une réévaluation de toutes ses philosophies existentielles. Mais, tout ce monde matériel ne lui offre aucune explication plausible pour ce grand « pourquoi? ».

C'est à ce moment qu'il se fixe les yeux plus sur dieu, commence à s'attacher de plus en plus à ses croyances religieuses qui prennent dès lors le premier plan et lui offrent une explication plus plausible à son dilemme et plus encourageante. Même si beaucoup des questions restent non résolues, le patient s'attache plus à ce principe d'une réalité transcendante, de dieu et d'une vie qui continue dans l'au-delà : c'est la foi qui augmente.

Pour permettre une évaluation objective d'un certain aspect de la religion, plusieurs instruments de mesure ont été élaborés et validés.

Le « Santa Clara Strength Of religious Faith Questionnaire » (SCSORFQ) [88-89] proposé par Plante et Bocaccini en 1997 dans une étude, est un instrument permettant d'évaluer une dimension de la religiosité qui a reçu peu d'attention dans le domaine de recherche de la santé : le degré de la foi religieuse.

❖ **Les 10 questions du SCSORFQ :**

1. ma foi religieuse est très importante pour moi
2. je prie quotidiennement
3. ma foi est une source d'inspiration
4. ma foi me procure du sens et du but dans ma vie
5. je me considère actif dans ma foi
6. ma foi est une part importante de ma personne
7. ma relation avec dieu est très importante pour moi
8. j'aime être parmi d'autres qui partagent ma foi
9. je retrouve dans ma foi une source de confort

10. ma foi a un impact sur plusieurs de mes décisions

C'est un questionnaire de 10 items à coter de 1 à 4 (de « je désapprouve fortement » à « j'approuve fortement ») qui a démontré une forte cohérence interne et une bonne validité convergente et divergente dans plusieurs études avec des citoyens, des étudiants et des consommateurs de substances dopantes.

De plus le SCSORFQ ne contient pas de référence à une orientation religieuse particulière et donc peut être utilisé chez tous les sujets quelle que soit leur affiliation religieuse.

Dans le groupe des cancéreux, le SCSORFQ score était corrélé avec le sexe ou les femmes avaient un plus haut score. Une étude ultérieure avec des patients atteints de cancer de sein et des sujets sein a été menée pour examiner la stabilité test-retest. Dans les deux échantillons, la mesure a démontré une bonne stabilité test-retest et une bonne consistance interne.

Le SCSORFQ des sujets cancéreux était plus élevé que celui des sujets sains, ce qui relève un plus haut degré de foi chez les cancéreux.

Le SCSORFQ s'est avéré être un moyen fiable et concis pour l'évaluation de la foi religieuse.

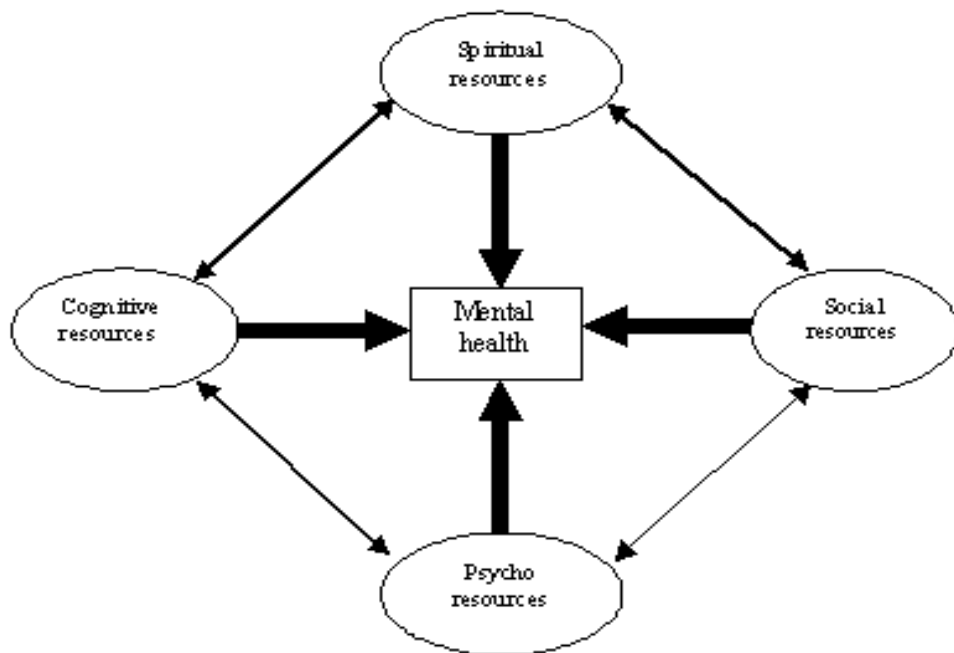
Ainsi de nombreuses études rapportent que la religiosité a été une source d'espoir, de sens et but dans la vie, ainsi de confort et de réconfort. Ces effets protecteurs et bénéfiques sont particulièrement puissants chez les personnes âgées, malades ou atteintes d'un handicap [90-94].

Des études récentes ont révélé que les gens deviennent plus religieux quand ils vieillissent, en comparaison avec les sujets jeunes, les personnes âgées

pensent que la religion est plus importante pour eux surtout pour ceux en fin de vie [95,96].

L'explication serait un phénomène de compensation psychologique après la retraite, l'angoisse de mort.

Ainsi , quelle que soit l'affiliation religieuse ,islam ou autre, la foi religieuse est souvent une source de bien-être d'espoir et de confort et permet aux sujets âgés de mieux s'adapter avec le cancer ce qui explique la réaction le plus souvent optimiste des patients âgés marocains considérant le cancer comme un test du bon dieu .



5.3. Impact du cancer chez les proches du sujet âgé:

5.3.1. Place des proches en cancérologie :

Une très grande majorité des études concernent les proches de patients âgés et/ ou atteints d'un trouble mental ou encore les familles d'enfants souffrant d'une maladie somatique grave. L'objet d'étude et d'observation de ces travaux est donc l'entourage des personnes dites « incapables » Or, le malade atteint de cancer est dans la plupart des cas très autonome psychiquement et demeure l'interlocuteur privilégié des soignants. Le nombre de recherches sur les proches est relativement peu important en cancérologie.

Un autre facteur explicatif à cette carence en recherche est d'ordre épidémiologique ; il y'a vingt ans, on mourrait beaucoup plus vite du cancer .la fulgurance de la maladie ne laissait pas le temps de se questionner sur le rôle et la place des proches auprès des patients, sauf pour la phase terminale et le deuil.

En oncologie, les cliniciens ont pris conscience de l'implication des proches dans la prise en charge de patients cancéreux depuis le début des années 80. Une première étude réalisée par Gobe [97], intéressant 87 patients a démontré que leurs proches ne recevaient que peu voire aucune éducation. Ce contexte rend ces proches mal préparés pour assurer un complément de prise en charge à domicile [98].

Oberst and al [99] rapporte que les proches passent la plupart du temps à assurer le transport et soutenir les patients sur le plan émotionnel. Dans cette même étude plus du tiers des proches ont exprimé leur mécontentement concernant la prise en charge médicale et demandent des soins maximalistes.

Il s'agit dans ces études des répercussions habituelles sur les proches d'un malade atteint de cancer sans spécificité quant à l'âge de celui-ci. Par ailleurs et au-delà de ces répercussions, il convient d'insister sur les particularités chez la personne âgée du groupe familial. En effet, dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée atteinte de cancer, la place et l'implication de l'entourage apparaissent très différentes chez l'adulte. Chez la personne âgée atteinte de cancer, la famille, quand elle est présente, est constituée du conjoint et des enfants (14,7 et 56,7% respectivement dans notre étude).

Pour le conjoint, âgé lui aussi la plupart du temps, son implication dans les soins est souvent réduite. C'est surtout aux enfants adultes que les oncologues et les équipes soignantes sont confrontés. Il n'est pas rare que ceux-ci interviennent dès l'annonce du diagnostic. Dans certains cas, c'est dès la suspicion de cancer que l'entourage se manifeste au médical, s'interposant même, refusant parfois l'annonce de la maladie à leurs proches (hyperprotection). Il est alors parfois difficile de concilier une prise en charge centrée sur le malade et sa demande, et une attention importante à la problématique de l'entourage. C'est également au niveau de l'acceptation des thérapeutiques et de leur organisation que la place des proches de la personne âgée atteinte de cancer est souvent incontournable.

Il importe de ne pas faire l'impasse sur le sens de la prise en charge proposée pour le malade lui-même, mais aussi pour son entourage. En effet, le retentissement des traitements nécessite une adaptation du quotidien de la personne âgée qui ne peut être possible, la plupart du temps, qu'avec l'aide de son entourage.

L'attitude des familles quant à la thérapeutique peut aller, en caricaturant, d'une position « aquoibonniste » à une position « jusquaboutiste ». Parmi les sentiments éprouvés par les proches de la personne âgée atteinte de cancer, on retrouve en particulier l'ambivalence et la culpabilité. Encore plus que chez l'adulte malade, les proches sont confrontés à des situations de pré deuil, au risque de tomber dans le deuil anticipé, n'arrivant plus à maintenir l'investissement dans la relation à leur parent dans l'ici et maintenant, quel que soit le temps qui lui reste à vivre [100].

Là encore, l'attention des médecins est nécessaire pour développer une prise en charge de qualité qui ne peut pas faire l'impasse de la famille, mais sans que celle-ci se substitue au malade.

Par ailleurs, la famille n'est pas une entité homogène et, au sein de celle-ci, l'équilibre peut être délicat ; l'existence de décalages au sein même du groupe familial n'est pas rare, ce qui vient encore compliquer la prise en charge, et le risque est grand pour le soignant d'être « pris en otage » par telle ou telle partie de la famille. Comme le souligne Saltel [101], « à l'hôpital, il faut savoir faire la part entre les attitudes de certains membres de la famille qui se mettent en avant, sont un peu en représentation, et leur influence réelle sur le patient, les proches ». Bien sûr la mise en rivalité est à éviter.

La place de la famille chez les patients cancéreux diffère largement en fonction de l'âge de la population étudiée. En effet, les patients âgés souffrent beaucoup plus d'impotence fonctionnelle, ont moins de capacités cognitives et la plupart de ces patients ne reçoivent que des traitements palliatifs [102].

Ces proches ont pour rôle d'accompagner les patients pendant leurs visites fréquentes au centre de traitement et de faire face aux effets secondaires des médicaments [103,104].

Dans ce contexte l'accompagnement fini le plus souvent par la perte d'un être très cher avec tout ce qui en découle de stress et douleur morale. Les proches doivent donc participer aux décisions thérapeutiques, certes difficiles, en fin de vie [105-109]. Ils peuvent être plus utiles pour la constitution du dossier médical, en particulier pour rapporter les symptômes quand le patient souffre de démence, dépression ou une hypoacousie [110].

5.3.2. Impact du cancer chez les proches :

Comme nous l'avons souligné plus haut, la confrontation à la maladie néoplasique suscite une crise pour le patient lui-même, et ce quel que soit son âge. La maladie a également un impact au sein du groupe familial et plusieurs études confirment que les points les plus stressants chez les proches sont le soutien physique, la gestion des traitements et leurs effets indésirables ainsi que le soutien émotionnel d'un patient déjà souffrant [111-113]. Secondairement, les proches ont un souci concernant leur activité professionnelle et l'impact social et surtout économique de cet accompagnement [114-117].

Cette expérience est vécue différemment, certains proches retrouvent qu'elle est source de fatigue et dépression. D'autres rapportent des effets moins négatifs et parfois avec un apport positif [118]. Cette différence dépend d'abord de la personnalité du proche ; les sujets optimistes et déterminés ont moins d'impact [119-122]. Les conjoints de ces patients sont les plus touchés, ils éprouvent plus de fatigue et d'insomnie, ceci est lié à leur âge avancé, leur capacité physique réduite et leur forte volonté de réduire la souffrance de leur

partenaire [123-125]. Dans ce cadre, il est bien établi que les partenaires de sexe féminin souffrent plus que les hommes [111] et ont plus de dépression [124].

5.3.2.1.Santé mentale :

Malgré que certaines études rapportent que la plupart des proches de patients âgés atteints de cancer n'ont pas de problèmes émotionnels [41], d'autres études confirment que la dépression est plus fréquente chez les proches que dans la population normale surtout au cours des phases terminales de la maladie [48,56]. Des études montrent que sur le plan psychique, le conjoint d'un patient atteint de cancer peut avoir des inquiétudes plus aiguës que le patient à propos de la mort [126], qu'il peut avoir un ressenti d'isolement ou de négligence [127]. Il a été montré un niveau de dépression et d'anxiété aussi élevé chez les conjoints que chez les malades [128]. Cette conclusion s'applique à notre contexte, car si la prévalence de la dépression chez les patients est de 19.3%, chez les proches elle est retrouvée chez 62,7% des patients.

Dans l'étude de Wellish sur les proches, des troubles du sommeil sont rapportés dans 40 % des cas, une diminution de l'appétit est signalée dans 26 % des cas ainsi qu'une perturbation des capacités de travail perturbées dans 42 % des cas [41].

Saltel en 2003 [129] fait apparaître clairement « que les symptômes de stress (maux de tête, somatisation) sont plus importants chez le conjoint que chez le patient : seule la fatigue du patient est supérieure à celle du conjoint. Ils n'ont pas les mêmes préoccupations et, de manière générale, le proche est beaucoup plus préoccupé que le patient lui-même ».

Une étude récente, intéressant les épouses de patients atteints de cancer, de SIDA ou de démence au stade terminal prouve que la fréquence de dépression est comparable dans les trois groupes ; cependant, les patients atteints de cancer avaient plus d'anxiété et d'insomnie par rapport aux deux autres groupes [127].

L'accompagnement d'un patient cancéreux n'est pas une simple tâche, il constitue une expérience douloureuse et peut avoir des conséquences émotionnelles et physiques majeures chez les proches. Cet impact a été mis au point dans plusieurs revues [130-135] . Sales and al concluent qu'un nombre significatif de proches présentait des signes de stress avec retentissement physique [136]. Une autre étude confirme que le stress est majoré chez 77% des cas avec recours aux médicaments dans 28% des cas [137].

Dans notre étude, nous avons retrouvé que 46% et 39,6% des patients respectivement avaient des troubles de sommeil et d'appétit. L'anxiété est révélée dans plus de 79% des cas avec recours aux anxiolytiques dans 10% des cas.

D'autres auteurs ont noté des symptômes de dépression, d'anxiété, des signes psychosomatiques et des conflits conjugaux chez les proches [138]. Cet impact diffère en fonction du stade évolutif du cancer [139,140] et du type de soutien délivré [141-143]. Mor et al départagent les proches en trois groupes, certains délivrent des soins, d'autres assurent un soutien matériel et ceux qui s'occupent du transport [144]. Selon les auteurs, l'impact est beaucoup plus important dans le premier groupe par rapport aux deux autres groupes [145-147].

D'autres aspects de retentissement psychologique ont été recherchés dans notre étude notamment l'obsession de cancer (29,3%), la peur de contagion

(10,7%) et d'hériter le cancer (20%) et l'angoisse de perte du proche (57,3%). Les facteurs associés à ce retentissement psychologique ont été recherchés par un test non paramétrique et ce dernier a retrouvé que la dépression et l'anxiété sont plus fréquentes chez les proches de sexe féminin et d'origine urbaine. La peur de contagion est plus fréquente chez ceux d'origine rurale et analphabètes (tableau 18).

La peur d'hériter le cancer était rapportée par les filles des patientes âgées atteintes de cancer du sein.

Tableau XVIII : Analyse statistique par test non paramétrique à la recherche de facteurs influençant le retentissement psychologique chez les proches de patients cancéreux

		dépression		anxiété		Peur de contagion		Peur d'hériter le cancer	
		%	p	%	p	%	P	%	p
Sexe	Masculin (n=61)	51.8	<0.001	60.2	<0.001	72.4	0.17	61.4	0.002
	Féminin (n=89)	91.7		85.9		77.6		83.6	
Origine	Urbain (n=100)	82.5	0.001	81.2	0.001	69.7	<0.001	77.7	0.068
	Rural (n=50)	61.5		64		87		68	
Niveau scolaire	Scolarisé (n=94)	76.3	0.704	75.8	0.85	69.1	<0.001	74.9	0.82
	Analphabète (n=56)	74		74.9		86.2		73.8	

5.3.2.2.Santé physique :

Quelques études avancent que le stress aurait un effet négatif sur l'immunité, la pression artérielle sanguine et le métabolisme des lipides [7-11,

15,148]. Ce stress pourrait être considéré par d'autres auteurs comme facteur de risque de mortalité chez les épouses de patients âgés [12].

De façon objective, une étude chez des patients âgés atteints de cancer de poumon rapporte que les épouses des patients avaient une santé physique plus altérée que dans le groupe de contrôle [48]. Dans notre étude aucun retentissement physique du cancer n'a été identifié chez les proches.

5.3.2.3. Coût social et économique :

Les proches de patients cancéreux rapportent des un retentissement social néfaste, en particulier la perturbation de leurs routines et l'altération de leurs relations sociales et pensent qu'ils sont devenus moins sociaux [13,16]. Dans notre étude cette conviction est présente chez 49 proches (32,7%) et 69 rapportent une négligence du conjoint et des enfants et des responsabilités envers la petite famille.

Le soutien social de ces patients sous entend une baisse du rendement au travail à cause du temps perdu induisant un arrêt du travail temporaire dans 54% des cas avec licenciement dans deux cas.

Ainsi, on estime que par semaine, 10 heures sont nécessaires pour l'accompagnement d'un patient cancéreux âgé de plus de 70 ans ce qui correspond à 1200 dollars par patient par an et à plus d'un milliard de dollars aux états unis [2]. En plus, il faut prendre en considération les dépenses liées au transport et aux repas, non remboursables par la sécurité sociale [1, 4,5]. Dans notre contexte ce coût économique est beaucoup plus remarquable puisque 87,3% de nos patients n'ont pas de couverture sociale et 62,7% des proches

interrogés n'ont aucun revenu mensuel ou ont un revenu mensuel moins de 200 dollars.

Ainsi, 78,7% des proches voient leurs ressources économiques dépassées avec recours aux crédits et vente de bien dans 56 et 18,7% des cas respectivement. La particularité de notre contexte consiste en la fréquence de dons de bienfaiteurs et organismes non gouvernementaux dans plus de 70% des cas.

5.3.2.4. Bénéfices :

L'accompagnement d'un patient ayant un cancer a de nombreux effets négatifs mais il peut être aussi bénéfique. Parmi ces effets positifs on cite la surestime du soi, la satisfaction personnelle, la maturation de la personnalité et le fait d'avoir un sens à sa vie [48, 87,88].

Une étude intéressant 34 patients atteints de cancer testiculaire et leurs épouses, rapportent que cette expérience a influencé de façon positive la relation dans le couple avec plus d'intimité de communication et d'affection l'un pour l'autre [137]. Dans notre étude nous avons relevé aussi que 80% de nos patients ont rapporté une satisfaction de l'accompagnement (effets bénéfiques).

5.3.2.5. Réduction de l'impact du cancer chez les proches :

En revanche, si le retentissement du cancer chez les proches a été largement étudié, l'impact de l'éducation de ces proches n'a été recherché que rarement. Selon quelques études, l'accès à l'information à partir du personnel soignant reste difficile en particulier les médecins et les infirmiers [149,150]. Malgré ces difficultés les proches confirment que ces informations les aident à faire face à la maladie [151-152]. Ce besoin d'information est accentué au

moment du diagnostic, durant l'hospitalisation (en particulier au moment de la chirurgie) [153,154], à l'instauration d'un nouveau traitement [139], au moment des rechutes [155] et pendant la phase terminale [156].

L'information des proches ne concerne pas seulement les aspects physiques de la prise en charge mais aussi le soutien psychique. Selon Oberst et Scot, les proches doivent connaître les symptômes de la dépression et comment y faire face [157].

Une seule étude a évalué de façon objective l'impact de l'éducation de 50 proches de patients âgés cancéreux [158]. Ces proches ont suivi un programme de formation concernant le traitement de la douleur ayant permis de façon significative l'amélioration de la qualité de vie des patients et des proches. Ainsi, de nombreux auteurs proposent certains programmes d'aide aux proches notamment dans le cancer de prostate et du poumon... [159-166].

En prenant compte du rôle du proche « aidant naturel », leur rôle d'aide, mais aussi les difficultés qu'ils rencontrent, nous pouvons dégager deux tendances principales :

- ❖ La prise en charge du proche comme « co-patient » s'il ne souffre pas de la maladie cancéreuse, certains auteurs le voient comme « un malade caché » dont la souffrance est spécifique.
- ❖ La prise en compte du proche comme « co-thérapeute » du malade. Pour Nijboer ; il peut même être considéré comme « premier fournisseur de soins », il devient un véritable relais des soignants qui permet d'améliorer le suivi des malades.

5.4. Traitement du cancer chez le sujet âgé:

5.4.1. Les essais cliniques chez la personne âgée :

L'augmentation de l'espérance de vie dans les pays occidentaux s'accompagne d'une élévation du nombre des cancers chez les personnes âgées. Cependant, cette tranche de la population est fréquemment exclue des essais cliniques dans le domaine de la cancérologie. Lorsqu'elle y est incluse, elle est soumise aux mêmes évaluations que les sujets plus jeunes. Les thérapeutiques administrées aux personnes âgées peuvent alors être inadaptées du fait des particularités et des mécanismes spécifiques liés au vieillissement ainsi qu'aux critères d'évaluation standardisés.

L'oncogériatrie est devenue une discipline à part entière dans le domaine de l'oncologie. Des experts internationaux se sont réunis pour tenter de mettre en place des critères multidisciplinaires de décision. Il s'agit de prendre en compte, non seulement l'impact du vieillissement, mais également l'impact des pathologies associées sur l'espérance de vie liée au cancer. Ce paramètre peut influencer sur la décision thérapeutique pour adapter le meilleur traitement à ces sujets âgés, tout en ne considérant pas que la vieillesse.

5.4.2. Prise en charge thérapeutique :

5.4.2.1. Outils d'évaluation gériatrique :

Le vieillissement étant un phénomène très inégal, l'appréciation de son stade réel demeure le problème pratique quotidien principal. En effet, la seule présence de co-morbidités peut influencer de manière cruciale le pronostic jusqu'à annuler tout bénéfice potentiel du traitement spécifique qu'on envisage [167].

On reconnaît aussi l'importance capitale des répercussions fonctionnelles des traitements en cancérologie et de leur impact sur l'autonomie dans la population âgée [168,169]. L'évaluation gériatrique approfondie (EGA), ou comprehensive geriatric assessment [168], permet d'apprécier ces différents volets. Il s'agit d'une évaluation multidimensionnelle (tableau XIX) :

- l'évaluation nutritionnelle : mini nutritional assessment (MNA) ;
- l'évaluation cognitive : Folstein mini-mental state (MMSE), questionnaire en 30 items mesurant orientation, attention, mémoire et réalisation de tâches simples ;
- l'évaluation des troubles dépressifs présents chez 3–10% des sujets âgés : geriatric depression scale (GDS) ;
- l'évaluation de la dépendance : l'étude des activités de la vie quotidienne ou activity daily living (ADL) se déclinant en basic ADL, instrumental ADL (IADL) et advanced ADL, par exemple capacité à se lever, se déplacer à l'intérieur de la maison, se laver et assumer les soins d'hygiène, être continent et la possibilité d'aller seul aux toilettes, se nourrir seul ;
- l'évaluation des conditions de vie socioéconomiques, de l'environnement social dont existence ou non d'un aidant naturel ;
- l'évaluation des comorbidités : cumulative illness rating scale-geriatrics (CIRSG) ;
- la recherche de syndromes gériatriques parfois présents chez plus de 30% des sujets : démence, délire, chutes ;

- l'étude des co-médications fréquentes et à risque d'interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses.

Tableau XIX : Évaluation gériatrique approfondie (EGA) [170]

Paramètres	Outils
Autonomie	PS, <i>activity of daily living scale</i> (ADL), <i>instrumental activity of daily living scale</i> (IADL)
Comorbidités	Nombre, sévérité (index de comorbidités)
Socioéconomique	Conditions de vie, aidants, soignants
Cognition	<i>Folstein mini-mental status</i> (MMS)
Émotion	Échelle de dépression gériatrique (GDS)
Médicaments	N, indications, interactions
Nutrition	<i>Mini nutritional assessment scale</i> (MNA)
Syndromes gériatriques	Démence, délire, chutes

5.4.2.2. Choix thérapeutique

Pour la prise en charge du sujet âgé cancéreux, il est admis d'utiliser l'arbre décisionnel (Fig. 1) tel que le recommandent les oncogériatres de l'université de Tempa en Floride [171], ce qui permet de distinguer trois groupes de malades âgés atteints de cancer :

- Le groupe « très fragile », qui ne relève que de soins palliatifs ; dans ce groupe se retrouvent les personnes d'un âge très élevé, supérieur à 85 ans, ayant des syndromes gériatriques évolutifs, avec souvent plus de trois polyopathologies, une perte d'autonomie ou vivant en institution

(groupe 3) ; la préoccupation primordiale est alors la qualité de vie ; 12,6% de nos patients n'ont reçu qu'un traitement palliatif.

- A l'inverse, le groupe dit « harmonieux » est constitué des patients autonomes et n'ayant pas de comorbidités (groupe 1) ; leur traitement doit être identique à celui des sujets jeunes ; 56,7% de nos patients appartenaient à ce groupe et ont reçu une dose standard.
- Quant au groupe 2, dit groupe « intermédiaire », quantitativement le plus important, il regroupe les patients ayant une autonomie conservée, avec des polypathologies peu nombreuses — inférieures à trois. Dans ce groupe, les traitements doivent être adaptés et, au mieux, individualisés [172]. Dans notre étude, ce groupe représentait 30,7% des patients.



5.4.3. Chimiothérapie et patients âgés

Appliquer une chimiothérapie chez une personne âgée et en choisir le type relève d'une démarche thérapeutique complexe [173-175]. Tout d'abord, la décision d'une chimiothérapie doit tenir compte de la sensibilité de la maladie cancéreuse concernée, mais aussi de la toxicité des agents anticancéreux.

Les toxicités les plus rédhitoires de la chimiothérapie chez les personnes âgées sont représentées par :

- la toxicité neurologique périphérique ;
- la toxicité rénale ;
- la toxicité digestive (vomissements et mucites) ;
- la toxicité hématologique (neutropénie, anémie et thrombopénie).

En effet, les toxicités de la chimiothérapie exposent au problème de la décompensation fonctionnelle en cascade, bien connu des gériatres.

Enfin, il est à souligner le problème de l'alopecie chimio-induite. Même si cet effet est réversible, il est souvent très mal vécu par la personne âgée (peut-être même encore plus mal que chez la personne plus jeune), la notion de « mort symbolique » étant attachée à cet effet secondaire. Donc, la chimiothérapie est d'administration délicate chez les sujets âgés car, comme pour tous les médicaments, ceux de la chimiothérapie subiront chez les sujets âgés encore plus de modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques individuelles et même interindividuelles que dans la population plus jeune. Cela suppose donc d'adapter au mieux la posologie de la chimiothérapie chez les personnes âgées en fonction d'études pharmacocinétiques dont on ne dispose pas malheureusement dans les dossiers d'autorisation de mise sur le marché des

médicaments (AMM). En effet, ces dossiers d'AMM sont souvent anciens et concernaient une population traitée plus jeune (inférieure à 65 ans). Et même lorsque nous disposons de données pharmacocinétiques chez les sujets âgés, en fait, ils sont dans une tranche d'âge qui reste inférieure à 75 ans. En d'autres termes, tout est à faire en matière d'études pharmacocinétiques chez les cancéreux de plus de 75 ans.

Mais la seule tolérance de la chimiothérapie chez le sujet âgé n'est pas suffisante en elle-même. Les conditions logistiques des traitements sont tout aussi importantes. Chez les personnes âgées, il faut privilégier les perfusions simples et courtes, en ambulatoire (en hôpital de jour, voire même à domicile). L'état veineux périphérique des personnes âgées étant souvent altéré, il est nécessaire de mettre en place un dispositif veineux permanent. Le personnel doit donc être entraîné à l'utilisation des chambres implantables pour injection.

Par ailleurs, les soins de support doivent être minutieusement prescrits, en particulier le traitement antiémétique, les facteurs de croissance des leucocytes (G-CSF) et les érythropoïétines recombinantes [176].

Quant aux chimiothérapies orales, elles sont a priori idéales. De nombreuses formes orales existent actuellement sur le marché. Mais l'observance de la chimiothérapie orale chez les sujets âgés pose un véritable problème. Il y a bien sûr la problématique de la non-observance. Mais le problème de l'observance « en plus » (rattrapage de dose oubliée) est tout aussi important, exposant les malades à une toxicité cumulative, de surcroît non surveillée. Si bien que d'autres conditions logistiques des chimiothérapies sont nécessaires chez les malades âgés. Cette logistique générale concerne la présence familiale, l'aide à domicile, la téléalarme, les transports fonctionnels, un réseau de soins ville– hôpital avec un système d'information en temps réel, etc.

En résumé, décider d'une chimiothérapie et de son type chez une personne âgée atteinte d'un cancer relève d'une décision raisonnable et raisonnée que seule une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) peut au mieux prendre. Dans cette RCP interviennent bien sûr l'oncologue médical, mais aussi le gériatre, ainsi que le spécialiste d'organe, et le médecin généraliste. Le plan cancer a justement inscrit dans une de ses mesures de « mieux adapter les modes de prise en charge et des traitements aux spécificités des personnes âgées».

5.4.4. Hormonothérapie et sujet âgé

L'hormonothérapie est le traitement médical de choix chez les personnes âgées lorsqu'elles sont atteintes d'un cancer hormonodépendant. Cela concerne exclusivement les cancers du sein avec présence de récepteurs aux estrogènes et/ou à la progestérone, ce qui, fort heureusement, représente environ 80 % des cancers du sein. Depuis la mise sur le marché des inhibiteurs de l'aromatase, il n'existe, a priori, aucune contre-indication à utiliser cette famille d'antiestrogènes.

En effet, le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire avec les inhibiteurs de l'aromatase est moindre qu'avec le tamoxifène. Quant au risque osseux (risque de fractures), il est légèrement augmenté avec les inhibiteurs de l'aromatase, surtout dans les deux premières années d'utilisation, ce qui nécessitera une surveillance ostéodensitométrique, voire un traitement associé par biphosphonates [174].

Quant au cancer de la prostate, il relèvera d'un traitement anti-androgénique. Celui-ci est habituellement simple et bien supporté. L'hormonosensibilité est habituelle dans ce type de cancer, d'une durée moyenne de deux ans. Au moment de l'échappement hormonal, la question de la

chimiothérapie doit également être discutée au cas par cas dans une réunion de concertation pluridisciplinaire spécifique où interviendront urologue, gériatre, cancérologue et médecin généraliste.

5.4.5. Chirurgie et sujet âgé

Les principes et les techniques chirurgicales appliqués à la personne âgée ne sont pas fondamentalement différents de ceux appliqués chez le plus jeune. En revanche, la personne âgée présente des particularités physiologiques et pathologiques qui peuvent modifier sa prise en charge et l'anesthésiste a un rôle majeur à jouer dans celle-ci [177].

Le vieillissement physiologique de la personne âgée aboutit à de moins grandes adaptabilités de l'organisme pour pouvoir répondre à l'agression provoquée par l'acte chirurgical [178]. Les particularités physiologiques du vieillissement engagées au cours de l'anesthésie et de la chirurgie concernent essentiellement trois organes : le système cardiovasculaire, les poumons, les reins.

Par ailleurs, les personnes âgées posent également d'importants problèmes nutritionnels. La malnutrition est présente chez 12 % des hommes et 8 % des femmes au-delà de 80 ans [179]. Cela aura un impact fort sur la période postopératoire.

Les soins de supports nutritionnels de la personne âgée cancéreuse sont semblables à ceux appliqués aux non cancéreux mais doivent tenir compte des besoins caloriques spécifiques [180]. L'anesthésiste devra donc :

- prendre en compte les comorbidités initiales fréquentes (HTA, coronaropathie, arythmie, insuffisance cérébrovasculaire, bronchopathie chronique, diabète) ;
- gérer les complications postopératoires, infectieuses, respiratoires, cardiaques et pulmonaires
- tenir compte de la douleur qui peut provoquer une décompensation en cascade
- prévenir le refroidissement dû à une mauvaise régulation thermique
- prendre en charge les décompensations psychiques particulièrement fréquentes, mal appréhendées et difficiles à prendre en charge chez la personne âgée.

5.4.6. Radiothérapie et sujet âgé

La radiothérapie moderne, qui a fait d'énormes progrès ces dernières années, permet d'envisager actuellement non seulement des traitements palliatifs chez les malades âgés, mais aussi des traitements curatifs et, donc, d'envisager une baisse de la mortalité en oncogériatrie. Si bien qu'il n'existe plus aujourd'hui aucune contre-indication absolue à la radiothérapie. Celle-ci reste pourtant souvent prescrite dans le cadre d'un traitement palliatif. La radiothérapie à visée curative peut s'envisager également chez la personne âgée, surtout avec la technique récente de radiothérapie conformationnelle qui épargne au mieux les tissus avoisinants.

En effet, la radiothérapie conventionnelle expose à certaines toxicités qui se comprennent aisément selon le champ d'irradiation Utilisé (pneumopathie, diarrhée, cystite, brûlure cutanée, mucite et asialie avec son retentissement particulièrement grave sur l'alimentation des personnes âgées).

Le choix du schéma radiothérapique doit donc se faire en fonction de l'espérance de vie propre des malades, des comorbidités de la maladie et de son stade. C'est ainsi que le traitement hypofractionné est souvent proposé chez les patients atteints de handicap avec une dose par semaine mais plus forte, le nombre d'allées et venues étant réduit, ainsi que la durée du traitement. Mais ce choix ne doit s'imposer qu'en cas de survie prévisible courte, car le contrôle tumoral est souvent moins bon et les complications tardives sont plus fréquentes, ce qui détériorera définitivement la qualité de vie des malades, ce qui est bien sûr contraire au but recherché.

5.4.7. Ce que l'oncologue peut attendre du psycho-oncologue

Il faut bien admettre que l'oncologue n'a pris conscience de la psycho-oncologie qu'au moment où celle-ci lui a été imposée. Cet état de fait est relativement récent et découle assez directement de la demande clairement exprimée au cours des Premiers États Généraux des malades atteints de cancer, organisés en 1998 par la Ligue Contre le Cancer : « Donnez-nous des médecins plus humains ! » À la suite de quoi, des psychologues et des psychiatres ont investi les établissements, les équipes de cancérologie, et surtout se sont retrouvés en face aux malades.

Au-delà de la réalité quotidienne qui fait que trop peu de psycho-oncologues sont sur le vaste terrain du cancer (alors même qu'un exemple aux États-Unis fait état d'un équivalent temps plein pour 1500 nouveaux malades

par an au Mémorial Sloan Kettering Cancer Center de New York), il est toujours constaté chez nous un certain nombre de freins au plein exercice de la psycho-oncologie.

Certains malades, eux-mêmes empreints du « tabou de la folie », se refusent à consulter le spécialiste de leur âme... Tandis que l'oncologue, cloisonné dans son activité technique, ne pense pas ou ne veut pas s'adresser à ses malades.

Pire, il accélère une consultation de psycho-oncologie au seul motif de son « impuissance à guérir » tel ou telle malade. Et, en pleine bonne foi, il pense et parfois même il dit qu'il n'a pas reçu la formation « académique » ad hoc à la psychologie des malades et que sa sensibilité à cette « affaire-là » ne suffira pas. Et puis il est rattrapé par la file active de plus en plus longue des cancéreux, lesquels vivent de plus en plus longtemps grâce aux progrès constants des thérapeutiques qu'il applique... et plutôt bien, les résultats le prouvent ! Et il se sent seul. Seul dans sa jeune spécialité, l'oncologie médicale étant promise à l'apoptose dans un très proche avenir, en dehors d'une prise de décision politique basement démographique. Seul face à la « dictature du toujours plus » de certains malades et de certaines associations de malades..

Mais il n'y a pas que du déplaisir avec la psycho-oncologie. Le plaisir existe. Plaisir de l'approche globale du malade pour l'oncologue d'aujourd'hui qui redevient l'interniste d'hier et qui remet le malade au centre du débat. Plaisir de partager « le poids » des malades atteints de cancer encore considérés comme des « malades lourds », certainement à juste titre, Plaisir de coopérer avec les psycho-oncologues pour, ne serait-ce que reconnaître et traiter les malades déprimés et plus globalement faire correspondre l'âme et le corps du souffrant.

Plaisir de constater que la psycho-oncologie participe sûrement à la qualité de vie (survie) de nos malades et qu'elle contribue à l'amélioration des soins à côté de tous les traitements de support. En ce sens, la psycho-oncologie est une réponse possible au risque de déshumanisation face à l'hyper-technicité de la cancérologie moderne.

Mais soyons tentés par le désir de voir les psychooncologues investir nos consultations d'annonce, nos réunions de concertation pluridisciplinaire, nos réseaux de soins de cancérologie... dans l'intérêt même de nos malades et dans le nôtre pour nous sensibiliser à la psychologie humaine du soigné et du soignant.

Durant la dernière décennie, plusieurs interventions ont été proposées pour réduire l'impact psychologique du cancer chez les patients âgés. Ces interventions s'intéressent surtout au soutien émotionnel, l'asthénie physique et les capacités d'adaptation [181-185]. Cependant d'autres points restent importants à améliorer notamment la connaissance des symptômes et l'implication dans les décisions thérapeutiques ; afin d'améliorer la qualité de vie des patients et de minimiser le retentissement psychologique.

Pour la question de l'oncogériatrie, c'est tout un monde encore peu connu que les psycho-oncologues doivent explorer afin de mettre à la disposition des spécialistes du cancer de la personne âgée les connaissances sur le comportement des vieillards vis-à-vis du cancer et son retentissement sur la maladie et ses traitements. La psycho-oncogériatrie est en train de naître... Faisons-la vieillir !

L'approche oncologique a ses spécificités quand il s'agit de personnes âgées. Spécificités « techniques » en ce qui concerne l'indication de traitement spécifique, la décision raisonnable et raisonnée de la stratégie thérapeutique à appliquer et les différentes adaptations à apporter aux traitements conventionnels pour essayer au mieux d'aboutir à une individualisation des soins propices à la meilleure efficacité des thérapies pour la meilleure tolérance. Mais il doit s'y ajouter des spécificités qui relèvent plus du domaine des sciences humaines dont certaines passent certainement par le psycho-oncologue. Aujourd'hui, sa place n'est plus discutée par les équipes de soins spécialisées en cancérologie et beaucoup moins par les malades eux-mêmes et leur entourage. Mais le champ de la psycho-oncologie aux âges avancés de la vie doit continuer à être défriché par le spécialiste.



Conclusion



6. Conclusion

Même si certaines spécificités de la psycho-oncologie du sujet âgé ont pu être soulignées, il est important de dire qu'en ce domaine tout reste à faire. Peu d'études sont en effet disponibles en oncologie et en psycho-oncologie du sujet âgé. Pourtant, la prévalence de la pathologie néoplasique est importante chez la personne âgée et augmente avec l'âge. Il conviendrait donc qu'oncologues et psycho-oncologues s'attachent à étudier les spécificités de leur discipline dans ce cadre précis, même si l'hétérogénéité de la population des plus de 65 ans est évidente [186]. Au-delà du patient âgé atteint de cancer, la place de la famille est non seulement singulière, mais incontournable dans la prise en charge. On retient une forte tendance de la famille à se substituer au patient dans le rapport avec le médical et les soignants. De plus l'impact du cancer est plus remarquable chez les proches que chez les patients eux-mêmes.

La particularité de la famille marocaine réside dans la solidarité familiale morale, et matérielle, la vie en collectivité avec les enfants le conjoint et les petits enfants ce qui permet au sujet âgé de mieux s'adapter à son cancer.

Il nous apparaît tout à fait crucial que le médical et le personnel soignant puissent être sensibilisés aux particularités de la relation avec le malade âgé pour lui permettre de soigner ces patients. En effet, certaines particularités de la relation avec le sujet âgé atteint de cancer peuvent être décourageantes ou déroutantes. Il n'est pas rare d'observer de la lassitude du côté des soignants envers un patient parfois ralenti, ou opposant, ne comprenant pas toujours ce qui lui est dit, au discours monotone, aux exigences parfois jugées abusives... Il n'est pas toujours facile de prendre du recul et de décoder les manifestations liées à la régression psychoaffective, à l'égoïsme, à l'insatisfaction, à

l'irritabilité caractérielle de ces personnes à ce moment de leur existence. Ce sont, bien entendu, les propres projections des soignants au sens large qui grèvent la prise en charge ; les attitudes d'idéalisation, de rejet et d'infantilisation peuvent être sources de dysfonctionnement. L'ensemble de ces phénomènes concourt à rappeler l'importance d'une collaboration régulière entre « psy », gériatre et équipe d'oncologie.



Résumés



7. Résumés

Titre : Impact du cancer chez le sujet âgé et ses proches

Auteur : Sihame Lkhoyaali

Mots clés : cancer, sujet âgé, psycho-oncologie.

Au cours de la vieillesse comme à d'autres âges de la vie, la maladie cancéreuse du fait de sa spécificité est à l'origine de réactions émotionnelles, cognitives et comportementales. Il importe de comprendre les particularités liées à l'âge pour écouter, informer et soutenir au mieux les patients. C'est pourquoi, nous avons mené cette étude pour rechercher ces particularités et pour évaluer les retentissements sociaux, psychiques, comportementaux et économiques sur les patients et leurs proches.

Il s'agit d'une étude prospective descriptive, colligée à l'institut national d'oncologie de Rabat s'étalant sur 8 mois et portant sur 150 patients cancéreux âgés et 150 de leurs proches. Nous avons inclus, après consentement éclairé, tous les patients âgés de 70 ans ou plus suivi pour cancer histologiquement prouvé.

L'anxiété était retrouvée dans 74% des cas et la dépression chez 19.3%. Les ressources matérielles ont été dépassées dans 85.3% des cas avec recours au crédit dans 58%. Parmi les 72 patients (48%) actifs sexuellement, 47 (65.3%) ont rapporté une baisse de la libido avec un trouble de l'érection chez 14 patients (19,4 %). La dépression (62,7%) et l'anxiété étaient plus fréquentes chez les proches de sexe féminin et d'origine urbaine. La peur de contagion était plus fréquente chez ceux d'origine rurale et analphabètes. Les ressources économiques étaient dépassées dans 78,7% des cas.

La maladie cancéreuse retentit aussi bien sur le patient âgé que sur sa famille; les patients âgés marocains ont moins de difficultés psychologiques à affronter le cancer qui serait expliqué par leurs convictions spirituelles et degré de foi. Cependant ce retentissement est plus important chez les proches qui sont considérés comme des « patients de second ordre ».

Summary

Titre: Impact of cancer in the elderly and family

Author: Sihame Lkhoyaali

Keywords: cancer, elderly, psycho-oncology.

During old age, as in other stages of life, the cancer because of its specificity is the source of emotional, cognitive and behavioral. It is important to understand the particularities of age to listen inform and support patients at best. Therefore, we conducted this study to investigate these differences and to assess the repercussions social, psychological, behavioral and economic impact on patients and their families.

This is a prospective descriptive study, collated at the National Institute of Oncology in Rabat spanning eight months and involving 150 elderly cancer patients and 150 relatives. We have included, after informed consent, all patients aged 70 or older followed for histologically proven cancer.

87.3% of patients had no insurance coverage and financial familial support was reported in 90% of cases. 109 patients (72.7%) were seen in advanced stages and 52 patients (34.7%) admitted taking herbal and 30 (20%) patients consulted Fquih. Anxiety was found in 74% of cases and depression in 12.6%. Material resources were exceeded in 85.3% of cases with use of credit in 58%. Among the 72 patients (48%) sexually active, 47 (65%) reported a decrease in libido with erectile dysfunction in 14 patients (19.4%). Depression (62.7%) and anxiety were more frequent among female relatives and of urban origin. Fear of contagion was more common among those from rural and illiterate.

The cancer sounds on both the elderly patient on his family; Moroccan elderly patients have less psychological difficulties in facing cancer would be explained by their degree of spiritual beliefs and faith. However, this impact is greater among the relatives who are considered "second order patients".

ملخص

العنوان: أثر السرطان على المسنين والأسرة

الكلمات الأساسية: السرطان، والمسنين، الآثار الاجتماعية والنفسية.

من طرف: سهام لخويعلي

أثناء الشيخوخة كما في مراحل أخرى من الحياة، السرطان يعتبر بسبب خصوصيته مصدر الإنفعالات المعرفية والسلوكية. من المهم أن نفهم خصوصيات سن للاستماع، وإعلام ودعم المرضى في أحسن الأحوال. لذا، أجرينا هذه الدراسة للتحقيق في هذه الخلافات، وتقييم الآثار الاجتماعية والنفسية والسلوكية وأثرها الاقتصادي على المرضى وعائلاتهم. لأمر يتعلق بدراسة استطلاعية وصفية، أجريت في المعهد الوطني للأورام في الرباط مدة عشرة أشهر والتي تنطوي على 150 مريضا بالسرطان و أقاربهم 150. أدرجنا، بعد الموافقة المسبقة، جميع المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 70 أو أكثر اتباعها للكشف عن سرطان ثبت تشريحيًا.

87.3% من المرضى الذين لا على يتوفرون التأمين، (72.7%) في مراحل متقدمة. تم العثور على القلق في 74% من الحالات والاكتئاب في 12.6%. وتم تجاوز الموارد المادية في 85.3% من الحالات مع استخدام الائتمان في 58%. أفاد 47 (65%) انخفاض في الرغبة الجنسية مع عدم القدرة على الانتصاب في 14 مريضا (19.4%). وكان الخوف من العدوى أكثر شيوعا بين أولئك الذين من المناطق الريفية والأمينين. وتم تجاوز الموارد الاقتصادية في 78.7% و 56% استخدموا القروض، وبيع والطلب للحصول على إعانات.

المرضى المسنين المغاربة يواجهون صعوبات نفسية أقل في مواجهة السرطان ويمكن تفسيرها على درجة من المعتقدات الروحية والإيمان. ومع ذلك، تأثير أكبر بين الأقارب الذين يعتبرون "المرضى الذين يعانون من الدرجة الثانية".

Impact du cancer du sujet âgé chez ses proches

Fiche d'exploitation

Numéro de Fiche :

Age: **Sexe :** M F **Origine :** Urbain Rural

Lien de parenté: fils frère conjoint autre

Etat matrimonial : marié célibataire veuf divorcé

Enfants : oui non

Nombre de personne sous sa responsabilité :

Niveau scolaire : analphabète scolarisé

Etat de santé :

1. Physique : normale altérée

2. Mentale : normale altérée

Proximité du patient cancéreux : même maison voisin plus d'1 heure de distance

Emploi : oui non **si oui :** plein temps mitemps retraité

Revenu financier : néant <2000dh 2000dh-5000dh >5000dh

❖ **Retentissement psychologique du cancer :**

depression: oui non si oui légère modérée sévère

Anxiété : oui non

Sentiment de culpabilité : Oui Non si oui pourquoi :

Diminution du rendement scolaire : Oui Non

Troubles du sommeil : oui non

Troubles de l'appétit : oui non

Prise d'anxiolytiques ou hypnotiques : oui non

Obsession d'avoir un cancer : oui non

Peur de contagion : oui non

Peur d'hériter le cancer : oui non **Souhait de mort du proche** : oui non

Sentiment d'impuissance : oui non **Angoisse de la perte du proche** : oui non

Agressivité : oui non **hyper protection** : oui non

Isolement : oui non

❖ **soutien** : physique moral financier

❖ **Retentissement spirituel** :

Changement de la foi : Oui Non **Si oui** : augmentation Diminution

❖ **Retentissement familial** :

Changement de la routine : oui non **devenu moins social** : oui non

Négligence des responsabilités : envers le conjoint les fils avec le conjoint

❖ **Retentissement socio-économique** :

Ressources économiques : adaptées Dépassées

Arrêt d'emploi : oui non **si oui** : volontaire licenciement

Crédit : Oui Non **Si oui** : Famille Proche Banque Autres

Vente de Bien : Oui Non **si Oui** : Maison Terrain Objet précieux Autres

Demande de dons Bienfaiteurs et associations : Oui Non

❖ **Participation aux décisions de soins du sujet agé** : oui non

1. Envie de traitement maximaliste

2. Envie de limiter les soins

❖ **Satisfaction des soins** : oui non

❖ **Effets bénéfiques de l'accompagnement** :

Satisfaction : oui non **Surestimation de soi** : oui non

Maturation de la personnalité: oui non **Gratitude** oui non

Buts dans la vie : oui non **Renforcement des relations :** oui non

Si oui : plus de communication plus d'intimité sensibilité au sentiment de l'autre

Impact du cancer chez le sujet âgé et sa famille

Fiche d'exploitation

Numéro de Fiche :

Age: **Sexe :** M F **Origine :** Urbain Rural
Prise en charge: AMO CNOPS CNSS Assurance Indigent

❖ Situation socio-économique :

Statut matrimonial: Marié Veuf Célibataire Divorcé
Avez-vous des enfants ? : Oui Non Si oui combien ?
Quel métier exercez-vous ou avez-vous exercé ?
Niveau d'étude : Analphabète Pré-scolaire Primaire Secondaire Universitaire
Etes vous indépendant financièrement ? Oui Non
Revenu : Néant < 2000 dH 2000 – 5000 dH > 5000 dH
Vie : individuelle Collective Maison de retraite
Comorbidités : Oui Non Si oui les quelles :

❖ Le diagnostic cancer :

Stade : Localisé Avancé **Nosognosie :** Oui Non
Symptômes : Douleur Asthénie Tuméfaction Autres
Délai de consultation après le diagnostic du cancer :
Besoin d'information : Oui Non
Si oui : Gravité Pronostic Moyens thérapeutiques Effets indésirables
Traitement proposé : Dose standard Dose adaptée (âge et fonction rénale) Palliatif

Profil psychologique :

Personnalité : Optimiste Pessimiste **Soutien familial :** Oui Non

Antécédent de cancer chez un proche : Oui Non Si oui : bonne évolution Décès

❖ **Retentissement psychologique du cancer :**

Choc émotionnel initial : Oui Non **Colère :** Oui Non

Le patient a-t-il accepté sa maladie : Oui Non

Dépression: Légère Modérée Sévère **Anxiété:** Oui Non

Anhédonie : oui non

Angoisse de mort : Oui Non **Sentiment de culpabilité :** Oui Non

Peur de devenir dépendant des proches : Oui Non

Peur de perte d'autonomie : Oui Non **Modification de l'image du corps :** Oui Non

Peur du traitement et de ses effets secondaires : Oui Non

Peur d'abandon : Oui Non **Peur d'être examiner :** Oui Non

Peur de souffrir et d'avoir mal : Oui Non **Refus de soins :** Oui Non

Perception de l'avenir : Pessimiste Optimiste

Inquiétude à propos des répercussions sur la vie familiale: Oui Non

Diminution des capacités cognitives et sexuelles : Oui Non

Préoccupations : Asthénie Douleur Impotence fonctionnelle Effets secondaires

Croyez vous que le cancer est un châtement divin ? Oui Non

❖ **Retentissement physique :**

Passivité : Oui Non **Repli sur soi :** Oui Non **Asthénie :** Oui Non

Handicap : Oui Non **Demande d'assistance physique :** Oui Non

❖ **Retentissement spirituel :**

Changement de la foi : Oui Non **Si oui :** augmentation Diminution

Lecture du coran : Oui Non **Si oui :** augmentation Diminution

Port du Hijab : Oui Non **Pratique des rituels :** Oui Non

❖ **Retentissement sexuel :** actif sexuel inactif sexuel

Le cancer a-t-il affecté votre vie sexuelle : oui non

Si oui : Diminution de la libido Trouble d'érection Peur de contagion

Communication avec le conjoint : Oui Non

❖ **Retentissement relationnel :**

Solidarité de la part de la famille : Oui Non **Morale** **Matérielle**

Agressivité : Oui Non **Négligence :** Oui Non

Adaptation de la famille : Oui Non

Relation avec le conjoint : Renforcée Devenue froide Intacte

Relation avec les enfants : Renforcée Devenue froide Intacte

❖ **Retentissement socio-économique :**

Ressources économiques : adaptées Dépassées **Arrêt d'emploi :** oui non

Crédit : Oui Non **Si oui :** Famille Proche Banque Autres

Vente de Bien : Oui Non **si Oui :** Maison Terrain Objet précieux Autres

Bienfaiteurs : Oui Non

❖ **Retentissement comportemental**

Habitudes toxiques : Oui Non **Si oui :** Récentes Majorées sevrées

Type de toxique : Tabac Alcool Cannabis Autres

Trouble de sommeil : Oui Non

Prise d'hypnotiques : Oui Non

Consultation psychiatrique : Oui Non

Prise d'antidépresseurs : Oui Non

Trouble de l'appétit : Oui Non

Automutilation : Oui Non

Tentative de suicide : Oui Non

❖ **Recours à la médecine populaire :**

Fquih : Oui Non

Qui l'a proposé : le patient ses proches

Plantes médicinales : Oui Non

Qui l'a proposé : le patient ses proches

Quelles plantes :

Période de prise par rapport au traitement médical: Avant Concomitant Après



Références



8. Références

- [1] Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques Secretariat Technique Rapport national sur la politique de population. Personnes âgées au maroc : situation et perspectives. 2006
- [2] Azammam, S. (1998) « Personnes âgées au Maroc », in CERED : Population et développement au Maroc, pp.81-91.
- [3] E.Mitry. chimiothérapie des cancers colorectaux du sujet âgé : jusqu'ou aller trop loin ?gastroentérologie pratique,n :140-novembre2002
- [4] Bytheway B, 1995. Ageism, Buckingham : Open University Press.
- [5] Lalive d'Epina y C et al, 1983. Vieillesse, Saint-Saphorin : Editions Georgi.
- [6] Rovira Eduardo Rodriguez, 2002. "Social Discrimination of the Aged", in Conférences 1998-2001. Madrid : Abumar Grandparents in Motion/Ministerio de Trabajo y asuntos sociales, pp. 210-215.
- [7] Lalive d'Epina y C et al, 1999. «Comment définir la grande vieillesse?», L'Année gérontologique, pp. 64-83.
- [8] Bourdelais P, 1993. L'âge de la vieillesse, Paris : Odile Jacob.
- [9] Lassande, Louise (1996) Les défis de la démographie : Quelle qualité de vie pour le XXIè siècle ?, Editions la Découverte, Paris, 225p.

- [10] Véron, Jaques (1992) « La Théorie générale de la Population est-elle toujours une théorie générale de la population ? », in Population n°6, pp. 1411-1424.
- [11] Desesquelles, Aline (1997) Le vieillissement démographique dans les pays développés : éléments de comparaison et d'analyse des évolutions passées et futures, Communication présentée lors des 1^{ers} rencontres d'Alfred Sauvy : 15-15 octobre 1998, Paris. Site : <http://www-user.ined.fr>.
- [12] Sardan Jean-Pierre Olivier de, 1994. « Séniorité et citoyenneté en Afrique précoloniale », in Attias-Donfut Claudine, Lapierre Nicole (eds), Générations et filiations, Communications, n° 59, pp. 136.
- [13] Legaré J. F., 1995. « Qualité de vie ou quantité de vie : un défi pour les sociétés industrielles », La sociologie des populations, pp. 463-480.
- [14] O. Mouhssine. (2000), Rôles et perceptions des personnes âgées dans la société marocaine, in. ADEMA, Les défis socio-économiques du vieillissement démographique au Maroc, 13-20.
- [15] M. Loriaux (2000), vieillir au Nord et au Sud : l'avenir du vieillissement mondial et la nouvelle alliance des âges, in. ADEMA, Les défis socio-économiques du vieillissement démographique au Maroc, 29-43.
- [16] Lehmann A, Margulis A, Petit JY, Rigaux L. Mutilation, reconstruction, travail de deuil. Psychol Med (Paris) 1983;15:1581-2.

- [17] Boudhaimi M. thèse de médecine N° 45/2005. Faculté de médecine et de pharmacie. Université Mohammed V - Rabat
- [18] Guex P. Y a-t-il des aspects psychologiques particuliers à prendre en compte chez la personne âgée atteinte d'une maladie grave ? *Rev Geriatr* 1997;22:20 (suppl).
- [19] Haond P. Refus de soins et consentement de la personne âgée. *Rev Geriatr* 1997;22(suppl):72–8.
- [20] Ajaj A, Singh MP, Abdulla AJJ. Should elderly patients be told they have cancer? Questionnaire survey of older people. *BMJ* 2001;323:1160.
- [21] Giacalone A, Blandino M, Talamini R, Bortolus R, Spazzapan S, Valentini M et al. What elderly cancer patients want to know? Differences among elderly and young patients. *Psycho-Oncology* 2007;16:365-70.
- [22] Elkin EB, Kim SHM, Casper ES, Kissane DW, Schrag D. Desire for information and involvement in treatment decisions: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *J Clin Oncol* 2007;25:5275-80.
- [23] Silliman A, Balducci L, Goodwin JS, Holmes FF, Leventhal EA. Breast Cancer Care in Old Age: What we Know, don't know and do. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:190–9.

- [24] Lehmann A, Margulis A, Petit JY, Rigaux L. Mutilation, reconstruction, travail de deuil. *Psychol Med (Paris)* 1983;15:1581–2.
- [25] American Psychiatric Association. In: DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 2003. p. 1065.
- [26] Christ G, Siegel K. Monitoring Quality-of-life Needs of Cancer Patients. *Cancer* 1990;65:760–5.
- [27] Mor V, Malin M, Allen S. Age Differences in the Psychosocial Problems Encountered by Breast Cancer Patients. *J NCI Monogr* 1994; 16:191–7.
- [28] Vinokur AD, Threatt BA, Vinokur-Kaplan D, Satariand W. The process of recovery from breast cancer for younger and older patients. Changes during the first year. *Cancer* 1990;65:1242–54.
- [29] Weisman AD, Worden JW. The existensial plight in cancer : significance of the first 100 days. *Int J Psychiatr Med* 1976; 7: 1-15
- [30] Edlund B, Sneed NV. Emotional responses to the diagnosis of cancer : age related comparisons. *Oncol Nurs Forum* 1989; 1: 691-7
- [31] Worden JW. The experience of recurrent cancer. *CA Cancer J Clin* 1989; 39: 305-10.
- [32] Mahon SM, Cella DF, Donovan MI. Psychosocial adjustment to recurrent cancer. *Oncol Nurs Forum* 1990; 17 (suppl 3): 47-52

- [33] Stedford A. psychological aspects of the management of terminal cancer. *Compr Ther* 1984; 10: 35-40
- [34] Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Frieland-Klar H, Coyle N et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res* 1994;3: 183-9
- [35] Mages NL, Mandelson GA. Effects of cancer on patients lives: A personological approach. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 960-3
- [36] Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19-28
- [37] Farber JM, Weinerman BH, Kuypers JA. Psychosocial distress of oncology patients. *J Psychosoc Oncol* 1984; 2: 109-18
- [38] Stefanek ME, Derogatis LP, Shaw A. psychosocial distress among oncology outpatient. Prevalence and severity as measured with the brief symptom Inventory. *Psychosomatics* 1987; 28: 530-9
- [39] Maisiak R, Gams R, Lee E, Jones B, Mortenson LF. The psychosocial status of elderly cancer outpatients. *Prog Clin Biol Res* 1983; 120: 395-403
- [40] Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Miller DS, Brown LL, Cross PA et al. psychosocial status in chronic illness: A comparative analysis of six diagnostic groups. *N Engl J Med* 1984;3: 506-11

- [41] Wellish D, Jamison K, Pasnau R. Psychosocial aspects of mastectomy: II. The man's perspective. *Am J Psychiatr* 1978;135:543–6.
- [42] M.yaniv. comment une cellule devient-elle cancéreuse ? le Bord de l'Eau éditions 2005
- [43] Vercelli M et al, eurocare working group relative survival in the elderly euopean cancer patients evidence for health care inequalities. *Crit rev oncol hemato* 2000 ;35 :161-79)
- [44] Yesavage JA. Syllabus MD Gériatrique. IPSEN. American Geriatrics Society. Société Française de Gérontologie 2701713/02.99. p. 412.
- [45] Jalenques I, Coudert AJ. Fréquence et évolutions de la dépression. *Rev Geriatr* 1991;16:255–7.
- [46] Lebret S, Vaille-Perret E, Mulliez A, Gerbaud L, Jalenques I. Elderly suicide attempters: Characteristics and outcome. *Int J Geriatr Psychiatr* 2006;21:1–8.
- [47] Camus V, Porchet A, Siméone I. Wertheimer. Épisodes confusionnels aigus de la personne âgée. In: Léger JM, Clément JP, Wertheimer J, editors. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris: Flammarion; 1999. p. 193–201.
- [48] Arbus C, Camus V, Schmitt L, Sarramon-Bacquié C. Troubles psychiques associés aux principales affections neurologiques. *Ann Med Psychol (Paris)* 2003;161:834–7.

- [49] Boulaamane L, Essaadi I, Lalya I, M'rabti H, Errihani H. Psychosocial impact of cancer on Moroccan adolescent and young adult: experience of National Institute of Oncology of Rabat. Bull Cancer. 2011 Oct;98(9):981-8.
- [50] Holland JC, Massie MJ. Psychosocial aspects of cancer in the elderly. Clin Geriatry Med 1987; 3: 533-9
- [51] Levine PM, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. Mental disorders in cancer patients: a study of 100 psychiatric referrals. Cancer 1978; 42: 1385-91
- [52] Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983; 249: 751-7
- [53] Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, Nakanishi T et al. Psychiatric disorders in cancer patients : descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals.
- [54] Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. Psychosom Med 1997; 59: 280-93
- [55] Bredart A, Didier F, Robertson C, Scaffidi E, Fonzo D, Costa A et al. Psychological Distress in cancer patients attending the European institute of Oncology in Milan. Oncology 1999; 57: 297-302

- [56] Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support service by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34: 785-91
- [57] Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, Ishitani K. Psychiatric Morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* 1996; 78:1131-7
- [58] De Walden-Galuszko K. Prevalence of psychological morbidity in terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 1996; 5:45- 9
- [59] Penson RT, Gallagher J, Gioiella ME, et al. (2000) Sexuality and cancer: conversation comfort zone. *Oncologist* 5(4): 336-44
- [60] Hannoun-Levi JM (2005) Treatment of breast and uterus cancer: physiological and psychological impact on sexual function. *Cancer Radiother* 9(3): 175-82
- [61] Lépine J. Dysfonction érectile ou andropause ? *L'Actualité médicale (cahier de FMC)* 1998; 10 juin : 8—10.
- [62] Lewinshtein D, Perrotte P, Lebeau T, Ramirez A, Benayoun S, Karakiewicz PI. Normal urinary and sexual function in men without evidence of prostate cancer from Montreal, Canada. *BJU Int* 2006;97(2):1273—7.
- [63] Evidence of prostate cancer from Montreal, Canada. *BJU Int* 2006;97(2):1273—7.

- [64] Carrier S, Brock GB, Pommerville PJ, Shin J, Anglin G, Whitaker S, et al. Efficacy and safety of oral tadalafil in the treatment of men in Canada with erectile dysfunction: a randomized, doubleblind, parallel, placebo-controlled clinical trial. *Br J Sex Med* 2005;2(5):685—98.
- [65] Fiset F. Impact d'une prostatectomie sur la représentation de la sexualité masculine. Montréal: UQAM, département de sexologie, rapport d'activités de maîtrise, 1989.
- [66] Libman E, Fichten CS, Rothenberg P, Creti L, Weinstein N, Amsel R, et al. Prostatectomy and inguinal hernia repair: a comparison of the sexual consequences. *J Sex Marital Ther* 1991;17(1):27—34.
- [67] Creti L, Libman E. Cognitions and sexual expression in the aging. *J Sex Marital Ther* 1989;15(2):83—101.
- [68] Trudel G, Goldfarb MR. L'effet de l'âge sur le répertoire et le plaisir sexuel. *Sexologies* 2006;15(4):266—72.
- [69] Brunet C. Des personnes de soixante-cinq ans et plus parlent. . . de leur vie sexuelle. *Frontières* 1993;6(2):42—3.
- [70] Gagnon M, Hébert R, Leclerc G, Lefrançois R. Development and validation of a sexual actualization measuring instrument for the elderly. *Educ Gerontol* 2002;28(7):621—33.
- [71] Badeau D, Bergeron A. La santé sexuelle après 60 ans : pour une approche globale de la sexualité des adultes âgés. Montréal: Éditions du Méridien, 1991.

- [72] Trudel G, Goldfarb MR. L'effet de l'âge sur le repertoire et le plaisir sexuel. *Sexologies* 2006;15(4):266—72.
- [73] Feher S, Malhy RC. Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psycho-oncology* 1999;8:408-416.
- [74] Norum J, Risberg T, Solberg E. Faith among patients with advanced cancer : a pilot study on patients offered “no more than” palliation. *Journal of supportive care in cancer* 2000;8:110-114.
- [75] Weaver AJ, Flannelly KJ. The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers .*South Med J.*2004;97:1210-1214
- [76] McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB et al. Religious involvement and mortality : a metanalytic review. *Health psycho* 2000; 19:211-222
- [77] Acklin MW, Brown EC, Mauger PA. The role of religious values in coping with cancer .*J Relig Health* 1983;22:322-333
- [78] Levin JS, Chatters LM. Religion, health, and psychological well-being in older adults : findings from three national surveys. *J Aging health* 1998;10:504-531
- [79] Levin JS et al. Panel analysis of religious involvement and well-being in African Americans : contemporaneous vs. longitudinal effects. *J Scientific Study of Religion* 1998;37:695-709
- [80] Weisman AD, Worden JW. The existential plight in cancer : significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med* 1977;1:1-15

- [81] Pargament KI. *The psychology of Religion and Coping : Theory, Research, Practice*. New York, NY : Guilford Press, 1997
- [82] Sephton SE, Koopman C, Schaal M et al . *Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study*. *Breast J* 2001;7:345-353
- [83] Koenig HG, Cohen HJ, George LK et al. *Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults*. *Int J Psychiatry Med* 1997;27:233-250 .
- [84] Andrykowski MA, Brady MJ, Hunt JW. *Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients : cancer as a psychosocial transition*. *Psycho-oncology* 1993;2:261-276
- [85] Sherman AC, Simonton S, Plante TG, Moody VR, Wells P. *Patterns of religious coping among multiple myeloma patients : associations with adjustment and quality of life* . *Psychosomatic Medicine* 2001;63:124
- [86] Sherman AC, Plante TG, Simonton S, Adams DC, Burriss SK, Harbison C. *Assessing religious faith in medical patients : cross-validation of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire*. *Pastoral Psychology* 1999;48:129-141.
- [87] Sherman AC, Simonton S, Adams DC et al. *Measuring religious faith in cancer patients : reliability and construct validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire* . *Psycho-oncology* 2001;10:436-443 .

- [88] Plante TG,Boccaccini MT.The Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire.Pastoral Psychology 1997;45:375-387
- [89] Plante TG,Boccaccini MT.Reliability and validity of the Santa Clara Strength of religious Faith Questionnaire.Pastoral Psychology 1997;45:429-437
- [90] Ehman, J.W.; Ott, B.B.; Short, T.H.; Ciampa, R.C.; Hansen-Flaschen, J. - Do patients Want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? Arch Intern Med 9-23;159(15):1803-1806, 1999.
- [91] King, S. M. 2000. 'Toward a New Administrative Ethic: An Understanding and Application of the Judeo-Christian Tradition to Administrative Issues.' Public Integrity 2(1): 17-28.
- [92] Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients [comment]. Am J Psychiatry 1998;155:536 –542.
- [93] Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. J Am Geriatr Assoc 52:554–562.
- [94] Mueller, P.S.; Plevak, D.J.; Rummans, T.A. - Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. Mayo Clin roc76(12):1189-1191, 2001.

- [95] Koenig HG. *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*. Philadelphia, PA, Templeton Foundation Press, 2002
- [96] Moreira-Almeida, A.; Koenig, H.G. - Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality. *Soc Sci Med* 63(4):843-845, 2006.
- [97] Grobe ME, Ilstrup DM, Ahmann DL. Skills needed by family members to maintain the care of an advanced cancer patient. *Cancer Nurs.* 1981;4:371-375.
- [98] Hinds C. The needs of families who care for patients with cancer at home: are we meeting them? *J Adv Nurs.* 1985;10:575-581.
- [99] Oberst MT, Thomas SE, Gass KA, et al. Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nurs.* 1989;12:209-215.
- [100] Errihani H, Abarrou N, Elmesbahi et al. Caractéristiques psychosociales des patients cancéreux marocains : étude de 1000 cas recruté à l'institut national d'oncologie. *Revue francophone psycho-oncologie.* 2005 ; 2 : 80-85.
- [101] Saltel P, Freyer G. Psycho-Oncologie et personnes âgées. *Rev Geriatr* 1997;22:67-9 (suppl).
- [102] Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. *Oncologist* 2000;5: 224-237.
- [103] Moore K. Impact of medical visits on the patient and caregiver: every day counts. *Point of Care Perspectives* July 2002:1-4.

- [104] Haley WE, Allen R, Reynolds S, et al. Family issues in end-of-life decision making and end-of-life care. *Am Behav Sci* 2002;46:284–297.
- [105] Haley W. The costs of family caregiving: implications for geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003. In press.
- [106] Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. *Oncologist* 2000;5: 224–237.
- [107] Moore K, Fortner B, Okon T. The impact of medical visits on patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003;30:128. Abstract 73.
- [108] Haley WE, Allen R, Reynolds S, et al. Family issues in end-of-life decision making and end-of-life care. *Am Behav Sci* 2002;46:284–297.
- [109] McMillan SC, Moody LE. Hospice patient and caregiver congruence in reporting patients' symptom intensity. *Cancer Nurs* 2003;26:113–118.
- [110] Stetz KM. Caregiving demands during advanced cancer: the spouse's needs. *Cancer Nurs* 1987;10:260–268.
- [111] Carey PJ, Oberst MT, McCubbin MA, Hughes SH. Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 1991;18:1341–1348.
- [112] Hinds C. The needs of families who care for patients with cancer at home: are we meeting them? *J Adv Nurs* 1985;10:575–581.
- [113] Northouse LL, Swain MA. Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nurs Res* 1987;36:221–225.

- [114] Gagnon P, Charbonneau C, Allard P, et al. Delirium in advanced cancer: a psychoeducational intervention for family caregivers. *J Palliat Care* 2002;18:253–261.
- [115] Blank JJ, Clark L, Longman AJ, Atwood JR. Perceived home care needs of cancer patients and their caregivers. *Cancer Nurs* 1989;12:78–84.
- [116] Weitzner MA, Haley WE, Chen H. The family caregiver of the older cancer patient. *Hematol Oncol Clin North Am* 2000;14:269–281.
- [117] Blanchard CG, Albrecht TL, Ruckdeschel JC. The crisis of cancer: psychological impact on family caregivers. *Oncology* 1997;11:189–194.
- [118] Given B, Given CW. Family caregiver burden from cancer care. In: McCorkle R, Grant M, Frank-Stromborg M, Baird S, eds. *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook*. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1996:93–109.
- [119] Haley WE, Burton AM, LaMonde LA, Schonwetter RS. Family caregiving for older cancer patients. In: Balducci L, Lyman GH, Ershler R, Extermann M, eds. *Comprehensive Geriatric Oncol-2003*. In press.
- [120] Given B, Given CW. Family caregiver burden from cancer care. In: McCorkle R, Grant M, Frank-Stromborg M, Baird S, eds. *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook*. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1996:93–109.

- [121] Montgomery RJ, Kosloski K. A longitudinal analysis of nursing home placement for dependent elders cared for by spouses vs adult children. *J Gerontol* 1994;49:S62–S74.
- [122] Teel CS, Press AN. Fatigue among elders in caregiving and noncaregiving roles. *West J Nurs Res* 1999;21:498–514.
- [123] Wallsten SS. Effects of caregiving, gender, and race on the health, mutuality, and social supports of older couples. *J Aging Health* 2000;12:90–111.
- [124] Haley WE, LaMonde LA, Han B, Narramore S, Schonwetter R. Family caregiving in hospice: effects on psychological and health functioning among spousal caregivers of hospice patients with lung cancer or dementia. *Hosp J* 2001;15:1–18.
- [125] Sales E, Schulz R, Biegel D. Predictors of strain in families of cancer patients: a review of the literature. *J Psychosoc Oncol* 1992;10:1–26.
- [126] Gotay C. The experience of cancer during early and advanced stages: the views of patients and their mates. *Soc Sci Med* 1984;18:605–13.
- [127] Andreasson S, Moth I, Jensen S, et al. Sexual function and somatopsychic reactions in vulvectomy operated women and their partners. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65:7–10.
- [128] Northouse LL, Swain MA. Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nurs Res* 1987;36:221–5.

- [129] Saltel P. Adaptation psychologique des proches à la maladie, et comment aborder les situations de fin de vie ? In : atelier adaptation psychologique des proches à la maladie. Forum « cancer et proches 2003 ».
- [130] Lewis FM. The impact of cancer on the family: a critical analysis of the research literature. *Patient Educ Couns*. 1986;8:269-289.
- [131] Northouse L. The impact of cancer on the family: an overview. *Int J Psychiatr Med*. 1984;14:215-243.
- [132] Cooley ME, Moriarty HJ. An analysis of empirical studies examining the impact of the cancer diagnosis and treatment of an adult on family functioning. *J Fam Nurs*. 1997;3:318-347.
- [133] Hull MM. Family needs and supportive nursing behaviors during terminal cancer: a review. *Oncol Nurs Forum*. 1989;16:787-792. Review.
- [134] Kristjanson LJ, Ashcroft T. The family's cancer journey: a literature review. *Cancer Nurs*. 1994;17:1-17. Review.
- [135] Laizner AM, Yost LM, Barg F, et al. Needs of family caregivers of persons with cancer: a review. *Semin Oncol Nurs*. 1993;9:114-120. Review.
- [136] Sales E, Schultz R, Biegel D. Predictors of strain in families of cancer patients: a review of the literature. *J Psychosoc Oncol*. 1990;10:1-26.

- [137] Perry GR, Roades de Meneses M. Cancer patients at home: needs and coping styles of primary caregivers. *Home Healthc Nurs.* 1989;7:27-30.
- [138] Weitzner MA, Moody LN, McMillan SC. Symptom management issues in hospice care. *Am J Hospice Palliat Care.* 1997; 14:190-195. Review.
- [139] Foxall MJ, Gaston-Johansson F. Burden and health outcomes of family caregivers of hospitalized bone marrow transplant patients. *J Adv Nurs.* 1996; 24:915-923.
- [140] Wallhagen MI. Caregiving demands: their difficulty and effects on the well-being of elderly caregivers. *Sch Inq Nurs Pract.* 1992;6:111-127,129-133.
- [141] Given CW, Given B, Stommel M, et al. The caregiver reactions assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Res Nurs Health.* 1992;15:271-283.
- [142] Stetz KM. Caregiving demands during advanced cancer: the spouse's needs. *Cancer Nurs.* 1987;10:260-268.
- [143] Stetz KM. The relationship among background characteristics, purpose in life and caregiving demands on perceived health of spouse caregivers. *Sch Inq Nurs Pract.* 1989;3:133-153.
- [144] Mor V, Allen SM, Siegel K, et al. Determinants of need and unmet need among cancer patients residing at home. *Health Serv Res.* 1992;27:337-360.

- [145] Siegel K, Raveis VH, Houts P, et al. Caregiver burden and unmet patient needs. *Cancer*. 1991;68:1131-1140.
- [146] Siegel K, Raveis VH, Mor V, et al. The relationship of spousal caregiver burden to patient disease and treatment related conditions. *Ann Oncol*. 1991;2:511-516.
- [147] Foxall MJ, Gaston-Johansson F. Burden and health outcomes of family caregivers of hospitalized bone marrow transplant patients. *J Adv Nurs*. 1996; 24:915-923.
- [148] Démographie Marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir. Centre des études et des Recherches démographiques Haut commissariat au plan
- [149] Zahlis E, Shands ME. Breast cancer: demands of one illness on the patient's partner. *J Psychosocial Oncol*. 1991;9:75-93.
- [150] Wilson S, Morse JM. Living with a wife undergoing chemotherapy. *Image J Nurs Sch*. 1991;23:78-84.
- [151] Dyck S, Wright K. Family perceptions: the role of the nurse throughout an adult's cancer experience. *Oncol Nurs Forum*. 1985;12:53-56.
- [152] Gotay CC. The experience of cancer during early and advanced stages: the views of patients and their mates. *Soc Sci Med*. 1984;18:605-613.
- [153] Northouse L. A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1989; 16:511-516.

- [154] Northouse LL, Swain MA. Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nurs Res.* 1987;36:221-225.
- [155] Holland JC. Clinical course of cancer. In: Holland JC, Rowland JH, eds. *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient With Cancer.* New York, NY: Oxford University Press; 1989:75-100.
- [156] McCorkle R, Hughes L, Robinson L, et al. Nursing interventions for newly diagnosed older cancer patients facing terminal illness. *J Palliat Care.* 1998;14:39-45.
- [157] Oberst MT, Scott DW. Postdischarge distress in surgically treated cancer patients and their spouses. *Res Nurs Health.* 1988; 11:223-233.
- [158] Ferrell BR, Grant M, Chan J, et al. The impact of cancer pain education on family caregivers of elderly patients. *Oncol Nurs Forum.* 1995;22:1211-1218.
- [159] Northouse LL. Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. *Nurs Res.* 1988;37:91-95.
- [160] Northouse PG, Northouse LL. Communication and cancer: issues confronting patients, health professionals, and family members. *J Psychosoc Oncol.* 1987;5:17-46.
- [161] Sabo D, Brown J, Smith C. The male role and mastectomy: support groups and men's adjustment. *J Psychosoc Oncol.* 1986; 4:19-31.

- [162] Houts PS, Nezu AM, Nezu CM, et al. The prepared family caregiver: a problem-solving approach to family caregiver education. *Patient Educ Couns.* 1996;27:63-73.
- [163] Blanchard CG, Toseland RW, McCallion P. The effects of a problem solving intervention with spouses of cancer patients. *J Psychosoc Oncol.* 1997;14:1-21.
- [164] Heinrich RL, Schag SC. Stress activity management: group treatment for cancer patients and spouses. *J Consult Clin Psychol.* 1985;43:439-446.
- [165] Goldberg RJ, Wool MS. Psychotherapy for the spouses of lung cancer patients: assessment of an intervention. *Psychother Psychosom.* 1985;43:141-150.
- [166] Pfefferbaum B, Pasnau RO, Jamison K. A comprehensive program of psychosocial care for mastectomy patients. *Int J Psychiatr Med.* 1977;8:63-72.
- [167] Satariano WA. Aging, comorbidity, and breast cancer survival: an epidemiologic view. *Adv Exp Med Biol* 1993;330:1–11.
- [168] Extermann M, Aapro M, Bernabei R, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;55:241–52.

- [169] Sweeney C, Schmitz KH, Lazovich D, et al. Functional limitations in elderly female cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2006;98: 521–9.
- [170] E. Brain. *Oncogériatrie pratique. Revue du Rhumatisme* 75 (2008) 542–545.
- [171] Balducci L. Geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003;46:211–20.
- [172] Carreca I, Balducci L, Extermann M. Cancer in the older person. *Cancer Treat Rev* 2005;31(5):380–402.
- [173] Chen H, Cantor A, Meyer J, Beth Corcoran M, Grendys E, Cavanaugh D, et al. Can older cancer patients tolerate chemotherapy? A prospective pilot study. *Cancer* 2003;97: 1107–14.
- [174] Choueiri TK, Alemany CA, Abou-Jawde RM, Budd GT. Role of aromatase inhibitors in the treatment of breast cancer. *Clin Ther* 2004;26:1199–214.
- [175] Extermann M, Hutson P, Gaffar Y, et al. Pharmacokinetics of weekly docetaxel in elderly patients: How well can it be predicted? Presented at the Fifth Meeting of the International Society of Geriatric Oncology. San Francisco, CA, October 15-16, 2004.
- [176] Balducci L. Cancer chemotherapy in elderly cancer patients. *J Oncol Manag* 2005;14:35–8.

- [177] Richardson JD, Cocanour CS, Kern JA, Garrison RN, Kirton OC, Cofer JB, et al. Perioperative risk assessment in elderly and high-risk patients. *J Am Coll Surg* 2004;199:133–46.
- [178] Prough DS. Anesthetic pitfalls in the elderly patient. *J Am Coll Surg* 2005;200:784–94.
- [179] Bozzetti F. Surgery in the elderly: The role of nutritional support. *Clin Nutr* 2001;20:103–16.
- [180] Bozzetti F. Nutritional issues in the care of the elderly patient. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003;48:113–21.
- [181] Massie MJ, Holland JC, Straker N. 1990. Psychotherapeutic Interventions. In Holland JC, Rowland JR eds. *Handbook of psycho-oncology: psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press, p 455–69.
- [182] Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA, et al. 1995. Critical review of psychosocial interventions in aging. *Arch of Gen Psychiatry*, 52:100–13.
- [183] Loscalzo M, Brintzenhofeszoc K. 1998. Brief crisis counseling. In Holland JC (ed). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, p 662–75.
- [184] Baum A, Andersen BL. 2001. Psychosocial intervention and cancer. In: Baum A, Anderson BL eds. *Psychosocial interventions for cancer*. Washington DC: American Psychological Association, p 3–12.

- [185] Balducci L, Beghe C. 2002. Management of cancer in the older person. Clin Geriatr, 10:54–60.
- [186] Bacqué MF. Un autre regard sur le vieillissement et le désir de vivre bien et encore malgré le cancer. Rev Francoph Psycho-Oncol 2006;3:139–40.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- < وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشرع في جاعلا صحة مريض هدي الأول .
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

أثر السرطان على المسنين والأسرة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة: سهام لخويجلي زوجة بهادي

المزادة في: 19 أكتوبر 1984 بالرباط

طبيبة داخلية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: السرطان – المسنين – الآثار الاجتماعية والنفسية.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

أعضاء

السيد: حسن الريحاني

أستاذ في الطب السرطاني

السيدة: إلهام الشامي

أستاذة في الأشعة

السيد: محمد ايشو

أستاذ في الطب السرطاني

السيد: الطيب الكبداني

أستاذ في العلاج بالأشعة