

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

ANNEE : 2018

THESE N° : 167

DÉPRESSION ET CANCER DU SEIN :
PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS
(ETUDE TRANSVERSALE À PROPOS DE 100 CAS)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le:.....2018

PAR

Mlle Rajae EL KILALI
Née le 24 Septembre 1992 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Dépression – Cancer du sein – Prévalence – Facteurs prédictifs –
Psycho-oncologie

MEMBRES DE JURY

Mr. M. ICHOU
Professeur d'Oncologie Médicale

Mr. M. KADIRI
Professeur de Psychiatrie

Mr. H. SIFAT
Professeur de Radiothérapie

Mme. M. SABIR
Professeur de Psychiatrie

Mr. J. MEHSSANI
Professeur de Psychiatrie

Mr. J. KOUACH
Professeur de Gynécologie Obstétrique

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES



بسم الله الرحمان الرحيم

سبحانك لا علم لنا إلا
ما علمتنا
إنك أنت العليم
الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31





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

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur 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
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNIAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <u>Clinique Royale</u>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSaid Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNIAOUI Mohamed	Médecine Interne – <u>Doyen de la FMPR</u>
----------------------	---

Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation



Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique **V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC**

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Pr. EL AMRANI Sabah
 Pr. EL BARDOUNI Ahmed
 Pr. EL HASSANI My Rachid
 Pr. ERROUGANI Abdelkader
 Pr. ESSAKALI Malika
 Pr. ETTAYEBI Fouad
 Pr. HADRI Larbi*
 Pr. HASSAM Badredine
 Pr. IFRINE Lahssan
 Pr. JELTHI Ahmed
 Pr. MAHFOUD Mustapha
 Pr. RHRAB Brahim
 Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
 Pr. ABDELHAK M'barek
 Pr. BELAIDI Halima
 Pr. BENTAHILA Abdelali
 Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
 Pr. BERRADA Mohamed Saleh
 Pr. CHAMI Ilham
 Pr. CHERKAOUI LallaOuafae
 Pr. JALIL Abdelouahed
 Pr. LAKHDAR Amina
 Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
 Pr. AMRAOUI Mohamed
 Pr. BAIDADA Abdelaziz
 Pr. BARGACH Samir
 Pr. CHAARI Jilali*
 Pr. DIMOU M'barek*
 Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
 Anesthésie Réanimation
 Pr. EL MESNAOUI Abbes
 Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
 Pr. HDA Abdelhamid*
 Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
 Pr. SEFIANI Abdelaziz
 Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Doyen de la FMPS

Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie-Orthopédie

Radiologie

Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**

Immunologie

Chirurgie Pédiatrique

Médecine Interne

Dermatologie

Chirurgie Générale

Anatomie Pathologique

Traumatologie – Orthopédie

Gynécologie –Obstétrique

Dermatologie



Urologie

Chirurgie – Pédiatrique

Neurologie

Pédiatrie

Gynécologie – Obstétrique

Traumatologie – Orthopédie

Radiologie

Ophtalmologie

Chirurgie Générale

Gynécologie Obstétrique

Pédiatrie

Réanimation Médicale

Chirurgie Générale

Gynécologie Obstétrique

Gynécologie Obstétrique

Médecine Interne

Anesthésie Réanimation

Chirurgie Générale

Oto-Rhino-Laryngologie

Cardiologie - **Directeur HMI Med V**

Urologie

Ophtalmologie

Génétique

Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique



Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen de la FMP Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN DakhamaBadr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- **Dir. Hop. Av. Marr.**
Anesthésie-Réanimation **Inspecteur du SSM**
Anesthésie-Réanimation

Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie **Directeur Hop. Chekikh Zaied**
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie



Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne

Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

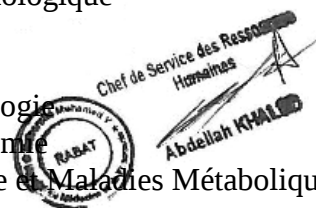
Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOUE Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*

Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale



Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Nouredine*
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. NIAMANE Radouane*
 Pr. RAGALA Abdelhak
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. ZERAIDI Najia

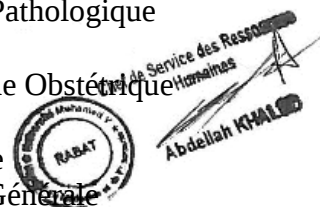
Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*

Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie



Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie (*mise en disponibilité*)
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie

Pr. AKJOUJ Said*
 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 Pr. BENCHEIKH Razika
 Pr. BIYI Abdelhamid*
 Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saida*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila
 Pr. ACHOUR Abdessamad*
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine

Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie



Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice

Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ezzohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia
Décembre 2007
 Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr. ZOUBIR Mohamed*
 Pr. TAHIRI My El Hassan*
Mars 2009
 Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*

Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumopathologie
 Hématologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

 Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale



Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMIHachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :
Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie **Directeur Hôpital My Ismail**
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie



Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERGUIG Laila

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique0.
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie

Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUY Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie



Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

***Enseignants Militaires**

MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique



Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOUT 2015

Meziane meryem
Tahrilatifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L



2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUZZANI LallaChadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCI Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRIS Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie – chimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie – chimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biologie moléculaire
Biologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*



REMERCIEMENTS



A notre maître et Président de thèse
Monsieur le Professeur Mohamed Ichou,
Professeur d'oncologie médicale,
Chef du service d'oncologie médicale de l'hôpital Militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider
le jury de cette thèse.

Nous avons eu le privilège de travailler dans votre service
et d'apprécier vos qualités et vos valeurs.

Votre culture, votre compétence professionnelle incontestable ainsi que
vos qualités humaines nous ont énormément marqués.

Veuillez, cher maître, trouver dans ce modeste travail le témoignage
de notre haute considération, notre profonde reconnaissance
et notre sincère respect.

*A notre maître et Rapporteur de thèse
Monsieur le Professeur Mohamed Kadiri,
Professeur de psychiatrie
à l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat,*

*Nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance pour l'honneur
que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail et nous
guider à chaque étape de sa réalisation avec rigueur et bienveillance.*

*Malgré vos obligations professionnelles, vous étiez toujours disponibles et vous
nous avez toujours accueillis avec sympathie, sourire et cordialité.*

*Nous ne vous remercierons jamais assez pour votre encadrement d'excellente
qualité, votre implication, vos précieux conseils
et vos encouragements inlassables.*

*Votre compétence, votre humilité, votre altruisme, vos qualités humaines
et votre envie de donner le meilleur à vos étudiants
font de vous le meilleur modèle à suivre.*

*Nous vous dédions ce travail comme témoignage de notre gratitude
et de notre profond respect.*

*A notre maître et juge de thèse
Monsieur le Professeur Hassan Sifat,
Professeur de radiothérapie
à l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat,*

*Vous nous avez honorés d'accepter avec grande sympathie
de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence
sont pour nous un exemple à suivre.*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre grande estime
et de notre sincère reconnaissance.*

*A notre maître et juge de thèse
Madame la Professeur Maria Sabir,
Professeur de psychiatrie à l'hôpital Razi,*

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande
amabilité de siéger parmi notre jury de thèse.*

Nous avons été touchés par la cordialité de votre accueil.

*Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération
et notre profonde admiration pour toutes vos
qualités professionnelles et humaines.*

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le Professeur Jamal Mehssani,

Professeur de psychiatrie

à l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat,

*Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège
en acceptant de juger notre thèse.*

*Votre compétence et vos valeurs humaines vous valent
l'admiration et le respect de tous.*

*Veillez accepter ce travail maître, en gage de notre
grand respect et notre profonde reconnaissance.*

*A notre maître et juge de thèse
Monsieur le Professeur Jaouad Kouach,
Professeur de gynécologie-obstétrique,
à l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat,*

*Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous
nous faites en acceptant d'évaluer notre travail
et de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Nous vous portons cher maître une grande considération tant
pour votre gentillesse, votre dynamisme ainsi que
pour vos qualités professionnelles.*

*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de notre
vive reconnaissance et notre sincère gratitude.*

*Au Professeur Hamid Mansouri,
Professeur de radiothérapie,
Chef du service de radiothérapie de l'hôpital Militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat,*

*Nous vous remercierons pour l'honneur que vous nous aviez accorder
pour travailler dans votre service.*

*Veillez cher maitre, trouver dans ce travail, le témoignage de notre gratitude,
notre haute considération et notre profond respect.*

*Au Docteur Yassine Othmane, Professeur assistant de psychiatrie
à l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat,*

*Votre sympathie, votre disponibilité, votre implication et vos précieux conseils
nous ont été pour nous d'un grand apport et nous ont beaucoup touchés.*

Nous vous remercierons pour votre aide dans l'élaboration de ce travail.

*Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance
et notre profonde gratitude.*

*Au Docteur Jalal Kasouati, Professeur assistant en santé
publique, hygiène et médecine communautaire
à l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat,*

*Nous vous remercions infiniment pour votre accueil et vos informations précieuses
qui nous ont été d'une grande aide dans notre étude statistique.*

Veillez accepter, à travers ce travail notre respect et notre reconnaissance.



DEDICACES



*A ma très chère mère,
Fatima Ouassor,*

*A mon plus grand amour, à la personne la plus chère au monde, à ma source de
bonheur, à tout simplement la meilleure de toutes les mères.*

*Aucun mot, aussi expressif qu'il soit, ne saurait remercier à sa juste valeur,
l'être qui a consacré sa vie à parfaire la mienne.*

*Merci pour ta tendresse, ton amour inconditionnel, ton soutien inlassable,
ton dévouement inégal, tes sacrifices et tes prières.*

*Tu n'es pas uniquement une mère fabuleuse, mais une meilleure amie
et une confidente ; une lumière qui guide mes plus sombres moments.*

*Tu as toujours été un exemple pour ses enfants, la source de notre motivation et
nos ambitions. Tu m'as toujours poussé à me surpasser dans tout
ce que j'entreprends, qui m'a transmis cette rage de vaincre
et d'être toujours la première. Tu as fait de moi ce que
je suis et serais, et je t'en serais reconnaissante toute ma vie.*

*J'espère être la fille et le médecin que tu as voulu que je sois, et je m'efforcerais
d'être digne de ce que tu aurais souhaité que je sois. Ce titre de Docteur en
Médecine je le porterai fièrement et je te le dédie tout particulièrement.*

*Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé,
longue vie et bonheur.*

*Et si on dit que la bénédiction d'une mère mène au paradis,
moi je dirais que tu es mon paradis..*

Je t'aime très fort maman !

*A mon très cher père,
Abdelwahed El Kilali,*

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma
considération pour tous les sacrifices que tu as consenti pour
mon instruction et mon bien être.*

*C'est pour moi un jour d'une grande importance, car je sais que tu es
à la fois fière et heureux de voir le fruit de ton éducation
et de tes efforts infatigables se concrétiser.*

*Je réalise aujourd'hui mon rêve, le rêve d'exercer le plus noble des métiers avec
dévouement et passion, le rêve d'offrir le bonheur à des personnes souffrantes,
tout simplement le rêve d'être comme mon merveilleux papa.*

*Je te serai cher père toujours reconnaissante, pour tout le mal
que tu t'es donné pour moi à chaque étape de ma vie,
pour ta patience et ton amour.*

Nul mot ne saurait exprimer ma fierté d'être ta fille et ma gratitude.

*Que ce modeste travail soit le témoignage de ma reconnaissance
et le fruit de tes innombrables sacrifices.*

Puisse Dieu, le Très Haut, t'accorder santé, bonheur et longue vie.

Je t'aime très fort papa !

A mon très cher frère,

Omar El Kilali,

Rien au monde ne peut remplacer et valoir l'amour d'un frère.

Tant de souvenirs, de complicité, d'aventures et de délires partagés.

Merci pour ton amour inconditionnel, ton soutien et ta générosité.

*Merci d'avoir toujours été à mes côtés, à m'encourager et à m'envelopper de
tant de joie et de bonheur.*

Je te dédie ce travail en témoignage de toute l'affection et l'amour que je te porte.

*J'espère que nous restions unis dans la tendresse et fidèles à la bonne éducation
que nous avons reçue.*

Puisse Dieu te protège, comble ta vie de bonheur et renforce notre fraternité.

Je serai toujours là pour t'épauler.

Je t'adore petit frère !

A ma chère Ghita,

*A la sœur que la vie ne m'a pas offerte, à ma meilleure amie,
à ma complice et à ma confidente.*

*Tu as toujours su doubler mes joies, et alléger mes peines. Tu as toujours
su m'épauler, me soutenir et m'encourager.*

*Tu as été toujours là pour partager avec moi tous les moments joyeux mais aussi
les plus difficiles, pour me combler d'amour désintéressé et de bonheur.*

Et j'en te remercie.

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

Tous les mots ne sauraient exprimer tout ce que je veux écrire...

Sache tout simplement que tu es la meilleure de toutes !

À la mémoire de mes défunts grands-parents,

J'aurais bien voulu que vous soyez parmi nous en ce jour mémorable.

Vous êtes et vous resterez toujours présents dans mon cœur.

Que la clémence de dieu règne sur vous et que sa miséricorde apaise vos âmes.

À mes très chers oncles et tantes, leurs époux et épouses,

Je vous remercie pour votre affection, votre soutien et vos encouragements.

*Veillez accepter ce modeste travail comme témoignage
de mon amour et mon respect.*

Puisse Dieu combler votre vie de bonheur, santé et beaucoup de succès.

À mes très chers cousins et cousines,

Ihssane, Narjis, Ilhame, Imane, Taha, Lamia, Manal, Ikbal, Malak, Hiba,

Nizar, Yousra, Abdellah et Yassine

*Merci pour votre soutien, votre amour, et tous nos bons souvenirs
partagés et ceux à venir. J'ai de la chance de vous avoir comme famille.*

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon affection et ma reconnaissance.

J'espère que Dieu vous réserve un très bel avenir.

À Widad,

Une amie à grand cœur, une confidente sans pareil et une source de joie inépuisable et d'amour. Des années d'amitié nous unissent, des années durant lesquelles tu étais toujours présente à mes côtés, à m'encourager, à m'épauler et à m'aimer. Merci pour tout ma chère Widad.

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés ensemble, je te dédie ce travail et je te souhaite une vie pleine d'amour, de bonheur et de succès. Je prie Dieu pour que notre amitié soit éternelle.

À Lamia,

Une merveilleuse personne à grand cœur, une âme pure et une amie exceptionnelle. Merci pour ta bonté, ta générosité, ton affection, tes encouragements et ton grand soutien.

À nos agréables moments vécus ensemble, à nos fous rires, nos gardes ensemble et tous les souvenirs partagés.

Je te dédie ce travail en te souhaitant une vie épanouie, pleine d'amour et de quiétude, et une excellente carrière professionnelle.

Que Dieu préserve notre amitié à jamais.

À Oumaima,

Dont l'amitié m'est très chère.

À tous les merveilleux souvenirs partagés et à nos années d'amitié, je te dédis ce travail en témoignage de ma profonde affection.

À mes très chères amies Habiba, Fadwa, Hind, Kaoutar et Youssra,

En souvenir de notre sincère et profonde amitié, des moments agréables que nous avons passés ensemble, de nos fous rires, nos galères et nos réussites. Je vous dédie ce travail en vous souhaitant une vie comblée de bonheur et de succès.

A Ismail,

*Un grand merci pour ton soutien, tes encouragements et ton dévouement.
Je te dédie ce travail et je te souhaite que le meilleur pour ton avenir.*

*A mes collègues et chers amis Amine, Fatima-zehra, Salma, Hajar, Nora,
Mohsine, Mahdi, Walid et Kamal,*

*En souvenir de tous les bons moments partagés tout au long de ces longues
années d'études. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mes sentiments
les plus respectueux avec mes vœux de réussite et de bonheur.*

A Yassir, Amine et Jihane,

*Notre amitié ne date pas de très loin, mais je suis convaincue que vous êtes des
amis précieux sur qui je pourrais toujours compter. Merci pour votre soutien.
Je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès.*

*A tout le personnel médical et paramédical des services d'oncologie et de
radiothérapie de l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat,*

*Je vous remercie infiniment pour votre chaleureux accueil, votre bienveillance et
votre grande aide à la réalisation de ce travail que vous dédie en guise de
gratitude et de reconnaissance.*

A toutes les patientes ayant répondu à notre enquête,

A toutes les femmes atteintes de cancer du sein,

A tous les personnes malades et qui souffrent,

Que Dieu tout puissant vous garde et vous accorde des jours meilleurs.

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge	11
Figure 2 : Répartition des patientes selon la situation familiale	12
Figure 3 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction	12
Figure 4 : Répartition des patientes selon la profession	13
Figure 5 : Répartition des patientes selon le niveau socioéconomique	13
Figure 6 : Répartition des patientes selon les antécédents personnels médicaux	14
Figure 7 : Répartition des patientes selon les antécédents personnels psychiatriques	15
Figure 8 : Répartition des patientes selon le stade du cancer du sein	16
Figure 9 : Répartition des patientes selon les circonstances de découverte du cancer du sein	17
Figure 10 : Répartition des patientes selon l'annonceur du diagnostic	18
Figure 11 : Répartition des patientes selon les sentiments (ou réactions) immédiat(e)s au moment de l'annonce	19
Figure 12 : Répartition des patientes selon leur compréhension du diagnostic après l'annonce	20
Figure 13 : Répartition des patientes selon le type de traitement reçu	20
Figure 14 : Répartition des patientes selon le délai de début du traitement	21
Figure 15 : Répartition des patientes selon les principales causes de leur gêne psychologique	22
Figure 16 : Répartition des patientes selon les principales causes de leur gêne physique	22
Figure 17 : Répartition des patientes selon les principales causes de leur gêne sociale, familiale et économique	23
Figure 18 : Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé	29
Figure 19 : Sévérité de l'épisode dépressif caractérisé	29
Figure 20 : Prévalence des troubles dépressifs selon les régions du monde en 2015..	43
Figure 21 : Prévalence mondiale des troubles dépressifs selon l'âge et le sexe en 2015	43

Liste des tableaux

Tableau 1: Tableau récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon global	24
Tableau 2 : Tableau récapitulatif des autres caractéristiques de l'échantillon global..	25
Tableau 3: Prévalence de la dépression selon les caractéristiques sociodémographiques	32
Tableau 4: Prévalence de la dépression selon les antécédents	33
Tableau 5: Prévalence de la dépression selon les données diagnostiques du cancer du sein	34
Tableau 6: Prévalence de la dépression selon l'annonce du diagnostic.....	35
Tableau 7: Prévalence de la dépression selon le traitement	37
Tableau 8: Prévalence de la dépression selon les répercussions psychologiques, physiques, socioéconomiques et familiales	38
Tableau 9: Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10, OMS	46
Tableau 10 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5	47
Tableau 11: Principales classes d'antidépresseurs utilisées en oncologie	103
Tableau 12: Principales classes d'antidépresseurs utilisées en oncologie et commercialisées au Maroc.....	104

Liste des abréviations

- CIM-10** : Classification Internationale des Maladies (10^{ème} révision)
- CPI** : Cytokines Pro-Inflammatoires
- DSM-5** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5^{ème} édition)
- EDC** : Episode Dépressif Caractérisé
- HER-2** : Human Epidermal Growth Factor Receptor-2 (récepteur pour les facteurs de croissance épidermiques humains)
- IL** : Interleukine
- IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- IRSNA** : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
- ISRS** : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
- MINI** : Mini International Neuropsychiatric Interview
- NK** : Natural Killer (cellules tueuses naturelles)
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- TDM** : Tomodensitométrie
- TNM** : T = taille de la tumeur primaire N = atteinte éventuelle des ganglions lymphatiques (« Nodes » en anglais) M = présence éventuelle de métastases



SOMMAIRE



Table des matières

INTRODUCTION.....	1
MATERIEL ET METHODES	5
I. MATERIEL DE L'ETUDE	6
1. Type d'étude	6
2. Période de l'étude	6
3. Lieu de l'étude	6
4. La population étudiée	6
5. Critères d'inclusion et d'exclusion	6
6. Considérations éthiques	7
II. METHODES DE L'ETUDE :	7
1. L'outil de mesure : Le questionnaire (Annexes 1, 2 et 3).....	7
2. Méthode analytique	9
RESULTATS DE L'ETUDE	10
I. ANALYSE DESCRIPTIVE	11
1. Caractéristiques de la population étudiée	11
1.1. Lieu d'entretien	11
1.2. Profil sociodémographique	11
1.3. Antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques	14
1.4. Caractéristiques du cancer du sein	16
1.5. L'annonce du diagnostic	17
1.6. Traitement	20

1.7. Les répercussions psychologiques, physiques et socioéconomiques après la découverte du cancer du sein	21
2. Etude de la dépression	29
2.1. Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé	29
2.2. Evaluation de la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé	29
III. ANALYSE STATISTIQUE	32
1. Caractéristiques sociodémographiques	32
2. Antécédents	33
3. Diagnostic	34
4. Annonce	35
5. Traitement	37
6. Répercussions psychologiques et comportementales après la découverte du cancer	38
DISCUSSION	41
I. GENERALITES	42
1. Dépression	42
1.1. Définition	42
1.2. Aspects épidémiologiques	42
1.3. Manifestations cliniques	45
1.4. Prise en charge thérapeutique	49
1.5. Pronostic et évolution	52
2. Cancer du sein	53
2.1. Aspects épidémiologiques	53

2.2.	Démarche diagnostique et bilan pré-thérapeutique	55
2.3.	Prise en charge thérapeutique et surveillance	58
II.	DEPRESSION ET CANCER DU SEIN	63
1.	Epidémiologie	63
2.	Mécanismes physiopathologiques	66
3.	Etiopathogénie	67
3.1.	Facteurs liés à la patiente	68
3.2.	Facteurs liés à la suspicion ou à la confirmation du cancer du sein	71
3.3.	Facteurs liés au cancer du sein et son évolution	80
3.4.	Facteurs psychosociaux et familiaux	82
3.5.	Facteurs liés au traitement, à ses effets indésirables et ses conséquences	88
3.6.	Facteurs liés à l'arrêt du traitement	93
4.	Diagnostic de la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein	94
4.1.	Les manifestations cliniques	94
4.2.	Les outils d'évaluation spécifiques	97
5.	Impact de la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein	98
5.1.	L'impact sur la qualité de vie	98
5.2.	L'impact sur l'observance du traitement	100
6.	Prise en charge thérapeutique de la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein	101
6.1.	Les antidépresseurs	101
6.2.	La psychothérapie	110
7.	Evolution et complications	112

7.1. L'évolution des troubles dépressifs au cours de la maladie cancéreuse du sein	112
7.2. L'impact de la dépression sur l'évolution et le pronostic du cancer du sein	113
7.3. Complications de la dépression chez les patientes de cancer du sein ...	115
CONCLUSION	117
RESUMES	121
ANNEXES	125
BIBLIOGRAPHIE.....	133



INTRODUCTION



De nos jours, le cancer du sein représente un véritable problème de santé publique, il s'agit du cancer le plus fréquent chez la femme aussi bien dans les pays développés que ceux en développement.

L'incidence mondiale de ce cancer est estimée à environ 1,5 million de nouveaux cas diagnostiqués chaque année avec une mortalité s'élevant à près de 570 000 décès en 2015 [1]. Au Maroc, l'incidence est d'environ 47 nouveaux cas pour 100 000 femmes, selon le dernier registre des cancers de la région de Casablanca [2]. Par ailleurs, un taux de 26,7% de décès par cancers chez les femmes marocaines était attribué au cancer du sein [3].

Compte tenu de la gravité de ce fléau, plusieurs pays ont orienté leurs politiques de santé vers des programmes visant l'information, la sensibilisation et le dépistage précoce. Un grand développement a été également noté en matière de prise en charge thérapeutique, de surveillance et de prévention.

Cependant, malgré tous ces progrès réalisés, le cancer du sein représente toujours un bouleversement dans la vie d'une femme, d'une part par la menace existentielle qui y est associée et les changements dans la vie quotidienne qui vont intervenir, mais également par l'atteinte d'un organe hautement symbolique en terme de féminité.

En effet, le retentissement de ce cancer prendra plusieurs dimensions ; outre la condition physique et la vie socioéconomique, il pourra engendrer également des désordres psychiques, notamment des troubles dépressifs.

La dépression est un trouble de l'humeur qui se caractérise par un sentiment de tristesse persistant et une perte d'intérêt ou de plaisir pour la plupart des activités pendant une durée minimale de deux semaines [4]. Cette pathologie psychique est considérée la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde [5].

Selon les dernières estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 300 millions de personnes dans le monde vivent désormais avec ce problème, soit une augmentation de plus de 18,4 % de 2005 à 2015 [6]. A l'échelle nationale, le nombre de cas de personnes déprimées était estimé à environ 1,5 million en 2015 ; ce qui représente 4,5% de la population marocaine [7].

Comme tout autre trouble psychiatrique, la dépression reste à déterminisme multifactoriel. En effet, son expression clinique résulte d'interactions complexes entre des facteurs génétiques, biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux.

Par ailleurs, cette maladie handicapante peut avoir des retentissements sur diverses composantes de la vie à savoir personnelle, sociale, professionnelle ou encore économique. En revanche, la conséquence la plus redoutée reste le risque suicidaire.

La dépression est fréquemment associée à la maladie cancéreuse. En effet, les syndromes dépressifs sont deux à trois fois plus fréquents chez les patients souffrant de cancer par rapport à la population générale [8].

Depuis la simple cytoponction jusqu'aux consultations de contrôle, en passant par une annonce désastreuse et des traitements assez lourds, la femme atteinte de cancer du sein vit une véritable souffrance aussi bien physique que psychique. Ainsi, des sentiments de tristesse, de peur et d'impuissance peuvent s'associer et aboutir à une détresse psychique notamment une dépression.

Cependant, cette affection est souvent sous-diagnostiquée chez ces patientes, d'une part parce que des sentiments de tristesse et de découragement sont souvent considérés comme normaux et adaptés face à la prise de conscience du diagnostic du cancer, et d'autre part parce que de nombreux signes sont communs à la maladie cancéreuse et à la dépression comme la perte de poids, la fatigue ou les troubles du sommeil.

La méconnaissance d'un diagnostic aussi lourd de conséquences tel que la dépression ainsi que la négligence de la dimension psychologique chez ces femmes souffrant de cancer du sein tout au long de leur prise en charge thérapeutique, nous ont interpellé à réaliser ce travail dans le cadre de notre thèse de fin d'études.

Par ailleurs, au Maroc, très peu d'études ont évalué le profil psychologique des patients cancéreux. À notre connaissance, aucune étude spécifiquement consacrée aux troubles dépressifs chez les patientes atteintes de cancer du sein n'a été publiée à ce jour. Ceci était également une bonne raison pour laquelle nous étions motivés à réaliser ce travail.

L'objectif principal de cette étude est d'estimer la prévalence de la dépression chez une population de patientes atteintes de cancer du sein, de décrire leur profil sociodémographique et clinique, ainsi que de déterminer les éventuels facteurs influençant la survenue de cette affection psychique.

Dans la première partie de ce document, nous présenterons le contexte du déroulement de notre enquête, la population étudiée ainsi que la méthodologie adoptée. Ensuite, dans une seconde partie, nous exposerons les résultats obtenus des deux analyses descriptive et statistique. Et finalement, la dernière partie sera consacrée à la discussion de nos résultats à la lumière des données de la littérature, en proposant quelques suggestions pour améliorer la prise en charge psycho-oncologique des patientes souffrant de cancer du sein.

*MATERIEL ET
METHODES*

I. MATERIEL DE L'ETUDE :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à recrutement prospectif, afin d'estimer la prévalence des troubles dépressifs chez les patientes atteintes de cancer du sein et de déterminer les éventuels facteurs associés à ces troubles.

2. Période de l'étude :

Notre étude a été réalisée sur une période de 2 mois et demi, de janvier 2018 à mi-mars 2018.

3. Lieu de l'étude :

Notre enquête a eu lieu au sein des deux services d'oncologie médicale et de radiothérapie de l'hôpital militaire Mohammed V de Rabat.

4. La population étudiée :

La population étudiée était représentée par un échantillon de 100 patientes toutes atteintes de cancers du sein, à différents stades de la maladie, vues en consultations médicales ou en hôpital de jour pour cures de chimiothérapie ou de radiothérapie.

5. Critères d'inclusion et d'exclusion :

*** Critères d'inclusion :**

- Sujets de sexe féminin d'âge supérieur à 20 ans
- Patientes atteintes de cancer du sein suivies et traitées
- Patientes conscientes de leur maladie cancéreuse
- Consentement après explication de l'étude et de ses objectifs

*** Critères d'exclusion :**

- Sujets de sexe masculin
- Sujets de sexe féminin d'âge inférieur à 20 ans
- Patientes dont l'état général est très altéré

- Patientes inconscientes de leur maladie cancéreuse
- Patientes ayant des difficultés ou des troubles du langage

6. Considérations éthiques :

Les patientes ont été choisies de façon aléatoire et informées du but de l'étude. Seules les patientes adhérentes après consentement libre et éclairé ont été recrutées.

Le recueil des données a été effectué avec le respect de l'anonymat des patientes et de la confidentialité de leurs informations.

Durant notre enquête, une patiente avait refusé de participer à l'étude, une patiente était dans un état général très altéré, et deux patientes étaient inconscientes de leur maladie cancéreuse.

Si le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé a été porté lors de l'évaluation, une prise en charge spécialisée était proposée.

II. METHODES DE L'ETUDE :

1. L'outil de mesure : Le questionnaire (Annexes 1, 2 et 3)

Nous avons élaboré un questionnaire anonyme, divisé en quatre parties, dont chacune comprend plusieurs volets :

1ère partie : (Annexe 1)

- Les caractéristiques sociodémographiques des patientes, à savoir : l'âge, la situation matrimoniale, le nombre d'enfants, le lieu d'habitat, le niveau d'instruction, la profession, le niveau socioéconomique de la famille et la couverture sociale.

Notons que le niveau socioéconomique ; en se référant à la classification établie par le Haut-Commissariat du Plan marocain, dans son rapport sur les classes moyennes au Maroc en 2009 ; est réparti en 3 catégories :

- Un niveau bas avec un revenu mensuel inférieur à 2848 Dhs.
- Un niveau moyen avec un revenu mensuel entre à 2848 Dhs et 6850 Dhs.
- Un niveau élevé avec un revenu mensuel supérieur à 6850 Dhs.

- Les antécédents personnels médicochirurgicaux, psychiatriques et d'habitudes toxiques.
- Les antécédents familiaux de cancer similaire et psychiatriques.

2ème partie : (Annexe 1)

- Les caractéristiques du cancer du sein, notamment : sa localisation, son stade et ses circonstances de découverte.
- L'annonce du diagnostic, à savoir :
 - L'annonceur du diagnostic
 - L'accompagnement au moment de l'annonce
 - Le sentiment (ou réaction) immédiat(e)
 - Les connaissances préalables sur la maladie cancéreuse
 - La compréhension après l'annonce et les explications éventuelles du médecin traitant : de la nature de la maladie, du traitement et des éventuelles conséquences
 - L'estimation de la part du pronostic de sa maladie cancéreuse
- Le traitement, notamment : le type du traitement reçu, le délai depuis le début de ce traitement et la prise en charge psychologique.

3ème partie : (Annexe 1)

- Les répercussions psychologiques, physiques, ainsi que socioéconomiques et familiales après la découverte du cancer du sein.

4ème partie : (Annexes 2 et 3)

- Le dépistage de l'épisode dépressif caractérisé et l'évaluation de sa sévérité.

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

- **Le test MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), l'entretien structuré qui reprend les critères du DSM-5 : (Annexe 2)**

Pour poser le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé.

➤ **L'échelle de BECK : (Annexe 3)**

Pour évaluer la sévérité de la dépression, l'échelle de BECK comprend 13 items, chaque item est noté de 0 à 3 pour un score total variant de 0 à 39.

Les résultats sont les suivants selon le score total obtenu :

- 0 et 4 : Pas de dépression
- 5 et 7 : Dépression légère
- 8 et 15 : Dépression modérée
- 16 et plus : Dépression sévère

Les questions ont été posées en langue arabe dialectale, celles du test MINI et de l'échelle de BECK ont été notamment reformulées en arabe. Les réponses attendues étaient à choix unique ou multiple, tandis que quelques questions nécessitaient des réponses courtes plus détaillées.

Nous avons rempli ce questionnaire après entretien avec les patientes qui parlaient toutes l'arabe dialectale, au sein des deux services d'oncologie médicale et de radiothérapie de l'hôpital militaire Mohammed V de Rabat, au niveau des consultations et des salles de l'hôpital de jour.

2. Méthode analytique :

Toutes les données ont été saisies sur le logiciel Excel 2016 et leur analyse a été réalisée grâce au logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0.

Dans la partie descriptive, les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages (%).

Dans la partie analytique statistique, après concertation du laboratoire de bio-statistique de recherche clinique et d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, les corrélations ont été faites grâce au test Chi-2.

Une différence n'est considérée comme statistiquement significative que lorsque la valeur du p value est strictement inférieure à 0,05 ($p < 0,05$).

*RÉSULTATS
DE L'ÉTUDE*

I. ANALYSE DESCRIPTIVE :

1. Caractéristiques de la population étudiée :

1.1. Lieu d'entretien :

La majorité des entretiens a été effectuée au sein du service d'oncologie médicale de l'hôpital militaire Mohammed V de Rabat avec un pourcentage de 72%, tandis que 28% des patientes ont été vues au service de radiothérapie.

1.2. Profil sociodémographique :

1.2.1. Age :

La tranche d'âge la plus représentée dans notre échantillon était entre 40 et 60 ans, elle constituait 72%.

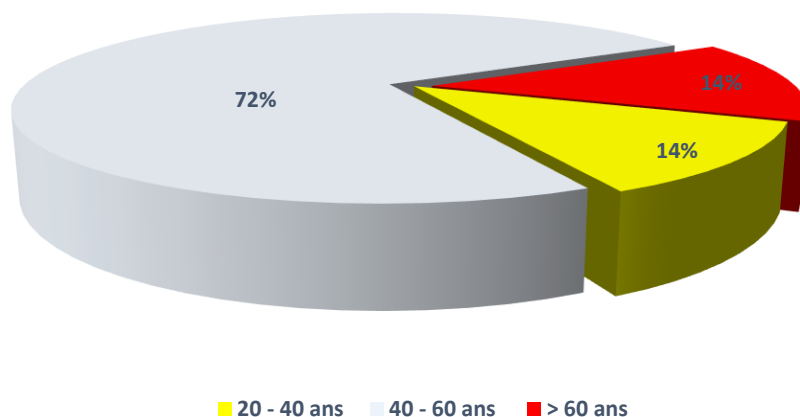


Figure 1: Répartition des patientes selon l'âge

1.2.2. Situation matrimoniale :

La majorité des patientes était mariée avec un pourcentage de 82%.

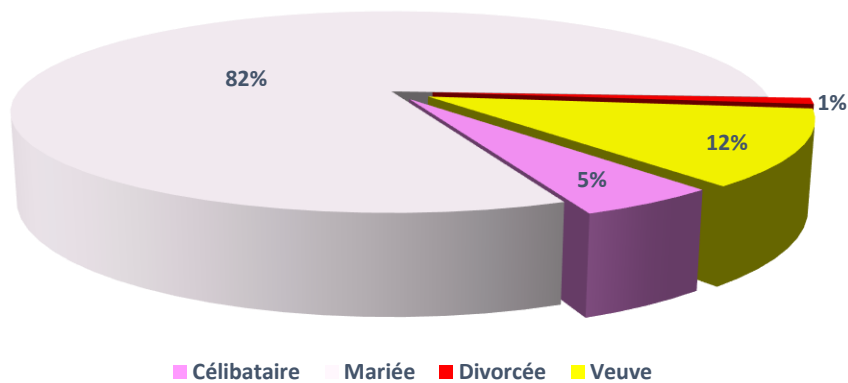


Figure 2 : Répartition des patientes selon la situation familiale

1.2.3. Nombre d'enfants :

La plupart des patientes avaient des enfants soit 92 %, et seulement 8% n'en avaient pas.

1.2.4. Lieu d'habitat :

La grande majorité des patientes habitait dans un milieu urbain soit 93%, alors que seulement 7% provenaient des zones rurales.

1.2.5. Niveau d'instruction :

Presque la moitié des patientes n'étaient jamais scolarisées, avec un pourcentage de 45%, tandis que 7% avaient un niveau d'études supérieures.

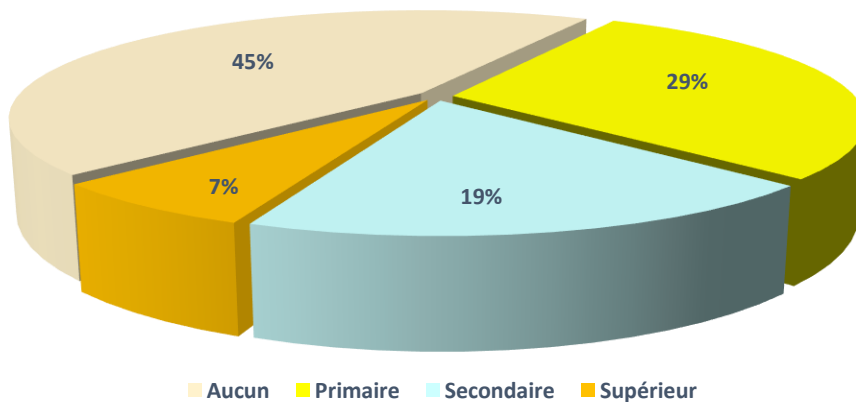


Figure 3 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

1.2.6. Profession :

La majorité des patientes de notre échantillon était constituée de femmes au foyer avec un pourcentage de 82%.

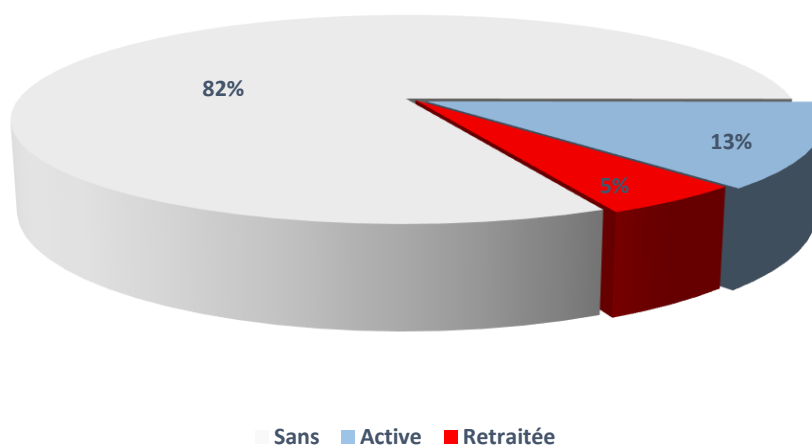


Figure 4 : Répartition des patientes selon la profession

1.2.7. Niveau socioéconomique :

Parmi les patientes interrogées, 57% avaient un niveau socioéconomique familial moyen, 39% avaient un niveau bas, alors que 4% des patientes appartenaient à une classe économique élevée.

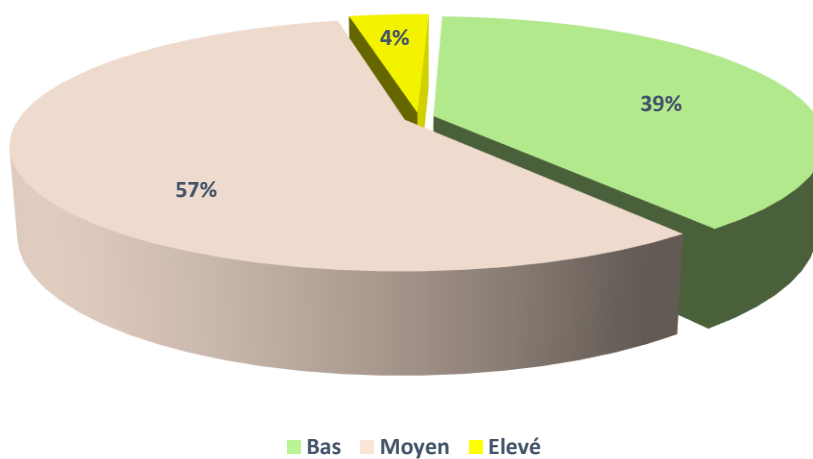


Figure 5 : Répartition des patientes selon le niveau socioéconomique

1.2.8. Couverture sociale :

Toutes les patientes bénéficiaient d'une couverture sociale.

1.3. Antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques :

1.3.1. Antécédents personnels médicaux :

Cette question étant à choix multiples, la plupart des patientes avaient cité un ou plusieurs antécédents médicaux. Le quart des patientes étaient suivies pour des pathologies médicales chroniques tels que le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), l'asthme ou autres (4 patientes étaient suivies pour dysthyroïdie, 2 patientes pour cardiopathie et 1 patiente était sous dialyse) ; tandis qu'aucune patiente n'avait un antécédent de cancer. Par ailleurs, 75% n'avaient rapporté aucun antécédent médical particulier.

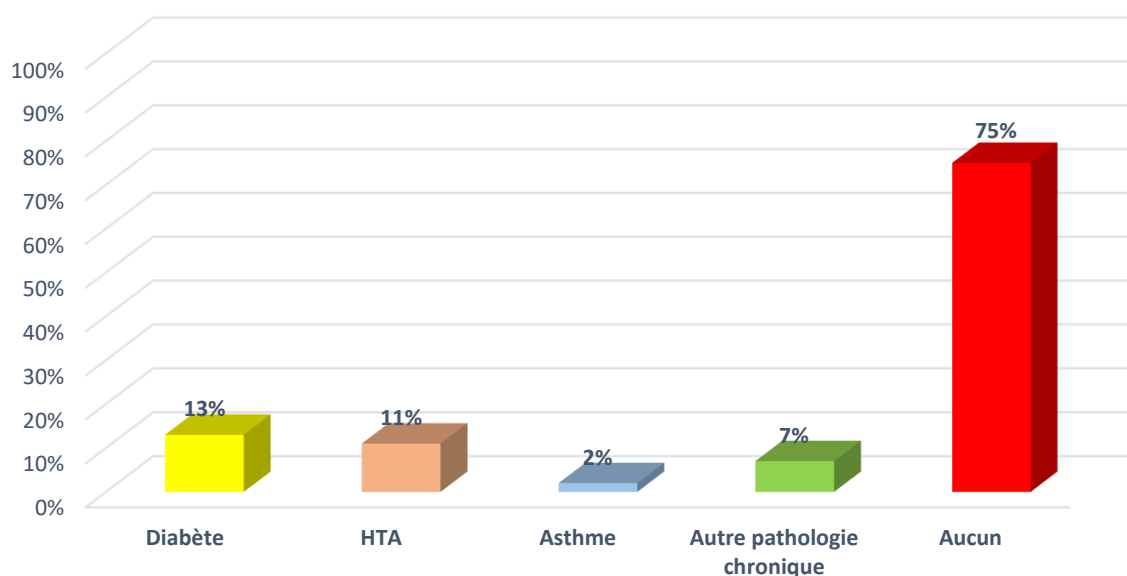


Figure 6 : Répartition des patientes selon les antécédents personnels médicaux

1.3.2. Antécédents personnels chirurgicaux :

La plupart des patientes (59%) n'avaient pas d'antécédents personnels chirurgicaux, tandis que 41% en avaient et c'étaient majoritairement des antécédents de cholécystectomie, d'hystérectomie et de thyroïdectomie.

1.3.3. Antécédents personnels psychiatriques :

La majorité des patientes (83%) n'avait aucun antécédent personnel psychiatrique, tandis que le reste souffrait d'un ou de plusieurs troubles psychiatriques, à savoir :

- 11 patientes rapportaient avoir vécu un traumatisme psychique (principalement la trahison du mari, la violence conjugale et un deuil familial)
- 3 patientes avaient souffert de dépression et étaient déjà traitées.
- 4 patientes étaient suivies pour autres troubles psychiatriques : 2 pour trouble obsessionnel compulsif et 2 pour trouble anxieux. Par ailleurs, une de ces patientes avait rapporté une tentative de suicide.

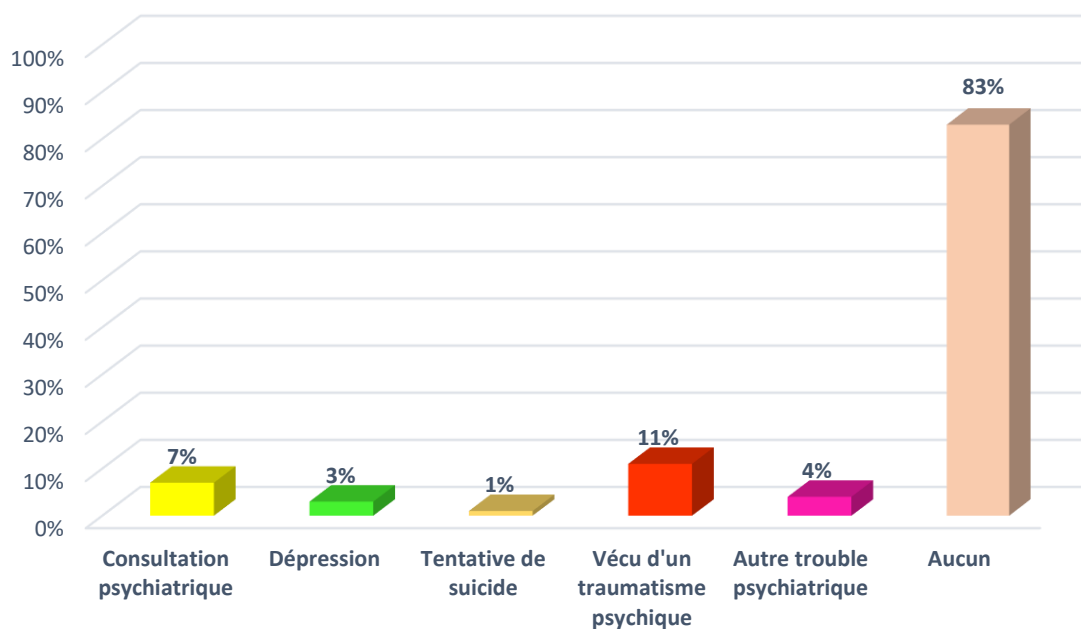


Figure 7 : Répartition des patientes selon les antécédents personnels psychiatriques

1.3.4. Antécédents d'habitudes toxiques :

Aucune patiente n'avait rapporté un antécédent d'habitudes toxiques.

1.3.5. Antécédents familiaux de cancer similaire :

La plupart des patientes (83%) n'avaient aucun antécédent familial de cancer similaire, les 17% des patientes restantes rapportaient principalement des antécédents de cancer du sein chez les sœurs dont l'évolution était, chez la plupart d'entre elles, une stabilité de la maladie.

1.3.6. Antécédents familiaux psychiatriques :

La majorité des patientes (88%) n'avait aucun antécédent familial psychiatrique, alors que 12% des patientes rapportaient des antécédents de dépression ou de consommation de toxiques chez leurs enfants.

1.4. Caractéristiques du cancer du sein :

1.4.1. Localisation :

La grande majorité des patientes, avec un pourcentage de 94%, présentait un cancer localisé au niveau d'un seul sein, tandis que 6% avaient un cancer de localisation bilatérale.

1.4.2. Stade :

Presque la moitié des patientes (51%) présentaient un cancer du sein à diffusion locorégionale, alors que 24% des patientes étaient en phase métastatique.

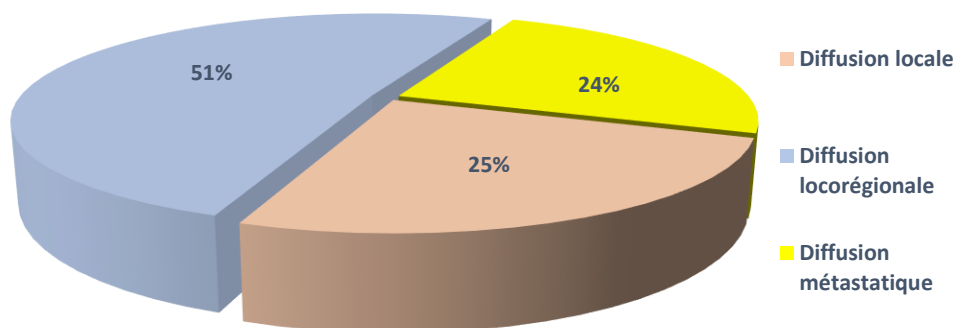


Figure 8 : Répartition des patientes selon le stade du cancer du sein

1.4.3. Circonstances de découverte :

Les circonstances de découverte du cancer du sein étaient dominées par l'autopalpation chez 89% des patientes de notre enquête.

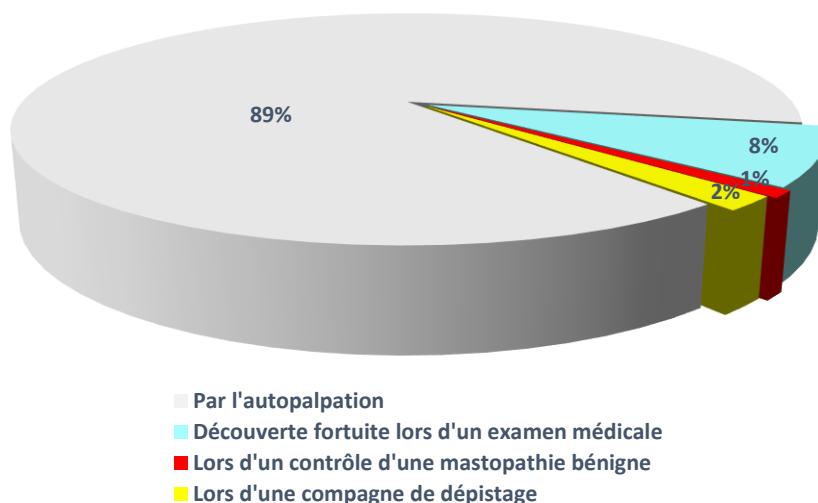


Figure 9 : Répartition des patientes selon les circonstances de découverte du cancer du sein

1.5. L'annonce du diagnostic :

1.5.1. Annonceur du diagnostic :

La plupart des patientes (78%) avaient rapporté que leur diagnostic a été annoncé par un gynécologue, 17% par un médecin généraliste ou un autre spécialiste, alors que pour les 5% des patientes restantes, l'annonce a été faite par un membre de la famille.

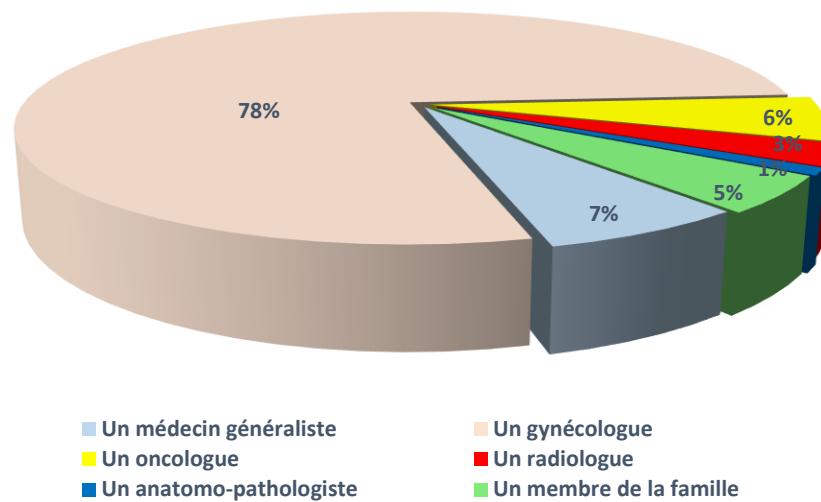


Figure 10 : Répartition des patientes selon l'annonceur du diagnostic

1.5.2. Accompagnement au moment de l'annonce :

Au moment de l'annonce, 59% des patientes étaient accompagnées, dont la plupart par leurs maris ou leurs enfants, tandis que 41% ne l'étaient pas.

1.5.3. Sentiment (ou réaction) immédiat(e) au moment de l'annonce :

Au moment de l'annonce, la situation qui a été rapportée le plus par les patientes, avec un pourcentage de 89%, était un état de sidération. Cette majorité des patientes rapportait soit seulement cet état de sidération, soit un ou plusieurs sentiments (un sentiment de vulnérabilité ou d'impuissance, le déni du diagnostic, la crainte de la mort, un sentiment de culpabilité, le refus du traitement). Tandis que 7% des patientes rapportaient d'autres réactions, notamment une perte de conscience, un état d'agitation ou encore un état de colère.

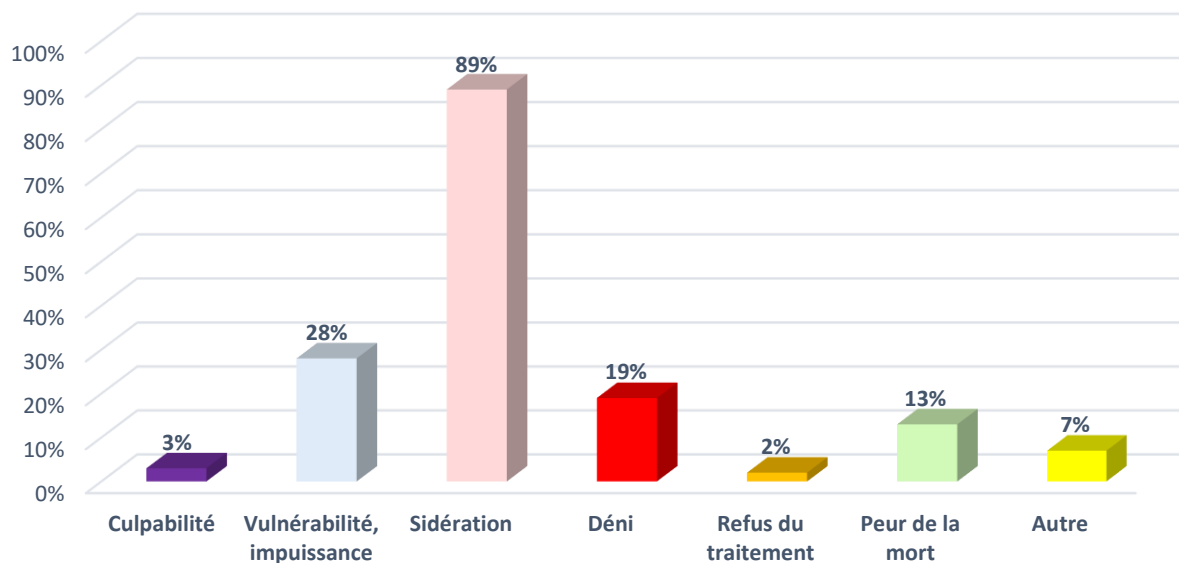


Figure 11 : Répartition des patientes selon les sentiments (ou réactions) immédiat(e)s au moment de l'annonce

1.5.4. Connaissances préalables sur la maladie :

La majorité des patientes (94%) avait déjà des connaissances sur leur maladie, soit par les médias ou à travers leurs familles ou voisins, par contre 6% des patientes n'avaient pas de connaissances préalables.

1.5.5. Compréhension - après l'annonce - de la nature de la maladie, des modalités du traitement et des conséquences sur le quotidien :

Après l'annonce : 63% des patientes avaient compris la nature de leur maladie ; concernant les modalités du traitement, 45% des patientes en étaient avisées ; tandis que pour les conséquences éventuelles sur leur quotidien, seules 36% des patientes en étaient conscientes.

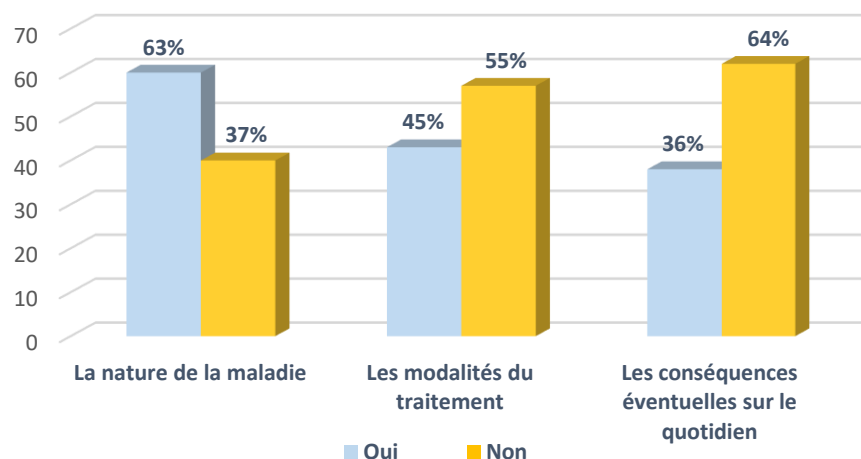


Figure 12 : Répartition des patientes selon leur compréhension du diagnostic après l'annonce

1.5.6. Estimation des patientes du pronostic de leur maladie cancéreuse :

Presque toutes les patientes, soit 96%, croyaient que leur maladie est curable, seulement 4% des patientes la croyaient incurable.

1.6. Traitement :

1.6.1. Type de traitement reçu :

La plupart des patientes soit 28%, avaient reçu comme traitement la chirurgie associée à la chimiothérapie, et ceci jusqu'au moment de notre enquête.

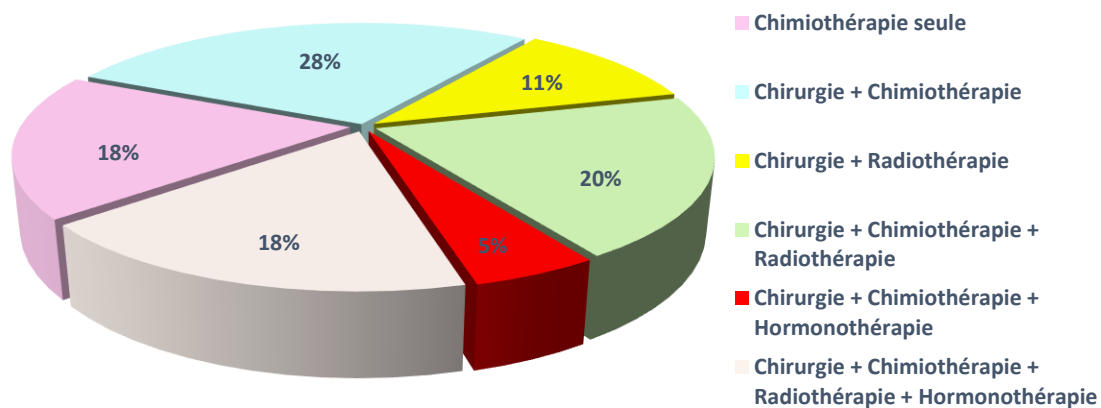


Figure 13 : Répartition des patientes selon le type du traitement reçu

1.6.2. Début du traitement :

Pour la majorité des patientes (43%), le délai du début de leur traitement était entre 3 mois et 1 an ; tandis de 12% des patientes avaient démarré leur traitement depuis plus de 5 ans, par rapport au moment de notre enquête.

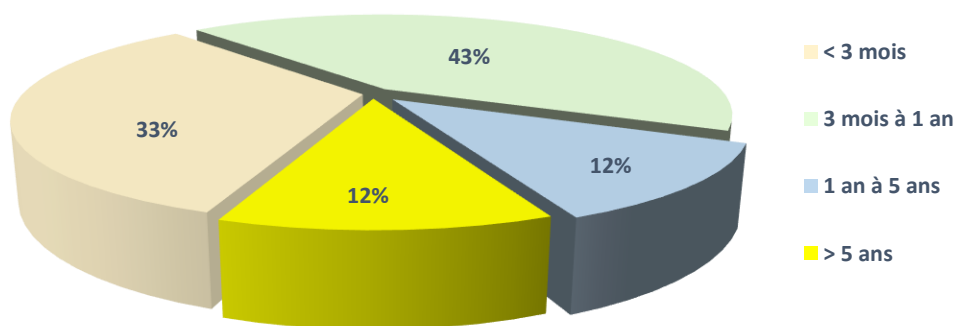


Figure 14 : Répartition des patientes selon le délai de début du traitement

1.6.3. Prise en charge et soutien psychologiques :

A côté du traitement médical, la grande majorité des patientes (98%) n'avait bénéficié d'aucune prise en charge ou soutien psychologiques par un spécialiste ; et seulement 2% des patientes en avaient bénéficié.

1.7. Les répercussions psychologiques, physiques et socioéconomiques après la découverte du cancer du sein :

1.7.1. Principales causes de la gêne psychologique :

Sur le plan psychologique, la majorité des patientes de cette étude rapportait une ou plusieurs causes de leur gêne dont la principale était le sentiment de tristesse avec un pourcentage de 88%, suivie de l'angoisse de récurrence (65%), puis de la crainte de la mort (42%). Tandis que 3% des patientes attribuaient cette gêne au sentiment de désespoir et de pessimisme.

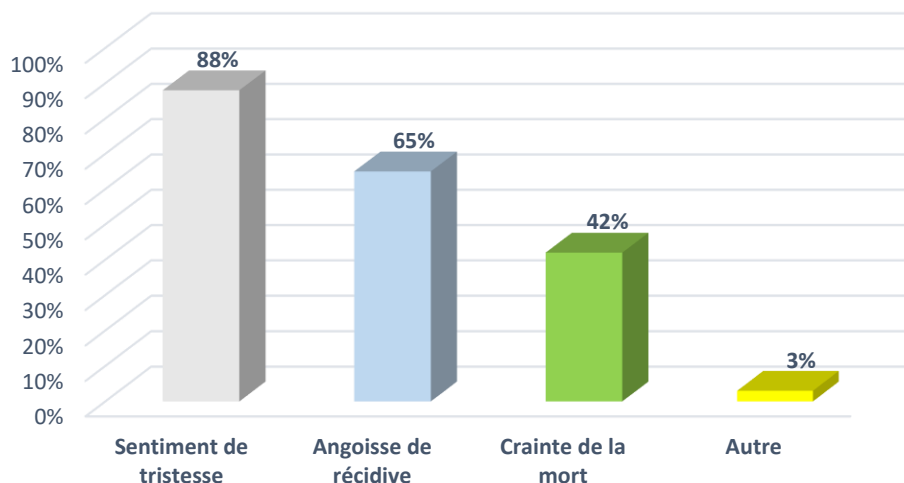


Figure 15 : Répartition des patientes selon les principales causes de leur gêne psychologique

1.7.2. Principales causes de la gêne physique :

Une ou plusieurs causes de gêne pouvaient être rapportées à la fois par la même patiente. Ainsi, une majorité de 73% spécifiait les symptômes physiques (douleurs, asthénie, troubles sexuels), suivie d'une altération de l'image corporelle rapportée par 64%, les effets secondaires du traitement (alopécie, troubles digestifs, bouffées de chaleur, douleurs articulaires) par 56%, puis la perte de l'autonomie par 33% des patientes.

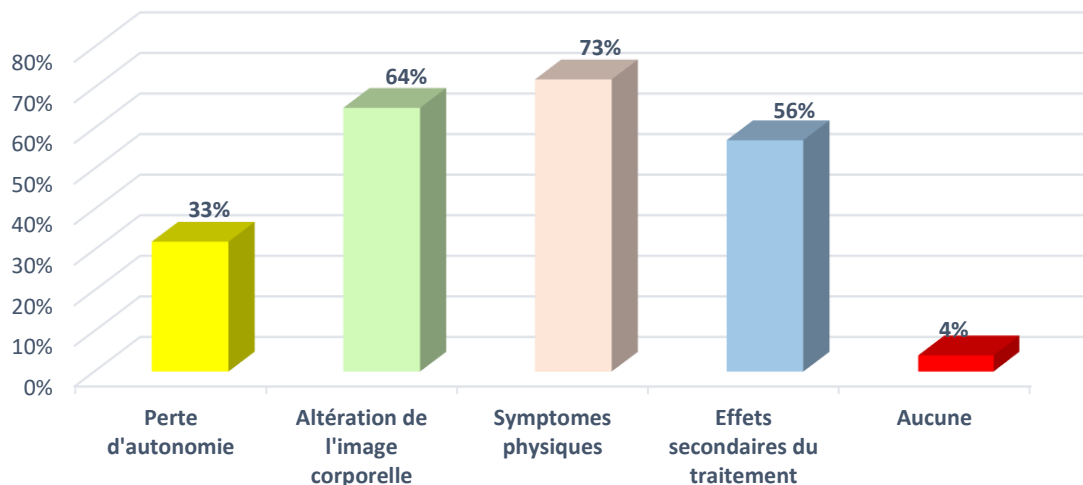


Figure 16 : Répartition des patientes selon les principales causes de leur gêne physique

A noter que pour les symptômes physiques, l'asthénie était majoritaire avec un pourcentage de 38%, suivie des troubles sexuels avec 32% et enfin de la douleur à raison de 9%.

Concernant les effets secondaires du traitement, les patientes souffraient majoritairement d'alopécie avec un pourcentage de 42%, de troubles digestifs à raison de 16%, de bouffées de chaleur pour 11% des patientes, et enfin 3% rapportaient des douleurs articulaires.

1.7.3. Principales causes des gênes sociale, familiale et économique :

Cette question était également à choix multiples où les patientes pouvaient rapporter une ou plusieurs causes de leur gêne sur les plans social, familial et économique. L'insouciance de la famille était rapportée par 28% des patientes, l'incapacité à assurer les responsabilités familiales notamment l'éducation des enfants par 21% et l'altération de la vie conjugale par 20% des patientes. Par ailleurs, la moitié des patientes ne rapportaient aucune cause précise liée à cette gêne.

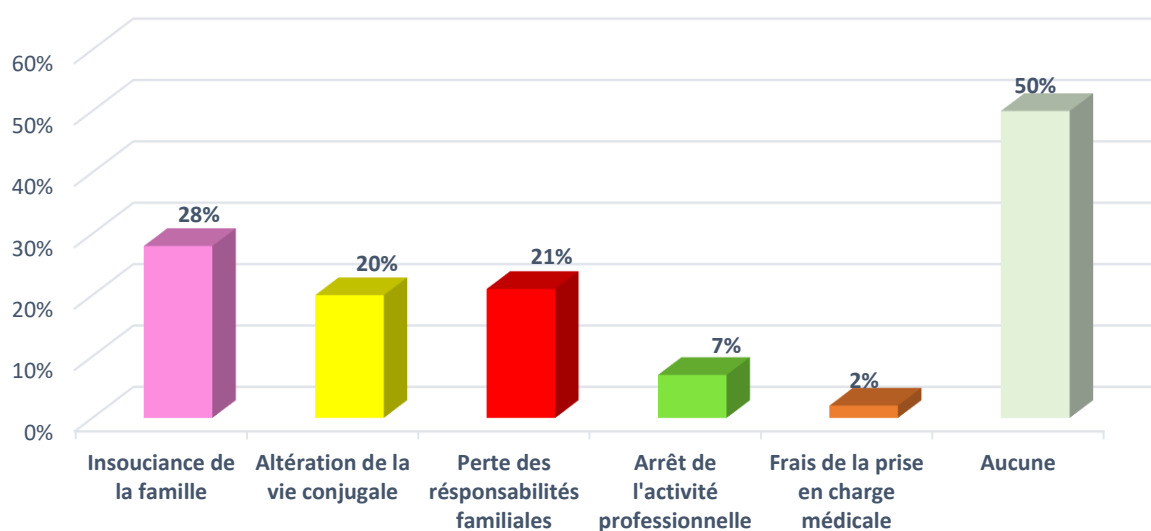


Figure 17 : Répartition des patientes selon les principales causes de leur gêne sociale, familiale et économique

Tableau 1: Tableau récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon global

Caractéristiques de l'échantillon global	Participants à l'étude (N=100)	
	N	%
Age		
20-40 ans	14	14%
40 – 60 ans	72	72%
> 60 ans	14	14%
Situation familiale		
Célibataire	5	5%
Mariée	82	82%
Divorcée	1	1%
Veuve	12	12%
Enfants		
Oui	92	92%
Non	8	8%
Lieu d'habitat		
Urbain	93	93%
Rural	7	7%
Niveau d'instruction		
Aucun	45	45%
Primaire	29	29%
Secondaire	19	19%
Supérieur	7	7%
Profession		
Sans	82	82%
Active	13	13%
Retraitée	5	5%
Niveau socioéconomique		
Bas	39	39%
Moyen	57	57%
Elevé	4	4%
Couverture sociale		
Oui	100	100%
Non	0	0%

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des autres caractéristiques de l'échantillon global

Caractéristiques de l'échantillon global	Participants à l'étude (N=100)	
	N	%
Antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques		
Les antécédents personnels médicaux		
Diabète	13	13%
HTA	11	11%
Asthme	2	2%
Autres pathologies chroniques	7	7%
Aucun	75	75%
Les antécédents personnels chirurgicaux		
Oui	41	41%
Non	59	59%
Les antécédents personnels psychiatriques		
Consultation psychiatrique	7	7%
Dépression	3	3%
Tentative de suicide	1	1%
Vécu d'un traumatisme psychique	11	11%
Autre trouble psychiatrique	4	4%
Aucun	85	85%
Les antécédents d'habitudes toxiques		
Oui	0	0%
Non	100	100%
Les antécédents familiaux de cancer similaire		
Oui	17	17%
Non	83	83%
Les antécédents familiaux psychiatriques		
Oui	12	12%
Non	88	88%
Le diagnostic		
La localisation		
Unilatérale	94	94%
Bilatérale	6	6%

Caractéristiques de l'échantillon global	Participants à l'étude (N=100)	
	N	%
Le stade		
Diffusion locale	25	25%
Diffusion locorégionale	51	51%
Diffusion métastatique	24	24%
Les circonstances de découverte		
Par l'autopalpation	89	89%
Découverte fortuite	8	8%
Contrôle d'une mastopathie bénigne	1	1%
Campagne de dépistage	2	2%
L'annonce		
Annonceur du diagnostic		
Médecin généraliste	7	7%
Gynécologue	78	78%
Oncologue	6	6%
Radiologue	3	3%
Anatomo-pathologiste	1	1%
Membre de la famille	5	5%
Accompagnement au moment de l'annonce		
Oui	59	59%
Non	41	41%
Sentiment (ou réaction) immédiat(e) au moment de l'annonce		
Culpabilité	3	3%
Vulnérabilité, impuissance	28	28%
Etat de sidération	89	89%
Déni du diagnostic	19	19%
Refus de tout traitement	2	2%
Peur de la mort	13	13%
Autre	7	7%
Connaissances préalables sur la maladie ?		
Oui	94	94%
Non	6	6%

Caractéristiques de l'échantillon global	Participants à l'étude (N=100)	
	N	%
Compréhension, après l'annonce, de la nature de la maladie		
Oui	63	63%
Non	37	37%
Compréhension, après l'annonce, des modalités du traitement		
Oui	45	45%
Non	55	55%
Compréhension, après l'annonce, des éventuelles conséquences sur le quotidien		
Oui	36	36%
Non	68	68%
Estimation de la patiente du pronostic de sa maladie cancéreuse		
Curable	96	96%
Non curable	4	4%
Traitement		
Type de traitement reçu		
Chimiothérapie seule	18	18%
Chirurgie + Chimiothérapie	28	28%
Chirurgie + Radiothérapie	11	11%
Chirurgie + Chimiothérapie + Radiothérapie	20	20%
Chirurgie + Chimiothérapie + Hormonothérapie	5	5%
Chirurgie + Chimiothérapie + Radiothérapie + Hormonothérapie	18	18%
Délai de début du traitement		
< 3 mois	33	33%
3 mois à 1 an	43	43%
1 an à 5 ans	12	12%
> 5 ans	12	12%
Prise en charge et soutien psychologiques		
Oui	2	2%
Non	98	98%

Caractéristiques de l'échantillon global	Participant·es à l'étude (N=100)	
	N	%
Répercussions psychologiques et comportementales après la découverte du cancer du sein		
Principales causes de la gêne, sur le plan psychologique		
Sentiment de tristesse	88	88%
Angoisse de récurrences	66	66%
Crainte de la mort	42	42%
Autre	3	3%
Principales causes de la gêne, sur le plan physique		
Perte de l'autonomie	33	33%
Altération de l'image corporelle	64	64%
Symptômes physiques	73	73%
Effets secondaires du traitement :	56	56%
Aucune	4	4%
Principales causes de la gêne, sur les plans social, familial et économique		
Indifférence ou insouciance de la famille	28	28%
Altération de la relation conjugale	20	20%
Perte des responsabilités familiales	21	21%
Arrêt de l'activité professionnelle	7	7%
Frais et coût de la prise en charge médicale	2	2%
Autre	1	1%
Aucune	50	50%

2. Etude de la dépression :

2.1. Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé :

Selon le test MINI, 26 % des patientes souffrant de cancer du sein présentent un épisode dépressif caractérisé au moment de l'enquête.

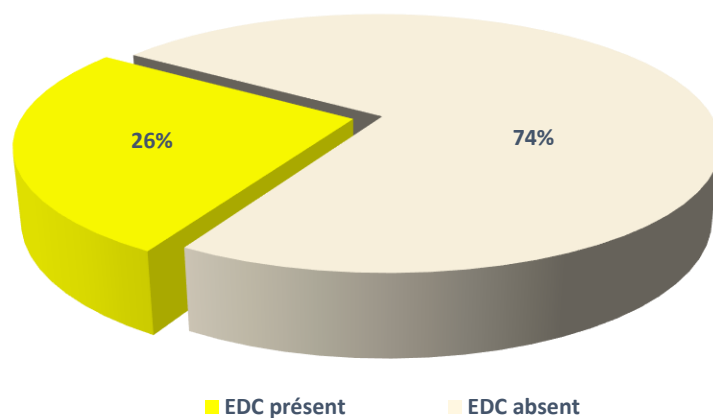


Figure 18 : Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé

2.2. Evaluation de la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé :

Selon l'échelle de Beck, parmi les 26 patientes déprimées : 11 patientes (soit 42%) présentaient une dépression légère, 13 patientes (soit 50%) présentaient une dépression d'intensité moyenne à modérée et 2 patientes (soit 8%) présentaient une dépression sévère.

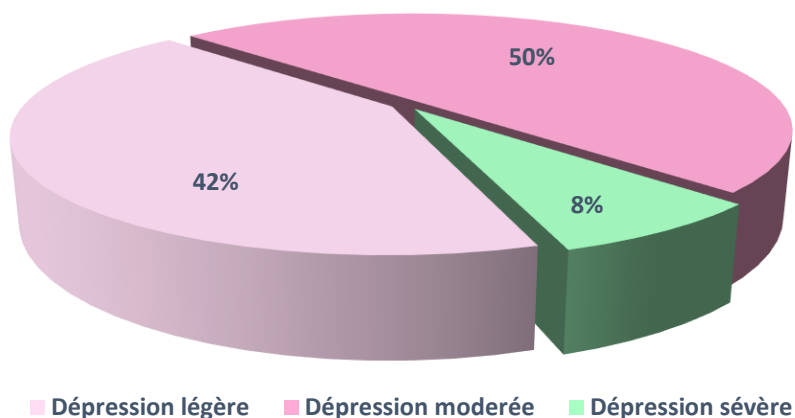


Figure 19 : Sévérité de l'épisode dépressif caractérisé

En conclusion, notre étude avait concerné un échantillon de 100 patientes toutes atteintes de cancer du sein, vues majoritairement en service d'oncologie médicale de l'hôpital militaire Mohammed V de Rabat pour cures de chimiothérapie.

La plupart des patientes étaient âgées entre 40 et 60 ans, mariées, ayant des enfants et issues principalement d'un milieu urbain. Presque la moitié n'était jamais scolarisée et la majorité soit 82% était des femmes au foyer. La plupart des patientes soit 57% affirmaient avoir un niveau socioéconomique moyen, tandis que la totalité des patientes bénéficiait de la couverture sociale.

Concernant les antécédents personnels, la majorité avec un pourcentage de 75% n'avait aucun antécédent médical, 59% des patientes n'avaient aucun antécédent chirurgical et seulement 17% des patientes avaient des antécédents psychiatriques. Par ailleurs, aucune patiente n'avait rapporté un antécédent d'habitudes toxiques. Quant aux antécédents familiaux, la plupart des patientes (83%) n'avaient ni d'antécédents familiaux de cancer similaire, ni d'antécédents familiaux psychiatriques (88%).

La grande majorité soit 94% avait un cancer du sein unilatéral et pour la plupart des patientes le cancer était à un stade de diffusion locorégionale. Les circonstances de découverte étaient dominées par l'autopalpation, étant rapportée par 89% des patientes de notre enquête.

Concernant l'annonce du diagnostic, la majorité (78%) avait rapporté qu'elle était faite par un gynécologue. Au moment de cette annonce, la plupart des patientes (59%) affirmaient qu'elles étaient accompagnées. La situation qui était rapportée le plus suite à la révélation du diagnostic, avec un pourcentage de 89%, était un état de sidération. La grande majorité soit 94% affirmait avoir des connaissances préalables sur la maladie. Par ailleurs, après l'annonce, la majorité des patientes soit 63% avait compris la nature de leur maladie, 45% étaient avisées des modalités du traitement, alors que seules 36% étaient conscientes des conséquences éventuelles sur leur quotidien. En outre, presque toutes les patientes soit 96% croyaient que leur maladie est curable.

A propos de la prise en charge thérapeutique et par rapport au moment de notre enquête, la plupart des patientes soit 28% avaient reçu comme traitement la chirurgie associée à la chimiothérapie ; et pour la majorité des patientes (43%) le délai du début de leur traitement allait de 3 mois à 1 an. A côté de ce traitement médico-chirurgical, seules 2 patientes avaient bénéficié d'une prise en charge psychologique par un spécialiste.

En ce qui concerne les répercussions psychologiques et comportementales après la découverte du cancer, plusieurs causes de gêne ont été rapportées sur différents plans. La principale cause de gêne psychologique était le sentiment de tristesse (88%). Quant à la gêne physique, la plupart des patientes soit 73% l'attribuait aux symptômes physiques (douleurs, asthénie, troubles sexuels). Par ailleurs, sur le plan social, familial et économique, la cause de gêne majoritairement rapportée avec un pourcentage de 28% était l'insouciance de la famille.

Enfin, concernant l'étude de la dépression, l'épisode dépressif caractérisé a été diagnostiqué chez 26 patientes parmi les 100 interrogées. La majorité de ces patientes déprimées (50%) présentait une dépression d'intensité moyenne à modérée.

III. ANALYSE STATISTIQUE :

Dans cette partie de l'étude, nous analyserons les données recueillies lors de notre enquête en comparant la prévalence de la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein selon les facteurs suivants : les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents personnels et familiaux, les caractéristiques cliniques du cancer du sein, l'annonce du diagnostic, la prise en charge thérapeutique et les répercussions psychologiques et comportementales.

1. Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau 3: Prévalence de la dépression selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques		EDC présent		EDC absent		Test Khi-deux (p)
		n=26	%	n=74	%	
Age	20 à 40 ans	8	57,1	6	42,9	0,004
	40 à 60 ans	18	25	54	75	0,715
	>60 ans	0	0	14	100	0,017
Situation matrimoniale	Célibataire	0	0	5	100	0,174
	Mariée	22	26,8	60	73,2	0,687
	Divorcée	0	0	1	100	0,551
	Veuve	4	33,3	8	66,7	0,537
Enfants	Oui	25	27,2	67	72,8	0,364
	Non	1	12,5	7	87,5	
Lieu d'habitat	Urbain	24	25,8	69	74,2	0,872
	Rural	2	28,6	5	71,4	0,872
Niveau d'instruction	Aucun	12	26,7	33	73,3	0,891
	Primaire	6	20,7	23	79,3	0,439
	Secondaire	5	26,3	14	73,7	0,972
	Supérieur	3	42,9	4	57,1	0,292
Profession	Sans	21	25,6	61	74,4	0,849
	Active	3	23,1	10	76,9	0,797
	Retraitée	2	40	3	60	0,446
Niveau socio- économique	Bas	12	30,8	27	69,2	0,385
	Moyen	13	22,8	44	77,2	0,402
	Elevé	1	25	3	75	0,963

L'étude des différents facteurs sociodémographiques, susceptibles d'être prédictifs de la survenue de la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein, trouve que l'âge variant entre 20 et 40 ans est significativement corrélé à l'installation de troubles dépressifs ($p < 0,05$). En effet, la majorité des femmes âgées de 40 à 60 ans n'étaient pas déprimées, tandis qu'aucune patiente âgée de plus de 60 ans n'avait présenté de trouble dépressif. Cette association entre l'âge supérieur à 60 ans et l'absence de dépression était également statistiquement significative ($p < 0,05$).

Par ailleurs, il n'y a pas de corrélation significative entre la survenue de la dépression chez les patientes de notre échantillon et les autres caractéristiques à savoir la situation matrimoniale, la fait d'avoir des enfants ou pas, le lieu d'habitat, le niveau d'instruction, la profession et le niveau socioéconomique.

2. Antécédents :

Tableau 4: Prévalence de la dépression selon les antécédents

Caractéristiques		EDC présent		EDC absent		Test Khi-deux (p)
		n=26	%	n=74	%	
Antécédents personnels médicaux	Oui	6	24	19	76	0,792
	Non	20	26,7	55	73,3	
Antécédents personnels chirurgicaux	Oui	14	34,1	27	65,9	0,122
	Non	12	20,3	47	79,7	
Antécédents personnels psychiatriques	Oui	11	64,7	6	35,3	0,000
	Non	15	18,1	68	81,9	
Antécédents familiaux de cancer similaire	Oui	5	29,4	12	70,6	0,725
	Non	21	25,3	62	74,7	
Antécédents familiaux psychiatriques	Oui	5	41,7	7	58,3	0,187
	Non	21	23,9	67	76,1	

En ce qui concerne les antécédents personnels et familiaux des patientes, seuls les antécédents personnels psychiatriques s'avèrent être un facteur de risque de la survenue des troubles dépressifs, et ceci est statistiquement significatif ($p < 0,05$). Effectivement, la majorité des patientes affirmant avoir des antécédents psychiatriques présentaient un épisode dépressif caractérisé.

3. Diagnostic :

Tableau 5: Prévalence de la dépression selon les données diagnostiques du cancer du sein

Caractéristiques		EDC présent		EDC absent		Test Khi-deux (p)
		n=26	%	n=74	%	
Localisation	Unilatérale	23	24,5	71	75,5	0,167
	Bilatérale	3	50	3	50	0,167
Stade	Diffusion locale	2	8	23	92	0,018
	Diffusion locorégionale	11	21,6	40	78,4	0,303
	Diffusion métastatique	13	54,2	11	45,8	0,000
Circonstances de découverte	Autopalpation	23	25,8	66	74,2	0,919
	Découverte fortuite	3	37,5	5	62,5	0,439
	Contrôle d'une mastopathie bénigne	0	0	1	100	0,551
	Campagne de dépistage	0	0	2	100	0,397

L'exploration des paramètres liés au cancer objective que les circonstances de sa découverte, ainsi que sa localisation ne semblent pas prédire particulièrement la survenue de la dépression.

Cependant, le stade s'avère être directement corrélé au risque dépressif avec un fort niveau de significativité ($p < 0,05$). En effet, les patientes ayant un cancer du sein métastatique présentaient plus de troubles dépressifs que celles qui avaient un cancer en stade de diffusion locale ou locorégionale.

4. Annonce :

Tableau 6: Prévalence de la dépression selon l'annonce du diagnostic

Caractéristiques		EDC présent		EDC absent		Test Khi-deux (p)
		n=26	%	n=74	%	
Médecin annonceur	Médecin généraliste	2	28,6	5	71,4	0,872
	Médecin spécialiste	23	26,1	65	73,9	0,933
	Membre de la famille	1	20	4	80	0,754
Accompagne- ment au moment de l'annonce	Oui	15	25,4	44	74,6	0,875
	Non	11	26,8	30	73,2	
Sentiment ou réaction immédiat(e)						
Sentiment de culpabilité	Oui	0	0	3	100	0,297
	Non	26	26,8	71	73,2	
Sentiment de vulnérabilité	Oui	7	25	21	75	0,887
	Non	19	26,4	53	73,6	
Etat de sidération	Oui	26	29,2	63	70,8	0,037
	Non	0	0	11	100	
Déni du diagnostic	Oui	4	21,1	15	78,9	0,585
	Non	22	27,2	59	72,8	
Refus du traitement	Oui	2	100	0	0	0,016
	Non	24	24,5	74	75,5	
Peur de la mort	Oui	3	23,1	10	76,9	0,797
	Non	23	26,4	64	73,6	
Connaissances préalables	Oui	24	25,5	70	74,5	0,673
	Non	2	33,3	4	66,7	
Compréhension de la nature de la maladie	Oui	13	20,6	50	79,4	0,110
	Non	13	35,1	24	64,9	
Compréhension des modalités du traitement	Oui	12	26,7	33	73,3	0,891
	Non	14	25,5	41	74,5	
Compréhension des conséquences	Oui	9	25	27	75	0,864
	Non	17	26,6	47	73,4	
Estimation du pronostic par la patiente	Curable	22	22,9	74	77,1	0,001
	Non curable	4	100	0	0	0,001

Au moment de l'annonce du diagnostic, plusieurs réactions ou sentiments ont été exprimés par les patientes, mais seuls l'état de sidération et le refus du traitement sont liés de manière significative à la dépression ($p < 0,05$). L'état de sidération est corrélé à moins de troubles dépressifs ; contrairement au refus du traitement qui se trouve lié à une fréquence plus élevée de ces troubles.

L'estimation du pronostic par la patiente est également corrélée significativement à la dépression dans notre étude. En effet, moins de dépression a été diagnostiquée chez les patientes qui estimaient que leur maladie était curable ; tandis que celles qui la considéraient incurable étaient toutes déprimées.

Par ailleurs aucune association significative n'est retrouvée entre la survenue de la dépression et les autres paramètres liés à l'annonce, à savoir le médecin annonceur, l'accompagnement, les connaissances préalables sur la maladie ou encore la compréhension du diagnostic révélé.

5. Traitement :

Tableau 7: Prévalence de la dépression selon le traitement

Caractéristiques		EDC présent		EDC absent		Test Khi-deux (p)
		n=26	%	n=74	%	
Type de traitement	CT seule	4	22,2	14	77,8	0,687
	Chir + CT	5	17,9	23	82,1	0,247
	Chir + RT	1	9,1	10	90,9	0,175
	Chir + CT + RT	2	10	18	90	0,068
	Chir + CT + HT	4	80	1	20	0,005
	Chir + CT + RT + HT	10	55,6	8	44,4	0,002
Délai du début du traitement	< 3 mois	3	9,1	30	90,9	0,007
	3 mois à 1 an	9	20,9	34	79,1	0,315
	1 an à 5 ans	7	58,3	5	41,7	0,006
	> 5 ans	7	58,3	5	41,7	0,006
Prise en charge psychologique	Oui	2	100	0	0	0,016
	Non	24	24,5	74	75,5	0,016

NB : Chir=Chirurgie, CT=Chimiothérapie, RT=Radiothérapie, HT=Hormonothérapie

L'étude des paramètres liés à la prise en charge thérapeutique objective qu'ils sont tous corrélés significativement à la dépression.

En ce qui concerne le type du traitement reçu jusqu'au moment de notre enquête, on trouve que les patientes ayant reçu un traitement plus lourd notamment une quadrithérapie étaient plus déprimées que les autres. Par ailleurs, la plupart des patientes ayant commencé leur traitement depuis plus d'une année présentent plus de troubles dépressifs que celles qui l'ont démarré depuis moins d'un an.

Quant à la prise en charge psychologique associée au traitement médico-chirurgical, les seules deux patientes qui en ont bénéficié étaient déprimées. Cependant, ceci pourrait être expliqué par le fait que cette prise en charge psychologique a été instaurée suite à la suspicion ou à la confirmation du diagnostic de dépression chez ces patientes.

6. Répercussions psychologiques et comportementales après la découverte du cancer :

Tableau 8: Prévalence de la dépression selon les répercussions psychologiques, physiques, socioéconomiques et familiales

Caractéristiques		EDC présent		EDC absent		Test Khi-deux (p)
		n=26	%	n=74	%	
Gènes psychologiques						
Sentiment de tristesse	Oui	24	27,3	64	72,7	0,432
	Non	2	16,7	10	83,3	
Angoisse de récidives	Oui	23	34,8	43	65,2	0,005
	Non	3	8,8	31	91,2	
Crainte de la mort	Oui	16	38,1	26	61,9	0,019
	Non	10	17,2	48	82,8	
Gènes physiques						
Perte de l'autonomie	Oui	13	39,4	20	60,6	0,032
	Non	13	19,4	54	80,6	
Altération de l'image corporelle	Oui	22	34,4	42	65,6	0,011
	Non	4	11,1	32	88,9	
Symptômes physiques	Oui	21	28,8	52	71,2	0,300
	Non	5	18,5	22	81,5	
Effets secondaires du traitement	Oui	19	33,9	37	66,1	0,041
	Non	7	15,9	37	84,1	
Gènes socioéconomiques et familiales						
Insouciance de la famille	Oui	12	42,9	16	57,1	0,017
	Non	14	19,4	98	80,6	
Altération de la vie conjugale	Oui	11	55	9	45	0,001
	Non	15	18,8	65	81,2	
Perte des responsabilités familiales	Oui	11	52,4	10	47,6	0,002
	Non	15	29	64	81	
Arrêt de l'activité professionnelle	Oui	2	28,6	5	71,4	0,872
	Non	24	25,8	69	74,2	
Frais et coût de la prise en charge médicale	Oui	1	50	1	50	0,434
	Non	25	25,5	73	74,5	

La dernière partie de notre enquête s'intéresse à l'étude des conséquences psychosociales et physiques après la découverte du cancer du sein et leur influence sur la survenue de la dépression.

Il paraît que les gênes psychologiques et physiques représentées par l'angoisse de récurrence, la crainte de la mort, la perte de l'autonomie, l'altération de l'image corporelle ou encore les effets secondaires du traitement sont corrélés significativement à moins de troubles dépressifs.

Quant aux répercussions socioéconomiques et familiales, les patientes gênées par l'altération de leur vie conjugale, ainsi que par la perte de leurs responsabilités familiales présentent plus de dépression. Par contre, l'insouciance de la famille ne semble pas être un facteur prédictif de la survenue des troubles dépressifs chez les patientes de notre échantillon, vu que la plupart des femmes gênées par l'insouciance de leurs familles n'étaient pas déprimées. Tous ces résultats sont statistiquement significatifs ($p < 0,05$).

A la lumière de ce qui a été démontré dans l'étude analytique, nous retenons que la survenue de l'épisode dépressif majeur est corrélée significativement aux paramètres suivants :

- + l'âge variant entre 20 et 40 ans ;
- + l'existence d'antécédents psychiatriques ;
- + la diffusion métastatique du cancer ;
- + le refus initial du traitement par la patiente ;
- + l'estimation péjorative du pronostic par la patiente ;
- + une multithérapie et un délai plus long d'initiation du traitement ;
- + les conséquences du retentissement sur la vie familiale, notamment l'altération de la vie conjugale et la perte des responsabilités.



DISCUSSION



I. GENERALITES :

1. Dépression :

1.1. Définition :

La dépression est une maladie psychique qui se caractérise par une tristesse persistante, une perte d'intérêt pour les activités qui, normalement, procurent du plaisir et une incapacité à accomplir les tâches quotidiennes. On parle de dépression si ces symptômes sont présents pendant deux semaines au moins. [5]

Le terme « dépression » correspond dans la classification actuelle du DSM-5 à l'épisode dépressif caractérisé (anciennement « épisode dépressif majeur »).

1.2. Aspects épidémiologiques :

1.2.1. Prévalence des troubles dépressifs dans le monde et au Maroc :

La dépression est la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde. Selon les dernières estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 300 millions de personnes dans le monde souffrent de dépression, soit une augmentation de plus de 18,4% de 2005 à 2015. [5, 6]

A l'échelle mondiale, la proportion de la population déprimée en 2015 était estimée à 4,4% ; presque la moitié de ces personnes vivent en Asie du Sud-Est et dans la région du Pacifique occidental ; avec une prévalence plus élevée chez les femmes (5,1%) que les hommes (3,6%). Quant à l'âge, le taux de prévalence est plus important chez les sujets adultes (plus de 7,5% chez les femmes âgées de 55 à 74 ans et plus de 5,5% chez les hommes) ; les enfants et les adolescents de moins de 15 ans souffrent aussi de ce fléau, mais à degrés moindre. [6]

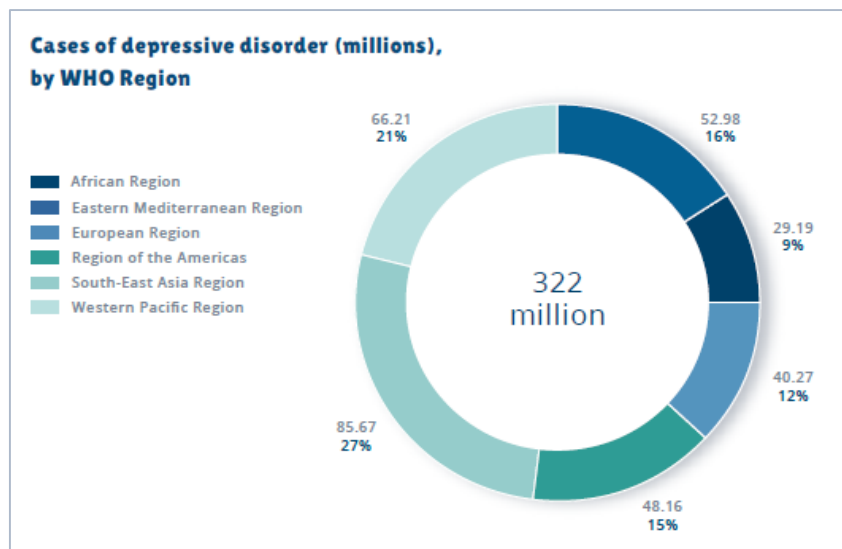


Figure 20: Prévalence des troubles dépressifs selon les régions du monde en 2015 [7]

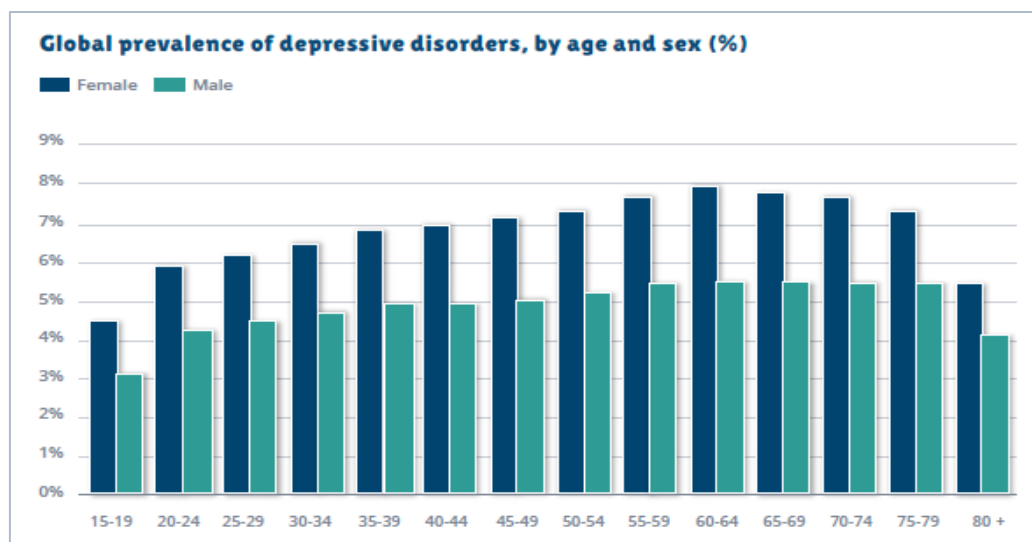


Figure 21: Prévalence mondiale des troubles dépressifs selon l'âge et le sexe en 2015 [7]

A l'échelle nationale, le nombre de cas de personnes déprimées était de 1 484 441 en 2015, soit 4,5% de la population marocaine. Quant au taux d'incapacité imputable aux troubles mentaux au Maroc, l'OMS signale que la dépression est à l'origine d'une part importante (7,4%) des années de vies vécues avec une incapacité. [7]

L'unique enquête nationale en population générale menée en 2005 a révélé que sur un échantillon représentatif de 5498 individus, des deux sexes, âgés de plus de 15 ans, environ 50 % ont présenté au moins un trouble psychique mineur au cours de leur vie et que 26,5 % étaient dépressifs. L'épisode dépressif majeur était plus fréquemment repéré chez les femmes avec 34.3% contre 20.4% chez les hommes ; sa prévalence était aussi plus élevée chez les plus de 20 ans, ainsi qu'en milieu urbain. [9]

Cependant, aucune étude du profil épidémiologique des individus atteints de troubles mentaux suivis en ambulatoire au niveau des structures de santé publique n'a été réalisée à ce jour par le Ministère de la Santé [10].

1.2.2. Facteurs de vulnérabilité de la dépression :

La dépression est une pathologie multifactorielle. Ses principaux facteurs de vulnérabilité sont les suivants [11] :

* **Facteurs psychosociaux :**

- Facteurs sociodémographiques : célibat, isolement social et affectif, faible investissement professionnel, bas niveau socioéconomique, lieu de vie urbain.
- Événements de vie stressants et vécus de traumatisme psychique : décès d'un proche, séparation, une perte d'emploi, violence conjugale...

* **Maladies somatiques graves ou chroniques :** les affections cardio-vasculaires, séropositivité HIV (virus d'immunodéficience humaine), dialyse, cancers, diabète, maladie de parkinson ou les accidents vasculaires cérébraux avec séquelles invalidantes, affections musculo-squelettiques...

* **Maladies psychiatriques :** antécédents de dépression et/ou de tentatives de suicide, troubles anxieux, troubles cognitifs...

* **Abus de substances psychoactives et d'alcool.**

* **Prise médicamenteuse :** la dépression peut être un effet secondaire des médicaments (psychotropes, β -bloquants, corticoïdes, contraceptifs, interféron...).

1.3. Manifestations cliniques :

1.3.1. Sémiologie psychiatrique de l'épisode dépressif :

Un syndrome dépressif est caractérisé par la persistance dans le temps d'une tristesse pathologique de l'humeur, et par une constellation de symptômes et de signes, qui varient d'un sujet à l'autre, se regroupant comme suit [12] :

- * **Des perturbations psychoaffectives :** humeur dépressive/triste, quasi constante dans le temps ; anhédonie (= perte du plaisir) ; anesthésie affective ; anxiétés ; altérations de la pensée avec des idées de culpabilité ; de dévalorisation et/ou d'incurabilité ; idées suicidaires.
- * **Perturbations psychomotrices :** ralentissement psychomoteur ou agitation ; ralentissement de la pensée (bradypsychie, ruminations) ; altérations cognitives, à savoir de la concentration, de la mémoire et de l'attention ; ralentissement moteur et comportemental (bradykinésie ; hypomimie, bradyphémie).
- * **Perturbations physiologiques :** perturbations du sommeil ; fatigue ou perte d'énergie ; perturbations des conduites alimentaires (le plus souvent une anorexie) ; perturbations de la sexualité (diminution du désir et de l'excitation sexuelle) ; autres symptômes neurovégétatifs, digestifs, urinaires, cardiovasculaires...

1.3.2. Diagnostic positif de l'épisode dépressif :

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique, et repose sur [12] :

- ✓ une sémiologie telle que décrite précédemment ;
- ✓ une évolution depuis plus de 15 jours ;
- ✓ une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles ;
- ✓ l'absence de diagnostic différentiel.

Concernant les critères diagnostiques de l'épisode dépressif, il existe à l'heure actuelle deux classifications reconnues par les experts internationaux :

- la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^{ème}révision) (tableau 9) [13]
- le DSM-5 (Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, 5^{ème} version) (tableau 10) [14]

Tableau 9: Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10, OMS [13]

A. Répond aux critères généraux d'un épisode dépressif :
1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.
2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque à un moment quelconque de la vie du sujet.
3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive ou à un trouble mental organique.
B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :
1. Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant au moins 2 semaines.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
3. Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.
C. Présence d'au moins un des symptômes suivants pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :
1. Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
2. Sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée.
3. Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
4. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
5. Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement.
6. Perturbation du sommeil de n'importe quel type.
7. Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Tableau 10 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5 [14]

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir :
1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours.
3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours.
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou à une autre affection médicale.
D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.
E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

1.3.3. Caractéristiques cliniques de l'épisode dépressif caractérisé :

L'épisode dépressif caractérisé ne peut pas être diagnostiqué comme une entité autonome. En effet, le DSM-5 distingue plusieurs spécifications cliniques de l'épisode dépressif caractérisé actuel ; notamment avec **caractéristiques anxieuses**, avec **caractéristiques mixtes**(symptômes maniaques associés), avec **caractéristiques mélancoliques** (la forme la plus sévère, à risque suicidaire élevé), avec **caractéristiques atypiques**, avec **caractéristiques psychotiques**, avec **catatonie**, **du péripartum** et **l'épisode saisonnier** [14].

1.3.4. Formes cliniques du trouble dépressif :

Différents types de troubles dépressifs ont été également définis par le DSM-5, à savoir : le **trouble dépressif caractérisé isolé** (présence d'un unique EDC) ; le **trouble dépressif caractérisé récurrent** (présence d'au moins 2 EDC séparés d'une période sans symptôme d'au moins 2 mois consécutifs) ; le **trouble dépressif persistant**(présence pratiquement toute la journée d'une humeur dépressive, la majorité des jours, durant au moins 2 ans) et chez la femme le **trouble dysphorique prémenstruel** [14].

1.3.5. Diagnostic différentiel d'un épisode dépressif :

Certains diagnostics différentiels sont à éliminer avant de poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, et qui sont regroupés comme suit [15] :

- * **Autres troubles psychiatriques** : dysthymie, trouble bipolaire, troubles associés au stress, troubles anxieux, troubles de l'alimentation, trouble schizo-affectif, schizophrénie, troubles de la personnalité, trouble somatoforme ;
- * **Troubles neurologiques** : démence, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, sclérose en plaques, épilepsie ;
- * **Troubles cardiovasculaires** : infarctus, accident vasculaire cérébral ;
- * **Troubles endocriniens** : maladie d'Addison, maladie de Cushing, diabète, hyper/hypothyroïdie, syndrome prémenstruel, symptômes liés à la ménopause... ;

- * **Troubles métaboliques** : hypoglycémie, hypercalcémie, porphyrie ;
- * **Troubles inflammatoires** : lupus érythémateux, affections rhumatismales ;
- * **Infections** : syphilis, maladie de Lyme, encéphalopathie, hépatite, VIH (virus d'immunodéficience humaine) ;
- * **Troubles du sommeil** : syndrome d'apnée de sommeil ;
- * **Tumeurs** : cerveau, pancréas, rein ;
- * **Hypovitaminoses** : B12, acide folique ;
- * **Troubles hématologiques** : anémie ;
- * **Médicaments** : antihypertenseurs (bêtabloquants, méthyldopa, anticalciques...), stéroïdes, antihistaminiques, sédatifs, relaxants musculaires, anticancéreux (vincristine, L-asparaginase, interféron, vinblastine...), médicaments interagissant avec les hormones sexuelles, antipsychotiques, antipaludéens, isotrétinoïne ;
- * **Abus de substances** : alcool, benzodiazépines, opioïdes, cannabis/marijuana, cocaïne, amphétamines, analgésiques, barbituriques.

1.4. Prise en charge thérapeutique :

1.4.1. Evaluation de la sévérité de l'épisode dépressif :

- * Evaluation de l'intensité des symptômes sur différentes échelles : l'échelle de *Hamilton* (la plus utilisée) ou d'autres telles que l'échelle d'évaluation de la *dépression Montgomery-Asberg (MADRS)*, l'échelle de *Beck*...
- * Evaluation du risque suicidaire, l'état général...[16]

1.4.2. Hospitalisation :

Une hospitalisation se justifie en cas de :

- * risque suicidaire ;
- * épisode dépressif caractérisé sévère ;
- * épisode avec caractéristiques mélancoliques ou psychotiques ;

- * formes sévères et/ou résistantes au traitement nécessitant une réévaluation diagnostique et thérapeutique ;
- * formes avec comorbidités complexes associées (psychiatriques ou non-psychiatriques) ;
- * situations d'isolement ou de soutien socio-familial réduit. [12]

1.4.3. Traitement pharmacologique :

- * Bilan pré-thérapeutique clinique complet et paraclinique :
 - Poids, température, pression artérielle, fréquence cardiaque, état buccodentaire, indice de masse corporelle, mesure du périmètre abdominal.
 - Hémogramme, plaquettes, ionogramme sanguin, glycémie, bilan lipidique, bilan rénal, bilan hépatique, bilan thyroïdien, BHCG (hormone chorionique gonatrophe).
 - Un électrocardiogramme.
- * Traitement antidépresseur (AD) :
 - Les antidépresseurs sont répartis en 5 classes : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline (IRSNA), les tricycliques ou imipraminiques, les inhibiteurs de la monoamine oxydase, les autres antidépresseurs.
 - Pour les formes d'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée à sévère, un traitement antidépresseur est recommandé :
 - ✓ En première intention : prescrire plutôt un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) augmenté progressivement à posologie efficace en fonction de la tolérance.
 - ✓ Le délai d'action de l'antidépresseur est de plusieurs semaines.
 - ✓ L'évaluation de la réponse au traitement nécessite au moins 2 semaines de traitement à dose efficace.

- En cas de non-réponse après un premier traitement antidépresseur, plusieurs stratégies thérapeutiques peuvent être envisagées :
 - ✓ augmentation de posologie de l'antidépresseur ;
 - ✓ changement de traitement antidépresseur ;
 - ✓ combinaison de deux traitements antidépresseurs ;
 - ✓ stratégies non médicamenteuses.
- Pour les formes cliniques avec caractéristiques psychotiques, un traitement par antipsychotique peut être associé à l'antidépresseur.
- Une surveillance régulière clinico-biologique de l'efficacité et de la tolérance du traitement est nécessaire ; notamment une évaluation du risque suicidaire et du risque de virage maniaque de l'humeur sous antidépresseur.
- L'arrêt du traitement médicamenteux d'un premier EDC isolé peut être discuté 6 mois à 1 an après la rémission clinique et doit être toujours progressif. [12]

1.4.4. Traitements non pharmacologiques :

* Traitement physique : l'électroconvulsivothérapie (ECT)

Elle peut être utilisée dans les formes les plus sévères d'épisode dépressif caractérisés (mélancoliques, catatoniques ou psychotiques) et/ou en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux et/ou dans les situations d'urgences vitales (risque suicidaire ou risque de dénutrition/déshydratation).

* La psychothérapie :

La psychothérapie de soutien est toujours indiquée. Les psychothérapies dites structurées peuvent être indiquées en monothérapie pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère et en association au traitement médicamenteux pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérés à sévères.

* La réhabilitation psychosociale :

Chez certains patients, des stratégies de réadaptation sociale et professionnelle peuvent être indiquées. [12]

1.5. Pronostic et évolution :

- * L'évolution du trouble dépressif caractérisé est variable ; soit vers une rémission complète, soit une persistance des symptômes dépressifs résiduels (rémission partielle) en nombre alors insuffisant pour porter le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé.
- * Certains patients présenteront une résistance au traitement antidépresseur (échec de deux traitements antidépresseurs bien conduits en termes de posologie et de durée).
- * Les complications sont principalement représentées par le risque de suicide, de désinsertion socio-professionnelle, de récurrences dépressives et de comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques.
- * Les facteurs de mauvais pronostic, prédictifs de rechutes ou récurrences dépressives sont : le sexe féminin, un âge de début précoce, le nombre d'épisodes passés, les antécédents familiaux de trouble de l'humeur, une durée plus longue ou une sévérité plus importante de l'épisode, la persistance de symptômes résiduels dépressifs et la présence d'une comorbidité psychiatrique ou non-psychiatrique.

[12]

2. Cancer du sein :

2.1. Aspects épidémiologiques :

2.1.1. Prévalence du cancer du sein dans le monde et au Maroc :

A l'échelle mondiale, le cancer du sein constitue le cancer féminin le plus fréquent avec près de 1,5 million de nouveaux cas diagnostiqués chaque année. Il provoque également le plus grand nombre de décès liés au cancer chez les femmes. En 2015, 570 000 femmes sont décédées d'un cancer du sein, soit environ 15% de tous les décès par cancer chez les femmes. [1] Selon GLOBOCAN, l'incidence du cancer du sein est plus élevée dans les pays développés, tandis que la mortalité relative est plus importante dans les pays moins développés [17]. En effet, les régions à haut risque sont celles d'Amérique du nord et d'Europe occidentale, alors que celles d'Asie et d'Extrême-Orient présentent les taux les plus faibles [18].

A l'échelle nationale, et selon le dernier rapport statistique de l'Organisation Mondiale de la Santé, parmi les 10 400 décès par cancers chez les femmes en 2014, un pourcentage de 26,7% était attribué au cancer du sein [3]. Quant aux données du registre des cancers de la région du grand Casablanca (RCRC) pour la période 2008-2012, le cancer du sein était également à la tête des cancers féminins avec une proportion de 35,8% des cas enregistrés durant la période étudiée. L'incidence brute chez les femmes était de 47 pour 100 000 femmes et le taux standardisé sur la population mondiale était de 49,5 pour 100 000 femmes. Par ailleurs, la tranche d'âge comprise entre 40 et 54 ans avait enregistré le plus grand nombre de cas. [2]

Afin de réduire donc la morbidité et la mortalité imputables à ce cancer, et d'augmenter les chances de survie ; de nombreux programmes de sensibilisation et de détection précoce ont été instaurés à travers le monde. Au Maroc, un programme national de dépistage précoce du cancer du sein, qui est une composante du plan national de prévention et de contrôle du cancer (PNPCC) 2010-2019, a été élaboré ; par le

ministère de la santé en partenariat avec la Fondation Lalla Salma pour la prévention et le traitement des cancers ; et fut intégré dans les activités de la santé reproductive [19].

2.1.2. Facteurs de risque :

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle. Mais en dépit de très nombreuses études, les facteurs de risque ne sont pas entièrement connus. Ils sont classés en facteurs génétiques, hormonaux et environnementaux, et sont représentés par :

* **L'âge :**

L'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge, doublant environ tous les dix ans jusqu'à la ménopause [20].

* **Les facteurs reproductifs :**

L'âge précoce aux premières règles ou une ménopause tardive [21], la faible parité et l'âge tardif à la première grossesse [22], sont considérés des facteurs de risque du cancer du sein. Par contre l'allaitement constitue un facteur protecteur [20].

* **Les hormones exogènes :**

Le risque du cancer du sein s'élève également par la prise d'une contraception orale [23] ou des traitements hormonaux de la ménopause [20].

* **Les facteurs anthropométriques :**

En période pré-ménopausique, le surpoids tend à diminuer le risque de cancer du sein ; par contre qu'en post-ménopause, l'excès d'adiposité et le gain de poids tendent au contraire à augmenter le risque de cancer du sein [24].

* **Alimentation :**

L'alcool constitue le seul facteur alimentaire associé de façon bien établie à ce risque. Les principales composantes alimentaires (fruits, légumes, produits laitiers, viande, fibres et phyto-œstrogènes) ne sont pas encore connues comme facteurs de risque [20].

* **Expositions environnementales et professionnelles :**

L'exposition aux radiations ionisantes est le seul facteur de risque environnemental bien établi d'origine. Les expositions environnementales à des polluants organochlorés ont été suspectées d'entraîner ce risque. [20]

* **Facteurs génétiques :**

L'existence d'antécédents familiaux de cancer du sein chez la mère, la sœur ou la fille multiplie par 2 à 3 le risque de cancer du sein [20]. En effet, les femmes porteuses de mutations sur les gènes BRCA1 et BRCA2, ont un risque élevé de développer un cancer du sein (des gènes à haut risque) [25]. Par ailleurs, au cours des dernières années des gènes à faible pénétrance ont été identifiés, près de 70 variants génétiques communs faiblement associés au risque de cancer du sein [26].

2.2. Démarche diagnostique et bilan pré-thérapeutique :

2.2.1. Etude clinique :

a. Les circonstances de découverte :

Le cancer du sein est souvent découvert par la patiente lors de l'autopalpation, par la constatation de signes cliniques, à savoir : un nodule du sein, une mastodynie, un sein inflammatoire, des anomalies du revêtement cutané, des ganglions axillaires, un eczéma ou un écoulement du mamelon. Parfois ces signes d'appel peuvent être absents et la lésion peut être découverte fortuitement sur un examen clinique, mammographique ou échographique, soit lors d'une consultation médicale ou lors d'une campagne de dépistage. [27]

b. Interrogatoire et examen clinique :

Devant toute suspicion diagnostique, l'interrogatoire doit rechercher : les circonstances de découverte ; des signes permettant d'apprécier le potentiel évolutif de la tumeur ; la prise éventuelle de tout traitement œstroprogestatif ou progestatif ; les

antécédents personnels gynécologiques et obstétricaux ; les antécédents familiaux de cancers du sein ou de l'ovaire ; les comorbidités et l'ensemble des traitements en cours.

L'interrogatoire sera suivi d'un examen clinique bien précis, qui permettra de rechercher les éléments importants pour apprécier le pronostic et orienter la stratégie diagnostique et thérapeutique. Il comprendra [28] :

➤ L'inspection :

- Elle doit se faire à jour frisant ; la femme doit être nue jusqu'à la ceinture, en position debout et assise, bras pendants puis relevés.
- Elle recherchera la présence d'une inflammation localisée ou diffuse, d'une anomalie cutanée, d'une rétraction mamelonnaire, d'une asymétrie récente, d'un aspect de « peau d'orange », ou encore des nodules dermo-épidermiques.

➤ La palpation :

- Elle doit intéresser les deux seins ; les doigts bien à plat, en refoulant la glande sur le gril costal. On recherche l'existence d'un ou plusieurs nodules dont les caractères évocateurs de malignité sont les suivants : irrégularité, mauvaise limitation ; adhérence cutanée ou profonde ; consistance ferme voire dure.

Il est important de consigner la taille, la localisation et les principales caractéristiques cliniques de ce(s) nodule(s) sur un schéma.

- Elle recherchera l'existence d'un écoulement mamelonnaire d'autant plus évocateur qu'il sera uni-orificiel et sanglant ; ainsi que la présence d'adénopathies par la palpation des creux axillaires en notant leur taille et leur mobilité.

2.2.2. Etude paraclinique :

a. Mammographie :

C'est l'examen radiologique de première intention. Elle améliore le diagnostic en cas d'anomalie clinique et permet de dépister des lésions infracliniques. Les anomalies détectées sont regroupées selon la classification BI-RADS (ACR). Les signes

radiologiques élémentaires suspects sont ceux classés en ACR4 et ACR5, représentant une opacité stellaire à contours spiculés ainsi que des microcalcifications.

b. Echographie :

Cet examen est indiqué en complément de la mammographie, dans le cas d'un sein très inflammatoire, ou pour l'exploration d'une anomalie clinique sans traduction mammographique. Elle permet de rechercher des signes de suspicion de cancer sous forme d'une image hypo-échogène irrégulière, globuleuse ou à grand diamètre perpendiculaire à la peau. Le cône d'ombre postérieur vient souvent compléter ce tableau.

c. Cytoponction :

Elle peut être réalisée sur un écoulement, sur une lésion cutanée ou par ponction à l'aiguille fine. Elle n'a de valeur que si elle est positive (les faux positifs sont non négligeables).

d. Biopsies percutanées :

La biopsie n'a de valeur aussi que si elle est positive. Elle permet de faire l'examen histologique afin d'affirmer la malignité et de préciser les éléments pronostiques : grade SBR (Scarff-Bloom et Richardson), récepteurs hormonaux. [29]

2.2.3. Bilan pré-thérapeutique :

Une évaluation précise de la taille et du nombre des lésions, ainsi que des facteurs pronostiques, est un préalable à une prise en charge thérapeutique optimale.

Le bilan d'extension associe une exploration thoraco-abdominale et osseuse. Il comportera une radiographie thoracique, une échographie hépatique et pelvienne, et une scintigraphie osseuse ; sinon une TDM thoraco-abdominale associée à une scintigraphie osseuse. L'IRM peut permettre de préciser des images douteuses. Un bilan hépatique et des dosages des marqueurs tumoraux CA (antigène du cancer) 15-3 et l'ACE (antigène carcino-embryonnaire) sont également nécessaires.

Ce bilan pré-thérapeutique doit aussi inclure la recherche des facteurs pronostiques à savoir l'évolutivité de la tumeur, ses caractéristiques histologiques et sa classification TNM. [20]

2.3. Prise en charge thérapeutique et surveillance :

Le traitement du cancer du sein repose sur la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie. Ce traitement est adapté à chaque cas et se décide dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire. Le but est d'assurer un traitement adapté à la patiente et au stade de sa maladie, de réduire le risque de complications et de séquelles thérapeutiques, et de préserver la qualité de vie.

2.3.1. Traitements du cancer du sein non métastatique :

a. La chirurgie mammaire :

Elle peut être soit une chirurgie conservatrice qui sera toujours indiquée dès que possible (mastectomie partielle : tumorectomie ou quadrantectomie) ; soit une chirurgie radicale (mastectomie totale).

En cas de carcinome infiltrant, la chirurgie mammaire s'accompagne d'un geste chirurgical axillaire homolatéral. Ce geste se fait soit par exérèse des ganglions axillaires ; soit par la « technique du ganglion sentinelle » en cas de tumeurs infiltrantes de petite taille sans envahissement ganglionnaire clinique. Pour les carcinomes in situ, un geste axillaire peut être indiqué.

Un examen extemporané anatomopathologique permettra de confirmer le diagnostic de malignité et de recueillir certains éléments nécessaires au choix des traitements postopératoires en tant que critères pronostiques et/ou prédictifs de réponse au traitement.

Pour le cancer du sein inflammatoire, une chirurgie d'emblée est contre-indiquée.

b. La radiothérapie :

L'irradiation de la glande mammaire est indiquée après une mastectomie partielle. L'irradiation de la paroi thoracique après une mastectomie totale :

- en cas de carcinome in situ, elle n'est pas indiquée ;
- en cas de tumeur infiltrante, son indication est appréciée selon les facteurs de mauvais pronostic associés.

Quant à l'irradiation ganglionnaire :

- en cas de carcinomes in situ, elle n'est pas indiquée ;
- en cas de carcinome infiltrant, une irradiation du sommet de l'aisselle incluant la région sus-claviculaire peut être discutée, en particulier en cas d'envahissement axillaire, ou selon le quadrant atteint, et les facteurs pronostiques associés.

c. Traitement médical : Chimiothérapie et Hormonothérapie

** **Traitement médical adjuvant (en postopératoire) :***

En cas de carcinome infiltrant, ce traitement peut être indiqué. Son indication et le choix du traitement sont discutés en fonction des facteurs pronostiques et des facteurs prédictifs de réponse aux traitements.

*- **Chimiothérapie et thérapies ciblées :***

Elle est débutée dans les 3 à 6 semaines après la chirurgie. Plusieurs molécules peuvent être utilisées (en l'absence de contre-indications) généralement en association ; elles appartiennent à la classe des anthracyclines et des taxanes. Leurs schémas d'administration peuvent varier d'un protocole de traitement à l'autre et comprennent habituellement 4 à 6 cures, le plus souvent espacées de 21 jours.

Une thérapie ciblant le récepteur HER2 n'est indiquée qu'en association avec une chimiothérapie, sans anthracycline, et en cas de surexpression significative de HER2 (+++ en immunohistochimie ou si confirmée par une méthode FISH).

- ***Hormonothérapie :***

Elle ne peut être indiquée qu'en cas de tumeur hormonosensible. On distingue : le tamoxifène (inhibiteur compétitif des récepteurs aux œstrogènes) ; les inhibiteurs de l'aromatase ; la suppression de la synthèse ovarienne des œstrogènes chez les femmes non ménopausées peut être discutée par un analogue de la LH-RH.

Le choix de l'hormonothérapie est orienté selon le statut ménopausique.

* **Traitement médical néo-adjuvant (en préopératoire) :**

En cas de cancer infiltrant et volumineux et/ou inflammatoire, un traitement systémique néo-adjuvant (chimiothérapie/ hormonothérapie) est parfois indiqué en vue d'une réduction première du volume tumoral. Il peut être discuté en cas de cancer d'emblée inopérable, ou selon la taille de la tumeur pour permettre l'accès à une chirurgie partielle.[30]

2.3.2. Traitements du cancer du sein métastatique :

a. Traitements systémiques :

Aux stades métastatiques, le traitement est médical : hormonothérapie (en présence de récepteurs hormonaux) et/ou chimiothérapie (associées ou non à une thérapie ciblée). Il peut permettre une stabilisation avec amélioration de la qualité de vie, voire des rémissions plus ou moins prolongées sur plusieurs années.

b. Traitements locorégionaux :

Chez des patientes en état de rémission de leur maladie métastatique, un traitement locorégional du sein doit être envisagé par chirurgie et/ou radiothérapie.

En cas de métastases cérébrales, une radiothérapie cérébrale spécifique peut être proposée. En cas de métastases osseuses douloureuses, une irradiation à visée antalgique osseuse est indiquée. Une chirurgie palliative (métastase osseuse) ou curative (hépatique, pulmonaire, cérébrale) peut être discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire dans certaines situations. [30]

2.3.3. Effets indésirables des traitements :

a. Chirurgie mammaire :

Après la chirurgie mammaire, plusieurs complications peuvent survenir à savoir: les troubles de la cicatrisation (hématomes, infections) ; les douleurs locales ; les complications du curage axillaire (troubles sensitifs, douleurs, lymphœdème et raideur de l'aisselle) et les séquelles esthétiques.

b. Radiothérapie :

Les effets indésirables précoces les plus fréquents de la radiothérapie sont représentés par : l'érythème cutané plus ou moins intense, l'œdème du sein, les douleurs et la fatigue. Tardivement, des séquelles ne peuvent survenir qu'au niveau des volumes irradiés, à savoir une fibrose, des télangiectasies, des douleurs, une pneumopathie radique et des toxicités cardiaques.

c. Chimiothérapie :

Les principaux troubles devant faire évoquer une toxicité : hématologique (neutropénie, thrombopénie et anémie), digestif (nausées, vomissements), stomatites et d'autres à savoir l'alopecie, l'aménorrhée...

La chimiothérapie peut être également à l'origine de perturbations cognitives, ou même d'un épisode dépressif.

d. Hormonothérapie :

L'hormonothérapie peut entraîner des troubles vasomoteurs et des douleurs articulaires. Tamoxifène est notamment associée à une augmentation de risque de cancer de l'endomètre et d'accident thromboembolique. [29]

2.3.4. Surveillance :

Elle nécessitera une prise en charge conjointe par : chirurgien, oncologue, radiologue, gynécologue et médecin généraliste ; et doit comporter [31] :

- un examen clinique biannuel avec mammographie, échographie annuelles pendant les 5 premières années, puis bilan annuel ; les autres examens complémentaires sont discutés en présence de signes d'appel.
- un dosage du CA 15-3 seulement si contexte métastatique;
- une surveillance de la tolérance de l'hormonothérapie en raison de ses effets secondaires.

Cependant, cette surveillance ne devrait pas se limiter au plan somatique, mais aussi psychique. En effet, tout patient cancéreux vit une souffrance psychique non seulement à l'annonce du diagnostic et durant le long parcours de soins mais même après sa guérison en se considérant « vivant en sursis ». Pour la femme atteinte de cancer du sein, à part le vécu pénible du cancer, la souffrance psychique a une autre origine : celle liée l'image des seins, symboles de féminité, de maternité et de sexualité. Ainsi, elle pourra souffrir d'une grande détresse psychique à savoir une dépression.

C'est dans cette optique que s'inscrit notre travail, une étude à travers laquelle nous tenterons à mettre l'accent sur la relation qui unit la dépression au cancer du sein.

II. DÉPRESSION ET CANCER DU SEIN :

1. Epidémiologie :

La littérature scientifique témoigne d'une large préoccupation à propos des troubles dépressifs et de leur évaluation chez les patients souffrant de cancer, depuis l'annonce du diagnostic jusqu'aux soins palliatifs. Toutefois, les taux de prévalence de la dépression chez cette population de patients sont d'une grande hétérogénéité. Des études récentes, estiment une prévalence allant de 4% à 16% au cours des 5 premières années suivant le diagnostic [32, 33].

Le cancer du sein est considéré parmi les néoplasies associées à un taux de prévalence plus élevé d'épisodes dépressifs, avec un pourcentage allant de 1,5 à 46% [34, 35]. La prévalence de la dépression chez les femmes atteintes d'un cancer du sein précoce est deux fois plus élevée que dans la population féminine en général, surtout au cours de la première année après le diagnostic [36].

Une méta-analyse effectuée par *Reich et al.* retrouve une prévalence de l'épisode dépressif majeur mesuré selon les critères du DSM-IV variant entre 4,7% (*Menhert et al.*) et 38% (*Ell et al.*) [37-39]. Tandis que selon une autre méta-analyse récente de *Mitchell et al.* incluant 94 études, la prévalence de la dépression clinique chez les patientes atteintes de cancer du sein était de 14,1% [32].

Deux études plus récentes, la première en Inde et la deuxième menée par *Hassan et al.* en Malaisie, avaient trouvé à peu près le même taux de prévalence chez une population de patientes souffrant de cancer du sein ; ce taux était estimé à 22% [40, 41]. Une autre enquête menée en Corée en 2012, en a objectivé un taux de 23,9 % [42].

Au fil de l'évolution de la maladie cancéreuse et au dépend des différentes étapes du parcours de soins, les taux de prévalence sont variables. En effet, *Burgess et al.* estiment une prévalence de l'épisode dépressif majeur de 33% au moment du diagnostic, de 24% à 3 mois et de 15% un an après le diagnostic [36]. Les travaux menés par

Schwarz et al. sur 369 patientes objectivent une prévalence de 38,4% au moment du diagnostic et de 25,4% à 6 mois [43]. En outre, *Dunn et al.*, évoquent quatre « trajectoires évolutives » de la dépression chez ces patientes en affirmant également une décélération de la dépression étant lente (pour 38,9% des patientes) ou intermédiaire (pour 45,2% d'entre elles), et cela au cours des 6 mois suivant la chirurgie [44]. Une autre étude, celle *Ramirez et al.*, retrouve une prévalence des troubles de l'humeur chez des patientes souffrant de cancer du sein, de 41% en préopératoire, de 29% à 3 mois après l'opération et de 25% à 12 mois [45].

Par ailleurs, la première récurrence de ce cancer est souvent associée à une détresse psychologique avec des taux plus élevés d'anxiété et de troubles dépressifs (> 40%) [46]. Ceci a été confirmé par l'étude dont on a parlé auparavant de *Burgess et al.*, menée sur 5 ans et ayant objectivé un taux de prévalence de dépression de 45% après la rechute par rapport à un taux de 33% au moment du diagnostic [36].

En tenant compte du stade du cancer, des anciennes études avaient estimé qu'environ un quart de toutes les patientes atteintes de cancer du sein présentaient une dépression comorbide, avec une estimation entre 20 et 30% pour le cancer au stade précoce [47] et augmentation des taux en stade avancé et palliatif (plus de 50%) [48].

Une constatation encourageante est celle d'une étude de *Kissane et al.* qui retrouve une prévalence de 9,6% chez des patientes traitées à un stade précoce de la maladie et une prévalence de 6,5% chez des patientes présentant un cancer à un stade avancé [49]. Cette diminution de la prévalence durant ces deux dernières décennies, peut refléter donc les améliorations dans les traitements, y compris des interventions chirurgicales moins mutilantes, l'amélioration des données médicales et de l'atmosphère de support social [50].

A l'échelle nationale, on remarque que très peu d'études avaient concerné l'analyse du profil psychologique des patients atteints de cancer. À notre connaissance,

et à ce jour, aucune étude spécifiquement consacrée aux troubles dépressifs chez les patientes atteintes de cancer du sein n'a été publiée.

En 2010, dans une étude rapportée par *Manoudi et al.*, concernant l'évaluation des troubles dépressifs chez 100 patients marocains atteints de cancer dont 31 ayant eu un cancer du sein, la prévalence de la dépression chez tous ces patients souffrants de différents cancers, était de 15% [51]. Une autre étude a concerné 105 patientes marocaines atteintes d'un cancer du sein mais pour évaluer la qualité de vie, et non les troubles dépressifs [52].

Par ailleurs, une étude plus récente menée sur plus d'une année au sein de l'institut national d'oncologie de Rabat, s'était intéressée à la recherche des facteurs associés à la détresse psychologique chez une population de 446 femmes marocaines souffrant de cancer du sein ; la prévalence de cette détresse psychologique chez ces patientes était estimée à un taux de 26,9% [53].

Quant à notre étude, parmi les 100 patientes atteintes de cancer du sein interrogées, 26 % présentaient un épisode dépressif caractérisé diagnostiqué selon le test MINI du DSM-5. La sévérité de cet épisode, évaluée par l'échelle de Beck était variable : la dépression était légère chez 42% des patientes déprimées, d'intensité moyenne à modérée chez 50%, tandis que 2% présentaient une dépression sévère. Ainsi, le taux de prévalence retrouvé dans notre étude, rejoint à peu près ceux des autres études citées auparavant.

Compte tenu de ce qui précède, on peut conclure que malgré le nombre considérable d'études réalisées sur ce sujet, déterminer une prévalence exacte de la dépression chez ces patientes souffrant de cancer du sein reste difficile. Cela est essentiellement dû aux diverses conceptualisations de la dépression, en particulier aux critères pour la définir, aux approches méthodologiques pour la mesurer, mais également à la diversité des populations de patientes étudiées et au stade de leur maladie cancéreuse.

2. Mécanismes physiopathologiques :

La relation entre la maladie cancéreuse et la dépression semble ne pas se limiter uniquement aux facteurs psychosociaux ou encore ceux liés au traitement ou à l'évolution du cancer. En effet, bien qu'il y ait un grand impact de ces facteurs dans la survenue ou l'accentuation de la dépression chez les patients cancéreux, d'autres considérations concernant les mécanismes physiopathologiques ont été objectivés grâce au développement de la biologie des troubles de l'humeur [54].

A ce propos, il a été démontré que les cytokines pro-inflammatoires (CPI), libérées au cours de la détérioration et la destruction des tissus ; c'est à dire par le cancer ou la réaction inflammatoire qui en découle ; peuvent avoir un impact substantiel sur la fonction des neurotransmetteurs, la fonction neuroendocrinienne et sur le comportement [55].

C'est ainsi que la sécrétion de ces CPI de type TNF α (tumor necrosis factor alpha), interleukine-6 ou 12 va s'accompagner d'un « comportement de maladie » associant plusieurs symptômes tels que l'anhédonie, l'anorexie, l'irritabilité, les troubles du sommeil et encore une sensibilité accrue à la douleur [56, 57]. Ces modifications sont probablement secondaires à l'action des cytokines sur certaines régions cérébrales impliquées dans la régulation du comportement et des émotions, telles que le cortex médian préfrontal et l'amygdale cérébrale [58]. Bien que ces CPI soient trop grands pour passer librement à travers la barrière hématoencéphalique, plusieurs voies par lesquelles les signaux de cytokine peuvent avoir accès au cerveau ont été élucidées (transport actif, fibres nerveuses afférentes).

Des études ont démontré que les CPI sont élevés chez les patients malades souffrant en même temps d'une dépression comorbide et sont corrélés avec les troubles du comportement de la maladie [59]; par exemple, la concentration plasmatique d'interleukine-6 et 12 a été jugée nettement élevée chez les patients atteints de cancer et déprimés par rapport aux non déprimés [50, 57].

Une autre enquête plus récente menée en 2016, concernant l'étude de la relation entre les cytokines pro-inflammatoires et la dépression majeure chez les patients atteints de cancer, a suggéré la possibilité que l'IL-1 puisse être un prédicteur plus fort des « comportements de maladie », tandis que l'IL-4 pourrait être plus spécifique à la dépression majeure [60].

Ces résultats ouvrent des voies pour l'utilisation potentielle de biomarqueurs de cytokines en tant que cibles d'intervention pour les comportements de maladie et la dépression majeure, et pour éventuellement aider au diagnostic de la dépression majeure chez les patients cancéreux.

Par ailleurs, il faut noter que les relations entre le cancer et la dépression sont réciproques ; en d'autres termes, ça sera plutôt la dépression, notamment chronique, qui pourra influencer la survenue ou l'évolution d'un cancer [57]. Depuis longtemps plusieurs hypothèses suggérant des liens entre les facteurs psychologiques et le cancer ont été établies [61]. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour mieux expliquer cette association, notamment la « psychogénèse » du cancer. C'est dans ce cadre que la psychoneuro-endocrino-immunologie s'implique et s'ouvre à de nouveaux horizons.

3. Etiopathogénie :

Dans la littérature, divers facteurs influençant la survenue des troubles dépressifs chez les patientes atteintes de cancer du sein ont été identifiés. Les études précédentes variaient selon la taille de l'échantillon, les constructions évaluées et les populations examinées. Or, il reste difficile d'identifier un ensemble de facteurs qui sont systématiquement liés à la dépression chez cette population. [62]

Le risque peut être associé aux caractéristiques personnelles et sociodémographiques de la patiente, aux facteurs psychosociaux et familiaux, à la maladie cancéreuse et les conditions de son annonce, ou encore aux traitements reçus et leurs effets indésirables.

3.1. Facteurs liés à la patiente :

3.1.1. Les facteurs sociodémographiques :

a. L'âge :

Parmi les facteurs sociodémographiques associés à une augmentation de la détresse psychologique : l'âge jeune. En effet, plusieurs études ont mentionné que les patientes jeunes atteintes de cancer du sein développent plus de troubles anxieux et dépressifs que les patientes plus âgées [36, 63, 64].

Bardwell et Ell, en étudiant la dépression chez des femmes ayant un cancer du sein pour le premier auteur et des cancers gynécologiques et du sein pour le second, ont noté que les femmes âgées de moins de 50 ans étaient significativement plus déprimées que celles ayant plus de 50 ans [39, 62].

Nous avons trouvé les mêmes résultats dans notre étude. En effet, l'épisode dépressif caractérisé était diagnostiqué chez la majorité des patientes âgées de moins de 40 ans. En revanche, aucune patiente âgée de plus de 60 ans n'était déprimée. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Ceci peut être expliqué par la survenue d'un traumatisme émotionnel violent chez les jeunes femmes qui se préoccupent davantage de leurs familles et des responsabilités nécessitant un effort physique, alors que les patientes plus âgées considèrent cette maladie comme grave mais l'intègrent volontiers dans le processus de vieillissement parvenant ainsi plus facilement que les jeunes à une conciliation avec leur maladie cancéreuse [65, 66].

Cependant, d'autres études plus récentes n'ont pas trouvé d'association entre la survenue de la dépression et l'âge des patients cancéreux [32, 67].

b. La situation familiale :

En ce qui concerne le statut marital, certaines études ont objectivé que les femmes souffrant de cancer du sein célibataires, divorcées ou veuves rapportent plus de détresse psychologique [68]. En effet, *Bardwell* a trouvé que les femmes souffrant de cancer du sein mariées étaient moins déprimées que celles qui étaient célibataires [62]. Ceci a été confirmé par d'autres études plus récentes [69, 70]. Le nombre d'enfants à charge semble également être corrélé à une plus grande détresse [71].

Dans notre étude, la majorité des patientes déprimées étaient mariées et mères d'un ou de plusieurs enfants. Or, ces deux associations ne sont pas statistiquement significatives. Ceci pourrait néanmoins être expliqué par la prédominance dans notre échantillon des femmes mariées (82%) et celles ayant des enfants (92%).

c. Le niveau d'instruction et la profession :

Un bas niveau d'étude ou un statut professionnel précaire sont parfois recensés comme des facteurs de vulnérabilité [72]. En revanche, pour *Akechi* une longue instruction (≥ 9 ans) est un facteur significatif associé à la dépression [73].

Les études de *Bardwell et Ell* n'ont trouvé de corrélation significative de la dépression ni avec le niveau d'instruction ni avec la profession [39, 62].

Dans notre étude également, aucune association significative n'a pu être mise en évidence avec ces deux paramètres.

d. Le niveau socioéconomique :

Le niveau socioéconomique bas semble être également un facteur prédictif de toute détresse psychologique chez les femmes souffrant de cancer du sein [72]. Ceci était confirmé par plusieurs études [73, 74], tandis que d'autres n'objectivent pas de corrélation significative [75].

La situation financière défavorable pourrait être un facteur de risque plus important en cas d'absence de couverture sociale. En effet, le coût et les frais de la prise

en charge médicochirurgicale de la maladie cancéreuse constituent souvent un lourd fardeau pour le patient et sa famille, ce qui pourrait engendrer une augmentation du risque de développer une dépression.

Or, ceci n'était pas le cas dans notre étude, vu que la totalité des patientes bénéficiaient de la prise en charge sociale. En effet, toutes ces femmes éprouvaient un grand réconfort vis-à-vis de cette couverture sociale et 98% n'éprouvaient aucune gêne liée au frais de leur prise en charge médicale. Ainsi, nous n'avons pas trouvé de corrélation significative de la dépression avec le niveau socioéconomique.

3.1.2. Les antécédents :

a. Antécédents personnels de maladies chroniques :

L'existence de difficultés de santé antérieures ou surajoutées est également un facteur de risque d'une moins bonne adaptation psychique avec cette nouvelle maladie cancéreuse [71].

En effet, *Young HoYun* a démontré dans son étude concernant tous cancers confondus que les comorbidités augmentent le risque de dépression [76]. *Ell et al.* précisent que l'existence de comorbidité articulaire chez les patientes souffrant de cancer du sein est significativement liée à la dépression [39].

Contrairement à ces résultats, aucune association significative entre la survenue de la dépression et la présence ou non d'antécédents médicaux n'est objectivée chez les patientes de notre étude.

b. Antécédents personnels psychiatriques :

Plusieurs études ont mis en évidence l'importance des antécédents psychiatriques notamment dépressifs en terme de risque de rechute dépressive ; ces antécédents doivent être systématiquement recherchés [77, 78].

Parmi ces études, celles de *Burgess et al.* et de *Christensen et al.*, dont les résultats ont conclu que les antécédents personnels de troubles anxieux ou dépressifs chez les

femmes souffrant de cancer du sein semblaient être des facteurs prédictifs de la détresse psychologique et des troubles dépressifs au cours de leur maladie cancéreuse [36, 79].

Les résultats de notre enquête se concordent avec ceux de ces études [36, 77, 79]. En effet, la majorité des patientes affirmant avoir des antécédents psychiatriques présentaient un épisode dépressif caractérisé. Ceci est statistiquement significatif ($p < 0,05$).

c. Antécédents familiaux de cancer similaire :

L'histoire familiale d'antécédent de cancer s'avère importante, surtout pour le cas du cancer du sein, où le risque génétique est présent. La patiente ayant déjà vécu toute l'expérience amère de cette maladie avec sa mère ou sa sœur, s'attendra alors à revivre les mêmes souffrances [80]. Son angoisse sera plus intense si cette femme de sa famille affectée, était décédée.

Dans notre étude, les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein éprouvaient effectivement cette inquiétude, mais sans que cela ne soit significativement lié à la survenue de troubles dépressifs.

3.2. Facteurs liés à la suspicion ou à la confirmation du cancer du sein :

3.2.1. Circonstances de découverte du cancer :

C'est souvent la patiente elle-même qui découvre son cancer du sein par l'autopalpation. Une tuméfaction qui ne disparaît pas, une ride anormale, un écoulement ou une rétraction mamelonnaire : des anomalies inquiétantes pour cette femme qui n'espère que leur infirmation par le contrôle mammographique [81]. D'autres circonstances de découverte sont possibles, notamment lors d'un contrôle d'une mastopathie bénigne, lors d'une campagne de dépistage, par découverte médicale fortuite...

Après cette découverte, soit que la femme va consulter et commencera son bilan sénologique, soit qu'elle ne fera rien en étant persuadée que son sein est normal ou bien

en étant rassurée par son entourage qui dénie tout risque de gravité. C'est dans le deuxième cas, que le temps s'écoule et la situation peut se compliquer en arrivant à un stade ultime de la maladie cancéreuse [81]. Devant ce temps perdu, une terreur et de grands regrets s'installent et ceci peut être prédictif d'un état de stress voire d'une dépression.

Ces deux scénarios ont été rapportés par les patientes lors de notre enquête. En effet, les femmes qui avaient tardé pour consulter après la découverte de l'anomalie présentaient une plus grande tristesse mais surtout un sentiment de culpabilité d'autant plus pour celles diagnostiquées à un stade avancé de leur maladie cancéreuse. Par ailleurs, la majorité des patientes rapportaient qu'elles étaient très inquiètes au moment de la découverte de leur anomalie mammaire. Il s'agissait d'une projection douloureuse dans un futur qui commençait à paraître incertain.

3.2.2. Période des investigations paracliniques :

Mammographie, biopsie mammaire, bilans biologiques, scintigraphie osseuse, et bien d'autres ; sont des examens paracliniques nécessaires pour confirmer le diagnostic et le stade du cancer du sein, mais aussi des épreuves difficiles à vivre pour la patiente.

En effet, le temps qui s'écoule à faire toutes ces investigations paracliniques, est une période de doute et d'incertitude qui s'accompagne pour la patiente d'appréhensions, d'angoisses, d'une fantasmatisation intense et l'inquiète de ce qui pourra arriver. Cette femme « souffre-de-la-souffrance-à-venir ». [82] C'est bien le temps où l'attente rime avec la peur ; la peur de la réaction du technicien ou du médecin radiologue qui lui fera le cliché, la peur des prélèvements, la peur d'avoir mal, mais la peur surtout des résultats [81].

De nombreuses études ont été menées sur plusieurs séries de patientes dans cette situation d'attente, mettant clairement en évidence des réactions différentes certes, en fonction de chacune, mais surtout en fonction de l'empathie développée à l'encontre de la femme qui n'est pas encore une patiente, mais qui a besoin de se sentir épaulée face

à un événement improbable [81, 83]. Ainsi, il est nécessaire que les professionnels de santé veillent sur le bon déroulement de toutes les étapes des examens paracliniques, tout en se préoccupant de l'état émotionnel de ces femmes.

Lors de notre enquête, les patientes rapportaient effectivement avoir vécu très mal cette période en craignant le jour où l'hypothèse de leur diagnostic va devenir réalité et la nature maligne va être confirmée.

3.2.3. L'annonce du diagnostic de cancer du sein :

Le terme « cancer » est volontiers associé immédiatement à la souffrance, à la solitude et à la mort [84]. Annoncer à un individu qu'il est atteint de cette affection représente alors un véritable traumatisme, un changement majeur qui remet en cause toute son existence en révélant brutalement sa finitude [20].

L'annonce d'un cancer est une situation difficile, aussi bien pour le patient que pour le médecin annonceur. En effet, posséder la mauvaise nouvelle et devoir la divulguer en tenant compte de l'état émotionnel du patient, s'avère particulièrement délicat pour le médecin [85].

Dans le cas du cancer du sein, l'annonce revêt une dimension singulière. En effet, son impact psychologique a une double origine : d'une part, lié à l'image du cancer qui renvoie à la souffrance et à la mort ; d'autre part, associé à l'image des seins, symbole de féminité, de maternité et de sexualité [86]. C'est cette particularité qui fera alors de l'annonce un travail complexe et riche, au cas par cas et en interdisciplinarité [87].

Au-delà de la gravité du diagnostic divulgué, le caractère traumatisant de cette annonce est profondément lié à ses circonstances générales ; à savoir la façon dont l'information a été transmise par le soignant, à la présence ou non des proches, à la nature des soins proposés, mais lié surtout aux représentations que la patiente s'en fait, à ses ressentis et à ses mécanismes de défense traduisant une tentative de mise à distance de cette nouvelle désastreuse [80, 87].

a. L'annonceur du diagnostic et le cadre de l'annonce :

« *C'est un cancer, et c'est dans le sein* », annoncer ces deux notions à une femme inquiète attendant le verdict médical, ne nécessite pas uniquement un talent oratoire, mais un grand courage de la part du médecin. Continuer le discours par un « oui » la chirurgie sera un temps mais pas le seul, et qu'on entre dans une maladie qui ne se traite pas comme « *une boule qu'on enlève* », fera enfoncer cette femme dans un plus grand tourbillon d'émotions douloureuses. [81]

Ainsi, considérer la patiente une « personne » et non seulement un « cas » [81], doit être un principe chez tout médecin annonceur. En effet, non seulement les paramètres biologiques sont indispensables, mais les informations psychologiques, les relations interpersonnelles et le cadre de vie sont importants à connaître pour aborder la question du diagnostic la première fois [20]. Ce sont tous ces paramètres qui détermineront le vécu ultérieur de la patiente, et c'est justement ce qu'a rappelé la psycho-oncologue *Isabelle Moley-Massol* en rapportant que « *le traumatisme créé par l'annonce d'un cancer va dépendre de la personnalité du patient, de son histoire et du moment de vie qu'il est en train de traverser* ».

Avant l'annonce proprement dite, le choix de la mise en scène est primordial. Le praticien devra choisir un endroit calme et confidentiel pour assurer l'entretien, tout en veillant à ne pas être dérangé [88]. Cet entretien sera oral bien sûr, mais il peut être intéressant de fournir quelques dessins [20]. Il est nécessaire d'utiliser des mots appropriés dans un vocabulaire adéquat [89], de bien expliquer à la patiente les résultats des examens, la nature de sa maladie, ainsi que le traitement et ses effets indésirables. Or, donner toutes ces informations ne signifie pas que le médecin doit s'engager dans un monologue ; bien au contraire, il est plus important d'écouter que de parler [84]. Il faut laisser du temps pour les questions et proposer des réponses simples et courtes [88], tout en vérifiant que la patiente a bien compris toutes les explications. Il ne faut pas non plus donner trop d'informations, qui à ce stade ne seront pas assimilées ; comme le

souligne Harvey et al. « ce qui est dit après le mot “cancer” n’est souvent pas retenu par la patiente » [90].

Par ailleurs, le médecin doit être particulièrement vigilant sur son comportement « non verbal », à travers lequel des messages contradictoires à ses intentions peuvent être captés par la patiente [87].

Agitation émotionnelle, angoisse, déni ou encore colère ; des modalités d’expression, parfois violentes, que le médecin doit considérer comme des mécanismes de défense et non comme des attaques personnelles à son égard [91]. Se préoccuper régulièrement de ces réactions affectives, tout en ajustant l’entretien selon l’état émotionnel de la patiente est donc fondamental [20].

Lors de notre étude, aborder le sujet de l’annonce avec les patientes, n’était pas du tout évident. Tant de larmes ont été versées par ces femmes en évoquant les souvenirs douloureux et les flash-backs perturbants de ce moment tragique. Presque toutes les patientes affirmaient avoir vécu un bouleversement psychique lié à la crainte de la douleur, du handicap et de la mort. L’une d’entre elles a rapporté : « *en une fraction de seconde j’ai senti que ma vie a basculé, j’étais sûre que rien ne sera plus jamais comme avant* ».

Certaines patientes s’accordaient sur l’absence d’un cadre d’annonce adéquat. De plus, elles se plaignaient des attitudes particulières des médecins inspirants le manque d’empathie ; des médecins qui étaient occupés à faire autre chose lors de leur discours, qui semblaient être pressés ou bien insouciantes des ressentis et encore plus des interrogations qui restaient sans réponses. Une femme rapportait les larmes aux yeux : « *le médecin m’a appris dans un couloir que j’avais un cancer du sein sans aucun autre mot de plus, et il s’est précipité pour sa réunion* ».

Cependant, plusieurs autres femmes, éprouvaient un apaisement vis-à-vis de l'attitude de leurs médecins annonceurs. Ces derniers étaient rassurants sans optimisme déplacé, leurs avaient expliqué le long parcours thérapeutique, avec toute empathie, en employant des gestes de sociabilité et en offrant leur soutien. Cela a été d'une grande aide pour ces patientes.

b. Les suites de l'annonce :

A la fin de la consultation, le médecin doit résumer brièvement les points clés de l'entretien [87]. Il pourra par la suite intégrer la patiente, si son état psychique le permet, dans son nouveau parcours de soins ; en commençant par exemple à remplir son dossier médical ou la présentant à l'équipe qui va la prendre en charge [81]. En effet, cette bonne relation qui va se nouer sera le pivot central du vécu ultérieur de la patiente.

Lors du premier entretien d'annonce, certaines patientes n'arrivaient pas à mettre en mot toutes leurs interrogations. Ainsi, en France, le dispositif d'annonce décrit dans le Plan Cancer 2003–2007 propose qu'une consultation avec une infirmière soit effectuée dans les suites de l'annonce initiale. Ce second temps (quelques heures à quelques jours après, en fonction de l'état d'avancée de la maladie) permet également d'évaluer l'impact de l'annonce auprès du patient et de son entourage, et de répondre à toutes les nouvelles questions qu'il a pu se poser depuis l'annonce du diagnostic [91].

Divers sentiments ou réactions prennent place lors de la confrontation immédiate à ce choc traumatique, à savoir [81, 91] :

- *Un état de sidération* : c'est un état de stupeur lié au choc de l'annonce, agissant comme un arrêt du temps qui va figer la patiente dans un choc psychologique, au point que les émotions semblent pratiquement absentes.
- *L'altération du sentiment d'appartenance* : qui témoigne de la déshumanisation extrême et correspond à un profond sentiment d'étrangeté à l'égard de soi-même comme à l'égard de ses proches.

- *Le déni* : c'est le refus de la réalité, une incrédulité par rapport au diagnostic ; une sorte de « surdité » se crée concernant toutes les informations transmises.
- *Un sentiment d'impuissance ou de vulnérabilité* : la patiente se voit faible et incapable d'affronter sa maladie ni son long parcours de soins.
- *Le sentiment de culpabilité* : c'est un mécanisme de défense très fréquent en se réappropriant une responsabilité face à ce qui vient d'arriver. C'est plutôt le cas des patientes ayant laissé du temps écoulé depuis l'apparition de l'anomalie jusqu'au moment du bilan sénologique. Ce temps perdu aura un impact fort sur le vécu du diagnostic.
- *Le refus de tout traitement* : persuadée que dans tous les cas elle va mourir de son cancer, parfois la patiente refuse le traitement, d'autant plus par peur de ses effets secondaires.
- Autres sentiments ou réactions peuvent être adoptés tels qu'*une dramatisation excessive, un état de colère, ou encore une perte de conscience.*

Tous ces mécanismes de défense adoptés par la patiente pour faire face à cette révélation peuvent être à l'origine d'un état d'angoisse ou de stress post traumatique.

En 2013, une étude américaine a montré chez 1 139 patientes que l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein localisé se traduisait par 23 % de symptômes conduisant à un « état de stress post-traumatique » ; la plupart de ces traumatismes ont lieu lors de la première consultation [20].

Dans notre étude, la situation qui fut rapportée le plus par les patientes (89%), était l'état de sidération ; suivie du sentiment de vulnérabilité ou d'impuissance, par 28% des patientes ; puis le déni du diagnostic (19%), la crainte de la mort (13%), le sentiment de culpabilité (3%), le refus du traitement (2%), et bien d'autres réactions.

En analysant ces résultats, les patientes ayant présenté un état de sidération avaient moins de troubles dépressifs ; contrairement à celles ayant refusé de se traiter chez qui l'épisode dépressif caractérisé était diagnostiqué le plus.

Ceci peut être expliqué par le fait que l'état de sidération vécu par presque toutes les patientes, se considère comme un sentiment normal suite au choc de l'annonce. Tandis que pour les deux patientes ayant refusé de se traiter dès l'annonce, c'est évident que le choc du diagnostic était plus intense ; ainsi, même le vécu ultérieur de leur maladie sera plus dur, avec notamment la survenue d'une dépression.

Par ailleurs, si au cours de la consultation d'annonce une dérégulation de l'état psychique de la patiente se fait repérée, cette dernière doit être adressée par la suite à un spécialiste (psychiatre ou psychologue). Il ne s'agirait pas de « psychiatriser » des réactions de souffrance psychique mais d'apporter un soutien, une écoute spécialisée pour permettre à la patiente de faire face à la maladie et ses bouleversements [92].

Dans notre étude, les seules patientes ayant bénéficié d'un soutien psychologique par un spécialiste étaient les deux présentant un épisode dépressif caractérisé.

c. Présence des proches au moment de l'annonce :

Les proches assurent un soutien psychologique important et s'impliquent tout au long du parcours médical, leur présence au moment de l'annonce ne peut être alors que bénéfique pour la patiente. Par contre certaines femmes s'inquiètent d'avantage du vécu de leurs conjoints ou/et de leurs enfants que d'elles-mêmes [81], préférant ainsi d'être seules à affronter cette terrible épreuve.

A part le mari, ce sont souvent la mère, la sœur ou la fille qui accompagnent la patiente. Ainsi, s'il y a un risque de transmission génétique, ce moment de révélation sera traumatique davantage pour la patiente et cette femme qui l'accompagne.

Concernant notre étude, plus que la moitié des femmes étaient accompagnées au moment de l'annonce, dont la plupart par leurs maris ou leurs enfants, et considéraient leur présence un véritable soulagement. Bien que cette majorité de ces patientes n'étaient pas déprimées ; ce facteur n'est pas significativement protecteur du risque de dépression.

d. Compréhension de la nature de la maladie, son traitement et ses conséquences :

Après l'annonce de la maladie, les patients attendent que leur soient clairement exposés la nature des soins à venir, les modalités du traitement et les conséquences éventuelles sur leur quotidien [91].

Depuis la chirurgie mammaire jusqu'à l'hormonothérapie, en passant par la chimiothérapie et la radiothérapie ; tout ce long processus de soins doit être clairement expliqué [81]. La perspective du traitement est un important motif d'espoir pour la patiente. Cependant, cette partie de la consultation est très anxiogène, surtout lorsque le médecin commence à lister tous les effets secondaires des thérapeutiques [20].

Les études de *Perol* et de *Clegg-Lamptey* ont révélé que les femmes souffrant de cancer du sein étaient peu informées des effets indésirables de leurs traitements et qu'elles souhaitaient plus d'informations [93, 94].

Les patientes interrogées lors de notre enquête, se plaignaient également du manque d'explications de la part de médecin annonceur. La majorité de ces femmes (60%) ont rapporté qu'elles avaient compris la nature de leur maladie ; tandis que 43% avaient compris les modalités du traitement et seules 38% étaient conscientes des conséquences éventuelles du cancer du sein sur leur quotidien. La majorité des patientes qui avaient compris toutes ces informations après l'annonce n'étaient pas déprimées. Cependant, ce facteur n'est pas lié significativement à un faible risque de dépression.

e. L'annonce de la rechute de la maladie cancéreuse :

Pour la plupart des patientes, l'annonce de la rechute va les replonger dans la crise vécue au moment de l'annonce du diagnostic pour la première fois. Certaines s'investissent dans la recherche de sens et de cause, s'accusant de négligence ou la reprochant à l'équipe soignante. C'est donc une situation particulièrement éprouvante, tant pour la patiente et ses proches, que pour le médecin à qui revient cette mission d'information et de prise en charge.

Cette ou ces lésions secondaires sont le plus souvent assimilées par la patiente comme une diffusion du cancer dans son corps, une « défaite » de son corps ou du traitement. Elle associe alors une notion d'incurabilité et de non réversibilité d'une évolution qui s'avère fatale. Ainsi, toutes les modifications physiques, psychologiques et existentielles majeures de ce cancer métastatique dans la vie des patientes, ne peuvent que favoriser la survenue de la dépression [95, 96].

Une enquête marocaine menée à l'institut national d'oncologie et à l'hôpital militaire Mohammed V de Rabat, incluant 28 médecins et 97 patientes, a concerné l'étude de l'annonce de la première récurrence d'un cancer du sein. Elle a révélé que la majorité des médecins (26) trouvaient des difficultés à faire cette annonce en estimant qu'ils manquaient de formation dans ce domaine. Une grande partie d'entre eux (22) donnaient des explications concrètes concernant le pronostic et les possibilités thérapeutiques. [97]

On peut conclure alors que les conditions de ce temps de révélation peuvent s'avérer des facteurs influençant la survenue non seulement d'une angoisse transitoire mais d'un état dépressif pouvant évoluer vers un mode chronique. Ainsi, cette annonce doit être considérée comme un véritable acte thérapeutique [20], vu que c'est un moment clé dans la relation médecin-malade qui déterminera profondément les rapports de confiance mais aussi la compliance aux traitements et le vécu de la maladie [86].

3.3. Facteurs liés au cancer du sein et son évolution :

3.3.1. Manifestations somatiques du cancer :

Certaines études retrouvent un impact des manifestations somatiques liées au cancer sur l'état psychologique. Ainsi *Bardwell et al.* constatent, au cours d'une étude menée sur 2495 patientes atteintes de cancer du sein non métastatique, un impact des troubles vasomoteurs et gastro-intestinaux sur la dépression [62].

Des résultats d'autres études indiquent que la fatigue et la douleur sont également fréquemment retrouvées comme facteurs prédictifs de dépression ou anxiété chez les femmes atteintes de cancers du sein [98-100]. Une autre enquête mentionne plutôt l'effet de la perte d'appétit et des nausées, ou encore les troubles du sommeil [101].

Par contre, l'étude de *Burgess et al.* objective qu'il n'y a pas d'association entre les facteurs cliniques du cancer du sein et le développement de troubles anxieux ou dépressifs [36].

Notre étude n'a pas trouvé également de corrélation significative entre la survenue de dépression et les manifestations cliniques du cancer.

3.3.2. Stade du cancer et son évolution :

Les stades successifs de la maladie vont conduire d'abord à l'apparition puis à l'entretien du syndrome dépressif. C'est ainsi que l'impossibilité de poursuivre une activité quotidienne normale et la déchéance physique liées à la progression de la maladie peuvent entraîner une dépression.

En effet, plusieurs études ont démontré que les patients cancéreux ayant des métastases à distance étaient plus déprimés que ceux qui étaient en stade localisé ou locorégional [102]. Une étude menée en 2016 par *Jacob et ses collègues* a objectivé un risque élevé et significatif de la survenue des épisodes de dépression et d'anxiété chez les patientes atteintes de cancer du sein en stade de métastase [103]. Une autre enquête plus récente menée aux Etats Unies et qui s'est intéressée à l'étude des épisodes anxio-dépressifs chez les jeunes patientes atteintes de cancer du sein métastatique, a estimé la prévalence à un taux de 20% [104].

Les résultats de notre enquête se concordent avec ceux des études sus-citées [102, 103]. En effet, les patientes qui souffraient d'un cancer du sein métastatique étaient significativement les plus déprimées ($p < 0,05$).

Une hypothèse expliquant cette association positive a démontré que les cancers métastatiques impliquent souvent des niveaux de douleur plus élevés que les cancers non métastatiques [105], d'autant plus en cas de métastases osseuses [106]. La relation entre la dépression et le cancer métastatique peut également être expliquée par le plus grand nombre de traitements altérant la qualité de vie, ou encore par le fait que les métastases sont souvent diagnostiquées à des stades avancés du trouble dépressif [107].

3.4. Facteurs psychosociaux et familiaux :

3.4.1. La vie conjugale et sexuelle :

Si peu se séparent, trop de couples dont la femme est atteinte de cancer du sein souffrent longtemps en silence. Cette fragilisation du couple peut être dû à l'altération de l'image corporelle, à la diminution du désir sexuel ou encore à la détresse psychologique de la patiente...

Outre la crainte de la découverte d'un « corps malade et moins féminin » par son partenaire, la femme souffrant de cancer du sein se confronte à une « insécurité sexuelle » déstabilisante liée à l'inquiétude de perdre la sexualité et/ou la fertilité [108]. Ceci est dû essentiellement aux différents traitements reçus et à leurs effets secondaires.

Tout d'abord, la chirurgie mammaire entraîne une profonde altération de l'image de soi associée à une remise en question, un renoncement, voire un dégoût de la sexualité [109]. En effet, après la perte de son sein, un organe fortement chargé au niveau de la symbolique, la femme se voit démunie de sa féminité, sa maternité ainsi que sa sexualité.

La chimiothérapie avec ses effets secondaires digestifs (nausées et vomissements), l'atteinte de l'image corporelle (alopécie) et le retentissement général (fatigue, douleur, toxicité neurologique et hématologique), entraîne souvent une baisse de la libido, sans compter les risques de stérilité et de ménopause précoce [109].

Quant aux effets secondaires de la radiothérapie ; à savoir la fatigue, la douleur éventuelle au niveau du sein et du bras, et la sensibilité de la peau ; peuvent également avoir un effet négatif sur la sexualité [110].

L'hormonothérapie altère aussi le désir sexuel avec la survenue de bouffées vasomotrices, qui dans certains cas pourraient également induire une ménopause ou du moins des symptômes ménopausiques [111].

Ainsi, cette patiente qui éprouvera moins de désir sexuel ou ne se sentira plus séduisante va fuir les rapports sexuels et peut en venir à se culpabiliser à l'idée de gâcher la vie de son partenaire. En outre, ce dernier peut avoir également une modification de la perception du corps de sa femme (sein amputé, corps blessé), engendrant une diminution de l'attrait sexuel envers elle [86].

Par ailleurs, la réussite du couple qui doit faire face à la maladie cancéreuse est souvent liée à la capacité de parler de la maladie [112]. La communication dans le couple risque cependant d'être affectée, de même que les relations sexuelles [113]. L'étude de *Normand et al.* avait montré que moins la communication conjugale était fréquente, plus la symptomatologie dépressive était élevée pour la patiente souffrant de cancer du sein et pour son conjoint [114].

Ce manque de dialogue et de compréhension ainsi qu'une altération de la vie sexuelle, peuvent être source de divorces et de séparations [115], mais également d'une éventuelle dépression pour cette femme malade.

En revanche, une revue de la littérature, regroupant des études réalisées depuis 1988 jusqu'à l'an 2000, a objectivé qu'il n'y a aucune donnée pour conforter les croyances répandues selon lesquelles les patientes souffrant de cancer du sein étaient plus abandonnées par leurs conjoints. L'évidence apparaît que la majorité des couples demeure stable après le cancer et que les ruptures sont souvent liées à des difficultés préexistantes [116].

Par ailleurs, les couples où le partenaire offre du support et fait preuve de compréhension et d'affection envers sa femme, sont mieux conservés et leurs relations sexuelles peuvent davantage perdurer [113].

Selon *Hawkins, et al.*, accepter les changements dans la sexualité peut amener plus de proximité et d'intimité dans le couple [117]. En effet, chez certaines personnes, la maladie a apporté des changements positifs, soit dans leur propre perception, soit dans la perception de leur couple. Après l'épreuve du cancer, de nombreux couples se sont rapprochés et solidifiés, même si la sexualité a changé [115].

En 2012, une étude marocaine menée au niveau de l'institut national d'oncologie de Rabat et incluant 80 patientes atteintes de cancer du sein, a objectivé que 68 % des patientes sexuellement actives ont déclaré que le cancer a changé leur vie sexuelle. Diverses causes physiques et psychologiques ont été rapportées dont les plus fréquentes l'asthénie et le manque de la libido. Par ailleurs, 17% des femmes ont vu leur statut matrimonial changer. Cependant, aucune patiente n'a bénéficié de consultation auprès d'un psycho-sexologue ou d'un psychiatre. [118]

Lors de notre enquête, le dialogue sur la vie conjugale et la sexualité avec les patientes n'était pas si difficile que ce qui pourrait être cru, notamment avec la femme marocaine qui n'ose pas parler de sa sexualité considérée encore un tabou par notre société conservatrice. En effet, la plupart des patientes ont été ouvertes et soulagées lorsque ce sujet a été abordé. Parmi les patientes interrogées, 19% rapportaient une altération de leur vie conjugale et 32 % souffraient de troubles sexuels. La majorité des femmes gênées par l'altération de leur relation conjugale, étaient déprimées. Cette association est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Par ailleurs, le vécu de la maladie cancéreuse différait d'un couple à l'autre. L'une de ces patientes a rapporté, les larmes aux yeux : « *Depuis l'ablation de mon sein, j'ai commencé à remarquer le changement d'attitude de mon mari devenu insouciant de mon état physique et psychique. Et après la dernière cure de la chimiothérapie, il*

m'a annoncé qu'il voulait se marier à nouveau ». Une autre femme a rapporté : « Mon mari est mon meilleur soutien, il fait de son mieux pour soulager mes souffrances et m'offre plus d'affection et d'amour qu'auparavant. Après la chute de mes cheveux, il s'est rasé aussi les siens, en me rassurant que je suis toujours belle malgré mon alopécie et les blessures de mon corps » ; et elle continue son discours : « Rien que son support, me donne la force pour combattre ma maladie et ma détresse psychique ».

Ainsi, comme nous l'avons vu, la survenue du cancer du sein bouleverse non seulement la vie des patientes mais aussi celle de leurs conjoints. L'impact de ce cancer sur le couple souligne l'importance de prendre en considération les deux partenaires dans cette expérience afin de les soutenir, car, à sa survenue, c'est le couple qui doit faire face à la maladie et à ses conséquences [119].

Il est donc temps pour que les professionnels de la santé en oncologie prennent en charge de façon précoce les implications oncologiques sur la vie sexuelle des patientes afin d'aider celles-ci à répondre à leur désir et à retrouver le style de vie antérieur, y compris la sexualité [120].

3.4.2. Le soutien familial :

Le soutien social est reconnu pour jouer un rôle important dans l'ajustement psychologique et physique à la maladie [121]. La qualité de l'entourage est ainsi un facteur crucial dans l'apparition de la dépression. En effet, plus le malade aura du mal à communiquer ses angoisses, plus il se sentira isolé, et plus il sera sensible à la dépression. [122] Les proches assurent un soutien psychologique important, s'impliquent dans la prise en charge et accompagnent le patient tout au long de son parcours médical [123].

Bardwell, Wilson et Nausheen ont tous trouvé une corrélation significative inversement liée à la dépression : plus il y a de support social, moins il y'a de dépression [62, 75, 124].

Une étude marocaine menée au sein de l'institut national d'oncologie de Rabat, incluant 446 patientes suivies pour cancer du sein, a objectivé que 26,9 % des femmes étaient en détresse psychologique. Le manque de soutien familial était le deuxième facteur indépendamment associé à cette détresse, juste après la survenue d'une aggravation de la maladie. [125]

Quant à notre étude, la majorité des patientes gênées par l'insouciance de leurs familles, n'étaient pas déprimées. Cette association était néanmoins significative ($p < 0,05$). Ceci peut être expliqué par la prédominance des mères et des femmes mariées dans notre échantillon ayant rapporté que leurs principales causes de gêne sociofamiliale étaient surtout l'altération de la vie conjugale et les difficultés d'éducation de leurs enfants. Ainsi, leur état dépressif était lié plus à l'impact du cancer sur leurs couples et leurs enfants qu'à l'insouciance des autres membres de la famille.

3.4.3. La religion :

La plupart des auteurs ont conclu que le soutien par la religion est en général bénéfique pour la qualité de vie des patients, en particulier pour surmonter l'angoisse et prévenir la survenue de la dépression.

L'étude de *Shaw* a démontré que, chez des femmes ayant un cancer du sein, la prière et l'expression religieuse ont un effet bénéfique, elles entraînent une baisse des émotions négatives, un niveau plus élevé de santé, d'autonomie et de bien-être [126]. Une autre enquête de *Cousson-Gélie et al.* a montré quel contrôle religieux évalué chez 75 femmes atteintes d'un cancer du sein est associé à un faible niveau de stress et de détresse psychique [127].

L'étude de *Balboni et al.* menée aux Etats Unies et incluant 338 patients, a montré que le recours à la religion avait un impact statistiquement significatif sur la qualité de vie des patients cancéreux. La religion était perçue comme le moyen préféré de ces patients pour allonger leur survie par rapport aux autres thérapeutiques [128].

Par ailleurs, une étude marocaine publiée en 2010, menée à l'institut national d'oncologie de Rabat sur une série de 1 600 patients cancéreux et musulmans croyants, a objectivé que l'impact de la survenue du cancer était variable en fonction du degré de la pratique religieuse. En effet, chez les non pratiquants, le principal sentiment rapporté était celui de la culpabilité engendrant une pratique de la religion, souvent extrémiste. Quant aux patients pratiquants, le cancer représentait un test divin ; par conséquent il en découlait une acceptation de la maladie, voire une fierté d'avoir été choisi et testé par Dieu ainsi qu'une persistance dans la pratique. Selon tous les patients interrogés, la religion et le recours à Dieu permettaient d'apaiser leur détresse psychologique engendrés par la maladie. [129]

Les mêmes idées ont été exprimées par la majorité des patientes de notre échantillon, qui effectivement considéraient que le soutien par la religion était bénéfique pour surmonter leurs angoisse et dépression.

Les résultats de toutes ces études prouvent réellement, malgré leurs limites, que la religion joue un rôle considérable dans l'adaptation à la maladie cancéreuse, l'amélioration de la qualité de vie des patientes et la prévention de la dépression.

3.4.4. L'estimation de la patiente du pronostic de sa maladie cancéreuse :

Concernant l'estimation du pronostic de la maladie cancéreuse, *Bardwell et al.* ont trouvé moins de dépression chez les femmes qui considéraient que leur cancer du sein est curable, que chez celles qui l'estimaient incurable. D'autres études affirment cette corrélation et rapportent que les patients les moins optimistes étaient les plus déprimés [130, 131].

Nous avons également trouvé un même résultat significatif dans notre étude ($p < 0,05$). En effet, les femmes qui estimaient que leur maladie est incurable étaient toutes déprimées, tandis que moins de dépression a été diagnostiquée chez les patientes qui la croyaient curable.

3.5. Facteurs liés au traitement, à ses effets indésirables et ses conséquences :

3.5.1. Les traitements du cancer du sein :

Les différents traitements du cancer du sein ; à savoir : la chirurgie de type tumorectomie ou mastectomie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie ; sont susceptibles d'altérer la qualité de vie, l'image corporelle, la sexualité à court ou à long terme, mais aussi l'état psychique des patientes [132]. Selon l'étude de *Holt et al.* publiée en 2016, environ une femme sur cinq recevant un traitement pour un cancer gynécologique souffre de la dépression [133].

Le sein est associé à une représentation symbolique de féminité, de maternité et de sexualité [86], son ablation partielle ou totale peut être alors vécue comme un acte mutilant et traumatisant. La chirurgie entraîne un préjudice esthétique non seulement en rapport avec l'ablation du sein, mais également par des cicatrices inesthétiques après un traitement conservateur.

L'impact de la chirurgie doit être considéré à deux niveaux : selon le type de l'intervention chirurgicale et selon son évolution temporelle. Les résultats des études divergent. On observerait peu de différence de qualité de vie entre des patientes ayant vécu une tumorectomie et une mastectomie [134].

La mastectomie atteint non seulement les femmes par la mutilation d'un attribut de féminité hautement investi socialement mais également par la disparition d'un organe ayant une fonction dans la relation sexuelle. Des sensations de « sein fantôme », étant souvent douloureuses, ont été décrites chez des femmes mastectomisées [135]. Elle est également connue pour avoir des effets psychologiques majeurs, notamment la survenue de la dépression [136, 137].

Quant à la tumorectomie, elle est jugée plus satisfaisante sur le plan esthétique, ce qui favoriserait le bien-être corporel et par conséquent la sexualité.

L'étude de *Al-Ghazal et al.* a rapporté que, sur le plan sexuel, les femmes ayant vécu une mastectomie se sentent moins attirantes [138]. D'autres études ont conclu que les femmes ayant subi une mastectomie même avec reconstruction mammaire présentent davantage de difficultés sexuelles [132, 139].

Par ailleurs, si ces patientes qui ont pu conserver leur sein ont une image corporelle et une activité sexuelle plus satisfaisantes, certaines vivent dans l'angoisse de la récurrence. C'est ce que confirme la méta-analyse de *Moyer*, résumant les résultats de quarante études comparant les effets de la mastectomie versus la tumorectomie, en objectivant que les femmes ayant subi une mastectomie présentent moins de détresse psychologique que les femmes ayant subi une tumorectomie. Néanmoins, elles présentent plus d'atteinte de l'image de soi et de troubles de la sexualité que celles ayant subi une tumorectomie [140]. L'étude de *Den Ouden et al.*, a également déduit qu'une chirurgie conservatrice est plus à risque d'entraîner des troubles dépressifs [141].

Le type de chirurgie peut cependant avoir une influence variable selon l'âge de la patiente : ainsi, chez les patientes de moins de 50 ans, la chirurgie conservatrice semble moins pourvoyeuse de détresse émotionnelle, alors que chez les patientes de plus de 50 ans, il semble que la crainte de la rechute est plus importante en cas de chirurgie conservatrice et entraîne plus de troubles psychologiques [77].

Cependant, les femmes peuvent avoir recours à des chirurgies de reconstruction mammaire pour préserver cet aspect esthétique et symbolique. *Nissen et al.* ont trouvé une prévalence des troubles de l'humeur plus élevée et une moins bonne qualité de vie chez les patientes ayant bénéficié de cette intervention esthétique après la mastectomie que chez celles ayant subi seulement une mastectomie [142].

Toutes ces données contradictoires supposent que d'autres recherches comparatives doivent concerner l'état psychique de la patiente, sa sexualité et plus sa qualité de vie, en particulier à distance de l'intervention.

En outre, la patiente atteinte de cancer du sein peut vivre un stress psychologique au moment du choix du traitement initial. Il arrive en effet régulièrement lorsque le traitement conservateur est envisageable d'exposer également à la patiente, la possibilité de faire une mastectomie d'emblée pour diminuer le risque de récurrence. En lui demandant alors de choisir elle-même son traitement, le stress s'aggrave devant le risque de « ne pas faire le bon choix » [143]. Ceci peut influencer le développement par la suite d'un sentiment de culpabilité voire même une dépression, surtout si elle arrivera au stade de métastase après avoir choisi un traitement conservateur.

En ce qui concerne la chimiothérapie, elle peut être responsable d'une atteinte hématologique, d'une alopecie, de troubles digestifs, d'aménorrhée, de neuropathie périphérique, de troubles sexuels et de la fatigue. A long terme, elle peut engendrer une altération de la qualité de vie et une dépression [144].

Bien avant le début des cures de chimiothérapie, la patiente consciente de la lourdeur de tous ces effets indésirables, commence à souffrir de l'anxiété et du stress. Cette souffrance sera plus importante si cette femme est encore jeune et active sexuellement ; elle voit son image corporelle et sa vie sexuelle altérées, et sa fertilité future compromise [86, 145]. En effet, selon *Ell* c'est la peur des effets secondaires de ce traitement qui augmente significativement le risque de dépression [39].

Hopwood et al. ont remarqué une augmentation de la prévalence et de la sévérité de la dépression chez les femmes suivant une chimiothérapie [72]. De même, *Manzanera et al.* ont retrouvé une prévalence des troubles de l'humeur de 55,6% chez les femmes traitées par chimiothérapie (plus ou moins suivie de radiothérapie) contre 19,4% chez les femmes traitées uniquement par radiothérapie [146].

Par ailleurs, quoique la radiothérapie est réputée être mieux tolérée sur le plan psychologique, elle effraie les patientes car elle n'est pas non plus dénuée d'effets secondaires. Elle peut donner lieu à des séquelles le plus souvent trophiques.

La radiothérapie peut être responsable de la douleur, l'œdème, la fibrose, les télangiectasies, le lymphœdème, les rétractions, les atrophies et les ulcères. Tous ces effets indésirables engendrent une altération de l'état physique de la femme et de sa sexualité [110], induisant ainsi une éventuelle souffrance psychologique. Il n'a cependant pas été retrouvé d'association significative entre le traitement par radiothérapie et l'installation d'une dépression [147, 148].

L'hormonothérapie peut entraîner des bouffées vasomotrices, une prise de poids, des symptômes gynécologiques, des douleurs articulaires, voire une ostéoporose à long terme [149]. L'étude de *Berglund et al.* a objectivé que les femmes sous hormonothérapie auraient plus de difficultés sexuelles que les femmes exemptes de ce traitement [150]. Par ailleurs, une étude rétrospective menée sur 2943 patientes n'a pas mis en évidence de risque significatif de développer une dépression chez les patientes traitées par Tamoxifène [151].

Concernant notre étude, la majorité des patientes ayant reçu un traitement plus lourd, notamment une quadrithérapie, ainsi que la majorité ayant commencé leur traitement depuis plus d'une année étaient déprimées. Cette corrélation significative ($p < 0,05$) peut être expliquée par l'importance des souffrances physique et psychique accumulées tout au long de ce parcours de soins difficile qui dépassait parfois les dix ans chez certaines patientes en stade de cancer métastatique.

Par ailleurs, 56% des patientes souffraient d'un ou de plusieurs effets indésirables des traitements reçus. Ces patientes étaient gênées majoritairement par l'alopecie (42%). D'autres causes de gênes ont été rapportées, notamment les troubles digestifs (16%), les bouffées de chaleurs (11%) et les douleurs articulaires (3%). Cependant, la majorité de ces femmes souffrant de ces effets indésirables, n'étaient pas déprimées.

Comme nous l'avons vu, les traitements du cancer du sein sont susceptibles non seulement d'altérer l'aspect physique, la qualité de vie et la sexualité de la femme ; mais également son état psychique par l'installation d'une dépression.

Ainsi, les professionnels de santé qui prennent en charge ces patientes, doivent être impliqués davantage tout au long de leur parcours de soins, en offrant toutes les explications concernant les effets indésirables des traitements et les éventuels remèdes pour les soulager mais aussi en s'assurant régulièrement de l'absence de toute complication physique ou psychique lié au traitement.

3.5.2. L'altération de l'image corporelle :

L'image du corps est une représentation de la personne qui naît au carrefour du corps et du psychisme ; elle recouvre la permanence de soi dans l'espace, dans le temps et dans les divers relations [152]. Ainsi, cette image, à la fois fragile et complexe, n'est pas seulement l'œuvre de l'individu lui-même mais aussi de l'autre qui participe à sa création et peut même partager son vécu [153].

L'épreuve du cancer du sein chez la femme peut bouleverser son image du corps et remettre en question son identité féminine. En effet, les traitements du cancer du sein peuvent avoir des répercussions sévères sur le corps féminin : la chirurgie peut mutiler le sein, ce symbole de séduction et de maternité ; la chimiothérapie est responsable de l'alopécie ; la radiothérapie peut entraîner des troubles cutanés et l'hormonothérapie peut bouleverser les cycles et précipiter la ménopause [154]. Cependant, la mastectomie est décrite dans la littérature comme le type de traitement le plus prédictif du trouble de l'image corporelle [155]. Cette mutilation renvoie à une perte de l'identité féminine et oblige la patiente à faire le deuil de sa silhouette antérieure [154].

La satisfaction avec l'image corporelle est indispensable pour permettre l'épanouissement de la sexualité ; mais la sexualité, si elle peut être bien vécue, va aussi permettre d'accepter une nouvelle image corporelle [156]. Selon *Pikler et Winterowd*, les femmes qui ont une meilleure image d'elles-mêmes ont également des plus hauts niveaux de confiance dans la manière de faire face au cancer du sein [157].

L'étude de *Falk Dahl* menée en Norvège a trouvé chez les femmes souffrant de cancer du sein une prévalence du trouble de l'image du corps de 30,6% [158]. Une autre étude plus récente menée en Tunisie a estimé que 45% des patientes atteintes de cancer du sein souffraient du trouble de l'image corporelle, qui était d'ailleurs lié à une altération de la vie conjugale et à la survenue de troubles anxio-dépressifs [153] .

Quant à notre étude, 64% des patientes de notre échantillon rapportaient une gêne par rapport à l'altération de l'image corporelle. En revanche, la majorité de ces femmes n'étaient pas déprimées.

3.6. Facteurs liés à l'arrêt du traitement :

Lors de l'arrêt du traitement, la patiente va subir une nouvelle épreuve celle d'une rupture ; en effet le sentiment de sécurité associé à la prise en charge par son médecin et par toute l'équipe médicale va se terminer et peut donc laisser cette femme avec un sentiment d'abandon et de vulnérabilité accrue [159].

Pendant la phase de rémission, la patiente vit un long processus de réadaptation et réhabilitation pour lequel elle devra être accompagnée. Cette phase nécessitant une surveillance régulière, laisse présent dans l'esprit de la patiente le risque de rechute et pourra être traumatisante en lui rappelant ainsi qu'elle n'est peut-être qu'en sursis, c'est le « syndrome de Damoclès » [160]. Plusieurs auteurs l'ont décrit par des affects anxieux et dépressifs, une peur continuelle de la rechute et un sentiment de vie écourtée.

Par ailleurs, ayant survécu à une telle maladie, la patiente n'est pas forcément dans une situation aisée face à elle-même ou face à son entourage. On parle alors du « syndrome de Lazare », décrit comme « l'ensemble des difficultés auxquelles se trouvent confrontées les personnes en rémission d'un cancer et principalement la difficulté de reprise de relation avec l'entourage » [159].

Ainsi, même après l'arrêt du traitement, notamment lors des consultations de contrôle, le praticien devrait maintenir une bonne relation avec la patiente, faire preuve d'empathie et rester toujours à l'écoute de ses interrogations ou ses soucis.

4. Diagnostic de la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein :

Le diagnostic de dépression en cancérologie apparaît complexe et difficile du fait de l'ambiguïté d'un certain nombre de symptômes. La perte d'appétit, les insomnies, l'asthénie, le ralentissement psychomoteur, la perte de poids et les troubles de la concentration peuvent en effet aussi bien participer à une symptomatologie psychique qu'être provoqués par la maladie cancéreuse et/ou ses traitements [159].

4.1. Les manifestations cliniques :

Comme nous l'avons vu auparavant, le diagnostic d'un épisode dépressif est clinique et repose sur la présence d'un syndrome dépressif (humeur dépressive persistante associée à des perturbations psychoaffectives, psychomotrices et physiologiques) évoluant depuis plus de 15 jours et induisant une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles.

Les critères diagnostiques sont établis par la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10ème révision) (tableau 1) [13] et le DSM-5 (Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, 5ème version) (tableau 2) [14] ; et on parle aujourd'hui d'un épisode dépressif caractérisé.

Cependant, chez ces patientes atteintes de cancer du sein, le diagnostic de dépression présente souvent des difficultés évidentes du fait des chevauchements qui existent entre les symptômes somatiques dus à la maladie cancéreuse et aux effets secondaires des traitements, avec ceux de la dépression.

Une étude a été réalisée par *Passik et al* pour déterminer le degré de reconnaissance de la dépression chez les patients atteints de cancer par leurs médecins traitants. Elle a objectivé que dans 79% des cas il y a une estimation juste des médecins

de l'état du patient lorsque ce dernier ne présente que peu ou pas de symptômes dépressifs, alors que cette estimation n'est juste que dans 13 à 33% des cas lorsque la dépression est modérée à sévère. Il y a une tendance marquée à sous-estimer la gravité du syndrome dépressif chez les patients les plus déprimés, les notations des médecins étaient influencées par des symptômes comme la tristesse, les pleurs et l'irritabilité ainsi que la douleur et l'asthénie, ces deux derniers symptômes étant fortement retrouvés dans les cas où le diagnostic de dépression était erroné. [161]

Les principaux symptômes du syndrome dépressif retrouvé chez les patientes atteintes de cancer du sein sont :

- *L'humeur dépressive* : Elle traduit le vécu pénible, douloureux et pessimiste de la maladie cancéreuse et tout ce qui lui est associé. Ceci se traduit par un discours qui exprime la tristesse et le découragement, une attitude prostrée, une mimique figée, ou encore par des pleurs.
- *L'inhibition* : Elle se manifeste par l'asthénie et le ralentissement psychomoteur. Lorsque cette asthénie est intense, sans être liée à l'état général et le stade de la maladie, on pourra suspecter un syndrome dépressif ; l'aggravation matinale des troubles et leur atténuation au cours de la journée est également évocatrice. Sur le plan cognitif, cette inhibition entraîne des troubles de la concentration et de l'attention et une baisse de la productivité intellectuelle.
- *Les symptômes somatiques* : Ils sont quasi constants et d'apparition précoce, mais ils le sont aussi en général chez tout cancéreux et d'autant plus que la pathologie est avancée. Par conséquent, ils n'ont de valeur que chez une patiente dont l'état général est conservé et qui présente un cancer du sein vu à un stade peu avancé. Ils se présentent par des troubles du sommeil, des céphalées, des troubles digestifs à type d'anorexie, une perte ou une prise de poids ; ainsi que d'autres plaintes somatiques touchant les différents systèmes.

On peut conclure alors que l'humeur dépressive est le critère le plus fiable pour reconnaître le syndrome dépressif, associée aux autres symptômes psychologiques qu'il faut rechercher comme le sentiment de désespoir et d'impuissance, le sentiment de culpabilité, la perte de l'estime de soi et des idées suicidaires ou de désir de mort.

Elle doit être cherchée systématiquement mais n'est pas toujours facile à mettre en évidence. En effet, certaines patientes essaient de minimiser, voire de nier quelquefois leur maladie cancéreuse ; et ceci en adoptant une attitude joyeuse et optimiste alors qu'en réalité elles sont abattues et désespérées. Elles veulent paraître fortes aux yeux des autres alors qu'elles se sentent anéantis et misérables. Ce sont ces patientes très fragiles qui ne sont naturellement pas disposées à signifier leur besoin d'aide et elles peuvent s'effondrer à tout moment. [162]

Etant donné la difficulté pour les oncologues, à poser le diagnostic de dépression, surtout dans un contexte de consultation surchargée et de temps insuffisant, *Hoffman et Weiner* ont proposé une stratégie visant à améliorer l'habilité des médecins à détecter et diagnostiquer la dépression[163]. Cette stratégie repose sur :

- L'élargissement du diagnostic différentiel à la dépression face à des symptômes somatiques exagérés.
- Le recueil des observations d'un proche pour détecter un éventuel changement de comportement.
- Le suivi du patient et la réévaluation de son humeur pour éliminer des symptômes dépressifs passagers.
- La comparaison de l'état émotionnel du patient avec la phase de la maladie qu'il traverse.
- L'utilisation du test MINI basé sur le DSM-5 permettant de poser le diagnostic de dépression de manière sûre et rapide.

4.2. Les outils d'évaluation spécifiques :

A la lumière de ce qui a été discuté dans les chapitres précédents, on peut affirmer donc le grand intérêt du dépistage de la dépression en oncologie en vue d'une amélioration de la prise en charge globale.

C'est le panel multidisciplinaire du NCCN (National Comprehensive Cancer Center) de New York qui était le premier à proposer une réflexion pragmatique sur l'implémentation d'une démarche de dépistage systématique de la détresse en milieu oncologique. Son objectif était d'étendre cette démarche à l'exploration de la « douleur psychique » et à en faire un élément systématique de l'examen clinique de base. [164] Des recommandations et des guidelines ont été alors établies à ce propos au niveau de plusieurs pays.

Ainsi, de nombreux outils d'évaluation sous forme d'auto et d'hétéro-questionnaires ont été largement développés pour aider le clinicien d'une part à confirmer le diagnostic de dépression, d'autre part à en juger de la sévérité sur les différentes dimensions cliniques [165].

Parmi les échelles les plus utilisées pour l'évaluation de la dépression en cancérologie et qui sont considérées comme des références dans la littérature : l'HADS (Echelle d'Anxiété et de Dépression Hospitalière), la CES-D (Center Epidemiological Studies-Depression Scale), la BDI (Beck Depression Inventory ou échelle de Beck) et l'échelle d'Endicott. [166]

- *L'échelle HADS* : c'est un auto-questionnaire composé de 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété et sept autres à la dimension dépressive. Un score supérieur ou égal à 11 pour les sept questions confirme le diagnostic d'anxiété ou de dépression. Cette échelle ne comporte pas d'items somatiques. [167]
- *L'échelle CES-D* : c'est un auto-questionnaire de dépistage de la dépression en population générale qui a été élaboré par le NIMH National Institute of Mental

Health et dont les qualités psychométriques ont été démontrées dans ses deux versions, y compris dans le champ somatique. [168]

- *La BDI ou échelle de Beck* : c'est un auto-questionnaire servant à mesurer la sévérité de la dépression clinique. Il comporte 21 questions, cotées de 0 à 3. Selon le score total, la dépression peut être légère, modérée ou sévère. [169]
- *L'échelle d'Endicott* : c'est une échelle spécifique, où il les items somatiques sont remplacés par des symptômes psychologiques comme le retrait social, les ruminations, le repli sur soi-même ou l'absence de réponse aux stimulations. L'auteur Endicott a eu l'idée de sa création du fait que les critères diagnostiques établis par les premières versions du DSM ou la CIM ne considèrent pas certaines caractéristiques propres au cancer ou aux effets secondaires des traitements telles que la fatigue, la perte de poids, les troubles cognitifs ou les troubles du sommeil. [170]

D'autres outils de détection de la morbidité psychologique sont utilisés de manière plus sporadique en cancérologie, tels que le BSI (*Brief Symptom Inventory*) ou le GHQ (*General Health Questionnaire*).

5. Impact de la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein :

La survenue de la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein peut être à l'origine d'une moins bonne qualité de vie, d'un retentissement social plus sévère, ou encore d'une augmentation du risque de non-observance des traitements.

5.1. L'impact sur la qualité de vie :

La qualité de vie a été définie en 1993 par l'OMS comme étant «la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » [171].

L'évaluation de la qualité de vie de tout patient ne se réduit pas à sa santé physique, mais s'intéresse également à son état psychologique et son statut social.

Comme nous l'avons vu auparavant, le cancer du sein et son traitement sont à l'origine d'un grand nombre de séquelles physiques (douleur, lymphœdème, asthénie, bouffées de chaleur, alopecie, troubles sexuels...) ainsi qu'une altération de la vie familiale et socio-économique. Ces retentissements vont tous être à l'origine d'une moins bonne qualité de vie. [172, 173]

Par ailleurs, la dépression altère également la qualité de vie par ses symptômes handicapants à savoir la tristesse persistante, l'anhédonie, le ralentissement psychomoteur, les perturbations du sommeil et de la sexualité, les sentiments de dévalorisation et de culpabilité ou encore les idées suicidaires. Ainsi, la survenue de la dépression chez une patiente souffrant de cancer du sein, ne fera qu'altérer davantage sa qualité de vie. Certaines recherches indiquent effectivement qu'il existe une différence significative dans la qualité de vie entre les patients atteints d'une maladie souffrant également de dépression et les patients atteints de la même maladie sans dépression comorbide [174].

En cas de cancer du sein, il a été démontré que la dépression influence significativement la sévérité et le nombre d'effets secondaires du traitement ainsi que le fardeau de la fatigue, du dysfonctionnement cognitif et de l'anxiété chez ces femmes malades [175]. *Gaston-Johannson et al.* ont mené une étude concernant l'influence de la fatigue, de la douleur et de la dépression sur la qualité de vie d'une population de patientes atteintes de cancer du sein. Les résultats ont objectivé que les symptômes évalués étaient tous significativement corrélés entre eux et avec une moins bonne qualité de vie [176]. Par ailleurs, les problèmes de sexualité chez les femmes souffrant de cancer du sein, sont considérés à la fois une cause et une conséquence de leur dépression [175, 177].

Cependant, plusieurs facteurs peuvent intervenir dans l'amélioration de la qualité de vie de ces patientes, à savoir le support social et émotionnel de la famille notamment du partenaire, le soutien religieux, une activité physique adaptée et régulière, une bonne prise en charge psychologique...[121, 127, 178, 179]

5.2. L'impact sur l'observance du traitement :

L'adhésion au traitement (synonyme des termes d'observance et de compliance) est définie selon l'OMS comme « le degré avec lequel le comportement du patient coïncide avec les recommandations d'un professionnel de soin, en termes de prise de traitement, de suivi du régime alimentaire et/ou d'adaptation du style de vie » [180].

La dépression est considérée comme un facteur de risque majeur de non-adhésion au traitement médical dans le cadre du cancer et d'autres pathologies médicales confondues. En effet, certaines études ont démontré que les patients déprimés ont 1,7 à 3 fois plus de risque d'être non observants que des patients non déprimés. Ce phénomène expliquerait en partie la surmortalité des patients déprimés en cancérologie [180].

De même, chez les femmes souffrant d'un cancer du sein, la dépression est associée à une diminution de l'observance du traitement, ce qui peut par conséquent affecter la survie [175]. Par exemple, un arrêt prématuré de l'hormonothérapie a été associé à une augmentation de la mortalité de 26 % et parmi celles qui continuaient le traitement, la non-observance était associée à une augmentation de 49 % de la mortalité [181].

La diminution de la compliance thérapeutique chez ces patientes déprimées pourrait être expliquée par leur pessimisme et la perte d'espoir (y compris dans l'efficacité du traitement), l'isolement social souvent associé, les troubles cognitifs liés à la dépression ou encore pas la complexité du long parcours de soins [182].

Ainsi, la réassurance de la patiente à chaque étape thérapeutique, l'évaluation et la prise en charge de son état psychique, notamment en dépistant et en traitant une éventuelle dépression, s'avèrent nécessaires. Ceci est en vue de réduire le risque de non adhésion thérapeutique et de contribuer à de meilleurs résultats en termes de qualité de vie, de contrôle tumoral et de survie.

6. Prise en charge thérapeutique de la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein :

La prise en charge de la dépression en cancérologie s'inscrit dans un projet de soin global faisant appel à une pluridisciplinarité des acteurs de soin notamment les psychologues, les psychiatres et le médecin traitant [183]. La patiente doit rester toujours impliquée dans toutes les étapes thérapeutiques [184].

Diverses revues de la littérature et guidelines recommandent l'association de thérapies pharmacologique et psychothérapeutique, en insistant sur le rôle des interventions psychosociales [185, 186]. Outre le traitement de la dépression, le but sera d'améliorer l'adhésion du patient à son projet de soins ainsi que d'améliorer sa qualité de vie.

6.1. Les antidépresseurs :

Dans le champ de l'oncologie, notamment en cas de cancer du sein, les antidépresseurs ne sont pas uniquement indiqués comme traitement de la dépression comorbide. En effet, ils ont d'autres indications potentielles telles que les bouffées vasomotrices induites par l'hormonothérapie ou certaines douleurs neuropathiques liées au cancer ou à ses traitements (chirurgicaux ou chimiothérapies). [187]

Or, les antidépresseurs restent sous-prescrits en oncologie au contraire des hypnotiques et des anxiolytiques [188]. Cela tient à la non reconnaissance par les oncologues des symptômes dépressifs, souvent masqués par un tableau somatique prédominant.

Il est toujours préférable que la prescription des antidépresseurs soit faite par le psychiatre. Celui-ci tiendra compte de la situation clinique de la patiente, de ses comorbidités, de la sommation des effets indésirables avec les thérapeutiques oncologiques, voire des interactions médicamenteuses possibles [184]. La patiente sera bien entendu informée de ces effets indésirables potentiels et revue après quelques jours pour juger sa compliance et sa tolérance [187].

6.1.1. Antidépresseurs utilisés en oncologie :

En oncologie, les antidépresseurs de troisième (ISRS) et quatrième génération (IRSNa) constituent le traitement de première intention pour traiter les troubles dépressifs. Ils ont globalement une meilleure tolérance, une plus grande sécurité d'emploi et une efficacité sinon supérieure du moins comparable à celle des antidépresseurs tricycliques et atypiques. [187]

En effet, en raison de leurs effets indésirables, les antidépresseurs tricycliques imipraminiques (de première génération) ainsi que ceux dits atypiques (de deuxième génération) représentent un choix de seconde intention. Tandis que les antidépresseurs IMAO (inhibiteurs de monoamine oxydase) ne sont quasiment plus prescrits en oncologie, également en raison de leurs effets indésirables mais aussi de leur difficulté de maniement. [187]

En plus de leur indication dans l'épisode dépressif caractérisé, les antidépresseurs notamment sérotoninergiques peuvent être prescrits dans certaines formes d'anxiété comme le trouble panique, certains syndromes de stress post-traumatiques, ou l'anxiété généralisée. Leur usage à seule visée anxiolytique peut également s'envisager en cas de contre-indication majeure aux anxiolytiques benzodiazépiniques [71].

Tableau 11: Principales classes d'antidépresseurs utilisées en oncologie [187]

Classe et molécule	Formes galéniques	Posologies usuelles
1er génération		
Tricycliques imipraminiques		
Stimulants	Cp à 10, 25 et 75 mg ; amp 25 mg	75 mg (25–150 mg/j) en 1–3 prises
Clomipramine (Anafranil®)	IM, IV	75 mg (25–150 mg/j) en 1–3 prises
Dosulépine (Prothiaden®)	Gél 25 mg, cp 75 mg	
Sédatifs	Cp à 25, et 50 mg ; sol buv 1mg/gtte,	75 mg (25–150 mg/j) en 1 prise le soi
Amitriptyline (Laroxyl®)	amp 50 mg IM, IV	perf IV sur 3 h
Amitriptyline (Elavil®)	Cp à 10 et 25 mg	
2e génération		
Antidépresseurs atypiques		
Miansérine (Athymil®)	Cp 10,30 et 60 mg	30 mg (30–120 mg/j) en 1 prise le soir
Tianeptine (Stablon®)	Cp 12,5 mg	12,5 mg × 3 fois/jour
3e génération		
ISRS		
Fluoxétine (Prozac®)	Cp ou gel 20 mg, sol buv 20 mg/5 ml	20 mg (10–60 mg/j) en 1 à 2 prises
Paroxétine (Deroxat®, Divarius®)	Cp sec 20 mg, sol buv 10 mg/5 ml	20 mg (10–60 mg/j) en 1 à 2 prises
Citalopram (Seropram®)	Cp sec 20 mg, sol buv 40 mg/ml,	20 mg (10–60 mg/j) en 1 à 2 prises
Escitalopram (Seroplex®)	Amp 1 ml (20 mg) en IVL sur 2 h	10 mg (5–20 mg/j) en 1 à 2 prises
Sertraline (Zoloft®)	Cp 5 mg, sec 10, 15 et 20 mg	50 mg (25–200 mg/j) en 1 à 2 prises
Fluvoxamine (Floxyfral®)	Gél 25 et 50 mg	100 mg (50–300 mg/j) en 1 à 2 prises
	Cp sec 50 et 100 mg	
4e génération		
NASSA		
Mirtazapine (Norset®)	Cp 15 mg, sol buv 15 mg/ml	30 mg (15–45 mg/j) en 1 prise le soir
IRSNa		
Venlafaxine (Effexor LP®)	Gél 37,5 et 75 mg	75 mg (37,5–150 mg/j jusqu'à 375 mg en milieu hospitalier)
Milnacipran (Ixel®)	Gél 25 et 50 mg	100 mg/j (25–200 mg/j) en 2 prises
Duloxétine (Cymbalta®)	Gél 30 et 60 mg	60 mg/j (30–120 mg/j) en 1 à 2 prises
5e génération		
Agoniste MT1 MT2 antagoniste 5HT2C		
Agomélatine (Valdoxan®)	Cp 25 mg	25 mg (25–50 mg) en 1 prise au coucher

ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine ; IRSNa : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; NASSA : antidépresseur noradrénergique et sérotoninergique spécifique ; Agoniste MT1 MT2 antagoniste 5HT2C : agoniste mélatoninergique des récepteurs MT1 et MT2 et antagoniste des récepteurs sérotoninergiques 5HT2C

Cependant, certaines de ces molécules ne sont pas commercialisées au Maroc et certaines formes galéniques sont différentes aussi.

Tableau 12: Principales classes d'antidépresseurs utilisées en oncologie et commercialisées au Maroc

Classe et molécule		Formes galéniques
DCI	NC	
1er génération		
Tricycliques imipraminiques		
Stimulants Clomipramine	Anafranil®	Cp à 25 et 75 mg ; amp 25 mg IM, IV
Sédatifs Amitriptyline	Laroxyl®	Cp à 25 et 50 mg ; sol buvable 4%
2e génération		
Antidépresseurs atypiques		
Miansérine	Athymil®	Cp 30 mg
Tianeptine	Stablon®	Cp 12,5 mg
3e génération		
ISRS		
Fluoxétine	Prozac® ; Fluoxet® ; Tuneluz® ; Serdep® ; Fluzoft® ; Fluctine®	Gel à 20 mg
Paroxétine	Deroxat® ; Divarius® ; Paroxetine Win® ; Paroxétine GT® ; Panikal®	Cp à 20 mg
Escitalopram	Seroplex® ; Scitap® ; Loscita®, Esciplex® ; Sipralax® ; Cilentra® ; Humorex®	Cp à 10 mg
Sertraline	Zoloft® ; Sertraline GT® ; Nodep® ; Sertam® :Deprestat®	Cp à 50 et 100 mg
Fluvoxamine	Floxyfral®	Cp à 50 mg
4e génération		
IRSNa		
Venlafaxine	Vellaxor®	Gél 37,5 et 75 mg
Duloxétine	Cymbalta®	Gél 30 et 60 mg
5e génération		
Agoniste MT1 MT2 antagoniste 5HT2C		
Agomélatine	Valdoxan®	Cp 25 mg

DCI : dénomination internationale ; NC : nom commercial ; ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine ; IRSNa : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; NASSA : antidépresseur noradrénergique et sérotoninergique spécifique ; Agoniste MT1 MT2 antagoniste 5HT2C : agoniste mélatoninergique des récepteurs MT1 et MT2 et antagoniste des récepteurs sérotoninergiques 5HT2

6.1.2. Les modalités pratiques de la prescription des antidépresseurs :

En pratique clinique habituelle, il n'est pas nécessaire de faire un bilan préthérapeutique. Cependant, en cas d'un cancer du sein évolutif avec un retentissement sur les fonctions rénales et/ou hépatiques, ou bien associé à de multiples comorbidités, un bilan doit être réalisé et comportera [189] :

- un dosage de l'urée sanguine et de la créatinine sanguine ;
- un dosage des transaminases et de la bilirubine.

L'atteinte hépatique et/ou rénale devra faire ajuster les posologies des antidépresseurs ou conduire à la prescription d'une molécule n'étant pas concernée dans son élimination par l'altération d'un ou de deux de ces organes.

- un ionogramme sanguin et en particulier le dosage de la natrémie qui peut être abaissée sous ISRS par sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique ;
- un dosage des plaquettes et des polynucléaires neutrophiles en raison du risque de syndrome hémorragique le plus souvent bénin induit par les ISRS (ecchymoses, hématomes, saignements gynécologiques) ;
- un contrôle de la tension artérielle qui peut être augmentée par les IRSNa ;
- un électrocardiogramme à la recherche d'un allongement de l'espace QT et de la présence de troubles du rythme qui vont contre-indiquer l'utilisation des antidépresseurs tricycliques et déconseiller l'emploi des IRSNa.

Avant toute prescription d'antidépresseurs, il conviendra de toujours prendre en compte [187] :

- * l'espérance de vie de la patiente car le délai d'action des antidépresseurs n'est pas immédiat et est estimé entre deux à trois semaines, même si dès le dixième jour, une amélioration de l'état thymique peut être observée;
- * le contrôle des symptômes physiques générant un inconfort de la patiente et affectant ainsi son « moral » surtout si elle présente un cancer métastatique : douleur, nausées, fatigue ;

- * le profil d'action recherché en fonction de la symptomatologie dépressive présentée par la patiente : psychostimulant si ralentissement psychomoteur, sédatif si anxiété et/ou risque suicidaire importants ;
- * les possibles interactions et potentialisations médicamenteuses en fonction des traitements associés car il s'agit souvent de patientes polymédiquées ;
- * le rapport bénéfice / risque du choix de l'antidépresseur et la qualité de vie recherchée ;
- * la présence de symptômes associés tels que les troubles du sommeil, la douleur, l'asthénie, l'anorexie qui vont orienter le choix de l'antidépresseur ;
- * le risque de stigmatisation de cette prescription aux yeux de la patiente, parfois renforcée par les attitudes de son entourage familial.

Afin d'optimiser l'efficacité et la tolérance des antidépresseurs chez ces patientes atteintes de cancer du sein, certaines règles de prescription devront être respectées [187] :

- * avant tout, poser le diagnostic de dépression avérée selon les critères nosographiques en vigueur, fournis par les classifications internationales DSM-5 et CIM-10 ;
- * prendre la décision, en accord avec la patiente, de la traiter par un antidépresseur , et lui fournir des explications sur la dépression et sur ses traitements (bénéfices attendus, efficacité, tolérance, durée d'action) ;
- * respecter le délai d'action de deux à quatre semaines de prise correcte avant de juger d'une inefficacité, ainsi que la durée du traitement comprise habituellement entre 6 à 12 mois ;
- * éviter les arrêts de traitement brutaux sources de syndrome de sevrage ;
- * débiter à doses progressives mais conventionnelles sauf si présence d'une insuffisance hépatique ou rénale ou chez une femme âgée, auquel cas les posologies seront diminuées de moitié ;

- * garder dans la mesure du possible une monothérapie ;
- * considérer l'antidépresseur prescrit comme inefficace (échec thérapeutique) après quatre à six semaines de traitement bien conduit à bonne dose ;
- * rester vigilant sur la survenue d'un virage de l'humeur trop brusque, qui devra soit faire diminuer la posologie soit faire interrompre l'antidépresseur.

Par ailleurs, certains antidépresseurs peuvent être contre-indiqués de manière absolue ou déconseillés en cas d'existence de certaines comorbidités (un glaucome à angle fermé, une épilepsie, un diabète non insulino-dépendant...) [187].

6.1.3. Les effets indésirables des antidépresseurs :

La majorité des antidépresseurs et notamment les nouvelles générations (ISRS et IRSNa) comportent peu d'effets indésirables, qui lorsqu'ils surviennent, le plus souvent en début de traitement, sont rapidement résolutifs en une à deux semaines. Ils sont néanmoins importants à connaître et le praticien devra en tenir compte dans le choix de l'antidépresseur en raison des risques non négligeables d'abandon ou d'arrêt intempestif en cas de mauvaise tolérance [187].

Les antidépresseurs sérotoninergiques (ISRS) ont pour principaux effets secondaires des troubles digestifs le plus souvent à type de nausées ; d'autres effets sont observables à savoir des céphalées, des vertiges, une tachycardie, un tremblement, un nervosisme, une somnolence, une hypersudation, des troubles de l'érection, une prise pondérale et plus rarement des atteintes cutanées ou hématologiques [187].

Les effets secondaires des IRSNa sont identiques avec un risque d'augmentation de la tension oculaire et de la pression artérielle s'ils sont prescrits à forte dose [187].

Les antidépresseurs tricycliques imipraminiques comportent surtout des effets anticholinergiques et antihistaminiques (constipation, dysurie et rétention urinaire, troubles de la vision, sécheresse buccale) et des effets cardiovasculaires (hypotension

orthostatique, trouble du rythme et de la conduction) qui en font actuellement de plus en plus un choix de seconde intention [187].

Certains effets secondaires d'ordre psychiatrique sont plus liés à la nature de la maladie dépressive et non pas au cancer : classique virage de l'humeur avec apparition d'un état maniaque et levée de l'inhibition psychomotrice avec risque de passage à l'acte suicidaire, réactivation d'un délire chez un psychotique et exacerbation de crises anxieuses en début de traitement. De ce fait, il est parfois conseillé chez une personnalité anxieuse d'adjoindre en début de traitement un anxiolytique pendant une brève période de 10 à 15 jours. [187]

6.1.4 Indications thérapeutiques des antidépresseurs en cas de cancer du sein :

La situation clinique et les comorbidités de la patiente doivent être prises en compte avant la prescription de l'antidépresseur.

Chez les patientes atteintes de cancer du sein et souffrant d'une altération de la sexualité ou d'une prise de poids : il faut avoir recours en première intention à des antidépresseurs sans effets sur ces deux perturbations.

Ainsi, si la peur d'une prise pondérale chez le patient constitue un frein majeur à la prescription d'antidépresseurs, le choix se portera essentiellement sur la fluoxétine (Prozac®), la sertraline (Zoloft®) ou la duloxétine (Cymbalta®). Le désir de conserver une libido et donc une fonction sexuelle fera prescrire prioritairement soit de la tianeptine (Stablon®) soit de la duloxétine (Cymbalta®). [187] Par ailleurs, la mirtazapine (Norset®) a l'avantage de ne pas donner de troubles sexuels, mais l'inconvénient est le risque d'une prise de poids. Ce produit reste très intéressant pour les femmes ayant perdu du poids ou exprimant une très forte angoisse. [98]

L'intérêt de l'utilisation des antidépresseurs et en particulier des ISRS et IRSNa dans le contrôle des bouffées vasomotrices induites par l'hormonothérapie adjuvante

[190] dans le cancer du sein, a été démontré par plusieurs études [191, 192]. Ils seront indiqués surtout lors de bouffées vasomotrices invalidantes et grevant la qualité de vie des patientes [193].

En cas de chimiothérapie fortement émétisante, le choix pourra se porter sur un antidépresseur sérotoninergique ayant une action sur le récepteur 5HT3 et donc peu émétogène tel que la mirtazapine (Norset®) [187].

6.1.5 Les interactions médicamenteuses :

En outre, il faut rester très vigilant sur les éventuelles interactions médicamenteuses avec l'antidépresseur choisi.

En cas du cancer du sein, chez des patientes ayant une hormonothérapie adjuvante, une prise au long cours de tamoxifène fera proscrire l'utilisation de certains ISRS puissamment inhibiteurs du cytochrome P450 et de son isoenzyme CYP2D6 comme la fluoxétine (Prozac®) et la paroxétine (Deroxat®) et à un degré moindre certains IRSNa plus faiblement inhibiteurs de l'isoenzyme CYP2D6 tel que la venlafaxine (Effexor®), en raison d'une diminution de la concentration plasmatique du métabolite actif du tamoxifène : l'endotoxifène et donc de l'efficacité du tamoxifène. Seuls les antidépresseurs n'ayant pas d'interaction sur le CYP2D6 tels que le citalopram (Seropram®), l'escitalopram (Seroplex®) et la fluvoxamine (Floxyfral®) ou une action très faible comme la sertraline (Zoloft®) et la duloxétine (Cymbalta®) sont autorisés en association avec le tamoxifène. [187]

La prescription d'un antidépresseur doit s'effectuer dans une démarche logique et rationnelle de soins et non pas constituer une solution de facilité devant toute détresse psychologique présentée par la patiente atteinte de cancer du sein. Elle sera le plus souvent associée à une psychothérapie car c'est la combinaison de ces deux approches thérapeutiques qui sera le garant d'une prise en charge optimale de la dépression.

6.2. La psychothérapie :

La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser des changements significatifs dans le fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, ainsi que dans le système interpersonnel, la personnalité ou l'état de santé du sujet [194]. L'objectif de la psychothérapie en cancérologie est de réduire la détresse psychique du patient, afin de favoriser l'ajustement à sa maladie et d'améliorer sa qualité de vie [180].

Il existe différentes interventions psychothérapiques, se caractérisant par les techniques employées (cadre théorique) et les modalités d'application (individuelles ou de groupe) ; l'orientation vers l'une ou l'autre dépendra des différentes indications ainsi que des attentes et des demandes de la patiente.

Un soutien psychothérapeutique auprès de ces patientes souffrant de cancer du sein, repose sur l'utilisation évaluable de techniques précises et doit être différencié d'un simple soutien relationnel non spécialisé notamment celui de la famille ou de l'entourage [71].

Les principales techniques de psychothérapie qui peuvent être inscrites dans le champs de la cancérologie sont représentées par : la psychothérapie psychodynamique, les thérapies cognitivo-comportementales, les psychothérapies de groupe, la psychothérapie familiale, la psychothérapie du couple ou bien d'autres approches tels que l'art-thérapie, la danse-thérapie et la musicothérapie...

Les thérapies psychodynamiques englobent la psychanalyse qui fonde une grande partie du traitement sur l'analyse de l'inconscient. Elles peuvent être individuelles ou pratiquées en groupe, et se focalisent essentiellement sur les facteurs psychologiques et/ou existentiels en lien avec le diagnostic, l'évolution de la maladie, les pertes et les deuils qui les accompagnent. [71]

Les thérapies cognitivo-comportementales sont des méthodes focalisées sur les pensées et les comportements. Elles sont structurées (avec un ordre et un nombre de séance prédéfini), orientées sur les situations qui posent des problèmes (image de soi, difficultés familiales, fatigue, douleurs, peur de la récurrence...). Elles peuvent être utilisées en individuel ou en groupe, favorisant ainsi le soutien groupal, l'apprentissage mutuel et le sentiment d'efficacité. [71]

La psychothérapie du couple s'avère également être nécessaire en cas de cancer du sein, vu les dysfonctionnements ou l'insatisfaction des partenaires qui peuvent y s'associer.

Quant aux psychothérapies de groupe, elles peuvent être de différentes références théoriques et permettent de partager des émotions et des expériences relatives à la maladie [180]. Cette thérapie de groupe renforce l'adaptation active des patientes et leur assure un ajustement psychosocial non seulement au cours du parcours de soins mais même dans l'après-cancer : par exemple pour des femmes ayant dû subir une mastectomie, la démarche vers une reconstruction mammaire se trouverait soutenue par celles ayant déjà bénéficié de la chirurgie réparatrice [195].

La psychothérapie, quelles que fussent ses modalités, a été considérée comme efficace sur la dépression et sur la qualité de vie mais en aucun cas, elle n'a eu d'influence sur la survie du patient cancéreux [179]. Ce fait a été clairement démontré par des études randomisées avec une méthodologie rigoureuse qui ont concerné l'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie chez les femmes souffrant de cancer du sein [196-198].

7. Evolution et complications :

7.1. L'évolution des troubles dépressifs au cours de la maladie cancéreuse du sein :

Selon la revue de la littérature effectuée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) sur dix ans d'étude, il semble que la prévalence des troubles psychiatriques tend à diminuer durant la première année après la chirurgie mammaire [140].

Ces résultats sont confirmés par l'étude de *Burgess et al.*, menée sur 222 femmes pendant 5 ans. Ainsi les prévalences cumulées de l'épisode dépressif majeur, d'au moins un trouble anxieux ou des deux étaient de 48% la première année, 25% la seconde, 23% la troisième, 22% la quatrième et 15% la cinquième [36]. De même, dans l'étude d'*Hopwood et al.* menée sur 5 ans chez plus de 2000 femmes traitées pour cancer du sein à un stade précoce, la prévalence de la dépression évaluée à 12% au début de la prise en charge, décroît pour atteindre 11,1% à 5 ans [72].

Epping-Jordan et al. constatent une prévalence de la dépression de 33,7% au moment du diagnostic, de 28,7% à 3 mois et 26,3% à 6 mois, pour des prévalences dans la population générale de 28% [199]. Les résultats suivent des évolutions similaires dans une étude menée par *Schwarz et al.* sur 367 patientes [43].

Toutes ces études semblent donc s'accorder sur la baisse de la prévalence de la dépression au cours de cette maladie cancéreuse. Or, ceci nécessitera une bonne prise en charge thérapeutique, à la fois du cancer et du trouble dépressif.

7.2. L'impact de la dépression sur l'évolution et le pronostic du cancer du sein :

Plusieurs études, dont un consensus international ayant réuni psychiatres et oncologues, s'accordent pour confirmer l'existence d'un lien entre les détresses psychologiques ainsi que troubles psychiatriques et le pronostic du cancer [200]. En effet, ils indiquent une péjoration du pronostic de cette maladie cancéreuse chez les sujets souffrant de troubles anxieux ou dépressifs.

Ainsi, *Watson et al.* retrouvent une diminution de la survie d'environ 5 ans chez les patientes avec un score élevé de dépression [201]. *Falagas et al.* dans une revue de littérature, constatent un impact négatif de la dépression et de la répression des émotions sur la survie mentionnée dans 31 études [202].

Une méta-analyse de *Chida et al.* s'est intéressée à l'association entre facteurs «psychosociaux liés au stress» et survie chez les patients souffrant d'un cancer, 15 études prospectives ayant utilisé une mesure de dépression ont été prises en compte. La dépression apparaissait significativement associée à une survie diminuée [203].

Les résultats d'une autre méta-analyse, menée par *Satin et coll.*, montraient une association significative entre l'humeur dépressive et la mortalité chez les patients souffrant de cancer, voire plus élevée en cas de dépression clinique. Le risque associé était statistiquement significatif mais relativement faible. [204]

De façon générale, en dépit d'associations faibles mais significatives entre la dépression et le pronostic du cancer, une relation causale est là aussi difficile à démontrer en raison du nombre important de symptômes de recouvrement entre la dépression et la maladie cancéreuse ainsi que de l'impact des traitements, ces deux facteurs pouvant être modulés par la sévérité sous-jacente du cancer.

Sur le plan étiopathogénique, les mécanismes proposés expliquent que les effets neuroendocriniens du stress peuvent stimuler la croissance tumorale. Les hormones de stress peuvent réprimer la résistance immunitaire face aux tumeurs, ou agir à travers les effets de la néoglucogénèse sur les cellules normales et tumorales. Les cellules tumorales peuvent devenir résistantes à l'action catabolisante du cortisol, ce qui inhibe l'absorption de glucose dans de nombreux types cellulaires. Dans ce cas, l'énergie serait préférentiellement dérivée vers la tumeur loin des cellules normales.

Une autre hypothèse suggère que les hormones de l'axe corticotrope peuvent promouvoir l'expression des oncogènes du cancer du sein due à l'activation de gène proopiomélanocortine (POMC) par la CRH (corticotropine releasing hormone). Le promoteur de POMC a des homologies avec les facteurs de transcription de POMC qui est lié aux oncogènes humaines MAT-1 du cancer du sein. L'augmentation de glucocorticoïdes est associée à une immunosuppression, cliniquement significative, et le renforcement de la sécrétion de norepinephrine durant le stress a été également associée avec la suppression de la fonction lymphocytaire [50].

Les symptômes de dépression chronique et le manque de soutien social prédit la réduction de la cytotoxicité des cellules NK mesurée après 3 mois de suivi chez des patientes ayant un cancer du sein. Ces cellules tueuses naturelles (NK), attaquent les cellules qui meurent ou les cellules transformées en l'absence de tout antigène particulier. Il est intéressant de noter que la baisse de la cytotoxicité des cellules NK est associée à la progression du cancer du sein métastatique. Cependant, il existe des données suggérant que le stress aigu est associé à court terme à une élévation des NK chez des femmes ayant un cancer du sein [205].

Par ailleurs, une étude longitudinale menée sur plus de 11 ans sur 227 patientes atteintes de cancer du sein menée par *Andersen et al.* a montré les effets bénéfiques en termes de baisse du risque de rechute et d'amélioration de la survie chez les patientes ayant bénéficié d'un suivi psychologique au long cours [206]. L'hypothèse formulée est

donc celle d'une réduction du stress par la psychothérapie, qui entraînerait une diminution de la réaction inflammatoire chronique liée au cancer. Les patientes ayant rechuté avaient un taux de cortisol (hormone du stress) plus élevé, ainsi qu'une élévation du nombre de cellules de l'inflammation (lymphocytes, cellules NK...).

Ainsi, selon ces hypothèses, le cancer du sein et son traitement entraîneraient une modification des réponses immunitaires, une élévation de la réaction inflammatoire et une altération endocrinienne, ce qui entraînerait une vulnérabilité aux troubles anxieux et dépressifs qui eux-mêmes maintiendraient ce phénomène et diminueraient la survie, mais aussi la qualité de vie [98, 200].

Les implications thérapeutiques tirées de ces conclusions sont la nécessité de repérer et traiter toute dérégulation psychique, ne pas être trop tolérant face à une tristesse considérée comme « normale » qui pourrait faire négliger la présence d'un trouble dépressif et donc d'une véritable souffrance psychologique.

7.3. Complications de la dépression chez les patientes de cancer du sein :

Les facteurs aggravant la dépression doivent être évalués dès la première consultation et réévalués régulièrement. Ils sont représentés par [184] :

- la lourdeur de l'histoire psychiatrique de dépression (jeune âge lors du premier épisode, nombre d'épisodes, hospitalisations en psychiatrie, tentatives de suicide, trouble bipolaire, antécédents familiaux de dépression ou de suicide) ;
- le niveau socioéconomique (chômage, pauvreté, etc.) ;
- les événements récents négatifs (isolement, deuil récent, divorce, etc.) ;
- le stade du cancer et l'importance des symptômes liés au cancer (douleur, traitements mutilants, séquelles, etc.).

La multiplicité et la gravité de ces facteurs peuvent faire craindre un risque suicidaire [184]. Ce risque chez le patient atteint de cancer est de 1,5 à 2 fois supérieur à la population générale. Il est majoré dans le contexte de troubles psychiatriques conjoints à la maladie cancéreuse, notamment une dépression. [71]

Dans l'étude de *Hem et al.*, portant sur une cohorte du registre d'enregistrement des cancers survenus en Norvège entre 1960 et 1999, ont été observés 589 suicides. Le risque relatif de suicide était le double de celui de la population générale et maximal dans les cinq mois suivant l'annonce. La plupart de ces cancéreux se suicidaient par un surdosage par les antalgiques ou les sédatifs prescrits par leurs médecins. [207]

D'autres formes passives de suicide, fréquentes mais qui restent ignorées, doivent être soulignées, à savoir le refus de traitement et des soins [208].

Par ailleurs, l'étude de *Farberow* montre que 86 % des suicides sont commis durant les phases préterminales et terminales de la maladie [209].

Ainsi, la recherche systématique des facteurs aggravant la dépression, particulièrement des antécédents personnels ou familiaux de tentative de suicide ou de suicide accompli chez tout patient cancéreux est d'une importance primordiale [71]. Le clinicien doit savoir que le fait de parler du suicide avec le patient va lui permettre de décrire ses sentiments, ses peurs et ses idées fausses, et lui procure un sentiment de contrôle [162].



CONCLUSION



La découverte du cancer du sein marque souvent l'entrée de la femme dans un long processus de soins assez complexe. Si son corps déjà affecté par le cancer doit affronter de rudes épreuves, son psychique n'est pas épargné.

Face à cette maladie cancéreuse, les réactions psychologiques vont être diverses, allant de l'absence de détresse émotionnelle ou de son expression à la survenue de troubles pathologiques, notamment une dépression. Cette affection représente néanmoins une comorbidité fréquente chez les femmes atteintes de cancer du sein.

Les résultats de notre étude confirment ce propos en affirmant le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé chez 26% des patientes souffrant de cancer du sein. Cette prévalence élevée s'avère être associée à plusieurs facteurs, notamment l'âge jeune, la présence d'antécédents psychiatriques, le stade métastatique du cancer, le refus du traitement, la multithérapie et l'altération de la vie conjugale. Ces résultats se concordent avec les données de la littérature.

Par ailleurs, lors de notre enquête, les patientes ont également exprimé une grande gêne psychique concernant la déficience de leur prise en charge psychologique non seulement au moment de l'annonce du diagnostic mais tout au long du parcours de soins.

Cependant, nous pouvons expliquer ces résultats par le sous diagnostic de cette dépression vu l'existence de chevauchements entre les symptômes somatiques liés à la maladie cancéreuse et ses traitements, avec ceux de la dépression ; la méconnaissance du médecin traitant des antécédents de dépression ou de traumatismes psychiques de la patiente ainsi que son vécu actuel ; l'absence de psychologues affectés aussi bien au service d'oncologie médicale que celui de la radiothérapie ; ou encore par le manque de formation des cliniciens en termes de psychopharmacologie et de psychothérapie.

Quant à la prise en charge thérapeutique, elle devrait être adaptée selon chaque patiente, en associant à la fois les approches psychothérapeutiques et/ou pharmacologiques, dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire.

A la lumière de ces résultats, nous ne pouvons que proposer quelques suggestions axées sur l'amélioration de la prise en charge psycho-oncologique pas uniquement de la femme souffrant de cancer du sein mais de tout patient cancéreux, en vue de prévenir la survenue de pathologies psychiatriques pouvant compromettre la prise en charge oncologique ainsi que le pronostic de la maladie cancéreuse chez cette population, telles que :

- ✚ La nécessité d'affectation de psychologues au sein des services d'oncologie et de radiothérapie qui seront à l'écoute de tout patient rapportant une détresse psychique, et qui feront appel au psychiatre lorsque cela s'avère nécessaire. Ces psychologues peuvent également prendre en charge le partenaire du patient cancéreux.
- ✚ La programmation d'un suivi psychiatrique d'emblée en cas d'antécédent de dépression grave ou d'une autre pathologie psychiatrique chez le patient cancéreux.
- ✚ L'intégration d'un module de psycho-oncologie dans la formation des spécialistes en oncologie.
- ✚ La programmation au profit des étudiants en médecine d'un module concernant la psychologie sociale et la communication médicale, notamment en matière de l'annonce d'un diagnostic grave. Ces futurs médecins, qui deviendront les premiers acteurs de soins en tant que généralistes, seront également impliqués dans la prise en charge des maladies cancéreuses.
- ✚ L'organisation de formations continues en matière de psychopharmacologie et de psychothérapie en faveur de tous les intervenants médicaux et paramédicaux dans la prise en charge oncologique.
- ✚ L'organisation de formations continues en matière de l'annonce d'un diagnostic de cancer permettant un retour sur la pratique, principalement au profit des oncologues, gynécologues et radiologues, notamment dans le cadre de groupes de parole interdisciplinaires.

✚ La nécessité de l'implication des opérateurs sociaux dont le rôle reste incontournable dans l'orientation et l'accompagnement de ces malades afin de réussir une bonne prise en charge médico-psycho-sociale répondant aux orientations d'une médecine moderne en matière de la psycho-oncologie.

Les données recueillies suite à notre enquête restent insuffisantes vu la taille restreinte et la nature de la population étudiée. De ce fait, nous espérons que ce modeste travail sera l'ébauche d'une série d'autres travaux au niveau de différentes structures hospitalières marocaines en vue d'une évaluation plus pertinente et d'une analyse comparative plus exhaustive de la prévalence de la dépression et des facteurs qui lui sont associés chez les patients cancéreux au niveau national.

RESUMES

RÉSUMÉ

Titre : Dépression et cancer du sein : prévalence et facteurs associés

(Etude transversale à propos de 100 cas)

Auteur : EL KILALI Rajae

Mots clés : Dépression – Cancer du sein – Prévalence – Facteurs prédictifs – Psycho-oncologie.

Introduction : La dépression est fréquemment associée au cancer du sein. Bien que, sa prévalence et son retentissement sur la qualité de vie des patientes sont loin d'être négligeables, la dépression est souvent sous-diagnostiquée et peu traitée.

Objectifs : Notre étude a pour objectifs d'estimer la prévalence de la dépression chez les patientes atteintes de cancer du sein, de décrire leur profil sociodémographique et clinique, et de déterminer les facteurs associés à cette dépression.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique, menée entre Janvier et Mars 2018 au sein de l'hôpital militaire Mohammed V de Rabat. L'enquête a inclus 100 patientes atteintes de cancer du sein. Elle s'est effectuée grâce à un questionnaire anonyme, au test MINI (DSM-5) pour diagnostiquer la dépression et à l'échelle de Beck pour évaluer sa sévérité.

Résultats : L'épisode dépressif caractérisé a été diagnostiqué chez 26% des patientes atteintes de cancer du sein. L'âge inférieur à 40 ans, les antécédents psychiatriques, le stade métastatique, le refus du traitement, la multithérapie et l'altération de la vie conjugale, étaient liés à une prévalence plus élevée de dépression chez ces patientes.

Discussion et conclusion : La prévalence élevée de la dépression chez les patientes souffrant de cancer du sein ainsi que l'influence des caractéristiques personnelles et du traitement dans la survenue de cette affection ont été confirmés par plusieurs auteurs. Nous proposons quelques suggestions pour améliorer la prise en charge psycho-oncologique des patientes atteintes de cancer du sein, afin de prévenir la survenue de la dépression chez cette population.

SUMMARY

Title : Depression and breast cancer : prevalence and associated factors
(Cross-sectional study about 100 cases)

Author : EL KILALI Rajae

Keywords : Depression – Breast cancer – Prevalence – Predictive factors – Psycho-oncology

Introduction : Depression is frequently associated with breast cancer. Although its prevalence and its impact on patients' quality of life are far from negligible, depression is often under-diagnosed and less treated.

Objectives : Our study aims to estimate the prevalence of depression in breast cancer patients, to describe their socio-demographic and clinical profile, and to determine the factors associated with this depression.

Material and methods : We carried out a cross-sectional, descriptive and analytical study, conducted from January to March 2018 at the Mohammed V military hospital in Rabat. The survey included 100 breast cancer patients. It was conducted using an anonymous questionnaire, the MINI test (DSM-5) to diagnose depression and the Beck scale to assess its severity.

Results : The major depressive episode was diagnosed in 26% of breast cancer patients. Age under 40, psychiatric antecedents, metastatic breast cancer, refusal of treatment, heavier treatment, and spousal alteration were the factors most associated with higher prevalence of depression in these patients.

Discussion and conclusion : The high prevalence of depression in breast cancer patients as well as the influence of personal characteristics and treatment in the occurrence of this ailment have been confirmed by several authors.

We propose some suggestions to improve the psycho-oncological care of patients with breast cancer, in order to prevent the occurrence of depression in this population.

ملخص

العنوان: الاكتئاب وسرطان الثدي: دراسة مقطعية حول 100 مريضة

المؤلف: رجاء الكيلالي

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب - سرطان الثدي - الانتشار - العوامل المؤثرة - الرعاية النفسية

المقدمة: كثيراً ما يرتبط الاكتئاب بسرطان الثدي. ولكن على الرغم من أهمية انتشار هذا الاضطراب النفسي وتأثيره على جودة حياة مرضى سرطان الثدي، غالباً ما لا يتم تشخيصه ولا علاجه.

الأهداف: تهدف دراستنا إلى تقييم انتشار الاكتئاب لدى مرضى سرطان الثدي، وصف خصائصهم الاجتماعية والديموغرافية والسريرية وتحديد العوامل المرتبطة بهذا الاكتئاب.

المواد والطرق: قمنا بدراسة مقطعية وصفية وتحليلية، استمرت منذ شهر يناير إلى غاية شهر مارس 2018 بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط. شمل الاستقصاء 100 امرأة مصابة بسرطان الثدي، وقد أجري اعتماداً على استبيان مجهول، اختبار (DSM-5) MINI لتشخيص الاكتئاب، ومقياس Beck لتقييم مدى حدته.

النتائج: تم تشخيص حالة الاكتئاب عند 26 ٪ من مرضى سرطان الثدي. العمر أقل من 40 سنة، سوابق الاضطرابات النفسية، سرطان الثدي النقيلي، رفض العلاج، كثرة العلاجات، واضطراب العلاقة الزوجية، كلها عوامل أثبتت دراستنا ارتباطها بالانتشار المهم للاكتئاب لدى هؤلاء المرضى.

المناقشة والخاتمة: أكد العديد من المؤلفين الانتشار الكبير للاكتئاب لدى مرضى سرطان الثدي، وكذلك التأثير المهم للخصائص الشخصية والعلاج في حدوث هذا الاضطراب النفسي. نقدم بعض الاقتراحات التي تهم تحسين الرعاية النفسية لمرضى سرطان الثدي، تفادياً للوصول إلى الاكتئاب.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire anonyme concernant les troubles dépressifs chez les patientes atteintes de cancer du sein

I / Le profil :

1. L'âge :

☐ 20-40 ans ☐ 40-60 ans ☐ >60 ans

2. La situation familiale :

☐ Célibataire ☐ Mariée ☐ Divorcée ☐ Veuve

3. Les enfants :

☐ Oui ☐ Non

4. Le lieu d'habitat :

☐ Urbain ☐ Rural

5. Le niveau d'instruction :

☐ Aucun ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur

6. La profession :

☐ Sans ☐ Active ☐ Retraitée

7. Le niveau socioéconomique de la famille :

☐ Bas ☐ Moyen ☐ Elevé

8. La couverture sociale :

☐ Oui ☐ Non

II / Les antécédents :

1. Les antécédents personnels médicaux :

☐ Diabète ☐ HTA ☐ Asthme ☐ Autre pathologie chronique

☐ Cancer

Si oui, type :

depuis quand :

évolution :

☐ Aucun

2. Les antécédents personnels chirurgicaux :

☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel :

3. Les antécédents personnels psychiatriques et psychologiques :

☐ Consultation psychiatrique

☐ Dépression

☐ Tentative de suicide

☐ Vécu d'un traumatisme psychique

Si oui, lequel :

☐ Autre trouble psychiatrique

Si oui, lequel :

☐ Aucun

4. Les antécédents d'habitudes toxiques :

☐ Oui ☐ Non

5. Les antécédents familiaux de cancer similaire :

☐ Oui ☐ Non Si oui, évolution :

6. Les antécédents familiaux psychiatriques :

☐ Oui ☐ Non Si oui, type :
lien familial :

III / Le diagnostic :

1. La localisation :

☐ Unilatérale ☐ Bilatérale

2. Le stade :

☐ Diffusion locale ☐ Diffusion locorégionale ☐ Diffusion métastatique

3. Les circonstances de découverte :

- ☐ Par l'autopalpation
- ☐ Découverte fortuite lors d'un examen médical
- ☐ Lors d'un contrôle d'une mastopathie bénigne
- ☐ Lors d'une campagne de dépistage

IV / L'annonce :

1. Par qui :

- ☐ Un médecin généraliste ☐ Un gynécologue
- ☐ Un oncologue ☐ Un radiologue
- ☐ Un anatomo-pathologiste ☐ Un membre de la famille Si oui, lequel :

2. Etiez-vous accompagnée au moment de l'annonce ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, par qui :

3. Quelle était votre sentiment (ou réaction) immédiat(e) ?

- ☐ Sentiment de culpabilité ☐ Sentiment de vulnérabilité ou d'impuissance
- ☐ Etat de sidération ☐ Dénier du diagnostic
- ☐ Refus de tout traitement ☐ Peur de la mort
- ☐ Autre, lequel :

4. Aviez-vous des connaissances préalables sur votre maladie ?

- ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, par quelle source :
 - ☐ Livres, magazines ☐ Internet, média ☐ Famille, voisins ☐ Autre

5. Après l'annonce, avez-vous compris :
- la nature de votre maladie ? ☐ Oui ☐ Non
 - les modalités du traitement ? ☐ Oui ☐ Non
 - les conséquences éventuelles sur votre quotidien ? ☐ Oui ☐ Non
6. Selon vous, votre maladie, est-elle curable :
- ☐ Oui ☐ Non

V / Traitement et évolution :

1. Quel type de traitement avez-vous reçu ?
- ☐ Chirurgie ☐ Chimiothérapie
 - ☐ Radiothérapie ☐ Hormonothérapie
2. Depuis quand avez-vous commencé votre traitement ?
- ☐ <3 mois ☐ 3 mois à 1 an ☐ 1 an à 5 ans ☐ > 5 ans
3. A côté du traitement médical, avez-vous bénéficié d'une prise en charge et d'un soutien psychologiques ?
- ☐ Oui ☐ Non Si oui, par qui :

VI / Les répercussions psychologiques et comportementales après la découverte du cancer :

1. Sur le plan psychologique, qu'est-ce qui vous gêne le plus ?
- ☐ Le sentiment de tristesse ☐ L'angoisse de récives
 - ☐ La crainte de la mort ☐ Autre, lequel
2. Sur le plan physique, qu'est-ce qui vous gêne le plus ?
- ☐ La perte de l'autonomie ☐ L'altération de l'image corporelle
 - ☐ Les symptômes physiques :
 - Douleurs ☐ Asthénie
 - Troubles sexuels ☐ Autre
 - ☐ Les effets secondaires du traitement :
 - Alopécie ☐ Troubles digestifs
 - Bouffées de chaleur ☐ Douleurs articulaires ☐ Aucun
3. Sur le plan social, familial et économique, qu'est-ce qui vous gêne le plus ?
- ☐ L'indifférence ou insouciance de la famille et/ou l'entourage
 - ☐ L'altération de la relation conjugale / la vie sexuelle
 - ☐ La perte des responsabilités familiales /éducation des enfants
 - ☐ L'arrêt de l'activité professionnelle
 - ☐ Les frais et le coût de la prise en charge médicale
 - ☐ Aucune gêne

Annexe 2 : Dépistage de l'Episode Dépressif Caractérisé par le test MINI

A / Présence d'au moins cinq des manifestations suivantes pendant au moins deux semaines			
A1. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous présenté, la plupart du temps de la journée et presque tous les jours :			
A1a	un sentiment de tristesse, un pessimisme avec un désespoir ?	Oui	Non
A1b	une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités ?	Oui	Non
	A1a et/ou A1b sont-elles cotées Oui ?	Oui	Non
A2. Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez triste, désespéré et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :			
A2a	Avez-vous perdu du poids en l'absence de régime ou gagner du poids (variation au cours du mois de $\pm 5\%$ en un mois), ou avez-vous ressenti une diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours ?	Oui	Non
A2b	Aviez-vous une insomnie ou une hypersomnie presque tous les jours ?	Oui	Non
A2c	Avez-vous ressenti un ralentissement psychique (mémoire, attention, raisonnement..) et un ralentissement moteur (expression du visage, mouvements..) ou au contraire vous sentiez-vous agitée, et ceci presque tous les jours ?	Oui	Non
A2d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatiguée, sans énergie, et ceci presque tous les jours ?	Oui	Non
A2e	Avez-vous ressenti un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, et ceci presque tous les jours ?	Oui	Non
A2f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ceci presque tous les jours ?	Oui	Non
A2g	Avez-vous eu des pensées de mort récurrentes, des idées suicidaires avec ou sans plan précis ?	Oui	Non
	Y-a-t-il au moins 3 Oui en A2 (si A1a et A1b sont cotées Oui), ou au moins 4 Oui en A2 (si A1a ou A1b est cotée Non) ?	Oui	Non

B/ Ces symptômes entraînent- ils une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ?	Oui	Non
C/ Cet épisode n'est-il pas attribué aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale ?	Oui	Non
Les critères A, B et C sont-ils tous côtés Oui ? Si Oui : C'est un épisode dépressif caractérisé	Oui	Non

**Annexe 3 : Évaluation de la sévérité de l'Episode Dépressif Caractérisé par
l'échelle de Beck**

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

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

Résultats : Le score varie de 0 à 39

- 0 à 3 :** Pas de dépression
- 4 à 7 :** Dépression légère
- 8 à 15 :** Dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus :** Dépression sévère

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS, *Breast Cancer*. <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>, 2018.
2. *Registre des cancers de la région du grand Casablanca pour la période 2008 - 2012*. Edition 2016.
3. OMS, *Cancer country profiles*. Morocco, 2014.
4. Ferreri, M., A. Bottero, and J. Alby, *Sémiologie des états dépressifs de l'adulte*. Paris: editions techniques. Encycl Méd Chir Psychiatrie, 1993. 37.
5. OMS, «*Dépression: parlons-en*». Genève ; 2017.
6. OMS, *Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates*. 2017: p. 8.
7. *Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others*. Global Burden of Disease, 2015.
8. Fisch, M., *Treatment of depression in cancer*. JNCI Monographs, 2004. **2004**(32): p. 105-111.
9. F. ASOUAB, M.A., N. KADRI, D. MOUSSAOUI, S. RACHIDI, M.A.TAZI, J. TOUFIQ, et N. CHAOUKI, *Bulletin épidémiologique, Prévalences des troubles mentaux dans la population générale marocaine*. Ministère de la Santé, 2005.
10. Daoudi, D., et al., *Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Kénitra, Maroc: une étude rétrospective sur 11 années*. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2017. **65**: p. S94.
11. Verdoux, H., *Facteurs de vulnérabilité*. Manuel de Psychiatrie (3e édition), 2017: p. Pages 111-129.
12. ECN, *Trouble dépressif de l'adolescent et de l'adulte*. Référentiel de psychiatrie et addictologie, 2ème édition, 2016.
13. OMS, *CIM-10 Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Genève ; 1992.
14. Association, A.P., « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* », 5e édition. 2013.
15. Perroud, N., et al., *Clinical and genetic correlates of suicidal ideation during antidepressant treatment in a depressed outpatient sample*. Pharmacogenomics, 2011. **12**(3): p. 365-377.
16. Santé, H.A.d., *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours*,. 2014.
17. Ghoncheh M, P.Z., Salehiniya H., *Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World*. 2016.

18. Cancer IA for R on, o., *GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*.
19. *Synthèse du plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019*. Ministère de la Santé, Maroc.
20. Jean-Marc Classe, M.C., Céline Lefebvre-Lacoeuille, *Cancer du sein, Dépistage et Prise en charge*. 2016.
21. Clavel-Chapelon, F. and M. Gerber, *Reproductive factors and breast cancer risk. Do they differ according to age at diagnosis?* Breast cancer research and treatment, 2002. **72**(2): p. 107-115.
22. Beral, V. and G. Reeves, *Childbearing, oral contraceptive use, and breast cancer*. The Lancet, 1993. **341**(8852): p. 1102.
23. Cancer, C.G.o.H.F.i.B., *Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer*. The Lancet, 1996: p. 1713-1727.
24. Renehan, A.G., et al., *Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies*. The Lancet, 2008. **371**(9612): p. 569-578.
25. Malone, K.E., et al., *Prevalence and predictors of BRCA1 and BRCA2 mutations in a population-based study of breast cancer in white and black American women ages 35 to 64 years*. Cancer research, 2006. **66**(16): p. 8297-8308.
26. Michailidou, K., et al., *Genome-wide association analysis of more than 120,000 individuals identifies 15 new susceptibility loci for breast cancer*. Nature genetics, 2015. **47**(4): p. 373.
27. Gynécologie, C.d., *Cancer du sein*. CHU de Bordeaux, 2012.
28. Santé, H.A.d., *Dépistage et prévention du cancer du sein*. 2015.
29. Mignotte, H., *Maladies du sein*. 2 éd. 2011, Paris: Elsevier-Masson.
30. *Cancer du sein*. Haute Autorité de Santé, 2010.
31. (CNGOF), C.N.d.G.e.O.F., *Tumeurs du sein*. 2016.
32. Mitchell, A.J., et al., *Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies*. The lancet oncology, 2011. **12**(2): p. 160-174.
33. Walker, J., et al., *Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review*. Annals of oncology, 2012. **24**(4): p. 895-900.
34. Massie, M.J., *Prevalence of depression in patients with cancer*. JNCI Monographs, 2004. **2004**(32): p. 57-71.

35. Abgrall-Barbry, G., *Actualités en psycho-oncologie*. L'Encéphale, 2008. **34**(4): p. S41-S44.
36. Burgess, C., et al., *Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study*. Bmj, 2005. **330**(7493): p. 702.
37. Reich, M., A. Lesur, and C. Perdrizet-Chevallier, *Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature*. Breast cancer research and treatment, 2008. **110**(1): p. 9-17.
38. Mehnert, A. and U. Koch, *Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study*. Psycho-Oncology, 2007. **16**(3): p. 181-188.
39. Ell, K., et al., *Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecological cancer*. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology, 2005. **23**(13): p. 3052.
40. Purkayastha, D., et al., *Prevalence of depression in breast cancer patients and its association with their quality of life: A cross-sectional observational study*. Indian journal of palliative care, 2017. **23**(3): p. 268.
41. Hassan, M.R., et al., *Anxiety and depression among breast cancer patients in an urban setting in Malaysia*. Asian Pac J Cancer Prev, 2015. **16**(9): p. 4031-5.
42. Kim, S.Y., et al., *Predictors of depression in Korean breast cancer patients: A one-year longitudinal study*. Asia-Pacific Psychiatry, 2012. **4**(4): p. 250-257.
43. Schwarz, R., et al., *The course of anxiety and depression in patients with breast cancer and gynaecological cancer*. Breast Care, 2008. **3**(6): p. 417-422.
44. Dunn, L.B., et al., *Identification of distinct depressive symptom trajectories in women following surgery for breast cancer*. Health psychology, 2011. **30**(6): p. 683.
45. Ramirez, A., et al., *Can mood disorder in women with breast cancer be identified preoperatively?* British journal of cancer, 1995. **72**(6): p. 1509.
46. Okamura, H., et al., *Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors*. Breast Cancer Research and Treatment, 2000. **61**(2): p. 131-137.
47. Fallowfield, L.J., et al., *Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial*. Bmj, 1990. **301**(6752): p. 575-580.

48. FULTON, C.L., *The physical and psychological symptoms experienced by patients with metastatic breast cancer before death*. European journal of cancer care, 1997. **6**(4): p. 262-266.
49. Kissane, D.W., et al., *Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2004. **38**(5): p. 320-326.
50. Spiegel, D. and J. Giese-Davis, *Depression and cancer: mechanisms and disease progression*. Biological psychiatry, 2003. **54**(3): p. 269-282.
51. Manoudi, F., et al., *Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer. Une étude marocaine* Depression in cancer patients. A moroccan study. Psycho-Oncologie, 2010. **4**(1): p. 13-20.
52. El Fakir S, A.N., Bendahhou K, Zidouh A, Bennani M, Errihani H, et al., *The european organization for research and treatment of Cancer quality of life questionnaire-BR23 breast Cancer-Specific quality of life questionnaire: psychometric properties in a moroccan sample of breast cancer patients*. 2014.
53. Berhili, S., et al., *Associated factors with psychological distress in moroccan breast cancer patients: A cross-sectional study*. The Breast, 2017. **31**: p. 26-33.
54. Maier, S.F. and L.R. Watkins, *Cytokines for psychologists: implications of bidirectional immune-to-brain communication for understanding behavior, mood, and cognition*. Psychological review, 1998. **105**(1): p. 83.
55. Weinberger, A.H., et al., *Effects of acute abstinence, reinstatement, and mecamylamine on biochemical and behavioral measures of cigarette smoking in schizophrenia*. Schizophrenia research, 2007. **91**(1): p. 217-225.
56. Kent, S., et al., *Sickness behavior as a new target for drug development*. Trends in pharmacological sciences, 1992. **13**: p. 24-28.
57. Lemogne, C. and S.-M. Consoli, *Dépression et cancer: le mythe à l'épreuve de l'épidémiologie* Depression and cancer: challenging the myth through epidemiology. Psycho-oncologie, 2010. **4**(1): p. 22-27.
58. McGee, R., S. Williams, and M. Elwood, *Depression and the development of cancer: a meta-analysis*. Social Science & Medicine, 1994. **38**(1): p. 187-192.
59. Musselman, D.L., et al., *Higher than normal plasma interleukin-6 concentrations in cancer patients with depression: preliminary findings*. American Journal of Psychiatry, 2001. **158**(8): p. 1252-1257.
60. Li, M., et al., *Pro-and anti-inflammatory cytokine associations with major depression in cancer patients*. Psycho-Oncology, 2017. **26**(12): p. 2149-2156.

61. Reynaert, C., Y. Libert, and P. Janne. «Psychogenèse» du cancer: vers une piste psycho-neuro-endocrino-immunologique? in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2001. Elsevier.
62. Bardwell, W.A., et al., *Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer*. *Journal of Clinical Oncology*, 2006. **24**(16): p. 2420-2427.
63. Härtl, K., et al., *Quality of life, anxiety, and oncological factors: a follow-up study of breast cancer patients*. *Psychosomatics*, 2010. **51**(2): p. 112-123.
64. Turner, J., et al., *Psychosocial impact of newly diagnosed advanced breast cancer*. *Psycho-Oncology*, 2005. **14**(5): p. 396-407.
65. Kroenke, C.H., et al., *Functional impact of breast cancer by age at diagnosis*. *Journal of Clinical Oncology*, 2004. **22**(10): p. 1849-1856.
66. Bloom, J.R., et al., *Then and now: quality of life of young breast cancer survivors*. *Psycho-Oncology*, 2004. **13**(3): p. 147-160.
67. Annunziata, M.A., et al., *Emotional distress and needs in Italian cancer patients: prevalence and associations with socio-demographic and clinical factors*. *Tumori*, 2012. **98**(1): p. 119-125.
68. Kornblith, A.B., et al., *Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer*. *Cancer*, 2001. **91**(2): p. 443-454.
69. Kagee, A., R. Roomaney, and N. Knoll, *Psychosocial predictors of distress and depression among South African breast cancer patients*. *Psycho-oncology*, 2018. **27**(3): p. 908-914.
70. Calys-Tagoe, B., et al., *ANXIETY AND DEPRESSION AMONG BREAST CANCER PATIENTS IN A TERTIARY HOSPITAL IN GHANA*. *Education (Highest completed)*. **19**: p. 12.5.
71. Dauchy, S. and P. Rouby, *Cancer du sein: aspects psycho-oncologiques*. *Le cancer du sein*, 2007: p. 291-313.
72. Hopwood, P., et al., *The course of anxiety and depression over 5 years of follow-up and risk factors in women with early breast cancer: results from the UK Standardisation of Radiotherapy Trials (START)*. *The breast*, 2010. **19**(2): p. 84-91.
73. Akechi, T., et al., *Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors*. *Journal of Clinical Oncology*, 2004. **22**(10): p. 1957-1965.

74. Macleod, U., et al., *Anxiety and support in breast cancer: is this different for affluent and deprived women? A questionnaire study*. British journal of cancer, 2004. **91**(5): p. 879.
75. Wilson, K.G., et al., *Depression and anxiety disorders in palliative cancer care*. Journal of pain and symptom management, 2007. **33**(2): p. 118-129.
76. Yun, Y.H., et al., *Age, sex, and comorbidities were considered in comparing reference data for health-related quality of life in the general and cancer populations*. Journal of clinical epidemiology, 2007. **60**(11): p. 1164-1175.
77. Razavi, D. and N. Delvaux, *Psycho-oncologie: le cancer, le malade et sa famille*. 2002.
78. Kadan-Lottick, N.S., et al., *Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer*. Cancer, 2005. **104**(12): p. 2872-2881.
79. Christensen, S., et al., *Prevalence and risk of depressive symptoms 3–4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer*. Breast cancer research and treatment, 2009. **113**(2): p. 339-355.
80. Rannou, S., et al., *Le vécu de l'annonce d'un cancer à l'ère du dispositif d'annonce* *Experience of the communication of the diagnosis of cancer in the context of the French national guidelines*. Psycho-oncologie, 2011. **5**(4): p. 227-234.
81. Lesur, A., et al., *Suspicion ou diagnostic de cancer du sein: optimisation du temps diagnostique pour un meilleur «après»*. Oncologie, 2016. **18**(2-3): p. 87-97.
82. Boisserie-Lacroix, M. and N. Stadelmaier, *La (les) annonce (s) d'un cancer mammaire par le radiologue*. Imagerie de la Femme, 2014. **24**(1): p. 14-19.
83. Schou, I., et al., *Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery*. Psycho-Oncology, 2004. **13**(5): p. 309-320.
84. Misery, L. and M. Chastaing, *Patient's information and announcement of a serious disease*. La Revue de medecine interne, 2005. **26**(12): p. 960-965.
85. Bacqué, M.-F., *Une annonce pluridisciplinaire*. Annoncer un cancer, 2011: p. XI-XXII.
86. Baize, N., et al., *Féminité et cancer du sein, approche particulière de l'annonce en cancérologie*. Bulletin du Cancer, 2008. **95**(9): p. 849-857.
87. Orjubin, D., C. Cheneau, and L. Domigo, *Annonce du diagnostic et accompagnement psychologique*. Bulletin Infirmier du Cancer, 2007. **7**(3): p. 19-20.

88. Reich, M., et al., *L'annonce d'un diagnostic de cancer: paradoxes et quiproquos*. La Revue de médecine interne, 2001. **22**(6): p. 560-566.
89. Barreau, B. and S. Tastet, *L'annonce du diagnostic en sénologie: les techniques de communication*. Journal de Radiologie, 2007. **88**(2): p. 219-223.
90. Harvey, J.A., et al., *Breaking bad news: a primer for radiologists in breast imaging*. Journal of the American College of Radiology, 2007. **4**(11): p. 800-808.
91. Romano, H., *L'annonce d'un diagnostic grave*. La Revue de médecine interne, 2010. **31**(9): p. 626-630.
92. Bâ, F., et al., *Vécu psychologique de l'annonce du cancer du sein au Sénégal* Psychological real life experience of the breast cancer announcement in Senegal. Psycho-oncologie, 2011. **5**(4): p. 259-262.
93. Pérol, D., et al., *L'éducation thérapeutique en cancérologie: vers une reconnaissance des compétences du patient*. Bulletin du cancer, 2007. **94**(3): p. 267-274.
94. Clegg-Lampitey, J., J. Dakubo, and Y. Attobra, *Psychosocial aspects of breast cancer treatment in Accra, Ghana*. East African Medical Journal, 2009. **86**(7).
95. Smith, H.R., *Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment*. Oncology letters, 2015. **9**(4): p. 1509-1514.
96. Bouregba, A., M. Dallaserra, and T. Lebre, *L'annonce du diagnostic de métastase: les difficultés psychologiques auxquelles le patient est confronté*. 2008. **18**: p. S 213-S218.
97. Mahfoud, T., et al., *L'annonce de la première récurrence d'un cancer du sein*. Cancer/Radiothérapie, 2010. **14**(6-7): p. 651.
98. Perdrizet-Chevallier, C., M. Reich, and A. Lesur. *Dépression et anxiété chez les femmes souffrant de cancers gynécologiques*. in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2008. Elsevier.
99. Agarwal, M., et al., *Predictors of depression among older African American cancer patients*. Cancer nursing, 2010. **33**(2): p. 156.
100. Gandubert, C., et al., *Onset and relapse of psychiatric disorders following early breast cancer: a case-control study*. Psycho-Oncology, 2009. **18**(10): p. 1029-1037.
101. Okamura, M., et al., *Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life*. Japanese Journal of Clinical Oncology, 2005. **35**(6): p. 302-309.

102. Ciaramella, A. and P. Poli, *Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment*. Psycho-Oncology, 2001. **10**(2): p. 156-165.
103. Jacob, L., et al., *Prevalence of depression, anxiety and their risk factors in German women with breast cancer in general and gynecological practices*. Journal of cancer research and clinical oncology, 2016. **142**(2): p. 447-452.
104. Eliza M. Park, S.G., Shoshana M. Rosenberg, Davinia S.E. Seah, Lidia Schapira, Steven E Come, Ann H Partridge, *Anxiety and Depression in Young Women with Metastatic Breast cancer: A Cross-Sectional Study*. Psychosomatics, 2017.
105. Spiegel, D. and J.R. Bloom, *Pain in metastatic breast cancer*. Cancer, 1983. **52**(2): p. 341-345.
106. Kozlow, W. and T.A. Guise, *Breast cancer metastasis to bone: mechanisms of osteolysis and implications for therapy*. Journal of mammary gland biology and neoplasia, 2005. **10**(2): p. 169-180.
107. Rosenstein, D.L., *Depression and end-of-life care for patients with cancer*. Dialogues in clinical neuroscience, 2011. **13**(1): p. 101.
108. Bondil, P., D. Habold, and D. Carnicelli, *Cancer et sexualité: le couple, un déterminant trop souvent négligé*. Sexologies, 2016. **25**(2): p. 61-68.
109. Reich, M., *Traitements des problèmes sexuels après un cancer: intégration des approches médicales et psychologiques* Treatment of sexual problems subsequent to cancer: the integration of medical and psychological approaches. Psycho-oncologie, 2007. **1**(4): p. 231-235.
110. Herbenick, D., et al., *Young female breast cancer survivors: their sexual function and interest in sexual enhancement products and services*. Cancer nursing, 2008. **31**(6): p. 417-425.
111. Hirsch, E., *Quelle vie pour le couple après le cancer? Le couple et la sexualité*. Revue francophone de psycho-oncologie, 2005. **4**(3): p. 201-206.
112. Wimberly, S.R., et al., *Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: impact on psychosocial and psychosexual adjustment*. Journal of consulting and clinical psychology, 2005. **73**(2): p. 300.
113. Holmberg, S.K., et al., *Relationship issues of women with breast cancer*. Cancer nursing, 2001. **24**(1): p. 53-60.
114. Normand, J., et al., *Communication conjugale et symptômes dépressifs dans des couples dont la femme est atteinte de cancer du sein*. Bulletin du cancer, 2004. **91**(2): p. 193-199.

115. Sheppard, L.A. and S. Ely, *Breast cancer and sexuality*. The Breast Journal, 2008. **14**(2): p. 176-181.
116. Taylor-Brown, J., et al., *Partner abandonment of women with breast cancer: Myth or reality?* Cancer practice, 2000. **8**(4): p. 160-164.
117. Hawkins, Y., et al., *Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer*. Cancer nursing, 2009. **32**(4): p. 271-280.
118. Khalil, J., et al., *Sexualité après un cancer du sein: quel impact?(Expérience marocaine)*. Cancer/Radiothérapie, 2012. **16**(5-6): p. 543.
119. Lory, J., *Étude ethnologique des malades du cancer en milieu hospitalier. Opus 2, l'entourage: la maladie en partage*. 2010, Paris: Press' Publica.
120. Taquet, A., *Cancer du sein et sexualité*. Revue francophone de psycho-oncologie, 2005. **4**(3): p. 170-174.
121. Helgeson, V.S. and S. Cohen, *Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research*. Health Psychology, 1996. **15**(2): p. 135.
122. Schroevers, M.J., A.V. Ranchor, and R. Sanderman, *The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population*. Social Science & Medicine, 2003. **57**(2): p. 375-385.
123. Cattan, S., *Entendre l'annonce du cancer: le vécu des patients restitué aux praticiens*. Éthique & Santé, 2004. **1**(3): p. 116-119.
124. Nausheen, B. and A. Kamal, *Familial social support and depression in breast cancer: an exploratory study on a Pakistani sample*. Psycho-Oncology, 2007. **16**(9): p. 859-862.
125. Berhili, S., et al., *Quelle est la valeur du soutien familial dans la survenue de la détresse psychologique chez les patientes suivies pour cancer du sein?* Cancer/Radiothérapie, 2016. **20**(6-7): p. 722.
126. Shaw, B., et al., *Effects of prayer and religious expression within computer support groups on women with breast cancer*. Psycho-Oncology, 2007. **16**(7): p. 676-687.
127. Cousson-Gélie, F., et al., *Impact du contrôle perçu, de l'attribution causale interne et du contrôle religieux sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie de patientes atteintes d'un premier cancer du sein*. Revue francophone de psycho-oncologie, 2005. **4**(4): p. 288-291.

128. Balboni, T.A., et al., *Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life*. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology, 2007. **25**(5): p. 555.
129. Errihani, H., et al., *Impact psychosocial et religieux du diagnostic de cancer chez les patients marocains: expérience de l'Institut national d'oncologie de Rabat*. Bulletin du Cancer, 2010. **97**(4): p. 461-468.
130. Alexander, P.J., N. Dinesh, and M. Vidyasagar, *Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome*. Acta Oncologica, 1993. **32**(6): p. 623-626.
131. Pinquart, M., C. Fröhlich, and R.K. Silbereisen, *Optimism, pessimism, and change of psychological well-being in cancer patients*. Psychology, health & medicine, 2007. **12**(4): p. 421-432.
132. Poinso, R., et al., *Impact sur la qualité de vie et la sexualité du traitement hormonal chez les patientes atteintes d'un cancer du sein*. Revue francophone de psycho-oncologie, 2005. **4**(3): p. 161-169.
133. Adellund Holt, K., et al., *Rehabilitation of women with gynaecological cancer: the association between adult attachment, post-traumatic stress disorder and depression*. Psycho-Oncology, 2016. **25**(6): p. 691-698.
134. Schover, L.R., *Myth-busters: telling the true story of breast cancer survivorship*. 2004, Oxford University Press.
135. Staps, T., J. Hoogenhout, and T. Wobbes, *Phantom breast sensations following mastectomy*. Cancer, 1985. **56**(12): p. 2898-2901.
136. Golden-Kreutz, D.M. and B.L. Andersen, *Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life event stress*. Psycho-Oncology, 2004. **13**(3): p. 211-220.
137. Arroyo, J.M.G. and M.L.D. López, *Psychological problems derived from mastectomy: a qualitative study*. International journal of surgical oncology, 2011. **2011**.
138. Al-Ghazal, S., L. Fallowfield, and R. Blamey, *Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction*. European journal of cancer, 2000. **36**(15): p. 1938-1943.
139. Rowland, J.H., et al., *Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors*. Journal of the National Cancer Institute, 2000. **92**(17): p. 1422-1429.

140. ANAES, *Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastaté*, Editions EDK, Paris. 2000.
141. Den Oudsten, B.L., et al., *Predictors of depressive symptoms 12 months after surgical treatment of early-stage breast cancer*. *Psycho-Oncology*, 2009. **18**(11): p. 1230-1237.
142. Nissen, M.J., et al., *Quality of life after breast carcinoma surgery*. *Cancer*, 2001. **91**(7): p. 1238-1246.
143. Delay, E., et al. *Post-treatment sequelae after breast cancer conservative surgery*. in *Annales de chirurgie plastique et esthétique*. 2008.
144. Khan, F., et al., *Multidisciplinary rehabilitation for follow-up of women treated for breast cancer*. The Cochrane Library, 2012.
145. This, P., *Cancer du sein et fertilité: revue critique, réflexions et perspectives*. *Bulletin du Cancer*, 2008. **95**(1): p. 17-25.
146. Manzanera, C., et al. *Cancer, dépression et anxiété*. in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2003. Elsevier Masson.
147. Brunault, P., et al., *Depression is associated with some patient-perceived cosmetic changes, but not with radiotherapy-induced late toxicity, in long-term breast cancer survivors*. *Psycho-Oncology*, 2013. **22**(3): p. 590-597.
148. Lim, C.C., M.K. Devi, and E. Ang, *Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review*. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2011. **9**(3): p. 215-235.
149. *Cancer du sein*. Agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie, Institut National Du Cancer., 2014.
150. Berglund, G., et al., *Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: a prospective randomized study*. *Journal of Clinical Oncology*, 2001. **19**(11): p. 2788-2796.
151. Lee, K.C., et al., *Tamoxifen treatment and new-onset depression in breast cancer patients*. *Psychosomatics*, 2007. **48**(3): p. 205-210.
152. Sanglade, A., *Image du corps et image de soi au Rorschach*. *Psychologie française*, 1983.
153. Faten, E., et al., *Le trouble de l'image du corps chez 100 femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein*. *Bulletin du Cancer*, 2018.
154. Reich, M., *Cancer et image du corps: identité, représentation et symbolique*. *L'information psychiatrique*, 2009. **85**(3): p. 247-254.

155. Aguilar, M.C., et al., *Influence of the social context on the body image perception of women undergoing breast cancer surgery*. *Nutricion hospitalaria*, 2013. **28**(5): p. 1453-1457.
156. Gros, D., *Cancer du sein: entre raison et sentiments*. 2009: Springer Science & Business Media.
157. Pikler, V. and C. Winterowd, *Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer*. *Health psychology*, 2003. **22**(6): p. 632.
158. Falk Dahl, C.A., et al., *A study of body image in long-term breast cancer survivors*. *Cancer*, 2010. **116**(15): p. 3549-3557.
159. Bézy, O. and I. Jalenques. *De la spécificité du cancer et de ses effets psychiques*. in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2007. Elsevier.
160. F. Baillet, A.R., *Principe de la prise en charge psychologique du patient cancéreux*. Sorbonne Université.
161. Passik, S.D., et al., *Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer*. *Journal of clinical oncology*, 1998. **16**(4): p. 1594-1600.
162. Massie, M.J., P. Gagnon, and J.C. Holland, *Depression and suicide in patients with cancer*. *Journal of pain and symptom management*, 1994. **9**(5): p. 325-340.
163. Hoffman, M.A. and J.S. Weiner, *Is Mrs S depressed? Diagnosing depression in the cancer patient*. *Journal of Clinical Oncology*, 2007. **25**(19): p. 2853-2856.
164. Holland, J.C., *Preliminary guidelines for the treatment of distress*. *Oncology (Williston Park, NY)*, 1997. **11**(11A): p. 109-14; discussion 115-7.
165. GOURION, D., *Comment « se fait » un diagnostic de dépression ?* Fondation Pierre Deniker pour la recherche et la prévention en santé mentale, 2012.
166. Aucouturier, F. and F.d.m.e.d.p. Université de Limoges, *Intérêt et faisabilité d'un dépistage systématique des troubles psychiatriques en cancérologie, psycho-oncologie: concept et réalité*. 2001.
167. Zigmond, A.S. and R.P. Snaith, *The hospital anxiety and depression scale*. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1983. **67**(6): p. 361-370.
168. Radloff, L.S., *The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population*. *Applied psychological measurement*, 1977. **1**(3): p. 385-401.
169. Beck, A.T., R.A. Steer, and G.K. Brown, *Beck depression inventory*. 1996.
170. Endicott, J., *Measurement of depression in patients with cancer*. *Cancer*, 1984. **53**(S10): p. 2243-2248.

171. Group, W., *Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)*. Quality of life Research, 1993. 2(2): p. 153-159.
172. Tarantini, C., L. Gallardo, and P. Peretti-Watel, *Travailler après un cancer du sein. Enjeux, contraintes et perspectives*. Sociologie, 2014. 5(2): p. 139-155.
173. Reich, M., *Depression and cancer: recent data on clinical issues, research challenges and treatment approaches*. Current opinion in oncology, 2008. 20(4): p. 353-359.
174. Goldney, R., Phillips, P., Fisher, L., Wilson, D., *Diabetes, depression and quality of life*. 2004.
175. Fann, J.R., et al., *Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment*. General hospital psychiatry, 2008. 30(2): p. 112-126.
176. Gaston-Johansson, F., et al., *Fatigue, pain, and depression in pre-autotransplant breast cancer patients*. Cancer practice, 1999. 7(5): p. 240-247.
177. Speer, J.J., et al., *Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors*. The breast journal, 2005. 11(6): p. 440-447.
178. Lantheaume, S., et al. *Cancer du sein, activité physique adaptée et qualité de vie*. in *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2017. Elsevier.
179. Coyne, J.C., M. Stefanek, and S.C. Palmer, *Psychotherapy and survival in cancer: the conflict between hope and evidence*. Psychological bulletin, 2007. 133(3): p. 367.
180. Dauchy, S., et al., *Quelle prise en charge psychologique dans l'après-cancer? What psychological care should there be after cancer?* Psycho-oncologie, 2013. 7(1): p. 4-17.
181. Hershman, D.L., et al., *Early discontinuation and non-adherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer*. Breast cancer research and treatment, 2011. 126(2): p. 529-537.
182. Martin, L.R., et al., *The challenge of patient adherence*. Therapeutics and clinical risk management, 2005. 1(3): p. 189.
183. Reich, M., *La dépression en oncologie*. Cancer/Radiothérapie, 2010. 14(6-7): p. 535-538.
184. Durdux, C., *Problèmes posés au cancérologue par la prise en charge d'un patient dépressif*. Psycho-oncologie, 2010. 4(1): p. 36-41.
185. Jacobsen, P.B. and H.S. Jim, *Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges*. CA: a cancer journal for clinicians, 2008. 58(4): p. 214-230.

186. Rodin, G., et al., *The treatment of depression in cancer patients: a systematic review*. Supportive Care in Cancer, 2007. **15**(2): p. 123-136.
187. Reich, M., *Les antidépresseurs en oncologie: spécificités et particularités*Antidepressants in oncology: specificity's and particularities. Psycho-oncologie, 2010. **4**(1): p. 51-64.
188. Stiefel, F.C., A.B. Kornblith, and J.C. Holland, *Changes in the prescription patterns of psychotropic drugs for cancer patients during a 10-year period*. Cancer, 1990. **65**(4): p. 1048-1053.
189. Barrière, J., et al., *Les antidépresseurs: enjeux et perspectives cliniques en cancérologie*. Bulletin du Cancer, 2008. **95**(11): p. 1103-1111.
190. Grady, D., et al., *Ineffectiveness of sertraline for treatment of menopausal hot flashes: a randomized controlled trial*. Obstetrics & Gynecology, 2007. **109**(4): p. 823-830.
191. Nelson, H.D., et al., *Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis*. Jama, 2006. **295**(17): p. 2057-2071.
192. Kalay, A.E., et al., *Efficacy of citalopram on climacteric symptoms*. Menopause, 2007. **14**(2): p. 223-229.
193. Loprinzi, C.L., et al., *Newer antidepressants for hot flashes-should their efficacy still be up for debate?* Menopause, 2009. **16**(1): p. 184-187.
194. *Qu'est-ce que la psychothérapie ?* Ordre des psychologues du Quebec, 2017.
195. Machavoine, J.-L., *Groupes de malades en psycho-oncologie: éléments historiques, cliniques et pratiques*Group of patients in psycho-oncology: historical, clinical and practical aspects. Psycho-oncologie, 2010. **4**(3): p. 190-198.
196. Spiegel, D., et al., *Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer*. Cancer, 2007. **110**(5): p. 1130-1138.
197. Kissane, D.W., et al., *Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial*. Psycho-Oncology, 2007. **16**(4): p. 277-286.
198. Goodwin, P.J., et al., *The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer*. New England Journal of Medicine, 2001. **345**(24): p. 1719-1726.
199. Epping-Jordan, J.E., et al., *Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress*. Health Psychology, 1999. **18**(4): p. 315.
200. Ballenger, J.C., et al., *Consensus statement on depression, anxiety, and oncology*. The Journal of clinical psychiatry, 2001. **62**(suppl 8): p. 64-67.

201. Watson, M., et al., *Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study*. The Lancet, 1999. **354**(9187): p. 1331-1336.
202. Falagas, M.E., et al., *The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review*. Breast Cancer Research, 2007. **9**(4): p. R44.
203. Chida, Y., et al., *Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival?* Nature Reviews Clinical Oncology, 2008. **5**(8): p. 466.
204. Satin, J.R., W. Linden, and M.J. Phillips, *Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients*. Cancer, 2009. **115**(22): p. 5349-5361.
205. Andersen, B.L., et al., *Stress and immune responses after surgical treatment for regional breast cancer*. JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 1998. **90**(1): p. 30-36.
206. Andersen, B.L., B. Anderson, and C. DeProse, *Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes*. Journal of consulting and clinical psychology, 1989. **57**(6): p. 692.
207. Hem, E., et al., *Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999*. Journal of clinical Oncology, 2004. **22**(20): p. 4209-4216.
208. Kendal, W., *Suicide and cancer: a gender-comparative study*. Annals of Oncology, 2006. **18**(2): p. 381-387.
209. Farberow, N.L., et al., *An eight-year survey of hospital suicides*. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1971. **1**(3): p. 184.

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 الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

- أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي 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 بالله.

والله على ما أقول شهيد.

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 167

سنة: 2018

الاكتئاب وسرطان الثدي:

دراسة مقطعية حول 100 حالة

أطروحة:

قدمت ونوقشت علانية يوم.....

من طرف

الآنسة : رجاء الكيلالي

المزودة في 24 شتنبر 1992 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الاكتئاب . سرطان الثدي . الانتشار . العوامل المؤثرة . الرعاية النفسية .

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة:

رئيس

السيد: محمد إيشو

أستاذ في علم الأورام

مشرف

السيد: محمد قادري

أستاذ في الطب النفسي

السيد: حسن سقات

أستاذ في علم الأشعة

السيدة: مريم صابر

أستاذة في الطب النفسي

السيد: جمال المحساني

أستاذ في الطب النفسي

السيد: جواد كواش

أستاذ في طب النساء والتوليد

أعضاء