



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2021

Thèse N° 132

**Prévalence de la dépression
au service d'hématologie
du CHU Mohammed VI de Marrakech**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23/06/2021

PAR

Mlle. Safa CHAABANE

Née Le 20 Mai 1994 à Tunis

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Hématologie - Dépression- Prévalence - Pathologies - Marrakech

JURY

Mme. I.ADALI

Professeura agrégée de Psychiatrie

PRESIDENT

M. I. TAZI

Professeur agrégé d'Hématologie Clinique

RAPPORTEUR

Mme. L. ADARMOUCH

Professeura agrégée de Médecine Communautaire

Mme. R.BELBARAKA

Professeura agrégée d'Oncologie Médicale

} **JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ٣٢

صَدِّقَ قَوْلِ اللَّهِ الْعَظِيمِ

سورة البقرة الآية (32)



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.

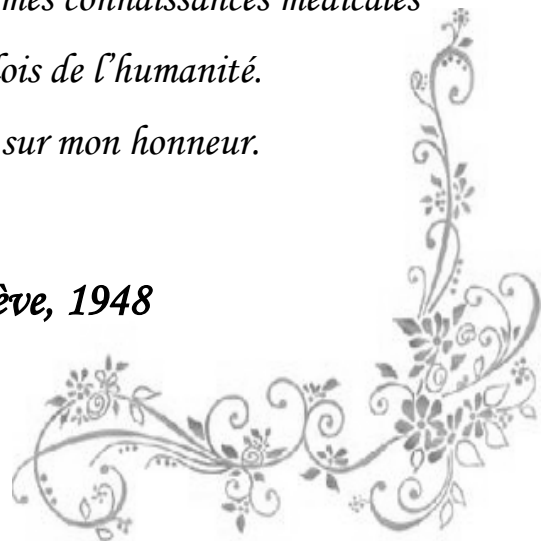
*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUY YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine ELHOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAÏR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAROUK Karam	Gynécologie- obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUK Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SABI Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHEM Mouna	Radiothérapie
AMIN Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANINajib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMROL Amyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
ANIBAKhalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAKMACHI Mohamed Amine	Urologie

ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUI Ahlam	Rhumatologie	MANSOURIN Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRIS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHA IAT BENOMARR Idouan	Chirurgie - générale	MOUAFFAK Yousef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljali	Ophthalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MSOUGGARY Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NAJEBY Yousef	Traumato- orthopédie
BOUMZEBRAD Drissi	Chirurgie Cardio- vasculaire	NARJISS Yousef	Chirurgie générale
BOURRAHOUI Aïcha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRIS Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Salih	Biochimie- chimie	QAMOUSSY Yousef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRIS EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADAN Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAISHanane	Anatomie pathologique
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	ROCHDIYoussef	Oto-rhino laryngologie
EL ANSARINawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNIRachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTIlmane	Rhumatologie	SARFIsmail	Urologie
EL BOUIHIMohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	SORAAAbabila	Microbiologie - Virologie
ELFEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANIAbderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSINoura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUIMustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZIJamila	Pédiatrie	YOUNOUSSaid	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINENadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMISaloua	Cardiologie	ZAHLANEMouna	Médecine interne
EL KHAYARIMina	Réanimation médicale	ZAOUISanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIBGhizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRIAbdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNILamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ALJSoumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHIM Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale

BELBARAKARhizlane	Oncologiemédicale	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
BENALIAbdeslam	Psychiatrie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIM Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	SAJIAHafsa	Pneumo- phtisiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMATarik	Chirurgiepédiatrique
DAROUASSIYoussef	Oto-rhino – Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL AMRANI MoulayDriss	Anatomie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATIRachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDIYoussef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio-vasculaire	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
AIT ERRAMIAdil	Gastro-entérologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	HAJJIFouad	Urologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	Hammoune Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AZIZZakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie

BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	Ophthalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELLASRI Salah	Radiologie	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	NASSIH Houda	Pédiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie-mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	SIRBOUR Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	WARDA Karima	Microbiologie
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie		

LISTE ARRETEE LE 01/02/2021



DÉDICACES



*Ce moment est l'occasion d'adresser mes remerciements et
ma reconnaissance et de dédier cette thèse.....*



Je dédie cette thèse

A mes merveilleux parents

Aucune dédicace, chers parents, ne pourrait exprimer l'affection et l'amour que je vous porte. Vos sacrifices innombrables et votre dévouement furent pour moi la plus grande des motivations. Merci de m'avoir inculqué ces belles valeurs qui sont aujourd'hui des principes. Merci de m'avoir soutenue, accompagnée et chérie dans les meilleurs moments et les plus douloureux.

Merci maman de te soucier autant de mon bonheur et de mon bien être, de m'inonder chaque jour d'amour, de tendresse, d'éclairer mon chemin. Merci papa de m'avoir guidée et transmis ton amour pour la vie, ta rigueur, ton sens de l'honneur et de la justice. Vous êtes mes modèles. Merci, mes chers parents, d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Que ce modeste travail, qui est avant tout le vôtre, soit l'expression des vœux que vous n'avez cessé de formuler dans vos prières. Que Dieu puisse vous accorder bonheur, santé et longue vie. J'espère ne jamais vous décevoir.

A mes sœurs fabuleuses, Jouda, Jihène, Wiem et Maroua

Vous êtes ce que la vie offre de meilleur, mes sœurs mais aussi mes premières amies les meilleures, mes complices et confidentes. Merci pour votre amour et votre soutien. Merci d'avoir foi en moi et de me pousser toujours plus haut, de me comprendre, de m'accompagner, et de m'inspirer, d'avoir toujours veillé de près à mon bonheur. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection et de mon attachement. Que dieu nous garde à jamais unies, et qu'il vous comble de bonheur et de réussite.

A mon petit frère Mohamed

Je n'ai pas de meilleurs souvenirs que ceux de notre enfance, nos bêtises et manigances. Je te souhaite du fond du cœur tout le bonheur du monde et que tous tes vœux soient exaucés.

Je t'aime.

A mes adorables neveux Lilia et Skander Rihani

Vous êtes ce que la vie offre de meilleur. Merci pour la joie que vous me procurez, pour votre soutien, votre aide et votre générosité qui ont été pour moi une source de courage et de confiance. Vous m'avez toujours soutenue tout au long de mon parcours. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent. Je vous souhaite un avenir florissant et une vie pleine de bonheur et de prospérité.

A mes chers neveux Ghalia Lyne et Ahmed Aziz Nasser

Raphaël, Stina et Elsa Sivilér

Vous avez illuminé notre vie, vous êtes ma gaieté et mon bonheur, que dieu vous bénisse et vous protège.

Je vous dédie ce modeste travail en implorant dieu le tout puissant de vous garder pour vos parents qui vous adorent.

A mes beaux-frères Selim, Tobias et Ali

Je vous remercie, pour votre support et vos encouragements, et je vous dédie ce travail, pour tous les moments de joie et de taquinerie qu'on a pu partager ensemble.

A toute la famille Elberhíchi

En témoignage de mon amour. Mais aussi en guise de ma reconnaissance pour votre affection, votre soutien et votre serviabilité. Je vous remercie pour tous les moments agréables que nous avons partagé ensemble .

A mes amis

Samía , Dídí , Douaa ,Emna , Ahmed ,Anas, Zakaría,Mehdí E, Faty ,Mehdí M .

A notre belle amitié qui, je l'espère, durera.

ANouhaíla , Salma , Omayma , Yasmína, Aya et Nouha .

A tous ces bons moments passés ensemble, à tous nos éclats de rire, à nos souvenirs.

Au personnel du service d'hématologie tout particulièrement à professeur LAHLIMI Fatíma Ezzahra .

A tous mes amis du CHU Mongí Slím La Marsa .

Aux étudiants en médecine, passés et à venir,

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer...



REMERCIEMENTS



*Louange à Dieu tout puissant, qui m'a permis
de voir ce jour tant attendu.*

A notre maître et Président de thèse

Mme Adali Imane

Professeure agrégée de psychiatrie au CHU Mohammed VI de Marrakech.

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de
présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens
du devoir nous ont énormément marqués.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et
notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et
humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre
profonde gratitude.*

A notre maître et Rapporteur de thèse

Mr. Illias Tazi

*Professeur agrégé et chef de service du service d'hématologie au CHU
Mohammed VI de Marrakech.*

*Il nous est impossible de dire en quelques mots ce que nous vous
devons. Vous nous avez fait le grand honneur de nous confier ce travail et
d'accepter de le diriger. Ceci est le fruit de vos efforts. Vous nous avez
toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations
professionnelles. Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre
disponibilité et votre gentillesse méritent toute admiration. Nous
saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde gratitude
tout en vous témoignant notre respect.*

A notre maître et juge de thèse

Mme Adarmouch Latifa

*Professeuse agrégée de Médecine communautaire au CHU Mohammed VI
de Marrakech.*

*Nous sommes très honorés de votre présence parmi nous. Vous avez
accepté humblement de juger ce travail de thèse. Ceci nous touche
infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde
reconnaissance. Veuillez accepter, chère maître, l'assurance de notre
estime.*

A notre maître et juge de thèse

Mme. Rhizlane BELBARAKA.

*Professeure agrégée et chef du service d'oncologie médicale au centre
d'oncologie hématologie du CHU Mohammed VI de Marrakech.*

*Nous vous remercions d'avoir répondu à notre souhait de vous voir siéger
parmi nos membres du jury. En acceptant d'évaluer notre travail, vous
nous accordez un très grand honneur. Veuillez accepter l'expression de
nos considérations les plus distinguées.*



ABBREVIATIONS



liste des abréviations

EDC : épisode dépressif caractérisé

MM : Myélome Multiple



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIEL ET MÉTHODES	4
I. MATERIEL DE L'ETUDE.....	5
1. Type, période et lieu de l'étude.....	5
2. Échantillonnage.....	5
3. Le questionnaire.....	6
II. Méthode analytique.....	8
RÉSULTATS	9
I. ANALYSE DESCRIPTIVE :.....	10
1. Caractéristiques de la population étudiée :.....	10
2. Étude de la dépression :.....	25
II. ANALYSE STATISTIQUE :.....	26
1. Caractéristiques sociodémographiques :.....	26
2. Les Antécédents :.....	29
3. Le diagnostic :.....	32
4. Traitement :.....	33
DISCUSSION	35
CONCLUSION	47
ANNEXES	49
RESUMES	55
BIBLIOGRAPHIE	59



INTRODUCTION



Le cancer constitue un problème de santé par son ampleur et sa gravité, aussi bien dans les pays développés que ceux en voie de développement.

Les cancers hématologiques comprenant myélomes, leucémies et lymphomes, représentent 9% de l'ensemble des cancers [1].

La découverte d'un cancer marque souvent l'entrée dans un lourd et long processus de soins. En effet, le retentissement de cette maladie prendra plusieurs dimensions ; outre la condition physique et la vie socioéconomique, il pourra engendrer également des désordres psychiques, notamment des troubles dépressifs [2].

Selon Mitchel et al [3], la fréquence de la dépression chez les sujets cancéreux est estimée à 15%. Elle est deux à trois fois plus fréquente chez les patients atteints de cancer par rapport à la population générale [4].

En dépit de sa fréquence, la dépression est souvent méconnue et insuffisamment traitée chez les patients atteints de cancer, elle ne fait pas l'objet d'un dépistage systématique dans la majorité des structures prenant en charge des patients atteints de cancer et reste sous-diagnostiquée, alors qu'il existe des outils de dépistage simples et validés ainsi que des traitements efficaces [5].

Les difficultés diagnostiques s'expliquent par les symptômes communs entre la dépression et le cancer comme la fatigue, l'anorexie et les troubles du sommeil mais aussi par le manque de temps et de formation des professionnels de santé prenant en charge ces patients [6,7].

La méconnaissance d'un diagnostic aussi lourd de conséquences tel que la dépression ainsi que la négligence de la dimension psychologique chez ces patients souffrant de cancer 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.

Aux pays du tiers monde et précisément en Afrique, peu d'auteurs ont étudié la prévalence de la dépression chez les patients cancéreux [8].

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 patients atteints de cancers hématologiques n'a été publiée à ce jour.

La raison qui nous a motivé à réaliser ce travail est l'importance de la sensibilisation du personnel et l'amélioration de la prise en charge des malades.

Le principal objectif de notre étude est d'estimer la prévalence de la dépression chez une population de patients suivis au service d'hématologie, atteints majoritairement d'hémopathies malignes. L'objectif secondaire consiste à exposer la problématique au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech en vue de donner des perspectives sur le sujet.



*MATERIEL
ET
MÉTHODES*



:

I. MATERIEL DE L'ETUDE

1. Type, période et lieu de l'étude :

Nous avons mené une étude transversale descriptive à recrutement prospectif, chez les patients suivis au niveau du service d'hématologie CHU Mohammed VI de Marrakech sur une période de 6 mois entre Juillet 2020 et Décembre 2020.

2. Échantillonnage :

La population étudiée était représentée par un échantillon de 150 patients suivis dans cette formation hospitalière au niveau de la consultation à l'hôpital du jour, en hospitalisation et au niveau de l'unité de greffe de moelle osseuse.

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients âgés de plus de 15 ans suivis dans notre formation, après obtention de leur consentement éclairé.

Nous avons exclu de notre étude les patients dont l'état général est très altéré, et les patients ne parlant pas l'arabe dialecte.

✓ Considérations éthiques :

Les patientes ont été choisies de façon aléatoire et informées du but de l'étude.

Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés. Le recueil des données a été effectué avec le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations. Le comité d'éthique n'a pas été sollicité pour ce travail.

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

3. Le questionnaire :

Nous avons élaboré un questionnaire anonyme, divisé en trois parties.

L'enquête ainsi que les données de ce questionnaire ont été collectées par une seule personne (thésarde).

3.1. La première partie : Le profil du patient (Annexe 1) :

a. Les caractéristiques socio-démographiques :

Nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques des patients:

a1 : âge	a2 : sexe	a-3 : situation familiale	a-4 : nombre d'enfant	a-5 : Age de l'enfant le plus jeune	a-6 : niveau d'instruction	Le	a-7 : profession	a-8 : niveau socio- économique de la famille	a-9 : couverture sanitaire
-------------	--------------	---------------------------------	-----------------------------	---	----------------------------------	----	---------------------	--	----------------------------------

(*) 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.

b. Les antécédents :

Nous avons étudié les différents antécédents des patients :

b1:Antécédents personnels médicaux	b2:Antécédents personnels chirurgicaux	b3:Antécédents personnels psychiatriques	b4:Antécédents d'habitudes toxiques	b5:Antécédents familiaux psychiatriques
--	--	--	---	---

3.2. La deuxième partie : Le diagnostic de la maladie hématologique (Annexe 1) :

Dans cette partie nous avons étudié :

- a. Les caractéristiques de la maladie hématologique notamment la maladie et ses circonstances de survenue.
- b. L'annonce du diagnostic à savoir l'annonceur du diagnostic et l'accompagnement à ce moment.
- c. Le traitement, notamment le type du traitement reçu, le délai depuis le début de ce traitement et la prise en charge psychologique.

3.2.a- Caractéristiques de la maladie	a-1 La maladie	a-2 Les circonstances de découverte				
3.2.b- L'annonce du diagnostic :	b-1 La personne annonçant le diagnostic	b-2 Accompagnement au moment de l'annonce	b-3 Sentiment (ou réaction) immédiat(e)	b-4 Connaissances préalables sur la maladie cancéreuse	b-5 Compréhension après l'annonce de la nature de la maladie, du traitement et des éventuelles conséquences	b-6 Estimation du patient du pronostic de sa maladie
3.2.c : Le traitement de la maladie :	c-1 Type de traitement reçu	c-2 Durée de traitement	c-3 Prise en charge psychologique parallèle			

3.3. La troisième partie :

a. Dépistage de l'épisode dépressif caractérisé et de sa sévérité :

Le dépistage de l'épisode dépressif caractérisé a été réalisé par le test MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), l'entretien structuré qui reprend les critères du DSM-V (Annexe 2) .

La sévérité de l'épisode dépressif caractérisé a été évalué par l'échelle de BECK : (Annexe3).

b. Dépistage du trouble dépressif persistant (Dysthymie):

Pour son étude nous avons utilisé l'entretien structuré qui reprend les critères du DSM-IV. (Annexe 4)

II. 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) 16.0. Dans la partie descriptive, les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et en pourcentages (%).

Dans la partie analytique statistique, après concertation du laboratoire de biostatistique de recherche clinique et d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, les corrélations ont été faites grâce au test Chi-2. Une différence n'est considérée comme statistiquement significative lorsque la valeur du p value est strictement inférieure à 0,05 ($p < 0,05$).



RÉSULTATS



I. ANALYSE DESCRIPTIVE :

1. Caractéristiques de la population étudiée :

1.1. Lieu d'entretien :

Les entretiens ont eu lieu principalement au niveau de la consultation (50,7%), à l'hôpital du jour (40,7%), en hospitalisation (6,7%) et au niveau de l'unité de greffe de moelle osseuse (2%).

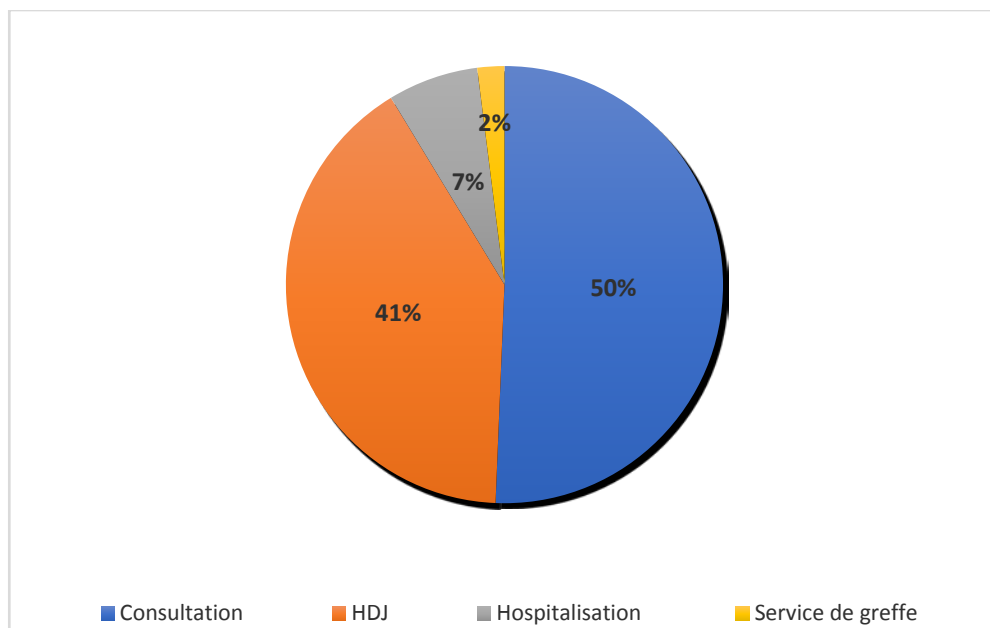


Figure 1. Répartition des patients selon le lieu d'entretien

1.2. Profil sociodémographique :

Tous les patients ont accepté de participer à l'entretien.

Notre échantillon comporte 150 patients.

a. Sexe :

Le nombre des patients de sexe masculin était de 83 (55,3%).

b. Age :

L'âge moyen était de 43 ans, avec des extrêmes entre 15 et 76 ans.

La tranche d'âge entre 15 et 36 ans était la plus représentée dans notre échantillon, elle constituait 41,3% (62 patients).

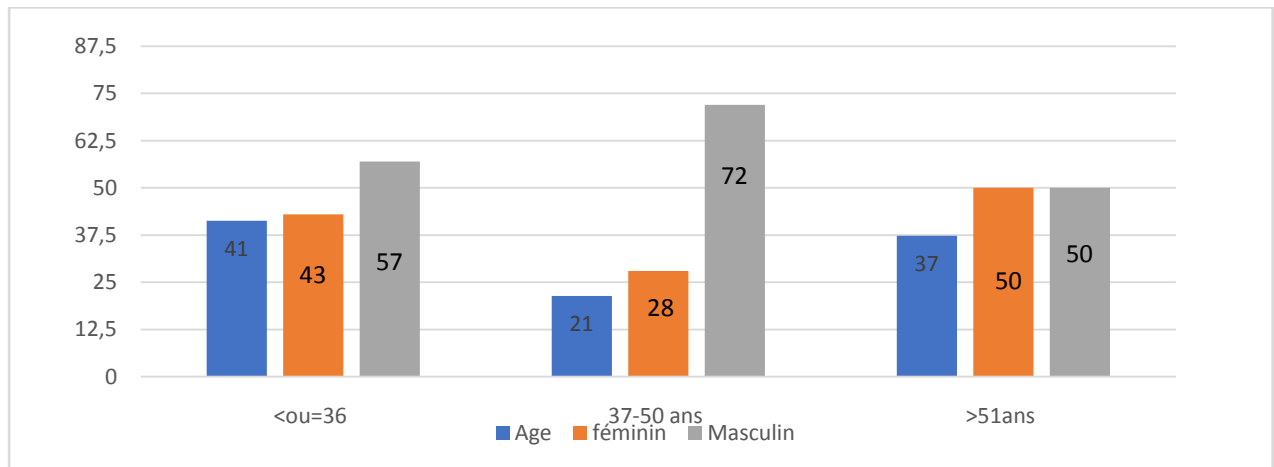


Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge

c. Situation matrimoniale :

Plus que la moitié des patients étaient mariés (85).

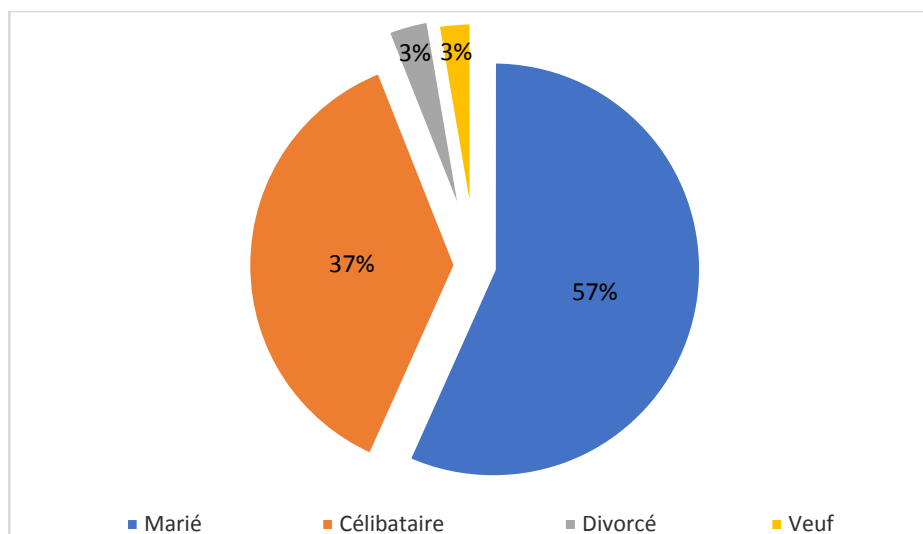


Figure 3 : Répartition des patients selon la situation familiale

d. Nombre d'enfants :

Presque la moitié des patients n'avaient pas d'enfants (44%), 31 % avaient entre 1 et 3 enfants alors que 25 % avaient plus de 4 enfants.

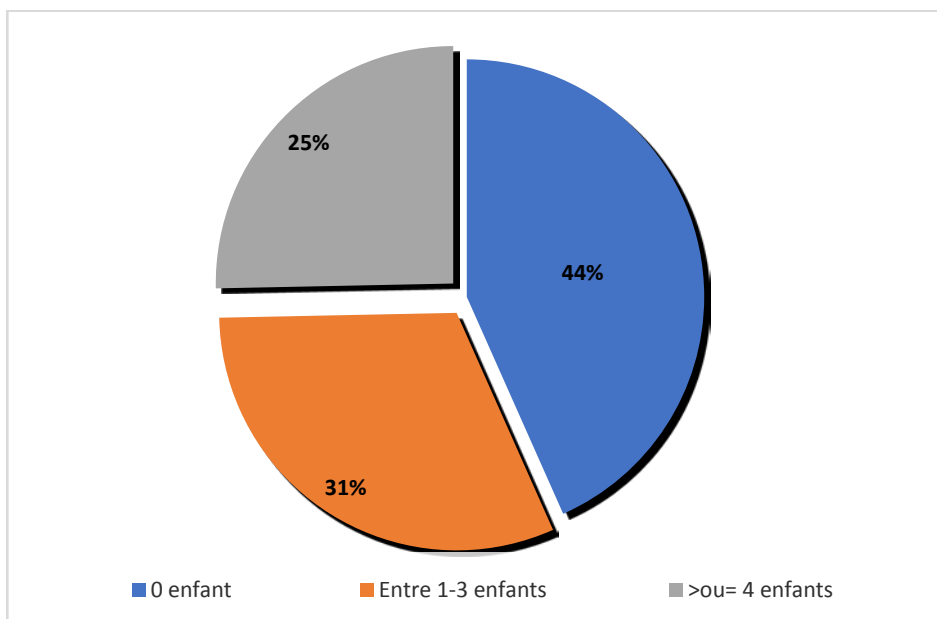


Figure 4. Répartition des patients selon le nombre des enfants

e. Age de l'enfant le plus jeune :

Presque la moitié des patients avaient des enfants âgés de plus de 15 ans (49%) ,26% avaient des enfants dont l'âge est entre 5 à 15 ans, et 24% des patients avaient des enfants âgés de moins de 5 ans.

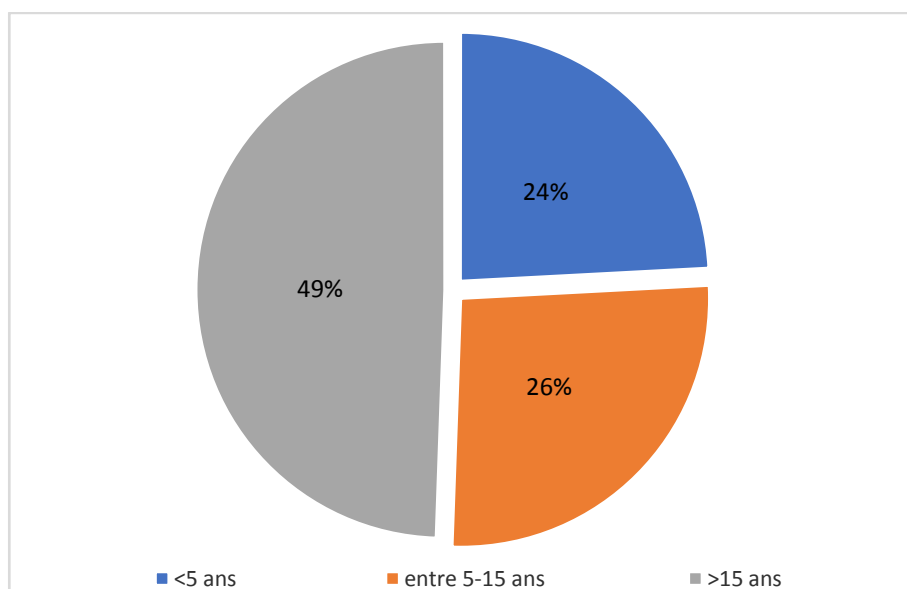


Figure 5. Répartition des patients selon l'âge de l'enfant le plus jeune

f. Niveau d'instruction :

Presque le 1/3 des patients n'étaient jamais scolarisé (41%) et 13 % des patients seulement avaient un niveau universitaire.

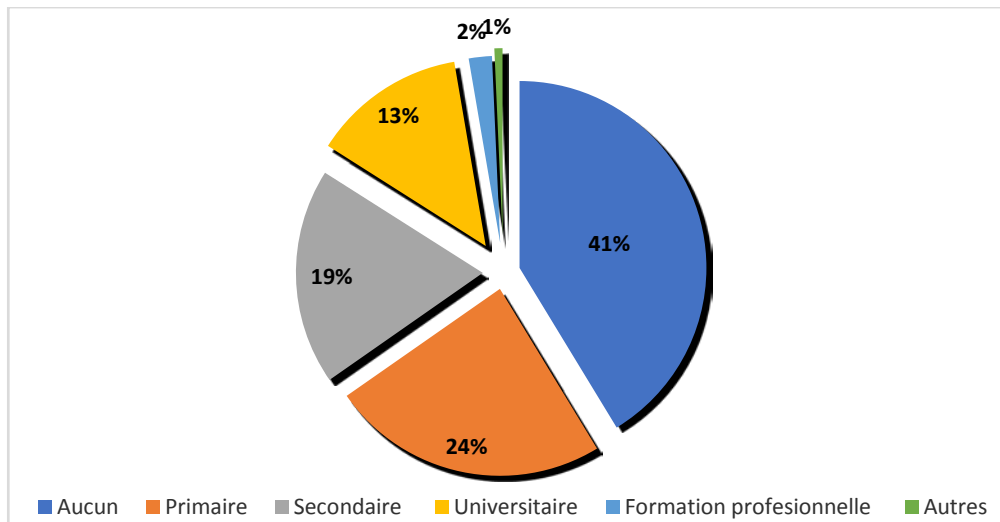


Figure 6 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

g. Profession

Les deux tiers des patients étaient des femmes au foyer et des patients sans travail (64,7%), 21 % avaient un travail actif, 11 % étaient des étudiants et 3,3 % étaient à la retraite.

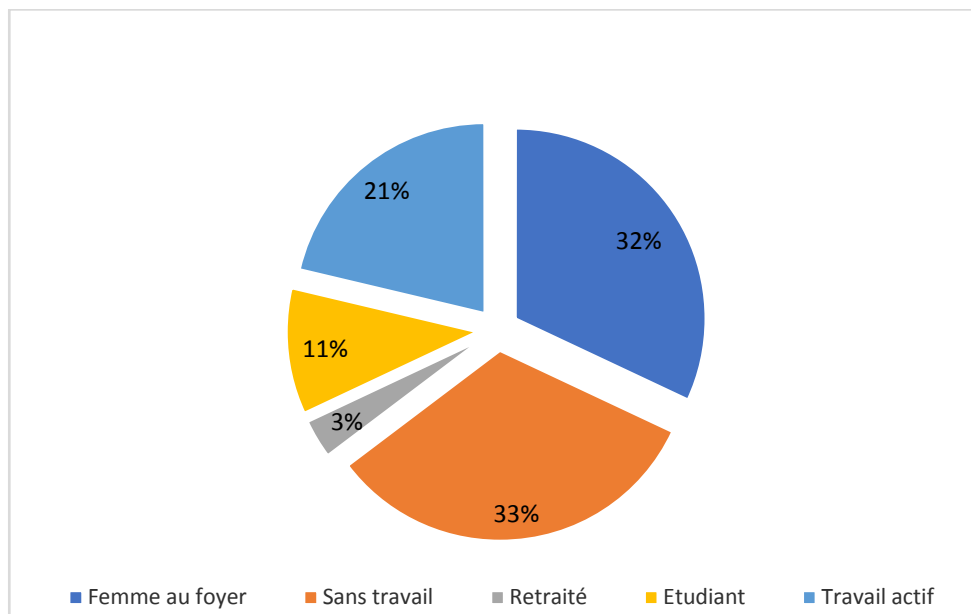


Figure 7 : Répartition des patients selon la profession

h. Niveau socioéconomique :

Parmi les patients interrogés, 46,7% avaient un niveau socioéconomique familial moyen, 44,7% avaient un niveau bas, alors que 8% des patients appartenait à une classe économique élevée.

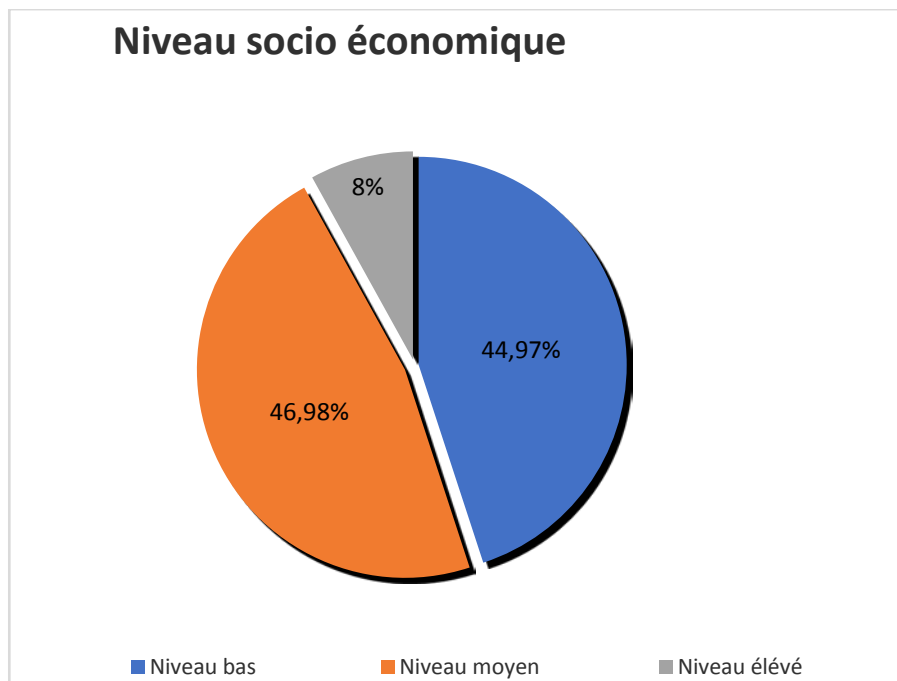


Figure 8 : Répartition des patientes selon le niveau socioéconomique.

i. Couverture sociale :

Presque la totalité des patients (91,3%) bénéficiaient d'une couverture sociale (Ramed , CNSS et CNOPS)

1.3. Antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques :

a. Antécédents personnels médicaux :

Cette question étant à choix multiples, 27,3% des patients avaient cité un ou plusieurs antécédent médical, tels que le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), l'asthme, la dysthyroïdie ou autres (2 patients pour la goutte, 3 patients pour lupus et 2 patients pour un rhumatisme articulaire).

Par ailleurs, 72,7% n'avaient rapporté aucun antécédent médical particulier.

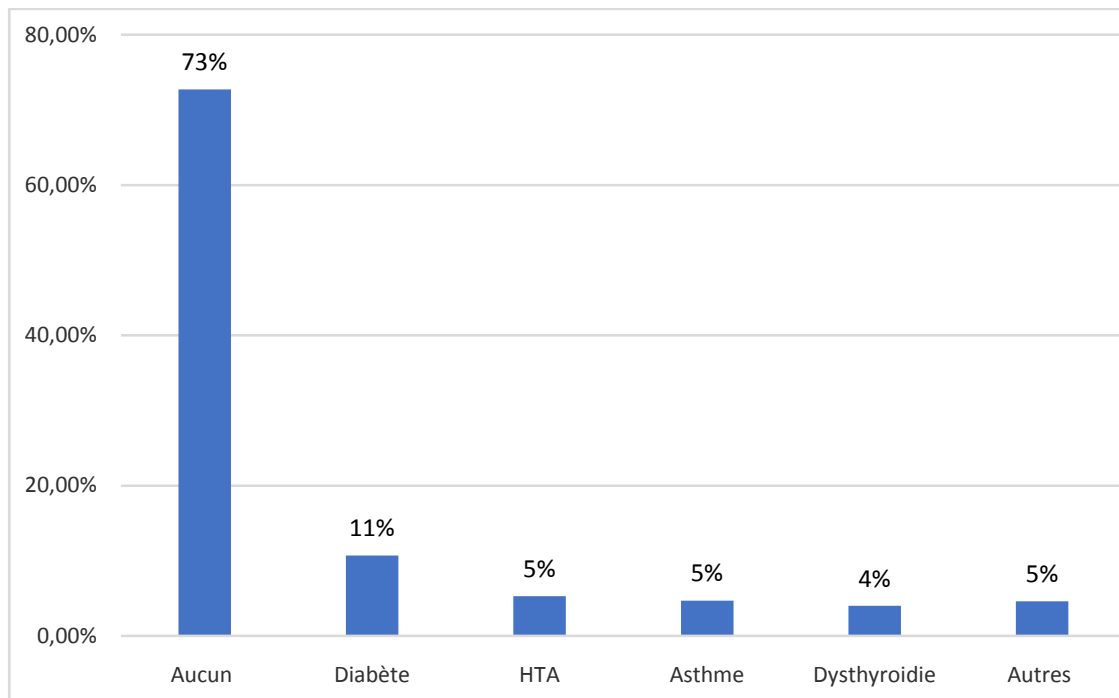


Figure 9 : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

b. Antécédents personnels chirurgicaux :

Presque le un quart des patients avaient un antécédent personnel chirurgical (21,3%) et c'était majoritairement des antécédents de cholécystectomie, thyroïdectomie, dissectomie et de cataracte, par ailleurs 79% n'en avaient pas.

c. Antécédents personnels psychiatriques :

Le pourcentage des patients souffrant d'antécédents psychiatrique était de 5,3 %, il s'agissait d'un ou de plusieurs troubles psychiatriques, à savoir :

- 8 patients avaient souffert de dépression et étaient traités.
- 2 patients étaient suivis pour un trouble bipolaire

Par ailleurs, un de ces patients avait rapporté une tentative de suicide.

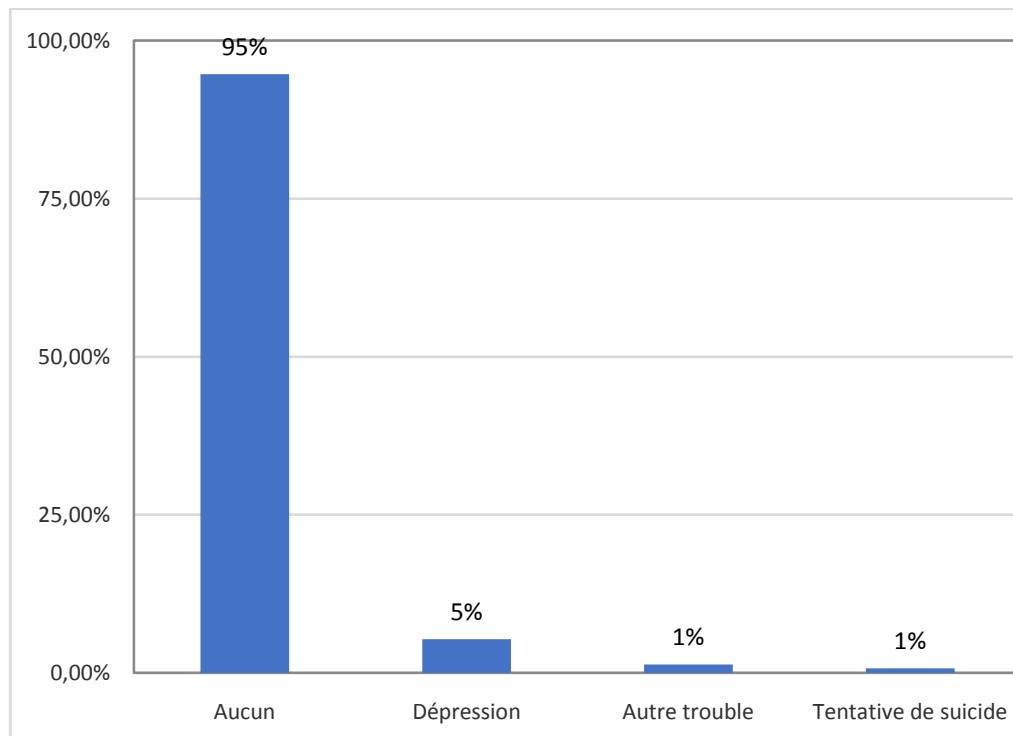


Figure 10 : Répartition des patients selon les antécédents personnels psychiatrique

d. Antécédents d'habitudes toxiques :

Le nombre de patients ayant rapporté une consommation de tabac était de 23 (soit 15,3 %, dont 2 patients avec consommation associée d'alcool).

e. Antécédents familiaux psychiatriques :

Le pourcentage des patients ayant rapporté des antécédents de dépression ou de consommation de toxiques chez leurs parents, fratrie et enfant était de 4,7% .

1.4. Caractéristiques de la maladie hématologique :

a. Nature de la maladie

Cette question était à choix multiples.

Plus que la moitié des patients étaient suivis pour une leucémie (60%).

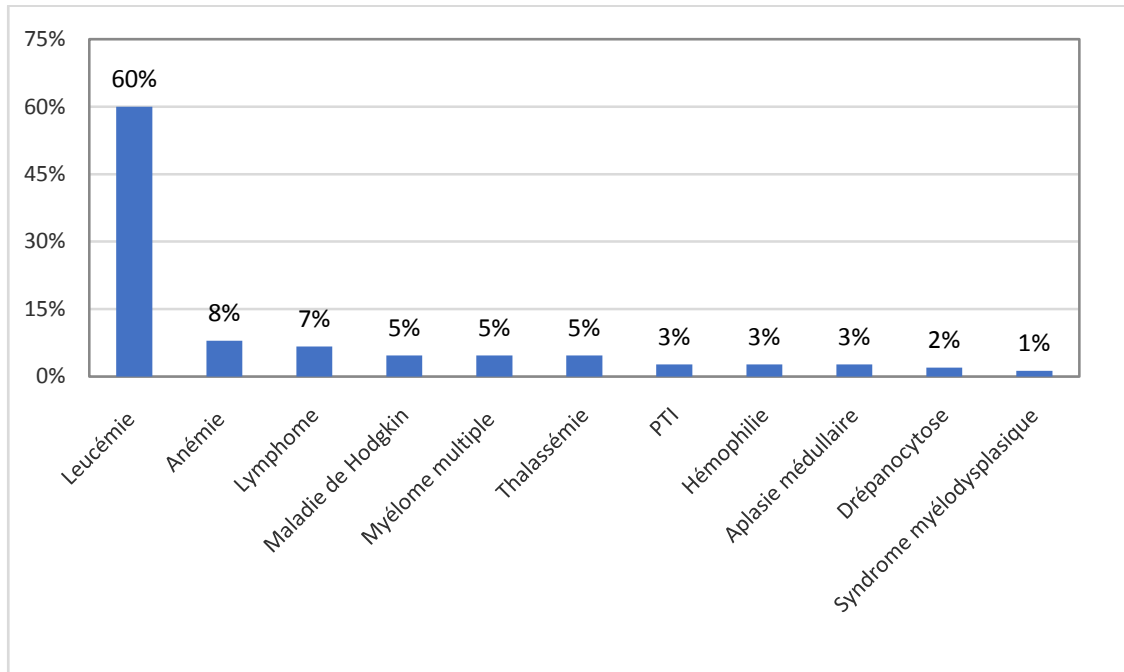


Figure 11 : Répartition des patients selon la maladie hémato-logique

b. Circonstances de découverte :

Les circonstances de découverte des différentes maladies hémato-logiques étaient dominées par la palpation d'adé-nopathies (34%) et d'asthénie (31,3%).

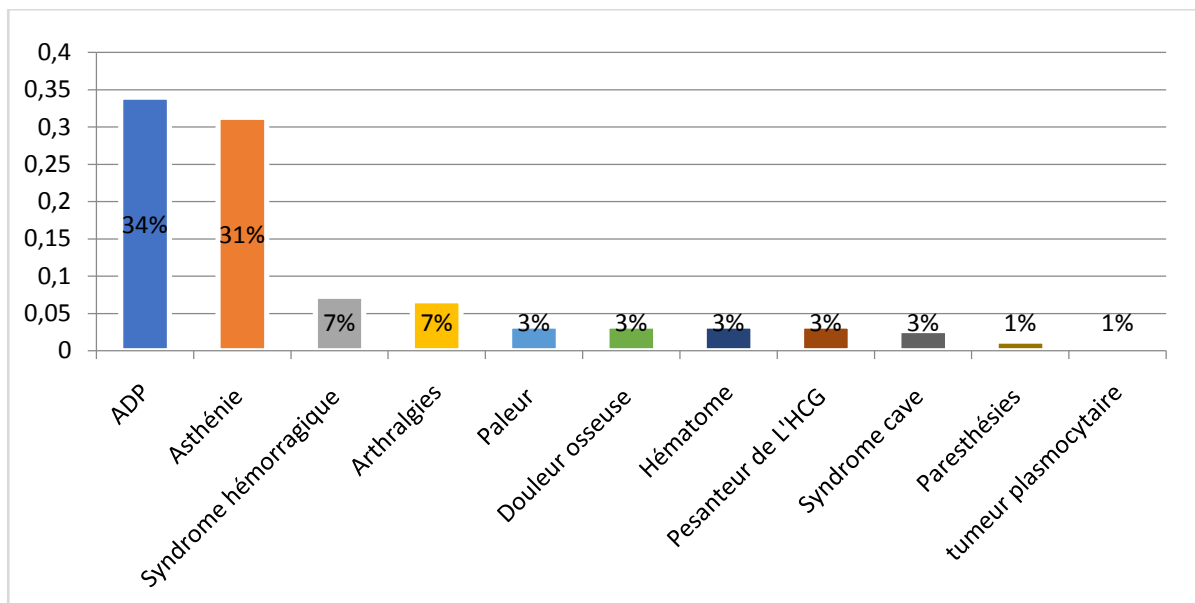


Figure12 : Répartition des patients selon les circonstances de découverte

1.5. L'annonce du diagnostic :

a. La personne annonçant le diagnostic :

L'annonce du diagnostic était faite dans 3/4 des cas par un hématologue (74%).

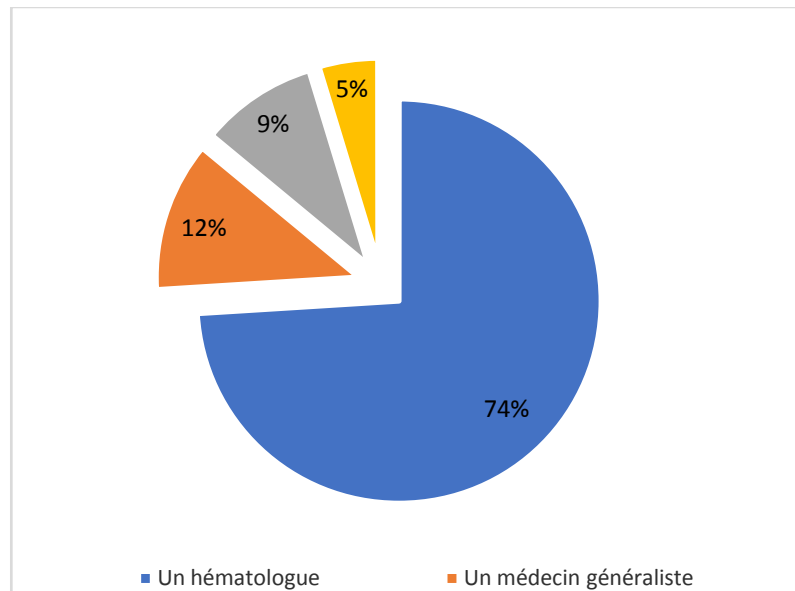


Figure 13: Répartition des patientes selon la personne annonçant le diagnostic

b. Accompagnement au moment de l'annonce :

Au moment de l'annonce, 75,5% des patients étaient accompagnés, dont la plupart des cas par leurs parents, fratrie, maris ou leurs enfants.

c. 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 patients, avec un pourcentage de 54%, était l'état de sidération. Ces patients rapportaient soit seulement ce sentiment soit un ou plusieurs sentiments (un sentiment de peur de la mort, un sentiment de vulnérabilité ou d'impuissance, un déni du diagnostic). Tandis que 4% des patients rapportaient d'autres réactions, notamment une culpabilité ou un refus du traitement.

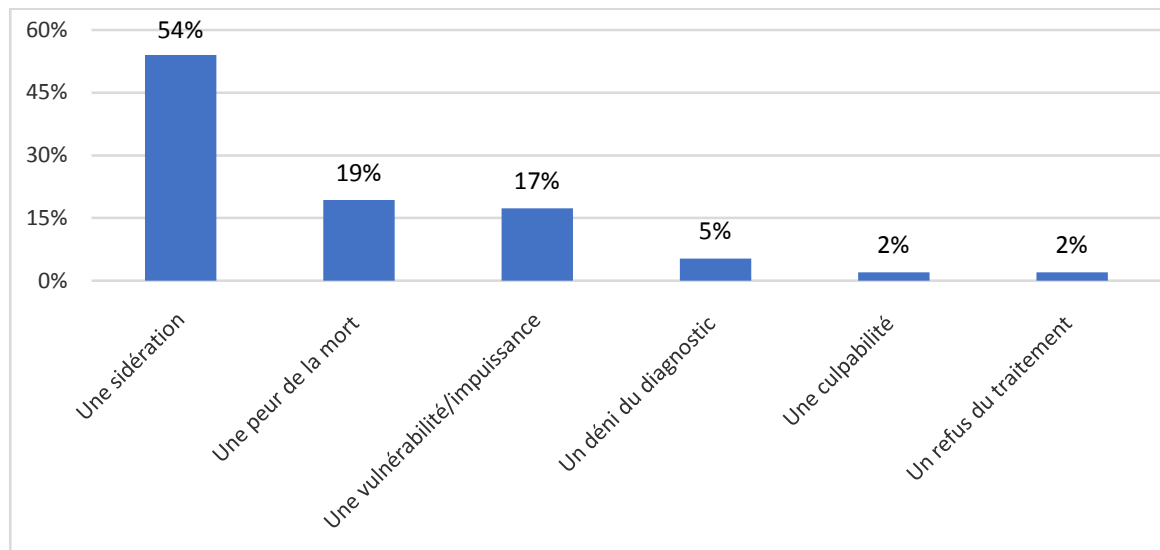


Figure 14 : Répartition des patients selon la réaction immédiate au moment de l'annonce

d. Connaissances préalables sur la maladie :

Le pourcentage des patients qui avaient des connaissances préalables sur leur maladie soit par internet, soit par les médias ou à travers leurs familles ou voisins était de 17,3 %.

e. Compréhension après l'annonce de la nature de la maladie :

Après l'annonce : 65,3% des patients n'avaient pas compris la nature de leur maladie.

f. Estimation des patients du pronostic de leur maladie hématologique :

Plus que 3/4 des patients croyait que leur maladie est curable (81%) .

1.6. Traitement :

a. Type de traitement reçu :

Plus que la moitié des patients ont reçu une chimiothérapie injectée (61,3%), le reste ont reçu soit un traitement médical, soit une chimiothérapie orale, soit un traitement chirurgical ou soit une greffe de la moelle et ceci jusqu'au moment de notre enquête.

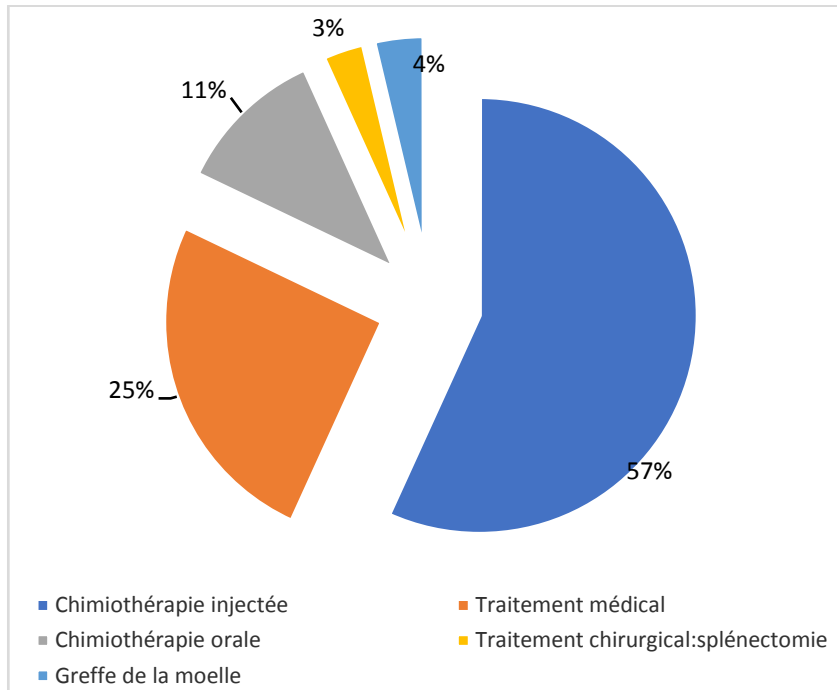


Figure 15: Répartition des patients selon le type de traitement reçu

b. Début du traitement :

Au moment de notre enquête, le délai du début de traitement était entre 0 mois et 60 mois (5ans) chez 67,2% patients.

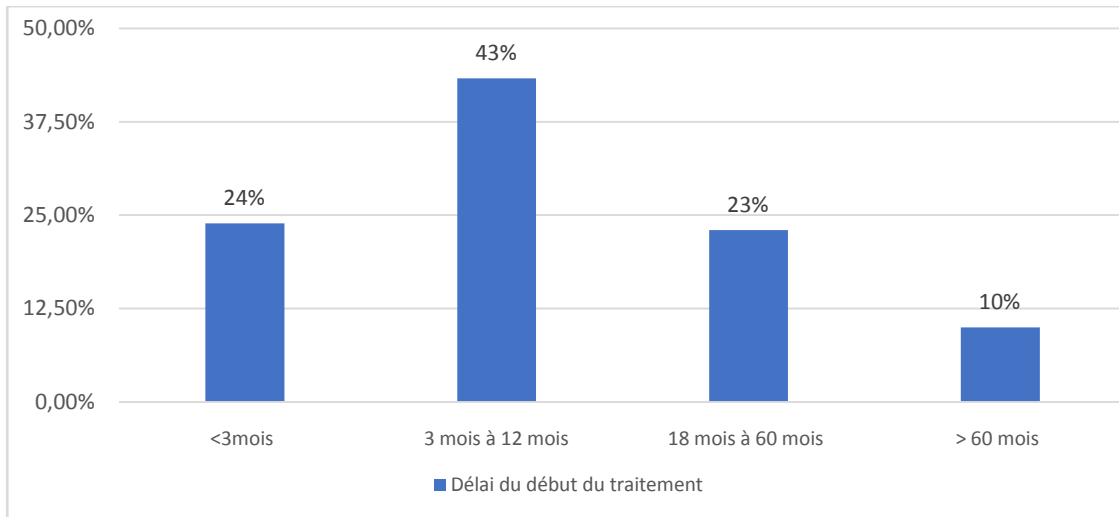


Figure 16 : Répartition des patients selon le délai de début du traitement

c. Prise en charge et soutien psychologiques :

A côté du traitement médical, aucun patient n'a bénéficié de prise en charge ou de soutien psychologique par un spécialiste.

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

Les caractéristiques de l'échantillon global		Participants à l'étude N=150	
		N	Pourcentage %
sexe	Féminin	67	44.7
	Masculin	83	55.3
Age	Moins de 36	62	41.3
	Entre 37 et 50	32	21.4
	Plus de 51	56	37.3
situation matrimoniale	Célibataire	56	37.3
	Marié	85	56.7
	Divorcé	5	3.3
	Veuf	4	2.7

Tableau n°1: Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon global "suite"

Les caractéristiques de l'échantillon global		Participants à l'étude N=150	
		N	Pourcentage %
Nombre d'enfants	Aucun	65	43.3
	Entre 1 et 3	47	31.3
	Plus de 4	38	25.3
Age de l'enfant le plus jeune	Moins de 5 ans	21	23.9
	Entre 5 et 15 ans	23	26.1
	Plus de 15 ans	43	48.9
Niveau d'instruction	Aucun	62	41.3
	Primaire	36	24
	Secondaire	28	18.7
	Universitaire	20	13.3
	Formation professionnelle	3	2
	Autre	1	0.7
Profession	Femme au foyer	48	32
	Sans travail	49	32.7
	Retraité	5	3.3
	Étudiant	32	10.7
	Travail actif	16	21.3
Niveau socioéconomique : Revenu mensuel	Moins de 2000 Dh	67	44.7
	2000 à moins de 5000 Dh	70	46.7
	5000 à moins de 10000 Dh	11	7.3
	Plus de 10000	1	0.7
	Ne sait pas	1	0.7
Mutuelle	Oui	137	91.3
	Non	13	8.7

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

Autres caractéristiques de l'échantillon global		Participants à l'étude N= 150	
		N	Pourcentage %
Antécédents médicaux	Oui	41	27,3
	Non	109	72,3
Antécédents chirurgicaux	Oui	32	21,3
	Non	118	78,7
Antécédents personnels psychiatriques	Oui	142	94,7
	Non	8	5,3
Les habitudes toxiques (tabac et alcool)	Oui	23	15,3
	Non	127	84,7
Antécédents familiaux psychiatriques	Oui	7	4,7
	Non	143	95,3
La maladie hématologique	Aplasie médullaire	4	2,7
	Leucémie	90	60
	Lymphome	10	6,7
	Maladie de hodakin	7	4,7
	Mvélome multiple	7	4,7
	Sd	2	1,3
	Anémie	12	8
	Drépanocytose	3	2
	Hémophilie	4	2,7
	PTI	4	2,7
	Thalassémie	7	4,7

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

Autres caractéristiques de l'échantillon global		Participants à l'étude N=150	
		N	Pourcentage %
Les circonstances de découverte	Autonatalnation d'ADP	51	34
	Arthralgies	10	6.7
	Asthénie	47	31.3
	Douleur osseuse	5	3.3
	Hématome	5	3.3
	Pâleur	9	6
	Paresthésie	2	1.3
	Pesanteur de l'HCG	5	3.3
	Sd cave	4	2.7
	Sd hémorragique	11	7.3
	Tumeur	1	0.7
La personne annonçant le diagnostic	Médecin généraliste	18	12
	Hématologue	111	74
	Autre spécialiste	14	9.3
	Un membre de la	7	4.7
Accompagnement au moment de l'annonce	Oui	113	75.3
	Non	37	24.7
Sentiment immédiat après l'annonce	Culnabilité	3	2
	Vulnérabilité/Impuis	26	17.3
	État de sidération	81	54
	Déni du diagnostic	8	5.3
	Refus du TT	3	2
	Peur de la mort	29	19.3
Connaissance préalable sur la maladie	Oui	26	17.3
	Non	124	82.7
Compréhension de la maladie après l'annonce	Oui	52	34.7
	Non	98	65.3

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

Autres caractéristiques de l'échantillon global		Participants à l'étude N= 150	
		N	Pourcentage %
Estimation du pronostic par le patient	Curable	121	80,7
	Non curable	29	19,3
Traitement reçu	Médical	41	27,3
	Chimiothérapie	18	12
	Chimiothérapie	92	61,3
	Chirurgie	5	3,3
	Greffe de la moelle	6	4
Soutien psychologique	Oui	0	0
	Non	150	100

2. Étude de la dépression :

2.1. Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé :

Selon le test MINI, 48,7 % des patients souffrant de maladies hématologiques présentent un épisode dépressif caractérisé au moment de notre enquête.

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

Selon l'échelle de Beck, parmi les 73 patients déprimés : 30 patients (soit 41%) présentaient une dépression légère, 40 patients (soit 55%) présentaient une dépression d'intensité moyenne à modérée et 3 patients (soit 4%) présentaient une dépression sévère.

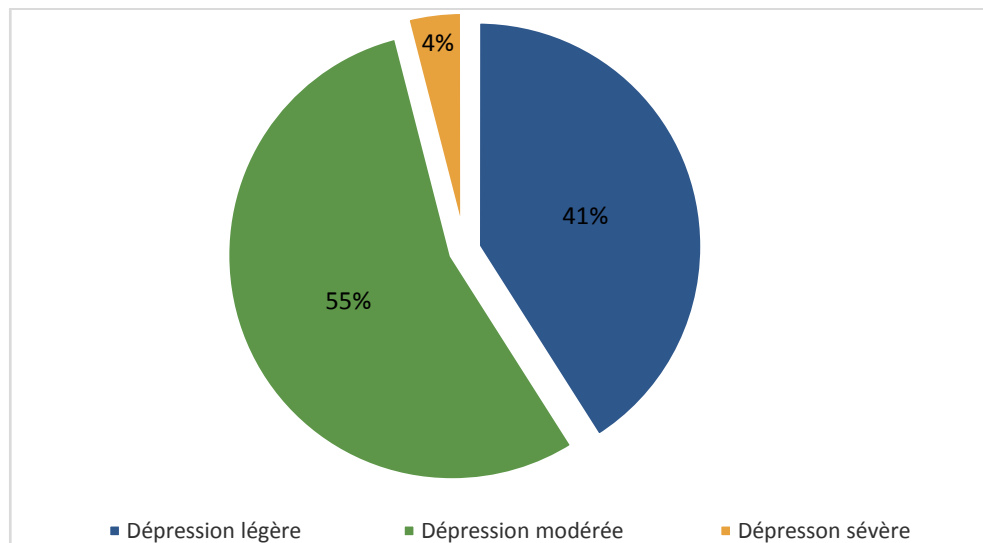


Figure 17 : Sévérité de l'épisode dépressif caractérisé

2.3. Dépistage du trouble dépressif persistant (Dysthymie) :

Selon les critères du DSM-IV, 23 % des patients présentaient un trouble dépressif persistant au moment de notre enquête.

II. ANALYSE STATISTIQUE :

Dans cette partie de notre étude, nous analyserons les données recueillies lors de notre enquête en comparant la prévalence de la dépression chez les patients suivis au service d'hématologie selon les facteurs suivants : les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents personnels et familiaux, la maladie hématologique, l'annonce du diagnostic, la prise en charge thérapeutique et les répercussions psychologiques et comportementales.

1. Caractéristiques socio-démographiques :

1.1. Le sexe :

L'épisode dépressif caractérisé est retrouvé un peu plus chez les femmes.

Cette différence est statistiquement significative. ($p=0,036$) .

Tableau n°III: Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon le sexe :

Le sexe	EDC présent	EDC absent	Test Khi deux (p)
Femme	58,2 %	41,8%	0,036
Homme	41%	59 %	

1.2. L'âge :

On n'a pas trouvé de corrélation significative entre l'âge du patient et la survenue de l'épisode dépressif caractérisé.

Tableau n°IV: Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon l'âge :

L'âge	EDC présent	EDC absent	Test Khi deux (p)
< 40 ans	50%	50%	0,756
40-60 ans	50%	50%	
>60 ans	41,7%	58,3%	

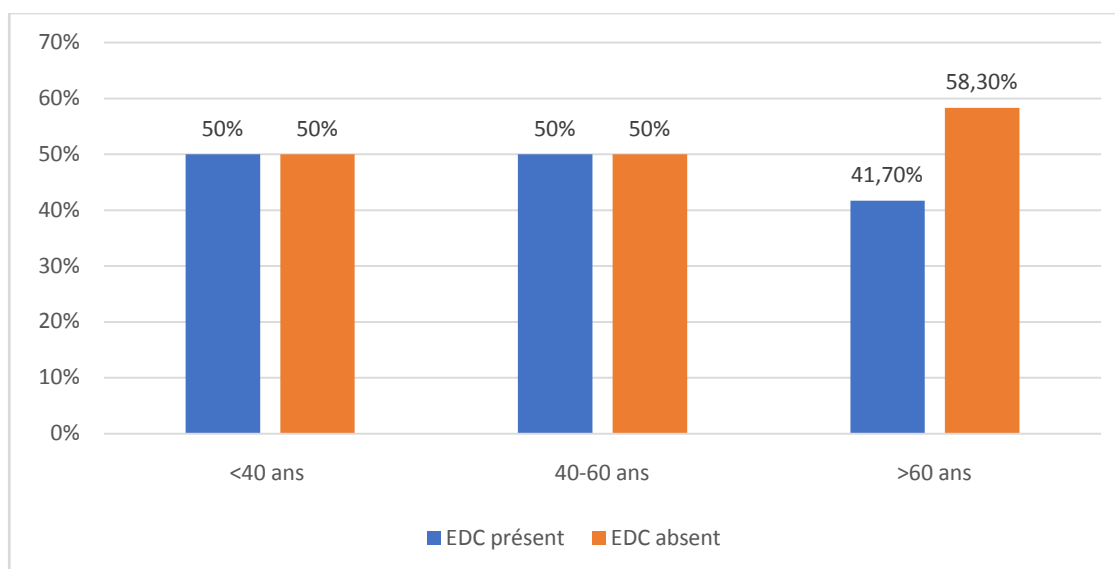


Figure 18: Prévalence de la dépression selon l'âge

1.3. Situation familiale :

La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé retrouvée est presque égale pour les patients non mariés soit célibataire, divorcé ou veuf (49,2 %) que pour ceux mariés 48,2 %, ce résultat n'est pas statistiquement significatif.

Tableau n°V: Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon la situation familiale :

La situation familiale	EDC présent	EDC absent	Test Khi deux (p)
Marié	48,2 %	51,8%	0,904
Non marié	49,2%	50,8 %	

1.4. Enfants :

On a retrouvé plus d'épisodes dépressifs caractérisés chez les patients qui ont des enfants (51,8%). Ce résultat est statistiquement non significatif.

Tableau n°VI: Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon le nombre d'enfants :

Nombre d'enfant	EDC présent	EDC absent	Test Khi deux (p)
Enfants oui	51,8 %	48,2%	0,385
Enfants non	44,6%	55,4%	

1.5. Niveau d'instruction :

La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé retrouvée est presque égale pour les patients n'ayant aucun niveau d'instruction et pour ceux instruits (48,4% et 48,9 %). Cette différence est statistiquement non significative.

Tableau n°VII: Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon le niveau d'instruction :

Niveau d'instruction	EDC présent	EDC absent	Test Khi deux (p)
Instruit	48,4 %	51,6%	0,954
Non instruit	48,9%	51,6%	

1.6. Niveau socio-économique :

Tableau n°VIII: Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon le niveau socio-économique :

Niveau socio-économique	EDC présent	EDC absent	Test Khi deux (p)
Bas	52,2%	47,8%	0,474
Moyen ou élevé	46,3%	53,7%	

Tableau n°X:Tableaurécapitulatif de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon les caractéristiques socio-démographiques des patients déprimés :

Caractéristiques sociodémographiques		EDC présent	EDC absent	Test khi deux (p)
Sexe	Femme	58,2%	41,8%	0,036
	Homme	41%	59%	
Age	< 40 ans	50%	50%	0,756
	40-60 ans	50%	50 %	
	>60 ans	41,7%	58,3%	
Situation familiale	Marié	48,2%	51,8%	0,904
	Non marié	49,2%	50,8%	
Enfants	Oui	51,8%	48,2%	0,385
	NON	44,6%	55,4%	
Niveau d'instruction	Aucun	48,9%	51,1%	0,954
	Instruit	48,4%	51,6%	
Niveau socio-économique	Bas	52,2%	47,8%	0,474
	Moyen ou élevé	46,3%	53,7%	

2. Les Antécédents :

2.1. Antécédents médicaux :

La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé retrouvée est presque égale pour les patients n'ayant aucun antécédent et pour ceux ayant un ou plusieurs antécédent médical (48,6% et 48,8 %). Cette différence est statistiquement non significative.

Tableau n°XI: Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon les antécédents médicaux :

Les antécédents médicaux	EDC présent	EDC absent	Test Khi deux (p)
Antécédents Oui	48,8%	48,2%	0,566
Antécédents Non	44,6%	55,4%	

2.2. Antécédent chirurgicaux :

Aucun patient aux antécédents chirurgicaux n'a présenté de trouble dépressif, ce résultat n'est pas significatif.

2.3. Antécédents psychiatriques :

Les patients affirmant avoir des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux présentaient un épisode dépressif caractérisé (62,5 %, 57,1%), et ceci est statistiquement non significatif.

Tableau n°XII: Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon les antécédents psychiatriques :

Les antécédents personnels psychiatriques		EDC présent	EDC absent	Test Khi deux (p)
Antécédents personnels psychiatriques	Oui	62,5%	37,5%	0,33
	Non	47,9%	52,1%	
Antécédents familiaux psychiatriques	Oui	57,1%	42,9%	0,47
	Non	48,3%	51,7%	

2.4. Habitudes toxiques (tabagisme) :

Les patients non tabagiques présentaient plus de dépression que les tabagiques, Cette différence est non significative.

Tableau n°XIII : Tableau récapitulatif des antécédents des patients déprimés :

Les antécédents		EDC présent	EDC absent	Test khi deux (p)
Antécédents personnels médicaux	OUI	48,8%	48,2%	0,566
	NON	44,6%	55,4%	
Antécédents personnels chirurgicaux de splénectomie	OUI	0%	100%	0,258
	NON	51,7%	48,3%	
Antécédents personnels psychiatriques	OUI	62,5%	37,5%	0,33
	NON	47,9%	52,1%	
Antécédents personnels toxiques de tabagisme	OUI	43,5%	56,5%	0,588
	NON	49,6%	50,4%	
Antécédents familiaux psychiatriques	OUI	57,1%	42,9%	0,470
	NON	48,3%	51,7%	

3. Le diagnostic :

3.1. La maladie hématologique :

Tableau n°XIV: Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon la maladie hématologique :

La maladie hématologique	N	EDC présent		EDC absent		Test khi deux (p)
		Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Aplasia médullaire	4	3	75	1	25	-
Leucémie	90	40	44,4	50	55,6	0,2
Lymphome et maladie de Hodgkin	17	11	64,7	6	53,3	-
Myélome multiple	7	5	71,4	2	28,58	-
Syndrome myélodysplasique	2	0	0	2	100	-
Anémie	12	4	33,3	8	66,7	-
Drépanocytose	3	1	33,3	2	66,7	-
Hémophilie	4	3	75	1	25	-
PTI	4	2	50	2	50	-
Thalassémie	7	4	57	3	43	-

L'aplasie médullaire et l'hémophilie avaient le taux le plus élevé de dépression (75%), alors qu'on n'a pas retrouvé d'EDC chez les patients ayant un syndrome myélodysplasique.

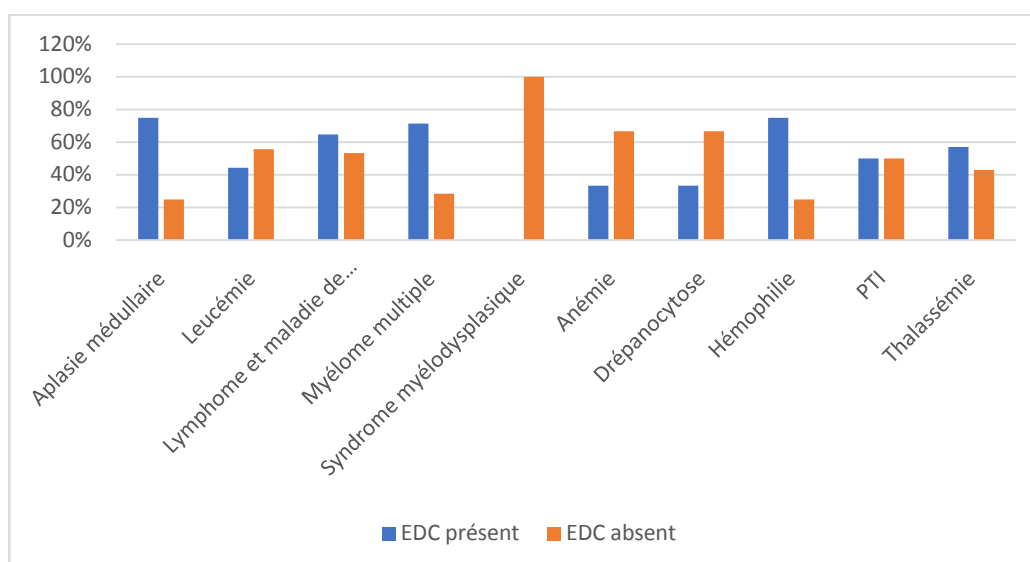


Figure 19: Prévalence de la dépression selon la maladie hématologique

3.2. Annnonce du diagnostic :

Tableau n°XV : Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon l'annonce du diagnostic :

Caractéristiques		EDC présent	EDC absent	Test khi deux (p)
Accompagnement au moment de l'annonce	OUI	49,6%	50,4%	0,703
	NON	45,9%	54,1%	
Sentiment ou réaction immédiat(e) : État de sidération		44,4%	55,6%	0,262
Autres (vulnérabilité, impuissance, peur de la mort, déni du diagnostic, refus du traitement)		53,6%	46,4%	
Estimation du pronostic par la patiente	Curable	44,6%	55,4%	0,043
	Non curable	65,5%	34,5%	

L'estimation du pronostic par le patient est corrélée significativement à la dépression dans notre étude ($p < 0,05$). En effet, plus de dépression a été diagnostiquée chez les patients qui estimaient que leur maladie était non curable (65,5%). Par ailleurs aucune association significative n'est retrouvée entre la survenue de la dépression et les autres paramètres liés à l'annonce, à savoir, l'accompagnement, et le sentiment ou la réaction exprimée au moment du diagnostic.

4. Traitement :

Tableau n°XVI: Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé selon le type de traitement reçu :

Caractéristiques du traitement		EDC présent	EDC absent	Test khi deux (p)
Type de traitement	Traitement médical	34,14 %	65,85%	0,62
	Chimio Oral	55,6%	44,4%	0,62
	Chimio injectée	45,7 %	54,3 %	0,35
	Chirurgie (splénectomie)	40%	60%	0,52
	Greffe de la moelle	83,3%	16,7%	0,093

On n'a pas trouvé de corrélation significative entre le type de traitement reçu et la survenue d'un épisode dépressif caractérisé.

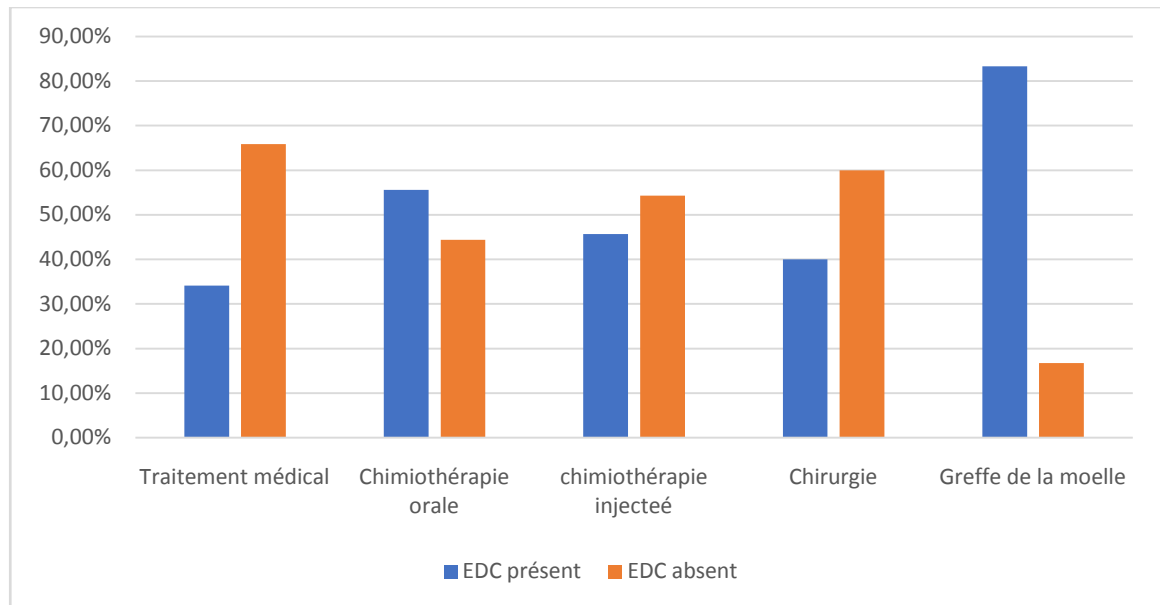


Figure20 : Prévalence de la dépression selon le type de traitement reçu



DISCUSSION



Nous avons présenté les résultats de la première étude menée au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech concernant la prévalence du trouble dépressif caractérisé chez les patients traités et suivis en hématologie.

Nous avons ainsi étudié la prévalence de l'EDC chez cette population de patients atteints majoritairement d'hémopathies malignes, au travers du prisme de trois grands axes thématiques englobant le profil sociodémographique du patient, le diagnostic de la maladie hématologique et le dépistage de l'EDC et de sa sévérité.

Notre étude ajoutera certainement de nouvelles données à la littérature existante sur la prévalence du trouble dépressif chez les patients atteints de cancer.

Au terme de la collecte de ces données par le biais d'un questionnaire anonyme par une seule personne, il s'avère que la population de notre échantillon était en majorité masculine âgée de 43 ans en moyenne, mariée avec des enfants, et instruite pour 59 % d'entre elle.

Le fait que le recrutement ait été basé sur des données cliniques collectées de façon routinière sur un recrutement consécutif constitue un atout, car il ne présente aucun biais de sélection majeur connu. En ce qui concerne les conditions générales de vie, presque la moitié appartenait à un niveau socioéconomique moyen et la plupart d'entre eux bénéficiait d'une couverture sociale. Quant aux antécédents, peu de patients ont déclaré avoir des antécédents médicaux, chirurgicaux ou personnels psychiatriques (27,3%, 21,3%, 5,3%) respectivement.

S'agissant de la consommation de toxiques, près de 15,3% des patients étaient des consommateurs réguliers de tabac, dont 8% déclaraient consommer de l'alcool.

Au sujet de leur maladie la majorité des patients était atteints de leucémie, en ce qui concerne les circonstances de découverte, la palpation d'adénopathies et l'asthénie étaient les plus rapportés par nos patients, pour la plupart d'entre eux la personne annonçant le diagnostic était un hématologue (74%), au moment de l'annonce la majorité était accompagné par un membre de leur famille et le sentiment immédiat le plus rapporté était l'état de sidération.

La grande majorité ignorait des connaissances préalables sur leur maladie , le reste en étaient informé principalement par les médias ou à travers leurs familles ou voisins , quant à la compréhension de la nature de la maladie après l'annonce , près des trois-quarts affirmait n'avoir pas compris la nature de leur maladie . Enfin, la plupart des patients étaient optimistes et considéraient leur maladie comme curable .

Quant au délai du début de traitement , la majorité de nos patients étaient entre 3-12 mois de traitement.

On insiste que la quasi-totalité des patients n'avait pas bénéficié d'une prise en charge psychologique par un spécialiste tout au long de leur maladie. Concernant le dépistage du trouble dépressif , il en ressort que la prévalence de l'EDC était de 48,7 % , dont 41 % de dépression légère , 55 % moyenne et 4 % sévère .Quant au dépistage de la dysthymie sa prévalence était de 23 % chez nos patients.

Dans notre étude, sur un échantillon de 150 patients suivis pour différentes hémopathies, 48,7 % présentaient un épisode dépressif caractérisé au moment de notre enquête, dont 41 % de dépression légère, 55 % moyenne et 4 % sévère, diagnostiqué selon le test MINI du DSM-V et l'échelle de Beck.

L'utilisation de ces outils fiables et validés constitue un atout, car ils ne présentent aucun biais de sélection majeur connu (à l'exception de la compréhension du questionnaire établi en français et expliqué aux malades en arabe dialectale). Ce qui nous a permis de comparer nos résultats avec des études antérieures en majorité internationales vu le manque de travaux nationaux sur ce sujet.

Dans une étude nationale rapportée par Manoudi et al [9], concernant l'évaluation des troubles dépressifs chez 100 patients marocains atteints de cancer dont 10 % de cancers hématologiques, la prévalence de la dépression chez tous ces patients souffrants de différents cancers, était de 15%, par contre aucun cas de dépression n'était retrouvé chez les patients suivis pour cancer hématologique ceci peut être expliqué par un biais de sélection étant donné la faiblesse de l'échantillon (10%).

Dans une étude récente menée par Linden et ses collègues [10], sur un échantillon de patients atteints de différents cancers, dont 166 cancers hématologiques, le taux de dépression infra clinique et clinique était de 38 % et de 17 %, respectivement, les classant ainsi dans les groupes à haut risque de dépression.

Des études antérieures menées auprès des patients atteints de cancers hématologiques en Angleterre ont révélé des taux de dépression de 14 % à 51 % [11].

En raison de la conception transversale de notre étude, il n'a pas été possible d'identifier dans quelle mesure, la détresse psychologique varie au cours du traitement, mais nous nous mettons d'accord avec les autres auteurs sur la prévalence élevée de l'EDC chez les patients atteints d'hémopathies [10,11].

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces constatations :

La première hypothèse, est que la dépression résulterait d'une interférence immunologique entre les cellules cancéreuses et l'activité sérotoninergique, favorisant ainsi la survenue de dépression.

La seconde étant que les cancers hématologiques sont connus pour leur sombre pronostic, ce qui peut causer une souffrance chez les malades qui en sont atteints.

Près de 44,4 % des patients leucémiques étaient déprimés au moment de l'enquête, ce résultat n'était pas significatif ($p > 0,05$).

En comparaison avec les études réalisées à l'échelle internationale, notre prévalence de 44,4% est proche de celle trouvée dans une étude cohorte menée par David A M et al [12] qui ont trouvé à la phase d'induction et de réintroduction (40,4 %, 40,6%) respectivement, mais dépasse leur prévalence à la phase de consolidation (22,9%).

On doit analyser avec précaution nos résultats, nous remarquons, la variation de la détresse psychologique au cours des différentes phases de la maladie ceci peut s'expliquer par la qualité des soins et les conseils psychosociaux fournis par l'établissement.

Étant donné que notre étude est transversale il se peut qu'on ait surestimé la prévalence de l'EDC.

Nos résultats restent supérieurs à l'étude menée en Chine par Shi D et al [13] qui ont trouvé 37,1 % de patients déprimés, leur outil de mesure était basé sur une auto-évaluation ce qui rend leur résultat peu crédible. Et supérieure aussi à Gheihman G et al [14] qui, en utilisant l'échelle de Beck, ont trouvé une prévalence de (17,8 % dont 40,4% d'intensité modérée à sévère), et enfin dans un faible échantillon de 15 patients, Robbertz AS et al [15] ont trouvé (14%).

Nous remarquons une disparité entre les résultats des différentes études et ceci peut être expliquée par la différence de leurs lieux de réalisation, des outils de mesure, des méthodes et

des normes d'évaluation, mais nous nous mettons d'accord avec les autres auteurs sur la prévalence élevée de la dépression chez les patients souffrant de leucémie. Ceci peut être expliqué par la nature mortelle et très angoissante de la leucémie, ainsi que par l'agressivité du traitement.

Notre étude comporte un certain nombre de limites, la petite taille de l'échantillon et le manque d'homogénéité entre les sous-groupes ont causés des difficultés méthodologiques, on n'avait pas la puissance statistique suffisante pour déterminer le test khi deux (p) des autres hémopathies.

Ces biais de mesure pourraient induire une surestimation des résultats.

Cela impose une comparaison prudente de nos résultats, et pourrait limiter leur généralisation sur un plus grand échantillon.

On a estimé la prévalence de l'EDC au cours des lymphomes à 64,4%, en nous comparons aux études internationales, nos résultats dépassent largement ceux trouvés en chine [16] qui sont de (35 %) on note que pour cette étude l'outil de mesure était basé sur une auto-évaluation ce qui rend leur résultat peu crédible.

Aux pays bas Oerlemans et al [17] ont évalué la prévalence de la dépression chez les survivants aux lymphomes sur une période de quatre ans à 18 %, on a remarqué que ce taux n'a pas changé tout au long de la période d'étude.

En Australie [18], ont mené une étude transversale sur une période de deux ans chez des survivants aux lymphomes , la prévalence de la dépression était de 15% et a augmenté à 18 % .

Enfin en Norvège [19] sur un grand échantillon de 459 survivants au lymphome, la prévalence de la dépression était de 13,7% .

A la lumière de ces résultats, nous remarquons que la détresse psychologique liée aux lymphomes est bien décrite, signalant ainsi l'importance de la prise en charge psychologique de ces patients.

Dans notre échantillon, près de trois-quarts des patients atteints de Myélome multiple présentaient un EDC au moment de l'enquête, nos résultats dépassent largement la moyenne de

prévalence trouvée par la plupart des auteurs dans différentes études, sur un échantillon de 132 patients suivi depuis au moins un an Molassiotis A et al [20] ont trouvé 25,2 % ,leur résultat se rapproche de Oberoi D et al [18] (22%)et de Maatouk I et al [21] (21%).

Les patients souffrant de MM, ont plusieurs facteurs qui augmentent leur risque de dépression, y compris, l'âge moyen (69 ans) de diagnostic le risque que d'autres comorbidités soient associées, en plus de la prescription au long cours de chimiothérapie orale, ceci impose un suivi psychologique pour ces patients.

Enfin en comparant la prévalence de l'EDC entre les différentes hémopathies, l'aplasie médullaire et l'hémophilie avaient le taux le plus élevé de dépression (75%), alors qu'on n'a pas retrouvé d'EDC chez les patients ayant un syndrome myélodysplasique. Nos résultats sont différents de l'hypothèse de Zabora J et al [22], qui ont mis en évidence le plus de dépression chez les leucémiques.

Contrairement Bergerot CD et al [24], Pamuk, G.E et al [23] ont trouvé que les patients atteints de lymphomes étaient plus déprimés que ceux atteints de leucémie et de myélome.

Enfin, Santos FR et al [25], n'ont pas mis en évidence de corrélations significatives entre la maladie hématologique et la dépression.

On remarque une disparité entre les différents auteurs, ceci pourrait rendre difficile la généralisation des résultats et enfin nécessiter une validation plus poussée des résultats, mais nous nous mettons d'accord sur la prévalence élevée du trouble dépressif chez ces patients et la nécessité d'une bonne prise en charge.

Notre étude de l'implication du sexe à la dépression a retrouvé un maximum de patiente déprimée et ceci de façon significative ($p > 0,05$) , cette constatation est cohérente avec l'étude nationale menée par Manoudi, F et al [9] et avec des études internationales [13][24][26] .

Cette analyse est fidèle à la représentation générale selon les genres du trouble dépressif, largement féminisé, ceci peut être expliqué par la facilité avec laquelle les femmes expriment

leurs détresse [27], la prévalence de la dépression est probablement sous-estimée chez les hommes qui tendent à minimiser leur souffrance ce qui souligne le défi à trouver des stratégies qui les aident à s'exprimer.

D'autres auteurs, n'ont pas trouvé de différence significative tels que Santos FR et al [25], Hasegawa T et al [28], Craig E. Cole et al [29], ceci peut être dû à l'hétérogénéité de leur échantillons et l'inégalité de répartition entre les deux sexes.

On n'a pas trouvé d'association statistiquement significative entre l'âge des patients et la prévalence de l'EDC, notre échantillon avait l'inconvénient d'être hétérogène avec des extrêmes d'âges entre 15 et 76 ans, ce qui a pu entraîner un biais de sélection et rendre ainsi difficile la généralisation des résultats.

Sur le plan national Manoudi, F et al [9] au CHU Mohammed VI de Marrakech, rapportent une corrélation significative de la dépression avec l'âge jeune [30-50ans].

Ce résultat est confirmé aussi à l'échelle internationale, par Wilson KG et al [30] dont la population déprimée était relativement jeune ainsi que d'autres auteurs [31][32].

Une explication à ce fait est possible, les jeunes peuvent vivre leur maladie comme un violent traumatisme émotionnel, contrairement aux plus âgés qui disposent de meilleures stratégies d'adaptation intégrant ainsi leur maladie volontiers dans le processus physiologique de vieillissement.

Au contraire d'autres auteurs comme Oerlemans S et al [17], Loge JH et al [19] chez des patients atteints de lymphomes, ont mis en évidence une association significative entre l'âge avancé et la dépression, il est nécessaire de faire attention à la comparaison des résultats, on a remarqué que pour ces deux études l'âge moyen des patients était de 45ans, la population étudiée était assez âgée ce qui a pu constituer un biais de sélection et fausser les résultats (faux positif).

A l'instar de nos données , d'autres séries [28][31][32][23] n'ont pas trouvé de corrélation significative avec cette variable, ceci pouvant être expliqué par l'hétérogénéité de nos échantillons.

Cela ne correspond pas aux résultats de Bardwell WA et al [33] qui ont trouvé sur une population de patientes atteintes de cancer du sein que les femmes mariées étaient moins déprimées que les célibataires, une explication à ce fait est possible, le mariage comme étant un support social peut constituer un facteur protecteur contre les troubles dépressifs.

Ces résultats ne concordent pas avec Manoudi, F et al [9] qui ont prouvé que le mariage était corrélé significativement à la dépression, on a remarqué que la majorité des participants de cette étude était mariés (72%) ceci a peut-être constitué un biais de sélection et a surestimé la prévalence de l'EDC chez ces patients.

L'étude du niveau d'instruction et du niveau socio-économique n'a pas conclu à une relation statistiquement significative avec la prévalence de l'EDC.

En comparaison avec les études réalisées à l'échelle nationale, Manoudi F et al [9], affirment qu'un niveau universitaire ainsi qu'une absence d'instruction sont corrélés significativement à la dépression, pour Akechi T et al [32], une longue instruction supérieure ou égale à neuf ans est un facteur significatif associé à la dépression. Au contraire, l'étude menée en Chine par Shi D et al [13] a montré qu'un niveau bas d'instruction est un facteur significatif de la dépression.

Comme nous, d'autres auteurs n'ont pas mis en évidence de différence significative entre la dépression et le niveau d'instruction, [25],[28],[23].

En comparaison avec les études réalisées à l'échelle internationale, Santos FR et al [25] , ont trouvé une corrélation significative entre la survenue de dépression et le niveau socio-économique bas ,ce dernier semble être un facteur prédictif de toute détresse psychologique

chez les patients souffrant de cancer hématologique, en effet les patients sans emploi et sans aide sociale présentaient des niveaux plus élevés de dépression, cette information consolide les résultats antérieurs montrant que la perte d'emploi et la difficulté à reprendre des activités économiques productives constituent des facteurs directement liés à une mauvaise adaptation psychosociale à la maladie et au traitement [34,35].

Nous remarquons une disparité entre les résultats des différentes études, ceci peut être expliquée par la différence de leurs lieux de réalisation, des outils de mesure, des méthodes et des normes d'évaluation, la généralisation de l'une de cette hypothèse nécessitera un grand échantillon homogène.

Dans notre échantillon on n'a pas trouvé de liaison significative entre la survenue de dépression et la présence ou non d'antécédents médicaux, chirurgicaux ou psychiatrique, ceci ne correspond pas aux résultats trouvés par Oerlemans S et al [17], qui ont démontré dans un échantillon de patients atteints de lymphomes, que les comorbidités augmentent significativement le risque de dépression.

Ce résultat a été également démontré par Shi D et al [13], Pamuk GE et al [23], et par Yun YH et al [36].

Notre échantillon avait la limite d'être faible, on a peut être mal estimé la corrélation entre les antécédents et la prévalence de l'EDC chez nos patients.

Certains travaux rappellent cependant qu'un trouble somatique, s'il peut compter parmi les facteurs de risque de survenue d'une dépression, n'est que rarement seul en cause. D'autres facteurs interviennent significativement, en particulier le type de population touchée, au-delà même de ce constat, il est aujourd'hui clairement admis que la présence de cette association est un facteur d'aggravation mutuelle. En effet, si l'existence d'une maladie somatique invalidante est un facteur de risque d'apparition de dépression chez ces sujets vulnérables, la dépression associée à différentes maladies somatiques majeures constitue un facteur de mauvais pronostic. [37].

S'agissant de la consommation de toxiques,

Une étude sur la population générale a mis en évidence une prévalence plus élevée de dépression chez les gros fumeurs comparé aux non-fumeurs (13% versus 5%) [38].

Dans un échantillon de patients atteints de cancer hématologique Clinton-McHarg T et al [39] ont trouvé que les fumeurs avaient une probabilité significativement plus élevée d'être déprimés que les patients non-fumeurs.

Une étude antérieure portant sur des patients atteints de cancers mixtes, y compris des cancers du sang, a également révélé que les fumeurs et anciens fumeurs avaient deux fois plus de risque de développer une dépression par rapport aux non-fumeurs [40].

Dans notre étude, aucune liaison n'a été retrouvée entre les habitudes toxiques et la survenue de l'EDC.

D'autres séries ont démontré une prévalence élevée de la dépression chez les fumeurs, Ceci serait expliqué par des mécanismes communs au tabagisme et à la dépression comme des facteurs génétiques, psychologiques et sociaux.

Concernant le type de traitement reçu, la dépression était plus présente chez les patients recevant une autogreffe de la moelle et ceci de façon non significative ($p = 0,093$), de même Clinton-McHarg T et al [39], dans un échantillon hétérogène comportant plusieurs cancers hématologiques n'ont pas noté de différence significative entre la dépression et le type de traitement reçu.

Montgomery C, Pocock M [11], Santos FR et al [25], ont démontré que les patients sous chimiothérapie intraveineuse étaient les plus déprimés, Cela serait dû au fait que cette dernière est redoutée par les patients car synonyme de gravité.

Quant à l'estimation du pronostic de la maladie , les patients pessimistes étaient de loin les plus déprimés dans notre étude et ceci de façon significative. Ce fait a été corroboré par plusieurs autres études [33] [41] [42].

L'explication possible serait que : Comparés aux individus optimistes, les patients pessimistes pourraient ne pas être en mesure de s'adapter psychologiquement à leur maladie au cours de la thérapie, ne pas espérer le succès de leur traitement, ce qui peut engendrer une mauvaise adaptation psychologique.

Comparés aux individus optimistes, les patients pessimistes peuvent ne pas être en mesure de s'adapter psychologiquement à leur maladie au cours de la thérapie, ne pas espérer le succès de leur traitement et être incapables de tirer des sentiments positifs du succès du traitement ce qui engendre une mauvaise adaptation psychologique.

La présente étude soulève la problématique des taux de prévalence absolue de l'épisode dépressif caractérisé au sein du service d'hématologie du CHU Mohammed VI de Marrakech , et identifie les facteurs de risque qui pourraient s'avérer révélateurs et devraient attirer l'attention du personnel soignant.

-Elle présente plusieurs points forts entre autres :

- *l'approche du recrutement basée sur une population atteinte en majorité d'hémopathies malignes.

- *l'utilisation d'échelles validées pour toutes les mesures des résultats.

-comme toute étude elle présente également quelques limites :

- *Premièrement elle est transversale descriptive , ainsi ses données ne peuvent pas confirmer des liens de causalité.

- *Deuxièmement, notre échantillon était faible et hétérogène impliquant ainsi quelques biais de mesure.

*Troisièmement , les données reflètent une population appartenant au même centre de soin dans lequel tous les patients reçoivent à peu près une qualité similaire de soins ce qui peut expliquer un éventuel biais institutionnel de recrutement.

Fortes de ces données, de futures études devraient être menées afin de reproduire et approfondir ces résultats pour pouvoir les généraliser sur une population plus large.

–A la lumière de ces résultats, nous ne pouvons que proposer quelques suggestions axées sur l'amélioration de la prise en charge psycho-oncologique, en vue de prévenir la survenue de pathologies psychiatriques pouvant compromettre la prise en charge thérapeutique ainsi que le pronostic de la maladie cancéreuse chez ces patients telles que :

*La nécessité d'affectation de psychologues au sein du service d'hématologie , qui seront à l'écoute de tout patient rapportant une détresse psychique, et qui auront recours au psychiatre lorsque cela s'avère nécessaire.

*L'intégration d'un module de psycho-oncologie dans la formation des spécialistes en hématologie.

*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.

Enfin ,

*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 onco-hématologique



CONCLUSION



Il s'agit de la première étude menée au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech concernant la prévalence du trouble dépressif caractérisé chez les patients suivis en hématologie. Elle s'inscrit dans notre volonté à faire de la santé mentale des patients une priorité. Cette étude qui est une photographie à un temps donné de l'état de santé mental des patients a permis d'estimer la prévalence de l'EDC à 48,7% dont 41 % de dépression légère, 55 % moyenne et 4 % sévère. Nous avons ainsi pris conscience du degré de la détresse psychologique de ces patients dans le cadre d'une prise en charge globale et multidisciplinaire visant une meilleure qualité de vie du patient. Certains sujets abordés dans notre travail de façon générale gagneraient à être approfondis par d'autres travaux de recherche. Et ainsi, générer des propositions qui pourraient être faites aux pouvoirs publics (ministère de la santé au Maroc) pour qu'ils s'engagent dans cette dynamique.



ANNEXES



Questionnaire anonyme concernant la prévalence de la dépression au service d'hématologie du CHU Mohammed VI de Marrakech

I. Le profil :

- 1- Age
- 2- Sexe:
- 3- Situation familiale:
a- célibataire b- marié(e) c- divorcé(e) d- veuf (ve)
- 4- nombre d'enfants:
a- 0 b- entre 1 et 3 c- plus de 4
- 5- Age de l'enfant le plus jeune:
a- moins de 5ans b- entre 5 et 15 ans c- plus de 15ans
- 6- Niveau d'instruction:
a- aucun b- primaire c- secondaire d- universitaire e- formation professionnelle
f- autre...
- 7- Profession:
a- femme au foyer b- sans travail c- retraité d- travaille encore (profession) e - étudiant
- 8- Niveau socio-économique de la famille: a- moins de 2000dh/mois b- de 2000dh à moins de 5000dh/mois c- de 5000dh à 10000dh/mois d- plus de 10000dh/mois e- ne sais pas
- 9- Mutualiste:
a- oui b- non

II. Les antécédents :

1. **Les antécédents personnels médicaux :**
a- Autre maladie hématologique (si oui) a1-quel type: a2-depuis quand a3- traitement reçu: a4- évolution:
b- Diabète c- HTA d- autre maladie chronique e- aucune
2. **Les antécédents personnels chirurgicaux :** Oui Non Si oui, lequel :
3. **Les antécédents personnels psychiatriques et psychologiques :** a- Consultation psychiatrique b-Dépression: c-si oui, elle a été traité ou pas d-Tentative de suicide e- Vécu d'un traumatisme psychique Si oui, lequel f- Autre trouble psychiatrique Si oui, lequel : Aucun
4. **Les antécédents d'habitudes toxiques :** a-oui b-si oui préciser : alcool ,cannabis , psychotropes, cocaïnes c-non
5. **Les antécédents familiaux psychiatriques :** a-Oui b-Si oui, type : lien familial : c-non

III. Le diagnostic hématologique :

- 1-la maladie
- 2-le stade
- 3-les circonstances de découverte
- 4-le délai entre l'annonce du diagnostic hématologique et la dépression

IV. L'annonce

1. Par qui : a-Un médecin généraliste b-Un hématologue c-Par un membre de la famille Si oui, lequel :
 2. Etiez-vous accompagnée au moment de l'annonce ? a-Oui b-Non Si oui, par qui :
 3. Quel était votre sentiment (ou réaction) immédiat(e) ? a-Sentiment de culpabilité b-Sentiment de vulnérabilité ou d'impuissance c-Etat de sidération d-Déni du diagnostic e-Refus de tout traitement f-Peur de la mort g-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 : a- la nature de votre maladie ? -Oui -Non b- les modalités du traitement ? -Oui -Non c- les conséquences éventuelles sur votre quotidien?
- (Avez-vous changé vos habitudes religieuses après la découverte de votre maladie? a- oui: plus de prières, de jeun...b- oui: diminution ou arrêt des prières c- non pas de changement)
6. Selon vous, votre maladie, est-elle curable ? a-oui b-non

V. Traitement et évolution :

1. Quel type de traitement avez-vous reçu ? a-TT médical Chirurgie b-Chimiothérapie c-Radiothérapie d-Hormonothérapie
2. Depuis quand avez-vous commencé votre traitement ?
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. Le diagnostic de la maladie psychiatrique :

- 1-Trouble dépressif caractérisé :
a-oui b-non
- 2-Dysthymie :
a-oui b-non

***Dépistage de l'Episode Dépressif Caractérisé par le test MINI**

- A . Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent 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 . N.B. : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale .

- 1 . Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p . ex .se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p . ex .pleure) . (N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent .)
 - 2 . Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres) .
 - 3 . Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p . ex .modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours . (N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue .)
 - 4 . Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours .
 - 5 . Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement) .
 - 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 (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade) .
 - 8 . Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres) .
 - 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 détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants .
- C .** L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale .

***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 vauds rien.	3
F. Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
Je suis déçu par moi-même.	1
Je me dégoûte moi-même.	2
Je me hais.	3
G. Je ne pense pas à me faire du mal.	0
Je pense que la mort me libérerait.	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

***Dépistage du Trouble dépressif persistant (dysthymie) :**

Ce trouble réunit les troubles définis dans le DSM-IV comme trouble dépressif majeur chronique et comme trouble dysthymique .

- A . Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, plus d'un jour sur deux, signalée par la personne ou observée par les autres, pendant au moins 2 ans .
- B . Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :
 - 1 . Perte d'appétit ou hyperphagie .
 - 2 . Insomnie ou hypersomnie .
 - 3 . Baisse d'énergie ou fatigue .
 - 4 . Faible estime de soi .
 - 5 . Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions .
 - 6 . Sentiments de perte d'espoir .
- C . Au cours de la période de 2 ans (1 an pour les enfants et adolescents) de perturbation thymique, la personne n'a jamais eu de période de plus de 2 mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B .
- D . Les critères de trouble dépressif caractérisé peuvent être présents d'une manière continue pendant 2 ans .
- E . Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque, et les critères du trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis .
- F . Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble schizoaffectif persistant, une schizophrénie, un trouble délirant, un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie, ou un autre trouble psychotique .
- G . Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p . ex .une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une autre affection médicale (p . ex .hypothyroïdie) .
- H . Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants .



RESUMES



RESUME

Le principal objectif de notre étude est d'estimer la prévalence de l'EDC chez une population de patients suivi au service d'hématologie du CHU Med VI de Marrakech. Il sont majoritairement atteints d'hémopathies malignes, l'étude vise à décrire leur profilsociodémographique et clinique et à déterminer les éventuels facteurs qui ont influencé lasurvenue de la dépression chez ces patients. L'étude s'est porté sur 150 patients. Les instruments utilisés étaient le MINI (DSM-V) pour poser le diagnostic de la dépression et l'échelle de BECK pour évaluer sa sévérité. Les résultats ont montré que la prévalence de l'EDC était à 48,7% dont 41 % de dépression légère , 55 % moyenne et 4 % sévère.

Aucune différence significative n'a été prouvé entre la prévalence de l'EDC et l'âge, la situation familiale , le niveau d'instruction, le niveau socio-économique, les antécédents médicaux ,chirurgicaux et psychiatriques , la consommation de toxiques et le type de traitement reçu ($p>0,05$) . Il a été révélé que L'EDC était plus prévalant chez les femmes, et moins présent chez les optimistes ($p>0,05$).

L'objectif secondaire de cette étude a consisté à l'exposition de la problématique au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech afin de donner plus de perspectives et davantage d'importance à ce sujet. Une plus grande attention devra être prodiguée aux patients atteints ,qui se traduirait par un dépistage et un traitement précoce de la dépression, une prise en charge globale et multidisciplinaire qui seraient le garant d'une meilleure qualité de vie pour les patients.

ABSTRACT

The main objective of our study is to estimate the prevalence of the Depressive Episode EDC in a population of patients treated in the hematology department of the Med VI University Hospital of Marrakech. The majority of these patients suffer from malignant hematological diseases. The study aims to describe their socio-demographic and clinical profile and to determine the possible factors that influenced the occurrence of depression in these patients. The study involved 150 patients. The instruments used were the MINI (DSM-V) to diagnose depression and the BECK scale to assess its severity. The results showed that the prevalence of EDC was 48.7%, of which 41% was mild depression, 55% moderate and 4% severe.

No significant difference was proved between the prevalence of EDC and age, family status, education level, socioeconomic level, medical, surgical and psychiatric history, substance use and type of treatment received ($p>0.05$). It was revealed that EDC was more prevalent in women, and less present among optimists ($p>0.05$).

The secondary objective of this study was to expose the problem within the Mohammed VI University Hospital of Marrakech in order to give more insight and importance to this subject. More attention should be given to the patients affected, which would result in early detection and treatment of depression, a comprehensive and multidisciplinary management that would guarantee a better life quality for the patients.

ملخص

اخترنا أن يكون الهدف الرئيسي لدراستنا تقدير نسبة انتشار حالات نوبات الاكتئاب (EDC) لدى مجموعة من المرضى الخاضعين للمتابعة بقسم أمراض الدم بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش والذين يعانون بشكل رئيسي من اعتلالات دموية خبيثة، وذلك باستعراض سماتهم الاجتماعية والديموغرافية والسريية من أجل تحديد العوامل المحتملة التي تؤثر على ظهور الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى. وقد شملت الدراسة 150 مريضا حيث استخدمنا (MINI (DSM-V لتشخيص الاكتئاب ومقياس BECK لتقييم حدته.

وأظهرت النتائج نسبة انتشار نوبات الاكتئاب (EDC) تبلغ 48.7%: منها 41% حالات اكتئاب خفيف و55% حالات اكتئاب متوسط و4% حالات اكتئاب حاد.

ولم تثبت دراستنا وجود فرق كبير بين انتشار حالات نوبات الاكتئاب (EDC) وبين عوامل كالسنّ والوضع الأسري والمستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والتاريخ الطبي والجراحي والنفسي وتعاطي المخدرات ونوع العلاج الذي تلقاه المرضى ($p < 0.05$).

وقد سجّلنا انتشار حالات الاكتئاب (EDC) أكثر لدى النساء مع تسجيل نسبة أقل لدى المتفانلين

($p > 0.05$).

أما الهدف الثانوي فقد تمثل في إثارة هذه المسألة صلب المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش من أجل تقديم منظور آخر لهذا الموضوع حتى يتيح إيلاء المزيد من الاهتمام بهؤلاء المرضى المصابين من خلال الفحص والعلاج المبكر للاكتئاب وتمكينهم من رعاية شاملة ومتعددة الاختصاصات ونوعية حياة أفضل.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Smith A, Howell D, Patmore R, Jack A, Roman E.**
Incidence of haematological malignancy by sub-type: a report from the Haematological Malignancy Research Network.
Br J Cancer 2011;105:1684-92
2. **Manzanera C, Lafay N, Papet N, Senon J-L.**
Cancer, dépression et anxiété.
Ann méd psychol 2003;61:140-141
3. **Alex J Mitchel, Melissa Chan, Henna Bhatti, Marie Halton, Luigi Grassi, Christoffer Johansen, Nicholas Meader.**
Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies.
Lancet Oncol 2011;12(2):160-174
4. **Michael Fisch.**
Treatment of Depression in Cancer.
J Natl Cancer Inst Monogr 2004;32:105-111
5. **William Breitbart.**
Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer.
Support Care Cancer 1995;3(1):45-60
6. **Lauren Rayner, Annabel Price, Matthew Hotopf, Irene J. Higginson.**
The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. Eur J cancer 2011 Mar;47(5):702-12
7. **Mari Lloyd-Williams, Juliet Spiller, Jason Ward, Which**
depression screening tools should be used in palliative care?. Palliat Med 2003 Jan;17(1):40-3
8. **R. Bouriga, M. Mahjoub, MA Chaouch, M. Hochlef, Y. El Kissi et S. Ben Ahmed.**
Dépression et anxiété chez des patients tunisiens atteints de cancers colorectaux : spécificités et ampleur. Psycho-oncol 2019;13 :105-111
9. **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;4:13-20.
10. **Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D.**
Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. J affect Disord 2012;141:343-51

11. **Montgomery C, Pocock M, Titley K, Lloyd K.**
Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. *Journal of Psychosomatic Research* 2003;54:289–92
12. **David A M, Cretu R Z.**
The evolution of depression and anxiety in cases of leukemia depending on the phases of the disease and the treatment. *Procedia–Social and Behavioral Sciences* 2014;127:887–891.
13. **Shi D, Li Z, Li Y, Jiang Q.**
Variables associated with self-reported anxiety and depression symptoms in patients with chronic myeloid leukemia receiving tyrosine kinase inhibitor therapy. *Leuk Lymphoma*. 2021;62(3):640–648
14. **Gheihman G, Zimmermann C, Deckert A, Fitzgerald P, Mischitelle A, Rydall A, Schimmer A, Gagliese L, Lo C, Rodin G.**
Depression and hopelessness in patients with acute leukemia. The psychological impact of an acute and life-threatening disorder. *Psychooncology* 2016;25(8):979–89
15. **Robbertz AS, Weiss DM, Awan FT, Byrd JC, Rogers KA, Woyach JA.**
Identifying risk factors for depression and anxiety symptoms in patients with chronic
16. **Wang Y, Zou L, Jiang M, Wei Y, Jiang Y.**
Measurement of distress in Chinese inpatients with lymphoma. *Psychooncology*. 2013;22(7):1581–6.
17. **Oerlemans S, Mols F, Nijziel MR, Zijlstra WP, Coebergh JW, van de Poll-Franse LV.**
The course of anxiety and depression for patients with Hodgkin's lymphoma or diffuse large B cell lymphoma: a longitudinal study of the PROFILES registry. *J Cancer Surviv*. 2014;8(4):555–64.
18. **Oberoi D, White V, Seymour J, Prince HM, Harrison S, Jefford M, Winship I, Hill D, Bolton D, Kay A, Millar J, Doo NW, Giles G.**
The course of anxiety, depression and unmet needs in survivors of diffuse large B cell lymphoma and multiple myeloma in the early survivorship period. *J Cancer Surviv* 2017;11(3):329–338.
19. **Loge JH, Abrahamsen AF, Ekeberg O, Hannisdal E, Kaasa S.**
Psychological distress after cancer cure: a survey of 459 Hodgkin's disease survivors. *Br J Cancer*. 1997;76(6):791–6.

20. **Molassiotis A, Wilson B, Blair S, Howe T, Cavet J.**
Unmet supportive care needs, psychological well-being and quality of life in patients living with multiple myeloma and their partners. *Psychooncology*. 2011;20(1):88–97.
21. **Maatouk I, He S, Becker N, Hummel M, Hemmer S, Hillengass M, Goldschmidt H, Hartmann M, Schellberg D, Herzog W, Hillengass J.**
Association of resilience with health-related quality of life and depression in multiple myeloma and its precursors: results of a German cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018;8(7)
22. **Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Jacobsen P, Curbow B, Piantadosi S, Hooker C, Owens A, Derogatis L.**
A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. *Psychosomatics*. 2001 May–Jun;42(3):241–6.
23. **Pamuk, G.E., Harmandar, F., Ermantaş, N. et al.**
EORTC QLQ-C30 assessment in Turkish patients with hematological malignancies. *Ann Hematol*.2008;87:305–310
24. **Bergerot CD, Clark KL, Nonino A, Waliyany S, Buso MM, Loscalzo M.**
Course of distress, anxiety, and depression in hematological cancer patients: Association between gender and grade of neoplasm. *Palliat Support Care*. 2015;13(2):115–23
25. **Santos FR, Kozasa EH, ChauffailleMde L, Colleoni GW, Leite JR.**
Psychosocial adaptation and quality of life among Brazilian patients with different hematological malignancies. *J Psychosom Res*. 2006;60(5):505–11.
26. **Ribeiro–Carvalho F, Gonçalves–Pinho M, Bergantim R, Freitas A, Fernandes L.**
Trend of depression and its association with sociodemographic and clinical factors among multiple myeloma hospitalizations: A Portuguese nationwide study from 2000 to 2015. *Psychooncology*. 2020;29(10):1587–1594.
27. **Keller M, Henrich G.**
Illness-related distress: does it mean the same for men and women? Gender aspects in cancer patients' distress and adjustment. *Acta Oncol*. 1999;38(6):747–55.
28. **Hasegawa T, Okuyama T, Uchida M, Aiki S, Imai F, Nishioka M, Suzuki N, Iida S, Komatsu H, Kusumoto S, Ri M, Osaga S, Akechi T.**
Depressive symptoms during the first month of chemotherapy and survival in patients with hematological malignancies: A prospective cohort study. *Psychooncology*. 2019;28(8):1687–1694.

29. **[Craig E.Cole,Alyson R Haugen,Michelle A Mathiason,Vicki L McHugh.**
creening for Psychosocial Distress in Patients with Hematological Malignancies and Identifying Specific Factors That Cause Distress throughout Stage of Disease. *Blood*.2011;118 (21):2086.
30. **Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O'Shea F, Kuhl D, Fainsinger RL, Clinch JJ.**
Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(2):118–29
31. **Nausheen B, Kamal A.**
Familial social support and depression in breast cancer: an exploratory study on a Pakistani sample. *Psychooncology*. 2007 Sep;16(9):859–62.
32. **Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y.**
Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol*. 2004;22(10):1957–65.
33. **Bardwell WA, Natarajan L, Dimsdale JE, Rock CL, Mortimer JE, Hollenbach K, Pierce JP.**
Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*. 2006 Jun 1;24(16):2420–7
34. **Cella DF, Tross S.**
Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *J Consult Clin Psychol* 1986;54(5):616 – 22.
35. **Kornblith AB, Anderson J, Cella DF, et al.**
Hodgkin disease survivors at increased risk for problems in psychosocial adaptation. *Cancer* 1992;70:2214 – 24
36. **Yun YH, Kim SH, Lee KM, Park SM, Kim YM.**
Age, sex, and comorbidities were considered in comparing reference data for health-related quality of life in the general and cancer populations. *J Clin Epidemiol*. 2007 Nov;60(11):1164–75.
37. **Cottencin O.**
Dépressions sévères : comorbidités somatiques [Severedepression : concomitant somaticdisease]. *Encephale*. 2009 Dec;35 Suppl 7:S272–8. French

38. **Demarest S, Leurquin P, Tellier V, Van der Heyden J, Van Oyen H, Tafforeau J.**
[The health of the population in Belgium. The Belgian Health Interview Survey,1997], Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, 1998, Belgium.
39. **Clinton–McHarg T, Carey M, Sanson–Fisher R, Tzelepis F, Bryant J, Williamson A.**
Anxiety and depression among haematological cancer patients attending treatment centres: prevalence and predictors. *J Affect Disord.* 2014 Aug;165:176–81.
40. **Boyes AW, Girgis A, D'Este CA, Zucca AC, Lecathelinais C, Carey ML.**
Prevalence and predictors of the short-term trajectory of anxiety and depression in the first year after a cancer diagnosis: a population-based longitudinal study. *J Clin Oncol.* 2013 Jul 20;31(21):2724–9.
41. **Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS.**
Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncol.* 1993;32(6):623–6.
42. **Pinquart M, Fröhlich Ç, Silbereisen RK (2007)**
Optimism, pessimism, and change of psychological well-being in cancer patients. *Psychol Health Med* 12(04):421–32

قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ

وَالْأَحْوَالِ بَادِلَةً وَسَعِي فِي انْقِذَائِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَادِلَةً رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،

لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، وَأَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَدَائِهِ.

وَأَنْ أُوقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ

الطَّبِّيبَةِ مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدًا

انتشار الاكتئاب لدى مرضى مصلحة أمراض الدم بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/06/23

من طرف

السيدة صفاء شعبان

المزودة في 20 ماي 1994 بتونس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

أمراض الدم - اكتئاب - انتشار - أمراض - مراكش

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

إ. عدلي

أستاذة مبرزة في الطب النفسي

إ. تازي

أستاذ في أمراض الدم السريرية

ل. أدرموش

أستاذة مبرزة في الطب المجتمعي

غ. بالبركة

أستاذة مبرزة في طب الاورام والأنكولوجيا

السيدة

السيد

السيدة

السيدة