

ANNEE: 2010

THESE N°:68

Impact du cancer chez la famille
du cancéreux

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mme Saoussane KHARMOUM EL AZZOUZI

Née le 28 Mai 1983 à Ouazzane
Médecin Interne du C HU Ibn Sina Rabat
Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Psycho-oncologie – Cancer – Famille – Enfant – Conjoint.

JURY

Mr. H. ERRIHANI

Professeur d'Oncologie Médicale

Mr. A. JALIL

Professeur de Chirurgie Générale

Mme. L. JRONDI

Professeur de Radiologie

Mr. M. ICHOU

Professeur d'Oncologie Médicale

**PRESIDENT &
RAPPORTEUR**

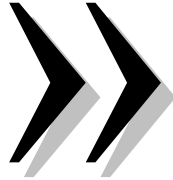
JUGES



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



سبحانك لا علم لنا إلا
ما علمتنا إنك أنت
العليم الحكيم



سورة البقرة: الآية: 31

اللهم إنا نسألك علما نافعا
وقلبا خاشعا وشفاء من كل داء
وسقم

DOYENS HONORAIRES :

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

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Naima LAHBABI-AMRANI
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur Mohammed BENABDELLAH

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader	Pathologie Chirurgicale
--------------------------	-------------------------

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss*	Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed	Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif	Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb	Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed	Pharmacologie Clinique
-----------------------	------------------------

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz	Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia	Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida	Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed	Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Abdelmalek	Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima	Pédiatrie
---------------------------------------	-----------

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam	Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane	Cardiologie

- 17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
- 18. Pr. HAMMANI Ahmed*
- 19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
- 20. Pr. SBIHI Ahmed
- 21. Pr. TAOBANE Hamid*

Mai et Novembre 1982

- 22. Pr. ABROUQ Ali*
- 23. Pr. BENOMAR M'hammed
- 24. Pr. BENSODA Mohamed
- 25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
- 26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
- 27. Pr. JIDAL Bouchaib*
- 28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Novembre 1983

- 29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 30. Pr. BALAFREJ Amina
- 31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Décembre 1984

- 34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
- 36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 38. Pr. NAJI M'Barek *
- 39. Pr. SETTAF Abdellatif

Novembre et Décembre 1985

- 40. Pr. BENJELLOUN Halima
- 41. Pr. BENSaid Younes
- 42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 43. Pr. IHRAI Hssain *
- 44. Pr. IRAQI Ghali
- 45. Pr. KZADRI Mohamed

Janvier, Février et Décembre 1987

- 46. Pr. AJANA Ali
- 47. Pr. AMMAR Fanid
- 48. Pr. CHAHED OUZZANI ép.TAOBANE Houria
- 49. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
- 50. Pr. EL HAITEM Naïma
- 51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
- 53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
- 54. Pr. LACHKAR Hassan

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne

Décembre 1988

- 57. Pr. BENHMAMOUCH Mohamed Najib
- 58. Pr. DAFIRI Rachida
- 59. Pr. FAIK Mohamed
- 60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Nouredine
- 61. Pr. HERMAS Mohamed
- 62. Pr. TOULOUNE Farida*

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- 63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
- 64. Pr. ACHOUR Ahmed*
- 65. Pr. ADNABOUI Mohamed
- 66. Pr. AOUNI Mohamed
- 67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
- 68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
- 69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
- 70. Pr. CHAD Bouziane
- 71. Pr. CHKOFF Rachid
- 72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH
- 73. Pr. HACHIM Mohammed*
- 74. Pr. HACHIMI Mohamed
- 75. Pr. KHARBACH Aïcha
- 76. Pr. MANSOURI Fatima
- 77. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
- 78. Pr. SEDRATI Omar*
- 79. Pr. TAZI Saoud Anas
- 80. Pr. TERHZAZ Abdellah*

Février Avril Juillet et Décembre 1991

- 81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
- 82. Pr. ATMANI Mohamed*
- 83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
- 84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
- 85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
- 86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
- 87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
- 88. Pr. BENSOUDA Yahia
- 89. Pr. BERRAHO Amina
- 90. Pr. BEZZAD Rachid
- 91. Pr. CHABRAOUI Layachi
- 92. Pr. CHANA El Houssaine*
- 93. Pr. CHERRAH Yahia
- 94. Pr. CHOKAIRI Omar
- 95. Pr. FAJRI Ahmed*
- 96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
- 97. Pr. KHATTAB Mohamed
- 98. Pr. NEJMI Maati
- 99. Pr. OUAALINE Mohammed*

Médecine Interne
 Neurologie

Chirurgie Pédiatrique
 Radiologie
 Urologie
 Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
 Traumatologie Orthopédie
 Médecine Interne

Cardiologie
 Chirurgicale
 Médecine Interne
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Radiologie
 Cardiologie
 Pathologie Chirurgicale
 Pathologie Chirurgicale
 Pédiatrique
 Médecine-Interne
 Urologie
 Gynécologie -Obstétrique
 Anatomie-Pathologique
 Neurologie
 Dermatologie
 Anesthésie Réanimation
 Ophtalmologie

Anatomie-Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Hématologie
 Chirurgie Générale
 Pharmacie galénique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Biochimie et Chimie
 Ophtalmologie
 Pharmacologie
 Histologie Embryologie
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

Décembre 1992

102. Pr. AHALLAT Mohamed
103. Pr. BENOUDA Amina
104. Pr. BENSOUA Adil
105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
106. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
107. Pr. CHAKIR Nouredine
108. Pr. CHRAIBI Chafiq
109. Pr. DAOUDI Rajae
110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
113. Pr. FELLAT Rokaya
114. Pr. GHAFIR Driss*
115. Pr. JIDDANE Mohamed
116. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
117. Pr. TAGHY Ahmed
118. Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

119. Pr. AGNAOU Lahcen
120. Pr. AL BAROUDI Saad
121. Pr. ARJI Moha*
122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
124. Pr. BENJELLOUN Samir
125. Pr. BENRAIS Nozha
126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
127. Pr. CAOUI Malika
128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
130. Pr. EL AOUDAD Rajae
131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
132. Pr. EL HASSANI My Rachid
133. Pr. EL IDRISSI LAMGHARI Abdennaceur
134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
136. Pr. ESSAKALI Malika
137. Pr. ETTAYEBI Fouad
138. Pr. HADRI Larbi*
139. Pr. HDA Ali*
140. Pr. HASSAM Badredine
141. Pr. IFRINE Lahssan
142. Pr. JELTHI Ahmed
143. Pr. MAHFOUD Mustapha
144. Pr. MOUDENE Ahmed*
145. Pr. MOSSEDDAQ Rachid*
146. Pr. OULBACHA Said
147. Pr. RHRAB Brahim

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane
154. Pr. BENTAHILA Abdelali
155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
157. Pr. CHAMI Ilham
158. Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
159. Pr. EL ABBADI Najia
160. Pr. HANINE Ahmed*
161. Pr. JALIL Abdelouahed
162. Pr. LAKHDAR Amina
163. Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

164. Pr. ABOUQUAL Redouane
165. Pr. AMRAoui Mohamed
166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
167. Pr. BARGACH Samir
168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
169. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
170. Pr. BENAZZOUZ Mustapha
171. Pr. CHAARI Jilali*
172. Pr. DIMOU M'barek*
173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
174. Pr. EL MESNAoui Abbes
175. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
176. Pr. FERHATI Driss
177. Pr. HASSOUNI Fadil
178. Pr. HDA Abdelhamid*
179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
182. Pr. BENOMAR ALI
183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
184. Pr. ER RIHANI Hassan
185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
186. Pr. KABBAJ Najat
187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Novembre 1998

189. Pr. BENKIRANE Majid*
190. Pr. KHATOURI Ali*
191. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Janvier 2000

192. Pr. ABID Ahmed*
193. Pr. AIT OUMAR Hassan

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Urologie
Chirurgie - Pédiatrie
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie -Obstétrique
Traumatologie -Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie

197. Pr. CHAOUI Zineb
198. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
199. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
200. Pr. EL FTOUH Mustapha
201. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
202. Pr. EL OTMANYAzzedine
203. Pr. GHANNAM Rachid
204. Pr. HAMMANI Lahcen
205. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
206. Pr. ISMAILI Hassane*
207. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
208. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
209. Pr. TACHINANTE Rajae
210. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

211. Pr. AIDI Saadia
212. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
213. Pr. AJANA Fatima Zohra
214. Pr. BENAMR Said
215. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
216. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
217. Pr. BOUTALEB Najib*
218. Pr. CHERTI Mohammed
219. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
220. Pr. EL HASSANI Amine
221. Pr. EL IDGHIRI Hassan
222. Pr. EL KHADER Khalid
223. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
224. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
225. Pr. HSSAIDA Rachid*
226. Pr. MANSOURI Aziz
227. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
228. Pr. RZIN Abdelkader*
229. Pr. SEFIANI Abdelaziz
230. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

231. Pr. AMIL Touriya*
232. Pr. BELKACEM Rachid
233. Pr. BELMAHI Amin
234. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
235. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
236. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
237. Pr. GAMRA Lamiae
238. Pr. GAOUZI Ahmed
239. Pr. MAHFOUDI M'barek*
240. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
241. Pr. MOHAMMADI Mohamed
242. Pr. MOULINE Soumaya
243. Pr. OUADGHIRI Mohamed

Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie – Orthopédie

Novembre 1997

- 246. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
- 247. Pr. BEN AMAR Abdeselem
- 248. Pr. BEN SLIMANE Lounis
- 249. Pr. BIROUK Nazha
- 250. Pr. BOULAICH Mohamed
- 251. Pr. CHAOUIR Souad*
- 252. Pr. DERRAZ Said
- 253. Pr. ERREIMI Naima
- 254. Pr. FELLAT Nadia
- 255. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
- 256. Pr. HAIMEUR Charki*
- 257. Pr. KADDOURI Noureddine
- 258. Pr. KANOUNI NAWAL
- 259. Pr. KOUTANI Abdellatif
- 260. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
- 261. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
- 262. Pr. NAZZI M'barek*
- 263. Pr. OUAHABI Hamid*
- 264. Pr. SAFI Lahcen*
- 265. Pr. TAOUFIQ Jallal
- 266. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

- 267. Pr. AFIFI RAJAA
- 268. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
- 269. Pr. ALOUANE Mohammed*
- 270. Pr. LACHKAR Azouz
- 271. Pr. LAHLOU Abdou
- 272. Pr. MAFTAH Mohamed*
- 273. Pr. MAHASSINI Najat
- 274. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
- 275. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
- 276. Pr. NASSIH Mohamed*
- 277. Pr. RIMANI Mouna
- 278. Pr. ROUMI Abdelhadi

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

- 279. Pr. ABABOU Adil
- 280. Pr. AOUAD Aicha
- 281. Pr. BALKHI Hicham*
- 282. Pr. BELMEKKI Mohammed
- 283. Pr. BENABDELJLIL Maria
- 284. Pr. BENAMAR Loubna
- 285. Pr. BENAMOR Jouda
- 286. Pr. BENELBARHDADI Imane
- 287. Pr. BENNANI Rajae
- 288. Pr. BENOACHANE Thami
- 289. Pr. BENYOUSSEF Khalil

Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie – Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.R.L.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie – Pédiatrique
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro - Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto- Rhino- Laryngologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurochirurgie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
Anatomie Pathologique
Neurologie

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 293. Pr. BOUHOUC Rachida
- 294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
- 295. Pr. CHAT Latifa
- 296. Pr. CHELLAOUI Mounia
- 297. Pr. DAALI Mustapha*
- 298. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
- 299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
- 300. Pr. EL HIJRI Ahmed
- 301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
- 302. Pr. EL MADHI Tarik
- 303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
- 304. Pr. EL OUNANI Mohamed
- 305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
- 306. Pr. ETTAIR Said
- 307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
- 308. Pr. GOURINDA Hassan
- 309. Pr. HRORA Abdelmalek
- 310. Pr. KABBAJ Saad
- 311. Pr. KABIRI El Hassane*
- 312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
- 313. Pr. LEKEHAL Brahim
- 314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
- 315. Pr. MEDARHRI Jalil
- 316. Pr. MIKDAME Mohammed*
- 317. Pr. MOHSINE Raouf
- 318. Pr. NABIL Samira
- 319. Pr. NOUINI Yassine
- 320. Pr. OUALIM Zouhir*
- 321. Pr. SABBAH Farid
- 322. Pr. SEFIANI Yasser
- 323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
- 324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Décembre 2002

- 325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
- 326. Pr. AMEUR Ahmed*
- 327. Pr. AMRI Rachida
- 328. Pr. AOURARH Aziz*
- 329. Pr. BAMOU Youssef *
- 330. Pr. BELGHITI Laila
- 331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
- 332. Pr. BENBOUAZZA Karima
- 333. Pr. BENZEKRI Laila
- 334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
- 335. Pr. BERADY Samy*
- 336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
- 337. Pr. BICHRA Mohamed Zakarya
- 338. Pr. CHOHO Abdelkrim *
- 339. Pr. CHKIRATE Bouchra
- 340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
- 341. Pr. EL ALJ Haj Ahmed

Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie
Urologie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Gynécologie Obstétrique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Rhumatologie
Dermatologie
Gastro – Entérologie
Médecine Interne
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie

345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
347. Pr. HADDOUR Leila
348. Pr. HAJJI Zakia
349. Pr. IKEN Ali
350. Pr. ISMAEL Farid
351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
352. Pr. KRIOULE Yamina
353. Pr. LAGHMARI Mina
354. Pr. MABROUK Hfid*
355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
359. Pr. OUJILAL Abdelilah
360. Pr. RACHID Khalid *
361. Pr. RAISS Mohamed
362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
363. Pr. RHOU Hakima
364. Pr. RKIOUAK Fouad*
365. Pr. SIAH Samir *
366. Pr. THIMOU Amal
367. Pr. ZENTAR Aziz*
368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

369. Pr. ABDELLAH El Hassan
370. Pr. AMRANI Mariam
371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
373. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
374. Pr. BOULAADAS Malik
375. Pr. BOURAZZA Ahmed*
376. Pr. CHERRADI Nadia
377. Pr. EL FENNI Jamal*
378. Pr. EL HANCHI Zaki
379. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
380. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
381. Pr. HACHI Hafid
382. Pr. JABOUIRIK Fatima
383. Pr. KARMANE Abdelouahed
384. Pr. KHABOUZE Samira
385. Pr. KHARMAZ Mohamed
386. Pr. LEZREK Mohammed*
387. Pr. MOUGHIL Said
388. Pr. NAOUMI Asmae*
389. Pr. SAADI Nozha
390. Pr. SASSENOU Ismail*
391. Pr. TARIB Abdelilah*
392. Pr. TIJAMI Fouad
393. Pr. ZARZUR Jamila

Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Néphrologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

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



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

- 396. Pr. ALAOU Ahmed Essaid
- 397. Pr. ALLALI fadoua
- 398. Pr. AMAR Yamama
- 399. Pr. AMAZOUZI Abdellah
- 400. Pr. AZIZ Nouredine*
- 401. Pr. BAHIRI Rachid
- 402. Pr. BARAKAT Amina
- 403. Pr. BENHALIMA Hanane
- 404. Pr. BENHARBIT Mohamed
- 405. Pr. BENYASS Aatif
- 406. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
- 407. Pr. BOUKALATA Salwa
- 408. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
- 409. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
- 410. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
- 411. Pr. HAJJI Leila
- 412. Pr. HESSISSEN Leila
- 413. Pr. JIDAL Mohamed*
- 414. Pr. KARIM Abdelouahed
- 415. Pr. KENDOSSI Mohamed*
- 416. Pr. LAAROUSSI Mohamed
- 417. Pr. LYACoubi Mohammed
- 418. Pr. NIAMANE Radouane*
- 419. Pr. RAGALA Abdelhak
- 420. Pr. REGRAGUI Asmaa
- 421. Pr. SBIHI Souad
- 422. Pr. TNACHERI OUZZANI Btissam
- 423. Pr. ZERAIDI Najia

Avril 2006

- 424. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
- 425. Pr. AFIFI Yasser
- 426. Pr. AKJOUJ Said*
- 427. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
- 428. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
- 429. Pr. BENCHEIKH Razika
- 430. Pr. BIYI Abdelhamid*
- 431. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
- 432. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
- 433. Pr. CHEIKHAOUI Younes
- 434. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
- 435. Pr. DOGHMI Nawal
- 436. Pr. ESSAMRI Wafaa
- 437. Pr. FELLAT Ibtissam
- 438. Pr. FAROUDY Mamoun
- 439. Pr. GHADOUANE Mohammed*
- 440. Pr. HARMOUCHE Hicham
- 441. Pr. HNAFI Sidi Mohamed*
- 442. Pr. IDRISS LAHLOU Amine
- 443. Pr. JROUNDI Laila
- 444. Pr. KARMOUNI Tariq

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio Vasculaire
Parasitologie
Rgumatologie
Gynécologie Obstétrique
Anatomie Pathologique
Histo Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Dermatologie
Radiologie
Dermatologie
Hematologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie – Pédiatrique
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie



PDF Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

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

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES PROFESSEURS

- 1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
- 2. Pr. ALAOUI KATIM
- 3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
- 4. Pr. ANSAR M'hammed
- 5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
- 6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
- 7. Pr. DRAOUI Mustapha
- 8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
- 9. Pr. ETTAIB Abdelkader
- 10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbès
- 11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
- 12. Pr. REDHA Ahlam
- 13. Pr. TELLAL Saida*
- 14. Pr. TOUATI Driss
- 15. Pr. ZELLOU Amina

** Enseignants Militaires*

Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo-Phthisiologie
 Pneumo-Phthisiologie

Biochimie
 Pharmacologie
 Histologie – Embryologie
 Chimie Organique et Pharmacie Chimique
 Applications Pharmaceutiques
 Microbiologie
 Chimie Analytique
 Pharmacognosie
 Zootechnie
 Pharmacologie
 Chimie Organique
 Biochimie
 Biochimie
 Pharmacognosie
 Chimie Organique



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Dédicaces



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A Ma très chère Mère, Farida

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

Aucun mot, aussi expressif qu'il soit, ne saurait remercier à sa juste valeur, l'être qui a consacré sa vie à parfaire mon éducation avec un dévouement inégal.

C'est grâce à ALLAH puis à toi que je suis devenue ce que je suis aujourd'hui.

Puisse ALLAH m'aider pour rendre un peu soit-il de ce que tu m'as donné.

Puisse ALLAH t'accorder santé, bonheur et longue vie.



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mon très cher père, Mohammed

Aucun mot ne saurait exprimer la
profonde gratitude et l'immense amour que
j'ai pour toi.

J'espère, cher père, que j'ai gagné ta
confiance, ta satisfaction et ta fierté.

Accepte ce travail comme le témoignage
de ma reconnaissance, ma gratitude et mon
profond amour.

Que ALLAH te protège et t'accorde
santé, longue vie et bonheur.



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**A ma chère sœur Jinane ,
A mes adorables frères Nassim et Adam**

Les mots ne sauraient exprimer
l'entendue de l'affection que j'ai pour
vous et ma gratitude.

Je vous dédie ce travail avec tous mes
vœux de bonheur, de santé et de réussite.

Je vous souhaite une vie pleine de
bonheur, de santé et de prospérité.

Que ALLAH vous bénisse et vous protège.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mes grands-parents

A mes chères tantes, oncles, et FOUNOUNI

A tous mes cousins,

*Votre soutien, votre amour et vos
encouragements ont été pour moi d'un
grand réconfort.*

*Veillez trouver dans ce travail,
l'expression de mon amour et mon
affection indéfectible.*

*Qu'ALLAH vous protège et vous accorde
santé, bonheur et prospérité.*



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A ma grande mère

*Par le biais de ces tendres mots, je te
fais mes signes de révérence les plus
sincères et je prie Dieu, en la
circonstance, de t'accorder, davantage,
de longue vie, de bonheur, de santé et de
béatitude.*



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A mon très cher mari Samir El Azzouzi

Cette modeste dédicace n'est, en vérité, qu'un témoignage qui essaye de rendre hommage à la patience, dont tu as fait preuve, tout au long des années de notre mariage. Tu m'as été d'un soutien indéfectible, d'un appui incommensurable et surtout d'un secours inépuisable. Tes orientations si précieuses et si constructives m'ont été grandement utiles et rassuré mes hésitations lors de mes moments de difficulté.

Merci pour tous ces instants difficiles que tu as su enjoliver, tous ces heures de bonheur dont tu m'as fait profiter et



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

efforts que tu as déployés
pour assurer mon ascension.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A ma belle famille

*Ce n'est pas par devoir que je vous dédie
ce modeste travail mais plutôt par
plaisir et pour vous remercier surtout
pour votre gentillesse et votre attention
qui ne diffèrent nullement de celles de
mes propres parents. Merci du fond du
cœur.*



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A la mémoire de mes grand-parents

Tu n'es plus malheureusement parmi nous, mais tu resteras à jamais dans mon cœur.

Ton soutien, ta prière ont été pour moi un stimulant tout au long de mes études.

Que Allah t'accorde paix et miséricorde.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

*A toute la famille Kharmoum, Mesbah et El
Azzouzi*

*A tous mes amis,
A tous ceux que j'aime,*

Je dédie,

Saoussane.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Remerciements



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A notre maître et président de thèse
Monsieur le professeur H. ERRIHANI
Professeur d'Oncologie Médicale

Nous sommes très sensibles à l'honneur
que vous nous faites en acceptant la
présidence de notre jury de thèse.

Votre culture scientifique, votre
compétence et vos qualités humaines ont
suscité en nous une grande admiration, et
sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Veuillez accepter, cher Maître,
l'assurance de notre estime et notre
profond respect.

A notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur A. JALIL

Professeur de Chirurgie Viscérale

Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqué.

Veuillez 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.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A notre maître et juge de thèse

Madame L. JROUNDI

Professeur de Radiologie

Nous avons le privilège et l'honneur
de vous avoir parmi les membres de notre
jury.

Veuillez accepter nos remerciements et
notre admiration pour vos qualités
d'enseignante et votre compétence.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur M. ICHOU

Professeur d'Oncologie Médicale

Vous avez accepté en toute simplicité de juger ce travail et c'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi notre jury de thèse.

Nous tenons à vous remercier et à vous exprimer notre respect.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features



PLAN



	1
GENERALITES:	4
1. Etymologie	5
2. Historique	6
3. Définition du cancer	8
4. La psycho-oncologie	9
5. La proximologie	10
6. Quelle place pour le proche en cancérologie	10
MATERIEL ET METHODES :	13
1. Objectifs de l'étude	14
2. Les critères d'inclusion	15
3. Les critères d'exclusion	15
4. Outils	15
RESULTATS :	21
A- LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES:	22
A-1 .Caractéristiques sociodémographiques des familles	22
a- la population globale	22
b- particularité du conjoint et de l'enfant	23
A-2. Les caractéristiques sociodémographiques des patients	25
B-LES DIFFERENTS ASPECTS DU RETENTISSEMENT DU CANCER CHEZ LA FAMILLE:	27
B-1. Etude globale :	27
1. Retentissement psychologique	27
2. Retentissement physique	29

tales	29
.....	30
5. Le recours à la médecine populaire	32
6. Le retentissement socioéconomique	33
B-2. Etude en sous-groupe : particularité de l'enfant et du conjoint du cancéreux : 33	
1-La particularité de l'enfant	33
a- Le retentissement psychologique	34
b- Retentissement physique et comportementale	35
2- Particularité du conjoint : retentissement sur la vie de couple	36
a- Retentissement psycho-comportementale	36
b- Retentissement sexuel	38
c- Dialogue et communication dans le couple	40
d- Conséquences sur l'état matrimonial	40
C-CONCLUSION	42
DISCUSSION :	43
1. POURQUOI LE CANCER N'EST PAS UNE MALADIE COMME LES	
AUTRES :	44
2. EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN ONCOLOGIE : ..	47
3.ÊTRE PROCHE DANS LA DURÉE :	49
3-1. le moment de l'annonce et représentation du cancer	49
3.2 La rémission et la guérison	50
3.3. La phase de rechute	54
3.4 Les phases préterminale et terminale	54
4- IMPACT DU CANCER CHEZ LE CONJOINT :	59
4-1 Généralité	59
4-2 Le concept du couple	60
4-3 L'influence du cancer sur le couple.....	62



et cancer	66
sexualité : une détresse silencieuse	67
4-6. Soignant et communication avec le couple	74
5- IMPACT DU CANCER CHEZ L'ENFANT :	77
5-1 Impact psycho-comportementale	77
5-2 Le processus de parentification	78
5-3 La peur d'hériter le cancer	80
5-4 Retentissement sur la sexualité	80
5-5 Influence de la communication à propos du cancer d'un parent	81
6. SOIGNANT ET FAMILLE:	84
7. LES FACTEURS INFLUENCANT L'ADAPTATION FAMILIAL :	87
7.1 Adaptabilité et cohésion	88
7.2 La communication	91
7.3 La phase développementale	93
8. QUELLES AIDES FACE A L'USURE DES PROCHES ?	96
CONCLUSION :	98
RESUMES	100
BIBLIOGRAPHIE	104



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



INTRODUCTION



maladie comme les autres, il reste en effet, ce qui au médecin n'a pas servi de dire à un patient qui n'a pas envie de l'entendre(1) ; Son concept imaginaire constitue toute sa singularité.

En dépit des progrès réalisés en matière de diagnostic, de thérapeutique et de prévention, c'est toujours une maladie grave dont la survenue affecte tous les volets de la vie de l'individu et la dépasse pour atteindre son entourage proche et sa sphère sociale.

Pendant longtemps, la fulgurance de la maladie cancéreuse ne permettait pas de prendre véritablement en compte le rôle des proches de patients, excepté pour la phase terminale et le deuil.

Aujourd'hui, les développements thérapeutiques et techniques ont globalement inscrit cette maladie dans une forme de chronicité où peuvent se succéder pendant plusieurs années des phases de traitements intensifs, de rémissions plus ou moins longues et répétées en cas de récurrences, impliquant considérablement et durablement la famille .

La psycho-oncologie est une composante de la multidisciplinarité des soins en oncologie. Elle s'intéresse essentiellement à l'adaptation psychologique du patient et de sa famille, aux difficultés relationnelles, aux symptômes psychopathologiques générés par la maladie ou les traitements, aux comportements à risque, à la communication soignant-soigné, aux déterminants de l'observance thérapeutique ou de l'alliance thérapeutique...

L'impact du cancer ne se limite pas au seul individu malade. L'on s'accorde aujourd'hui pour dire que prendre en compte le confort , et la qualité de vie d'un patient soigné pour cancer, c'est se pencher à la fois sur les

patient et les membres de sa famille et sur la
modification de l'équilibre familial entraînée par ce cancer.

Être attentif à de telles difficultés du patient et de son conjoint a notamment pour but de prévenir, voir traiter, les manifestations psychopathologiques éventuelles de chaque membre du couple.

Mais aussi de maintenir les membres du couple le plus longtemps et le mieux possible dans leur fonction parentale auprès de leurs enfants, malgré la présence de la maladie.

A travers une étude prospective et descriptive, colligée à l'institut nationale d'oncologie de Rabat, nous allons traiter les différents aspects du retentissement du cancer chez la famille du cancéreux, aussi bien sur le plan psychologique, socio-économique, spirituel et sexuel.



GENERALITES



ement depuis l'origine de la vie. Les premières descriptions connues du cancer datent de la haute Antiquité.

1. ETYMOLOGIE :

- Hippocrate (460-370 av. J.-C.) :

Fit des descriptions précises du cancer et utilisa les termes grecs "carcinos", "carcinoma" pour désigner des ulcérations chroniques ou des grosseurs qui semblaient être des tumeurs malignes et "squirr(h)e" pour désigner une forme de cancer (épithéliome), de consistance dure du fait de la prédominance d'une sclérose avec rétraction des tissus.

D'après le dictionnaire A. Bailly, ces deux termes grecs signifient respectivement :

- "carcinos" : 1) écrevisse, 2) chancre, cancer, tumeur.
- "skirros" : en tant que nom : tumeur dure, en tant qu'adjectif : dur, endurci.

- Celsus (28 av. J.-C. - 50 ap. J.-C.) :

Médecin romain, traduisit le mot grec "carcinos" en "cancer", mot latin signifiant : crabe, écrevisse, chancre.

Le terme "cancer" désignait plutôt des ulcères d'allure maligne avec pénétration profonde tandis que le terme "carcinoma" désignait plutôt des lésions prémalignes et malignes de type plus superficiel.

Entre autres, le terme grec "cacoethes", utilisé tel quel en latin par Celsus pour désigner des tumeurs de stade précoce, signifie en français médical et en tant qu'adjectif : pernicieux, malin; et en tant que nom, il signifie : tumeur

ne. "Cacoethes" provient du mot grec "cacos"

qui signifie "mauvais, sale".

- Galien (130-200) :

Utilisa le terme grec "oncos" pour désigner une grosseur ou une tumeur d'allure maligne.

Il y eut peu de nouveaux termes introduits par la suite pour désigner ces gonflements et tumeurs.

Au début du 19ème siècle "carcinoma" devint synonyme de "cancer" et la terminaison "-oma" fut utilisée pour désigner certaines lésions cancéreuses.

Le mot "cancer" est donc très ancien, et a été associé pendant très longtemps à la souffrance et à la mort et possède actuellement une connotation très péjorative.

La tendance actuelle vise à utiliser plus justement la dénomination de "maladies oncologiques"

2. HISTORIQUE :

L'histoire connue du cancer débuta avec les Egyptiens; elle évolua très lentement au cours des siècles avec une précipitation des connaissances au 17ème siècle grâce aux différentes découvertes et inventions, entre autres, du microscope en 1590 qui permit à la théorie cellulaire de se construire. La médecine moderne et scientifique prit le pas sur la médecine ancienne car elle se débarrassa de toutes les théories anciennes et ne se basa que sur l'observation des faits.

...ré comme une maladie de l'organisme, puis du tissu, puis de l'altération de la cellule et de son noyau avec une multiplication anarchique des cellules.

A partir du début du 20ème siècle, les centres de cancer proliférèrent un peu partout en Europe avec, pour la première fois dans l'histoire, multidisciplinarité, c'est-à-dire, concentration de disciplines différentes (chirurgie, radiothérapie, laboratoires de recherches, chimiothérapie...) pour combattre la même maladie.

Les connaissances et le traitement du cancer progressèrent à pas de géants : en 1895, la découverte des rayons X, et en 1898 la découverte de la radioactivité bouleversèrent les thérapeutiques; par la suite, la chimiothérapie qui utilise différentes drogues pour tuer les cellules malignes, se développa et continue toujours de se perfectionner; une thérapeutique plus récente, l'immunothérapie, aide l'organisme à attaquer les cellules néoplasiques; il y a aussi les marqueurs biologiques qui sont des substances que l'on retrouve dans les humeurs des patients atteints de certains cancers (cette détection précoce permet de traiter le cancer à un stade débutant); l'imagerie médicale se dote d'appareils de plus en plus sophistiqués et performants (IRM, Pet scanner); on tente aussi de déterminer le profil génétique des tumeurs et de corrélér celui-ci à l'efficacité du traitement entrepris. Cette approche permettra de faire des traitements "sur mesure" et donc plus efficaces.

Un jour viendra, du moins nous l'espérons, où ce fléau sera totalement vaincu grâce aux efforts conjugués des oncologues médicaux, des radiothérapeutes, des chirurgiens, des biologistes, et bien d'autres disciplines....

R :

Le cancer est le résultat de la prolifération anarchique de cellules anormales de l'un de nos organes. Les tumeurs qui en résultent sont dites malignes quand ces cellules peuvent essaimer dans l'organisme. Quand une telle cellule arrive dans un organe à distance, elle peut :

- Soit être acceptée et se multiplier en donnant une tumeur « fille », cette tumeur secondaire est appelée métastase de la tumeur de départ, dite primitive.
- Soit être détruite par le système de défense immunitaire.

Pour devenir cancéreuse, une cellule doit subir des transformations successives, et chaque division cellulaire peut entraîner la mort de la cellule anormale et l'arrêt du processus cancéreux.

Quand une cellule anormale a réussi à se diviser, elle est l'origine d'un clone tumoral, qui peut encore être éliminé par le système immunitaire.

Si rien n'arrête la prolifération de la cellule cancéreuse, elle va se diviser selon un rythme de doublement moyen de 60 à 100 jours.

Pour atteindre un gramme, c'est-à-dire un milliard de cellules, il faut pour la plupart des cancers, 30 temps de doublement, donc en moyenne 60 à 90 mois (5 à 8 ans). Quand une tumeur est cliniquement décelable, elle existe donc depuis plusieurs

La psycho-oncologie est un domaine passionnant qui a pour objet la prise en compte des dimensions psychologiques, psychiatriques, comportementales, familiales et sociales en relation avec un cancer, elle s'exerce dans le quotidien du soin en cancérologie, en synergie avec les autres professionnels(2).

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

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

Elle intervient auprès du patient mais aussi de sa famille. Elle tient compte des effets neuropsychologiques de la maladie et/ou des traitements, mais aussi des conséquences sur les modes de vie, de penser, les relations aux autres(2).

Dans le cadre des « soins de support » elle permet une meilleure prise en compte de la dimension psychosociale dans le processus de décision.

La collaboration régulière avec les autres soignants assure une sensibilisation et une formation réciproque aux enjeux de la communication dans la relation soignante.

La proximologie est une approche pluridisciplinaire au carrefour de la médecine, de la sociologie et de la psychologie, Néologisme composé du mot latin *proximus* qui signifie « proche » et du mot grec *logos* qui signifie « discours, parole », qui a comme objet central d'étude et de réflexion l'entourage des personnes malades ou dépendantes(3).

Elle s'inscrit dans une réflexion globale sur nos systèmes de soins et les différents acteurs de la santé. Elle cherche notamment à mieux comprendre la nature du lien et des relations qui unissent une personne atteinte d'une pathologie chronique lourde, ou handicapée, avec ses proches (famille, voisins, amis...)(3).

Selon Hugues Joublin, qui a écrit *Proximologie, regards croisés sur l'entourage des personnes malades, dépendantes ou handicapées*, l'originalité de cette discipline est « *dévisager la présence et le rôle de l'entourage comme des éléments déterminants de l'environnement du patient, donc de l'efficacité des soins et de sa "prise en charge" ».*

Elle invite donc à porter un regard nouveau sur le retentissement réel des pathologies et sur leur prise en charge quotidienne.

6. QUELLE PLACE POUR LE PROCHE EN CANCEROLOGIE :

Une très grande majorité des études sur les proches des patients concernent les familles des patients âgés et/ou atteints d'un trouble mental (4) ou encore les familles d'enfants souffrant d'une maladie somatique grave. L'objet d'étude et d'observation de ces travaux est donc l'entourage des personnes dites « incapables ».



Le cancer est dans la plupart des cas très autonome psychologiquement et demeure l'interlocuteur privilégié des soignants. Le nombre de recherches sur les proches est relativement peu important en cancérologie(5,6).

Un autre facteur explicatif à cette carence en recherches est d'ordre épidémiologique : il y a vingt ans, on mourait beaucoup plus vite du cancer. La fulgurance de la maladie ne laissait pas le temps de se questionner sur le rôle et la place des proches auprès des patients, sauf pour la phase terminale et le deuil(2).

En cancérologie, les cliniciens ont très rapidement été confrontés aux répercussions de la maladie sur les proches et, dès 1984, des études montrent que sur le plan psychique le conjoint peut avoir des inquiétudes plus aiguës que le patient à propos de la mort (7), et qu'il peut se sentir négligé ou isolé (8).

Il a été montré également un niveau de dépression et d'anxiété aussi élevé chez les proches que chez les malades (9).

Sur un versant somatique, le diagnostic lui-même, mais aussi l'évolution de la maladie peuvent agir sur le niveau de santé des proches (4). Dans l'étude de Wellish (10), des troubles du sommeil sont rapportés dans 40%des cas, une diminution de l'appétit est signalée dans 26% des cas ainsi que des capacités de travail perturbées (42%). Saltel (11) fait apparaître clairement « que les symptômes de stress (maux de tête, somatisation) sont plus importants chez le conjoint que chez le patient : seule la fatigue du patient est supérieure à celle du conjoint.

par les mêmes aspects, et, de manière générale,
« le proche est beaucoup plus préoccupé que le patient lui-même ».

Ainsi, prenant en compte leur rôle d'aide, mais aussi les difficultés qu'ils rencontrent, Nous pouvons dégager deux tendances principales :

- prise en compte du proche comme « co-patient ». S'il ne souffre pas de la maladie cancéreuse, certains auteurs le voient comme un «malade caché», dont la souffrance est spécifique (12) ;
- prise en compte du proche comme « co-thérapeute» du malade. Pour Nijboer (4), il peut même être considéré comme «premier fournisseur de soins». Il devient un véritable relais des soignants qui permet d'améliorer le suivi des malades.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



MATERIEL ET METHODES :



ative, descriptive, colligée à l'Institut National

Elle a été menée sur une période s'étalant sur 12 mois, allant de Janvier à Décembre 2009, portant sur 150 familles, incluant au total 378 membres, comportant aussi bien les enfants, les conjoints, ainsi que les autres membres de la famille : mères, pères, sœurs et frères.

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

1- Objectifs de l'étude :

➤ Objectif primaire :

Notre étude est tout d'abord une étude globale dont l'objectif est de décrire les différents aspects de l'impact du cancer chez la famille du cancéreux : d'une part l'impact psychologique, comportemental et socio-économique, et d'autre part le retentissement sur la religiosité et le recours à la médecine populaire.

Ensuite, une analyse en sous groupe a été réalisée afin de dégager la particularité de cet impact chez l'enfant ainsi que chez le conjoint particulièrement la sexualité.

➤ Objectif secondaire :

L'objectif secondaire est de comparer ce retentissement chez la famille, à celui chez le patient à travers les résultats de grandes études menées à l'Institut National d'Oncologie de Rabat

n :

- Consentement éclairé des patients et de leurs familles qui ont été préalablement renseignés sur l'objectif du travail mené et sur la confidentialité du questionnaire.
- Le lien de parenté au patient : conjoint(e), fils (fille) , mère ,père , frère , sœur .
- Famille du Patient qui est :
 - Suivi pour cancer confirmé histologiquement, quel que soit le stade.
 - En cours de traitement, ou en cours de suivi pour sa maladie.
- L'enfant du malade doit être âgé de plus de 10 ans.
- Présence des parents et accompagnement de leurs enfants tout le long de l'interrogatoire pour les enfants âgés de 10 à 15 ans.

3-Les critères d'exclusion :

- Présence ou antécédent de trouble psychiatrique.
- Famille refusant de répondre au questionnaire.

4- Outils :

Un questionnaire remplis par le médecin en collaboration avec les sociologues et psychologues de l'INO, comprenant les rubriques suivantes:

- Caractéristiques socio- démographiques des membres de la famille:
 - ✓ Age
 - ✓ Sexe

- ✓ Niveau d'instruction
- ✓ Milieu de provenance
- ✓ Revenu mensuel
- ✓ Couverture sociale
- Retentissement psychologique :
 - ✓ Degré du traumatisme initial et du déni
 - ✓ Degré de compréhension et d'acceptabilité
 - ✓ Angoisse de la perte du proche
 - ✓ Sentiment de culpabilité
 - ✓ Peur d'hériter le cancer
 - ✓ Peur de contagion
 - ✓ Obsession d'avoir un cancer
- Retentissement physique :
 - ✓ Trouble de sommeil
 - ✓ Trouble d'alimentation
- Conduites comportementales :
 - ✓ Replis sur soi
 - ✓ Agressivité
 - ✓ Dépendance

centes, majorées, arrêtées.

type de drogue : tabac , cannabisme ,alcool

▪ Retentissement spirituel :

✓ Croyant en dieu : pratiquant

non pratiquant

✓ Non croyant

✓ Le changement actuel après la maladie :plus pratiquant, moins pratiquant

▪ Se diriger vers la médecine traditionnelle (les plantes) :

✓ Spontanément sans avoir pris l'accord du patient

✓ A la demande du patient

▪ Se diriger vers le fquih, les marabouts, ou les charlatans :

✓ Spontanément sans avoir pris l'accord du patient

✓ A la demande du patient

▪Le retentissement socio-économique :

✓ Adapté

✓ Dépassé

✓ Vente de biens : maison, terrain, objets précieux

✓ Crédit :

Famille

Banque

Le retentissement du cancer sur la sexualité et la communication au sein du couple : « particularité du conjoint »

- Le cancer affecte la vie sexuelle : oui, non

Si oui :

Diminution de la fréquence des rapports sexuels

Diminution de la satisfaction sexuelle

- Cause psychologique :

- ✓ Baisse de la libido
- ✓ Baisse du désir sexuel
- ✓ Peur de contagion (exprimée par le conjoint ou par le malade cancéreux).

- Cause physique :

*Malade femme :

- ✓ Mastectomie
- ✓ Raccourcissement vaginal
- ✓ Sécheresse vaginal
- ✓ Dyspareunie
- ✓ Incontinence urinaire
- ✓ Fistule vésico-vaginale et rectovaginale
- ✓ Autres

- ✓ Trouble d'érection
- ✓ Trouble d'éjaculation
- ✓ Incontinence urinaire
- ✓ Stomie digestive ou urinaire
- La relation avec le conjoint :
 - ✓ Dialogue
 - ✓ Tabou
 - ✓ Demande de séparation / divorce :
 - Par le conjoint
 - Par le malade
 - ✓ Demande de se remarier
 - ✓ Pratique sexuelle alternative

Les enfants ont été interrogés par un questionnaire adapté :

- Le retentissement psychologique :
 - ✓ Dénî
 - ✓ Acceptabilité et compréhension
 - ✓ Sentiment d'abandon
 - ✓ Angoisse de la perte du parent
 - ✓ L'angoisse d'avoir un beau père ou une belle mère
 - ✓ La culpabilité d'être responsable de la maladie du parent



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

d'un cancer

- ✓ La peur d'hériter le cancer
- Les troubles physiques et comportementaux :
 - ✓ Enurésie
 - ✓ Encoprésie
 - ✓ Cauchemars et terreurs nocturnes
 - ✓ Troubles alimentaires
 - ✓ Régression des aptitudes scolaires
 - ✓ Isolement par rapport aux camarades ou amis
 - ✓ Dépendance à la mère
 - ✓ Processus de parentification : bénin, malin
 - ✓ Les habitudes toxiques : récentes, majorées, arrêtées
- Type de drogues : tabac, cannabisme, alcool
- ✓ Repli sur soi et isolement
- ✓ Agressivité
- Retentissement sur les projets d'avenir



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



RESULTATS :



S SOCIO-DEMOGRAPHIQUES:

A-1 .Caracteristiques socio-démographiques des familles :

a- Population globale :

Sur 150 familles, 378 membres ont été interrogés:

Quarante huit pour cent 48% sont de sexe masculin, et 52% sont de sexe féminin,

Incluant 99 conjoint (26%), 194 enfants (51%), 26 mères (7%), 6 pères (2%), 42 sœurs (11%), et 11 frères (3%).

Tableau 1 : les caractéristiques socio-démographiques des familles interrogées

		Nombre	Pourcentage
Sexe	Masculin	182	48%
	Feminin	196	52%
AGE	INF 20	127	34%
	20-45	138	36%
	SUP 45	113	30%
Lien de parenté	Conjoint	99	26%
	Enfant	194	51%
	Père	6	2%
	Mère	26	7%
	Sœur	42	11%
	Frère	11	3%

Le niveau scolaire de cette population est très variable :

- ❖ 23% (88 cas) sont analphabètes
- ❖ 35,7% (135 cas) ont un niveau scolaire moyen
- ❖ 34, 3% (130 cas) sont des enfants en cours de scolarité
- ❖ 7% (25 cas) sont universitaires.

us prédominante (70%), alors que 30% des

La médiane d'éloignement par rapport à l'institut est de 200 Km, avec un trajet de plus de 2 heures et demi.

Les caractéristiques socio-économiques des familles :

60% sont au chômage, 40% parmi ces membres sont femmes au foyer.

Le revenu mensuel fluctue entre les familles indigentes qui n'ont aucune ressource financière et celles dont le revenu atteint 7000 DH, avec une médiane de 1500 DH.

b- Particularité du conjoint et de l'enfant du cancéreux:

Les conjoints : 99 (26%)

Notre population comprend 99 conjoints, dont 68% sont de sexe masculin, 32% sont de sexe féminin.

Trente six pour cent (36%) sont âgés de moins de 45 ans, et soixante quatre pour cent (64%) sont âgés de plus de 45 ans.

Le niveau scolaire est variable : 44% sont analphabètes, contre seulement 6% qui sont universitaires, et 50% ont un niveau scolaire moyen.

Caractéristiques socio-démographiques des conjoints

		Nombre	Pourcentage
Sexe	Masculin	67	68%
	Feminin	32	32%
AGE	INF 45	36	36%
	SUP 45	63	64%
NIVEAU D'ETUDE	Analphabète	44	44%
	Scolarisé	49	50%
	universitaire	6	6%

Les enfants : 194 (51%) :

Les enfants représentent la plus large population : 51% (194 enfants).

Cette population comprend 101 enfants de sexe masculin, 93 enfants de sexe féminin ; Leur âge est moins de 15 ans dans 26% des cas, entre 15 et 20 ans dans 44% des cas, et supérieur à 20 ans dans 30% des cas.

Concernant leur niveau scolaire :

La majorité sont en cours de scolarité (67%), 7% reçoivent un enseignement universitaire, mais 24% ont quitté l'école, et 2% sont analphabètes (âgés de plus de 20 ans)

Tableau 3 : les caractéristiques sociodémographiques des enfants

caractéristique sociodémographiques des enfants (194)			
		Nombre	Pourcentage
Sexe	Masculin	101	52%
	Feminin	93	48%
AGE	inf à 15	50	26%
	15 à 20	86	44%
	SUP 20	58	30%
NIVEAU D'ETUDE	Analphabète	4	2%
	Scolarisé	130	67%
	Non Scolarisé	47	24%
	Univaisitair	13	7%

ciodémographique des patients :

Sur 150 patients : 33% sont de sexe masculin, 67% sont de sexe féminin.

Ils sont mariés dans 67% des cas (99 cas), célibataires dans 18% des cas (27 cas), veuf dans 5% des cas (8 cas), des femmes divorcés dans 5% des cas (8 cas) et sont des femmes abandonnées dans 5% des cas (8 cas) également .

Quatre vingt pour cent (80%) ont un niveau socio-économique bas, et quatre vingt six pour cent (86%) n'ont pas de couverture sociale.

Tableau 4 : caractéristiques socio-démographiques des patients.

		Nombre	Pourcentage
Sexe	Masculain	50	33%
	Fenimain	100	67%
AGE	inf 25	11	7%
	25-45	70	47%
	sup 45	69	46%
Situation Familiale	Marié	100	67%
	celibataire	27	18%
	Divorcé	8	5%
	veuf	8	5%
	abandoné	7	5%
Couverture sociale	OUI	15	10%
	NON	135	90%
Niveau Socio-Economique	bas	120	80%
	moyen	24	16%
	elevé	6	4%

❖ La répartition du cancer selon les localisations :

Notre population est hétérogène, traitée pour plusieurs types de cancers, à localisations différentes :

- Le cancer du sein est le plus prédominant 26% (41 cas), suivi du cancer du col utérin qui représente 17% (26 cas).

représentent 14% (21 cas), avec une prédominance masculine (14 sont de sexe masculin).

- les lymphomes sont également fréquents 12% (18 cas).
- Le cancer du cavum (nasopharynx) est la tumeur maligne la plus fréquente des cancers ORL qui représentent 8% (10 cas).
- les sarcomes osseux et des parties molles représentent 7%(10 cas) .
- le sixième rang est occupé par les tumeurs germinales qui représente 5%(8 cas), et les cancers bronchiques représentant 4%(6 cas) .
- 7% sont des tumeurs plus rare comme : les tumeurs cérébrales, le cancer de la thyroïde, les tumeurs de la vessie, représentent 7%.

B-1 .Etude globale :

1. Retentissement psychologique :

L'annonce du cancer représente un moment traumatique et précipite la famille dans une crise émotionnelle aigue :

Le traumatisme et déni initial sont majorés dans : 76,1% des cas :

- Chez 97% des conjoints de sexe féminin
- Chez 19% des conjoints masculins
- Chez 100% des enfants
- Chez 60% du reste de la famille.

Après une phase de déni conscient du cancer à son annonce, la plus part des membres de la famille, l'acceptent progressivement par la suite, mais à des degrés différentes :

L'acceptabilité et la compréhension sont difficiles dans : 74,3% des cas :

- Chez 91% des conjoints de sexe féminin
- Chez 10% des conjoints de sexe masculin
- Chez 100% des enfants
- Chez 60% du reste de la famille.

L'affection cancéreuse introduit principalement le risque de perte et de séparation.

nance pour les liens d'attachement, ainsi dans

L'angoisse de la perte du proche est présente dans : 93% :

- Chez 94% des conjointes de sexe féminin
- Chez 70% des conjoints de sexe masculin
- Chez 100% des enfants
- Chez 95% du reste de la famille.

Le sentiment de culpabilité lié au fantasme d'être responsable de la maladie du proche est présent dans 64,81% :

- Chez 94% des conjoints de sexe féminin
- Chez 15% des conjoints de sexe masculin
- Chez 90%des enfants
- Chez 37% du reste de la famille.

Cette culpabilité était exprimé la plupart du temps par : « c'est à cause de moi que ma mère est malade ... je n'était pas un enfant obéissant.. » , ou bien : « je n'avais pas assez de moyen pour qu'elle puisse consulter au moment des premiers symptômes » , et aussi : « à vrai dire j'avais négligé les premiers symptômes et je n'avais pas insister pour qu'il consulte au moment convenable..» .

L'obsession d'avoir un cancer est présente dans : 37,3%

- Chez 62% des conjoints de sexe féminin
- Chez 37% des conjoints de sexe masculin

enfants

- Chez 54% des mères et sœurs

Absente chez les pères et frères.

Cette obsession se manifeste surtout chez des femmes, dont la plus part possèdent préalablement un terrain anxieux sous-jacent.

2-Retentissement physique :

Les troubles de sommeil et alimentaires sont présentes chez 67 ,7% :

- Chez 69% des conjointes de sexe féminin
- Chez 33% des conjoints de sexe masculin,
- Chez 77% des enfants
- Chez 71% du reste de la famille.

3- Conduites comportementales :

47,3% des membres présentent un isolement et un repli sur soi

- Chez 45% des conjoints de sexe masculin
- Chez 81% des conjoints de sexe féminin
- Chez 51% des enfants
- Chez 19% du reste de la famille

L'agressivité est manifestée dans 49,2% des cas

- Chez 92% des conjoints de sexe masculin
- Chez 90% de conjoint de sexe féminin

enfants

- Chez 20,5% du reste de la famille.

Cette agressivité est exprimée au sein de l'entourage familial et amical, en outre entre la famille et le personnel soignant engendrant des problèmes de complaisance aux traitements peuvent compromettre ainsi la poursuite des soins, le refus des investigations médicales, le manque d'adhésion aux règles de l'institution hospitalière, et éventuellement des alliances avec d'autres familles contre l'équipe médicale.

Les habitudes toxiques sont :

Majorés chez 78% des membres de famille adulte de sexe masculin, et chez 2% de sexe féminin : tabac, cannabisme, haschisch, et alcool

Récentes chez 15% des enfants.

Sont arrêtés chez 14% des membres de familles.

Les personnes ayant arrêté leurs habitudes toxiques :

Ont rapporté une augmentation de la ferveur de leur foi en dieu.

4- Retentissement spirituel :

Toute la population étudiée est musulmane croyante en dieu , 87% sont pratiquants et 13% sont non pratiquants (dont 9% sont de sexe masculin ,et 4% sont de sexe féminin).

Quatre vingt dix-sept pourcent 97% ont rapporté un changement de leur degré de foi en dieu, en faveur d'une augmentation de sa ferveur, considérant le cancer du proche comme étant un test du bon Dieu dans leur vie.

té par :

- La pratique régulière de prière
- La lecture ou l'écoute de coran
- Les louanges au bon Dieu
- Le port de « Hijab » chez 60% des proches de sexe féminin, surtout les filles et les conjointes.

Les habitudes de vie ont aussi changé dans le sens, ou ces membres de famille ont arrêté leurs habitudes toxiques, notamment de consommation d'alcool et de tabac,

Et juste 1,5% sont devenus moins croyants et sont de sexe féminin.

Pour comparer le retentissement spirituel du cancer chez la famille et celui du patient cancéreux lui-même, on se basant sur les résultats d' une grande étude, menée également à l'INO, incluant 1600 malades âgés entre 18 et 80 ans (13), 2 groupes de patients ont été distingués dans cette grande population:

- Un groupe croyant et non pratiquant avant la survenue du cancer, devenu pratiquant pour la quasi-totalité des patients, en accomplissant les prières quotidiennes, les rites, et les devoirs propres à l'Islam. Les patients de ce groupe ont éprouvé des sentiments de culpabilité, en percevant le cancer comme étant un châtiment divin, et qu'ils étaient de mauvais musulmans dans leur passé.

Quelques patients ont même présenté des pratiques d'extrémisme.

- Un autre groupe croyant et pratiquant, a accepté facilement le cancer, en le considérant comme étant un test du bon Dieu dans leur vie, et ont

religieuses de façon plus régulière qu'avant le

5-Le recours à la médecine populaire :

Quatre vingt-dix pour cent 90% des familles, ont eu recours à la médecine populaire ce recours est spontané sans avoir pris l'accord du patient dans 39%, et après avoir pris l'accord du patient dans 51% des cas.

Il s'agit de la médecine traditionnelle usant des plantes médicinales traditionnelles, pratiqué par «laachab», avec une tendance actuelle à se procurer des plantes médicinales à travers les médias ; spécialement « kant el hakika » qui programme l'émission de Mr El Hachimi ; ce dernier utilise des mélanges à base de plantes, sans vouloir préciser leur nature, ainsi on n'a pas pu préciser la nature des plantes.

Elle constitue une solution alternative avant, après, ou en cours de traitements médicaux.

Ces plantes médicinales intéressent actuellement une majorité des familles marocaines, y compris les personnes cultivés et les universitaires.

En ce qui concerne la médecine populaire pratiquée par les « Fquih » et les marabouts est de moins en moins utilisé, elle constitue l'alternative pour les familles analphabètes et les pauvres.

En outre, il a été démontré selon Errihani et al. (14) dans son étude analytique qui a inclut 1000 patients, à grand échelle (entre 18 et 80 ans), que 7% ont eu recours à cette pratique avant de consulter un médecin, et que 19% des malades utilisent de façon concomitante la médecine scientifique et la médecine traditionnelle sans pouvoir l'avouer au médecin traitant.

ioéconomique :

La survenue du cancer a été à l'origine de charges financières importantes, comprenant les frais médicaux à la charge des patients ainsi que les frais de déplacement qui sont nécessaires à la poursuite du traitement.

Les difficultés financières sont omniprésentes et rapportées constamment par toutes les familles quel que soit leur régime sanitaire et le niveau de leurs revenus.

Quatre vingt cinq pour cent (85%) des familles sont financièrement dépassées, certains ont eu recours au crédit bancaires (30%), d'autres ont préféré prendre des crédits au près de la famille (70%). Trente pourcent (30%) des familles ont été obligés de vendre leurs biens (bijou, terrain, maison).

Parmi nos patients, 58% ont pu recevoir leur traitement grâce à la solidarité familiale, et 17% grâce à des bienfaiteurs.

B-2. Etude en sous-groupe : particularité de l'enfant et du conjoint :

1-La particularité de l'enfant du cancéreux:

Les parents marocains atteints de cancer éprouvent parfois de grandes difficultés à communiquer avec leurs enfants sur ce sujet.

Ainsi 20% des enfants ne sont pas au courant de la nature cancéreuse de la maladie de leur parent, ce choix de silence relève d'une volonté de protéger ses enfants de l'angoisse de la maladie.

Notre questionnaire n'intéresse que les enfants qui sont déjà au courant de la nature cancéreuse de la maladie du parent (80%).

psychologique :

Les enfants dont un parent est atteint de cancer sont susceptibles d'éprouver une détresse importante, et sont particulièrement perturbés, et ce d'autant plus qu'ils sont jeunes.

Ainsi dans notre population :

Le choc et le traumatisme initiale est intense chez tous les enfants, ainsi que l'angoisse de la perte du proche.

Le sentiment d'abandon est présent chez 87% des enfants, face à des parents qui n'ont plus la même disponibilité.

Le sentiment de culpabilité lié au fantasme d'être responsable de la maladie du proche est présent dans 90% des cas.

L'angoisse d'avoir un beau père ou une belle mère est présente chez 54% des enfants :

Quarante et un pour cent (41,2%) sont féminins

Douze pour cent (12,8%) sont masculins

Cette angoisse est plus importante lorsque la mère est le parent malade.

Quarte vingt pour cent (80%) des enfants de sexe féminin, présente une peur d'hériter le cancer, contre juste 14% des enfants de sexe masculin.

Ceci concerne principalement les filles dont les mères sont atteintes d'un cancer du sein surtout les adolescentes plutôt que préadolescentes ou adultes.

Soixante dix sept pourcent des enfants 77%, ont été amenés à assumer des responsabilités plus importantes dans leurs familles, en prenant le rôle du « parent du parent » : c'est le processus de parentification.

enfants, traduisait ainsi une solidarité bien

Malin et destructive chez 23% des enfants (ex1 et 2) : lorsqu'il présentait des contraintes qui dépassent les capacités d'adaptation des enfants.

Ex1 : un enfant (masculin) âgé de 14 ans, ayant quitté l'école après la maladie de sa mère, pour travailler. Il accompagne sa mère régulièrement au cour de son hospitalisation, il prend soins d'elle, il se charge d'acheter sa chimiothérapie, et d'assurer toutes ses dépenses financières.

Ex2 : une fille âgée de 19 ans, actuellement non scolarisée ; après la maladie de sa mère elle est chargée de plusieurs taches : d'une part elle doit assurer tous les charges domestiques, prendre soins de sa mère malade et de ses petits frères et sœurs (4) , d'une autre part elle doit accompagner et prendre en charge sa mère à l'hôpital ; (cette jeune fille souffre d'une énurésie, intermittente d'installation récente).

b- Retentissement physique et comportementale :

Les enfants peuvent éprouver plusieurs troubles comportementaux :

L'énurésie est présente chez 30% des enfants:

9,4% sont masculin et 20,6% sont féminin.

Cette énurésie intéresse aussi bien les enfants, les préadolescents ainsi que les adolescents et même les jeunes adultes.

Alors que L'encoprésie n'a pas été rapporté dans notre population.

Les troubles du sommeil, et alimentaire étaient présents chez 74% des enfants masculins et chez 85% des enfants féminins.

provoquant une régression des aptitudes scolaires dans 30% des cas.

Soixante dix pour cent 70% des enfants ont rapporté un repli sur soi et un isolement par rapport aux amis, avec une dépendance excessive à la mère.

Il a été observé que, sur 101 enfants de sexe masculin :

- Onze pour cent (11%) de jeune adulte ont majoré leurs habitudes toxiques : tabac, alcool, cannabis ou Haschisch.
- Avec apparition d'habitudes toxiques récentes chez 15% des adolescents.

Les projets d'avenir ont été annulés chez 70% des enfants, ceci est dû essentiellement aux dépenses coûteuses du traitement.

Notre étude montre malheureusement que les parents ne font pas appel au service d'aide psychologique pour leurs enfants ; excepté pour une seule jeune fille âgée de 21 ans qui est suivie, depuis le diagnostic de cancer de son père pour anxiété.

2- Particularité du conjoint : retentissement sur la vie de couple :

a- Retentissement psycho-comportementale :

Le diagnostic de cancer précipite le couple marocain dans une crise émotionnelle aiguë, déclenchée par la menace de perdre son proche et la remise en question des fantasmes d'immortalité.

Dans notre population le sexe du conjoint paraît une variable à prendre en compte ;

Les femmes exprimaient et manifestaient plus de compréhension et de gestes de tendresse, que l'homme, envers leur conjoint malade.

Par ailleurs, elles ont une tendance à présenter une détresse émotionnelle, et ce plus que les hommes (conjointes).

Ainsi, le traumatisme et déni initial sont majorés : chez 97% des conjointes de sexe féminin, et seulement chez 19% des conjoint masculins.

L'acceptabilité et la compréhension sont difficiles chez : 91% des conjointes de sexe féminin, contre 10% des conjoints de sexe masculin.

Le sentiment de culpabilité lié au fantasme d'être responsable de la maladie du conjoint est présent : chez 94% des conjointes de sexe féminin et seulement chez 15% des conjoints de sexe masculin.

L'angoisse de la perte du proche est présente chez 94% des conjointes de sexe féminin et chez 70% des conjoints de sexe masculin.

L'obsession d'avoir un cancer est présente chez 62% des conjoints de sexe féminin, et chez 37% des conjoints de sexe masculin.

Les femmes (conjointes) présentent plus de trouble de sommeil et d'alimentation : (69%) en comparaison avec les hommes (conjointes) (33%).

Concernant les troubles comportementaux :

Aussi bien conjoint femme et homme devient agressive après le diagnostic du cancer de leur conjoint.

Les femmes présentent surtout un repli sur soi et un isolement vis-à-vis de l'entourage.

ent leurs habitudes toxiques.

b- Retentissement sexuel :

L'influence du cancer sur la sexualité représente au Maroc, un sujet délicat et peu exploré où le tabou du sexe s'associe à la crainte magique du cancer.

Quatre vingt quatorze pour cent (94%) des conjoints sexuellement actives ont déclaré que le cancer a affecté leur vie sexuelle.

Diverses causes physiques et psychologiques ont été rapportées.

Les causes sont psychologiques dans 61% des cas :

Quarante cinq pour cent 45% des conjointes (femmes) rapportent une baisse du libido, contre seulement 15% des conjoints (hommes).

La baisse du désir sexuel est déclaré par 45% des conjointes (femmes) , et par 36% des conjoints(homme).

Lorsque le cancer touche la sphère gynécologique, les conjoints s'inquiètent sur le risque de contagion, la croyance que le cancer est une maladie contagieuse est encore répandue dans certains milieux marocains.

Ainsi certaines patientes atteintes de cancer du col utérin ne sont ainsi plus approchées par leur mari par peur de contagion.

A travers l'interrogatoire des conjoints plusieurs croyances irrationnelles sont détectés :

« Faire l'amour va réactiver le cancer » ; un conjoint demande si faire l'amour avec sa femme pourrait activer les hormones et « réactiver » ainsi son cancer ; « Refaire l'amour va fatiguer mon conjoint » ; une conjointe croit que

si prendre de l'énergie, qu'ils devraient mettre

au service de la guérison.

Les causes sont physiques dans 45% des cas :

Sont relié à la modification de l'image du corps secondaire directement à la maladie ou au traitement mutilant, ainsi qu'à leurs effets secondaires.

Ainsi chez les conjoints de sexe masculin (patiente sexe féminin) : les principales causes physiques sont :

- la mastectomie (26%)
- la sécheresse et le raccourcissement vaginale (17%)
- l'alopecie (40%).
- La douleur (28%) .

Chez les conjoints de sexe féminin (patient de sexe masculin) les causes physiques rapportés sont :

- les trouble d'érection (60%)
- les troubles d'éjaculation (13%)
- les stomies digestives ou urinaire (28%)
- La douleur (26%).

Ainsi dans notre population, les problèmes sexuels existent lors d'une atteinte cancéreuse, quelque soit l'organe atteint, aussi bien lors de l'atteinte de la sphère génitale, et lors des cancers : digestives, pulmonaires, ou hématologiques.

munication dans le couple :

Le dialogue est la communication au sein du couple sont affectés dans 67% des cas.

La sexualité reste un sujet tabou chez 88% des couples, par honte ou pudeur en rapport avec la ténacité des traditions et les tabous de notre civilisation, encore conservatrice quant à ce thème.

f- Conséquences sur l'état matrimonial :

Chez les conjoints hommes :

Vingt sept conjoints désire se remarier, et dix sept ont demandé le divorce.

Cinq patientes ont demandé au mari de se remarier, et une a demandé le divorce.

Beaucoup de femmes ont été laissée par leur mari (16 femmes). Dans les cas du cancer du sein ou du col utérin, il y avait 8 cas de divorce et 8 cas d'abandon.

Huit conjoints ont eu recours aux pratiques sexuelles alternatives.

Chez les conjointes femmes :

Une seule conjointe a demandé le divorce.

Si certains hommes fuient, on ne retrouve pas de conduite en miroir chez les femmes, qui elles, ne quittent pas leur mari parce qu'il a un cancer, mais au contraire l'appuient.

concordent avec les résultats d'autres études,
l'INO :

Selon une étude réalisé entre 1985 et 1999, mené à l'INO incluant 600 patientes traitées pour un cancer du sein, 58% des femmes étaient mariées, et 17% divorcées ; dont 41% de ces dernières, ont divorcé après l'annonce du cancer (15).

En 2007, une étude transversale menée par Errihani et al, à l'INO, avait pour but l'évaluation de l'impact du cancer sur la sexualité (16). L'étude a inclut 97 patients, dont 84% femmes, ayant un âge médian de 45ans, et chez lesquelles, les cancers impliquant un organe sexuel et/ou génital étaient de 58%.

Selon les résultats de cette étude, 67% des personnes sexuellement actives ont déclaré que le cancer a affecté leur vie sexuelle.

20% des personnes mariées ont vu leur statut matrimonial changer après le diagnostic.

La plupart des praticiens (médecins et infirmiers) interrogés (97%) pensent que l'amélioration de la vie sexuelle des patients améliorerait leur qualité de vie. Les causes évoquées par le personnel pour expliquer leur absence de communication sur le sujet sont : l'absence de demande du patient : dans 50% des cas; difficultés de communication sur le sujet : 42% ; conditions de travail et contraintes pratiques : 42% ; absence d'intimité avec le patient : 50%.

A vu de nos résultats, le cancer du proche, affecte profondément et douloureusement tous les membres de la famille ; sur divers plan : psycho-comportemental et socioéconomique ; induisant une détresse émotionnelle, inhibant parfois leurs mécanismes d'adaptations, particulièrement chez les femmes (conjointes) et l'enfant.

Ce qui abouti d'une part, à une majoration d'habitude toxique, surtout chez les hommes, et d'une autre part à un changement de degré de la foi en dieu en faveur d'une augmentation de sa ferveur.

En parallèle notre population a eu recours à la médecine populaire, les plantes traditionnelles, les fquih et marabouts, parfois sans avoir l'accord du patient.

Ce ci nous incite à être vigilant à l'égard de cette détresse émotionnelle, pour but de prévenir voir traiter les manifestations psycho-pathologique éventuelles, et aussi de maintenir les membres du couple le plus long et le mieux possible dans leurs fonctions auprès de leurs enfants, malgré la présence de la maladie.



DISCUSSION :



LE CANCER N'EST PAS UNE MALADIE COMME

Le cancer apparaît actuellement comme le paradigme du fléau médical : il est en effet la seule maladie dont on peut parler en terme de calamité et qui est à la fois répandue et imprévisible (au contraire du sida qui ne nous apparaît pas pouvoir dans nos sociétés, remplir les conditions d'un fléau du fait de sa fréquence plus faible et surtout de la possibilité de prévenir sa transmission). On peut ajouter comme le souligne P. Moulin (17), que le cancer est synonyme de mort sociale, c'est-à-dire qu'avant la mort biologique, il détruit l'ensemble des rôles familiaux et socioprofessionnels habituels de l'individu. Sur le plan de l'imaginaire collectif, le cancer entraîne une « mauvaise mort » : lente, inéluctable, dégradante, mutilante, invalidante, douloureuse et solitaire. Au contraire de la crise cardiaque, archétype de la « belle mort ».

La maladie cancéreuse affecte non seulement l'individu qu'en est atteint mais aussi les membres de la famille.

La famille est en effet le lieu des relations affectives les plus proches et l'apparition ou la présence d'une maladie chronique la bouleverse inmanquablement.

L'anxiété d'un membre de la famille se transmet aux autres membres et peut modifier les relations intrafamiliales.

La dynamique familiale (microsystème), le mode d'adaptation de chacun de ses membres et enfin les différentes phases de la maladie vont influencer l'adaptation de la famille(2).

cela et rappelle que l'adaptation dépend aussi de l'adaptation des proches et au système médicale (écosystème), du réseau professionnel (mesosystème) et des facteurs socioculturels(2) :

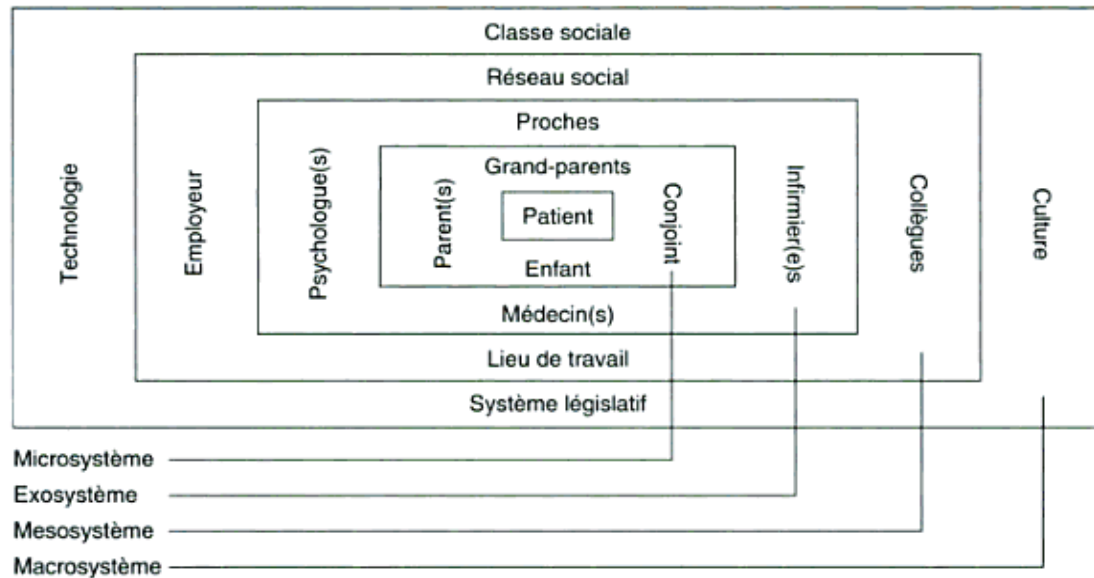


Figure 1 :les facteurs influençant l'adaptation familiale (2)

Il est fréquent d'observer dans la famille un bouleversement tant au niveau émotionnel qu'au niveau fonctionnel dans les suites du diagnostic d'une affection cancéreuse.

En effet, d'une part la famille est confrontée à l'angoisse et à la tristesse, à l'alternance de moment d'espoir et de désespoir(3).

D'autre part, comme elle constitue une organisation dynamique et structuré, caractérisé par une répartition des rôles et des responsabilités, la maladie va exiger qu'elle assure différentes nouvelles fonctions : tenter de

part aux décisions médicales et aux soins et
parallèlement, qu'elle s'efforce d'assumer le quotidien tout en s'adaptant à une
situation médicale en évolution constante(3).

La situation générée par l'affection cancéreuse comporte une série de crises consécutives mettant à l'épreuve de façon continue les capacités d'adaptation de la personne malade et aussi celles de sa famille. Il s'agit des crises associées aux premiers symptômes, au diagnostic, aux traitements, au retour à domicile, à la phase terminale et au décès(37).

Le concept de stress – qui rend actuellement le mieux compte de l'impact émotionnel du cancer sur le psychisme d'un individu – peut être également appliqué à la famille du patient cancéreux(37).

Le traitement des affections cancéreuses a progressé ces trente dernières années grâce à la recherche fondamentale, aux technologies diagnostiques et aux développements de la chirurgie, de la radiothérapie, de la chimiothérapie et de l'immunothérapie. La guérison est donc aujourd'hui de plus en plus de l'ordre du possible.

Les traitements du cancer, s'ils sont de plus en plus efficaces, restent cependant encore trop souvent inconfortables en induisant des effets secondaires réversibles et parfois même irréversibles.

La plupart des affections cancéreuses présentent des évolutions chroniques et nécessitent des efforts d'adaptation de plus en plus longs.

Ce changement de statut étend le champ des interventions des professionnels de la santé, limité très longtemps à l'accompagnement des mourants, à celui de la réhabilitation des patients cancéreux (37).

En outre le développement des soins ambulatoires en hôpital de jour augmente la fréquence de l'aller-retour domicile/lieu de soin, les gains en termes de durée de vie augmentent le nombre d'hospitalisations. Cet allongement et ce fractionnement simultanés des parcours thérapeutiques aboutissent pour le patient à une multiplication des ruptures (3).

Cette évolution nous amène à nous interroger sur l'impact considérable de ces nouvelles données sur la perception de la maladie par les proches, leur besoin de soutien et le maintien de leur motivation à soutenir le patient dans la durée.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

duit souvent des difficultés de communication avec le patient. Les proches deviennent alors des interlocuteurs directs des soignants. Ils sont dès lors davantage confrontés à la réalité de la maladie et à la nécessité d'apporter des soins constants à leur proche malade(3).

DURÉE :

Les réactions familiales seront considérées en fonction des différentes phases de l'évolution de la maladie :

Celle du diagnostic et des premiers traitements, de la rémission et de la guérison, puis de la rechute, et en fin de la phase préterminale et terminale.

3-1 . Le moment de l'annonce et représentation de cancer :

L'annonce d'une maladie grave comme le cancer représente dans la grande majorité des cas un moment traumatique pour le patient et tous ceux qui l'entourent. Comme le dit S. Marchal : « *Dès le moment du diagnostic, quelque chose se brise dans la tête de nombre de familles.* » (18).

Tout d'abord, le diagnostic de cancer précipite la famille dans une crise émotionnelle aigue (19).

Cette crise est principalement déclenchée par la menace de perdre un proche, la remise en question du fantasme d'immortalité du patient et de sa famille (20). Et la nécessité de s'adapter au monde médical.

Cette situation induit des sentiments de peur, d'aliénation , de vulnérabilité, d'impuissance et de culpabilité , de la crainte de subir , directement ou indirectement les effets secondaires des traitements , l'anticipation de la douleur ainsi que l'incertitude « le traitement va-t-il permettre la guérison ? » , la recherche de sens « pourquoi lui / elle ? » « Pourquoi maintenant ? » le sentiment d'échec, d'être stigmatisé, et les problèmes pratiques et économiques, sont d'autre préoccupations de cette période (21,22).

Si certaines familles arrivent à faire face au diagnostic de cancer, divers études témoignent d'une détresse psychologique et d'un dysfonctionnement

certaines des patients cancéreux adultes, leurs

conjointes et leurs enfants (23).
La qualité de l'environnement familial a un impact sur l'équilibre psychologique de ses membres. Ainsi, un environnement familial caractérisé par une cohésion et un niveau bas de conflits va de pair avec un niveau moins élevé de détresse et une meilleure capacité d'adaptation chez ses membres par rapport à une famille caractérisée par des liens distants et un niveau élevé de conflits (24).

L'image du cancer, fortement associée à la mort du fait du pronostic vital en jeu, peut avoir des répercussions sur la manière de recevoir l'annonce de la maladie.

La communication et le partage d'informations avec la famille des patients sont depuis toujours l'un des aspects les plus délicats de la tâche des médecins et des équipes (25). La manière dont l'annonce a été faite par le médecin ainsi que les connaissances que possède le proche sur le cancer ont une influence sur l'attitude adoptée ensuite face à la maladie. L'impact du discours médical peut ainsi être vécu de façon positive ou négative. Un discours trop brutal, trop scientifique – jargon professionnel – peut empêcher une appréhension nette de la situation.

3.2 La rémission et la guérison :

La phase de rémission comprend une phase de réhabilitation et peut être assimilée, lorsqu'elle se prolonge, à une guérison. Les difficultés familiales associées à cette phase sont notamment : la recherche d'une satisfaction des

du changement de rôles et de mode de vie, et la
gestion de l'incertitude (26).

Lorsque la menace de la maladie s'éloigne et que s'amorce un retour à la vie normale, le mouvement familial centripète de focalisation sur le malade s'inverse par un mouvement centrifuge de distanciation.

Pour la famille, les sentiments associés à ce changement sont principalement la peur d'abandonner ou de faire du tort au malade, un ressentiment à son égard, dû à l'insatisfaction prolongée des besoins personnels et une certaine culpabilité à éprouver du plaisir dans des activités extérieures. Les séquelles des traitements s'accompagnent souvent du besoin persistant de soutien chez le malade. La satisfaction des besoins des membres de la famille peut en être affectée(37).

Par ailleurs, le retour à la vie normale signifie une reprise des rôles et du mode de vie antérieurs. Des désaccords entre membres de la famille concernant la réorganisation du fonctionnement familial risquent de se manifester et de créer des conflits importants.

Un déséquilibre dans l'attribution des rôles peut être maintenu lorsque le patient se trouve physiquement ou psychologiquement incapable de reprendre ses activités (37).

Certains membres de la famille doivent alors continuer à gérer des charges qu'ils ne sont parfois pas capables d'assumer durablement, compte tenu de leur âge par exemple. Parfois ce sont les familles qui facilitent la persistance d'un rôle de malade (et de ses bénéfices secondaires comme la perte des obligations

présentent alors la consolidation de cette nouvelle identité au sein d'une famille plus complète(2).

Malgré une rémission de l'affection cancéreuse, il persiste fréquemment un sentiment d'incertitude chez chacun des membres de la famille. Cette incertitude concerne la ou les raisons de la survenue du cancer et les actes et attitudes à promouvoir ou à éviter pour empêcher une récurrence de celui-ci.

Face à l'incertitude, certaines familles postposent les décisions importantes, vivent au jour le jour, aux dépens de réalisations à plus long terme (27).

Les besoins de communiquer à propos de l'incertitude varient selon les circonstances et les caractéristiques de chacun.

Différentes études rapportent que certains époux de femmes mastectomies pensent que parler de la récurrence de la maladie avec leur épouse peut avoir une influence négative sur l'adaptation de celle-ci ou pourrait même susciter la réapparition de la maladie (26) D'autre part, la famille ou les amis ne sont pas toujours très sûrs des attitudes à adopter face aux peurs du patient et vont en conséquence encourager une dissimulation des émotions. Parfois, ce sont les malades eux-mêmes qui décident de ne pas parler de leur cancer pour ne pas tracasser leur famille.

La période de rémission et de guérison constitue un temps d'accalmie après la crise. Le calme n'est cependant que relatif. Le malade qui a été traité pour une affection cancéreuse reste le plus souvent anxieux. Le moindre dysfonctionnement ou symptôme physique lui fait craindre une rechute de son affection.

anxieuse bien qu'elle semble contrôler ses
sentiments, invitant le patient à tourner la page (28).

La durée de la détresse rapportée par les familles des patients cancéreux et l'importance de celle-ci en phase de rémission ont été peu étudiées. Il semble pourtant que les familles restent longtemps marquées par l'expérience du cancer (26).

Une étude portant sur l'anxiété des conjoints de patients atteints d'un cancer des voies digestives ou urinaires nécessitant le placement chirurgical d'une poche, met en évidence que leur anxiété est aussi intense que celle des malades eux-mêmes. Cependant, elle ne se manifeste pas au même moment chez l'un et l'autre. L'anxiété du conjoint est présente au retour à domicile alors que durant cette période, celle du patient diminue (29).

La phase de rémission et de guérison comporte en outre, pour les membres de la famille des répercussions psychologiques liées aux séquelles des traitements. (30).

Les nombreux problèmes liés à l'apparition d'une stérilité consécutive aux traitements (31) méritent également d'être considérés. D'une part, le diagnostic de cancer confronte ces patients à la réalité de leur mortalité. D'autre part, l'infertilité les confronte à l'idée d'une reproduction interdite. Le patient cancéreux en âge de fonder une famille reste souvent marqué par l'épreuve de ce choix douloureux : accepter les traitements et devenir stérile ou alors les refuser et risquer de mourir (32).

Il faut noter que les difficultés sexuelles consécutives aux traitements gynécologiques peuvent être en partie la conséquence d'un problème de couple qui précède le diagnostic de cancer et qui se cristallise.

3.3 . la phase de rechute :

La rechute est un moment particulier, ce n'est plus le choc de l'annonce, mais la répétition du choc, avec souvent moins d'énergie pour y faire face, le sentiment de malchance (faire partie du pourcentage d'échec), et l'envie de ne pas recommencer la même épreuve avec moins de chances de s'en sortir.

La répétition des rechutes a pour conséquence des sentiments d'incertitude et un pessimisme accrus chez le proche, même s'ils sont difficiles à exprimer(18).

La répétition du traumatisme psychique lorsqu'une rechute survient induit également une plus grande sensibilité au sentiment d'usure. Les récurrences, souvent imprévisibles et répétitives, obturent davantage la possibilité de se projeter et de concevoir l'avenir. Même dans les cas d'adaptation à la situation, cette répétition de la maladie demeure un élément d'épuisement tant pour le proche que pour le patient dans la durée. Ou encore, même s'il n'y pas d'épreuve d'usure, c'est l'incertitude persistante qui alourdit le vécu du proche dans la durée(18).

3.4 Les phases préterminale et terminale :

En phase préterminale et terminale de l'affection, les traitements proposés ne peuvent plus prétendre à une visée curative. Ils se limitent à pallier aux effets physiques et psychologiques consécutifs à l'évolution de la maladie.



par une dépendance accrue du patient à l'égard de son entourage. En effet, l'autonomie du patient est de plus en plus compromise car il ne peut plus accomplir les actes les plus anodins de la vie courante.

La phase terminale et l'anticipation de l'issue fatale génèrent, pour la famille et le patient, une nouvelle phase de détresse. L'intégrité familiale est menacée et les modes de vie sont à nouveau bouleversés. Les principaux problèmes rencontrés par les membres de la famille lors de cette phase sont : la communication à propos de la mort, les soins physiques et affectifs, et les sentiments de séparation et de perte (26).

En ce qui concerne la communication, 61% à 78% des familles rapportent ne pas avoir parlé avec le membre malade de l'issue fatale de l'affection et de la mort possible (33, 99).

Il apparaît en fait qu'à l'approche de la mort, les familles peuvent adopter des attitudes très différentes.

Celles-ci vont de la franche communication et des préparatifs de funérailles ou arrangements matériels pour le futur des survivants, aux attitudes d'évitement, voire de déni de cette réalité où l'expression des pensées et sentiments à propos de la mort n'est amenée que par les soignants.

L'absence de communication à ce sujet est souvent en relation avec un souhait, conscient ou non, de préserver l'espoir et d'éviter la détresse associée à ces échanges. Elle peut être également la persistance d'un mode usuel de résolution des problèmes marqué par l'évitement.

générateur d'une anxiété supplémentaire. Les familles étant assaillies et débordées de la mort et de ses implications rapportent un rapprochement affectif significatif et l'abandon d'un mode de communication souvent jugé superficiel (99).

Comme lors de la période de crise associée au diagnostic et au traitement, la communication intrafamiliale, lorsqu'elle est réprimée ou discordante avec la réalité, peut être accompagnée d'un retrait du patient (33).

Une communication paradoxale – par exemple, quand l'entourage assure le malade qu'il a meilleure mine alors qu'il sent personnellement une dégradation de son état – accentue l'isolement de celui-ci. Une distance entre le patient et les autres membres de la famille peut aussi s'observer lorsque les sentiments qu'éprouvent chacun d'eux sont divergents.

Il arrive en effet qu'un deuil anticipé se mette en place chez les membres sains de la famille, ceux-ci se coupant progressivement de projets communs à long terme avec l'être aimé alors que celui-ci n'a pas encore véritablement pris conscience de sa mort prochaine.

Ce deuil anticipatoire peut également s'amorcer simultanément au soutien intensif du malade par les membres de la famille. La crise de la phase terminale est alors sous-tendue par des sentiments ambivalents.

Certains membres familiaux rapportent aspirer à la fin de cette souffrance. Une culpabilité consécutive à ces sentiments peut alors compliquer le processus de deuil.

modulée par le degré de disponibilité familiale, va déterminer la nécessité ou non d'organiser des soins à domicile ou d'envisager une admission dans une institution.

Les soins à domicile exigent de la famille la capacité de faire face à l'ensemble des besoins du malade. Ils confrontent les membres de la famille aux angoisses et appréhensions liées à la vue des derniers moments. La plupart des familles se sentent démunies face aux tâches requises pour la prise en charge d'un patient terminal à domicile.

Elles témoignent d'un besoin en informations en ce qui concerne les aspects physiques et psychologiques des soins (déplacements, confort, contrôle des symptômes, alimentation, soutien émotionnel du patient...).

Ce sont surtout les femmes qui choisissent de prendre en charge leur proche malade à domicile. Celles-ci rencontrent des difficultés importantes, lorsqu'elles cumulent à la fois une profession, un rôle de ménagère et de soignante.

Les soins de plus en plus complexes à offrir au patient ne facilitent pas la prise en charge (34).

D'autre part, confier le parent malade à une institution induit très souvent un sentiment de culpabilité par rapport à l'être cher malade que l'on aurait voulu entourer davantage. Pourtant, 55% des familles préfèrent que la mort ait lieu à l'hôpital où les soins et le confort seront plus adéquatement assurés (26).

La famille peut éprouver d'importantes difficultés émotionnelles en phase terminale, surtout si elle maintient une relation affective intense avec le malade.

peut même excéder celle des patients en phase

Des sentiments de frustration et d'impuissance, de séparation et de perte peuvent s'accompagner de problèmes physiques (troubles du sommeil, de l'alimentation, etc.) ou de problèmes sociaux (problèmes financiers, etc.) (36). Ces problèmes sont d'autant plus marquants que la dégradation physique du malade est progressive.

Chez les membres de la famille se superpose alors à ces problèmes, un état d'épuisement physique et émotionnel. Face à cette détresse émotionnelle, une entraide mutuelle entre le patient et son conjoint est la forme de soutien la plus fréquente.

Les enfants, face aux sentiments de tristesse, se sentent le plus souvent livrés à eux-mêmes.

Durant la phase terminale, les modes d'interaction changent non seulement au sein de la famille, mais également avec l'entourage car le système familial tend à s'isoler du monde extérieur. La tension émotionnelle associée à l'expérience de la maladie terminale lui laisse peu d'énergie à consacrer aux contacts avec l'extérieur(37).

La famille nucléaire qui éprouve du ressentiment à l'égard d'un entourage moins «malchanceux», peut aussi s'isoler activement de son réseau social habituel(37).

Enfin, l'entourage encourage fréquemment cet isolement car il a lui-même des difficultés à entrer en contact avec une famille qui s'apprête au deuil.

4-1 Generalite

Le cancer, de par son processus évolutif et la complexité des traitements préconisés, est l'une des maladies les plus susceptibles d'induire une détresse émotionnelle chez le patient et son entourage, en particulier le conjoint.

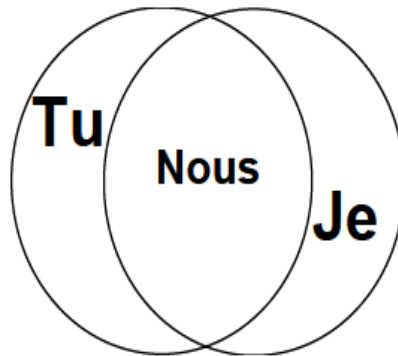
L'ensemble des études sur l'interaction entre facteurs psychologiques et cancer montre que le meilleur pronostic en terme vital, mais surtout en terme de qualité de vie, est corrélé à une attitude réaliste de lutte active (*fighting spirit*) et à l'existence d'un support social adéquat (ni rejetant, ni hyper protecteur) (66).

Le conjoint pourrait donc être le co-thérapeute tout désigné pour soutenir le patient.

Certaines études consacrées au partenaire montrent un pourcentage plus élevé de partenaires souffrant d'une détresse émotionnelle inhibant leurs mécanismes d'adaptation !(66).

Une modélisation systémique du couple nous montrera comment la dynamique de l'interaction conjugale, en cas de survenue d'un cancer, peut être une source de soutien mais aussi une source de stress supplémentaire.

Les difficultés de communication dans le couple et les dysfonctions sexuelles paraissent les grands oubliés de la médecine, même lorsqu'elle fonctionne en équipe pluridisciplinaire.



Un couple, c'est un *système* qui comprend la somme de deux individus (JE+TU) plus la qualité émergente de leur interaction (NOUS), c'est-à-dire toute la communication réelle imaginaire et symbolique entre deux êtres humains (67).

Dans un système, tout changement apparaissant dans un élément ou au sein de la relation unissant les éléments est source de changement pour l'autre élément. Un cancer, qui atteint l'un des partenaires, fait bien partie également de l'interaction conjugale.

Qu'un couple ne soit plus considéré comme la somme des individus qui le composent mais comme un système qui s'accroît d'une troisième dimension (la qualité émergente).

La meilleure définition de l'amour pourrait être *«le bonheur d'une personne est essentiel au bonheur de l'autre»*. La sexualité, lorsque inscrite dans une relation éthique, fait que *la jouissance de l'un est la fin et le moyen de la jouissance de l'autre*.

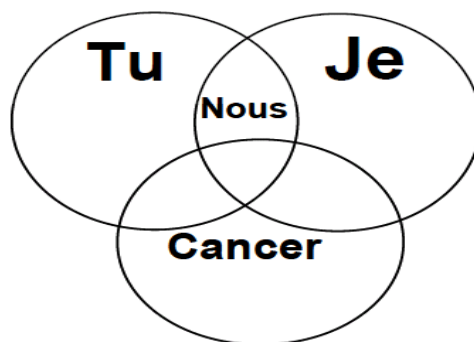
...rique alors à l'accordage affectif *mais en*
respectant un subtil équilibre entre *donner et recevoir* (66).

Paraphrasant les mathématiques, les théories systémiques émettent le « $1 + 1 = 3$ », puisque $JE + TU + NOUS = 3$. Elles reconnaissent la spécificité des individus et celle du système conjugal: deux êtres qui ne font qu'un, tout en restant deux personnes différentes (67).

Un couple sain est un couple qui peut tomber malade et s'en relever, qui connaît des crises et des conflits, mais qui peut les surmonter et les résoudre.

Un couple en équilibre peut se permettre des «ratés» dans sa sexualité, des périodes de lâches compromis, des silences et de la lassitude, pour autant que ceux-ci se réinscrivent ensuite dans un processus en évolution, car, *in fine*, c'est la temporalité (plutôt que les épisodes ponctuels) qui donne l'essence au projet amoureux (2).

Le cancer introduit une rupture dans la flèche du temps, une sidération du temps ; il bouscule l'ordre des priorités. En cas de maladie grave, qui interpelle les deux membres du couple, il faut absolument que les deux partenaires gardent une individualité non absorbée par le système et que le couple garde une partie du « NOUS » non envahie par le cancer sauf à des moments ponctuels(66).



nt fait aussi partie du NOUS et ne devrait pas
entrer en concurrence avec la maladie.

Nous voyons que si le cancer fait tiers dans le couple, l'évaluation, l'information et le soutien seront plus efficaces si nous intégrons le conjoint au traitement .

4-3 : L'influence du cancer sur le couple

Le diagnostic de cancer précipite le couple dans une crise émotionnelle aiguë, déclenchée par la menace de perdre son proche et la remise en question des fantasmes d'immortalité du patient et de sa famille. C'est *la cohésion affective du couple* qui est interpellée le plus souvent.

On estime à 20%, la prévalence de troubles psychiatriques caractérisés et à 30% celle des troubles de l'adaptation chez les patients atteints de cancer (72). Toutefois, les conjoints peuvent être autant sinon plus à risque que les patients. La maladie peut amener diverses restrictions dans leur vie et les confronter à de nouvelles situations auxquelles ils n'étaient pas préparés. Il peut même y avoir un « effet de contagion » sur le conjoint, lié à l'exposition répétée à la détresse du partenaire malade (73).

La relation maritale constitue la première source de soutien chez les personnes mariées atteintes de cancer (76), Le conjoint joue un rôle majeur dans l'ajustement de la patiente à la maladie (77).

Le soutien marital peut augmenter la capacité du membre malade à faire face plus efficacement à sa maladie en comprenant mieux l'événement menaçant auquel il est soumis, en augmentant la motivation pour prendre de nouvelles

de détresse émotionnelle qui peut bloquer les efforts

Une relation positive entre le soutien du conjoint et une réduction de la détresse psychologique des patients atteints de cancer a également été rapportée (70).

Ainsi l'expérience du cancer et de ses traitements augmente l'interdépendance entre les membres d'un couple. La réaction la plus fréquente est un rapprochement mais ce rapprochement n'est pas forcément positif s'il est motivé par la peur, l'anxiété et une gamme de sentiments difficilement exprimables, car dès que le danger immédiat sera passé, par exemple une intervention chirurgicale, le soutien réciproque risque de s'atténuer, voire d'être remplacé par une distance qui protège des émotions si elles n'ont pas été exprimées (2). mais une minorité de couple voit une augmentation de leur difficultés relationnelles.

C'est plus souvent le cas lorsqu'il existait déjà des problèmes antérieurs à l'apparition du cancer (2).

Par contre, lorsque la qualité de la relation maritale est bonne, l'échange d'amour, de soins et de soutien est beaucoup plus équilibré que dans une relation maritale médiocre.

L'adaptation émotionnelle du patient semble également être un facteur de risque de détresse émotionnelle de son conjoint. Wellish et coll, ont conclu que l'adaptation du patient est un déterminant majeur de l'adaptation familiale (71).

En outre, les problèmes psychologiques augmentent en fréquence parmi les conjoints au fur et au mesure que la maladie progresse (2).

leur plus sévères et le sentiment notamment les conjoints de patients en phase terminale de la maladie, ou en stade avancé de la maladie par rapport à ceux dont la maladie était localisée non métastatique (46).

Ces patients requièrent plus de soins physiques, ce qui provoque plus d'inquiétude chez leur conjoint.

Sals et coll, concluent qu'il est impossible de déterminer si les problèmes psychosociaux sont liées à l'augmentation des responsabilités en tant que source de soutien ou à l'anticipation de la perte de l'être aimé (2).

Néanmoins, il a été montré que la détresse du conjoint semble augmentée au fur et à mesure que le patient expérimente plus de symptômes physiques comme la douleur et au fur et à mesure que son état fonctionnel se détériore.

Le sexe du conjoint est une variable à prendre en compte. Lorsque les femmes (conjointes) sont la source principale de soutien pour le patient. Elles ont une tendance à présenter une détresse émotionnelle, et ce plus que les hommes (Shea et coll 1993(2)). Cependant certaines études ne montrent pas de différence de genre en ce qui concerne la détresse du conjoint (Kurlz et coll 1995 (2)).

D'autres recherches mettent en évidence plus de détresse chez les proches masculins donneurs de soutiens au patients (87).

Des différences dans les instruments utilisés et les caractéristiques de la population étudiée peuvent expliquer ces résultats divergents.

L'âge des conjoints a également été étudié comme possible prédictateur de détresse, des conjoints plus jeunes réagissent plus du point de vue

Le patient que les conjoints plus âgés (46).
Cependant ces derniers peuvent expérimenter plus de difficultés avec les tâches ménagères (71).

Enfin ces patients cancéreux et leur conjoint expérimentent plus de symptômes dépressifs lorsqu'ils aperçoivent un déséquilibre dans leur relation soutenance réciproque.

Certaines recherches ont trouvées que le conjoints sont moins en détresse lorsqu'ils perçoivent que les patients les soutiennent (86).

La carence de soutien du patient envers son conjoint est l'un des facteurs majeurs intervenant dans la détresse du conjoint sain.

Le soutien mutuel patient- conjoint apparait comme offrant la meilleure prédiction des niveaux de détresse élevée (2).

Lorsque l'équilibre de soutien émotionnel et pratique est perturbé entre le patient et son conjoint, chaque membre du couple peut se sentir en détresse lorsqu'il pense qu'il s'investit trop ou que le bénéfice qu'il reçoit de sa relation de soutien envers le malade est trop pauvre (2).

Dans certaine situation le conjoint peut se sentir coupable car il ne peut pas soutenir le patient de manière adéquate(86).

Il peut aussi considérer qu'il procure trop de soutien au patient ou qu'il reçoit en retour un soutien très important du partenaire malade (2).



ale et cancer :

Base de toute relation humaine, la communication est définie comme l'ensemble des comportements verbaux et non verbaux impliquant la transmission d'informations d'une personne à une autre (78).

Si la communication entre médecin et patient a fait l'objet de nombreux écrits en cancérologie (79,80) la communication au sein du couple dont l'un des membres est atteint de cancer est un sujet de recherche très récent et peu exploré.

La communication conjugale est alors considérée comme un moyen par lequel les conjoints partagent des informations et des émotions, s'offrant ainsi mutuellement du soutien, ce qui permet alors un meilleur ajustement des couples et des familles (81).

La communication conjugale s'avère donc une variable importante dans les études sur l'adaptation au cancer puisqu'elle est le canal par lequel le soutien et l'aide transitent.

À partir d'entrevues semi structurées, Vess *et al.* (82) notent que patients et conjoints évitent souvent de parler de la maladie ou que, s'ils en parlent, c'est plutôt quand les nouvelles sont bonnes ; leur communication est beaucoup moins fréquente pour aborder les mauvaises nouvelles.

Ayant questionné des hommes sur les changements survenus dans leur vie depuis le diagnostic de cancer du sein de leur femme, Zahlis et Shands (83) trouvent que leur communication maritale est problématique et que certains conjoints affirment même éviter de parler de la maladie.

Les couples s'adaptant moins bien à la maladie sont conscients que leur communication est déficiente.

Par ailleurs, pour Gotcher (85) , l'ajustement à la maladie est lié à la fréquence de la communication familiale chez des patients en traitement de radiothérapie.

En ayant élaboré une brève échelle pour mesurer la fréquence de communication à propos de la maladie (5 items), Walker est l'un des chercheurs à avoir mesuré directement la communication conjugale. Ses résultats montrent que la fréquence de communication est corrélée négativement à la détresse émotionnelle que les patientes rapportent (86).

Dans l'étude de Lichtman *et al.* (74), les patientes et les conjoints qui expriment davantage leurs inquiétudes face à la maladie et qui sont sensibles aux préoccupations de l'autre présentent un meilleur ajustement psychologique.

Ainsi Les patients et les familles qui ne savent pas comment exprimer leurs émotions et qui évitent systématiquement les conflits seraient plus vulnérables : il serait, en effet, plus difficile pour eux d'accepter les changements de rôles imposés par la maladie et les deuils successifs à faire vis-à-vis d'un futur qui s'annonce différent de ce qu'ils espéraient (75).

4-5 L'influence du cancer sur la sexualité : une détresse silencieuse

Il y a quelques années, la sexualité était, elle aussi un sujet tabou, à n'aborder sous aucun prétexte, surtout pas en public et encore moins en société.

A présent, cette notion est omniprésente, en classe chez les enfants, dans les dispensaires dans le cadre de la prévention des maladies sexuellement

vision, dans les journaux et tous les nouveaux

Cet engouement pour la sexualité est loin d'être une révélation, car il a toujours existé mais, c'est sa médiatisation qui apparaît plus comme une nouveauté.

Le lien entre cancer et sexualité est perçu comme incongru, tant la lutte pour la survie occupe tous les esprits et la sexualité paraît très secondaire (68).

Il semblerait que face à l'enjeu vital de la maladie, aux préoccupations d'ordre matériel et financier, se préoccuper de sa sexualité paraisse futile, voire honteux à aborder ; Ainsi la sexualité passe à un second plan (16).

Les pulsions, forces de vie (Éros) et forces de mort (Thanatos), s'affrontent entre elles (Freud, 1929), la question du sexe s'entend au travers des paroles des patientes et leur conjoint , comme un antidote à la mort. « Alors que le cancer possède cet étrange pouvoir de modifier la relation aux autres », la sexualité qui se vit plus qu'elle ne se dit permet d'assurer une forme de permanence à l'autre (88).

La rencontre du sexe et de l'affectivité, lorsqu'elle est épanouissante pour les partenaires, leur permet de former et de faire exister leur relation amoureuse, et de l'inscrire dans le temps. L'irruption du cancer peut provoquer une rupture de ces deux composantes, avec une solitude d'autant plus renforcée par la souffrance affective qu'elle ne peut rejoindre l'autre par manque de liens internes, de communication, d'échange de mots à ce sujet (88).

oints peuvent être déphasés dans le temps. Une étude longitudinale (71) portant sur des conjoints dont l'épouse a été traitée par mastectomie montre que 25% de celles-ci présentent toujours un an après l'opération, un niveau d'anxiété de dépression significatif alors que les époux présentent un pic de détresse émotionnelle immédiatement après la mastectomie.

La période de rémission est une période délicate : un semblant de retour à la vie normale masque les sentiments d'incertitude et les anxiétés, c'est à ce moment-là qu'apparaissent souvent *les difficultés sexuelles* comme stigmates de difficultés de la communication *et ce, indépendamment des* conséquences physiologiques (traitement mutilant, traitements hormonaux, ...)(66).

La plupart des couples arrivent à faire face au diagnostic malgré la souffrance engendrée. Cependant, diverses études témoignent d'une détresse psychologique et d'un dysfonctionnement psychosocial significatif chez un tiers des patients cancéreux adultes et dans un pourcentage plus élevé chez les partenaires.

Une étude (83) menée auprès de 67 conjoints de patientes atteintes d'un cancer du sein met en évidence les besoins d'informations de ces conjoints ainsi que la difficulté pour les soignants d'y répondre.

Cette étude multicentrique a étudié les besoins et les difficultés tant physiques que psychologiques de 382 patients cancéreux ainsi que de leurs proches.

Cent soixante-deux patients ont désigné leur conjoint comme principal preneur en charge dans le mois qui précède.

de l'adaptation française du Cancer réhabilitation
Evaluation System (CARES) investiguant, à l'aide de 138 items, 38 types de
difficultés rencontrées au cours du dernier mois.

Le top 10 des difficultés rencontrées comprend :

- la chimiothérapie (95%) ; des difficultés de mobilité (88%) ; la radiothérapie (84%) ; une détresse psychologique (84%) ; des dysfonctions sexuelles (73%) ; l'anxiété médicale (71%) ; les douleurs (62%) ; une perte de l'intérêt sexuel (51%) ; une difficulté à adhérer au traitement (49%) ; des difficultés dans la communication conjugale (40%)

Les patients mentionnent avoir reçu de l'aide du monde médical pour ces difficultés, *sauf* pour les *difficultés conjugales* (communication et contacts physiques) et pour les *difficultés sexuelles*, (intérêt sexuel et dysfonction sexuelle) !

Quand on analyse les résultats des difficultés des proches étudiées par un questionnaire adapté, que retrouvons-nous dans les 10 principales difficultés ?

- La détresse psychologique (82%) ; des inquiétudes diverses (79%) ; des dysfonctions sexuelles (59%) ; des difficultés dans la vie de loisirs (54%) ; et dans le fonctionnement cognitif (48%) ; des limitations de la mobilité (46%) ; des difficultés dans la communication conjugale (46%) ; dans les relations amoureuses (42%) ; une baisse de l'intérêt sexuel (40%) ; des difficultés de communication avec les proches (38%).

Ainsi cette étude montre que les difficultés sexuelles et affectives du proche sont au moins équivalentes, si pas supérieures, à celles du patient .



Par les scores d'anxiété et de dépression des patients et de leur conjoint évalués par l'*Hospital Anxiety and Depression Scale*. Nous voyons que 46% des patients sont indemnes de troubles contre 38% seulement des conjoints. Les troubles de l'adaptation se retrouvent à 30% chez les patients et à 30% chez les conjoints. Par contre, le diagnostic de *trouble dépressif majeur* se retrouve chez 24% des patients et 31% des conjoints !

Derrière la froideur des chiffres, on peut bien imaginer que s'il y a tant de détresse chez le conjoint, celui-ci aura du mal à être un support social adéquat pour le patient.

Comment expliquer ces difficultés relationnelles et sexuelles chez les patients et leur conjoint ?

- La dépression en elle-même constitue une perte de l'élan vital, elle s'accompagne d'une grande détresse et de difficultés sexuelles. Ces données nous montrent combien nous avons intérêt à repérer et traiter la dépression (psychothérapie + antidépresseurs) non seulement chez les patients cancéreux mais également chez leur conjoint (66) .
- Au sein du couple, le « *cancer communicationnel* » le plus fréquent est la *restriction émotionnelle*. Le malade qui a été traité pour une affection cancéreuse reste le plus souvent anxieux en dissimulant ses émotions pour ne pas tracasser la famille. Il va modifier ses attitudes et comportements pour ne pas faire souffrir davantage ou inquiéter son conjoint. De façon simultanée, le conjoint, va également tenter au maximum de cacher ses inquiétudes, et même la nature d'événements extérieurs stressants. Ce double ajustement va créer *un cercle vicieux*

l'homme voulant épargner son conjoint, le conjoint voulant épargner le malade (66).

Cette hyper maîtrise et hyper contrôle de ses affects ne permettent évidemment pas *une relation sexuelle heureuse* qui nécessite un minimum *d'abandon de soi et de reconnaissance de ses propres besoins et émotions*.

- Tout cancer, même ceux qui n'atteignent pas directement des organes sexuels, risque de provoquer *une perte d'estime de soi, des troubles de l'image corporelle, un sentiment de perte de son pouvoir de séduction*. Les femmes souffrent surtout d'une perte de désirs sexuels en relation avec un sentiment de ne plus être attirante. Les hommes, d'une crainte de baisses de performance. Ce sentiment est encore renforcé lorsque l'époux (se) ne leur fait plus d'avances, alors que ce changement de comportement est souvent motivé par la crainte de l'époux de déplaire ou de brusquer son épouse (66).

Le corps est parfois effectivement très mutilé et dans les couples où l'accordage érotique était très narcissique, il peut y avoir une répulsion de la part du patient comme de son conjoint.

- A ceci s'ajoutent *des croyances irrationnelles* « *faire l'amour va réactiver le cancer* », « *refaire l'amour va la fatiguer, lui prendre de l'énergie qu'elle/qu'il devrait mettre au service de la guérison* », en plus des cognitions si fréquentes dans les difficultés sexuelles « *il ne m'aime plus* », « *je ne l'intéresse plus* », « *je ne suis plus une femme* », « *je ne suis plus un homme* ».

rapportent que certains époux de femmes malade de cancer pensent que parler de la maladie et de sexualité avec leur épouse peut avoir une influence négative sur l'évolution du cancer ! (89).

Ces distorsions cognitives ne pourront évidemment être « corrigées » que quand le patient en prendra conscience et pourra le verbaliser dans une consultation, de préférence à trois.

- Mais il y a des perturbations plus subtiles dans la dynamique conjugale induites par le cancer. Le conjoint qui a opté pour une attitude de soutien actif (en s'oubliant parfois lui-même) se trouve souvent confronté à *des doubles messages envoyés* par le patient : « tu dois vraiment me dire ce que tu penses », « tu dois me dire toute la vérité », et en même temps : « rassure-moi », « *n'est-ce pas que je vais guérir?* », « *n'est-ce pas que tout va redevenir comme avant?* » (37).

Le conjoint comme le soignant est bien sûr confronté à ces demandes contradictoires et sait qu'il doit y répondre par une attitude réaliste maintenant toujours l'espoir. Mais un conjoint est lui-même pris dans une relation affective dont il est dépendant et l'on comprend qu'il puisse en *devenir confus*. Ce qui n'est point propice à une connivence sexuelle.

- Un autre danger menace la relation de couple. Si le patient a excessivement pris la position de « *soignant* », ou *position parentale* au point de vue affectif comme au point de vue corporel, il lui sera très difficile en période de rémission, de reprendre la *position d'un partenaire sexué*. La chute ou la disparition du désir est ainsi fréquemment associée aux changements de rôle au sein du couple (37).

les portes du corps, de l'accordage érotique.

Pourquoi ne plus privilégier les contacts affectifs sensuels et abandonner les stimulations agréables qui consolent un corps meurtri ?

Il est donc vivement conseillé de reprendre une vie sexuelle dès que possible(66).

Nous avons des *petits outils sexologiques* (ovules ou de gels vaginaux, médicaments, comme les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5, prescription de gymnastique du périnée et de massages réciproques, ...) ...

... mais nous verrons que, souvent, c'est faire parler les protagonistes qui lèvera les inhibitions venant de la conspiration du silence et du cancer relationnel.

4-6. Soignant et communication avec le couple :

Nous avons vu comment la communication est difficile dans un contexte de maladie ou le tabou du sexe s'associe à la crainte magique du cancer.

D'autant plus que la pudeur et la honte empêchent le couple d'évoquer ses problèmes sexuels même s'il en souffre.

Dans cette épreuve, les couples ont souvent besoin que le soignant puisse faire tiers et susciter la communication entre eux pour relancer la dynamique de l'aventure conjugale. La reprise d'une vie sexuelle ou en tout cas de contacts physiques, affectifs et chaleureux en sera le baromètre.

...r le soignant qui se retrouve confronté à deux
mêmes tabous : la mort et la sexualité. La rencontre avec un couple confronté au
cancer nécessite un minimum de réflexions personnelles sur soi-même et des
compétences en stratégies de communication(66).

Plusieurs études réalisées en Australie, aux Etats-Unis et au Maroc révèlent
un manque de communication proactive sur la sexualité (16, 94,95).

Les médecins abordent peu le sujet spontanément avec les couples ; les
principales causes identifiées en sont l'absence de demande du patient ou de son
conjoint, le manque de temps, des difficultés pour en parler (trouver les mots
adéquats, parler sans offenser le patient) ; le manque d'intimité avec le patient
ainsi que le niveau de confort personnel du couple (94,95).

Le personnel soignant ne discute spontanément de sexualité que lorsque
l'organe atteint est en rapport avec la sphère génitale, les patients sont jeunes et
le pronostic est bon.

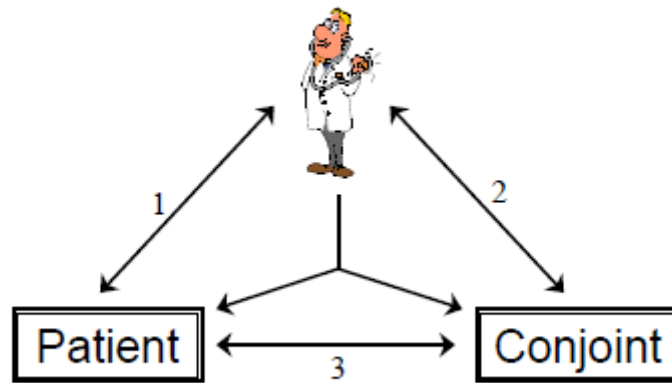
L'entretien s'adresse alors le plus souvent au patient et rarement au
couple(16).

La sexualité est discutée rarement lors de l'annonce diagnostique ; sauf si
les traitements envisagés présentent un retentissement direct sur la fonction
sexuelle et/ou reproductive (vulvectomie, hystérectomie, prostatectomie
radicale, radiothérapie pelvienne)(16).

Le développement d'équipe pluridisciplinaire et la création de modules de
formation à la communication pour les médecins deviennent d'actualité en
psycho-oncologie.



permettre de développer nos compétences pour
inclure le partenaire dans nos consultations dans le cadre d'une consultation
triangulaire(66) :



Cette attention aux trois interactions (66) :

1/ *interaction patient-médecin*

2/ *conjoint-médecin*

et surtout 3/ *patient-conjoint*

Peut paraître complexe au début mais en réalité, elle ne multiplie absolument pas notre travail par trois puisque nous renvoyons à l'interaction conjugale une partie des informations et la gestion de l'expression des difficultés et des émotions, et surtout, nous amorçons un dialogue entre les partenaires qui se poursuivra bien au-delà de la consultation.

EZ L'ENFANT :

Les parents atteints de cancer éprouvent parfois de grandes difficultés à communiquer avec leurs enfants sur ce sujet. Malgré les progrès constants de la médecine, le mot

«Cancer » reste étroitement lié à l'idée de la mort et demeure un « tabou » dans notre société.

Le choix du silence d'un parent malade relève d'une volonté légitime de protéger ses enfants de l'angoisse de la maladie. Or, même sans parler, les enfants perçoivent et comprennent qu'il se passe quelque chose de grave : quand rien ne lui est dit, ce que l'enfant imagine se révèle toujours « pire » que la réalité (2).

5-1 Impact psycho-comportementale :

Les enfants dont un parent est atteint de cancer sont ainsi susceptibles d'éprouver une détresse importante pouvant avoir des conséquences non négligeables à l'âge adulte.

Ces enfants sont particulièrement perturbés, et ce d'autant plus qu'ils sont jeunes.

De plus leurs problèmes ne sont souvent pas détectés par le couple parental qui est souvent préoccupé par ses propres difficultés et activités.

Les soignants également, plus attentif aux malades peuvent en oublier les enfants.

éprouvent des sentiments d'abandon, de perte de coloris et de resserrement face à des parent qui n'ont plus la même disponibilité.

La peur d'être également victime d'un cancer et un sentiment de culpabilité lié au fantasme d'être responsable de la maladie du parent, peuvent également s'installer (2).

Une étude portant sur 40 familles montre que 33% des enfants présentent des troubles de comportement lorsqu'un de leurs parents est atteint d'un cancer : énurésie ou encoprésie secondaire, résurgence de cauchemars ou terreurs nocturnes, régression des aptitudes scolaires, isolement par rapport aux camarades et dépendance excessive à la mère (54).

Cette étude montre également que la plupart des parents ne font pas appel au service d'aide psychologique pour leurs enfants.

Il apparaît de plus que les difficultés d'adaptation des enfants sont en relation avec le niveau d'adaptation parentale :

Des parents présentant des difficultés d'adaptation ont des enfants qui eux aussi s'adaptent mal.

5-2 Le processus de parentification :

Il convient aussi de considérer le processus de parentification des enfants confrontés à la maladie cancéreuse de leurs parents.

Ces enfants sont en effet amenés à prendre des responsabilités plus importantes dans leur famille. Ils peuvent devenir ainsi les soignants de leurs parents. Ils peuvent aussi assurer des rôles de médiation par rapport à des tiers

plus assurer ces rôles, l'enfant prend un rôle de
agent ou de parent du parent.

La parentification peut être bénigne et traduit une solidarité bien naturelle, ceci n'est bien sur pas nécessairement répudiable pour le développement de l'enfant.

Une parentification de brève durée peut même favoriser le développement psychologique de l'enfant.

L'enfant dans ces contextes devient alors souvent sage, une certaine sagesse peut devenir un bénéfice de ces expériences (2).

La parentification peut cependant devenir maligne, en d'autres mots destructive, si elle est de longue durée, si les contraintes qui présente sur l'enfant dépassent ses capacités d'adaptation, et si la demande parentale est massive(2).

Le cas d'une infantilisation prolongée du parent malade comporte alors des risques pour le développement de l'enfant avec des conséquences divers, comme une anxiété, une dépression, une culpabilité ou une honte.

Dans ces dernières situations, un soutien de l'enfant est nécessaire (2).

Il convient de reconnaître cette parentification et d'établir d'éventuels liens avec des parentifications vécus à une autre époque par les parents eux-mêmes.

Le but est de rééquilibrer les relations familiales (boszormeny-nagy,(2)) . dans le cas d'une parentification d'un enfant liée à un trouble narcissique ou masochique du parent malade, une intervention psychologique s'impose.

icer :

Les filles dont les mères sont affectées d'un cancer du sein sont cependant confrontées au risque de cancer héréditaire.

La connaissance de ce risque peut engendrer des perturbations psychologiques. L'examen du lien entre ce risque et les attitudes de dépistage fait apparaître que jusqu'à certains degrés, l'anxiété promeut le dépistage mais qu'au-delà, elle l'inhibe (2).

Différents facteurs associés aux attitudes par rapport au dépistage, comme l'histoire familiale, le niveau d'anxiété, les connaissances, l'âge ou le proche qui a développé le cancer, le fait qu'il en soit décédé ou non peuvent expliquer cela, sur le plan psychologique, il semble que de manière générale les femmes à risque de développer un cancer du sein ne présentent pas un fonctionnement psychologique perturbé.

Cependant, les filles adolescentes plutôt que préadolescentes ou adulte, quand le diagnostic d'un cancer du sein a été posé, et les filles dont les mères en sont décédées, présenteraient un risque plus élevé de trouble psychologique (41)

5-4 Retentissement sur la sexualité :

Les filles de malades présentant un cancer mammaire présenteraient significativement plus de difficultés au niveau de leur sexualité.

Ces filles ; surtout si elles étaient adolescentes au moment du diagnostic de cancer du sein chez leur mère et si celle-ci décéda ensuite ; sont particulièrement fragilisées sur le plan émotionnel et sexuel dans leur vie adulte (55).

difficulté d'impliquer dans la sexualité la partie
d'un corps qui peut donner naissance à une affection maligne, faire l'objet d'un
traitement mutilant ou entraîner la mort (2).

Il existe donc dans le contexte du cancer du sein d'une mère, le risque de
voir se développer chez les filles de celle-ci des identifications inconscientes
aliénantes.

On ignore si ces identifications peuvent influencer plusieurs générations,
l'histoire d'un cancer du sein chez une grand-mère peut-elle se transporter au-
delà d'une génération et fragiliser l'identité sexuelle de sa petite fille
adolescente ?

Cette question mérite d'être étudiée

5-5 Influence de la communication à propos du cancer d'un parent :

La souffrance des enfants quand un parent est atteint de cancer semble
dépendre en partie du fonctionnement de la famille, notamment des capacités de
cette dernière à communiquer à propos de la maladie cancéreuse, que ce soit sur
le plan verbal ou non (56).

Les patients et les familles qui ne savent pas comment exprimer leurs
émotions et qui évitent systématiquement les conflits seraient plus vulnérables
lorsqu'elles sont confrontées au cancer (57).

Il serait, en effet, plus difficile pour ces familles d'accepter les
changements de rôles et les deuils successifs à faire vis-à-vis d'un futur qui
s'inscrit différemment de ce qui était prévu. En revanche, quand une famille fait
preuve d'un degré suffisant de cohésion et arrive à communiquer ouvertement à

ont censés assumer au mieux leur fonction de médiation entre l'enfant et la réalité contraignante de la maladie(58).

La communication familiale peut aussi être altérée par la présence du cancer d'un parent : elle peut se raréfier, disparaître ou devenir paradoxale.

Il est aujourd'hui plutôt recommandé d'informer les enfants sur la maladie de leur parent et de les aider à se construire une signification personnelle de la maladie, voire de la mort. Discuter permet aux enfants de mieux assimiler l'information, mieux intégrer leurs propres sentiments et mieux faire face à la situation (59).

En revanche, si les parents et les médecins tiennent les enfants à l'écart, cela peut entraîner à plus long terme une méfiance, de la part des enfants ayant vécu une telle expérience, envers les adultes et le corps médical (60).

C'est avant tout aux parents eux-mêmes qu'il revient d'informer les enfants de la maladie touchant l'un des parents, dans le but de maintenir ainsi une « bonne » communication parents enfants.

Des études qualitatives ont montré que la communication à propos de la maladie était une source d'inquiétude particulière pour les parents. Il est, en effet, difficile pour les parents de décider de parler de la maladie avec l'enfant, de savoir quand le faire et qui doit donner l'information : le parent malade, son conjoint ou les deux à la fois.

Les parents peuvent manquer de connaissances à propos de la maladie elle-même et redouter les questions de leurs enfants. Par ailleurs, en évoquant la situation actuelle avec leur(s) enfant(s), ils ont généralement peur de ne pas pouvoir contrôler leurs émotions (49).

Les parents ont tendance à éviter les questions des enfants à propos du cancer et de la mort, mais aussi le fait de penser que les enfants sont trop jeunes pour comprendre (60).

Les parents ont ainsi le souci de protéger leurs enfants de leurs propres peurs et angoisses(61).

Dans certaines familles, les parents informent les enfants les plus vieux, mais pas les plus jeunes. Les parents tentent généralement de prendre en compte le stade développemental de leur enfant, tel qu'ils le perçoivent, pour savoir comment informer.

L'information donnée aux enfants d'âge préscolaire est généralement simple, évitant de mentionner le cancer et la mort. Les enfants d'âge scolaire peuvent recevoir une information plus détaillée, mais leurs capacités cognitives ne permettent pas une intégration complète des informations reçues. De ce fait, ils apparaissent assez souvent mal informés sur la maladie et ses traitements (62).

Les adolescents sont, eux, les plus informés. De plus, ils ont les capacités cognitives pour comprendre les implications du cancer. Beaucoup d'adolescents cherchent d'autres informations sur le cancer et les traitements que celles données par leurs parents (65,63).

Schématiquement, partager l'information avec les enfants, mais aussi avoir au sein d'une famille, une qualité satisfaisante de communication, diminuerait l'anxiété des enfants (64).

La relation médecin-soigné est empreinte des représentations que ces acteurs apposent les uns sur les autres(18).

Aujourd'hui, grâce au progrès de la cancérologie, la guérison est de plus en plus de l'ordre du possible ; ceci a introduit une représentation sociale d'une médecine toute-puissante et d'un déni social de la mort.

Ces deux éléments conjugués pèsent très lourdement sur les relations au sein du trio «Patient, soignant, proche », et nous semblent de nature à induire une sorte «d'inflation de la demande » et à susciter, tant de la part des patients que de leurs proches, des attentes parfois démesurées et irréalistes.

Dans ce contexte, le patient désire être sauvé par le médecin et son équipe : «Je veux guérir.» Face à cette attente pressante, voire oppressante et à l'évolution souvent imprévisible de la maladie cancéreuse, le médecin est confronté au risque d'échec et à ses propres limites (18).

En lien avec cette intensité dramatique, les échanges entre les proches et les membres des équipes soignantes sont complexes, composés de divers éléments pouvant être contradictoires, ambigus et amplifiés par la fatigue et l'angoisse de chacun des acteurs(18).

De la part des proches et des soignants : désir de complicité mutuelle pour aider la patiente (90) mais aussi possible rivalité par rapport aux rôles respectifs(11) et éventuelle « concurrence affective » au niveau de la relation avec le patient.

De la part des équipes soignantes : méfiance vis-à-vis des proches (92 ,91), mais propension parfois à se décharger sur eux.

volonté de faire aveuglément confiance, mais
tendances pouvant être perceptibles d'un point de vue clinique à prendre les
soignants comme bouc émissaire en cas d'impasse thérapeutique.

Lors de tout parcours de soins s'inscrivant dans la durée et plus
spécifiquement face au cancer, un sentiment de frustration, de déception, voire
de mécontentement entaché d'agressivité sous-jacente peut advenir et polluer les
interactions (3).

Ainsi certaines familles sont trop proches de l'équipe médicale alors que
d'autres sont méfiantes, critiquent les investigations médicales, engendrant des
problèmes de complaisance aux traitements peuvent compromettre ainsi la
poursuite des soins, le manque d'adhésion aux règles de l'institution
hospitalière, et éventuellement des alliances avec d'autres familles contre
l'équipe médicale.

Entraînant une grande solitude chez le patient, tout comme peut le faire une
coalition entre un membre de la famille et le médecin(66).

La frustration des proches s'exprime souvent de façon d'autant plus
négative envers l'équipe soignante que cette dernière n'aura pas pris la
précaution de les prendre suffisamment en compte (93).

Ce nouveau contexte crée l'impérieuse nécessité d'une communication de
qualité avec les proches du patient et d'un ajustement permanent de l'équipe
médicale à leurs besoins (93).



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

le médecin dans une consultation triangulaire puisse échapper à deux types de danger dans la communication, soit *exclure le proche* du dialogue qu'il mène avec son patient, soit se tourner excessivement et exagérément vers l'accompagnant *en négligeant le patient*(66).

Ainsi Ce proche pourrai être un véritable allié thérapeutique du patient en facilitant son expression générale et émotionnelle, en favorisant la transmission de l'information, en faisant croître son sentiment d'être soutenu, en facilitant la prise de décisions et en maximisant la rétention des informations médicales.

ICANT L'ADAPTATION FAMILIAL :

L'affection cancéreuse introduit principalement le risque de perte et de séparation.

Elle constitue donc une menace pour les liens d'attachement. Des styles différents d'attachement se développent chez l'individu en fonction des expériences relationnelles précoces (38, 39, 40).

Ceux-ci vont influencer la manière dont les membres de la famille vont faire face aux menaces de rupture des liens liés à l'apparition d'un cancer et par là, différencier des familles « vulnérables » des familles « fortes » (41). L'angoisse de séparation chez l'individu induit chez ses proches différents types de réponse.

Les caractéristiques familiales qui semblent favoriser l'adaptation sont : une souplesse de l'organisation qui permette des changements de rôles (adaptabilité) ; des relations intra- et extrafamiliales (cohésion), qui tolèrent et favorisent l'expression des préoccupations (communication), et une capacité de recourir avec confiance aux systèmes de soins.

La présence, l'accessibilité et la qualité des apports émanant des professionnels de la santé, collègues de travail ou amis, participeront à cette adaptation.

Ajoutons que l'appartenance culturelle d'une famille va nuancer les valeurs, les croyances et les attitudes notamment en ce qui concerne l'autonomie du patient, la communication avec les soignants, l'interprétation de l'origine du cancer, l'expression de la douleur et le type de relation dans la phase terminale de la maladie (42).

La détresse psychologique des membres de la famille a pu être mise en relation avec son degré de cohésion et d'adaptabilité. La cohésion au sein de la famille est constituée du lien émotionnel et des coalitions qui s'établissent entre ses membres.

Un degré élevé de cohésion se caractérise par la fusion et l'excès d'identification.

A l'opposé, un degré trop bas se manifeste par un détachement affectif. Ces extrêmes sont considérés comme des dysfonctionnements.

L'adaptabilité consiste en la capacité du système familial/conjugal de changer sa structure de pouvoir, ses rôles, ses règles en fonction d'un stress situationnel ou développemental.

Un système adaptatif implique la capacité de changer tout en gardant une certaine stabilité et adaptabilité. La rigidité (incapacité de changement) et le chaos (changement incessant) sont les pôles extrêmes du continuum allant de l'inadaptabilité à l'adaptabilité.

Le lien hypothétique entre la cohésion et l'adaptabilité apparaissant dans les familles dysfonctionnelles et la détresse psychologique de ses membres a été examiné (46). L'échantillon sur lequel a porté l'analyse était constitué de familles comprenant des patients cancéreux en chimiothérapie ambulatoire, leurs conjoints et l'un de leurs enfants âgé de plus de 10 ans.

L'évaluation de la perception par les membres de la famille de l'adaptabilité et de la cohésion familiale a été réalisée par un questionnaire (FACES III) (45).

auto- et hétéro-évaluée, paraît moindre chez les conjoints et les enfants. Ils évaluent leur famille à un niveau ni trop haut, ni trop bas d'adaptabilité.

D'autre part, le patient semble éprouver plus de détresse s'il évalue sa famille aux pôles extrêmes de cohésion.

Ainsi les conjoints et les enfants seraient plus vulnérables au manque de flexibilité dans l'attribution des rôles, des règles et de la structure de pouvoir. Une répartition rigide des tâches ne serait pas adéquate pour faire face à la maladie, mais l'absence d'un certain degré de stabilité serait également néfaste. Les patients eux seraient plus sensibles à l'isolement ou la surprotection éventuels par les autres membres de la famille.

La famille est source de soutien pour le patient, mais étant elle-même perturbée par ce stress, elle s'adapte aussi à la situation en fonction du soutien qu'elle reçoit.

Généralement, la famille recherche surtout un soutien émotionnel et une aide instrumentale notamment pour les transports à l'hôpital, les tâches domestiques et la garde des jeunes enfants. Les conjoints sont en général les membres familiaux les plus affectés (19,43).

Le soutien du conjoint a aussi été considéré comme une source d'aide importante pour le patient atteint d'une maladie chronique. Mais le cancer n'est pas un problème individuel ; il affecte le couple.

Il existe toutefois des différences entre hommes et femmes en ce qui concerne leurs réactions psychologiques.

détresse des femmes, malades ou non, soit significativement influencée par celle des conjoints alors que celle des hommes malades ou non, ne le serait que marginalement (44).

En ce qui concerne la recherche de soutien, les hommes recourent plus exclusivement à leur épouse que les femmes à leur époux. Autrement dit, la plupart des maris considèrent leur épouse, même lorsque celle-ci est malade, comme une source prédominante de soutien. Par contre, les femmes cherchent un soutien auprès d'un éventail plus large de personnes, et ce recours à un soutien plus varié se répercute de manière bénéfique sur le mari.

Le bouleversement familial se manifeste ensuite au niveau de son fonctionnement.

Lorsque survient la maladie, la répartition des rôles au sein de la famille et l'organisation de la vie quotidienne doivent être en effet souvent modifiées.

Le malade, devenu incapable d'assumer certains rôles habituels est remplacé par d'autres membres de la famille. Le succès de la mise en place de cette nouvelle organisation contribue à favoriser l'adaptation individuelle intra- et extrafamiliale (20).

Il repose sur une perception adéquate des réalités présentes et futures et nécessite un accord de tous les membres de la famille sur la nouvelle répartition des fonctions.

Il est important de déterminer qui, dans la famille, est susceptible de remplacer partiellement ou totalement le malade.

relations intrafamiliales, dans la plupart des cas, l'annonce du diagnostic d'une affection cancéreuse resserre les liens entre les membres de la famille et renforce sa cohésion (47) mais il peut arriver quelques fois que le malade soit isolé, ignoré ou marginalisé au sein même de la famille nucléaire (28). Un taux de 10 à 20% de couples présentant des relations conjugales tendues a été relevé (48).

L'apparition d'un cancer peut révéler en fait des conflits latents et donner lieu à des ruptures totales ou du moins à des ruptures de communication, et ce d'autant plus que l'équilibre relationnel antérieur était précaire.

7.2 La communication :

La communication intrafamiliale peut être altérée par la présence d'un cancer, celle-ci peut disparaître, se raréfier ou devenir paradoxale, une difficulté à communiquer verbalement et fréquente dans ces situations où l'avenir est incertain et difficile à imaginer.

Le mode verbal de la communication fera place au mode non verbal, l'incompréhension fréquente qui peut en découler, accroît l'anxiété chez le malade et les membres de sa famille. Néanmoins, un mode de communication ouvert ne favorise pas toujours la qualité des liens.

Certaines familles rapportent s'adapter grâce au fait de ne jamais parler du cancer (49).

Des échanges paradoxaux entre les patients et leur conjoint peuvent être observés (51).

Une patiente peut adopter vis-à-vis de son mari un mode de relation caractérisé par une « double contrainte » (50).

relation conjugale par l'existence simultanée d'une première injonction, congelant ou interdisant de faire quelque chose « rassure-moi » étant sous entendu, «épargne-moi des mauvaises nouvelles», et d'une seconde injonction, habituellement communiqué à un niveau non verbal , qui s'oppose à la première «dis-moi toute la vérité», une troisième injonction qui empêche d'échapper à ce contexte peut également apparaître « aide-moi »(50).

Ainsi une patiente peut être amenée à mettre son conjoint dans une situation impossible ou il sera toujours perçu comme inadéquat qu'elle que soient ses attitudes.

Par exemple, l'offre de réassurances de ce dernier peut rendre la patiente anxieuse et l'absence de celle-ci peut susciter chez elle un sentiment d'abandon.

La communication et les relations avec l'entourage socioprofessionnel diffèrent selon le choix d'informer ou non celui-ci. Comme le cancer peut générer horreur, pitié ou consternation, la famille peut éviter d'en faire part à ceux qui l'entourent, cette « conspiration du silence » qui constitue une réaction familiale d'autoprotection,

Peut avoir des conséquences néfastes sur les relations familiales et le bien-être individuel(37).

En fin comme il a été déjà souligné précédemment, la nécessité d'une ouverture au milieu soignant va créer de nouvelles relations extrafamiliales.

Une alliance entre la famille et l'équipe médicale est indispensable pour initier les investigations et pour pouvoir assumer le traitement, les effets secondaires et les hospitalisations prolongées.

tale :

L'adaptation à la maladie et aux traitements va aussi être modulée par la phase développementale de la famille. L'histoire familiale peut en effet se caractériser par une suite de séquences développementales : les premières rencontres, le mariage, la vie de couple, la parentalité (la naissance, les jeunes enfants, les enfants en âge scolaire, le départ des enfants), la retraite et la vieillesse (52).

Ainsi, les jeunes couples, alors qu'ils élaborent une nouvelle entité relationnelle, restent souvent confrontés à une problématique de séparation par rapport à la famille d'origine. Le cancer peut les amener alors à retisser des liens de dépendance avec les parents et la fratrie. Des conflits entre les conjoints et les parents respectifs ne sont pas rares, notamment en ce qui concerne les prises de décisions thérapeutiques(37).

Les parents de jeunes enfants doivent, quant à eux, établir un équilibre entre leurs multiples tâches, parentales, domestiques, socioprofessionnelles et leurs besoins en tant qu'individus et partenaires de couple. Le cancer, en réduisant leur disponibilité par rapport à l'accomplissement de toutes ces tâches, vient perturber cet équilibre. Lorsque celui-ci était précaire avant la maladie, des conflits latents peuvent survenir.

Les familles comprenant des adolescents ou des jeunes adultes ont principalement à promouvoir leur indépendance tout en leur assurant une sécurité.

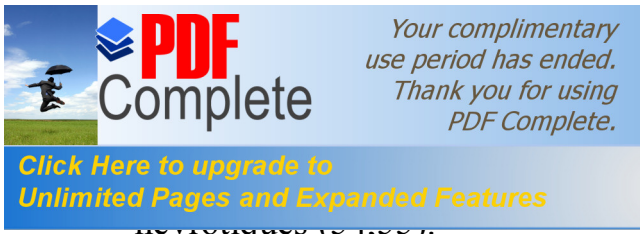
l'établissement de relations avec leurs pairs et
favoriser la définition et la consolidation de leur identité et de leurs objectifs
existentiels.

Le cancer peut arrêter ce développement et exacerber les difficultés
associées à la problématique de l'individualisation de l'adolescent (37).

Un parent âgé atteint de cancer peut être confronté à la perte d'estime de
soi lorsqu'il doit être pris en charge par un enfant adulte, surtout lorsque celui-
ci, mal préparé à ce rôle, adopte une attitude surprotectrice.

Il peut également, au contraire, se trouver confronté à la solitude lorsque
ses descendants vivent éloignés géographiquement. Une situation
particulièrement difficile est celle où le cancer atteint une personne âgée déjà
chargée d'assurer les soins de son conjoint malade, ou d'un parent plus âgé
encore (53).

L'expérience de la maladie, les besoins, les préoccupations, les perceptions,
les réactions émotionnelles, cognitives ou comportementales varient selon
l'évolution cognitive et affective tant du malade que de ses proches. Chez les
enfants, entre 7 et 10 ans, les sentiments de tristesse, d'inquiétude et de solitude
sont fréquents, alors qu'entre 10 et 13 ans, les enfants paraissent plutôt
préoccupés par le déséquilibre familial causé par le cancer car ils doivent
prendre sur eux une responsabilité à laquelle ils n'ont pas été préparés. Les
adolescents, eux, sont marqués par des désirs conflictuels : être proche du parent
malade et en même temps, se séparer de lui pour s'adonner à des activités
indépendantes. L'expérience de l'adolescence faite d'envie, de jalousie et de
rivalité à l'égard du parent de même sexe peut être difficile pour les jeunes filles
dont la mère est atteinte d'un cancer du sein. La culpabilité liée à ces sentiments



provoquer chez elles différents troubles

Par ailleurs, l'expression de la détresse émotionnelle peut être très différente selon l'âge, réprimée car perçue comme violente en phase de latence ou partagée avec des personnes choisies, souvent des amis, durant la préadolescence et l'adolescence (37).

Finalement, l'âge de la personne malade, le fait qu'elle ait déjà vécu une vie pleine et productive ou le fait qu'elle soit jeune et porteuse des espoirs et attentes des autres membres va également colorer l'expérience familiale du cancer (20).

L'USURE DES PROCHES ?

La difficulté à se projeter dans l'avenir et le sentiment de culpabilité font que les proches tardent à rechercher des solutions pour eux mêmes et ne demandent souvent de l'aide qu'à l'occasion d'une situation de crise.

C'est pourquoi il faut rester extrêmement attentif aux proches, surtout dans la durée.

La prise en charge globale du patient nécessite l'intégration de son entourage, pour anticiper les difficultés et les besoins de chacun, afin d'éviter que les proches, épuisés, ne deviennent eux-mêmes des patients(96).

Ainsi, la prise en charge des proches s'inscrit dans une approche globale des maladies chroniques et évolutives.

Dans ce cadre, il est important de chercher des complémentarités entre aides professionnelles et informelles.

Participant au soutien social reçu par les proches (soutien informationnel, émotionnel ou matériel), l'équipe soignante a une action sur la qualité de vie des proches et, en conséquence, sur celle des patients.

Mais, si les proches ont besoin d'information et d'apprentissage pour s'assurer que les besoins des patients sont remplis et que les soins à domicile sont coordonnés avec les équipes soignantes professionnelles (97), il est important qu'ils puissent être pris en compte pour eux-mêmes, leur charge s'étendant souvent sur une longue période avant ou après l'institutionnalisation.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

reconnaître l'importance de l'entourage au niveau juridique pour définir leur statut, délimiter leur rôle, renforcer leurs droits, protéger leurs actes de soutien, leur assurer des conditions suffisantes de ressources et de moyens (98).



CONCLUSION :



ave, son concept imaginaire constitue toute sa

Il atteint profondément et douloureusement non seulement la personne qui en est atteint mais aussi la famille.

L'expérience du cancer et de ses traitements augmente l'interdépendance entre les membres d'une famille. Durant la confrontation à cette affection au pronostic incertain, les proches sont bien plus que des preneurs en charge du membre malade.

La famille est appréhendée aujourd'hui comme un système dont l'évolution est influencée par les phases du cancer et dont l'adaptation dépend aussi de certaines composantes propres à la dynamique familiale.

A travers notre étude, on a décrit les différentes manifestations psycho-comportementales, les conséquences socio-économique et relationnelle, ainsi que le recours à la médecine populaire qui constitue toute la particularité de la famille marocaine.

Soulevant ainsi le rôle crucial du soignant :

De détecter cette détresse émotionnelle familiale afin de prévenir voir traiter les manifestations psycho-pathologiques éventuelles.

Et de faciliter la communication entre conjoints d'une part, entre parents et enfants d'une autre part , favorisant la compréhension mutuelle et permettant ainsi de maintenir les membres du couple le plus long et le mieux possible dans leurs fonctions auprès de leurs enfant ,malgré la présence de la maladie.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



RESUMES



RESUME

Titre : Impact du cancer chez la famille du cancéreux

Auteur : Mme Saoussane KHARMOUM EL AZZOUZI

MOTS CLES: Psycho-oncologie – Cancer – Famille – Enfant – Conjoint.

INTRODUCTION:

Le cancer est une maladie grave, son concept imaginaire constitue toute sa singularité.

Il atteint profondément et douloureusement non seulement la personne qui en est atteinte mais aussi la famille.

MATERIEL ET METHODE:

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive colligée à l'Institut National d'Oncologie de Rabat, portant sur 150 familles avec 378 membres, incluant les enfants, les conjoints, ainsi que les autres membres de la famille: mère, père, sœur, frère.

BUT DU TRAVAIL:

Le but de notre travail est de décrire les différents aspects de l'impact du cancer chez la famille: l'impact psychologique comportemental, socio-économique, l'impact sur la religiosité et le recours à la médecine populaire; puis de dégager les particularités chez l'enfant et le conjoint particulièrement la sexualité.

RESULTATS :

sur 150 familles étudiées, il y a 378 membres, 48% de sexe masculin, 52% de sexe féminin, avec: 99 conjoint(26%), 194 enfant(51%), 26 mère(7%), 6 père(2%), 42 sœur(11%), 11 frère(3%). L'origine urbaine est la plus prédominante : 70%. L'analphabétisme représente : 23%. Ils sont de niveau socio-économique bas dans 80% des cas. Concernant les patients (150): 33% sont de sexe masculin, 67% sont de sexe féminin, ils sont mariés dans 67% des cas. Le cancer du sein est le plus prédominant 26%.

Le retentissement psychologique : le traumatisme et déni initial est majoré dans : 76,1%: chez 97% des conjoints féminins, et 19% des conjoints masculins, chez 100% des enfants et chez 60% du reste de la famille. L'acceptabilité est difficile dans 74,3%. L'angoisse de la perte du proche : 93%. L'obsession d'avoir un cancer : 37,3%. Le sentiment de culpabilité : 64,81%. Les troubles de sommeil et alimentaires : 67,7%. Le repli sur soi : 47,3%. L'agressivité : 49,2%. Les habitudes toxiques sont majorées chez 78% des adultes de sexe masculin, et chez 2% des proches féminins, et récente chez 15% des enfants.

Le côté spirituel : toute la population étudiée est musulmane, 87% sont croyants et pratiquants, 97% sont devenus plus pratiquants. Le recours à la médecine populaire : 90%, ce recours est spontané sans avoir l'accord du patient dans 39%. Le retentissement socio-économique : 85% des familles sont dépassées par le coût de la prise en charge.

La particularité de l'enfant : 80% des enfants sont au courant de la nature cancéreuse de la maladie du parent. Ainsi : le sentiment d'abandon : 87%, le processus de parentification: 77%. L'énurésie : 30%. L'angoisse d'avoir un beau père ou belle mère : 54%; La régression des aptitudes scolaires : 30%, le retentissement sur les projets d'avenir dans : 70%. La sexualité du couple est affectée dans 94% des cas, les causes sont psychologiques: 61%, et physiques: 45%, la sexualité reste un sujet tabou: 88%. Le dialogue et la communication sont affectés dans 67% des cas.

ABSTRACT

Title : The impact of cancer in the families

Author : Mme Saoussane KHARMOUM EL AZZOUZI

Key-words: Cancer- familie- child- spouse – psycho-oncology

BACKGROUND:

Cancer is an uncommon disease. It attains deeply and painfully the person with cancer and also his family. The goal of our work is to describe the different aspects of the impact of cancer in the Moroccan families.

METHODS:

During the period from January to December 2009, 150 families of patients followed at the national institute of oncology in Rabat, were interviewed by a questionnaire covering socio-epidemiological characteristics, repercussions of disease to their psychic, sexual and religious practices.

RESULTS:

There were 378 members: children (51%), spouses (26%), and other members of the family: mother, father, sister, brother. 52% were females. 70% were of urban origin median age was 45 in adult and 16 in children. Traumatism and initial denial was present in 97% of the wives, 19% of the husbands, 100% of the children and 60% of the remainder of the family. The anguish of the loss of the close one was present with 94% of the wives, 70% of the husbands, 100% of the children, and 95% of the remainder of the family. The obsession of having a cancer was present with 62% of the wives and with 37% of the husbands, 25% of the children. Culpability was present within 94% of the wives, 15% of the husbands, 90% of the children. The feeling of abandonment, regression of the school aptitudes and enuresis were also reported by children. Toxic habits increased within 78% of the males' adult family members, and appear in 15% of the children. The recourse to popular medicine was present in 90% of the cases. We noted a increase in religious practices in 97% of families.

CONCLUSIONS:

The results of this work shows that ail the members of the Moroccan family are likely to test an important distress, specially wives and children. Toxic habits, traditional medicine and religion are the dominant refuge which incite us to be vigilant, in order to be able to treat any potential psycho-pathologic demonstrations, and to enable the family to live as normal as possible.

ملخص

العنوان: انعكاسات مرض السرطان على العائلة
من طرف: السيدة : سوسان خرموم الغزوي
الكلمات الأساسية: السرطان – العائلة – الطفل – الزوج – البسيكو انكولوجيا.

يعتبر مرض السرطان مرضا خطيرا، فمفهومه الخاص يشكل كل تميزه، فهو يؤثر عميقا ليس فقط على الشخص المريض بل على مختلف أفراد العائلة. هدفنا هو الإحاطة بمختلف انعكاسات هذا المرض على عائلة المريض، من الناحية النفسية، الاجتماعية والمادية، وكذا الجانب الديني .

لذا قمنا بدراسة بالمعهد الوطني للأنكولوجيا بالرباط امتدت من يناير إلى دجنبر 2009، شملت 150 عائلة (378 فرد). ضمت الأطفال والأزواج وكذا باقي أفراد العائلة: أخوات - إخوان - أب - أم. ضمت دراستنا 150 عائلة متكونة من 378 فرد، 48% ذكور، 52% إناث، 26% أزواج، 51% أطفال .

من الناحية النفسية الصدمة الأولية عند تلقي الخبر كانت حادة لدى 76% من الأفراد: 97% عند الأزواج الإناث، 19% عند الأزواج الذكور و 100% عند الأطفال. ولدى 60% من باقي أفراد العائلة ؛ بلغت نسبة الخوف من فقدان القريب : 93% أما الإحساس بالذنب فقد بلغ 63%.

كما عرفت العينة المدروسة اضطرابات في النوم والأكل بنسبة 67.7% وزادت نسبة التدخين عند 78% من الأفراد الذكور و 2% من الأفراد الإناث.

فيما يخص الجانب الديني فجميع الأشخاص موضع الدراسة مسلمون وقد زادت نسبة التدين بعد مرض القريب عند 97% . سجلت نسبة اللجوء إلى الطب الشعبي: 90% من الحالات .

تضل الحياة الجنسية من الطابوهات التي يصعب الحديث عنها لدى 88% من الأزواج.

أما الأطفال فمن بين الانعكاسات الملحوظة الشعور بالإهمال - تراجع القدرات الدراسية - التبول الليلي.



BIBLIOGRAPHIE





ychologues dans les services de cancérologie ?

Psychol Med (Paris) 1994; 26:647–50.

- [2] **RAZAVI D. & DELVAUX N.** (2002): *Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille*. Médecine et Psychothérapie, Masson, Paris
- [3] **F.NORE ET AL** , l'integration des familles aux soins en cancérologie : perspective et limites , pratique clinique , psycho-oncologie (2007) 1 : 186- 194.
- [4] **NIJBOER C, TEMPELAAR R, SANDERMAN R, ET AL.** (1998) Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology* 7(1): 3-13.
- [5] **KROUSE HJ, RUDY SF, VALLERAND AH, ET AL.** (2004) Ompact of tracheostomy or laryngectomy on spousal and caregiver relationships. *ORL Head Neck Nurs* 22(1): 10-25
- [6] **LE T, LEIS A, PAHWA P, ET AL.** (2003) Quality-of-life issues in patients with ovarian cancer and their caregivers: a review. *Obstet Gynecol Surv* 58(11): 749-58
- [7] **GOTAY C** (1984) The experience of cancer during early and advanced stages: the views of patients and their mates. *Soc Sci Med* 18: 605-13
- [8] **ANDREASSON S, MOTH I, JENSEN S, ET AL.** (1986) Sexual function and somatopsychic reactions in vulvectomy operated women and their partners. *Acta Obstet Gynecol Scand* 65: 7-10

preparing the family for their responsibilities

during treatment. *Cancer* 58: 508-11

- [10] **WELLISCH D, JAMISON K, PASNAU R** (1978) Psychosocial aspects of mastectomy: II. The man's perspective. *Amer J Psychiat* 135: 543-6
- [11] **SALTEL P** (2003) Adaptation psychologique des proches à la maladie, et Comment aborder les situations de fin de vie ? In: Atelier Adaptation psychologique des proches à la maladie, Forum « Cancer et Proches », Paris, 10 décembre.
- [12] **BOCQUET H, GRAND A, CLEMENT S, ET AL.** (2001) Souffrance des aidants : Approche socio-épidémiologique. In: Fondation Me'de'ric Alzheimer, Les aidants familiaux et professionnels : de la charge à l'aide. Recherche et Pratique dans la maladie d'Alzheimer. Serdi Edition (Eds), Paris
- [13] **ERRIHANI H, MRABTI H, BOUTAYEB S, EL GHISSASSI I, EL MESBAHI O, HAMMOUDI M, CHERGUI H, RIADI A.** Impact of cancer on moslem patients in Morocco. *Psych-oncol* 2008; 17:98-100
- [14] **ERRIHANI H, ABARROU N, EL MESBAHI O, EL MAZGHI A, MARZOUKI A, KARIM M, EL GUEDDARI B.K, CHERGUI H, HAMMOUDI M.** Caractéristiques psycho-sociales des patients cancéreux marocains: étude de 1000 cas recrutés à l'institut natinal d'oncologie de Rabat. *Rev francoph Psycho-oncologie* 2005; 2: 80-85

- H, BOUTAYEB S, ICHOU M, EL MESBAHI
 FKIR S, SBITTI Y, RIADI M. Psychosocial
 profile of Moroccan breast cancer patients: Ann Oncol. 2006 Sep; 17
 Suppl 9: ix279-ix282. Abstract N° 968P
- [16] **ERRIHANI H, ELGHISSASSI I, MELLAS N, BELBARAKA R, MESSMOUDI M, KAIKANI W.** Impact of cancer on sexuality: How is the Moroccan patient affected? Sexologies 2009; Modele + SEXOL-207
- [17] **MOULIN P.** Imaginaire social et cancer. Rev Francoph Psycho-Oncologie 2005; 4:261–7.
- [18] **D.MARANINCHI ET AL,** les proches de patients atteint d'un cancer : usure et temporalité ; étude et expertise, avril 2007
- [19] **NORTHOUSE L.L., SWAIN M.A.** (1987). *Adjustment of Patients and Husbands to the Initial Impact of Breast Cancer*. Nursing Research, 36, 4, 221-5.
- [20] **COHEN M.S. & COHEN E.K.** (1981): Behavioral family systems intervention in terminal care. In SOBEL H.J. (ed.): *Behavior Therapy in Terminal Care*. p. 177-204. Ballinger Publishing Company, Cambridge, Massachusetts.
- [21] **GIACQUINTA B.** (1979): Helping families face the crisis of cancer. In: KRUSE L., REESE J.L. & HART L.K. (Ed.): *Cancer: Pathophysiology, Etiology, and Management*. p. 452-456. The C.V. Mosby Company, St Louis.

- LY C. & MAGUIRE P. (1996): Psychological morbidity in the partners of cancer patients. In: BAIDER L., COOPER C.L. & KAPLAN DE-NOUR (Ed.): *Cancer and the Family*. p. 257-268. Wiley, Chichester.
- [23] **MAGUIRE P. & FAULKNER A.** (1988): Communicate with cancer patients: 2 Handling uncertainty, collusion, and denial. *British Medical Journal* 297: 972-974.
- [24] **BLOOM J.R., HOPPE R.T., FOBAIR P., SIEGEL D. & COX R.S.** (1984): Outlook and social functioning of long-term survivors of Hodgkin's disease. *Proceedings of ASCO*, (Abstract).
- [25] **SALTEL P., GAUVAIN-PIQUARD A., LANDRY-DATTEE N.** (2001). *L'information de la famille d'un patient adulte atteint de cancer*. Bulletin du Cancer, 88, 4, 399-405.
- [26] **NORTHOUSE L.L.** (1984): The impact of cancer on the family: an overview. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 14(3): 215-242.
- [27] **RAIT D. & LEDERBERG M.** (1989): The family of the cancer patient. In: HOLLAND J.C. and ROWLAND J.H. (ed.): *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. p. 585-597. Oxford University Press, Oxford.

- 87): Environnement psychologique du patient
cancer : aspect de la famille. *Actualité en Cancérologie*. Actes des
Journées consacrées au Cancer par les Centres de Santé de la Province
de Luxembourg.
- [29] **OBERST M.T. & SCOTT D.W.** (1988): Postdischarge distress in
surgically treated cancer patients and their spouses. *Research in Nursing
& Health* 11: 223-233
- [30] **WOLCOTT D.L., WELLISCH D.K., FAWZY F.I. & LANDSVERK J.**
(1986): Psychological adjustment of adult bone marrow transplant
donors whose recipient survives. *Transplantation* 41(4): 484-488.
- [31] **HASSEY K.M.** (1988): Pregnancy and parenthood after treatment for
breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 15(4): 439-444.
- [32] **HUBNER M.K.** (1989): Cancer and infertility: longing for life. *Journal
of Psychosocial Oncology* 7(4): 1-19.
- [33] **KRANT M.J. & JOHNSTON L.** (1977-78): Family
members' perceptions of communications in late stage cancer.
International Journal of Psychiatry in Medicine 8: 203-217.
- [34] **OLSON M.M.** (1989): Family participation in posthospital care:
women's work. *Journal of Psychosocial Oncology* 7(1 / 2): 77-93.

- WALKER E.J., MILLER D.S., BROWN L.L. & WALKER E.J. (1986): Psychosocial correlates of survival in advanced malignant disease? *New England Journal of Medicine* 312(24): 1551-1555.
- [36] SNYDER C.C. (1986): *Oncology nursing*. Little, Brown and Company, p. 39-55, Boston.
- [37] NICOLE.DELVAUX, L'expérience du cancer pour les familles ; Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux - n° 36, 2006/1
- [38] BOWLBY J. (1969): *Attachment and Loss*. Vol. 1: *Attachment* (2nd ed). Basic Books, New York.
- [39] BOWLBY J. (1991): *Attachment and loss: loss, sadness and depression* (Vol. 3). England Hogarth Press, London.
- [40] AINSWORTH M.D.S., BELL S.M. & STAYTON D. (1974): Infant-mother attachment and social development. In: RICHARDS M.P. (Ed): *The Introduction of the Child into a Social World*. p. 99-135. Cambridge University Press, London.
- [41] WEIHS K. & REISS D. (1996): Family reorganization in response to cancer: a developmental perspective. In BAIDER L., COOPER C.L. & KAPLAN DE-NOUR (ed.) *Cancer and the Family*. p. 3-29. Wiley, Chichester.

- [5)]: Cultural variation in family adjustment to cancer. In: BAIDER L., COOPER C.L. & KAPLAN DE-NOUR (eds) *Cancer and the Family*. p. 31-48. Wiley, Chichester.
- [43] **RAIT D. & LEDERBERG M.** (1989): The family of the cancer patient. In: HOLLAND J.C. and ROWLAND J.H. (ed.): *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. p. 585-597. Oxford University Press, Oxford.
- [44] **BAIDER L., KAUFMAN B., PERETZ T., MANOR O., EVER-HADANI P. & KAPLAN DE-NOUR A.** (1996): Mutuality of fate: adaptation and psychological distress in cancer patients and their partners. In: BAIDER L., COOPER C.L. & KAPLAN DE-NOUR (Ed.): *Cancer and the Family*. p. 173-186. Wiley, Chichester.
- [45] **OLSON D.H., PORTNER J. & LAVEE Y.** (1985): **FACES III.** IN **OLSON D.H., MCCUBBIN H.I., BARNES H., LARSEN A., MUXEN M. & WILSON M.** (ed.): *Family Inventories*. p. 1-42. Family Social Science, University of Minnesota, St Paul, Minnesota.
- [46] **SCHULZ K.H., SCHULZ H., SCHULZ O. & VON KERKJARTO M.** (1996): Family structure and psychosocial stress in families of cancer patients. In: BAIDER L., COOPER C.L. & KAPLAN DE-NOUR (ed.): *Cancer and the Family*. p. 225-255. Wiley, Chichester.
- [47] **LIEBER L., PLUMB M.M., GERSTENZANG M.L. & HOLLAND J.** (1976): The communication of affection between cancer patients and their spouses. *Psychosomatic Medicine* 38: 79-389.

- G., SELLSCHOPP A. & BEUTEL M. (1996):
Between distress and support: spouses of cancer patients. In: BAIDER
L., COOPER C.L. & KAPLAN DE-NOUR (ed.) *Cancer and the
Family*. p. 187-223. Wiley, Chichester.
- [49] THORNE S. (1985): The family cancer experience. *Cancer Nursing*
8(5): 285-291.
- [50] BATESON G.D., JACKSON D., HALEY J. & WEAKLAND J. (1956):
Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1: 251-254.
- [51] GATES C.C. (1980): Husbands of mastectomy patients. Patient
Counselling and Health. *Education First Quarter*: 38-41.
- [52] CARTER E.A. & MCGOLDRICK M. (1980): *The family life cycle: a
framework for family therapy*. Gardner Press, New York.
- [53] VACHON M.L.S., ROBINOVITCH A., BURKLOW J., GANZ P.,
HERMANN J., JOSEPH R. & KANE R.A. (1991): Cancer control and
the older person: psychosocial issues. *Cancer* 68: 2534-2539.
- [54] WELLISCH D.K. (1981): Family relationships of the mastectomy
patient : interactions with the spouse and children. *Israel Journal of
Medical Sciences* 17: 993-996.

- Z E.R., SCHAIN W., WANG H. & SIAU J. (1994). Psychological characteristics of daughters of breast cancer patients. In *Current Concepts in Psycho-Oncology IV. Syllabus of the Postgraduate Course* (Course Director: HOLLAND J.; Course Co-Directors: LESKO L.M. and MASSIE M.J.), p. 245. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York.
- [56] **VISSER A, HUIZINGA GA, VAN DER GRAAF WTA, HOEKSTRA HJ, HOEKSTRA-WEEBERS JEHM.** The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treat Rev* 2004;30:683–94.
- [57] **WATSON M, ST. JAMES-ROBERTS I, ASHLEY S, TILNEY C, BROUGHAM B, EDWARDS L, ET AL.** Factors associated with emotional and behavioural problems among school ages children of breast cancer patients. *Br J Cancer* 2006;94:43–50.
- [58] **EDWARDS B, CLARKE V.** The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psychooncology* 2004;13:562–76.
- [59] **ADAMS-GREENLY M, MOYNIHAN SRT.** Helping the children of fatally ill parents. *Am J Orthopsychiatry* 1983;53:219–29.
- [60] **BARNES J, KROLL L, BURKE O, LEE J, JONES A, STEIN A.** Factors predicting communication about the diagnosis of maternal breast cancer to children. *J Psychosom Res* 2002;52:209–14.

- [61] **ELLIOT M.** When Mom's sick: changes in a mother's role and in the family after her diagnosis of cancer. *Cancer Nurs* 1999;22:58–63.
- [62] **CHRIST GH, SIEGEL K, FREUND B, LANGOSCH D, HENDERSEN S, SPERBER D, ET AL.** Impact of parental terminal cancer on latency-age children. *Am J Orthopsychiatry* 1993;63:417-25.
- [63] **CHRIST GH, SIEGEL K, SPERBER D.** Impact of parental terminal cancer on adolescents. *Am J Orthopsychiatry* 1994;64:604–13.
- [64] **ROSENHEIM E, REICHER R.** Informing children about a parent's terminal illness. *J Child Psychol Psychiatry* 1985;26:995–8.
- [65] **KRISTJANSON LJ, CHALMERS KI, WOODGATE R.** Information and support needs of adolescent children of women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2004;31:111–9.
- [66] **CH. REYNAERT, Y. LIBERT, ET AL ;** cancer et dynamique de couple 2006 ; 125, 10 : S467 480
- [67] **REYNAERT CH :** «Météo couple» 1994: année de la famille. *Louvain Med.* 1994 ; 45 : 15-19.
- [68] **CARR SV.** Talking about sex to oncologists and about cancer to sexologists. *Sexologies* 2007;16:267—72.

- JC.** In sickness and in health: chronic illness, marriage and spousal caregiving. In: Spacapan S, Oskamp S, editors. *Helping and Being Helped: Naturalistic Studies*. Newbury Park, CA: Sage; 1992.
- [70] **KRISTJANSON LJ, ASHCROFT T.** The family's cancer journey: a literature review. *Cancer Nurs* 1994;17:1—17.
- [71] **WELLISCH D.K.** (1981): Family relationships of the mastectomy patient : interactions with the spouse and children. *Israel Journal of Medical Sciences* 17: 993-996.
- [72] **NEZELOF S, VANDEL P.** Cancers et dépressions : aspects épidémiologiques. *Encéphale* 1998;Hors série 2 :59—65.
- [73] **BAIDER L, KAPLAN DE-NOUR A.** Impact of cancer on couples. *Cancer Invest* 1993;11:706—13.
- [74] **LICHTMAN RR, WOOD JV, TAYLOR SE.** Social support and marital adjustment after breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 1987;5:47—74.
- [75] **M.PARADIS ET COLL.** Détresse psychosociale et communication à propos du cancer chez le partenaire malade et son conjoint. *Encéphale* 2009 35, 146-151.
- [76] **MANNE S.** Couples coping with cancer: research issues and recent findings. *J Clin Psychol Med Settings* 1994 ; 1 : 317-30.



- SKERRETT K.** Cancer patients and their spouses: gender and its effect on psychological and social adjustment. *J Health Psychol* 2001; 6 : 329-38.
- [78] **FINCHAM FD, FERNANDES LOL, HUMPHREYS K.** **COMMUNICATING IN RELATIONSHIPS.** *A guide for couples and professionals.* Champaign, IL: Research Press, 1993.
- [79] **BRUGERE J, LOUVARD N.** Qualité de vie des cancéreux ORL. *Bull Cancer* 1986 ; 73 : 634-40.
- [80] **SARTEL P, GAUVAIN-PIQUARD A, LANDRY-DATTEE N.** L'information de la famille d'un patient adulte atteint de cancer. *Bull Cancer* 2001 ; 88 : 399-405.
- [81] **WALSH-BURKE K.** Family communication and coping with cancer. *J Psychosocial Oncol* 1992 ; 10 : 63-81.
- [82] **VESS JD, MORELAND JR, SCHWEBEL AI, KRAUT E.** Psychosocial needs of cancer patients: learning from patients and their spouses. *J Psychosocial Oncol* 1988 ; 6 : 31-51.
- [83] **ZAHLIS EH, SHANDS ME.** Breast cancer: demands of the illness on the patient's partner. *J Psychosocial Oncol* 1991 ; 9 : 75-93.
- [84] **SKERRETT K.** Couple adjustment to the experience of breast cancer. *Families, Systems, Health* 1998 ; 16 : 281-98.
- [85] **GOTCHER JM.** Interpersonal communication and psychosocial adjustment. *J Psychosocial Oncol* 1992 ; 10 : 21-39.

- ent of husbands and wives to breast cancer.
Cancer Practice 1997, 5: 92-8.
- [87] **SIEGEL K., RAVEIS V.H. & KARUS D.** (1996): Pattern of communication with children when a parent has cancer. *In: BAIDER L., COOPER C.L. & KAPLAN DE-NOUR (ed.): Cancer and the Family.* p. 109-128. Wiley, Chichester.
 - [88] **E. MARX**, sexualité et cancer, d'un deuil à l'autre : les maux de l'intime ; revue francophone de psycho-oncologie (2005) ; numéro 3.
 - [89] **NORTHOUSE LL:** Family issues in cancer care. *Advances in Psychosomatic Medicine.* 1988 ; 18 : 82-101.
 - [90] **JOSEPH-JEANNENEY B, BRE'CHOT JM, RUSZNIEWSKI M** (2002) Autour du malade. La famille, le médecin et le psychologue. Odile Jacob, Paris.
 - [91] **MAUFROY D** (2002) Pratique du soin et Proximologie. 2e workshop en Proximologie, « Pour une nouvelle discipline? ... », Paris, 30 novembre
 - [92] **CAUSSE D** (2006) Quelle place dans les structures de soins? *In: Joublin H (coord.), Proximologie. Regards croise's sur l'entourage des personnes malades, de'pendantes ou handicape'es.* Flammarion, coll. « Me'decine-Sciences », Paris, pp 60-71
 - [93] **CHANAL B** (2004) Maladie, familles et équipes soignantes face au cancer digestif en phase palliative. *Gastroenterol Clin Biol* 28 (5) suppl, D31-8

- INCHCLIFF S, ELFORD H.** Opening a can of worms GP and practice nurse barriers to talking in sexual health in primary care. *Fam Pract* 2004;21:528—36.
- [95] **HORDEN AJ, STREET AF.** Communicating about patients sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust* 2007;186:224—7.
- [96] **DAUCHY S.** (2003). « L’annonce du diagnostic: que dire, à qui et comment? » *Atelier Adaptation psychologique des proches à la maladie*, forum *Cancer et proches*. Paris, 10 décembre 2003.
- [97] **HOUTS P.-S., NEZU A.M., NEZU C.M., BUCHER J.A.** (1996). *The Prepared Family Caregiver : a Problem- Solving Approach to Family Caregiver Education*. *Patient Education and Counseling*, 27, 63-73.).
- [98] **DUPUY O.** (2006). « Vers une reconnaissance statutaire ? », in Joublin H. *Proximologie. Regards croisés sur l’entourage des personnes malades, dépendantes ou handicapées*, coll. Flammarion, Paris, Médecine-Sciences.
- [99] **HINTON J.** (1981): Sharing or withholding awareness of dying between husband and wife. *Journal of Psychosomatic Research* 25: 337-343.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



ANNEXES





HEZ LA FAMILLE DU CANCEREUX

- **Age**
- **Sexe**
- **Lien de parenté :**
- **niveau socio-culturelle :**
 - ❖ analphabète
 - ❖ Scolarisé
 - ❖ Universitaire
- **Milieu de provenance**
- **Retentissement psychologique :**
 - ❖ choc initial et Dénî: oui non
 - ❖ compréhension et Acceptabilité
 - ❖ Angoisse du perte du proche
 - ❖ Sentiment de culpabilité
 - ❖ Peur d'hériter le cancer
 - ❖ Peur de contagion
 - ❖ Obsession d'avoir un cancer
- **Retentissement physique**
 - ❖ Trouble de sommeil
 - ❖ Trouble d'alimentation
 - ❖ Trouble professionnelle
- **Les troubles comportementaux :**
 - ❖ Replis sur soi
 - ❖ Agressivité
 - ❖ dépendance
 - ❖ Les habitudes toxiques :
 - Récente
 - Majoré
 - Arrêté
 - ❖ Type de drogue : tabac canabisme alcool
- **coté spirituelle :**
 - ❖ Croyant en dieu : pratiquant
 Non pratiquant
 - ❖ Non croyant
 - ❖ Le changement actuelle après la maladie :
 - + croyant
 - croyant

- ❖ Le traditionnel (les plantes) :
 - Spontanément sans avoir eu l'accord du patient
 - Demandé par le patient
- ❖ Se diriger vers le fqih , les marabou, ou les charlatins :
 - Spontanément sans avoir pris l'accord du patient
 - Demandé par le patient

-Le niveau socio-économique :

- ❖ - sans emplois
- ❖ nv bas : revenu mensuelle moins de 1500 DH
- ❖ nv moyen : revenu mensuel 1500 - 5000 DH
- ❖ nv élevé :revenu mensuel : sup à 5000 DH

Le retentissement socio-économique :

- ❖ - adapté
- ❖ dépassé
- ❖ vente de biens :
 - maison
 - Terrain
 - Objet précieux
- ❖ Crédit :
 - Famille
 - Banque
- ❖ Prise en charge sociale :
 - CNOPS
 - CNSS
 - MUTUELLE
 - AMO
- ❖ Soussi d'insécurité ou angoisse de bien



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ANCER CHEZ L'ENFANT

EST-CE QUE L'ENFANT EST AU COURANT QUE SON PARENT EST MALADE ?

NON

OUI

SI OUI :

Est il au courant de la nature de sa maladie cancéreuse ?

Oui

Non

Age :

Sexe :

Nv scolaire :

Non scolarisé

Scolarisé

universitaire

Le retentissement psychologique :

- Dénî

-Acceptabilité

-Compréhension

-Sentiment d'abandon

-Angoisse de perte du parent

-L'angoisse d'avoir un beau père ou belle mère

-La culpabilité d'être responsable de la maladie du parent

-La peur d'être victime d'un cancer



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Les troubles physiques et comportementaux :

- Enurésie
- Encoprésie
- Cauchemar et terreurs nocturne
- Troubles alimentaires
- Régression des aptitudes scolaires
- Isolement par rapport au camarades ou amis
- Dépendance à la mère
- Processus de parentifications :
 - Bénin
 - Malin
- Les habitudes toxiques :
 - Récente
 - Majoré
 - Arrêté

Type de drogues : tabac canabisme alcool

- Comportement vis-à – vis l’entourage :
 - Replis sur soi et isolement
 - Dépendance
 - Agressivité

- Retentissement sur les projets d’avenir

Retentissement martiale :

- Oui non

Le cancer a-t-il affecté votre vie sexuelle ?

OUI

NON

SI OUI :

Diminution de la fréquence des rapports sexuelles

Diminution de la satisfaction sexuelle

Cause psychologique :

Baisse de la libido

Baisse du désir sexuel

Peur de contagion ----- Peur de mort (exprimé par le conjoint ou par le malade)

Cause physiologique

*Malade femme

- mastéctomisé
- raccourcissement vaginale
- sécheresse vaginale
- dyspareunie
- incontinence urinaire
- fistule vésico-vaginale et réctovaginale
- autres

*malade homme

- trouble d'érection
- trouble d' éjaculation
- incontinence urinaire
- stomie digestive ou urinaire



-tabou

-demande de séparation / divorce :

le conjoint

le malade

-demande de se remarier

-pratique sexuelle alternative



Serment

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

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

قسم أبقر اط

بسم الله الرحمان الرحيم أقسم بالله العظيم

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

- أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بأوازع من طميري وأشرفي بإعلاء صحة مريضتي هادفي الأول.
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأن أقوم بأواجبي نحو مرضاي دون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأن لا أسعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.

والله على ما أقول شهيد.

سنة : 2010

انعكاسات مرض السرطان على العائلة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة : سوسان خرموم العزوزي

المزودة في 28 ماي 1983 بوزان

طبيبة داخلية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: السرطان – العائلة – الطفل – الزوج – البسيكوأولوجيا.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

السيد: حسن الريحاني

أستاذ في الطب السرطاني

السيد: عبد الواحد جليل

أستاذ في الجراحة العامة

السيدة: ليلى جروني

أستاذة في الكشف بالأشعة

السيد: محمد إيشو

أستاذ في الطب السرطاني

أعضاء