UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

(UAC)

*****

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

RAPPORT DE FIN DE STAGE DE LICENCE 3 EN PSYCHOLOGIE

THEME

VECU PSYCHOLOGIQUE DES MALADES SUIVIS POUR UN CANCER A L'UNITE DE SOIN PALLIATIF DU CNHU-HKM DE COTONOU

Réalisé par :

AZONHOUMON Innocent

Maitre de mémoire :

Dr Ornheilia ZOUNON

Enseignant-Chercheur,

DP- FASHS/UAC

Examinateur du Jury :

Dr Aristide AKOVOWANOU

Enseignant-Chercheur,

DP- FASHS/UAC

ANNEE ACADEMIQUE : 2022-2023

SOMMAIRE

IN MEMORIAM....3
DEDICACES....4
REMERCIEMENTS....5
LISTE DES TABLEAUX....6
LISTE DES VERBATIMS....7
LISTES DES SIGLES ET ACRONYMES....8
RESUME....9
ABSTRACT....9
INTRODUCTION....10
CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE....12
CHAPITRE 2 : APPROCHE METHOLOGIQUE....20
CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION....24
CONCLUSION....37
REFERENCES BIBLIOGRAPHQUES....39
ANNEXE....43
TABLE DES MATIERES....47

IN MEMORIAM

Je dédie ce mémoire à :

- À mon feu père AZONHOUMON Yénawa
- Et à ma feue mère LOKONON Alice

DEDICACES

Je dédie ce mémoire :

- À toutes les personnes atteintes d'un cancer

REMERCIEMENTS

Nos reconnaissances à tous ceux et celles qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail. Qu'ils reçoivent ici nos vifs respects et notre profonde gratitude. Une mention particulière :

- Docteur Ornheilia ZOUNON, Enseignant-Chercheur au DP, maître de mémoire, pour sa disponibilité, l'attention particulière accordée à la rédaction de notre mémoire ;
- Les Membres du jury pour leur présence, le temps consacré à la lecture et à l'appréciation de ce mémoire ;
- Le corps professoral et le personnel administratif du département de la psychologie pour leur coopération, leur considération et pour la qualité des enseignements qu'ils nous ont transmis ;
- À ma tutrice DOKPO Didiane pour tout le soutien ;
- À mes frères et sœur Samson et Diane pour leur soutien moral et financier ;
- À Monsieur HOUNZANDJI Bienvenu, madame ZANNOU Alice et monsieur SEGODO Elie pour leur soutien financier, moral et spirituel ;
- À tous ceux qui m'ont soutenu spirituellement, financièrement, moralement tout au long de mes études un infini merci ;
- À tous les amis proches et à toutes les personnes de près ou de loin qui d'une manière ou d'une autre nous ont soutenu tout au long de ce cursus et qui ont contribué à la réalisation de ce document.

À tous, MERCI !!!

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des enquêtés selon le sexe 24
Tableau II : Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale 24
Tableau III : Âge moyen des enquêtés 25
Tableau IV : Répartition des enquêtés selon l'ethnie 25
Tableau V : Répartition des enquêtés selon la religion 26
Tableau VI : Répartition des enquêtés selon la profession 26
Tableau VII : Répartition des enquêtés selon le niveau d'étude 27
Tableau VIII : Caractéristiques des enquêtés liées à la maladie 28
Tableau IX : Ressentis, difficultés et troubles psychologiques des enquêtés à la suite du diagnostic 29
Tableau X : Répartition les difficultés en lien avec les traitements 30
Tableau XI : Répartition des enquêtés en fonction des sensations psychologiques perçues à la suite de l'annonce en rapport avec les traitements 30
Tableau XII : Répartition des enquêtés en fonction des sentiments psychologiques perçus par rapport à l'entourage 31
Tableau XIII : Répartition selon de le niveau de score d'anxiété des enquêtés 32
Tableau XIV : Répartition selon de le niveau de score de dépression des enquêtés 32

LISTE DES VERBATIMS

Verbatim I : Propos d'enquête de M.K., patiente de 51 ans atteinte du cancer de sein 29
Verbatim II : Propos d'enquête de M.J, patient de 23 ans atteint du cancer de l'œsophage.....31
Verbatim III :Propos d'enquête de M.K., patiente de 51 ans atteinte du cancer de sein 31

LISTES DES SIGLES ET ACRONYMES

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

GCO: Global Cancer Observatory

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

IARC: International Agency for Research on Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

USP : Unité des Soins Palliatifs

RESUME

Les patients atteints du cancer peuvent être amenés à faire face à une réelle expérience psychologique, sociale et spirituelle, qui peut interférer avec leur capacité à gérer cette situation liée à la maladie, ses traitements et ses symptômes physiques. L'objectif de cette recherche est d'étudier la problématique du vécu psychologique chez les patients atteints d'un cancer au sein de l'Unité des Soins Palliatifs du CNHU-HKM. Pour y parvenir, nous avons opté pour une méthode mixte. Les différentes techniques (questionnaire, guide d'entretien) utilisées nous ont permis de collecter plusieurs informations auprès des seize (16) patients qui ont été interviewés. Les résultats de nos enquêtes montrent que l'annonce du diagnostic d'un cancer est traumatisant et induit des perturbations psychiques. Il en ressort que le cancer et ses traitements timbrent négativement le vécu des patients, de part l'anxiété et la dépression. Il est alors indispensable que les patients aient un suivi psychologique à tous les stades de la maladie.

Mots clés : Vécu, vécu psychologique, cancer, soins palliatifs

ABSTRACT

Cancer patients may face a real psychological, social and spiritual experience, which can interfere with the ability to cope with illness, treatments and physical symptoms. The objective of this research is to study the problematic of psychological experience in cancer patients within the CNHU-HKM Palliative Care Unit. To achieve this, we have opted for a mixed method. The different techniques (questionnaire, maintenance guide) used allowed us to collect several information from the sixteen (16) patients surveyed. The results of our surveys show that the announcement of the diagnosis of cancer is traumatic and induces psychic disturbances. It appears that cancer and its treatments negatively stack the experience of patients, by anxiety and depression. It is then essential that patients have psychological follow-up at all stages of the disease.

Keys words : experience, psychological experience, cancer, palliative care

INTRODUCTION

Le cancer est une maladie dont l'impact ne cesse de croître depuis des années sur l'échiquier mondial. Il dévaste la vie des personnes et des familles entières. Celles-ci sont confrontées à des décès tragiques prématurés et doivent assurer un lourd fardeau médical, social et financier. Le cycle de la maladie fait traverser plusieurs étapes aux personnes atteintes du cancer au point où l'esprit d'un retour à la situation normale parait hypothétique. Malgré l'existence de divers traitements efficaces et qu'un diagnostic de cancer ne représente plus systématiquement une condamnation à mort dans les mois ou les années à venir, cela demeure un événement qui vient bouleverser complètement la vie des personnes atteintes. Il peut en effet, apparaitre à n'importe quel âge et sexe. Par son ampleur, il apparait comme une véritable menace pour les populations.

En effet, les personnes atteintes d'un cancer sont confrontées à d'importants problèmes liés à la maladie et aux traitements. Plusieurs facteurs peuvent influencer le vécu de ces personnes et sont susceptibles d'entrainer des séquelles psychologiques comme le dysfonctionnement psychologique ou la détresse. Ces séquelles passent par plusieurs étapes depuis le diagnostic, se poursuivent avec l'évolution de la maladie et mettent à l'épreuve la qualité de vie.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1993) définit la qualité de vie comme étant << *la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept qui très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et de son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement* >>. La qualité de vie est présente dans la vie d'un individu et entre comme facteur contributif dans la matrice des déterminants qui façonnent la santé physique, l'état psychologique, les relations sociales et les croyances personnelles …

Après l'expérience d'une annonce douloureuse qui a déclenché un bouleversement émotionnel et psychique, les personnes atteintes d'un cancer sont amenées à subir d'autres bouleversements physiques qui sont des difficultés en lien avec les traitements. Les personnes peuvent souffrir des affections particulièrement décourageantes qui semblent difficiles à traiter telles que les affections cutanées, les diarrhées chroniques, les vomissements et la nausée. On peut aussi noter les troubles sexuels, troubles de sommeil et de l'alimentation… Si ces désordres sont d'origine somatique, ils sont reconnus en psychopathologie comme pouvant être consécutifs à une désorganisation

psychologique. La difficulté des patients à faire face à ces problèmes du cancer et des traitements peut affecter la qualité de vie et affaiblir la motivation à poursuivre et à continuer avec les traitements (Steel & Carr, 2022).

Ce constat fait dans le cadre de la prise de charge des personnes atteintes du cancer de l'USP du CNHU-HKM de Cotonou montre impérativement le dépouillement du vécu psychologique des patients afin de leur assurer une bonne qualité de vie. C'est pourquoi à la fin de notre formation de licence au département de Psychologie, nous avons choisi comme thème de recherche : ‹‹ **Vécu psychologique des malades suivis pour un cancer au sein de l'Unité des Soins Palliatifs du CNHU-HKM de Cotonou** › ›.

Pour y parvenir, ce rapport s'articule autour de trois chapitres. Le premier aborde le cadre théorique de la recherche. Le deuxième s'intéresse à l'approche méthodologique. Le troisième chapitre présente et analyse les résultats obtenus puis procède à la discussion de ceux-ci.

CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE

2.1. Clarification conceptuelle

2.1.1. Vécu

Le vécu est le participe passé du verbe « vivre ».

Selon le dictionnaire le grand dictionnaire Larousse (2016), le vécu est l'ensemble des expériences, des événements, des impressions qu'une personne a vécus ou ressentis. Il exprime ce qui s'est passé ou semble réellement passé. Une histoire vécue est une expérience qui a réellement eu lieu, un ensemble de faits, un événement de la vie réelle dont on est témoin ou auteur. Il englobe généralement ce que l'on a connu, ressenti lors de sa vie, notamment lors d'une expérience réelle et les éprouvés qui en découlent, de ce fait ou événement.

En résumé, le vécu représente l'ensemble des expériences, événements, des impressions et des perceptions qu'une personne a vécus et ont contribué de manière à façonner sa manière de vivre, de ressentir et concevoir la réalité.

2.1.2. Vécu psychologique

Le vécu d'une maladie diffère d'un individu à un autre en fonction de leur capacité physique et psychologique mais aussi de leurs situations sociodémographiques et culturelles à faire face à une situation. Le vécu psychologique face à la maladie est donc tributaire de multiples facteurs et est perçu à travers une multitude de sentiments et émotions ressentis chez le malade et dans son entourage.

Selon l'allemand Wilhelm Dilthey, le vécu psychologique fait référence à l'expérience subjective et individuelle d'une personne dans le domaine de la psychologie. Pour Dilthey, le vécu psychologique représente la vie intérieure d'un individu, ses émotions, ses pensées, ses motivations et ses intentions.

Le vécu psychologique des personnes atteintes du cancer est perçu par l'entremise des sentiments et émotions éprouvés au cours de la maladie.

Dans notre étude, il est question du ressenti au niveau des idées et de la manière de penser des personnes atteintes du cancer.

2.1.3. Soins palliatifs

Le grand dictionnaire Larousse (2016) définit *palliatif* comme ce qui « se dit d'un traitement qui atténue les effets d'une maladie sans la traiter elle-même ».

Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale.

Il s'agit des soins pour soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes comme sources de souffrance ou d'inconfort tels que les vomissements, l'asthénie, l'anémie, la confusion mentale en prenant compte des souffrances psychosociales et spirituelles des malades et de ses proches. Les soins palliatifs ne concernent pas seulement les derniers jours de vie mais des soins auxquels on peut faire recours tôt lors d'une maladie grave ou chronique pour mieux la vivre et anticiper les difficultés qui pourraient survenir.

2.2. Revue de la littérature

L'annonce d'un diagnostic de cancer déclenche dans la plupart des cas une crise existentielle et un bouleversement dans la vie des personnes concernées ainsi que celle de leur entourage. Cette annonce peut entrainer un écoulement de l'illusion de l'immortalité (Ben Ammar Sghari & Hammami, 2017). Les enjeux sont à la fois médicaux et psychologiques, notamment en ce qui concerne le vécu immédiat, à long terme et persistance des effets secondaires des traitements de la maladie.

Plusieurs auteurs soulignent que l'annonce du cancer et des traitements qui en découlent, sont perçu comme un choc dans la vie de toute personne (Razavi & Delvaux, 2010) . Les malades se trouvent submerger par une multitude d'émotions principalement alimentées par la peur de mourir, de souffrir et de faire souffrir les autres.

Par ailleurs, l'annonce d'un diagnostic du cancer peut générer des sentiments de détresse vécus sous forme de choc, d'impuissance, de désespoir, de pessimisme, de déni (Holland, 2010; Razavi & Delvaux, 2010). De ce fait, il est possible que les personnes refusent de divulguer le diagnostic à leurs proches. Celles-ci agissent le plus souvent par amour, motivées par le désir de ne pas causer de la peine à leurs entourages.

Outre le choc du diagnostic, les personnes concernées sont déjà conscientes, dès l'annonce de ce dernier, qu'elles devront possiblement vivre des traitements ou d'une chirurgie mutilante qui sont

susceptibles d'avoir des effets indésirables dans leur vie. Préoccupées par leur image corporelle, plusieurs sont celles qui craignent de perdre leur identité (féminine ou masculine) (Bensoussan & Dudoit, 2008).

En plus des sentiments de peurs, de craintes et d'incertitudes, les personnes qui reçoivent un diagnostic de cancer doivent affronter de multiples souffrances qui peuvent quelques fois aboutir à un désespoir et un pessimisme (Razavi & Delvaux, 2010). De ce fait, l'annonce du diagnostic suscite de la détresse émotionnelle et des sentiments de vulnérabilités, mesurés par la présence des symptômes d'anxiété et de dépression chez les personnes concernées. Ces personnes risquent de développer des troubles psychopathologiques, en plus de ressentir de la douleur physique associée à la présence des symptômes du cancer à différents temps de la maladie et de la prise en charge et persister longtemps.

Au-delà des sentiments et réactions exprimés lors de l'annonce du diagnostic, les écrits scientifiques identifient de nombreuses conséquences physiques et psychologiques du cancer et des traitements oncologiques sur la vie des patients.

En ce qui concerne les conséquences physiques des traitements, plusieurs études ont mentionné que les effets secondaires les plus fréquents sont la fatigue, la perte d'appétit, les nausées, les vomissements, l'alopécie, la perte des poils corporels, la sécheresse vaginale, la dyspareunie, la dysfonction érectile (Kreitler, 2019; Steel & Carr, 2022).

Ces effets secondaires physiques font que les personnes victimes se sentent de plus en plus faibles et vulnérables. Cela peut entrainer une baisse de la motivation, de la capacité à accomplir des tâches et une diminution de l'engagement les activités quotidiennes habituelles. Les effets secondaires peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie et le fonctionnement global de ces personnes.

À long terme, celles-ci peuvent vivre d'autres répercussions physiques de la maladie, dont une prise ou une perte de poids, ainsi que des troubles de mémoire, de concentration, de pensée et d'attention (Steel & Carr, 2022).

De ce fait, les traitements sont fréquemment mal vécus par les malades en raison des effets secondaires physiques qu'ils impliquent et des souffrances associées (Ben Ammar Sghari & Hammami, 2017).

Les conséquences physiques liées au traitement du cancer influencent également l'image corporelle des personnes et, par conséquent, leur sexualité, leur bien-être psychologique, ainsi que leur qualité de vie (Dornelas, 2018).

À titre d'exemple, les personnes ayant subi une mammectomie ou une prostatectomie ont souvent une sensation de la perte de leur identité (Fischer, 2013), qui est associée à la sexualité et à l'attirance corporelle. De ce fait, cela peut affecter négativement l'image et l'estime de soi.

La stigmatisation liée à l'image corporelle des séquelles induites par les effets secondaires des traitements de la maladie cancéreuse représente un facteur de stress pour les patients. Elle peut être associée à une augmentation de la prévalence des symptômes dépressifs et une baisse adhérente aux traitements (Steel & Carr, 2022).

Outre, les difficultés liées à l'image corporelle, plusieurs études ont démontré des conséquences psychologiques importantes chez les personnes atteintes d'un cancer, principalement en ce qui concerne les anxieux et dépressifs (Bower, 2008 ; Razavi & Delvaux, 2010).

Bower (2008) souligne que 20% à 30% des personnes atteintes du cancer présentent des symptômes dépressifs et anxieux dès l'annonce du diagnostic du cancer, qui se poursuivent lors des mois, voire des années suivant le diagnostic et les traitements. Bien que le taux d'épisodes de dépression majeure soit considérablement bas chez ces personnes (Bower, 2008), certaines études révèlent que ces dernières continuent à vivre de la détresse dans certaines sphères de leur vie un an après leur traitement (Bower, 2008; Knobf, 2007). Cette détresse se manifeste par de trouble de sommeil, de la fatigue, trouble de mémoire et de concentration, trouble de l'humeur, ainsi que d'une peur de la récidive de la maladie (Holland, 2010; Knobf, 2007).

Certains auteurs affirment que les personnes âgées dans la trentaine et dans la quarantaine au moment diagnostique sont davantage à risque de souffrir de la dépression et détresse psychologique que les personnes plus âgées (Coyne & Borbasi, 2007). En effet, celles-ci doivent gérer différentes préoccupations, telles que les répercussions de la maladie sur la famille, l'incertitude de faire face à l'avenir, le sentiment d'être différent et isolé parce qu'elles ne connaissent peut-être pas d'autres personnes traversant les mêmes épreuves en raison du jeune âge (Coyne & Borbasi, 2007). À l'inverse, d'autres affirment que les personnes âgées sont davantage à risque de souffrir de la

dépression et d'avoir des idées suicidaires, puisqu'elles ont plus à perdre, entre autres aux plans physique, financier, relationnel et familial (Knobf, 2007).

Outre les troubles physiques et psychologiques, le stress peut entrainer de l'angoisse, des symptômes dépressifs, des dysfonctionnements relationnels, ainsi que les pressions sociales, financières ou professionnelles. Bien que de nombreuses personnes soient en mesure de maitriser ces problèmes seules ou à l'aide du soutien de leur réseau social ou familial, il est mentionné que près de la moitié d'entre elles nécessitent de l'aide psychosociale au cours de la maladie (Ben Ammar Sghari & Hammami, 2017). Cette prise en charge est très importante aux différentes phases de la maladie. Les réactions les plus fréquentes incluent la dépression et l'anxiété, le plus souvent de type relationnel. Ces réactions dépendent donc de la personnalité du patient, de ses ressources psychologiques et du soutien qu'ils reçoivent des autres. De ce fait, la disponibilité et l'écoute des intervenants facilitent l'acceptation de la maladie et des traitements (Ben Ammar Sghari & Hammami, 2017). La prise en compte des besoins sociaux est également indispensable à tous les stades de la maladie, dans le but d'aider le patient et sa famille à obtenir une aide financière. Le déficit financier est un facteur qui influence considérablement la santé psychologique de la personne atteinte du cancer (Ben Ammar Sghari & Hammami, 2017).

Lorsque les personnes reçoivent le diagnostic et les traitements cancérologiques, celles-ci vivent des difficultés de toutes sortes, puisqu'elles doivent prendre des décisions cruciales quant à leur futur, tout en sachant que ces dernières auront des répercussions sur les diverses sphères de leur vie. Ainsi, pour pallier à l'annonce du diagnostic de la maladie et aux conséquences y étant liées, les personnes atteintes utilisent diverses stratégies de coping ou d'adaptation en lien avec leur réalité souvent difficiles à vivre (Razavi & Delvaux, 2010).

En ce qui a trait aux stratégies de coping en lien à l'annonce, il est démontré que l'évitement et le déni sont des stratégies qui prédisent l'adaptation des patients à la suite de l'annonce du diagnostic (Fischer, 2013). Bien qu'elles soient efficaces à court terme, ces stratégies peuvent devenir néfastes si elles sont utilisées à long terme. À titre d'exemple, le déni et l'évitement peuvent être perçus comme une prise de distance émotionnelle pour gérer l'anxiété, la peur, la détresse et l'incertitude (Fischer, 2013).

La détresse des personnes qui évitent la situation diminuera au cours des trois derniers mois qui suivent l'annonce, mais augmentera toutefois après la première année. L'évitement est également

une stratégie associée à la grande crainte de rechute de la maladie après les traitements (Stanton et al., 2002).

À l'inverse, les personnes qui utilisent des stratégies de coping telles que la résolution ou la pensée positive semblent avoir une meilleure adaptation à la suite du diagnostic (Dornelas, 2018). Effectivement, l'étude réalisée par Reynolds et al (2000) sur les patientes atteintes du cancer de sein révèle que celles qui n'expriment pas leurs émotions et n'ont pas de soutien émotionnel présentent des taux de suivi moins élevés que celles qui expriment leurs émotions et qui bénéficient de soutien émotionnel.

En outre, d'autres utilisent des stratégies de coping axées sur les problèmes pour rechercher des solutions afin de prendre le contrôle sur la maladie.

En définitive, cette recherche a permis d'observer, d'avoir une idée claire des conséquences psychologiques du cancer.

2.3. Problématique

Le cancer est la deuxième cause de décès dans le monde (OMS, 2023). En 2020, près de dix millions de personnes sont décédées de cette maladie, ce qui représente un décès sur dix (CGO,2021). En effet, le cancer figure parmi les principales causes de morbidité et mortalité. En 2018, on comptait approximativement 18,1 millions de nouveaux cas (IARC, 2018) et ceux-ci devraient augmenter jusqu'à cinquante millions de nouveau dans les cinq prochaines années (The Global Cancer Observatory,2021).

Parmi l'ensemble des cas de cancers, le cancer de sein représente 11,7%, le cancer du poumon 11,4%, le cancer de prostate 7,3%, le cancer de côlon 6,0% et le cancer de l'estomac 5,6% de nouveaux cas à l'échelle mondiale (OMS, 2021)

Au Bénin, le risque de développer le cancer avant 75 ans est de 10% (GCO,2021). Selon les données du registre du cancer de la ville de Cotonou de 2020, 6747 de Béninois ont reçu un diagnostic de cancer. Chez la population béninoise, le cancer de sein (15,8%), le cancer de prostate (12,3%), le cancer du col de l'utérus (8,3%), le cancer colorectal (7,4%) et le cancer de foie (7,4%) sont les plus diagnostiqués (GCO,2021).

Pendant ces dernières années, des écrits scientifiques se sont intéressés aux facteurs de risques du cancer. Parmi ces ouvrages consultés, plusieurs auteurs se sont plus penchés sur les facteurs

comportementaux et habitudes de la vie. À cet égard, le tabagisme, l'alcoolisme, certaines habitudes alimentaires, certaines pratiques sexuelles, l'exposition au soleil, l'obésité à la ménopause sont les facteurs les plus reconnus (Kreitler, 2019; Razavi & Delvaux, 2010). Ces facteurs contribuent à près de 50% de la mortalité des cas de cancer (Razavi & Delvaux, 2010). Le tabagisme quant à lui est responsable de 40% de décès chez les hommes et de 20% de décès chez les femmes (Holland, 2010; Kreitler, 2019).

Contrairement à la croyance populaire, il n'existe pas un plan alimentaire pouvant prévenir l'apparition de la maladie. Toutefois, il est pertinent de maintenir son poids sain, tout en pratiquant des activités sportives pendant 30 à 45 minutes, et, ceci 3 à 5 fois par semaine.

Bien que plusieurs facteurs comportementaux et habitudes de la vie soient associés au risque de développer un cancer, certains facteurs démographiques augmenteraient aussi le risque de cancer. Ces facteurs regroupent entre autres, l'âge, le sexe, la race, la région géographique où l'on vit, le statut matrimonial et les conditions socioéconomiques des personnes sont aussi des facteurs de risques reconnus (Kreitler, 2019). Ainsi, le risque d'être atteinte du cancer augmente avec l'âge. D'après le rapport de la Fondation contre le Cancer de la Belgique, 60% des personnes atteintes du cancer ont en moyenne plus de 65 ans. Le risque d'être atteinte du cancer varie en fonction du sexe des personnes. Les hommes sont susceptibles de développer cette maladie que les femmes (Kreitler, 2019). Plusieurs études révèlent que des facteurs moléculaires, hormonaux et génétiques pourraient expliquer les différences entre les sexes.

Dans les récents écrits scientifiques, les conséquences sur les différentes sphères de la vie ont été bien documentées en lien avec la problématique du cancer.

Les patients atteints du cancer subissent des changements importants en ce qui concerne leur apparence physique, en raison des traitements invasifs qu'ils reçoivent, tels qu'une perte ou un gain de poids, fatigue, des troubles de sommeil, problèmes de peau (rongeur, l'éruption cutanée, l'irritation…), asthénie ou encore l'alopécie (Razavi & Delvaux, 2010). Près de 30% des hommes et 45%, des femmes atteintes du cancer rapportent des problèmes sexuels dans une population américaine (Steel & Carr, 2022). Le changement sexuel le plus répandu chez les femmes est celui du manque du désir sexuel, suivi des problèmes tels que manque d'orgasme et la présence de douleur lors des rapports sexuels(Steel & Carr, 2022). Les preuves publiées montrent que 30% à 90% recevront des changements des fonctions sexuelles au cours de la phase des traitements

(Holland et al., 2015). En ce qui a trait aux plus jeunes, ceux-ci sont actifs sexuellement, mais la fertilité reste un problème important (Goerling, 2018). Confrontés à ces changements et difficultés, ceux-ci sont susceptibles de développer des sentiments de culpabilité, d'incapacité de se sentir libre, le manque de confiance et d'estime de soi (Kreitler, 2019), en plus de vivre des symptômes anxieux et dépressifs qui apparaissent à l'annonce du diagnostic et qui risquent de persister pendant et après les traitements.

Devant cette situation difficile, déplorable et alarmante, nous nous évertuerons à étudier les conséquences psychologiques dans lesquelles se trouvent plongées ces nombreuses progénitures victimes d'une annonce de cancer et ses traitements. Ainsi, à travers l'étude de notre thème intitulé ‹‹ **Vécu psychologique des malades suivis pour un cancer au sein de l'Unité des Soins Palliatifs du CNHU-HKM de Cotonou** › ›, la question suivante mérite d'être posée :

Quelles sont les conséquences psychologiques du cancer auxquelles sont confrontées les patients suivis au sein de l'Unité des Soins Palliatifs du CNHU-HKM de Cotonou ?

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHOLOGIQUE

2.1. Objectifs de la recherche

2.1.1. Objectif général

Etudier la problématique du vécu psychologique des personnes atteintes du cancer

2.1.2 Objectifs spécifiques

- Identifier les réactions psychologiques éprouvées par les personnes atteintes du cancer à la suite du diagnostic
- Retracer les conséquences psychosomatiques des personnes atteintes du cancer

2.2. Hypothèses de la recherche

2.2.1. Hypothèse générale

Le vécu psychologique des personnes atteintes du cancer diffère d'une personne à une autre et selon l'expérience personnelle.

2.2.2. Hypothèses spécifiques

- L'annonce d'un diagnostic du cancer est traumatisante et induit des perturbations psychiques chez les patients
- Le cancer et sa prise en charge timbrent négativement le vécu des patients, de part l'anxiété et la dépression.

2.3. Méthodes

Compte tenu de notre objectif général, nous avons opté pour une recherche mixte. La recherche par méthode mixte, est une recherche dans laquelle, nous avons pu collecter et analyser des données qualitatives et quantitatives.

2.3.1. Participants

2.3.1.1. Population cible

La population cible de notre étude est l'ensemble des sujets suivis au sein de l'unité des soins palliatifs pour un cancer au CNHU-HKM de Cotonou.

2.3.1.2. Technique d'échantillonnage

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage volontaire qui est une technique non probabiliste. Elle prend en compte les patients suivis dans l'unité des soins palliatifs du CNHU-HKM, et ayant reçu un diagnostic positif au cancer et ayant suivi le traitement.

Aucun critère d'âge n'a été utilisé pour former l'échantillon.

Compte tenu du temps dont nous disposons pour notre recherche et des difficultés liées aux fonctionnements de l'unité, nous avons pu nous entretenir qu'avec 16 patients.

2.3.2. Matériel

Pour la collecte de données, nous avons utilisé quatre principales techniques de collecte de données, il s'agit : de l'entretien, de l'observation, du questionnaire et de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

2.3.2.1. Entretien

L'entretien est une technique de tête-à-tête orale qui permet d'établir un contact direct, de communiquer, d'échanger de façon structurée ou d'entrer en conversation avec toute personne susceptible de fournir des informations sur un problème précis. L'objectif est de recueillir des données nécessaires pour la compréhension du vécu psychologique des personnes atteintes du cancer. L'entretien a été mené à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif.

2.3.2.2. Observation

C'est une technique d'investigation scientifique qui permet d'observer directement sur le terrain les faits dont l'on cherche à comprendre la profondeur.

Dans le cadre de notre étude, nous avons mené une observation participante. Cela nous a permis de faire partie du contexte social, en interagissant avec les personnes concernées par notre étude.

De façon directe, l'observation nous a permis d'avoir une meilleure compréhension des réalités du terrain.

2.3.2.3. Questionnaire

La technique de collecte de donnée quantitative qu'est le questionnaire consiste à poser, à des sujets une série de questions précise relative, à une situation, à leurs attentes, à leur opinion, à leur niveau

de connaissance ou de conscience d'un problème. Le choix du questionnaire nous a permis de recueillir des informations précises sur les caractéristiques sociodémographiques des participants.

2.3.2.4. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

HADS, échelle d'anxiété et de dépression hospitalière est un instrument de mesure d'anxiété et de dépression dans une population médicale donnée. Elle est divisée en deux sous-échelle. Pour chaque sous-échelle, un score de 8 à 10 correspond à symptomatologie douteuse et un score supérieur à 11 correspond à une symptomatologie certaine.

HADS a été utilisée pour déterminer la présence de la dépression et de l'anxiété chez les participants de notre étude.

2.3.3. Techniques de traitement et d'analyse de données

Pour le traitement des données, nous avons procédé :

- À un dépouillement manuel en raison de la taille de notre échantillon
- Ensuite à l'analyse du contenu des données qualitatives afin de faire ressortir les éléments importants pour la compréhension des résultats. Nous avons procédé à un codage à partir du verbatim et de l'observation. Cela a été réalisé en fonction des thèmes du guide d'entretien. Après, s'en est suivi le traitement des données. Ces données sont clairement organisées et hiérarchisées dans des tableaux regroupant des informations similaires et divergentes dans les propos des participants. Des logiciels ont été utilisés dans le cadre du traitement des données recueillies. Il s'agit des outils bureautiques :

- Microsoft Office Word
- Microsoft Office Excel

- Enfin à l'interprétation des résultats obtenus auprès des participants, et ce, en apportant une vision globale de la réalité du vécu psychologique.

2.4. Cadre physique de l'étude

L'enquête a eu lieu dans l'Unité des Soins Palliatifs du CNHU-HKM.

Le CNHU-HKM est un hôpital de référence à l'échelle mondiale créé le 30 Octobre 1962 avec une capacité de 350 lits, d'où le nom initial '' 350 lits''. L'hôpital 350 lits est devenu CNHU-C le 10

Janvier 1973. Il a pris le statut d'Office à caractère social et scientifique le 13 Mai 1991 et doté de personnalité juridique et de l'autonomie financière. À la mort du premier président de la république, son Excellence Hubert Koutoukou MAGA sous le mandat duquel l'hôpital a vu le jour, il a été baptisé CNHU Hubert Koutoukou MAGA d'où l'actuel CNHU-HKM de Cotonou.

Le CNHU-HKM est un Hôpital pavillonnaire construit sur plusieurs hectares. Il dessert la population de Cotonou et ses environs à plus d'un million d'habitants, avec sa capacité de 691 lits (juin 2017) et reçoit en référence les malades dont la prise en charge dépasse les compétences et/ ou les centres hospitaliers déconcentrés.

2.5. Difficultés rencontrées lors de la recherche

Sur le chemin des recherches scientifiques en contact avec des hommes, les difficultés ne manquent pas habituellement. Durant la réalisation de cette étude, il serait prétentieux de dire que nous n'avons pas rencontré de difficultés. L'une de ces difficultés est liée à l'absence de documentations relatives à la problématique du vécu psychologique des personnes atteintes du cancer au Benin. Cela fait que nous avons eu de la peine à trouver des ouvrages pouvant nous permettre de bien cerner la délimitation thématique. Ensuite, nous avons des difficultés liées à la recherche sur le terrain. Ces difficultés concernent surtout le comportement de certains enquêtés : réticence, économie de vérité malgré les dispositions de mises en confiance prises dans la négociation de la parole. Enfin l'absence d'un cadre approprié pour les entretiens.

Malgré toutes ces difficultés, nous avons pu réaliser l'enquête dont nous présentons à présent les résultats.

CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

3.1. Résultats

L'objectif de cette partie est de présenter les résultats obtenus de l'administration du questionnaire et du guide d'entretien, de les interpréter et de mener des analyses approfondies afin d'en tirer des conclusions. Les données recueillies de nos enquêtés sont regroupées dans les tableaux suivis des verbatims.

3.1.1. Répartition des enquêtés selon le sexe

Le tableau I ci-dessous, présente la répartition des enquêtés selon le sexe. L'observation des résultats du tableau nous permet de constater que 75% des enquêtés de sexe féminin alors 25% sont des hommes.

Tableau I : Répartition des enquêtés selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentages
Masculin	4	25%
Féminin	12	75%
Total	16	100%

Source : *donnée de collecte 2023*

3.1.2. Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale

Il ressort du tableau II que 87,5% des enquêtés sont en couple. Parmi ceux-ci 81,25% sont déjà mariés alors que 6,25% sont encore en concubinage. Les enquêtés qui n'étaient pas en couple (12,5%) étaient divorcés (6,25%) ou célibataires (6,25%).

Tableau II : Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectifs	Pourcentages
Célibataire	1	6,25%
Marié(e)	13	81,25%
Divorcé(e)	1	6,25%
Concubinage	1	6,25%
Total	16	100%

Source : *donnée de collecte 2023*

3.1.3. Âge moyen des enquêtés

Le tableau III nous permet de cerner l'âge des personnes atteintes du cancer. Des résultats de ce tableau, on remarque que les enquêtés étaient âgés de 23 à 68 ans, pour un âge moyen de 43,87 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 40-50 ans.

Tableau III : Âge moyen des enquêtés

Âge moyen des enquêtés	Moyenne	Maximum	Minimum
	43,87	68	23

Source : *donnée de collecte 2023*

3.1.4. Répartition des enquêtés selon l'ethnie

Les résultats inscrits dans le tableau IV ont montré que 25% des personnes enquêtées sont Fon et 25% sont Goun. Les 18,75% sont d'ethnie Nago et 6,25% sont d'ethnie Yoruba tandis que les 25% restant sont les autres ethnies.

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon l'ethnie

Ethnies	Effectifs	Pourcentages
Fon	4	25%
Goun	4	25%
Nago	3	18,75%
Yoruba	1	6,25%
Autres	4	25%
Total	16	100%

Source : *donnée de collecte 2023*

3.1.5. Répartition des enquêtés selon la religion

L'analyse du tableau V nous montre que 87,5% des enquêtés sont des chrétiens alors que 12,5% représentent la religion musulmane.

Tableau V : Répartition des enquêtés selon la religion

Religions	Effectifs	Pourcentages
Chrétienne	14	87,5%
Musulmane	2	12,5%
Totale	16	100%

Source : *donnée de collecte 2023*

3.1.6. Répartition des enquêtés selon la profession

Les résultats de l'étude nous montrent à travers le tableau VI que la majorité des enquêtés atteints de cancer (93,75%) étaient en activités et travaillant dans le secteur de l'artisanat (43,75%) ou du commerce (37,5%). Les autres types de professions à savoir : déclarant directeur d'entreprise et conducteur de véhicules administratifs représentent les 12,5% restant.

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon la profession

Professions	Effectifs	Pourcentages
Artisanat	7	43,75%
Commerçant/ Vendeur	6	37,5%
Ménagère	1	6,25%
Autres	2	12,5%
Total	16	100%

Source : *donnée de collecte 2023*

3.1.7. Répartition des enquêtés selon le niveau d'étude

L'analyse du tableau VII nous a permis de remarquer que 25% des enquêtés ont le niveau du primaire et les 25% autres ont un niveau d'étude supérieur. 37,5% ont niveau d'étude secondaire et 12,5% sont non scolarisés.

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentages
Non scolarisés	2	12,5%
Primaire	4	25%
Secondaire	6	37,5%
Supérieur	4	25%
Total	16	100%

Source : *donnée de collecte 2023*

3.1.8. Caractéristiques des enquêtés liées à la maladie

Au niveau des caractéristiques des enquêtés liées à la maladie, nous avons noté une prédominance du cancer de sein (56,25%) tandis que les 43,75% restant représentent les autres types de cancers tels que les cancers de l'ovaire et du col de l'utérus, le cancer de prostate, de pancréas, de l'œsophage et de la langue. Concernant les traitements reçus à la suite du diagnostic, 93,75% ont affirmé, avoir reçu un traitement de chimiothérapie. En plus de ces traitements, seules les femmes atteintes du cancer de sein ont subi la mastectomie du sein. Celles représentent 25% de la population enquêtée. D'autres ont eu recours à des traitements de radiothérapie (25%) et d'hormonothérapie (6,25%).

Tableau VIII : Caractéristiques des enquêtés liées à la maladie

Caractéristiques des enquêtés liées à la maladie	Effectifs	Pourcentages
Types de cancers		
– Cancer de sein	9	56,25%
– Cancers du col et de l'ovaire	2	12,5%
– Cancer de poumon	1	6,25%
– Cancer de prostate	1	6,25%
– Autres	3	18,75%
Total	**16**	**100%**
Traitements reçus à la suite du diagnostic du cancer		
– Chimiothérapie	15	93,75%
– Chirurgie (mastectomie)	4	25%
– Radiothérapie	2	12,5%
– Hormonothérapie	1	6,25%

Source : *donnée de collecte 2023*

3.1.9. Ressentis, difficultés et troubles psychologiques des enquêtés suite au diagnostic

Les résultats du tableau IX nous montrent que l'annonce constitue un calvaire et est mal vécue par les personnes qui ont déclaré majoritairement que c'était une source d'inquiétude (50%), de surprise ou choc (43,75%) pour elles, suivis de tristesse, de trouble de sommeil et des pleurs dans 31,25% des cas. 25% des enquêtés ont ressenti des sensations de peur ou d'angoisse à la suite, ceci a provoqué le trouble d'appétit chez 25% des personnes.

Tableau IX : Ressentis, difficultés et troubles psychologiques des enquêtés suite au diagnostic

Ressentis, difficultés et troubles Psychologiques	Effectifs	Pourcentages
Inquiétude	8	50%
Surprise/choc	7	43,75%
Trouble de sommeil	5	31,25%
Tristesse	5	31,25%
Troubles de l'appétit	4	25%
Trouble de conduite de pleurs	5	31,25%
Peur/angoisse	4	25%
Sentiment de frustration/ d'impuissance	2	12,5%
Dénégation	2	12,5%

Source : *donnée de collecte 2023*

Déséquilibre de ma poitrine. Ils vont m'enlever une partie de mon sein, je n'ai pas trouvé de mari avec les deux seins et c'est le seul que je l'aurai ?

verbatim I : Propos d'enquête de M.K., patiente de 51 ans atteinte du cancer de sein

3.1.10. Difficultés en lien aux traitements

Les données de l'enquête révèlent à travers le tableau X que la fatigue (87,5%) et les troubles génitaux ou sexuels (68,75%) viennent en tête des conséquences physiques citées en lien avec la maladie et ses traitements. Autres séquelles en plus de celles citées ci-dessus, les troubles digestifs (62,5%) et les problèmes liés aux douleurs et à l'alopécie concernant chacun 56,25% des enquêtés ont été mentionnés. Ces séquelles impactent directement sur le quotidien.

Il est important de souligner que 31,25% des enquêtés expriment des préoccupations liées à la variation des poids ou à l'amaigrissement tandis que les problèmes cutanés et les difficultés à s'alimenter concernent 25% de notre population. En moyenne, les personnes cumulent 4,31 de problèmes liés au traitement du cancer.

Conséquences	Effectifs	Pourcentages
Fatigue	14	87,5%
Douleurs	9	56,25%
Troubles sexuels	11	68,75%
Amaigrissement/variation du poids	5	31,25%
Alopécie	9	56,25%
Troubles digestifs	10	62,5%
Troubles paresthésies	3	18,75%
Problèmes cutanés	4	25%
Difficultés à s'alimenter	4	25%

Tableau X : Répartition les difficultés aux traitements

Source : *donnée de collecte 2023*

3.1.11. Répartition des enquêtés selon les sensations psychologiques perçues à la suite de l'annonce en rapport avec les traitements

L'entretien des personnes nous a permis d'analyser à travers le tableau XI les sensations psychologiques des enquêtés avec les traitements. De cette analyse, il ressort un fort taux de détresse ou souci (75%), suivi d'inquiétude (50%). Il est aussi important de signaler la présence des troubles cognitifs, des idées suicidaires, des idées de culpabilité ou de honte chez 12,5% des enquêtés.

Perceptions	Effectifs	Pourcentages
Détresse/souci/stress	12	75%
Inquiétude	8	50%
Renfermé	1	6,25%
Honte/culpabilité	2	12,5%
Idées suicidaire	2	12,5%
Troubles cognitifs	2	12,5%
Mal à l'aise	2	12,5%

Tableau XI : Répartition des enquêtés selon les sensations psychologiques perçues à la suite de l'annonce en rapport avec les traitements

Source : *donnée de collecte 2023*

Pour confirmer les résultats obtenus, voici quelques extraits de discussion issus de l'entretien avec les patients.

> *Je condamne Dieu, il sait que mes parents ne sont pas capables de s'occuper de moi mais il a permis qu'ils me mettent au monde. S'ils avaient bien pris soin de moi pendant mon enfance, je n'aurai pas un cancer de l'œsophage.*

verbatim II : Propos d'enquête de M.J, patient de 23 ans atteint du cancer de l'œsophage

> *Oh ! Seigneur, c'est à moi que tout cela arrive encore ? Tu as permis à ce que tout cela vient s'ajouter à tout ce que j'avais mais ce n'est rien. Si j'avais déjà allaité d'enfant, je ne serais pas face à cette situation.*

verbatim III :Propos d'enquête de M.K., patiente de 51 ans atteinte du cancer de sein

3.1.12. Répartition des enquêtés selon les sentiments psychologiques perçus par rapport à l'entourage

L'entretien avec les patients nous a permis d'analyser à travers le tableau XII les sentiments psychologiques perçus par rapport à l'entourage. De cette analyse, la majorité des enquêtés dans les proportions de 87,5% a affirmé ne pas avoir de sentiments d'évitement, de stigmatisation, d'abandon, de découragement ou de distance.

Perceptions	Effectifs	Pourcentages
Sentiment d'évitement	2	12,5%
Sentiment de stigmatisation	2	12,5%
Distance	2	12,5%
Sentiment d'abandon	2	12,5%
Sentiment de découragement	2	12,5%

Tableau XII : Répartition des enquêtés selon les sentiments psychologiques perçus par rapport à l'entourage

Source : *donnée de collecte 2023*

3.1.13. Répartition selon de le niveau d'anxiété des enquêtés

Avec les données de l'entretien et les résultats du test HADS, il a été observé que l'anxiété était présente chez 87,5%. Le tableau XIII représente la répartition des enquêtés selon le niveau d'anxiété.

Niveau d'anxiété	Effectifs	Pourcentages
≥ 7	2	12,5%
8-10	6	37,5%
≤11	8	50%

Tableau XIII : Répartition selon de le niveau de score d'anxiété des enquêtés

Source : *donnée de collecte 2023*

3.1.14. Répartition selon de le niveau de score de dépression des enquêtés

Après l'évaluation de dépression, il a été révélé avec le HADS que 75% des enquêtés présentent un syndrome dépressif. La répartition des enquêtés selon le niveau de dépression est représenté dans le tableau XIV.

Niveau de dépression	Effectifs	Pourcentages
≥ 7	4	25%
8-10	8	50%
≤11	4	25%

Tableau XIV : Répartition selon de le niveau de score de dépression des enquêtés

Source : *donnée de collecte 2023*

3.2. DISCUSSION

L'annonce du cancer aux patients est délicate et difficile à vivre. Elle entraine des perturbations psychologiques chez les personnes et leurs proches, bouleversant ainsi la stabilité émotionnelle.

Comme toutes les autres maladies chroniques, l'annonce d'un cancer à un effet traumatisant. Est appelé traumatisant tout événement qui confronte une personne à la mort, à la peur de mourir ou à de graves blessures ou, lorsque l'intégrité d'une personne ou celle d'une autre a été menacée.

Les résultats de notre étude montrent que la majorité des patients étaient surpris de l'annonce de leur diagnostic. Ils affirment avoir reçu cette nouvelle avec un choc.

L'annonce d'un diagnostic de cancer constitue en effet, une menace grave à la vie et à l'intégrité psychique des personnes, puis un danger ou un malheur important pour elles. Elles réagissent avec un effroi et sombrent dans un état d'impuissance soudaine. L'événement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de réviviscence comme une menace imminente.

De l'analyse des résultats, il ressort que 50% des enquêtés ont exprimé une grande sensation d'inquiétude, de panique ou de peur à la suite du diagnostic. Ils avancent avoir peur de ne pas être guéris, de mourir et de perdre leurs enfants encore jeunes. Ces réactions se sont montrées chez d'autres par des larmes et des pleurs excessifs.

L'annonce d'un cancer agit comme un cataclysme qui saisit le malade et lui inflige une douleur d'une extrême violence. C'est un traumatisme psychique qui frappe l'individu du plus profond de son être et fait raisonner des douleurs du passé (Moley-Massol, 2004).

La souffrance psychologique associée au cancer passe par plusieurs étapes depuis le diagnostic jusqu'à l'évolution de la maladie. Il y a une peur qui s'installe à la suite de l'annonce du diagnostic et des protocoles thérapeutiques, les sentiments de perte de la vie sexuelle, de stigmatisation. Il y a également la douleur, les sentiments de perte, la culpabilité … À la vue de ces résultats, nous pouvons conclure que notre première hypothèse est vérifiée.

En ce qui concerne les conséquences liées à la maladie, les résultats de l'étude corroborent ceux de plusieurs études réalisées antérieurement sur le sujet. Il faut noter que les personnes atteintes de cancer ressentent toujours une conséquence physique ou psychologique en lien avec la maladie ou ses traitements, quel que soit son niveau d'ancienneté. Ces conséquences ressenties diffèrent d'un individu à un autre et sont très diverses avec des impacts à différents niveaux sur la vie des personnes.

En effet, selon les études qui ont été menées en lien aux traitements administrés aux malades cancéreux, plusieurs enquêtés ont vécu de nombreuses difficultés avec les traitements reçus. Dans le cadre de notre étude, l'alopécie constitue le changement les plus difficiles à accepter par les enquêtés. Paterson et al. (2021) ont affirmé dans une étude que la chute des cheveux peut entrainer

un sentiment de vulnérabilité et de la visibilité d'être atteint d'un cancer. Elle constitue l'une des caractéristiques les plus pénibles de l'expérience du cancer. En plus de l'alopécie, certains enquêtés ont subi une perte ou un gain de poids, ce qui a affecté leur image corporelle et leur estime de soi. La modification du poids corporel à la suite des traitements est un résultat désagréable qui est considérée par plusieurs comme une défiguration. D'autre part, elle est interprétée comme une indication de la progression de la tumeur, peut-être une proximité de la mort (Steel & Carr, 2022). Par-là, la question du poids peut devenir le centre des conflit et d'anxiété pour les patients.

En dehors des conséquences liées à l'image corporelle, la fatigue, les douleurs et les troubles digestifs (nausées, vomissements, constipation…) sont les problèmes les plus courants. En effet, les enquêtés ont mentionné que leur état de santé s'est affaibli à la suite de la maladie et des traitements reçus. Ces conséquences physiques limitent désormais leur choix aux activités quotidiennes et les durées qu'ils peuvent consacrer à celles-ci. Il est aussi important que les troubles cognitifs influencent la capacité de certains enquêtés à réaliser certaines tâches. Elles affectent négativement la qualité de vie des enquêtés, ainsi des activités quotidiennes, notamment l'humeur, le sommeil et les relations personnelles. A titre d'exemple, Kreitler (2019) affirme que les changements physiques font que les patients peuvent se sentir vulnérables et inquiets de ne pas avoir accompli certaines actions. Egalement, quelques enquêtés ont vu leur état de santé se fragiliser, en les amenant à vivre des émotions négatives. D'après l'analyse des résultats de notre étude, les enquêtés présentaient des troubles cognitifs, une idée de culpabilité et suicidaire ainsi qu'une inquiétude, peur, tristesse, des troubles de sommeil et alimentaire. Ces caractéristiques font respectivement parties des symptômes de la dépression et de l'anxiété selon le DSM V.

Tous les différents traitements du cancer (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, chirurgie) sont susceptibles d'altérer l'état psychique des patients (Poinsot et al., 2005). En ce qui concerne la chirurgie, la mastectomie chez les femmes atteintes d'un cancer de sein affecte la disparition d'un organe ayant une fonction dans la relation sexuelle(Bensoussan & Dudoit, 2008; Steel & Carr, 2022). Face à cela, les femmes ayant une mastectomie ont souvent la sensation d'avoir perdue une partie importante de la féminité et éprouvent de sérieuses difficultés à sortir ensemble et à retrouver un comportement. Des sensations de sein fantôme étant douloureuses ont été décrites par les femmes ayant subi une mastectomie. Elle est également connue pour avoir des effets majeurs notamment la dépression.

En utilisant un score de 11 au HADS, la prévalence de 25% de dépression et 50% de trouble anxieux a été observée chez les enquêtés. Ces valeurs correspondent approximativement à celles estimées par de Steel & Carr (2022) (25% pour la dépression et 48% pour les troubles anxieux). De la considération des résultats de nos recherches, nous pouvons dire que notre deuxième hypothèse est partiellement vérifiée.

3.3. LIMITES

Le vécu psychologique est un aspect vaste dont l'exploration demande d'aborder tous les différentes sphères de la vie des patients. Nous n'avons pas pu explorer tous ces aspects. Il faut noter que les ambitions sont plus grandes que celles décrites plus haut, mais en raison du temps d'enquête limité dont nous disposons et des difficultés liées aux fonctionnements de l'unité des soins palliatifs, les travaux de notre enquête ont seulement pris en compte un échantillon restreint de seize patients. De ce fait, les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés. Il est aussi possible que les résultats obtenus ne correspondent pas nécessairement au vécu psychologique de tous les malades du cancer de l'unité, puisque les conditions de vie et de santé diffèrent selon les individus, selon les ethnies et selon les conditions socioéconomiques. Des études longitudinales pourraient aussi être effectuées dans le but d'approfondir la compréhension des différentes étapes vécues par les patients à la suite de l'annonce, les conséquences physiques et psychologiques à court et à long termes, y étant reliées ainsi que les facteurs leur permettant de traverser cette épreuve.

3.4. RECOMMANDATIONS

- **<u>À l'endroit des patients atteints du cancer</u>**

  - Verbaliser les ressentis afin d'éclaircir les problèmes pour que les professionnels de la santé leur portent de l'aide

- Demander plus d'informations sur les conséquences du cancer et de ses traitements à l'équipe soignante

➢ **<u>À l'endroit de l'équipe soignante</u>**

- Manifester une écoute attentive et empathique dans ses relations avec les patients
- Prévoir un temps suffisant pour préparer les patients avant et après chaque traitement
- Entourer les patients d'affections et de tendresse
- Encourager les patients à poser suffisamment de questions pour mieux comprendre le mal dont ils souffrent

➢ **<u>À l'endroit du Ministère de la Santé</u>**

- Insérer dans l'organigramme de l'unité un agent de prise en charge psychologique des malades suivis
- Organiser des thérapies institutionnelles pour favoriser le renforcement des capacités adaptatives des patients.
- Sensibiliser contre le cancer pour informer le public sur les risques liés à cette maladie
- Encourager la prévention et le dépistage précoce

CONCLUSION

L'étude approfondie du vécu psychologique des personnes atteintes du cancer révèle l'ampleur des défis émotionnels et psychologiques auxquels elles sont confrontées tout au long de leur parcours de lutte contre la maladie. Les résultats obtenus ont mis en évidence plusieurs aspects importants qui méritent d'être soulignés.

Tout d'abord, il est clair que le diagnostic de cancer engendre un choc émotionnel important chez les patients. L'anxiété, la peur et la tristesse sont des réactions les plus courantes, souvent accompagnées d'une remise en question profonde de la vie et de la mort. La prise en charge psychologique des patients cancéreux se révèle donc essentielle pour aider à faire face à ces émotions complexes et à s'adapter à leur nouvelle réalité.

En outre, les patients sont confrontés à des défis sociaux importants, tels que la stigmatisation, l'isolement, et les changements de leurs réactions personnelles. Les préjugés associés au cancer peuvent entrainer une diminution de l'estime de soi et des difficultés dans les interactions sociales. Il est primordial d'encourager la sensibilisation du public et d'établir des réseaux de soutien solides pour aider les patients à les patients à maintenir des relations sociales positives malgré les obstacles rencontrés.

En ce qui concerne les aspects psychologiques, cette étude a révélé que les personnes atteintes d'un cancer font face à de multiples défis, notamment la gestion de stress, l'anxiété et la dépression. Ces défis, lorsqu'ils sont récurrents et d'intensités modérées peuvent devenir une maladie grave entrainant une grande souffrance et altérant la qualité de vie des personnes touchées. Plusieurs facteurs peuvent influencer le vécu psychologique de ces personnes, et par conséquent, l'ampleur des défis.

Enfin, il convient de souligner l'importance d'une prise en charge des patients cancéreux. Les dimensions physiques, psychologiques et sociales sont étroitement liées et doivent être abordées de manière intégrée. Les professionnels de la santé, y compris les médecins, les psychologues et les infirmiers doivent travailler en collaboration pour offrir un soutien complet et personnalisé aux individus en tenant compte de leurs besoins individuels.

En conclusion, cette étude a mise en évidence l'importance du vécu psychologique des malades du cancer et la nécessité d'une prise en charge holistique pour répondre à leurs besoins. Des recherches

supplémentaires dans ce domaine sont nécessaires pour approfondir notre compréhension des défis spécifiques auxquels les patients cancéreux sont confrontés sur le plan psychologique et pour développer des interventions plus efficaces. En fin de compte, l'objectif ultime est d'améliorer la qualité de vie des patients cancéreux et de les soutenir tout au long de leur parcours de guérison.

REFERENCES BIBLIOGRAPHQUES

- *204-benin-fact-sheets.pdf*. (s. d.). Consulté 24 février 2023, à l'adresse https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/204-benin-fact-sheets.pdf
- *900-world-fact-sheets.pdf*. (s. d.). Consulté 24 février 2023, à l'adresse https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf
- *903-africa-fact-sheets.pdf*. (s. d.). Consulté 24 février 2023, à l'adresse https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/903-africa-fact-sheets.pdf
- Ben Ammar Sghari, M., & Hammami, S. (2017). Prise en charge psychologique des patients cancéreux. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *175*(3), 241-246. https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.04.013
- Bensoussan, P. B., & Dudoit, E. (2008). *Les souffrances psychologiques des malades du cancer : Comment les reconnaître, comment les traiter ? (Dépistage et cancer) (French Edition)* (1re éd.). http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=e7dd65b27dc6c18a2e735cb693ed484a
- Bower, J. E. (2008). Behavioral symptoms in breast cancer patients and survivors: Fatigue, insomnia, depression, and cognitive disturbance. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, *26*(5), 768-777. https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.3248
- *Cancer*. (S. d.). Consulté 24 avril 2023, à l'adresse https://www.who.int/fr/health-topics/cancer
- *Cancer : Plus de 19 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès en 2020 | ONU Info*. (S. d.). Consulté 17 avril 2023, à l'adresse https://news.un.org/fr/story/2020/12/1084572
- Coyne, E., & Borbasi, S. (2007). Holding it all together: Breast cancer and its impact on life for younger women. *Contemporary Nurse*, *23*(2), 157-169. https://doi.org/10.5172/conu.2006.23.2.157

- da Rocha, G., Roos, P., & Shaha, M. (2014). Le sentiment de finitude de vie et les stratégies de coping face à l'annonce d'un cancer. *Revue international de soins palliatifs*, *29*(2), 49-53. https://doi.org/10.3917/inka.142.0049

- *Depression in women with metastatic breast cancer: A review of the literature | Palliative & Supportive Care | Cambridge Core*. (S. d.). Consulté 3 mars 2023, à l'adresse https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/abs/depression-in-women-with-metastatic-breast-cancer-a-review-of-the-literature/1C06722074C592D103D4100AD308CD04

- Dornelas, E. A. (2018). *Psychological treatment of patients with cancer* (p. viii, 159). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000054-000

- *Évaluation des technologies de santé à la HAS : Place de la qualité de vie*. (S. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 21 avril 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie

- Fischer, G.-N. (2013). *Psychologie du cancer : Un autre regard sur la maladie et la guérison*. Odile Jacob.

- Goerling, U. (2013). *Psycho-Oncology*. Springer Berlin Heidelberg.

- Government of Canada, S. C. (2020, janvier 29). *Le Quotidien—Incidence du cancer au Canada, 2017*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200129/dq200129a-fra.htm

- *Guide pour les personnes qui ont vécu un événement traumatique | Médiathèque HCL*. (S. d.). Consulté 24 avril 2023, à l'adresse https://www.chu-lyon.fr/guide-pour-les-personnes-qui-ont-vecu-un-evenement-traumatique

- Holland, J. C. (2010). *Psycho-Oncology*. Oxford University Press.

- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., & Butow, P. N. (Éds.). (2015). *Psycho-Oncology* (3rd edition). Oxford University Press.

- Knobf, M. T. (2007). Psychosocial Responses in Breast Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, *23*(1), 71-83. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2006.11.009
- Kreitler, S. (2019). *Psycho-Oncology for the Clinician: The Patient Behind the Disease*. Springer.
- *Le cancer en chiffres (France et monde) | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer*. (S. d.). Consulté 14 avril 2023, à l'adresse https://www.fondation-arc.org/cancer/le-cancer-en-chiffres-france-et-monde
- *Le grand Larousse illustré 2016 Edition 2016—Cartonné—Collectif—Achat Livre | fnac*. (S. d.). Consulté 08 avril 2023, à l'adresse https://www.fnac.com/a8255139/Collectif-Le-grand-Larousse-illustre-2016
- *Le risque augmente avec l'âge | Fondation contre le Cancer*. (S. d.). Consulté 8 mars 2023, à l'adresse https://www.cancer.be/les-cancers/facteurs-de-risque/le-risque-augmente-avec-l-ge
- *Les souffrances psychologiques des malades du cancer*. (2008). Springer. https://doi.org/10.1007/978-2-287-74947-6
- Meyer, T. J., & Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *14*(2), 101-108. https://doi.org/10.1037//0278-6133.14.2.101
- Moley-Massol, I. (2004). *L'annonce d'un cancer*. https://www.semanticscholar.org/paper/L'annonce-d'un-cancer-Moley-Massol/ca42e2bbf2d230cc9de9d85c81972a4ae5402763
- *Outil__echelle_had.pdf*. (S. d.). Consulté 21 février 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf
- Paterson, C., Kozlovskaia, M., Turner, M., Strickland, K., Roberts, C., Ogilvie, R., Pranavan, G., & Craft, P. (2021). Identifying the supportive care needs of men and women

affected by chemotherapy-induced alopecia? A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, *15*(1), 14-28. https://doi.org/10.1007/s11764-020-00907-6

- Poinsot, R., Brédart, A., This, P., de La Rochefordière, A., & Dolbeault, S. (2005). Impact sur la qualité de vie et la sexualité du traitement hormonal chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, *4*(3), 161-169. https://doi.org/10.1007/s10332-005-0077-z

- Razavi, D., & Delvaux, N. (2010). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Masson. http://hdl.handle.net/2013/

- Riba, M., & Grassi, L. (2012). *Clinical Psycho-Oncology : An International Perspective*. John Wiley & Sons.

- Stanton, A. L., Danoff-burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, *11*(2), 93-102. https://doi.org/10.1002/pon.574

- Steel, J. L., & Carr, B. I. (2022). *Psychological Aspects of Cancer: A Guide to Emotional and Psychological Consequences of Cancer, Their Causes, and Their Management*. Springer Nature.

- *VÉCU : Définition de VÉCU*. (S. d.). Consulté 21 mars 2023, à l'adresse https://www.cnrtl.fr/definition/v%C3%A9cu//1

ANNEXE

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MALADES DU CANCER

La présente opération de collecte de données est réalisée dans le cadre de nos travaux de recherche en vue de la rédaction de notre rapport de stage pour l'obtention de diplôme de licence en Psychologie à l'Université d'Abomey-Calavi. Ce questionnaire est élaboré dans le but de recueillir des informations utiles sur le sujet intitulé : ***« Vécu psychologique des malades suivis pour un cancer au sein de l'Unité des Soins Palliatifs du CNHU-HKM de Cotonou ».*** Nous vous garantissons l'entière confidentialité et vous remercions d'avance pour votre contribution et la sincérité de vos réponses.

I-IDENTIFICATION ET CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETE

Quel âge avez-vous ? : _____

Sexe : M ☐ F ☐

Ethnie : Fon ☐ Goun ☐ Yoruba ☐ Nago ☐ Bariba ☐ Autres ☐

Situation Matrimoniale :

- Marié(e) ☐
- Célibataire ☐
- Divorcé(e) ☐
- Concubinage ☐
- Autres ☐

Profession : _____

Religion : _____

Niveau d'étude : _____

Quel type de cancer vous a été diagnostiqué ? : _____

Quels sont les traitements reçus depuis l'annonce du diagnostic ? : _____

II- LE QUESTIONNAIRE HADS (DE L'ANGLAIS *HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE*)

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Anxiété (A)		**Dépression (D)**	
	Je me sens tendu ou énervé :		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
3	❒ La plupart du temps		
2	❒ Souvent	0	❒ Oui, tout autant
1	❒ De temps en temps	1	❒ Pas autant
0	❒ Jamais	2	❒ Un peu seulement
		3	❒ Presque plus
	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		Je ris facilement et vois le bon côté des choses
3	❒ Oui, très nettement	0	❒ Autant que par le passé
2	❒ Oui, mais ce n'est pas grave	1	❒ Plus autant qu'avant
1	❒ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	2	❒ Vraiment moins qu'avant
0	❒ Pas du tout	3	❒ Plus du tout

	Je me fais du souci :		Je suis de bonne humeur :
3	□ Très souvent	3	□ Jamais
2	□ Assez souvent	2	□ Rarement
1	□ Occasionnellement	1	□ Assez souvent
0	□ Très occasionnellement	0	□ La plupart du temps
	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
		3	□ Presque toujours
0	□ Oui, quoi qu'il arrive	2	□ Très souvent
1	□ Oui, en général	1	□ Parfois
2	□ Rarement	0	□ Jamais
3	□ Jamais		
	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
			❒ Plus du tout
		3	❒ Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
0	□ Jamais	2	
1	□ Parfois		❒ Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
2	□ Assez souvent	1	
3	□ Très souvent		❒ J'y prête autant d'attention que par le passé
		0	
	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
3	□ Oui, c'est tout à fait le cas	0	□ Autant qu'auparavant
2	□ Un peu	1	□ Un peu moins qu'avant
1	□ Pas tellement	2	□ Bien moins qu'avant
0	□ Pas du tout	3	□ Presque jamais

	J'éprouve des sensations soudaines de panique :		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision
3	□ Vraiment très souvent	0	□ Souvent
2	□ Assez souvent	1	□ Parfois
1	□ Pas très souvent	2	□ Rarement
0	□ Jamais	3	□ Très rarement

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante est proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine

ANNEXE 2 : GUILLE D'ENTRETIEN

La présente opération de collecte de données est réalisée dans le cadre de nos travaux de recherche en vue de la rédaction de notre rapport de stage pour l'obtention de diplôme de licence en Psychologie à l'Université d'Abomey-Calavi. Ce questionnaire est élaboré dans le but de recueillir des informations utiles sur le sujet intitulé : ***« Vécu psychologique des malades suivis pour un cancer au sein de l'Unité des Soins Palliatifs du CNHU-HKM de Cotonou ».*** Nous vous garantissons l'entière confidentialité et vous remercions d'avance pour votre contribution et la sincérité de vos réponses.

Axe 1 : Caractéristiques sociodémographiques

Axe 2 : Les sentiments et réactions à la suite de l'annonce

Axe 3 : Conséquences physiques et psychologiques du cancer et de ses traitements sur la vie des patients

Axe 4 : Sensations psychologiques perçues des patients par rapport à l'encourage

Merci de votre participation !!!

TABLE DES MATIERES

IN MEMORIAM....3
DEDICACES....4
REMERCIEMENTS....5
LISTE DES TABLEAUX....6
LISTE DES VERBATIMS....7
LISTES DES SIGLES ET ACRONYMES....8
RESUME....9
ABSTRACT....9
INTRODUCTION....10
CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE....12
2.1. Clarification conceptuelle....12
2.2. Revue de la littérature....13
2.3. Problématique....17
CHAPITRE 2 : APPROCHE METHOLOGIQUE....20
2.1. Objectifs de la recherche....20
2.1.1. Objectif général....20
2.1.2 Objectifs spécifiques....20
2.2. Hypothèses de la recherche....20
2.2.1. Hypothèse générale....20
2.2.2. Hypothèses spécifiques....20
2.3. Méthodes....20
2.3.1. Participants....20
2.3.2. Matériel....21

2.3.3. Techniques de traitement et d'analyse de données 22
2.4. Cadre physique de l'étude 22
2.5. Difficultés rencontrées lors de la recherche 23
CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION 24
3.1. Résultats 24
3.1.1. Répartition des enquêtés selon le sexe 24
3.1.2. Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale 24
3.1.3. Âge moyen des enquêtés 25
3.1.4. Répartition des enquêtés selon l'ethnie.....25
3.1.5. Répartition des enquêtés selon la religion 25
3.1.6. Répartition des enquêtés selon la profession.....26
3.1.7. Répartition des enquêtés selon le niveau d'étude.....26
3.1.8. Caractéristiques des enquêtés liées à la maladie 27
3.1.9. Ressentis, difficultés et troubles psychologiques des enquêtés suite au diagnostic.....28
3.1.10. Difficultés en lien aux traitements 29
3.1.11. Répartition des enquêtés selon les sensations psychologiques perçues à la suite de l'annonce en rapport avec les traitements 30
3.1.12. Répartition des enquêtés selon les sentiments psychologiques perçus par rapport à l'entourage.....31
3.1.13. Répartition selon de le niveau d'anxiété des enquêtés 32
3.1.14. Répartition selon de le niveau de score de dépression des enquêtés.....32
3.2. DISCUSSION 32
3.3. LIMITES 35
3.4. RECOMMANDATIONS.....35
CONCLUSION 37
REFERENCES BIBLIOGRAPHQUES 39

ANNEXE 43

TABLE DES MATIERES 47