Revue Malgache de Cancérologie

ARTICLE ORIGINAL (ORIGINAL RESEARCH)

Revue Malgache de Cancérologie. 2019;4(1):127-137.

DEPISTAGE DE L'ANXIETE ET DE LA DEPRESSION CHEZ LES MALAGASY ATTEINTS DE CANCER SELON LE HADS

ANXIETY AND DEPRESSION SCREENING AMONG MALAGASY WITH CANCER ACCORDING TO HADS

RAOBELLE Evah Norotiana Andriamiakatsoa[1], RANDRIAMBOLOLONA Sehenonavalona[2], BAKOHARILIVA Hasina Andrianarivony[3], RAJAONARISON Bertille Hortense[4]*

1 Ancien Chef de Clinique en Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé Publique Analakely,

2 Interne Qualifiant en Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana

3 Ancienne Interne Qualifiant en Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé Publique Analakely

4 Professeur agrégée en Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé Publique Analakely

Nombre de figures : 2 *Nombre de tableaux : 4*

Reçu le 28 Février 2019 *Accepté le 16 Mars 2020*

RESUME

Introduction : Les troubles anxio-dépressifs sont fréquents au cours de la maladie cancéreuse. Leur prévalence varie considérablement du fait de l'hétérogénéité de la population étudiée et de différentes méthodes d'évaluation utilisées. Aucune donnée n'est publiée pour la population malagasy. L'objectif de notre étude est de décrire le profil épidémio-clinique de la dépression et de l'anxiété chez les personnes atteintes de cancers à Antananarivo afin d'améliorer leur prise en charge.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude prospective, transversale et descriptive menée au sein de deux services d'oncologie des deux CHU à Antananarivo sur une période de trois mois. Les variables étudiés étaient les paramètres sociodémographiques et les paramètres cliniques. L'analyse des données était faite à l'aide du logiciel Excel 2007 et SPSS version 21.

Résultats : Sur les 98 patients retenus, l'âge moyen était de 52,16ans avec une prédominance féminine à 68,4%. Environ 71,4 % de notre population d'étude étaient mariés. La majorité de notre population d'étude travaillait dans le secteur tertiaire dans 52,1% des cas. Plus de 27,6 % des patients occupaient le cinquième rang ou plus dans sa fratrie. Près de 28,6% des patients souffraient du cancer du sein suivi par les cancers gynécologiques qui représentaient 20,4% des cas**.** Plus de la moitié de la population ont été traités par chimiothérapie seule, et près de 18% des patients ont dû subir la chirurgie combinée à la chimiothérapie. Un patient sur trois présentait une symptomatologie dépressive. Parmi les 98 patients, 57 patients souffraient de symptomatologie anxieuse dont 37,8% ont présenté des troubles anxieux suspectés et 20,4%de troubles avérés. Les facteurs de risque associés à la dépression sont le nombre de la fratrie, la présence de conflit familial, l'isolement socio-affectif, un cancer métastatique.

Conclusion : Les troubles anxio-dépressifs sont fréquents au cours du cancer. Ils doivent être dépistés et traités précocement dans le cadre d'une prise en charge globale et multidisciplinaire pour une meilleure qualité de vie du patient.

Mots clés : anxiété – dépression – cancer –malagasy

[&]Auteur correspondant : raobelle_evah@yahoo.fr

ABSTRACT

Introduction: Anxiety-depressive disorders are common during the course of the cancer disease. Their prevalence varies considerably because of the heterogeneity of the population studied and the different evaluation methods used. No data have been published for the Malagasy population. The objective of our study is to describe the epidemiological and clinical profile of, depression and anxiety in people with cancer in Antananarivo so to improve their care.

Methodology: This is a prospective, transversal and descriptive study conducted in two oncology departments of the two university hospitals in Antananarivo over a period of three months. The variables studied were sociodemographic parameters and clinical parameters. The data analysis was done using the Excel 2007 and SPSS version 21 software

Results: On average age of 52.16 years with a female predominance at 68.4%, out of 98 patients. Nearly 71.4% of our study population is married. The majority of our population worked in the tertiary sector in 52.1% of cases. More than 27.6% of patients were fifth or more in siblings. Nearly 28.6% of patients had breast cancer followed by gynecological cancers, which accounted for 20.4% of cases. More than 54% of the population was treated with chemotherapy alone, and nearly 18% of patients had surgery combined with chemotherapy. One in three patients had depressive symptoms. Of the 98 patients, 57 patients had anxious symptomatology, of which 37.8% had suspected anxiety disorders and 20.4% of the confirmed disorders. Risk factors associated with depression include sibling number, presence of family conflict, social-emotional isolation and metastatic cancer.

Conclusion: Anxio-depressive disorders are common during cancer. They must be treated and specified in a global and multidisciplinary framework for a better quality of life for the patient.

Key words: anxiety – depression – cancer – Malagasy

INTRODUCTION

Le cancer représente un problème de sante publique d'ordre mondial, il touche tous les âges et tous groupes socio-économiques (1). Plus de 22 millions de personnes sont actuellement atteintes de cancer dans le monde (2). En Afrique, 600 000 cas de cancer sont déclarés par an et 500 000 malades en meurent selon les chiffres de l'OMS (3). Et selon toujours l'OMS, l'incidence du cancer à Madagascar est estimée à 14 500 nouveaux cas par an. En 2014, le nombre attendu était de 23 500 nouveaux cas dont environ 1000 enfants(4). Le retentissement du cancer a plusieurs dimensions outre la condition physique, il concerne aussi la santé psychologique et la vie socio-économique de la personne atteinte. Sur le plan psychologique, la dépression et l'anxiété représentent les deux principaux troubles retrouvés chez les patients atteints de cancer (5).A notre connaissance, aucune étude n'a été faite à Madagascar concernant l'impact psychologique du cancer chez les patients qui en souffrent. L'objectif de la présente étude est de décrire le profil épidémio-clinique de la dépression et de l'anxiété chez les personnes atteintes de cancers à Antananarivo afin d'améliorer leur prise en charge.

METHODE

Une étude descriptive a été menée au sein de deux services d'oncologie de référence à Antananarivo dont celui du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona et du Centre Hospitalier Universitaire d'Andohatapenaka sur une période de trois mois allant du mois de janvier au mois de mars 2016. La population d'étude était représentée par les patients atteints de cancers pris en charge dans les services. Les patients âgés de plus de 15 ans, diagnostiqués histologiquement quel que soit le stade, en cours de traitement et suivis dans les deux centres et qui ont consenti à l'étude ont été inclus. Les patients ayant une

métastase cérébrale ou un état général très altéré en ont été exclus.

La profession et la situation matrimoniale ainsi que le rang dans la fratrie, mais aussi les paramètres cliniques : antécédents psychiatriques, tabagisme et alcoolisme, le type de cancer, le traitement reçu par les patients à savoir la chimiothérapie, la chirurgie combinée ou non à la chimiothérapie et enfin l'existence de récidive ont été étudiés. Le HADS ou « Hospital Anxiety and Depression Scale » traduit en langue malagasy facile (Tableau I) était utilisé pour dépister la symptomatologie de l'anxiété ou de la dépression. L'échelle HAD étant un outil qui comporte 14 items cotés de0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) : - 7 ou moins : absence de symptomatologie - 8 à10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel 2007 et SPSS version 21.

RESULTATS

Durant notre période d'étude nous avons retenu au total 98 patients, dont l'âge moyen était de 52,16 ans avec un écart-type de 13,61 et une prédominance féminine à 68,4%. La tranche d'âge entre 45et 59 ans était 41,8% des cas. Près de 71,4 % de notre population d'étude étaient mariés. La majorité de notre population d'étude travaillait dans le secteur tertiaire dans 52,1% des cas. Plus de 27,6 % des patients occupaient le cinquième rang ou plus dans sa fratrie. Le cancer du sein représentait 28,6% (n=26) suivi par les cancers gynécologiques qui représentaient 20,4% des cas (n=20) (Figure 1).

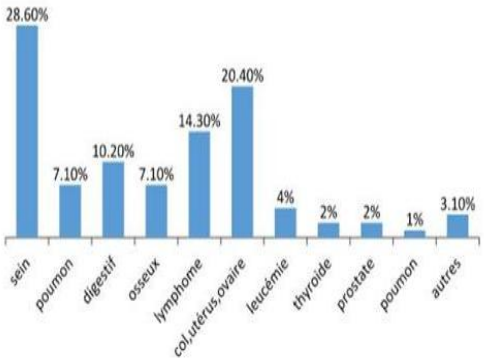

Figure 1 : Répartition des patients selon le type de cancer

Les patients n'avaient pas d'antécédent personnel psychiatrique dans 98% et familiaux dans 69,4%, près de 42% de la population d'étude avaient des antécédents personnels médicaux (hypertension artérielle, diabète, asthme) et 47% des antécédents chirurgicaux (exérèse chirurgicale de la même tumeur comme le cancer du sein, thyroïde, prostate, ou autres intervention chirurgicale comme appendicectomie, amygdalectomie). Dans notre population d'étude, 15% étaient tabagiques actifs et 17%éthyliques chroniques. Près de20% de notre population d'étude ont eu des idées noires et / ou suicidaires. Plus de la moitié de la population ont été traités par chimiothérapie seule soit 54,1%, et près de 18% des patients sont dû subir la chirurgie combinée à la chimiothérapie (Figure 2).

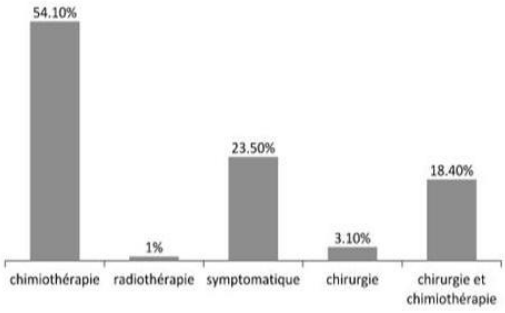

Figure 2 : Répartition des patients en fonction du type de traitement

Parmi les 98 patients, 23,5% (n=23) présentaient un trouble dépressif suspecté et 11,2%(n=11) souffraient véritablement de dépression. Le tableau II résume les symptômes présentés par les patients. Dans 37,8% de la population d'étude ont présenté des troubles anxieux suspectés et 20,4% souffraient de troubles avérés.

Le tableau III montre les symptômes anxieux présentés par les patients. L'appartenance à une famille nombreuse contribuait de manière significative à l'apparition ou non de troubles psychopathologiques tels la dépression ou l'anxiété (p=0,019).

Tableau II : Répartition des patients en fonction des symptômes dépressifs présentés

Symptômes	Troubles dépressifs suspectés n(%)	Troubles dépressifs avérés n(%)
Humeur dépressive	10 (43,47)	9 (81,81)
Anhédonie	14 (60,68)	11 (100)
Trouble du sommeil	5 (27,73)	3 (27,27)
Trouble de l'appétit	11 (47,82)	4 (36,36)
Trouble de libido	2 (8,63)	0
Trouble de la concentration	6 (26,08)	4 (36,36)
Fatigue	12 (52,17)	8 (27,23)
Culpabilité	0 (0)	2 (18,18)
Idée noire et / ou suicidaire	5 (21,73)	3 (27,27)
Irritabilité	32 (69,56)	9 (81,81)

Une bonne relation familiale ainsi que l'absence d'isolement socio-affectif était associée de manière significative à l'incidence de troubles anxio-dépressifs.Cependant, l'évolution de la maladie cancéreuse marquée par la présence de métastase, l'existence de récidives était associée à l'apparition d'anxiété et de dépression, et ceci avec une corrélation statistiquement significative (Tableau IV).

Tableau III : Répartition des patients en fonction des symptômes anxieux présents

Symptômes	Troubles légers (n : 37)		Troubles sévères (n : 20)	
	Oui n(%)	Non n(%)	Oui n(%	Non n(%)
Hypermimie	0(0)	37(100)	0(0)	20(10)
Impatience	15(40,54)	22(59,45)	14(70)	6(30)
Attente anxieuse	20(54,05)	17(45,94)	18(90)	2(10)
Trouble de la concentration	6(16,21)	31(83,78)	10(50)	10(50)
Trouble de la sexualité	2(5,40)	35(94,59)	2(10)	18(90)
Irritabilité	23(62,16)	14(37,83)	18(90)	2(10)
Inquiétude	26(70,27)	11(29,72)	14(70)	6(30)

Tableau IV : Association entre anxiété-dépression, paramètres sociaux et cliniques

Paramètres		**Absence de troubles anxio-dépressifs n(%)**	**Présence de troubles anxio-dépressifs n(%)**	***P***
Rang dans la fratrie	1er	9 (50)	9 (50%)	*0,019*
	2ème	13 (59,09)	9 (40,90%)	
	3ème	10 (58,82)	7 (31,09%)	
	4ème	11 (78,57)	3 (21,38%)	
	5ème et plus	21 (77,77)	6 (22,23%)	
Relation familiale	Bonne	55 (70,51)	25 (29,49%)	*0,012*
	Mauvaise	9 (42,85)	12 (57,15%)	
Isolement socio-affectif	Oui	3 (20)	12 (80)	*0,008*
	Non	38 (45,78)	45 (54,22)	
Antécédents médicaux	Oui	25 (60,97)	16 (39,03)	*0,012*
	Non	39 (68,42)	18 (31,58)	
Métastase	Oui	4 (36,36)	7 (63,64)	*0,01*
	Non	60 (68,96)	27 (31,04)	
Récidives	Oui	8 (80)	2 (20)	*0,018*
	Non	33 (37,50)	45 (62,50)	

DISCUSSION

La dépression et l'anxiété sont les troubles psychiatriques les plus fréquemment rencontrés au cours d'une maladie chronique telle que le cancer. Ces troubles peuvent affecter le patient lui-même mais aussi son entourage (7,8). Au total 98 patients ont été inclus dans notre étude avec un âge moyen de 52,16 ans et un écart-type de 13,61. Une étude menée à Burkina Faso en2009 avait retrouvé une moyenne d'âge de survenue du cancer à 45, 88ans, tout genre confondu (9). En 2014, la moyenne d'âge retrouvée était de 54 ans en Algérie, alors que dans les pays développés, elle était de 62 ans (10). Ainsi, nos résultats concordent avec les données de la littérature. En effet le cancer survient plus tôt en Afrique à cause du manque de sensibilisation pour la prévention et pour le dépistage de cette maladie car dans les pays en développement, le diagnostic n'est posé, dans 80 % des cas, qu'à un stade tardif où la tumeur est devenue incurable, ce qui souligne la nécessité de mettre en place des programmes de dépistage. On peut dire alors que le manque de dépistage augmente l'incidence du cancer (11). La présente étude a également retrouvé le même pourcentage que celles menées par Manoufi et Puri qui ont retrouvé respectivement 72% et 74,4% en ce qui concerne la situation matrimoniale (12,13). En effet, parmi la population générale, les gens mariés ont tendance à être plus nombreux comparer à ceux qui ne sont pas mariés. Quant à la situation professionnelle, la

majorité de notre population d'étude travaillait dans le secteur tertiaire dans 52,1% des cas. Ceci reflète que Madagascar est un pays en voie de développement où le secteur tertiaire reste de loin le secteur où on dénombre beaucoup plus de population active. De plus, il a été constaté que plus de 27,6 % de notre population d'étude occupaient le cinquième rang ou plus dans sa fratrie. Ceci peut être expliqué par le fait qu'à Madagascar, l'enfant est considéré comme une richesse pour la famille. Le cancer du sein prédominait avec un pourcentage de 28,6% (n=26) suivi par les cancers gynécologiques qui représentaient 20,4% des cas(n=20) (Figure 1). Ce constat rejointl'étude réalisée en Afrique en 2008 qui a retrouvé que les cancers les plus fréquents dans la région africaine étaient les cancers du col de l'utérus, du sein, du foie et de la prostate suivi des sarcomes de Kaposi et des lymphomes non Hodgkiniens (14). D'ailleurs, en Europe, une autre étude a montré que le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent (15). D'après notre étude, 34,7% de la population présentaient un syndrome dépressif dont 11,2%de trouble dépressif avéré. Au vu de ces résultats, on peut dire que la prévalence de la dépression est élevée car un patient sur trois risquerait de souffrir de trouble dépressif caractérisé s'il n'y a pas d'intervention psychologique instaurée à temps, car comme on dit «vaut mieux prévenir que guérir ». De plus, près de un patient sur dix nécessite vraiment une prise en charge psychiatrique. On ne peut donc privilégier le somatique et occulter le psychisme. Ainsi une prise en charge multidisciplinaire serait de mise pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer. La littérature mentionne que la prévalence de la dépression varie de 0 à 58% (16). En effet, le syndrome dépressif est difficilement évalué au cours d'une maladie cancéreuse, car l'humeur des patients est fluctuante. En outre, les traitements peuvent induire la fatigue physique pouvant perturber la capacité de l'individu, et la maladie elle-même peut engendrer des symptômes neuro-végétatifs pouvant être attribués àla dépression (17). Ainsi, les symptômes dépressifs retrouvés chez les patients comme la perte d'intérêt et/ou de plaisir dans les activités habituelles, ruminations, pessimisme, sentiment de culpabilité inapproprié et d'incompréhension, perte d'estime de soi, pensées récurrentes, irritabilité, idéalisation suicidaire etc…sont les manifestations de l'impact que peut avoir un cancer sur leur état psychologique (18).

Néanmoins, nous avions trouvé que l'anhédonie, l'humeur dépressive et l'irritabilité étaient les symptômes dont les patients se plaignaient le plus souvent (Tableau II). Il est donc important de détecter l'existence de dépression devant ces symptômes afin de mettre en route une prise en charge adéquate. Dans notre étude, la prévalence de l'anxiété était de 37,8% dont 20,4% était des troubles anxieux avérés. Une méta-analyse de Mitchell et al en 2011 en milieu oncologique et hématologique a révélé que 10,3% des patients présentaient un trouble anxieux et 19,4% un trouble de l'adaptation (19). En effet l'anxiété est extrêmement variable chez les patients atteints de cancer du fait de la méthodologie et de la taille de l'échantillon différentes (8).Par ailleurs les symptômes anxieux peuvent témoigner des craintes, des peurs, ou des doutes que présente le patient quant à l'efficacité des soins et à la compétence des soignants, ce serait un signal de danger adressé au Moi c'est-à-dire à la personnalité consciente de l'individu qui, ainsi prévu, peut y répondre par des

mesures adéquates ou en mobilisant ses mécanismes de défense (20).Mais en plus d'être une émotion adaptative, l'anxiété est aussi un sentiment pénible et souvent indéfinissable de peur sans objet, ou appliqué de manière disproportionnée à des événements réels. Et la limite entre l'anxiété normale et pathologique en cancérologie est souvent floue (21). En effet, plusieurs facteurs sont liés à la survenue de l'anxiété au cours du cancer tel que le jeune âge et l'appartenance au genre féminin, l'antécédent prémorbide d'anxiété ou de traumatisme psychologique, un mauvais support social, le stade avancé de la maladie (8). Par ailleurs, les troubles anxio-depressifs peuvent devenir persistants et invalidants pouvant entrainer une souffrance psychique importante, empêchant de ce fait un fonctionnement normal pouvant aboutir à une détresse psychologique nécessitant un soutien psychologique. D'où l'intérêt de faire appel aux professionnels de la santé mentale, psychiatre et psychologue, pour accompagner les patients et leurs proches dans les différentes étapes de la maladie (22). Dans notre étude, on a constaté qu'une appartenance à une famille nombreuse contribuait de manière significative à l'apparition ou non de troubles psychopathologiques tels la dépression ou l'anxiété (p=0,019). Aussi, l'isolement social est un facteur qui favorise l'apparition des troubles anxio-dépressifs chez les patients atteints du cancer. Dans son étude en 2013, Ciaran D a retrouvé que 18% des patients disaient avoir perdu contact avec leur famille et leur amis à la suite du diagnostic (23). Ceci pour confirmer le rôle essentiel du soutien psycho-social pour les patients atteints de maladies chroniques comme le cancer. Concernant l'évolution de la maladie cancéreuse et la présence de métastase, on a constaté que l'existence de récidives était associée à l'apparition d'anxiété et de dépression, et ceci avec une corrélation statistiquement significative (Tableau 4). Ainsi, l'aggravation de la maladie constitue un facteur de risque d'apparition des troubles anxio-dépressifs chez les patients atteints de cancer (24). Sur le plan thérapeutique, plus de la moitié de notre population d'étude ont été traités par chimiothérapie seule soit 54,1%, et près de 18% des patients ont pu bénéficier de la chirurgie combinée à la chimiothérapie (Figure 2). Dans son étude en 2011 à Ouagadougou, Delma S a constaté que tous les patients bénéficiaient d'une chimiothérapie avant ou après la chirurgie et ceci malgré les difficultés rencontrées avec la chimiothérapie comme la toxicité, les ruptures intempestives des agents anticancéreux responsables de changements de protocoles, ainsi que la faible accessibilité géographique et surtout financière. Aussi, les moyens thérapeutiques étaient limités à la chirurgie dans 69% des cas, et l'hormonothérapie dans 15,5% des cas, et à la radiothérapie dans 9% des cas (25).En effet, le traitement du cancer dans les pays en voie de développement reste inaccessible pour la plupart des patients par faute de moyens pour couvrir les frais médicaux, notamment ceux issus des familles à faibles revenus. Au total, il s'agissait d'une étude première en ce que concerne la prévalence du trouble anxiodépressif chez les patients malgaches atteints de cancer, et qui nous a permis de faire état d'une prévalence élevée de l'anxiété et de dépression. Il serait donc important de dépister systématiquement ces deux symptomatologies chez tout patient atteint de maladies chroniques, à travers une évaluation qui pourrait être effectuée par tout professionnel de santé. A Madagascar, le manque flagrant en ressources humaines surtout en matière de

santé mentale est une réalité. L'attention est attirée aux décideurs sur la nécessité et l'importance de l'intervention des professionnels en santé mentale dans des services prenant en charge les patients souffrant de pathologies lourdes. Cependant notre étude possède ses limites car elle a été menée seulement dans deux centres de référence situés dans la capitale, et le caractère transversal de l'étude ne nous a pas permis de suivre l'évolution des patients. Ainsi, une étude longitudinale pour évaluer les facteurs déterminants des troubles psychopathologiques serait nécessaire afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

CONCLUSION

La présente étude a permis de mettre en exergue la prévalence élevée des troubles anxio-dépressifs selon le questionnaire HAD. Un patient sur trois présentait une symptomatologie dépressive et 58,16%souffraient de symptomatologie anxieuse. L'appartenance à une famille nombreuse, une bonne relation familiale, l'isolement socio-affectif et la tumeur métastatique avaient une association avec les troubles anxio-dépressifs. Ainsi il est important de renforcer la prise en charge déjà existante, comme la psychoéducation que tout intervenant médical est en capacité de faire , mais aussi de mettre en place une prise en charge multidisciplinaire incluant une prise en charge sociale et psychologique spécifique. Des études seront nécessaires pour rechercher les facteurs favorisants des troubles anxio-dépressifs, l'impact de ces troubles sur le traitement du cancer et les thérapies socio-psychologiques adaptées aux patients malagasy atteints du cancer.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

RENA a contribué à la conception, à l'acquisition, à l'interprétation données et à la rédaction préliminaire et a donné son approbation finale de la version à publier et s'engage à assumer l'imputabilité pour tous les aspects de la présente recherche.

RS a contribué à la méthodologie utilisée, à la recherche bibliographique, et à la rédaction préliminaire et a donné son approbation finale de la version à publier et s'engage à assumer l'imputabilité pour tous les aspects de la présente recherche.

BHA a contribué à l'analyse des données, à l'amélioration du manuscrit dans la partie discussion et a apporté son point de vue critique et a donné son approbation finale de la version à publier et s'engage à assumer l'imputabilité pour tous les aspects de la présente recherche.

RBH a contribué à la correction de la mise en forme globale du manuscrit et à la révision critique et a donné son approbation finale de la version à publier et s'engage à assumer l'imputabilité pour tous les aspects de la présente recherche

REMERCIEMENTS

A nos Maîtres qui nous ont formés à la méthodologie de recherche, à tout le personnel de chaque service d'oncologie des deux CHU d'Antananarivo de nous avoir permis de réaliser l'enquête, et à tous les patients pour leur contribution à l'étude

CONFLITS D'INTERETS

Aucun conflit d'intérêts à déclarer par les auteurs.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Maamri A. Données épidémiologiques sur le cancer dans le monde et au Maroc. Revue bibliographique. Annales des Sciences de la Santé. 2015 ;1(1) :20-9.

2. Institut National du Cancer. La situation du cancer en France en 2009. Boulogne Billancourt : INCa ; 2009.

3. *Dangou J.M., Sambo J.H., Moeti M., Diarra-Nama J.H. Prévention et lutte contre le cancer dans la région africaine de l'OMS : un appel à l'action. Journal africain du cancer. 2009 ;1:50-60.*

4. Ministère de la Santé Publique. Politique nationale de lutte contre le cancer à Madagascar. Antananarivo: MINSAP;2010.

5. Mehert A. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in patients during primary cancer care. Psycho-oncology. 2007 16(3):181-8.

6. Zigmond AS et Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67:361-70.

7. Tassin S., Bragard I., Thommessen M., Pitchot W. Aspects psycho-sociaux du cancer du sein. Rev Med Liège. 2011;66:315-19.

8. Association Francophone pour les soins oncologiques de support. Psychooncologie : trouble anxieux en cancérologie. Bègles : AFSOS; 2013.

9. Goumbri O, Domagni O, Sanore A, Konsegre V, Soudre R. Aspects épidémiologiques et histologiques des cancers au Burkina Faso. 2009 ;207(1).

10. Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière. Plan National Cancer 2015-2019.Alger : Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière. 2014.

11. Organisation Mondiale de la Santé. La fréquence des cancers pourrait augmenter de 50 % dans le monde, avec 15 millions de nouveaux cas par an en 2020.

12. Manoudi F, Chagh R, Asri F, Tarwate M, Tazi I, Tahiri et Al. Depression in cancer patients. A morocan study. 2010;4:13-20.

13. Puri S, Ashat M, Pandey A, Kaushal V. Sociodemographic of cancer patients: Hospital based cancer registry in tertiary care hospital of India. Ind J Canc. 2014;51:1-4.

14. Loup J. Soumare A. Yamani. Lavergne L. Abdoulaye D. Mouala C. Le cancer : un nouvel enjeu de santé publique pour l'Afrique. Réseau Médicaments et développement; 2008 ;38 :3-1

15. Cowppli-Bony A., Colonna M., Ligier K., Jooste V., Defossez G., Monnereau A. Épidémiologie descriptive des cancers en France métropolitaine : incidence, survie et prévalence. Bull cancer.2009 ;106(7-8) :617-634

16. Massie MJ. Prevalence of depression in cancer patients. J Nat Can Inst Mono. 2004;32:57-71.

17. Bukberg J. Penman D. & Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. Psychosomatic Medicine. 1984 ;46(3), 199-212.

18. Razavi D. Delvaux N. Psycho-oncologie le cancer, le malade et sa famille. Paris. Masson; 2002. 139p.

Tableau I : Traduction en langue malgache facile de l' « Hospital Anxiety and Depression Scale »

FITAINTAINANA	FAHAKETRAHANA ARA-TSAINA
Mahatsiaro ho mora sorena aho • Tsia mihintsy • Indraindray • matetika • matetika be	**Mora mankafy zavatra atao amin'ny ankapobeny toy ny taloha aho** • eny • tsy mitovy loatra • mitovy ihany • tsy mitovy
Matahotra aho; manahy sao hisy zavatra hitranga • tsia • eny fa tsy mampanahy ahy izany • eny fa tsy ataoko olana loatra izany • eny, manahy mafy aho	**Mora mitsiky sy mahita ny lafin'ny tsara amin'ny zavatra amin'ny ankapobeny aho** • eny, toy ny taloha ihany • any, fa tsy dia matetika noho ny taloha • eny, fa tsy toy ny taloha • tsia
Mora mitaintaina aho • mahalana • indraindray • matetika • matetika be	**Faly sy mirana aho** • indraindray • matetika • mahalana • tsia mihintsy
Mahavita mipetraka, maka aina tsy manao zavatra aho • eny, na inona na inona mitranga • eny, amin'ny ankapobeny • mahalana be • tsy mahavita mihintsy	**manana fahasahiranana aho rehefa manao zavatra iray, lasa ela be vao mahavita zavatra iray** • tsia • indraindray • matetika • matetika be
Matahotra aho ka mihidy hatramin'ny vavony • tsia • indraindray • matetika • matetika be	**Mitandrina ny paoziko ivelany aho** • toy ny taloha ihany • mety tsy dia mitandrina toy ny taloha • tsy mitandrina araka ny tokony ho ataoko • tsia mihintsy
Tsy mahatombona aho • mahatombona foana aho • tsia • tsy mahatombona fa kely • tsy mahatombona mihintsy	**Mahafaly ahy mialoha ny mieritreritra hanao zavatra iray** • eny, toy ny taloha • tsy dia toy ny taloha loatra • tena tsy toy ny taloha mihintsy • tsia mihintsy
Mora mikorontana, misafoaka • tsia • tsy de mora mikorontana • indraindray • matetika be	**Makafy miala voly aho (mamaky boky, mihaino radio, mijery fahitalavitra…)** • matetika • indraindray • mahalana • mahalana be

19. Mitchell A. Chan M. Prevalence of depression, anxiety and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interviewbased studies. Lancet Onco. 2011; 12(2): 160-74.

20. Sillamy N. Dictionnaire de psychologie. Paris : Larousse-vue ; 2003.304p.

21. Janet P. Névroses et idées fixes, 2ème volume.Paris : Alcan ;1898. 490p.

22. Ammar M.B., Hammami S.Prise en charge psychologique des patients cancéreux. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2017 ;175(3):241-46

23. Beasley JM, Newcomb PA, Trentham-Dietz A, Hampton JM, Ceballos RM, Titus-Ernstoff L, Holmes M D. Social networks and survival after breast cancer diagnosis. Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice. 2010;4(4):372-80.

24. Vodermaiebr A. Linden W. Mackenzie Z. Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression in patients only in some type of cancer. Br J Canc. 2011;105:1814.

25. Sullivan R, Alatise O, Anderson BO, Audisio R, Autier P, Aggarwal A et al. Global cancer surgery: delivering safe, affordable, and timely cancer surgery. The Lancet Oncology. 2015;16(11):1193-224.