

# Facteurs associés à la symptomatologie anxiodépressive chez des femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein

## Associated Factors with Anxiety and Depression Symptoms in Tunisian Women Affected by Breast Cancer

M. Karoui · R. Kamoun · H. Nefzi · N. Marrakchi · H. Raies · A. Mezlini · K. Meddeb · F. Ellouze

Reçu le 23 juillet 2022 ; accepté le 11 septembre 2022  
© Lavoisier SAS 2022

**Résumé Objectifs :** L'étude avait pour objectif d'estimer la prévalence de la dépression et de l'anxiété dans une population de femmes tunisiennes suivies pour un cancer du sein et de relever les données sociodémographiques, cliniques et de vie de couple qui leur sont associées.

**Matériels et méthodes :** Une étude transversale auprès de 100 patientes suivies pour un cancer du sein a été réalisée. Un questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, sur la vie conjugale et sur la sexualité du couple a été administré. L'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) a été utilisée pour le dépistage des symptômes anxieux et dépressifs.

**Résultats :** Un score clinique a été retrouvé dans 48 % des cas pour l'anxiété et 37 % des cas pour la dépression. Les patientes qui ont vécu une réaction négative de leur conjoint face à leur maladie et dont la relation de couple et la relation sexuelle ont été altérées présentaient des scores significativement plus élevés de symptomatologie anxieuse et dépressive. Une relation sexuelle non altérée était retrouvée comme facteur protecteur de l'anxiété et de la dépression.

**Conclusion :** Les résultats de cette étude mettent en évidence l'importance de développer des mesures spécifiques pour améliorer la communication et promouvoir la santé sexuelle au sein du couple en Tunisie.

**Mots clés** Anxiété · Cancer du sein · Couple · Dépression · Sexualité

**Abstract Aim:** The objective of this study is to investigate the prevalence of depression and anxiety in women Tunisian population followed for breast cancer and to identify the socio-demographic, clinical, and of couple relationship factors associated with them.

**Procedure:** Cross-sectional study on 100 patients followed for confirmed breast cancer. A questionnaire on the socio-demographic, clinical, therapeutic, conjugal, and sexual characteristics of the couple was completed. The HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) was used for the detection of anxiety and depressive symptoms.

**Results:** A clinical score was found in 48% of cases for anxiety and 37% of cases for depression. Patients who experienced a negative spouses' reaction for their illness and whose marital relationship and sexual relationship were impaired showed significantly more anxiety and depressive symptoms. Undisturbed sexual function was found to be protective against depression and anxiety.

**Conclusion:** The results of this study highlight the importance of developing specific measures to improve communication and promote sexual health within the couple in Tunisia.

**Keywords** Anxiety · Breast cancer · Couple · Depression · Sexuality

## Introduction

Le cancer du sein est le deuxième cancer le plus fréquent dans le monde. Il est de loin le plus répandu, avec une estimation de 2,4 millions de nouveaux cas diagnostiqués en 2018 [1]. Il est aussi le plus courant parmi les femmes dans le monde arabe, son incidence est à la hausse dans les pays arabes en voie de développement [2]. En Tunisie, l'incidence standardisée du cancer du sein a été estimée à 50/100 000 en 2017 [3]. Malgré les nombreuses avancées thérapeutiques, le cancer du sein garde un caractère menaçant aux yeux de la

M. Karoui · R. Kamoun · H. Nefzi · N. Marrakchi  
Faculté de médecine de Tunis,  
université Manar-I, 1006 Tunis, Tunisie

H. Raies · A. Mezlini · K. Meddeb  
Institut Salah-Azaiez, faculté de médecine de Tunis,  
université Manar-I, 1006 Tunis, Tunisie

F. Ellouze (✉)  
Hôpital Razi, faculté de médecine de Tunis,  
université Manar-I, 1006 Tunis, Tunisie  
e-mail : dr.ellouze.faten@gmail.com

société et peut entraîner des remaniements physiques et psychologiques importants [4]. La sphère relationnelle est elle aussi bouleversée [5]. Le cancer et son traitement peuvent affecter les rapports familiaux. Il est fréquent d'observer dans la famille un bouleversement dans les suites du diagnostic d'une affection cancéreuse. D'une part, la famille est confrontée à l'angoisse et à la tristesse, à l'alternance de moments d'espoir et de désespoir. D'autre part, la famille constitue une organisation dynamique et structurée, caractérisée par une répartition de rôles et de responsabilités. La maladie va exiger qu'elle assure différentes nouvelles fonctions : tenter de reconforter le patient, prendre part aux décisions médicales et aux soins et, parallèlement, s'efforcer d'assumer le quotidien tout en s'adaptant à une situation médicale en évolution constante [6]. Par ailleurs, le regard social porté sur les personnes atteintes par cette pathologie demeure parfois stigmatisant et peut susciter des pratiques de discrimination à leur égard [6].

La dépression et l'anxiété se trouvent parmi les troubles psychopathologiques les plus prévalents en cas de cancer [7]. Face à un cancer du sein, une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive est légitime. Toutefois, ce sont le nombre des symptômes, leur chronicité, le caractère inhabituel des réactions, la souffrance ressentie par la patiente, l'impact sur la vie quotidienne et l'acceptation des soins qui permettent de distinguer le caractère normal ou pathologique de ces troubles [7].

La majorité des études réalisées à l'heure actuelle ont été conduites aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France... et ont objectivé une variabilité de la dépression et de l'anxiété d'une étude à l'autre. Cela peut être expliqué par différents facteurs, notamment une différence culturelle entre les pays [8]. Cependant, dans les pays du monde arabe, peu d'études ont soulevé ce problème. À notre connaissance, peu d'études se sont intéressées en Tunisie au volet psychiatrique du cancer du sein. Pourtant, le bien-être psychologique est essentiel pour une prise en charge optimale et une meilleure qualité de vie des patientes.

Les objectifs de cette étude étaient :

- d'estimer la prévalence de la symptomatologie dépressive et anxieuse dans une population de femmes tunisiennes suivies pour un cancer du sein ;
- d'analyser l'association entre la symptomatologie dépressive et anxieuse avec les données sociodémographiques, cliniques et de vie de couple chez les patientes.

## Méthodes

### Type étude

Nous avons mené une étude transversale qui s'est déroulée sur le lieu des consultations externes de l'institut Salah-

Azaiez de Tunis, sur une période de quatre mois, allant du 1<sup>er</sup> octobre 2016 au 30 janvier 2017.

### Participants

Nous avons inclus dans l'étude toutes les patientes âgées de 20 ans et plus, en couple et suivies pour un cancer du sein histologiquement ou cytologiquement confirmé.

Les antécédents personnels de troubles psychiatriques, la ménopause, la présence de métastases cancéreuses ou d'autres pathologies somatiques chroniques étaient les critères de non-inclusion.

### Procédure

L'étude a été présentée aux patientes par l'enquêteur principal (un médecin) à la fin d'une consultation de suivi en oncologie. Les objectifs de l'étude et sa méthode ont été présentés aux femmes. Les personnes intéressées par l'étude ont été invitées à signer un formulaire de consentement. Ensuite, les femmes ayant accepté de participer à l'étude ont été invitées à compléter des autoquestionnaires et à répondre à des questions concernant leur tolérance aux thérapeutiques et leur relation de couple.

Les données sociodémographiques des participants ont été recueillies à partir d'une fiche de recueil préétablie et remplie par l'enquêteur principal. Ce dernier a également complété une évaluation clinique.

### Outils

Un questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, sur la vie conjugale et sur la sexualité du couple a été passé.

Les données sociodémographiques récoltées étaient les suivantes : âge, niveau d'instruction, activité professionnelle, niveau socioéconomique, enfants à charge et soutien familial.

Les données cliniques récoltées étaient : le stade TNM (T : tumeur, N : ganglions, M : métastases), le type histologique et les moyens thérapeutiques employés.

La tolérance aux différents traitements a été déterminée par la réponse de la patiente à une question fermée « *Comment évalueriez-vous globalement la tolérance du traitement : mauvaise, moyenne ou bonne ?* »

Pour l'évaluation de la qualité de la relation de couple et de sa relation sexuelle, nous avons demandé à chacune des femmes de nous donner une estimation de la qualité de sa relation de couple et de sa relation sexuelle avant et après la maladie selon une échelle à six items (questions fermées) variant de « pas de relation de couple ou de relation sexuelle » à « relation de couple ou sexuelle très heureuse ». Il s'agit d'un outil qui n'a pas été validé (Annexe A).

Puis il a été demandé aux femmes d’estimer l’impact de la maladie sur la qualité de leur relation de couple : améliorée, stable ou altérée. Le manque de soutien a été évalué par une question ouverte sur la réaction du conjoint face à la maladie. La question était la suivante : « *Quelle était la réaction de votre conjoint face à votre cancer ?* »

L’échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) a été utilisée [9] pour le dépistage des symptômes anxieux et dépressifs. L’instrument consiste en un autoquestionnaire constitué de 14 items répartis en 2 sous-échelles : la dépression et l’anxiété. Chaque question est évaluée grâce à quatre items qui correspondent à quatre degrés d’intensité croissante d’un symptôme (cotation de 0 à 3). Plus les scores sont élevés, plus la présence d’un trouble est avérée. Le score de chaque sous-échelle peut varier entre 0 et 21, avec les valeurs seuils suivantes : de 0 à 7, absence de trouble ; de 8 à 10, trouble suspect et de 11 à 21, trouble avéré. Dans cette étude, nous avons utilisé la version arabe validée [10].

**Analyses statistiques**

Nous avons comparé les femmes présentant un score supérieur au seuil clinique de dépression puis d’anxiété à celles ayant un score infraclinique. Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel SPSS version 20. Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées par des tests du Chi<sup>2</sup> de Pearson. Le seuil 0,05 a été retenu pour indiquer un résultat statistiquement significatif. Afin d’identifier les facteurs de risque liés de façon indépendante, nous avons conduit une analyse multivariée en régression logistique, méthode pas à pas descendante. L’analyse multivariée a permis de calculer des odds ratios ajustés, mesurant le rôle propre de chaque facteur.

**Résultats**

**Description des participants**

L’étude a été présentée à 127 patientes. Au total, 100 patientes ont accepté de participer à l’étude (taux de participation = 78,7 %). Les motifs de refus avancés étaient principalement un manque de temps ou un refus d’aborder le sujet de la sexualité.

L’âge moyen des participantes était de 42,6 ± 6,9 ans. La plupart habitaient en ville (68 %), avaient un niveau d’instruction secondaire (34 %) et étaient sans profession (81 %). Plus de la moitié (59 %) avaient un niveau socioéconomique bas. La majorité étaient mariées (87 %) et avaient des enfants (82 %). En outre, 94 % d’entre elles bénéficiaient d’un soutien familial.

Concernant les données cliniques, 18 % des patientes avaient des antécédents familiaux de cancer du sein. Le stade

T2N1M0 de la classification TNM 2010 du cancer du sein était le plus prépondérant (T2 : 44 % ; N1 : 73 %). Le carcinome canalaire infiltrant était le type histologique le plus fréquent (98 %). Les récepteurs RH et HER étaient majoritairement positifs (RH : récepteurs hormonaux : 71 % ; HER : *human epidermal growth factor receptor* : 70 %).

Parmi les participantes, 87 % des femmes interrogées avaient subi un traitement chirurgical, dont une mastectomie dans 66 % des cas qui a été bien tolérée par 77,3 % d’entre elles. Une majorité des participantes (82 %) ont également reçu une chimiothérapie adjuvante. Ce traitement a été mal toléré dans 73,5 % des cas. Chez 21 % des participantes, une radiothérapie a été entreprise. Les données sociodémographiques et cliniques détaillées des participantes sont présentées dans le tableau 1.

**Prévalence de la symptomatologie dépressive et anxieuse**

La prévalence de symptômes dépressifs probables selon les scores à l’HADS était de 37 %. Le score HADS moyen pour la dépression était de 8,26 ± 8,63. La prévalence de symptômes anxieux probables selon les scores à l’HADS était de

**Tableau 1** Données sociodémographiques et cliniques de la population étudiée

	Pourcentage (%)
<b>Sociodémographiques</b>	
Âge moyen	42, 6 ans ± 6,9
Avec instruction	83
Avec activité professionnelle	19
Niveau socioéconomique bas	59
Statut relationnel : mariée	87
Enfants en charge	82
Soutien familial	94
<b>Cliniques</b>	
Antécédents familiaux de cancer	
Stade TNM	
Tis	2
T1	33
T2	44
T3	4
T4	17
N0	13
N1	73
N2	9
N3	5
Type histologique	
Carcinome canalaire	98
Carcinome lobulaire	2

48 %. Le score HADS moyen pour l'anxiété était de  $10,1 \pm 8$ . Le nombre de patientes ayant à la fois des symptomatologies anxieuse et dépressive probables selon les scores à l'échelle HADS était de 36, soit 36 % des participantes.

### Relation de couple

La majorité des patientes (83,7 %) ont décrit une attitude de soutien, de compréhension et d'empathie de la part de leurs conjoints face à la maladie. Quelques femmes (11,1 %) ont décrit leur vie conjugale comme « malheureuse à très malheureuse » avant la maladie vs 22 % après la maladie. A contrario, 58,7 % l'ont décrite comme « plutôt heureuse » avant la maladie vs 35,8 % après la maladie ; et 30,2 % l'ont estimée comme étant « heureuse à très heureuse » avant la maladie vs 32,9 % après la maladie.

Un quart des participantes (24,7 %) ont vu leur relation de couple s'altérer suite au diagnostic de cancer, alors que 22,5 % l'ont vue s'améliorer. La relation de couple de 52,7 % des patientes était stable après la maladie quelle que soit la qualité de cette relation avant la maladie (Tableau 2).

La moitié des participantes (53 %) ont déclaré que leur vie sexuelle était « un peu satisfaisante » avant la maladie et 29 % l'ont qualifiée de « satisfaisante ». Ces pourcentages baissent largement après la maladie (respectivement 27 et 18 %), avec une augmentation importante du nombre des femmes décrivant leur vie sexuelle comme « non satisfaisante » (de 6 à 16 %) ou une « absence de vie sexuelle » (de 12 à 39 %).

Pratiquement, la moitié des femmes ont vu leur relation sexuelle s'altérer (47 %) et seulement 2 % des femmes l'ont vue s'améliorer. La relation sexuelle de 51 % de nos patientes est restée stable après la maladie quelle que soit la qualité de leur vie sexuelle avant la maladie (Tableau 2).

Tableau 2 Le couple face au cancer du sein		
	Nombre	Pourcentage (%)
Réaction du conjoint		
Positive	77	83,7
Négative	15	16,3
Impact de la maladie sur la relation du couple		
Améliorée	21	22,6
Stable	49	52,7
Altérée	23	24,7
Impact de la maladie sur la relation sexuelle		
Améliorée	2	2,0
Altérée	47	47,0
Stable	51	51,0

### Symptômes dépressifs et réaction du mari au cancer de sa femme

Les patientes qui ont vécu une réaction négative de leurs conjoints face à leur maladie et dont la relation de couple et la relation sexuelle ont été altérées ont présenté significativement plus de symptômes dépressifs (respectivement 66,7 vs 7,9 % ;  $p = 0,005$  ; OR = 5,60,9 vs 14,2 % ;  $p = 0,002$  ; OR = 4,494 ; 52,1 vs 36,6 % ;  $p = 0,003$  ; OR = 3,623) (Tableau 3).

En analyse multivariée, la relation sexuelle non altérée était un facteur protecteur contre la symptomatologie dépressive avec un odds ratio à 0,136 et un intervalle de confiance à 95 % [0,035–0,531] (Tableau 3).

Les patientes qui ont vécu une réaction négative de leurs conjoints face à leur maladie et dont la relation de couple et la relation sexuelle ont connu une altération présentent significativement plus de symptômes anxieux (respectivement 73,3 vs 7,4 % ;  $p = 0,011$  OR = 4,552 ; 65,2 vs 14,8 % ;  $p = 0,013$  OR = 3,375 ; 58,3 vs 37 % ;  $p = 0,017$  OR = 2,644).

Une relation sexuelle non perturbée était retrouvée comme facteur protecteur de l'anxiété avec un odds ratio à 0,232 et un intervalle de confiance à 95 % de [0,073–0,742] (Tableau 4).

### Discussion

Il s'agit de la première étude qui s'intéresse à la symptomatologie dépressive et anxieuse chez des femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein. Les prévalences de la symptomatologie dépressive et anxieuse rapportées sont élevées (respectivement 37 et 48 %). La réaction négative du conjoint, l'altération de la relation de couple et celle de la relation sexuelle sont associées significativement à la présence de symptômes dépressifs et anxieux.

La dépression et l'anxiété sont considérées par plusieurs auteurs comme étant les troubles psychiques les plus prévalents en milieu oncologique [11,12]. Dans la littérature, leur prévalence varie largement, de 1 à 58 %, chez les patients atteints d'un cancer [13,14]. Le taux de prévalence identifié dans notre étude est comparable aux taux de prévalence rapportés dans des études occidentales qui varient de 35 à 45 % [15]. Il est plus élevé comparé aux études réalisées dans des pays en Afrique ou en Asie, dont les taux de prévalence de la dépression et de l'anxiété varient de 14 à 30 % [16]. Cette variabilité de la prévalence de la dépression et de l'anxiété d'une étude à une autre peut être ainsi expliquée par différents facteurs. Elle peut être due à l'utilisation de différents outils de mesure et de diagnostic, à la fluctuation de l'échantillonnage [15,17], à l'inclusion de différents stades de la

**Tableau 3** Analyse uni- et multivariée des facteurs associés à la symptomatologie dépressive

	Analyse univariée		Analyse multivariée		<i>p</i>
	OR brut	[IC 95 %]	OR ajusté	[IC 95 %]	
Âge	1,371	[0,584–3,218]	1,299	[0,274–6,160]	0,742
Niveau d’instruction	2,210	[0,769–6,350]	0,438	[0,059–3,254]	0,420
Activité professionnelle	1,008	[0,358–2,840]	0,332	[0,042–2,645]	0,298
Niveau socioéconomique	2,149	[0,908–5,083]	0,865	[0,197–3,802]	0,847
Statut relationnel	2,217	[0,683–7,190]	0,759	[0,0–1432,034]	0,943
Soutien familial	1,765	[0,337–9,232]	2,811	[0,157–50,315]	0,483
Type de chirurgie	0,554	[0,221–1,389]	3,604	[0,851–15,270]	0,08
Réaction du conjoint	5,00	[1,533–16,303]	0,412	[0,056–3,007]	0,382
Relation de couple	4,494	[1,663–12,145]	1,034	[0,190–5,635]	0,969
Relation sexuelle	3,623	[1,536–8,548]	0,136	[0,035–0,531]	0,04

OR : odds ratio ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %

**Tableau 4** Analyse uni- et multivariée des facteurs associés à la symptomatologie anxieuse

	Analyse univariée		Analyse multivariée		<i>p</i>
	OR brut	[IC 95 %]	OR ajusté	[IC 95 %]	
Âge	0,711	[0,314–1,606]	2,160	[0,519–8,993]	0,290
Niveau d’instruction	1,865	[0,647–5,378]	0,604	[0,095–3,848]	0,593
Activité professionnelle	0,720	[0,264–1,960]	0,998	[0,177–5,641]	0,998
Niveau socioéconomique	1,919	[0,849–4,337]	0,534	[0,126–2,272]	0,396
Statut relationnel	2,063	[0,625–6,816]	1,212	[0,005–302,68]	0,946
Soutien familial	6,463	[0,727–57,486]	0,000	–	0,999
Type de chirurgie	0,616	[0,251–1,510]	3,075	[0,748–12,641]	0,092
Réaction du conjoint	4,552	[1,325–15,631]	0,281	[0,028–2,780]	0,277
Relation de couple	3,375	[1,257–9,061]	1,901	[0,301–12,009]	0,495
Relation sexuelle	2,644	[1,177–5,943]	0,232	[0,073–0,742]	0,014

OR : odds ratio ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %

maladie, de différents types de cancer et de traitements de cancer ou à une différence culturelle entre les pays [15].

La prévalence des troubles anxiodépressifs est souvent sous-estimée chez les patients atteints de cancer [5]. Le diagnostic de ces troubles est difficile dans des milieux oncologiques surchargés, avec des professionnels de santé qui manquent de temps et d’habileté pour la détection des troubles mentaux et avec des patients souvent réticents à discuter de leur bien-être émotionnel [18,19]. La dépression inclut beaucoup de symptômes neurovégétatifs communs avec les symptômes de la maladie cancéreuse et ses traitements, comme la fatigue, la perte d’appétit et les troubles du sommeil [20]. Ainsi, les troubles anxiodépressifs sont à prendre en compte dans la prise en charge du cancer du sein. D’où l’intérêt de la sensibilisation des médecins oncologues sur ces troubles et le développement et l’utilisation des échelles d’évaluation. Le choix de ces instruments de mesure devrait

être guidé par leurs aspects pratiques, rapides et faciles à réaliser.

Dans notre étude, près de la moitié des femmes ont vu leurs relations sexuelles avec leur conjoint s’altérer (47 %). Cela rejoint les résultats d’autres études nord-américaines et coréennes où une dysfonction sexuelle touche 31 à 51 % des patientes [21,22]. D’où l’intérêt d’envisager des formations de sensibilisation à l’importance de l’abord de la sexualité parmi les femmes atteintes d’un cancer du sein vu le manque de communication entre les médecins et les patientes concernant les problèmes de sexualité.

Dans notre étude, nous avons également pu identifier certains facteurs associés aux troubles anxiodépressifs, tels que la réaction négative du conjoint, l’altération de la relation de couple et de la relation sexuelle. À l’opposé, une relation sexuelle non perturbée était un facteur protecteur à la fois contre la dépression et l’anxiété. Cela rejoint les résultats

de différents travaux tels que l'étude danoise de Rottmann et al. qui a conclu à une dépression non seulement plus fréquente, mais aussi plus sévère chez la femme porteuse d'un cancer du sein vivant une relation de couple et une vie sexuelle évaluées comme insatisfaisantes [23]. D'autres études ont également montré que les taux de dépression et d'anxiété étaient plus élevés chez les patientes non soutenues par leurs conjoints [24,25]. Face à l'ampleur de ce problème, il faut insister sur l'importance de la communication médecin-couple, expliquer au conjoint les difficultés de sa femme et l'impliquer dans la prise en charge.

Dans notre étude, nous n'avons pas identifié des facteurs sociodémographiques associés aux troubles anxiodépressifs, contrairement à certaines autres études où des paramètres tels que l'âge, le niveau socioéconomique, le niveau d'instruction et le statut marital [13,14] étaient associés à une augmentation de la prévalence de la symptomatologie anxieuse et dépressive chez la femme porteuse d'un cancer du sein.

Les résultats de notre étude doivent toutefois être pris en considération au regard de certaines limites. En effet, notre étude n'a concerné qu'une centaine de patientes atteintes d'un cancer du sein. La puissance des résultats aurait été meilleure si nous avions recruté un nombre plus élevé de patientes. Par ailleurs, cette étude était de type transversal, les participantes étaient évaluées de façon ponctuelle à un moment précis de leur suivi. Ainsi, l'évolution de la prévalence des troubles anxiodépressifs et de la dysfonction sexuelle n'a pas été étudiée après une prise en charge psycho-oncologique ou psychiatrique.

## Conclusion

Nous avons mis en évidence une prévalence élevée des troubles anxiodépressifs et d'une altération de la qualité de la relation conjugale chez les femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein. L'altération de la relation de couple et de la relation sexuelle était le facteur prédictif majeur de ces troubles. Face à l'ampleur de ce problème, nous recommandons d'améliorer la collaboration entre les différents services d'oncologie et de psychiatrie.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al (2018) Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 68:394-424
2. Fearon D, Hughes S, Brearley SG (2020) Experiences of breast cancer in Arab countries. A thematic synthesis. *Qual Life Res* 29:313-24
3. Cherif A, Dhaouadi S, Osman M, Hsairi M (2019) Breast cancer burden in Tunisia: situation in 2017 and projections by 2030. *Eur J Public Health* 29:ckz186-232
4. Vandendorpe B, Drouet Y, Ramiandrisoa F, et al (2021) Psychological and physical impact in women treated for breast cancer: need for multidisciplinary surveillance and care provision. *Cancer Radiother* 25:330-9
5. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, et al (2018) Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pac J Cancer Prev* 19:1661-9
6. Mundweiler-Le Navéaux O (2012) Entre sphère professionnelle, sphère familiale et sphère intime : les assistants familiaux. *VST-Vie sociale et traitements* 116:45-54
7. Alagizy HA, Soltan MR, Soliman S, et al (2020) Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: single institute experience. *Middle East Curr Psychiatry* 27:1-10
8. Sperry L (2010) Breast cancer, depression, culture, and marital conflict. *Fam J* 18:62-5
9. Annunziata MA, Muzzatti, B, Bidoli E, et al (2020) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Support Care Cancer* 28:3921-6
10. Malasi TH, Mirza IA, El-Islam MF (1991) Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Arab patients. *Acta Psychiatr Scand* 84:323-6
11. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb K, et al (2019) Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer* 19:1-8
12. Jafari A, Goudarzian AH, Nesami MB (2018) Depression in women with breast cancer: a systematic review of cross-sectional studies in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 19:1
13. Hinz A, Herzberg PY, Lordick F, et al (2019) Age and gender differences in anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *Eur J Cancer Care* 28:e13129
14. Brandenbarg D, Maass SW, Geerse O, et al (2019) A systematic review on the prevalence of symptoms of depression, anxiety and distress in long-term cancer survivors: implications for primary care. *Eur J Cancer Care* 28:e13086
15. Pilevarzadeh M, Amirshahi M, Afsargharehbagh R, et al (2019) Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 176:519-33
16. Wondimagegnehu A, Abebe W, Abraha A, Teferra S (2019) Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Cancer* 19:1-8
17. Berhili S, Kadiri S, Bouziane A, et al (2017) Associated factors with psychological distress in Moroccan breast cancer patients: a cross-sectional study. *Breast* 31:26-33
18. Casavilca-Zambrano S, Custodio N, Liendo-Picoaga R, et al (2020) Depression in women with a diagnosis of breast cancer. Prevalence of symptoms of depression in Peruvian women with early breast cancer and related sociodemographic factors. *Semin Oncol* 47:293-30
19. Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, et al (2018) Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: a cross-sectional study. *Psychosomatics* 59:251-8
20. Carreira H, Williams R, Müller M, et al (2018) Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. *J Natl Cancer Inst* 110:1311-27
21. Male DA, Fergus KD, Cullen K (2016) Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Curr Opin Support Palliat Care* 10:66-74

22. Lee M, Kim YH, Jeon MJ (2015) Risk factors for negative impacts on sexual activity and function in younger breast cancer survivors. *Psychooncology* 24:1097–103

23. Rottmann N, Hansen DG, Hagedoorn M, et al (2016) Depressive symptom trajectories in women affected by breast cancer and their male partners: a nationwide prospective cohort study. *J Cancer Surviv* 5:915–26

24. Ozpolat AGY, Ayaz T, Konağ O, Ozkan A (2014) Attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocial adjustment to cancer. *Turk J Med Sci* 44:24–30

25. Costa-Requena G, Rodríguez A, Fernández-Ortega P (2013) Longitudinal assessment of distress and quality of life in the early stages of breast cancer treatment. *Scand J Caring Sci* 27: 77–83

**Annexe A. Évaluation de la qualité de la relation de couple avant et après le diagnostic du cancer du sein**

**Évaluation rétrospective de la qualité de la relation de couple avant le diagnostic de cancer :**

En termes de qualité globale de relation de couple avant le diagnostic de cancer, comment la jugiez-vous ?

- Pas de vie de couple
- Très malheureuse
- Assez malheureuse
- Un peu heureuse
- Heureuse
- Très heureuse

**Évaluation de la qualité de la relation de couple après le diagnostic de cancer :**

En termes de qualité globale de la relation de couple après le diagnostic de cancer, comment la jugiez-vous ?

- Pas de vie de couple
- Très malheureuse
- Assez malheureuse
- Un peu heureuse
- Heureuse
- Très heureuse

**Évaluation rétrospective de la qualité de vie sexuelle avant le diagnostic de cancer :**

En termes de qualité de vie sexuelle avant les traitements, comment la jugiez-vous ? Et ce, quel que soit votre statut marital.

- Pas de vie sexuelle
- Non satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Satisfaisante
- Excellente

**Évaluation de la qualité de vie sexuelle après le diagnostic de cancer :**

En termes de qualité de vie sexuelle après les traitements, comment la jugiez-vous ? Et ce, quel que soit votre statut marital.

- Pas de vie sexuelle
- Non satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Satisfaisante
- Excellente

**Quelle était la réaction de votre conjoint par rapport à votre cancer du sein ?**

.....  
 .....