

كلية الطب والصيدلة وطب الأسنان
ትዕረፍት ስልጣን ለ ሕክምና ለ ስልጣን ለ ስልጣን
FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE DENTAIRE



جامعة سيدي محمد بن عبد الله - فاس
ትዕረፍት ስልጣን ለ ሕክምና ለ ስልጣን ለ ስልጣን
UNIVERSITÉ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH DE FES

L'IMPACT PSYCHOSOCIAL DU DIAGNOSTIC D'UN CANCER DE L'ENFANT SUR LES PARENTS ET L'ENFANT

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Docteur El Harrane Mohamed Merouane

Né le 19/06/1989 à Azrou

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : PÉDIATRIE

Sous la direction de :

PROFESSEUR MOHAMED HBIBI

Session Juin 2023

Professeur HIDA Moustapha
Chef de Service de pédiatrie
Hôpital Mère - Enfant
SP HARRANE M - FES

Dr. HBIBI Mohamed
Professeur Agrégé
Service de pédiatrie
141089300



L'impact psychosocial du diagnostic d'un cancer de l'enfant sur les parents et l'enfant

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Docteur El Harrane Mohamed Merouane

Né le 19/06/1989 à Azrou

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : Pédiatrie

Sous la direction de Professeur MOHAMED HBIBI

Session Juin 2023

PLAN

REMERCIEMENTS	5
ABREVIATIONS	9
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	10
INTRODUCTION :.....	11
PARTIE THEORIQUE :.....	13
I. Les cancers de l'enfant :	14
1. Epidémiologie générale :	14
2. Principaux cancers de l'enfant :	14
3. Situation au Maroc :.....	16
II. Retentissements de l'annonce diagnostic.....	17
1. Retentissement sur les parents	17
2. Retentissement sur l'enfant atteint	20
3. Retentissement sur la fratrie :.....	22
PARTIE PRATIQUE	24
OBJECTIF DE L'ETUDE	25
METHODOLOGIE	26
1. Type d'étude :.....	27
2. Méthode de collecte des données :	27
3. Instruments utilisés	27
RESULTATS	29
I. Caractéristiques de la population étudiée :.....	30
II. Données cliniques :	33
III. Retentissement sur les parents :	36
1. Réaction initiale :.....	36
2. Retentissement psychique :	37
3. Retentissement social	38

4. Retentissement financier	39
5. Retentissement spirituel :	41
IV. Retentissement sur l'enfant atteint :	42
1. Réaction initiale :	42
2. Retentissement psychique :	43
3. Retentissement social :	43
4. Retentissement scolaire :	43
DISCUSSION :	45
I. Retentissement du diagnostic sur les parents :	47
1. Retentissement psychologique :	47
2. Retentissement social :	49
3. Retentissement professionnel et économique :	50
4. Retentissement spirituel :	52
II. Retentissement du diagnostic sur l'enfant atteint :	54
1. Retentissement psychologique :	54
2. Retentissement social :	56
3. Retentissement scolaire :	58
CONCLUSION :	60
RESUMES :	63
BIBLIOGRAPHIE	69
ANNEXES :	75

REMERCIEMENTS

A mon Maître
Professeur Moustapha HIDA

J'ai eu l'honneur et le plaisir de travailler sous votre direction éclairée. Votre conseil avisé et votre guidance bienveillante nous ont été prodigués avec une sympathie, un sourire et une bienveillance inégalés. Vos compétences professionnelles, ainsi que vos nobles qualités humaines, vous valent l'admiration et le respect de tous. Vous êtes et resterez pour nous l'exemple par excellence de rigueur et d'intégrité dans l'exercice de notre profession.

Je vous exprime ma profonde gratitude pour votre encadrement précieux.

A mon Maitre Professeur
Mohamed HBIBI

Je vous remercie chaleureusement de tout le temps que vous m'avez accordé, pour les efforts inlassables que vous avez déployés pour m'aider dans ce travail ainsi que pour votre soutien indéfectible. Par votre gentillesse et votre modestie, vous m'avez montré la signification morale de notre profession.

Veillez accepter ici, cher maître, l'expression de ma profonde gratitude et reconnaissance tout en témoignant mon respect.

A tous nos Maitres :

Je désire vous exprimer ma profonde reconnaissance ainsi que mes sincères pensées de gratitude envers vous, nos éminents professeurs de pédiatrie, à savoir : Pr Samir ATMANI, Pr Sana CHAOUKI, Pr Mounia LAKHDAR IDRISSE, Pr Sanae ABOURAZZAK, Pr Sarra BENMILOUD, Pr Fatima Zohra SOUILMI, Pr Fouzia HMAMI, Pr Widade KOJMANE, Pr Mohamed HBIBI, Pr Ilham TADMOURI et Pr Mariam ERRADI, pour votre disponibilité, votre générosité et votre souci constant de notre éducation. Vos compétences professionnelles avérées, votre qualité de formateurs émérites et votre amour pour cette noble profession nous incitent à vous suivre comme des références en la matière.

Je vous exprime mon respect sincère et mon dévouement éternel.

ABREVIATIONS

CDI	: Children's Depression Inventory
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual (Version 5)
ESA	: Etat de Stress Aigu
ESPT	: Etat de Stress Post Traumatique
LAL	: Leucémie Aiguë Lymphoblastique
LAM	: Leucémie Aigüe Myéloïde
LB	: Lymphocyte B
LH	: Lymphome de Hodgkin
LNH	: Lymphome Non Hodgkinien
LT	: Lymphocyte T
NK	: Natural Killer
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
RCRC	: Registre des Cancers de la Région du grand Casablanca
SNC	: Système Nerveux Central

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Critères de diagnostic du trouble de stress aigu et dépression majeure selon le DSM-5

Tableau 2: Retentissement psychologique chez les parents selon les critères DSM-5

Tableau 3 : Retentissement psychologique chez les enfants selon les critères DSM-5

Liste des graphiques :

Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe

Graphique 2 : Répartition géographique

Graphique 3 : Activité professionnelle des parents

Graphique 4 : Diagnostic de l'enfant atteint

Graphique 5 : Phase du traitement

Graphique 6 : Pronostic selon la perception parentale

Graphique 7 : Première réaction à l'annonce du diagnostic chez les parents

Graphique 8 : Retentissement sur la vie conjugale des parents

Graphique 9 : Retentissement sur travail des parents ayant une activité professionnelle

Graphique 10 : Source des aides financières

Graphique 11 : Première réaction à l'annonce du diagnostic chez l'enfant atteint

Graphique 12 : Retentissement scolaire chez nos enfants scolarisés

INTRODUCTION

Le cancer de l'enfant et de l'adolescent bien que plus rare que chez l'adulte et représente moins de 3% des cancers humains, reste une maladie mortelle. Son incidence dans les pays développés est de 120 à 140 par millions. Au Maroc, on estime que 1000 enfants de moins de 15 ans sont atteints de cancer chaque année.

L'annonce diagnostic d'un cancer chez l'enfant peut avoir un impact considérable sur la qualité de vie de l'enfant atteint ainsi que sur celle de sa famille. Elle peut susciter une réaction émotionnelle complexe chez les parents, notamment du stress, de la culpabilité et de l'anxiété quant à l'avenir de leur enfant. La fratrie peut également faire face à de gros changements et l'enfant atteint peut lui-même faire l'expérience de troubles émotionnels et comportementaux en raison de la maladie et des traitements associés. De plus, La prise en charge globale de la maladie implique des défis financiers pour la famille.

L'objectif de cette étude est d'examiner et d'évaluer les différents retentissements psychosociaux de l'annonce d'un diagnostic de cancer chez un enfant sur les parents et l'enfant atteint lui-même en décrivant les réactions émotionnelles, l'impact sur les relations familiales et les dynamiques de soutien entre les membres et les changements de comportements sociaux et financiers des familles affectées.

En identifiant les différents retentissements, nous pourrions améliorer les interventions visant à soutenir ces populations affectées afin de fournir une prise en charge adéquate aux enfants atteints de cancer et à leurs familles.

PARTIE THEORIQUE

I. Les cancers de l'enfant :

1. Epidémiologie générale :

Le cancer chez les enfants constitue un problème majeur de santé publique du fait de sa morbidité et mortalité importantes.

L'incidence des cancers pédiatriques varie considérablement d'un pays à l'autre. Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ils représentent moins de 3% des cancers humains. En moyenne, on estime que plus de 170 000 nouveaux cas de cancer de l'enfant sont diagnostiqués chaque année dans le monde ce qui correspond à 120 à 140 par millions. Cependant, le cancer reste la deuxième cause de mortalité chez l'enfant en occident venant après les décès par accident. [1]

2. Principaux cancers de l'enfant :

Bien différemment que chez l'adulte, les cancers les plus fréquents chez l'enfant sont les cancers hématologiques, suivis par les tumeurs du système nerveux central (SNC) puis les autres tumeurs solides telles que le neuroblastome, le néphroblastome et les tumeurs osseuses.

a. Les leucémies aiguës :

Représentent les tumeurs les plus fréquentes chez l'enfant, leur incidence est plus élevée en occident. La forme la plus fréquente est la leucémie aiguë lymphoblastique, qui touche principalement les garçons âgés de 1 à 4 ans. Cette maladie est plus répandue dans les régions ayant un niveau économique élevé. Les enfants qui sont exposés aux infections de manière précoce semblent être protégés contre cette maladie.

On distingue deux principaux types de leucémie aiguë, selon la nature myéloïde ou lymphoïde de la prolifération blastique.

- Les leucémies aiguës lymphoïdes (LAL)
- Les leucémies aiguës myéloïdes (LAM)

La fréquence de chaque type varie: LAL représente 75% des cas, tandis que LAM représente entre 15 à 20% (alors que c'est l'inverse chez les adultes).

b. Les lymphomes :

Ce sont les tumeurs malignes de l'enfant les plus fréquentes dans les pays en voie de développement en particulier en Afrique sub-saharienne, leur incidence est intermédiaire en Afrique du Nord et en Asie. Ils ont une prédominance masculine.

Les lymphomes malins découlent de la prolifération anormale de cellules lymphoïdes LB, LT ou NK. On les classe en deux catégories principales : le lymphome de Hodgkin (LH) et les lymphomes non hodgkiniens (LNH). L'infection par le virus Epstein-Barr peut être considérée comme un facteur de genèse potentiel. [1 ; 3]

c. Les tumeurs du système nerveux central :

Représentent les tumeurs solides les plus fréquentes dans le monde occidental. Leur fréquence moindre en Afrique et en Asie pourrait être liée à la difficulté de diagnostic.

d. Autres tumeurs solides :

- Rétinoblastomes : leur incidence est plus fréquente en Afrique. Ils représentent 10 à 15% des cas de cancers
- Neuroblastomes : rare en Afrique. Représente de 5 à 15% dans les pays occidentaux
- Néphroblastomes : leur incidence semble être la même dans les différents pays
- Autres : Tumeurs hépatiques, Ostéosarcome, Sarcome d'Ewing, Tumeurs mésenchymateuses, Tumeurs germinales

3. Situation au Maroc :

Selon le Registre des Cancers de la Région du grand Casablanca (RCRC) 2004, l'incidence estimée des cancers chez l'enfant au Maroc est de 11,34 pour 100 000 enfants, représentant 3,2 % de tous les cancers. Les filles étaient plus représentées avec une proportion d'environ 53,8 %

A l'image des statistiques mondiales, les cancers de l'enfant les plus fréquents au Maroc sont par ordre d'importance les leucémies, les lymphomes et enfin les tumeurs cérébrales. [4]

Selon le Registre Hospitalier des Cancers du CHU Hassan II de Fès 2017, 60 nouveaux cas de cancer chez les enfants entre 0 et 15 ans ont été recensés sur 2877 nouveaux diagnostic de cancers dans la population générale, une incidence alors de 2 % avec un sexe ratio à 1,3. Les cancers les plus représentés sont lymphomes chez 14 enfants, les leucémies chez 13 enfants et les tumeurs du SNC également chez 13 enfants. [5]

II. Retentissements de l'annonce diagnostic

1. Retentissement sur les parents

a. Retentissement psychologique :

L'annonce d'un cancer chez l'un des enfants a un effet d'effraction dans la vie réelle et psychique des parents. Le choc ou le traumatisme est alors inévitablement la première réaction du parent face à cette bouleversante déclaration. Le diagnostic de cancer implique plus ou moins consciemment l'idée d'une mort différée, on ne peut alors s'empêcher de penser qu'un enfant atteint d'un cancer est un enfant donné pour mort.

Au choc, suit alors un afflux de tension empêchant l'appareil psychique à intégrer les éléments du monde extérieur. Un sentiment de dépossession et d'impuissance suite à l'obligation de s'en remettre au corps médical pour les différentes décisions à faire. La culpabilité de ne pas pouvoir empêcher l'arrivée du cancer est souvent éprouvée. [6]

Le retentissement psychique est alors ample pouvant amener à un état de stress aigu caractérisé par des symptômes d'intrusion, des comportements d'évitement de tout fait rappelant l'événement et des pensées et humeur négatives avec altération de la vigilance et des réactions.

Des réactions dépressives d'intensité modérée ou sévère, tels que tristesse, perte d'intérêt et de plaisir pour les activités habituelles, troubles de concentration et du sommeil et perte de l'appétit, peuvent suivre durant les quelques semaines suivant le diagnostic. [7]

Tableau 1 : Critères de diagnostic du trouble de stress aigu et dépression majeure selon le DSM-5 :

Critères de diagnostic du trouble de stress aigu	Critères de diagnostic de dépression majeure
Exposition directe ou indirecte à un événement traumatique, avec ≥ 9 des critères suivants présents sur une période de 3 jours à 1 mois : <i>Symptômes d'intrusion :</i> 1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement. 2. Rêves inquiétants récurrents à propos de l'événement. 3. Réactions dissociatives (ex. flash-backs) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. 4. Détresse intense psychologique ou physiologiques en réponse à des indices internes ou externes rappelant l'événement. <i>Humeur négative :</i> 5. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives. <i>Symptômes dissociatifs :</i> 6. Altération du sens la réalité. 7. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique. <i>Symptômes d'évitement :</i> 8. Efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles associés à l'événement. 9. Efforts pour éviter les rappels externes associés à l'événement. <i>Symptômes d'activation :</i> 10. Trouble du sommeil. 11. Comportement irritable et crises de colère. 12. Hypervigilance. 13. Problèmes de concentration. 14. Réaction de sursaut exagérée.	≥ 5 des éléments suivants doivent avoir été présents presque tous les jours pendant la même période de 2 semaines : • Humeur dépressive pendant la majeure partie de la journée • Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités pendant la majeure partie de la journée • Gain ou perte de poids ou diminution ou augmentation de l'appétit significatifs ($> 5\%$) • Insomnie (souvent insomnie de maintien du sommeil) ou hypersomnie • Agitation ou ralentissement psychomoteur observés par des tiers (non auto-déclarés) • Fatigue ou manque d'énergie • Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée • Aptitude à penser ou à se concentrer diminuée ou indécision • Pensées de mort ou de suicide récurrentes, une tentative de suicide, ou planification suicidaire spécifique

b. Retentissement social et relationnel :

Le changement de l'état psychique ainsi que d'autres conditions liées à cette annonce ont des répercussions sur la vie sociale et relationnelle des parents. Une telle situation peut être à l'origine de changements comportementaux comme l'isolement, l'agressivité ou l'apparition d'habitudes toxiques.

Les dynamiques relationnelles au niveau du couple ou le foyer en général pourront se voir profondément. Le stress vécu, et les tensions émotionnelles peuvent être source de problèmes conjugaux, voire de rupture ou divorce ou à l'opposé renforcer les liens entre les deux parents. [8]

Comme pour la vie conjugale, les relations sociales avec l'entourage peuvent être affectées menant soit à nouer de nouvelles relations, notamment avec des familles concernées par le cancer pédiatrique ou au contraire rompre des liens.

c. Retentissement professionnel et économique :

La prise en charge du cancer implique des hospitalisations fréquentes, des traitements et des bilans répétitifs ayant pour conséquence une augmentation des dépenses médicales et non médicales auxquelles le foyer ne s'attendait pas.

En outre, les parents sont souvent impliqués dans le traitement, la surveillance et la gestion des symptômes liés au traitement ce qui peut entraîner des problèmes au travail voire un arrêt des activités professionnelles notamment chez les mamans. [9 ; 10]

d. Retentissement spirituel :

La religion et les pratiques religieuses peuvent présenter un refuge pour les parents, une intensification des pratiques pourrait alors être observée. D'un autre côté, le désarroi vécu pourrait conduire à perdre la foi.

2. Retentissement sur l'enfant atteint

a. Réalisation de la situation et du diagnostic :

La perception de l'enfant de son état de santé varie selon son âge et son stade de développement cognitif. Très tôt, le nourrisson est en mesure de percevoir son état de santé, par l'angoisse autour de lui et les changements dans sa prise en charge. Entre 2–3 ans, l'enfant explique sa maladie par une forme de phénoménisme et l'attribue à un fait extérieur concret. Vers 5–6 ans, l'enfant fera intervenir le principe de contagion comme raison de la maladie. Vers 10–11 ans, l'enfant commence à concevoir une explication intériorisée de la maladie. [11]

b. Retentissement psychologique :

Suivant sa perception de la maladie, l'enfant éprouve différentes réactions psychologiques. Sharp et al. [12] suggèrent que le diagnostic du cancer pourrait être considéré comme un stress difficile mais gérable plutôt qu'un traumatisme majeur.

Pourtant, Les enfants atteints du cancer sont plus à risque de développer un état ou syndrome de stress post traumatique comparés à des enfants sains de leur âge. Le risque étant accru si l'enfant est dans une tranche d'âge plus élevée lors de l'annonce. [13]

Les enfants vivant en permanence avec une maladie stressante et parfois mortelle ont un risque élevé de dépression, spécialement ceux conscients de leur diagnostic. Le développement de symptômes dépressif chez ces enfants est alors lié au niveau de développement cognitif qui peut être un facteur protecteur chez les enfants de moins de 6 ans. [14]

c. Retentissement social :

Les enfants qui sont affligés par le cancer sont confrontés à une menace mortelle inhérente à leur maladie, et cela entraîne des modifications sociales significatives, notamment dans leur cercle familial.

Relations avec les parents :

Avec l'apparition d'un cancer infantile dans la famille, les liens unissant se perturbent les parents et l'enfant malade. Les dysfonctionnements d'ordre psychologique à la fois chez les parents et l'enfant affectent la dynamique relationnelle parent-enfant. En effet, l'émergence d'une surprotection peut avoir lieu, conduisant à une réaction de dépendance accrue de l'enfant envers ses parents, notamment envers la mère qui est plus présente aux côtés de l'enfant dans son quotidien, ce qui peut entraver son autonomie et le conduire à l'isolement, l'empêchant ainsi de s'émanciper librement et complètement. [13]

A l'opposé, les parents peuvent se sentir impuissants face au traumatisme généré poussant l'enfant à être plus impliqué dans sa prise en charge ce qui pourrait le pousser à être plus autonome et plus indépendant.

Relations avec la fratrie : cf. retentissement sur la fratrie

Relations avec les amis :

La vie sociale des enfants scolarisés est étroitement liée à l'école, de sorte que les impératifs thérapeutiques peuvent déconnecter ces enfants de leur vie sociale habituelle et, par conséquent, les éloigner de leurs camarades de classe. À l'opposé, le maintien d'une présence régulière à l'hôpital peut s'avérer propice à l'émergence de liens d'amitié avec d'autres enfants souffrant d'une pathologie similaire. [15]

d. Retentissement sur la vie scolaire :

Les enfants atteints de cancer connaissent divers changements, tant physiques qu'émotionnels et psychologiques, causés par la maladie ou le traitement. En effet,

les enfants en âge scolaire peuvent rencontrer des difficultés physiques telles que la fatigue ou une compétence athlétique réduite, des problèmes psychologiques tels qu'une humeur instable, une dépression ou une diminution de l'estime de soi, ainsi que des problèmes cognitifs tels qu'une altération de la mémoire, des difficultés d'apprentissage et même une détérioration mentale. En outre, l'enfant peut être exposé aux intimidations en raison des séquelles du traitement du cancer affectant son apparence. [16]

Tous ces changements, en plus de la fréquence des absences dues au traitement, peuvent retentir sur le niveau scolaire de l'enfant et même conduire à un arrêt des études.

3. Retentissement sur la fratrie :

Selon Meynckens-Fourez et TilmansOstyn [17], il semble que les relations fraternelles remplissent trois fonctions principales. La première consiste en une fonction d'attachement, de sécurisation et de ressource ; les membres de la fratrie éprouvent entre eux des sentiments positifs tels que l'amour et la solidarité, mais également négatives telles que la haine, la rivalité et la jalousie. La deuxième fonction est celle de suppléance parentale, et la dernière consiste à apprendre les rôles sociaux et cognitifs. La survenue d'un événement traumatique tel qu'une maladie cancéreuse peut altérer le système de la fratrie, il s'en trouve bouleversé et les rôles doivent se redistribuer.

L'expérience du cancer pédiatrique constitue un événement stressant pour la fratrie également, les frères et sœurs se retrouvent exposés à l'anxiété et se sentiraient isolés. Ils auraient des difficultés scolaires et une moins bonne qualité de vie. Ils expriment aussi des émotions négatives comme de la jalousie envers le frère/sœur malade, de la culpabilité, de la colère ou de la solitude. [18]

La relation parent–fratrie se voit aussi subir des modifications. En effet, la fratrie vit une séparation au sein de sa famille et une rupture dans le quotidien avec un bouleversement des routines, qui peut provoquer une diminution des relations avec les parents. Les frères et sœurs de l'enfant malade ont été identifiés comme présentant un risque accru de négligence émotionnelle, de mal-être et d'insatisfaction par rapport aux autres membres de la famille. En outre dans certains cas, les membres de la fratrie ne sont pas informés du pronostic de leur frère/sœur malade, ce qui peut susciter chez eux un sentiment de manque et le désir d'information sur la maladie. La fratrie ne se sentirait alors pas impliquée. [18]

L'expérience du cancer pédiatrique pourrait, néanmoins, avoir des effets positifs. La fratrie peut connaître une augmentation de la sensibilité et de l'empathie, de l'appréciation de la vie ainsi qu'une plus grande maturité. [18]

PARTIE PRATIQUE

OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est d'évaluer le retentissement psychosocial du cancer de l'enfant sur les parents et l'enfant atteint.

Chez les parents :

- Analyser les effets psychologiques suite à l'annonce du diagnostic du cancer pédiatrique.
- Décrire l'impact du cancer pédiatrique sur la vie sociale des parents, particulièrement leur relation conjugale.
- Évaluer les répercussions financières du cancer pédiatrique sur la famille.

Chez l'enfant :

- Examiner les impacts psychosociaux du cancer pédiatrique sur la vie sociale, psychologique et scolaire de l'enfant atteint.

METHODOLOGIE

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive étalée sur 2 mois, janvier et Février 2023

2. Méthode de collecte des données :

Le recrutement des parents s'est effectué au cours de leur visite de l'hôpital de jour ou lors de l'hospitalisation au service d'oncologie pédiatrique du CHU HASSAN II de FES

Au total, 36 parents ont rempli le questionnaire

Le consentement éclairé a été obtenu auprès des parents après explication détaillée des objectifs de l'étude et de sa procédure.

3. Instruments utilisés

Un questionnaire en langue arabe a été rempli par les parents d'enfants atteints de cancer lors de leur présence au service d'oncologie pédiatrique, en hospitalier ou à l'hôpital du jour. L'enquêteur était soit un étudiant de médecine, soit une assistante médicale ou un médecin en spécialisation.

Le questionnaire comportait :

- *Des données sociodémographiques générales :*

L'âge, le sexe, la fratrie, l'âge et la profession des parents, le milieu urbain ou rural de résidence et le niveau socioéconomique du ménage.

- *Des données sur la maladie :*

Le diagnostic, le stade de la maladie et l'étape et la nature (chimiothérapie, radiothérapie et/ou chirurgie) du traitement. La réponse au traitement et le pronostic du point de vue des parents.

- *Les impacts psychosociaux sur la famille et l'enfant atteint :*

En précisant la réaction initiale à l'annonce du diagnostic et le retentissement psychique ultérieur.

Les différentes dynamiques relationnelles entre les parents, l'entourage, la fratrie et l'enfant atteint ont été évoquées ainsi que l'impact spirituel.

L'impact psychique chez l'enfant atteint a été également évoqué ainsi que le retentissement social et sur la scolarité.

- *L'impact économique :*

En précisant les répercussions sur le travail des parents et sur le niveau de vie du ménage et l'éventuel recours aux aides financières ainsi que leur nature.

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population étudiée :

1. Age des parents :

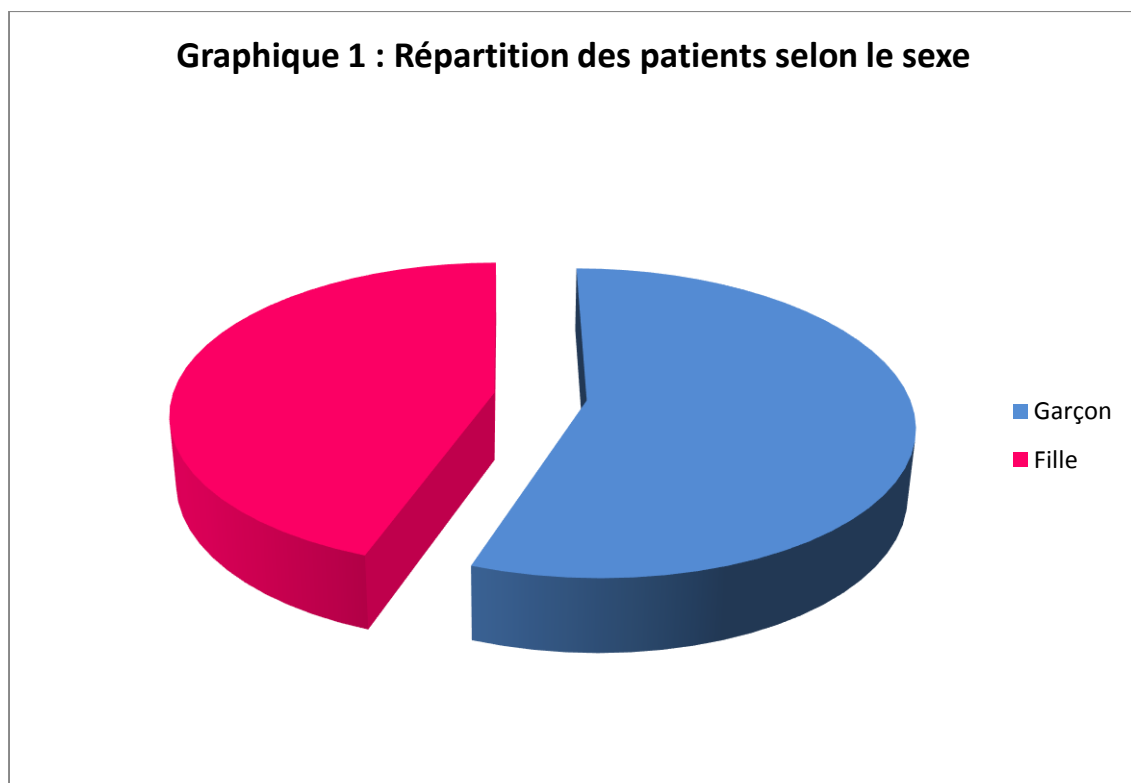
L'âge de l'ensemble des parents, interrogés ou rapportés, variait entre 24 et 64 avec un âge moyen à 38,2.

2. Age des enfants malades :

L'âge moyen de notre échantillon est de 6 ans, avec des extrêmes à 9 mois et 13 ans.

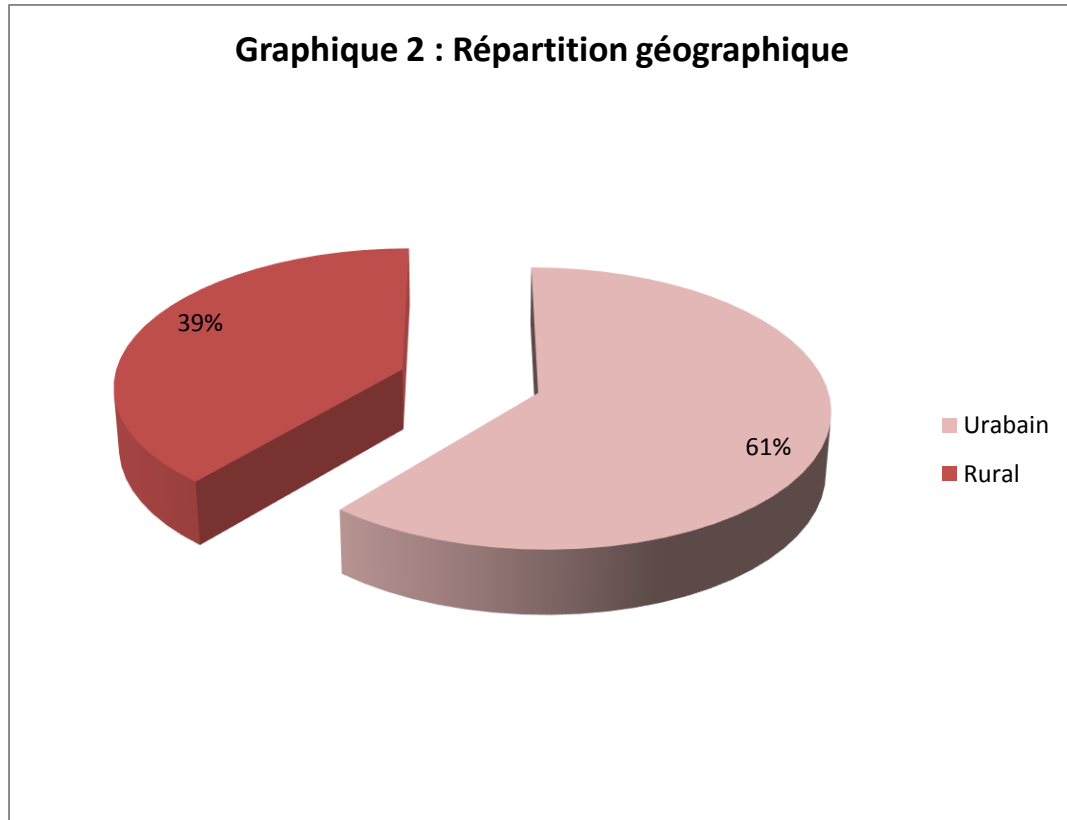
3. Sexe :

Dans notre série, nous avons noté une prédominance du sexe masculin avec 55,5% (n=20) de garçons contre 44,5% (n=16) de filles.



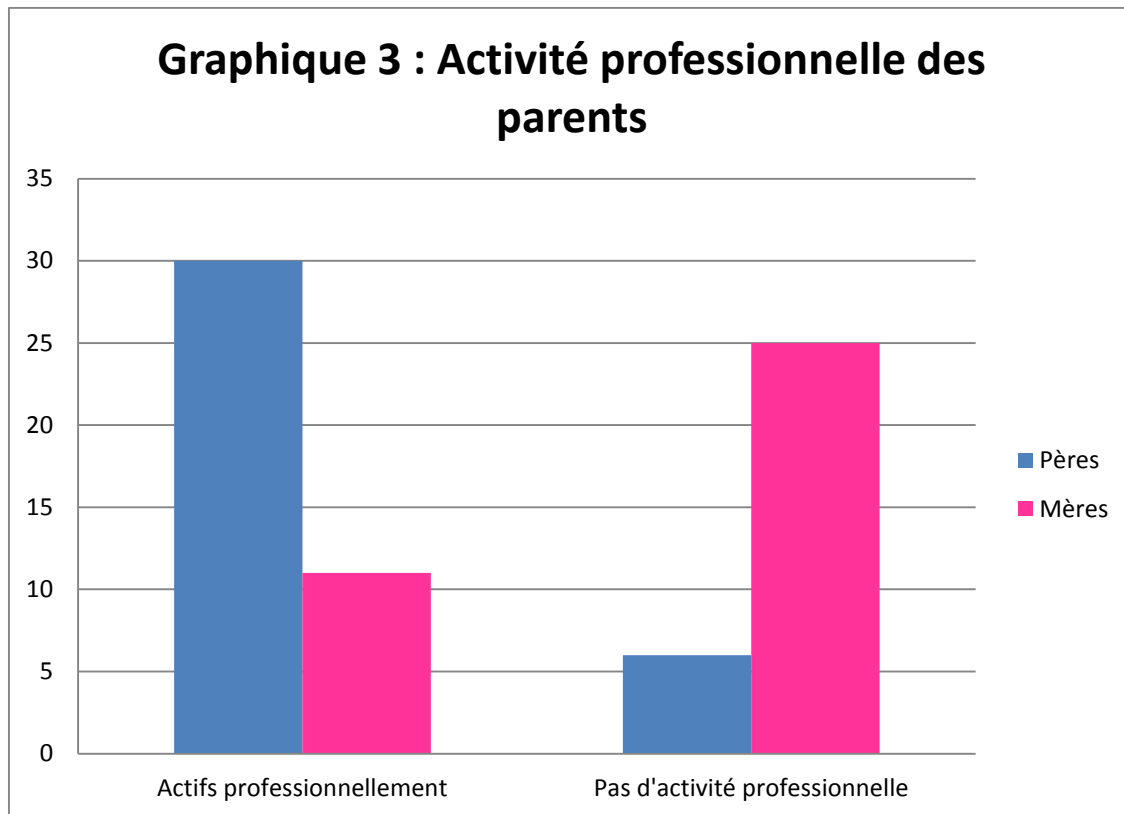
4. Répartition géographique :

La majorité des familles vivait en milieux urbain, soit 61 % (n=22).



5. Activité professionnelle avant l'annonce de diagnostic :

Sur les 36 familles de notre série, 11 mères et 30 pères étaient actifs sur le plan professionnel.

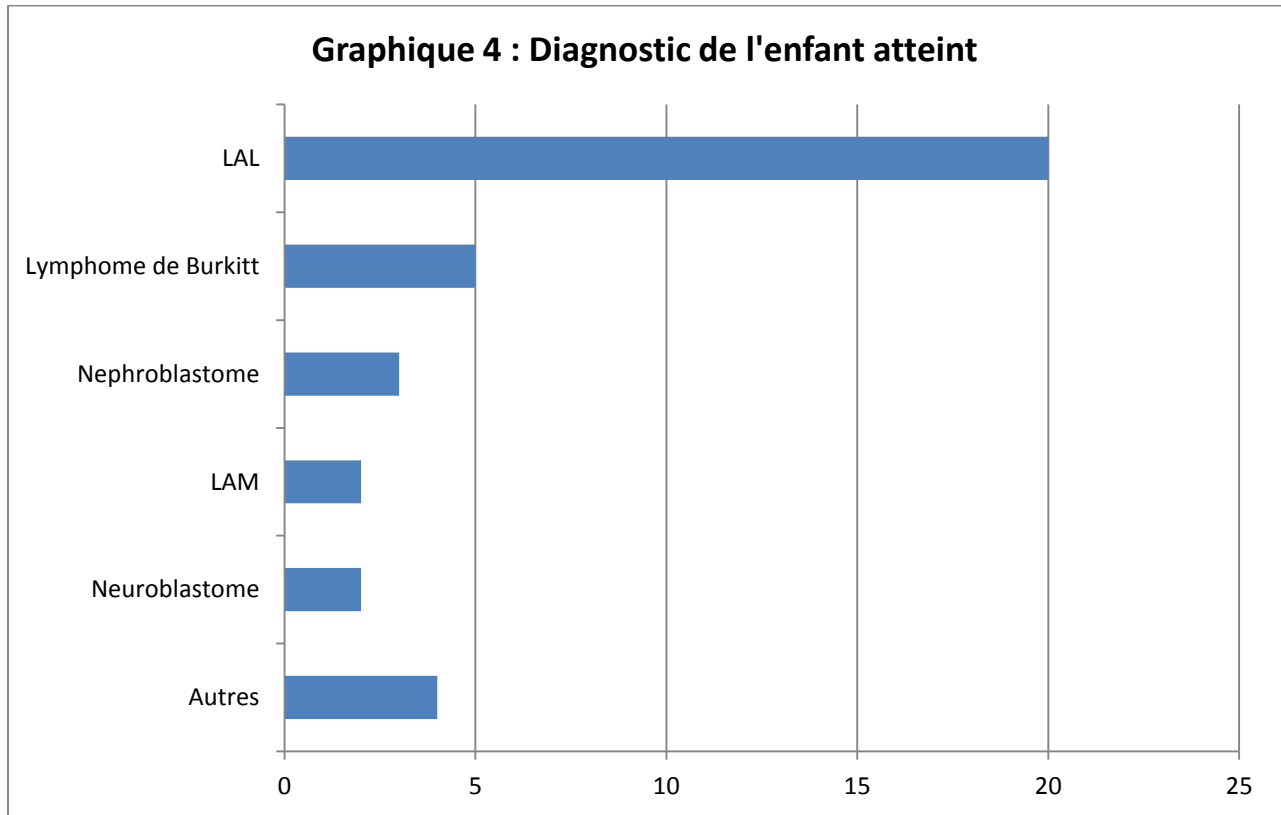


6. Niveau socioéconomique :

55,5% des familles avait un niveau socio-économique bas alors que 44,5% des familles était de la classe moyenne.

II. Données cliniques :

1. Diagnostic :



2. Traitement :

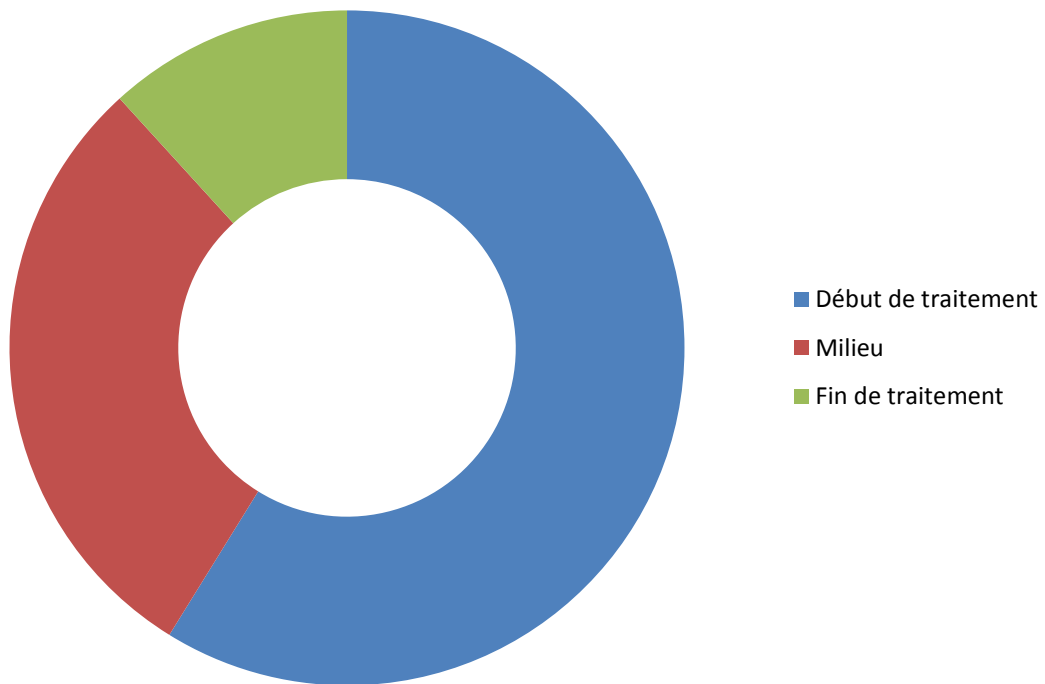
a. Thérapie reçue :

Tous nos patients sont traités par chimiothérapie, 13,8% (n=5) ont bénéficié de séances de radiothérapie et 11,1% (n=4) ont été opérés.

b. Phase du traitement :

Plus de la moitié des enfants, soit 52,8 %, se situent en début de traitement, tandis que 30,5 % d'entre eux sont en phase intermédiaire et 16,7 % sont en fin de leur traitement.

Graphique 5 : Phase du traitement

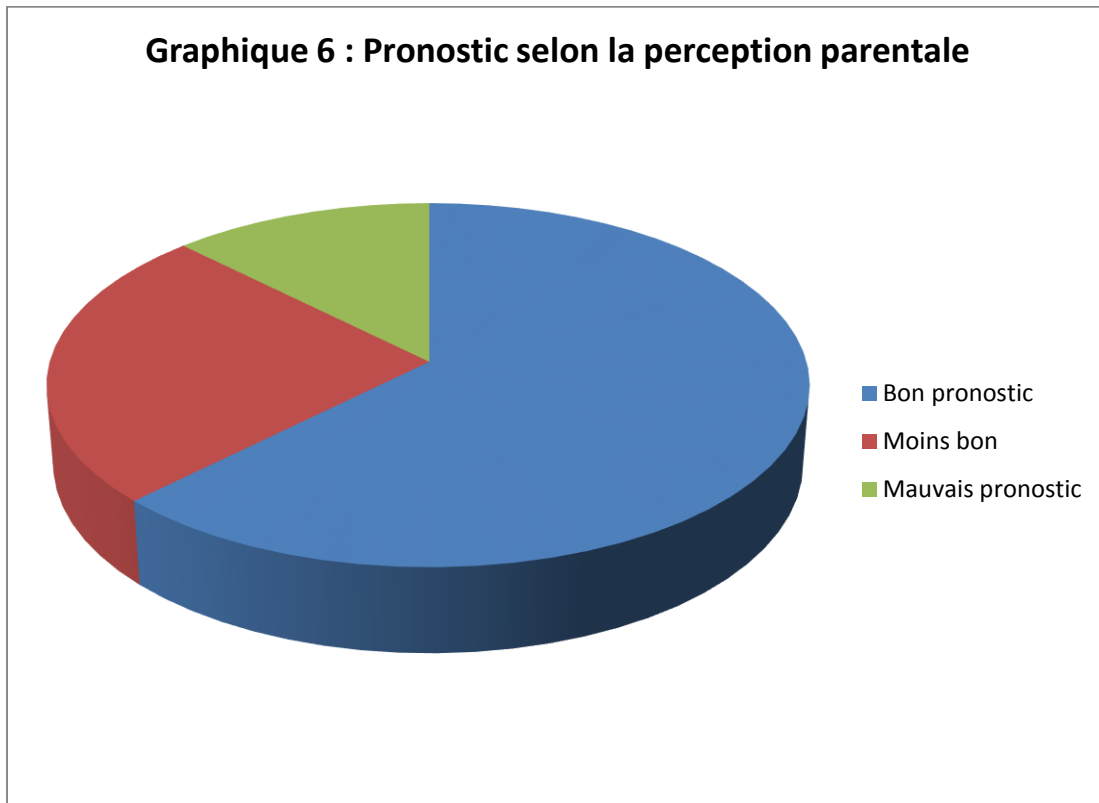


c. La réponse au traitement :

Le traitement a été considéré comme efficace pour 31 patients, tandis que 5 autres n'ont pas montré de réponse positive au traitement.

d. Pronostic :

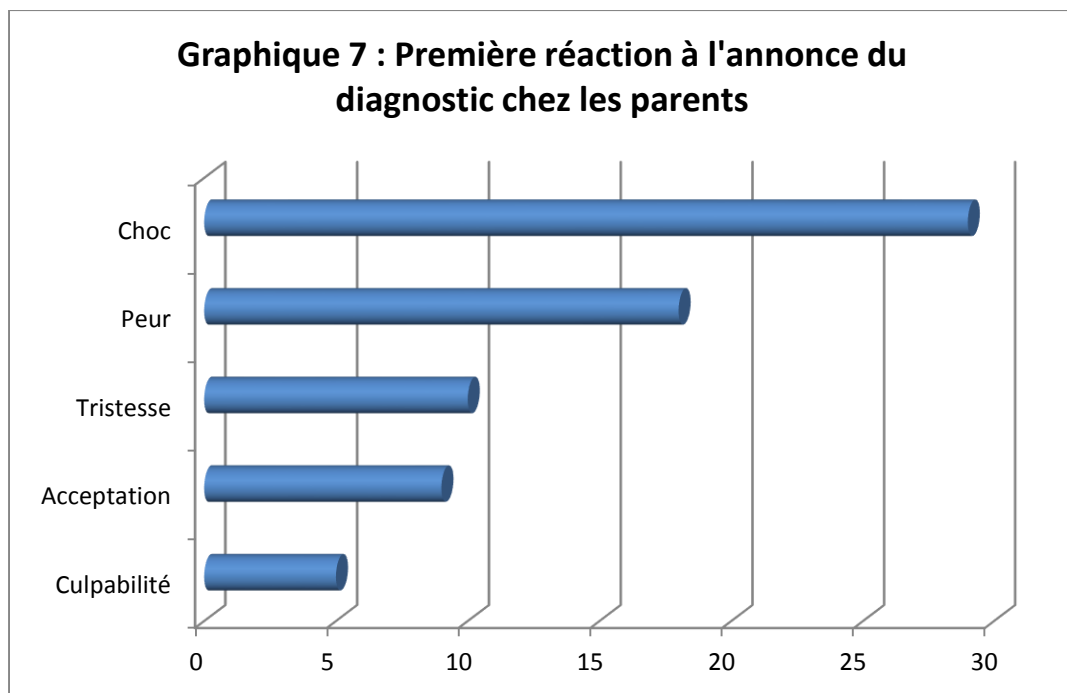
D'après le point de vue des parents, 20 enfants avaient un pronostic favorable, 14 avaient un pronostic moins favorable et 2 avaient un mauvais pronostic.



III. Retentissement sur les parents :

1. Réaction initiale :

A l'annonce du diagnostic 29 (80,5%) des parents ont éprouvé un choc émotionnel comme première réaction, chez 50% des parents la première réaction a été la peur, alors que chez 27,7% la tristesse et chez 13,8% l'acceptation.



2. Retentissement psychique :

La totalité des parents de notre étude ont présenté des symptômes d'un état de stress aigu dont 6 ont au moins 9 critères, répondant au diagnostic positif de ESA selon DSM-5.

Un trouble dépressif majeure a été retrouvé chez 8 des parents.

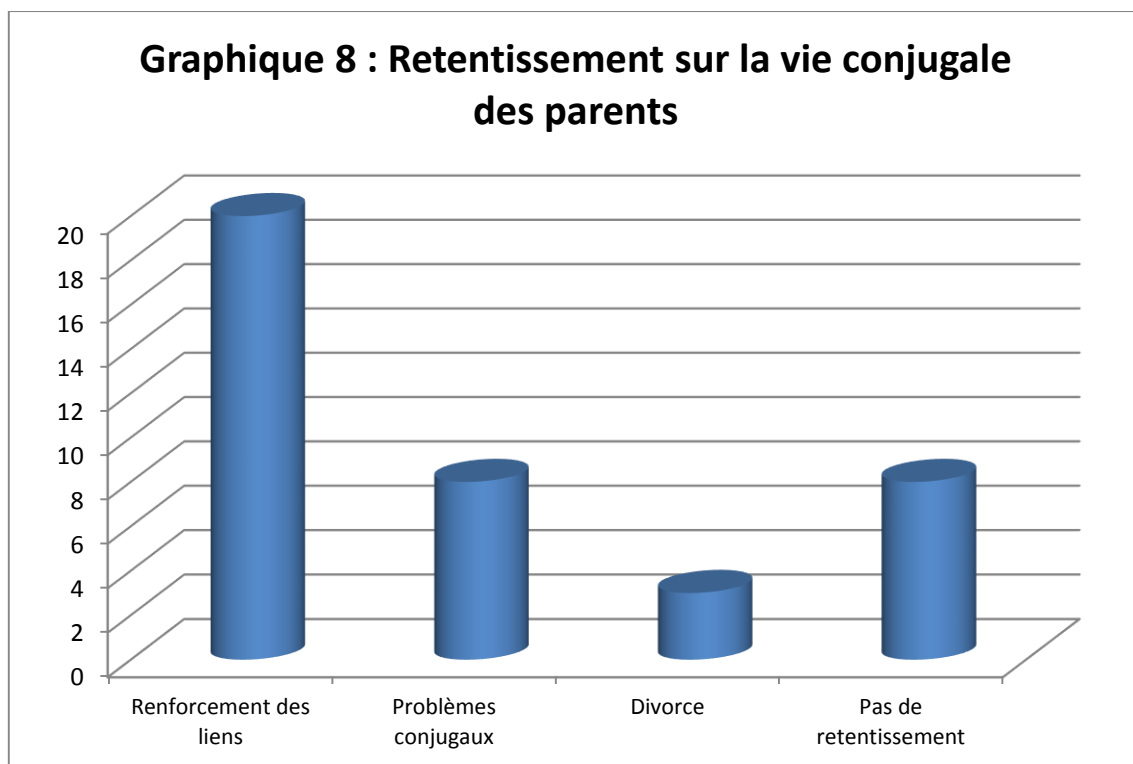
Tableau 2: Retentissement psychologique chez les parents selon les critères DSM-5

Nombre de critères selon DSM-5	Etat de stress aigu			Etat dépressif	
	<9 critères	9 critères ou plus	ou	<5 éléments	5 éléments ou plus
Nombre de parents	30	6		28	8
Pourcentage	83,3%	16,7%		77,8%	22,2%

3.Retentissement social

a. Retentissement sur la relation entre les parents :

La relation parentale s'est vue améliorées chez 55,5% (n=20) des familles interrogées qui ont rapportés une amélioration des liens conjugaux, tandis que 22,2% (n=8) ont rapportés des problèmes conjugaux aboutissant à un divorce chez 8,3% (n=3). 22,2% n'ont rapporté aucun changement de leur vie conjugale.



b. Retentissement sur la relation entre les parents et l'enfant atteint :

La majorité des parents ont vu leur relation avec l'enfant atteint changer, avec manifestation d'une surprotection chez 24 (66,7%) et un soutien moral chez 23 (63,9%).

Aucun des parents n'a rapporté une agressivité vis-à-vis de l'enfant malade mais on a rapporté deux cas d'abandon par un des parents chez des couples divorcés.

4.Retentissement financier

a. Impact sur le niveau de vie :

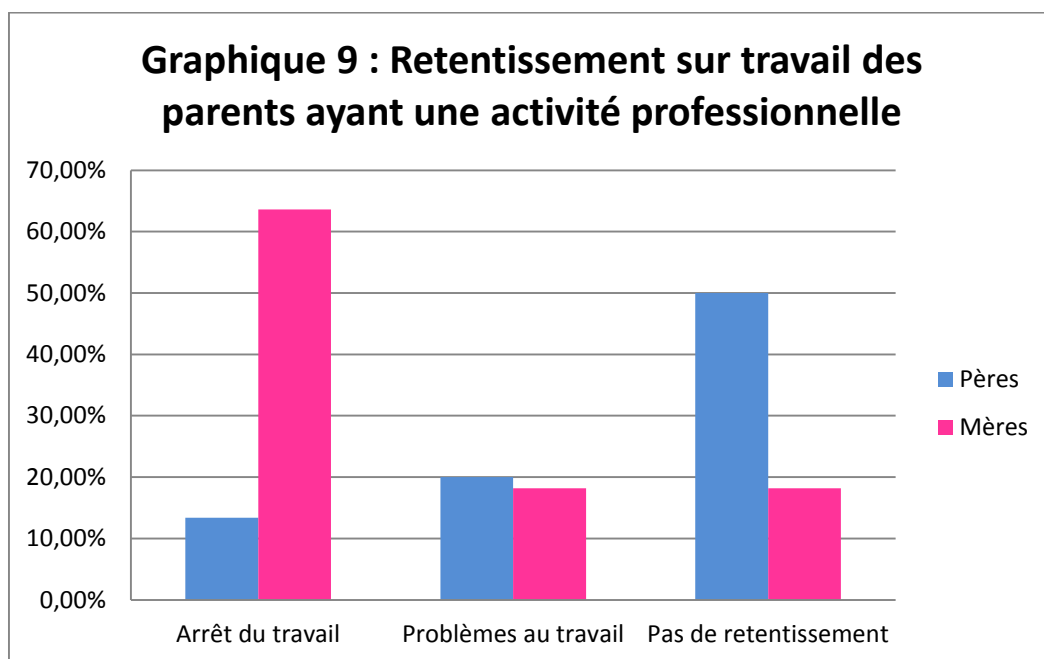
69,4% des ménages ont vu leur niveau de vie régresser et 8,3% (n=3) ont qualifié leur situation de ruine. 22,3% n'ont rapporté aucun changement du niveau de vie.

b. Retentissement sur le travail :

Sur les 36 familles de notre série, 11 mamans étaient actives sur le plan professionnel, dont 63,6% (n=7) ont dû arrêter leur activité professionnelle et 18,2% (n=2) ont rapporté des difficultés au travail. 18,2% (n=2) n'ont rapporté aucun retentissement.

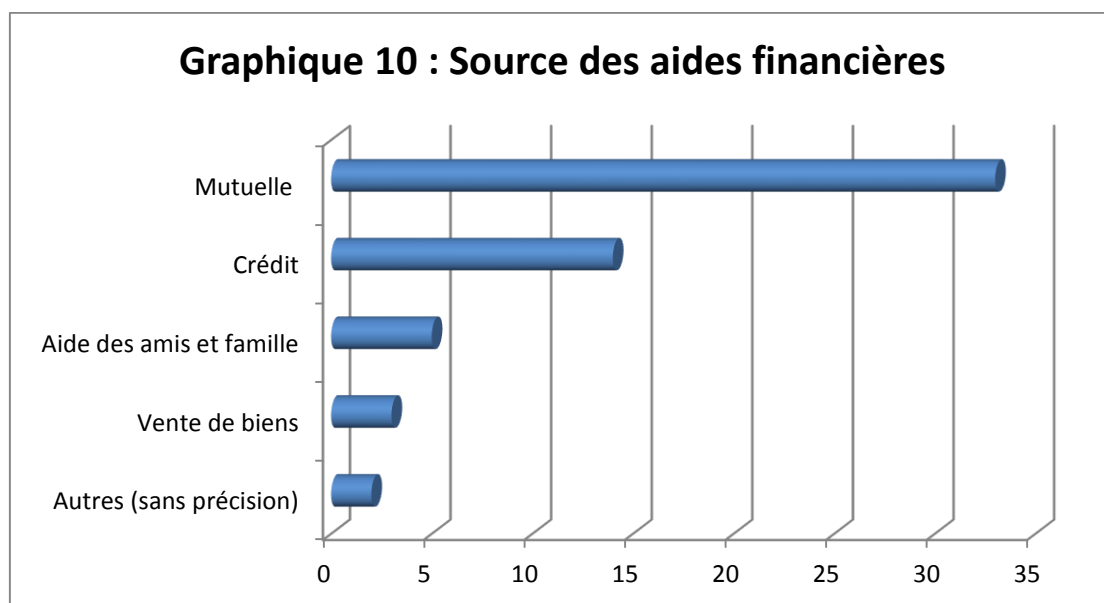
Sur l'ensemble des pères (36 papas), 30 étaient actifs sur le plan professionnel, 5 sans emploi et 1 père retraité. 13,4% (n=4) des pères actifs ont dû arrêter leur activité et 20% (n=6) ont rapporté des difficultés au travail. 66,6% (n=20) n'ont rapporté aucun retentissement.

Sur l'ensemble des 36 familles, 4 mères et 9 pères ont dû rechercher un nouveau travail.



c. Recours aux aides financières :

La majorité (91%) des parents ont bénéficié d'une aide financière de la mutuelle. L'aide financière de la part des amis et de la famille a été rapportée chez 13,8% des familles et 5,5% ont rapporté d'autres aides sans préciser sa nature. 38,8% ont eu recours à des crédits, tandis que 8,3% ont dû vendre des biens.



5.Retentissement spirituel :

77,8% de nos parents ont relaté une intensification de la pratique religieuse. D'autres pratiques spirituelles (visite de sanctuaire ou mausolée) ont été observées chez 11% des parents.

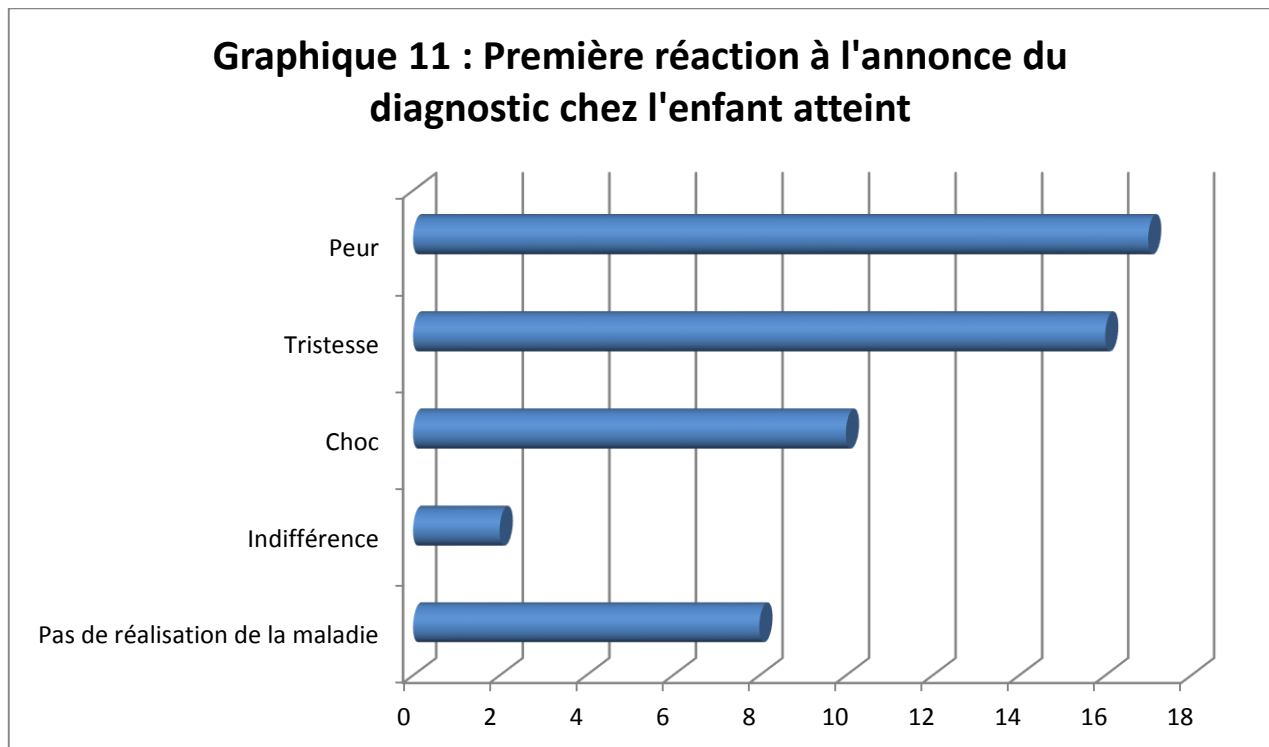
A l'éventualité d'une perte de la foi, aucun des parents n'a répondu par affirmation.

IV. Retentissement sur l'enfant atteint :

1. Réaction initiale :

A l'annonce du diagnostic 47,2% des enfants diagnostiqués ont éprouvé la peur comme première réaction. La tristesse a été la deuxième réaction la plus fréquente, chez 44,5% des enfants. Le choc a été rapporté chez 27,8% des enfants et l'indifférence chez 5,5%.

Chez 22,2%, le développement cognitif ne permettait pas la prise de conscience de la maladie.



2.Retentissement psychique :

Tableau 3 : Retentissement psychologique chez les enfants selon les critères DSM–5

		Etat de stress aigu		Etat dépressif	
Nombre de critères selon DSM-5	de	<9 critères	9 critères ou plus	<5 éléments	5 éléments ou plus
		34	2	29	7
		parents			
Pourcentage		94,5%	5,5%	80,5%	19,5%

3.Retentissement social :

83,3 % de nos patients se sont vu leur vie sociale changer suite au diagnostic.

36,1% ont créé de nouvelles relations tandis que 22,2% se sont isolés.

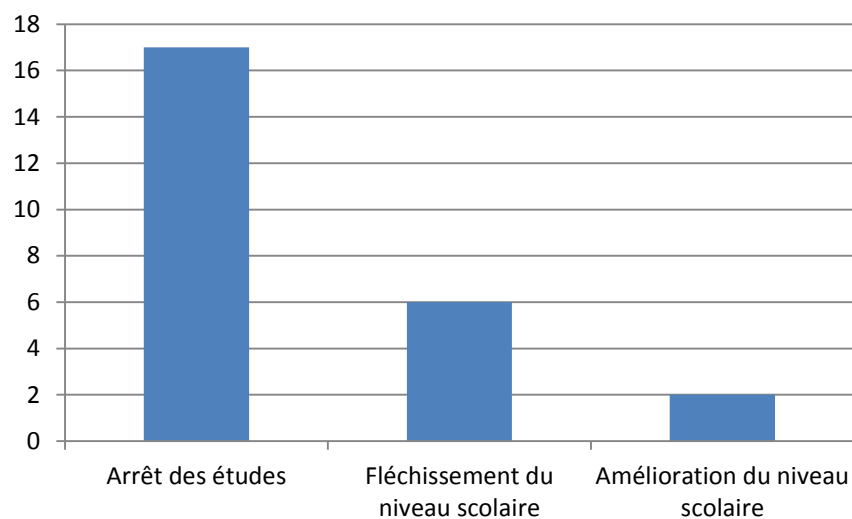
36,1% des enfants ont acquis ou amélioré leur indépendance.

4.Retentissement scolaire :

25 de nos enfants étaient en âge scolaire

Après le diagnostic, 68% des enfants scolarisés ont arrêté leurs études et 24% ont présenté un fléchissement de leur niveau scolaire alors que seulement 8 % des patients scolarisés ont amélioré leur niveau.

Graphique 12 : Retentissement scolaire chez nos enfants scolarisés



DISCUSSION :

La prise en charge d'un enfant atteint de cancer représente un défi au corps médical, entre les différents bilans, hospitalisations, protocoles de chimiothérapie et l'amélioration du pronostic, le médecin et l'équipe traitante se voit focalisée beaucoup plus sur le côté médical stricte que sur les aspects psychologique et social de la maladie.

Notre travail a pour objectif de mettre la lumière, en prenant en compte le contexte marocain, sur les différents impacts psychosociaux de l'annonce d'un cancer chez l'enfant sur l'ensemble de sa famille, que ce soit sur les parents, la fratrie ou l'enfant atteint même.

I. Retentissement du diagnostic sur les parents :

1. Retentissement psychologique :

A l'annonce du diagnostic et tout au long de la prise en charge globale, les parents font face à une série de défis de taille. Ils doivent non seulement s'occuper des traitements en coordination avec le corps médical et communiquer efficacement avec eux, mais aussi s'adapter aux réponses émotionnelles de l'enfant et de la fratrie et gérer leurs propres émotions, s'adapter au changement de la routine familiale et s'occuper de l'aspect financier.

a. Première réaction émotionnelle :

Chez nos parents, la première réaction au diagnostic était majoritairement un choc émotionnel chez 80,5% rejoignant Berete et al. [19] qui ont rapporté le choc émotionnel chez 82% des parents. Dans une autre étude faite en Grèce, Patistea et al. [20] ont rapporté un choc émotionnel chez 90,1% des parents à l'annonce du diagnostic.

La deuxième réaction la plus fréquente dans notre étude était la peur chez 50% et la troisième était la tristesse chez 27,7%. Patistea et al. [20] ont observé la peur chez 47,9% des cas et la tristesse chez 57,7%.

Il est clair que la période de diagnostic est extrêmement difficile pour les parents qui, souvent désespérés, mettent en place des mécanismes de défense et de survie pour faire face à cette situation. Notre enquête a mis en évidence des réactions émotionnelles intenses, ce qui n'est pas inattendu, étant donné que le diagnostic est souvent imprévisible et bouleverse le quotidien et les attentes de toute la famille. La nouvelle réalité, qui implique de nombreux défis et une incertitude quant à l'avenir, peut être difficile à accepter pour les parents.

b. Le trouble de stress aigu et la dépression :

L'accroissement des responsabilités est susceptible de déclencher une anxiété ou même une dépression. La réponse psychologique des parents peut alors être un état de stress aigu, caractérisé par l'humeur négative, les symptômes d'intrusion et d'évitement, les symptômes dissociatifs et les symptômes d'activation.

Dans notre étude, 16,7 % des parents ont présenté 9 critères ou plus posant le diagnostic de l'état de stress aigu selon le DSM-5. Pöder et al. [21] ont rapporté un trouble de stress aigu selon les critères DSM-4 chez 14% des pères et chez 31% des mères, 3 mois après l'annonce du diagnostic. Dans la série de Patiño-Fernández [30], le trouble de stress aigu selon les critères DSM-4 a été rapporté chez 40% des pères et 51% des mères.

Parmi les parents de notre série ne répondant pas aux critères du trouble de stress aigu, huit ont présenté une altération significative du fonctionnement social ou professionnel évoquant un trouble de l'adaptation.

Selon les études de Pöder et al. [21] et Masa'deh et al. [22], la prévalence du trouble de stress aigu chez les parents d'enfant atteints de cancer est plus élevée que chez la population générale. Cependant, l'observation des symptômes est inversement proportionnelle au temps passé depuis l'annonce du diagnostic. De plus, il a été noté que les mères restent plus susceptibles de développer le trouble que les pères indépendamment du temps résolu. Les parents ayant un antécédent de traumatisme psychique sont aussi plus susceptibles de développer le trouble.

Sur les 36 parents de notre étude, 8 (22%) ont présenté 5 éléments ou plus décrivant un état de dépression majeure, ce qui est inférieur aux résultats de l'étude menée par Rahmani et al. [23] où la dépression a été observée chez 32% des parents. Une étude menée par Iqbal et Siddiqui [24] a rapporté un taux de

dépression de 56,7% chez les parents d'enfants atteints de leucémie lymphoblastique.

La prévalence dépression serait plus élevée chez les parents d'enfants atteints de cancer que dans la population générale. Les mères seraient davantage touchées par la dépression que les pères. [25]

Il peut être conclu que les parents d'enfants cancéreux sont à risque de présenter des troubles psychologiques. Un programme de dépistage pourrait cibler cette population afin de détecter et réduire les différents retentissements psychologique chez ces parents et aider à améliorer la prise en charge globale.

2. Retentissement social :

a. Impact sur la vie conjugale :

En fonction des changements de rôles parentaux requis par le traitement et des changements psychologiques, les parents peuvent également ressentir des changements dans leurs relations conjugales. Des études portant sur la satisfaction des relations conjugales au cours du traitement ont rapporté des résultats différents. Certains couples ne signalent aucun changement dans leurs relations conjugales, tandis que d'autres déclarent avoir des attitudes plus positives envers leur conjoint, que leurs relations se sont renforcées, qu'ils sont devenus plus cohésifs et que la confiance s'est améliorée. Des rapports indiquant que la relation des parents s'est affaiblie et que la satisfaction conjugale a diminué ont également été observés.

Dans notre série, la majorité des parents, soit 55,5% (n=20), rapportent une amélioration de leurs relations conjugales, tandis que 22,2% (n=8) des familles rapportent des problèmes conjugaux, dont 3 ont divorcé. 22,2% des conjoints ne

déclarent aucun changement. Dans la série de Yoav Lavee et Mali Mey-Dan [26], la majorité des conjoints, soit 60%, n'ont signalé aucun changement, une amélioration des rapports ont été observé chez 28,6% et une détérioration chez 11,4%.

b. *Impact sur la relation parent-enfant :* cf retentissement social chez l'enfant atteint

3.Retentissement professionnel et économique :

Les parents ayant un enfant atteint de cancer sont confrontés à des enjeux considérables, tels que les répercussions psycho-sociales de la maladie, mais aussi des défis professionnels et économiques majeurs. En effet, la prise en charge d'un enfant atteint de cancer nécessite des visites fréquentes à l'hôpital, des séjours hospitaliers prolongés, ainsi que des soins à domicile. Cette situation peut entraîner des absences au travail, une modification des horaires de travail ou encore une réduction de la disponibilité pour l'emploi, en plus de susciter de nouvelles dépenses imprévues qui peuvent se révéler considérables. Les coûts élevés des soins médicaux, des traitements et des médicaments sont susceptibles de créer des difficultés financières importantes pour les familles concernées, impactant de façon significative leur niveau de vie.

a. *Impact sur l'activité professionnelle :*

Dans notre échantillon de 36 familles, 30 pères et 11 mères étaient employés, dont 13,4% des pères actifs et 63,6% des mères actives ont dû arrêter ou perdre leur emploi après le diagnostic de cancer chez leur enfant. Parmi les parents en activité, 20% des pères et 18,2% des mères ont rencontré des difficultés professionnelles en

raison de la maladie de leur enfant. Cependant, 66,6% des pères et 18,2% des mères ont indiqué que la maladie n'avait eu aucun impact sur leur travail.

Notre étude va dans le même sens que la majorité des études menées pour évaluer l'impact d'un diagnostic de cancer chez l'enfant sur l'activité professionnelle des parents qui ont conclu à une forte prévalence de perturbations de l'emploi des parents, y compris la démission, la perte d'emploi, le chômage, les changements d'horaires de travail ou les congés prolongés, a été signalée[10]. Dans une étude suédoise Hoven et al. [27] ont observé une baisse du nombre de mères et de pères actifs 2 mois après le diagnostic de cancer, 83% des mères et 60% des pères avaient soit arrêté de travailler, soit réduit leurs heures de travail. L'étude canadienne de Limburg et al. [28] a également conclu à une baisse du nombre de mères actives de 64% et des pères actifs de 16%.

La majorité des études ont constaté des perturbations de travail plus profondes chez les mères que chez les pères [10, 27,28]. Ceci est valable pour notre étude aussi où l'absence de retentissement sur le travail intéresse 66,6% des pères contre seulement 18,2% des mères.

b. Impact sur le niveau de vie :

Lors de leur revue systématique, Roser et al. [10] ont constaté que la situation financière des parents a été affectée par le diagnostic de l'enfant dans toutes les études. L'ampleur de l'impact variait largement, de 18% des parents signalant un grand fardeau financier en Suède à 83% au Kenya. Les deux tiers des parents ont déclaré des dettes à cause de la maladie de leur enfant dans des études menées en Asie et en Afrique. Aux États-Unis également, une étude a montré que 15% des familles sont tombées en dessous du seuil de pauvreté en raison des pressions financières liées au cancer.

Dans notre étude, 28 ménages, soit 77,8% des familles, ont vu leur niveau de vie être impacté par la maladie de leur enfant, dont trois ont même qualifié leur situation financière comme étant "ruinée". En revanche, 8 ménages (22,2%) n'ont noté aucun changement sur leur bien-être économique.

En plus de la mutuelle, dont 91,6% des familles ont bénéficié, 38,8% des couples ont eu recours à des crédits pour faire face à l'augmentation de leurs dépenses. De plus, 13,8% ont reçu une aide financière de leur entourage, à savoir la famille et les amis. Enfin, trois ménages ont été obligés de vendre des biens pour subvenir à leurs besoins.

Les résultats de trois études de longue durée indiquent que les conséquences financières les plus importantes pour les parents sont observées environ six mois après le diagnostic. Aux États-Unis, une étude rapporte que ces conséquences persistent jusqu'à 2,6 ans après le diagnostic. Les facteurs les plus souvent associés à des effets négatifs sur la situation financière des parents sont la résidence en milieu rural ou à une grande distance de l'hôpital, une position socio-économique basse, ainsi que le fait d'être en famille monoparentale. [10]

4. Retentissement spirituel :

L'islam est la religion principale au Maroc, représentant environ 99% de la population et la spiritualité est profondément ancrée dans la vie quotidienne des Marocains. Les pratiques religieuses et les rituels font partie intégrante de la culture.

Tous nos parents sont de religion musulmane. La survenue du cancer chez leurs enfants a eu un impact sur leur spiritualité, 77,8% ont alors rapporté une intensification leur pratique religieuse, tandis que 11% ont fait appel à des pratiques spirituelles ou rituelles telles que le recours aux sanctuaires ou mausolées.

En raison de la nature potentiellement mortelle du cancer, le diagnostic de cette maladie accroît considérablement les besoins spirituels.

Plusieurs études menées en Occident révèlent que la religion atténue la détresse et le désespoir des malades et leur permet d'accepter la maladie comme étant le destin que Dieu leur a réservé [19]. Dans une étude Iranienne Ghasemi et al. [29] ont conclu que l'approche spirituelle, aide les parents à développer la capacité d'accepter la maladie de leur enfant et s'adapter aux situations difficiles engendrées par la maladie en plus de contribuer à renforcer leur espoir pour l'avenir.

II. Retentissement du diagnostic sur l'enfant atteint :

1. Retentissement psychologique :

Notre questionnaire était destiné aux parents des patients atteints de cancer, nos résultats reflètent principalement la manière dont les parents perçoivent les effets psychologiques du diagnostic sur leur enfant.

a. Première réaction à l'annonce du diagnostic

A l'annonce du diagnostic, les réactions des enfants majoritairement rapporté par les parents étaient la peur et la tristesse respectivement chez 47,2% et 44,5% des enfants. Le choc a été rapporté chez 27,8% des enfants et l'indifférence chez 5,5%. 22,2% (n=8) de nos patients était jugés à un stade de développement cognitif ne leur permettant pas la réalisation de la situation.

Dans une enquête réalisée au sein du service d'Hématologie et d'Oncologie pédiatrique de l'Hôpital d'Enfant de Rabat [15], la réponse à la question « comment tu l'as pris ? » était « avec indifférence » chez 11 patient, « angoisse et peur » chez 10, choc et dépression chez 3 et surpris chez 2.

b. Le trouble de stress aigu :

Dans notre série, seulement 2 enfants, âgés de 11 et 14 ans, ont présenté un total de 9 critères du trouble de stress aigu. D'après la mise au point effectuée par Taieb et al. [36], environ 5 à 20 % des enfants survivants d'un cancer présentent, lors de l'évaluation, des symptômes de stress post-traumatique de sévérité moyenne à sévère, ou qui correspondent aux critères diagnostiques actuels de l'ESPT.

Dans une revue plus récente de Steinmetz [13], il a été constaté qu'environ 10 à 25 % des enfants atteints de cancer souffrent du trouble de stress post-traumatique (ESPT). Cette étude a également révélé que les enfants de moins de sept ans présentent moins de symptômes de SSPT que les enfants plus âgés, ce qui peut

s'expliquer par leur manque de compréhension de la maladie et de ses conséquences. En outre, il est possible que les parents et les professionnels de santé aient tendance à surprotéger les enfants plus jeunes, ce qui peut rendre l'expérience du cancer moins traumatisante pour eux.

Il est important de noter que le temps écoulé depuis la fin du traitement ne diminue pas toujours la fréquence de symptômes de stress post-traumatique. Certains enfants peuvent continuer à présenter des symptômes même après une longue période depuis la fin du traitement. [36]

c. La dépression :

Deux raisons poussent à supposer que les enfants atteints de cancer peuvent être plus déprimés que les autres. Premièrement, la dépression a été signalée comme courante chez les enfants atteints de toute maladie chronique. Deuxièmement, la dépression est également une réponse courante au cancer chez les adultes.

Dans une méta-analyse menée par Bennett [31] portant sur 60 études sur des enfants et des jeunes atteints de problèmes médicaux chroniques, y compris le cancer, il a été suggéré que les enfants atteints de maladies physiques étaient légèrement plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs que les témoins, mais il y avait peu de preuves de dépression clinique. Les parents ont signalé que leur enfant était plus déprimé que les enfants eux-mêmes.

On s'attendait initialement à ce que l'incidence de la dépression soit plus élevée chez les enfants atteints de cancer que chez les pairs en bonne santé. Certains rapports l'ont suggéré [14 ; 32 ; 33]. D'autres rapports ont suggéré que les symptômes dépressifs ne sont pas plus courants chez les enfants atteints de cancer que chez les enfants en bonne santé [34 ; 35]

Dans notre série, 19,5% des enfants présentent 5 symptômes ou plus remplissant alors les critères d'un trouble dépressif majeur selon le DSM-5. Kashani et Hakami [32] ont rapporté une dépression chez 17% de leurs patients. Canning et al. [34] ont rapporté une moyenne du score CDI (Children's Depression Inventory) pour le groupe de cancer à 6,0 qui était inférieure à la moyenne du score CDI de 11,3 pour le groupe de comparaison.

2. Retentissement social :

a. Relation parent enfant :

La présence d'un cancer infantile au sein du cercle familial peut perturber les liens familiaux. L'affection chronique s'impose alors comme l'élément prépondérant au sein de la sphère familiale. Généralement, l'attitude des familles, face à l'apparition d'un cancer, se divise en deux catégories : soit elles accordent une attention prédominante à la maladie en plaçant l'enfant au cœur de leurs priorités et de leurs soucis, soit elles subissent les effets traumatiques de l'événement, au point que les parents peuvent se sentir démunis et mettre en péril la santé psychique de leur enfant.

Des dysfonctionnements psychologique survenir et affecter la relation entre les parents et leur enfant. En effet, cela peut conduire les parents à surprotéger leur enfant, ce qui empêche l'enfant de se développer de manière autonome et l'incite à rester dépendant de ses parents, ce qui peut entraver son avenir.

Le lien le plus affecté serait celui qui existe entre la mère et son enfant, en particulier le lien d'attachement. Ce résultat est compréhensible pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la mère joue souvent un rôle de soignante pendant la maladie de son enfant, en donnant des médicaments, en surveillant la posologie et en

prenant des décisions médicales pour lui. De plus, elle sera souvent plus présente que le père, tant dans la vie quotidienne que dans les soins prodigués à l'enfant. Pendant ce temps, le père continue souvent à travailler pour subvenir aux besoins de la famille. [13]

En effet, sur notre série, 66,7% des parents rapportent une surprotection de leurs enfants malades, et 63,9% rapportent un acharnement afin de fournir un soutien moral à leurs enfants. Inversement, 2 des mères divorcées après le diagnostic du cancer rapportent un abandon de leur enfant par le père.

b. Relation de enfant avec l'entourage : fratrie / amis

Lorsqu'un enfant est atteint du cancer, cela suggère que ses relations amicales avec ses pairs peuvent être modifiées. Une diminution de la sensation de contrôle sur sa vie, un sentiment d'incompétence et une peur persistante de la mort peuvent apparaître. Ces obstacles sociaux peuvent affecter la communication et l'interaction de l'enfant avec les autres, l'amenant à s'isoler et à se replier sur lui-même. Cette situation peut rendre l'enfant mal à l'aise lorsqu'il se retrouve en présence d'autres personnes. [13]

Un autre changement des relations sociales peut être observé en ce qui concerne ses relations avec ses camarades et ses pairs d'âge. Le diagnostic d'un cancer chez l'enfant entraîne un changement brusque dans son environnement social. Souvent, l'hôpital devient le lieu de résidence de l'enfant pendant une période de temps donnée. Il sera alors pris en charge par l'équipe médicale et les parents qui animeront son quotidien, il sera par contre éloigné de ses amis et camarades ce qui peut créer des problèmes sociaux avec les autres enfants, et provoquer un retirement social. [13]

Les résultats de notre étude semblent contredire l'hypothèse d'une incompétence sociale chez les enfants atteints de cancer. En effet, 13 parents (soit 36,1 %) ont rapporté que leurs enfants avaient réussi à se faire de nouveaux amis et 13 autres parents ont remarqué que leurs enfants avaient acquis une certaine forme de dépendance. Seuls 8 parents (soit 22,2 %) ont constaté un isolement de leur enfant. Dans une étude menée par Hessissen et al. à Rabat [15], 62 % des patients ont déclaré avoir lié des amitiés à l'hôpital. De même, les résultats de l'étude de Noll et al. [37] ne confirment pas l'hypothèse selon laquelle les enfants atteints de cancer présentent des difficultés en matière de fonctionnement social ou de bien-être émotionnel. Au contraire, les données indiquent que ces enfants ont des capacités sociales supérieures et des niveaux émotionnels similaires à ceux des témoins.

3. Retentissement scolaire :

Parmi les 25 enfants de notre série qui sont en âge scolaire, 68% ont arrêté leurs études. En outre, il y a eu une baisse du niveau scolaire chez 24% des enfants, tandis qu'une amélioration de niveau a été constatée chez 8% des enfants.

Les enfants atteints de cancer sont susceptibles de rencontrer des difficultés scolaires pour différentes raisons. Les absences prolongées pour les traitements et les hospitalisations, les effets secondaires du traitement, les changements dans la vie sociale peuvent entraîner un retard dans les cours, ainsi qu'une perte de contact avec les enseignants et les camarades de classe. Plusieurs études rapportent un taux d'absentéisme scolaire plus important chez ces enfants par rapport aux enfants en bonne santé et même par rapport aux enfants atteints d'autres maladies chroniques. [15 ; 16 ; 37 ; 38]

D'autres facteurs peuvent causer une baisse du niveau scolaire le manque de formation des professeurs pour s'occuper des enfants atteints de cancer et l'environnement inadéquat à l'école. De plus, il a été rapporté que les enfants malades sont trois fois plus susceptibles d'être victimes d'intimidation. [16 ; 38]

CONCLUSION

Le cancer de l'enfant est une pathologie grave qui a des répercussions significatives sur la vie des parents et de l'enfant atteint. Les impacts psychosociaux et financiers associés à cette maladie sont nombreux et peuvent être particulièrement lourds à supporter.

Les parents doivent faire face à un niveau de stress élevé, à une charge émotionnelle importante et à une organisation quotidienne complexe. Les conséquences financières peuvent également être très importantes, avec des coûts médicaux élevés, des arrêts de travail prolongés, et des pertes de revenus.

L'enfant, atteint de maladie, subit des changements importants à la fois sur le plan physique et psychosocial, qui peuvent avoir des conséquences sur sa vie sociale, son développement, son apprentissage et sa vie professionnelle future

Nous avons mené une étude pour évaluer les effets psychosociaux du diagnostic du cancer pédiatrique sur les parents et l'enfant atteint. Les résultats ont montré que l'annonce du cancer avait un impact profond sur la santé psychologique et sociale de toute la famille, en particulier sur les parents et l'enfant malade, et que cela pouvait affecter la prise en charge globale de la maladie, le devenir de l'enfant et la qualité de vie en général.

Les résultats de ce travail pourraient suggérer les recommandations suivantes :

- Offrir un accès facile et rapide à des services de soutien psychologique pour prévenir et limiter les impacts du cancer pédiatrique sur les familles.
- Fournir un accompagnement social et financier efficace aux parents pour les aider à faire face aux différents changements imprévus.
- Assurer une prise en charge psychologique, sociale et scolaire pour les enfants atteints de cancer afin de leur offrir une meilleure chance d'insertion socioprofessionnelle à l'avenir.

- Mener d'autres études sur le même sujet à l'échelle nationale pour permettre une meilleure évaluation et mieux adapter les programmes de soutien en conséquence.

En somme, le cancer de l'enfant est une maladie complexe qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire et holistique pour aider les familles touchées à surmonter les répercussions psychosociales et financières de la maladie.

RESUMES

RESUME :

Introduction :

L'annonce diagnostic d'un cancer chez un enfant constitue un moment bouleversant de la vie des parents tant sur le plan psychologique que sur le plan socio-économique pouvant retentir sur la qualité de vie et sur la prise en charge ultérieure.

Objectif :

Décrire les différents impacts psychosociaux du diagnostic d'un cancer de l'enfant chez les parents et l'enfant malade.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive sous forme d'une enquête destinée aux parents d'enfant diagnostiqué de cancer rencontrés en Janvier et Février 2023 au service d'oncologie pédiatrique du CHU Hassan II de Fès.

Un questionnaire en langue arabe a été rempli par les parents d'enfants atteints de cancer lors de leur présence au service d'oncologie pédiatrique, en hospitalier ou à l'hôpital du jour.

Résultats :

Un ensemble de 36 parents ont rempli le questionnaire, pour 36 enfant atteints dont 16 filles et 20 garçons. Le diagnostic le plus rencontré dans notre étude était la leucémie aiguë lymphoblastique chez 20 enfants.

La première réaction, chez les parents, après l'annonce du diagnostic de leurs enfants était le choc chez 80,5% des parents, la peur chez 50% et la tristesse chez 27,7%. 16,7% de nos parents présentent un trouble de stress aigu et 22,2% présentent un état dépressif. Concernant la vie conjugale, 55,5% rapportent une amélioration de la relation parentale tandis que 22,2% ont rapportés des problèmes

conjugaux. Une diminution du niveau de vie a été observée chez 69,4% des ménages. 7 mères et 4 pères ont arrêté leur activité professionnelle après le diagnostic, alors que 8 parents rapportent des difficultés au travail.

La première réaction chez les enfants après l'annonce du diagnostic était la peur chez 17 et la tristesse chez 16. Sur le plan psychologique 19,5% des patients présentent un état dépressif et 5,5% (n=2) un trouble de stress aigu. 25 de nos enfants étaient en âge scolaire, après le diagnostic, 68% des enfants scolarisés ont arrêté leurs études et 24% ont présenté un fléchissement de leur niveau scolaire. Bien qu'éloignés de leur environnement social scolaire, 36,1% de nos enfants ont créé de nouvelles relations d'amitié.

Conclusion :

Le diagnostic de cancer chez l'enfant est un moment difficile chez la famille et est source de plusieurs changements sur la vie psychosociale. Il est donc fondamental d'établir un dispositif de soutien psychosocial pour atténuer la souffrance des familles et améliorer la prise en charge de cette affection.

ABSTRACT:

Introduction:

The diagnosis announcement of cancer in a child is a heartbreaking moment in the life of parents, both on a psychological and socio-economic level, which can have an impact on the quality of life and subsequent care.

Objective:

Describe the different psychosocial impacts of childhood cancer diagnosis on parents and the affected child.

Materials and methods:

This is a descriptive cross-sectional study in the form of a survey conducted on parents of children diagnosed with cancer encountered in January and February 2023 at the pediatric oncology department of Hassan II University Hospital in Fes.

A questionnaire, in Arabic language, was completed by parents of children diagnosed with cancer during their attendance at the pediatric oncology unit, whether as inpatients or during day hospital visits.

Results:

A total of 36 parents completed the questionnaire, for 36 affected children, of whom 16 were girls and 20 were boys. The most common diagnosis in our study was acute lymphoblastic leukemia in 20 children.

After receiving the diagnosis of their children, the first reaction among parents was shock in 80.5% of cases, fear in 50%, and sadness in 27.7%. Among our study population, 16.7% of parents presented acute stress disorder and 22.2% experienced depressive symptoms. With regard to marital life, 55.5% reported an improvement in their relationship, while 22.2% reported marital problems. A decrease in the standard of living was observed in 69.4% of households. Seven mothers and four

fathers stopped working after the diagnosis, while eight parents reported difficulties at work.

The initial reaction in children following the diagnosis was fear in 17 cases and sadness in 16 cases. Psychologically, 19.5% of patients presented with depressive symptoms, and 5.5% (n=2) developed acute stress disorder. Of the 25 school-age children in our study, 68% discontinued their studies after the diagnosis, and 24% experienced a decline in their academic performance. Despite being removed from their social and academic environment, 36.1% of our children formed new friendships.

Conclusion:

The diagnosis of cancer in children is a challenging time for families and leads to significant changes in their psychosocial life. Therefore, it is essential to establish a psychosocial support system to alleviate the suffering of families and improve the management of this condition.

ملخص

المقدمة :

إعلان تشخيص السرطان لدى الطفل يشكل لحظة صادمة في حياة الآباء والأمهات على الصعيد النفسي والاجتماعي والاقتصادي، مما يمكن أن يؤثر على جودة الحياة والرعاية اللاحقة.

الهدف :

وصف الآثار النفسية والاجتماعية المختلفة لتشخيص سرطان الطفل على الآباء والأمهات والطفل المصاب.

أدوات الدراسة و الأساليب :

دراسة مقطعية تستهدف الوصف، على شكل استطلاع موجه إلى آباء وأمهات الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم بالسرطان والذين استقبلوا العلاج في قسم الأورام السرطانية الخاص بالأطفال بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس خلال يناير وفبراير 2023.

تم تعبئة استمارة استبيان باللغة العربية من قبل آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، أثناء تواجدهم في قسم الأورام السرطانية الخاص بالأطفال، سواء في المستشفى أو من خلال مستشفى النهار.

النتائج :

قام إجمالي 36 من الآباء والأمهات بملء الاستبيان لـ 36 طفلاً مصاباً بالمرض، بينهم 16 فتاة و 20 صبياً. التشخيص الأكثر شيوعاً في دراستنا هو سرطان الدم الليمفاوي الحاد لدى 20 طفلاً.

كانت ردة الفعل الأولى لدى الآباء بعد الإعلان عن تشخيص أطفالهم الصدمة لدى 80.5% من الآباء، والخوف لدى 50% والحزن لدى 27.7%. يعاني 16.7% من الآباء من اضطراب الإجهاد الحاد و يعاني 22.2% من حالة اكتئاب. أما بالنسبة للحياة الزوجية، فأفاد 55.5% بتحسّن العلاقة الأسرية في حين أفاد 22.2% بوجود مشاكل زوجية. وقد لوحظ انخفاض في مستوى المعيشة لدى 69.4% من الأسر. توقف 7 أمهات و 4 آباء عن ممارسة أعمالهم بعد التشخيص، في حين أن 8 من الآباء أفادوا بصعوبات في العمل.

كانت ردة الفعل الأولى لدى الأطفال بعد إعلان التشخيص هي الخوف لدى 17 طفلاً والحزن لدى 16 طفلاً. من الناحية النفسية، يعاني 19.5% من المرضى من حالة اكتئاب و يعاني 5,5% (n=2) من اضطراب الإجهاد الحاد. 25 من الأطفال كانوا في سن الدراسة، وبعد التشخيص، توقف 68% من الأطفال الذين كانوا يدرسون عن متابعة دراستهم وأظهر 24% منهم تراجعاً في المستوى الدراسي. على الرغم من انعزالهم عن بيئتهم الاجتماعية المدرسية، قام 36.1% من الأطفال بتكوين علاقات صداقة جديدة.

الاستنتاج :

تشخيص سرطان الطفل يمثل لحظة صعبة للعائلة ويتسبب في العديد من التغييرات على الحياة النفسية والاجتماعية. لذلك، من الأساسي إنشاء جهاز دعم نفسي واجتماعي لتخفيف معاناة العائلات وتحسين رعاية المرضى .

BIBLIOGRAPHIE:

1. Harif, M. (2012). Le cancer chez l'enfant, aspects pratiques. Juillet, 4, 39–41.
2. Jankowski, M., Dresse, M. F., FORGET, P., Piette, C., Florkin, B., & Hoyoux, C. (2019). Epidémiologie des cancers de l'enfant, une étude monocentrique (1985–2016). *Revue Médicale de Liège*, 74(3).
3. Therrien, R., Delisle, J. F., Ferland, G., Larocque, D., McMahon, J., Pedneault, L., ... & Viau, A. (2013). Le cancer chez l'enfant. *Pharmactuel*, 46(3).
4. Plan national de prévention et de contrôle du cancer – Volume 2
5. Registre Hospitalier des Cancers du Centre Hospitalier Universitaire – Hassan II de Fès 2017
6. Bouthier, M., Colmon–Demol, A., & Joron–Lezmi, É. (2017). Cancer de l'enfant: effets traumatiques sur la fonction parentale 1?. *Enfances*, 74(1), 74–82.
7. Mormont, C. (1992). L'impact psychologique du cancer sur l'entourage: une revue. In *Annales médico-psychologiques* (Vol. 150). Elsevier Masson, France.
8. da Silva, F. M., Jacob, E., & Nascimento, L. C. (2010). Impact of childhood cancer on parents' relationships: an integrative review. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 42(3), 250–261.
9. Dockerty, J. D., Skegg, D. C., & Williams, S. M. (2003). Economic effects of childhood cancer on families. *Journal of paediatrics and child health*, 39(4), 254–258.
10. Roser, K., Erdmann, F., Michel, G., Winther, J. F., & Mader, L. (2019). The impact of childhood cancer on parents' socio-economic situation–A systematic review. *Psycho-oncology*, 28(6), 1207–1226.
11. Vinay, A. (2012). 31. La compréhension de la maladie pour l'enfant. Dans : Antoine Bioy éd., *L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin: En 58 notions* (pp. 193–200). Paris: Dunod.

12. Sharp KMH, Lindwall JJ, Willard VW, Long AM, Martin–Elbahesh KM, Phipps S. Cancer as a stressful life event: Perceptions of children with cancer and their peers. *Cancer*. 2017 Sep 1;123(17):3385–3393.
13. Steinmetz, T., & Tarquinio, C. (2018). Stress post-traumatique et liens d'attachement chez l'enfant atteint du cancer: revue de littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(2), 235–250.
14. Cavuşoğlu H. (2001). Depression in children with cancer. *Journal of pediatric nursing*, 16(5), 380–385.
15. Hessissen, L., Kili, A., El Kababri, M., Nachef, M. N., El Khorassani, M., & Khattab, M. (2009). Impact psychologique et social chez des adolescents traités pour cancer pendant l'enfance. Expérience Marocaine. *Psycho-oncologie*, 1(3), 24–31.
16. Lähteenmäki, P. M., Huostila, J., Hinkka, S., & Salmi, T. (2002). Childhood cancer patients at school. *European journal of cancer*, 38(9), 1227–1240.
17. Tilmans–Ostyn, E., & Meynckens–Fourez, M. (Eds.). (1999). Les ressources de la fratrie. Erès.
18. Mathé, J., Pagnat, M., & Flahault, C. (2015). La fratrie face au cancer pédiatrique: état des lieux des connaissances de l'impact du cancer pédiatrique au regard du fonctionnement familial. *Psycho-Oncologie*, 9, 185–189.
19. Berete, C. R., Yao, J. J. A., Kouakou, K. S., Couitchère, L., Ouattara, O., & Fanny, A. (2017). Vécu psychologique des parents d'enfants atteints de rétinoblastome à Abidjan et impact sur la prise en charge. *Revue d'Oncologie Hématologie Pédiatrique*, 5(3–4), 124–129.

20. Patistea, E., Makrodimitri, P., & Panteli, V. (2000). Greek parents' reactions, difficulties and resources in childhood leukaemia at the time of diagnosis. *European journal of cancer care*, 9(2), 86–96.
21. Pöder, U., Ljungman, G., & von Essen, L. (2008). Posttraumatic stress disorder among parents of children on cancer treatment: a longitudinal study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(5), 430–437.
22. Masa'deh, R., & Jarrah, S. (2017). Post traumatic stress disorder in parents of children with cancer in Jordan. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), 8–12.
23. Rahmani A, Azadi A, Pakpour V, Faghani S, Afsari EA. Anxiety and Depression: A Cross-sectional Survey among Parents of Children with Cancer. *Indian J Palliat Care*. 2018 Jan–Mar;24(1):82–85. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_141_17. PMID: 29440813; PMCID: PMC5801636.
24. Iqbal, A., & Siddiqui, K. S. (2002). Depression among parents of children with acute lymphoblastic leukemia. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC*, 14(2), 6–9.
25. Kostak, M. A., & Avci, G. (2013). Hopelessness and depression levels of parents of children with cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 14(11), 6833–6838.
26. Lavee, Y., & Mey-Dan, M. (2003). Patterns of change in marital relationships among parents of children with cancer. *Health & social work*, 28(4), 255–263.
27. Hovén, E., von Essen, L., & Norberg, A. L. (2013). A longitudinal assessment of work situation, sick leave, and household income of mothers and fathers of children with cancer in Sweden. *Acta oncologica*, 52(6), 1076–1085.

28. Limburg, H., Shaw, A. K., & McBride, M. L. (2008). Impact of childhood cancer on parental employment and sources of income: a Canadian pilot study. *Pediatric blood & cancer*, 51(1), 93–98.
29. Ghasemi, S. S., Bagheri-Saveh, M. I., Shali, M., Zakariaee, S., & Zakaryae, N. S. (2022). Explaining the Process of Spiritual Adjustment in Parents of a Child with Cancer: A Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 11(4), 232–238.
30. Patiño-Fernández, A. M., Pai, A. L., Alderfer, M., Hwang, W. T., Reilly, A., & Kazak, A. E. (2008). Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer. *Pediatric blood & cancer*, 50(2), 289–292.
31. Bennett, D. S. (1994). Depression among children with chronic medical problems: a meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*, 19(2), 149–169.
32. Kashani, J., & Hakami, N. (1982). Depression in children and adolescents with malignancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 27(6), 474–477.
33. Sanger, M. S., Copeland, D. R., & Davidson, E. R. (1991). Psychosocial adjustment among pediatric cancer patients: a multidimensional assessment. *Journal of pediatric psychology*, 16(4), 463–474.
34. Canning, E. H., Canning, R. D., & Boyce, W. T. (1992). Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1120–1124.
35. Greenberg, H. S., Kazak, A. E., & Meadows, A. T. (1989). Psychologic functioning in 8- to 16-year-old cancer survivors and their parents. *The Journal of pediatrics*, 114(3), 488–493.
36. Taïeb, O., Moro, M. R., Baubet, T., Revah-Lévy, A., & Flament, M. F. (2003). Posttraumatic stress symptoms after childhood cancer. *European child & adolescent psychiatry*, 12(6), 255–264.

37. Noll, R. B., Gartstein, M. A., Vannatta, K., Correll, J., Bukowski, W. M., & Davies, W. H. (1999). Social, emotional, and behavioral functioning of children with cancer. *Pediatrics*, 103(1), 71–78.
38. Donnan, B. M., Webster, T., Wakefield, C. E., Dalla-Pozza, L., Alvaro, F., Lavoipierre, J., & Marshall, G. M. (2015). What about school? Educational challenges for children and adolescents with cancer. *The Educational and Developmental Psychologist*, 32(1), 23–40.

ANNEXES

Le questionnaire :

الأثار النفسية و الاجتماعية والاقتصادية لتشخيص طفل مصاب بورم

معلومات عامة

الاسم : IP.....

العمر: الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى

الوالدان

■ الأم : العمر : المهنة :

■ الأب : العمر : المهنة :

الاشقاء : عدد الاخوة : ترتيب الطفل المريض بين الأخوة :

السكن: ☐ قروي ☐ حضري

المستوى الاجتماعي والاقتصادي: ☐ مرتفع ☐ متوسط ☐ منخفض

معطيات حول الورم/المرض

التشخيص (diagnostic) :

مرحلة المرض (stade) :

العلاج :

■ بداية العلاج ☐ منتصف ☐ نهاية العلاج ☐

■ علاج كيميائي (Chimiothérapie) : ☐ نعم ☐ لا

■ علاج الإشعاعي (Radiothérapie) : ☐ نعم ☐ لا

■ جراحة : ☐ نعم ☐ لا

الاستجابة للعلاج : ☐ جيدة ☐ لا يستجيب

المآل المرتقب للمرض : (☐ pronostic جيد ☐ متوسط ☐ سيء

التأثير على الآباء

1. فكرة الوالدين عن احتمال إصابة الأطفال بالسرطان قبل تشخيصه عند الطفل المصاب :

□ الاطفال لا يصابون بالسرطان □ نادر جدا □ ممكن

2. ردود الفعل عند إعلان التشخيص:

- عند الآباء: □ صدمة □ تقبل □ رفض □ حزن □ خوف □ شعور بالذنب □ ردود فعل أخرى:
- من المحيط (الاقارب/الصدقاء/الجيران): □ اللامبالاة □ تعاطف □ شفقة □ سخرية □ تشفي □

3. الأثر النفسي على الآباء والأمهات

- اعراض اضطراب ما بعد الصدمة أو الكرب الحادّ (trouble de stress aigu) :
- ذكريات متكررة للحدث / الشعور بإعادة الصدمة / بذل مجهود لتجنب الذكريات / تجنب أي شيء يذكر بالحدث
- عدم القدرة على تجربة مشاعر إيجابية □ اضطراب النوم □ الانفعال / نوبات الغضب

□ صعوبات في التركيز

- اعراض أخرى : □ بكاء متواصل □ شعور بالوحدة □ نقص الشهية □ إهمال العناية بالذات □ التفكير في الموت □ الممارسة الانتحارية

4. الأثر على علاقة الآباء بالإبن المصاب :

□ حماية مفرطة □ دعم □ عنف □ تخلي / هجران

5. الأثر على الحياة اليومية / الاجتماعية

- السلوكيات : □ عزلة اجتماعية □ عنف □ تعاطي التدخين / كحول □ برود / لا مبالاة
- الأثر على العلاقات: □ قطع علاقات □ نسج علاقات جديدة
- على الأسرة: □ لا تأثير □ تلاحم عائلي □ مشاكل عائلية □ طلاق □ تأثيرات أخرى :

.....

- الأثر على الأشقاء : □ قلق □ خوف □ حزن □ شعور بالهجران
- زيادة الاعتماد على النفس □ اعراض جسدية / كثرة مرض
- تراجع المستوى الدراسي

- العلاقة بين الأشقاء والطفل المصاب : □ تكافل □ غير □ تقليد أعراض الطفل المصاب

6. الأثر المالي:

■ الأثر على عمل الوالدين:

< الأم: ☐ التوقف عن العمل ☐ البحث عن عمل ☐ مشاكل بالعمل

☐ لا تأثير

< الأب: ☐ التوقف عن العمل ☐ البحث عن عمل ☐ مشاكل بالعمل

☐ لا تأثير

■ التأثير على مستوى المعيشة : ☐ تراجع مستوى المعيشة ☐ افلاس ☐ لا تأثير

■ نوعية المساعدات المالية : ☐ التغطية الصحية ☐ مساعدات من الأصدقاء أو العائلة

☐ جمعيات خيرية ☐ مساعدات أخرى :

■ الوسائل المالية الأخرى : ☐ بيع أغراض ☐ سلف ☐ وسائل أخرى:

7. الأثر الروحي / الديني:

■ الأثر الديني: ☐ تكثيف الممارسة الدينية ☐ فقدان الإيمان

■ ممارسات أخرى : ☐ الزوايا ☐ الصالحين ☐ ممارسات أخرى:

8. اللجوء للطب الشعبي / التقليدي: ☐ نعم ☐ لا

9. طبيعة الدعم الذي تم الحصول عليه :

■ دعم نفسي أو معنوي : ☐ من الطاقم الطبي ☐ من أسر أخرى معنية بسرطان الطفل ☐ من المحيط

☐ من اشخاص آخرين : ☐ غياب الدعم النفسي

■ دعم مادي : ☐ غياب الدعم المادي ☐ التغطية الصحية ☐ دعم من الأصدقاء أو الأقارب

☐ جمعيات خيرية ☐ دعم آخر :

التأثير على الأطفال

1. رد الفعل على إعلان التشخيص:

☐ الصدمة ☐ الخوف ☐ الحزن ☐ اللامبالاة ☐ عدم الإدراك

2. الأثر النفسي:

- اعراض اضطراب ما بعد الصدمة أو الكرب الحاد (trouble de stress aigu) :
 - ☐ ذكريات متكررة للحدث / الشعور بإعادة الصدمة / بذل مجهود لتجنب الذكريات / تجنب أي شيء يذكر بالحدث
 - ☐ عدم القدرة على تجربة مشاعر إيجابية ☐ اضطراب النوم ☐ الانفعال / نوبات الغضب
 - ☐ صعوبات في التركيز
- اعراض الاكتئاب :
 - ☐ حزن شديد ☐ عزلة ☐ تعب متواصل ☐ نقص الشهية
 - ☐ الشعور بالنقص أو انعدام القيمة ☐ تراجع الثقة بالنفس ☐ فقدان الأمل
 - ☐ التفكير في الموت ☐ الممارسة الانتحارية

3. الأثر على الحياة اليومية / الاجتماعية:

- ☐ الانسحاب / العزلة الاجتماعية ☐ بناء علاقات جديدة مع العائلة أو الأصدقاء
- ☐ زيادة الاعتماد عن النفس ☐ تعاطي التدخين / كحول / المخدرات
- ☐ تأثيرات أخرى :

4. التأثير على التعليم:

- ☐ وقف الدراسة ☐ تراجع المستوى الدراسي ☐ تحسن المستوى الدراسي
- ☐ تأثيرات أخرى :