

ANNEE 2016

N°

**EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE A LONG TERME
DU CANCER DU SEIN CHEZ LES PERSONNES AGEES
A propos de 30 patientes suivies
au CH de Montceau-Les-Mines**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 04 novembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Samuel MESSOUAK

Né le 07/11/1986

à AMBILLY (74)

Année Universitaire 2016-2017
au 1^{er} Septembre 2016

Doyen :
1^{er} Assesseur :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Yves ARTUR
Mme Laurence DUVILLARD
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

		Discipline
M.	Marc	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	Neurologie
M.	Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	Médecine interne
Mme	Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	Pneumologie
M.	Alain	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	Immunologie
M.	Olivier	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	ORL
M.	Alain	Ophthalmologie
M.	Laurent	Physiologie
M.	François	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	Génétique
M.	Jean-Marie	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	Réanimation
M.	Pascal	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	Anatomie
M.	Alexandre	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	Urologie
M.	Yves	Cardiologie
M.	Charles	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	Ophthalmologie
M.	Frédéric	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	Génétique médicale
Mme	Patricia	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	Cancérologie
M.	François	Cancérologie
M.	Claude	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	Pédiatrie
M.	Pierre	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	MANGOLA	Urgences (du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	----------------	--

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/12/2016)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOJA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY

Membres :

Monsieur le Professeur Pierre FUMOLEAU

Monsieur le Professeur Gilles CREHANGE

Monsieur le Docteur François GUINET

REMERCIEMENTS

**A notre Maître et Président du jury,
Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY**

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse, veuillez accepter pour cela nos plus sincères remerciements.

Nous vous adressons toute notre reconnaissance pour votre bienveillance et les conseils avisés que vous nous avez accordés lors de l'accomplissement de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

**A notre Maître et membre du jury,
Monsieur le Professeur Pierre FUMOLEAU**

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements les plus sincères.

Je n'ai pas eu le plaisir de travailler avec vous, mais vous faites référence dans le domaine de l'oncologie.

En espérant par la suite avoir la chance de pouvoir échanger et profiter de votre expérience.

**A notre Maître et membre du jury,
Monsieur le Professeur Gilles CREHANGE**

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Même si je n'ai pas eu l'occasion de travailler à vos côtés, votre expérience et vos qualités humaines sont reconnues dans le domaine de l'oncologie.

Je vous remercie respectueusement d'avoir accepté de siéger à ce jury.

**A notre Maître et Directeur de thèse,
Monsieur le Docteur François GUINET**

Reçois ces lignes comme remerciements pour me faire l'honneur de juger ce travail.

Tu m'as beaucoup soutenu et aidé dans son achèvement.

Merci également pour la confiance que tu m'accordes depuis plus d'un an maintenant.

Puisses-tu trouver ici les marques de toute ma reconnaissance et de mon estime la plus sincère.

A MA FAMILLE

Mes parents, qui m'ont soutenus et épaulés pour ainsi dire toute ma vie, parfois habilement, parfois maladroitement mais toujours avec bienveillance et sans qui je n'en serais jamais arrivé là où j'en suis aujourd'hui. Je vous aime, et ne vous faites plus de souci pour moi, je gère!

Ma grande sœur Nadia, qui je l'espère trouveras dans ces quelques lignes la marque de l'amour que je lui porte... mais bon faut avouer que des fois t'es pas facile! A Tom, un beau-frère au top, tout simplement. À Aïdan et Gaïa, mes adorables petits neveux.

Ma petite sœur Leïla, je suis extrêmement fier de toi, c'est un accomplissement pour toi que tes projets professionnels se concrétisent. Et ne t'en fais pas pour le reste, un petit caillou jeté dans le fleuve de ta vie peut créer quelques remous à la surface, mais ne changera en rien le sens du courant (1/4 d'heure philosophie rien que pour toi!).

Mehdi, alias mon Serge (t'y es un gagnant!), le "Pascal le grand frère" transméditerranéen, pour tous ces moments qu'on a partagé depuis l'enfance, pour ton amitié, et en hommage à ton vélo qui nous a quitté beaucoup trop tôt. A Sarah, pour avoir apprivoisé la bête et à Maurice, le 1er d'une portée que j'espère prolifique!

Kamal le globe-trotter, pour ta joie de vivre et tes gamelles en ski, cette année on remet ça!

Sarah, à qui j'ai quand même très envie d'apprendre à faire du vélo! Je te souhaite beaucoup de bonheur avec ce bon Valentin, un mec or!

Aux autres apaches: Yoyo, Mimi, Selma, Dounia, Samy, Karim, Batoul, Hamza, Simo, Mamoun, Youness, Ali, Brahim, Amina, Ilyes, Adam...

Aux tontons et tatas: Tami, Fifi, Momo, Kari, Amal, Said, Ilham, Jiji, Jamal, Jeff, Charaf, Ali, Tania, Hassan, Ali, Houda, Najiba, Hasna... je sais je ne descends pas souvent, mais que voulez-vous il faut savoir se faire désirer!

A Mami et Mema, mes 2 grands-mères de choc. A Ayad pour ta culture et ton sens du bricolage.

A Basidi, pour ta bienveillance, tes métaphores, tes proverbes, tes dictons, ta philosophie, ton humour qui me manquent terriblement.

A MES RENCONTRES PROFESSIONNELLES

Au service du SSR : Juju, Poupou, Jojo, Cricri, Amélie, Nina, Isabelle, les Nat', Zineb, Zara, Yolanda... merci de m'avoir accompagné tout au long de ce 1^{er} semestre haut en couleur.

Au SRAU de Dijon : Céline, Alice, Priscilla, Claire, Camille, Emilie, Charly, Raph, Florent, Christophe, Etienne... Vous m'avez offert un semestre assez fou dans un service pourtant pas facile de prime abord, semestre dont le point d'orgue a probablement été la confection par vos bons soins de cette invention qu'on devrait trouver dans toutes les bonnes pharmacies : le kit de survie du Sam !

Au service d'Onco bien sûr : Mag (mon petit Falcor local, pour tous nos petits délires qui agrémentent mon quotidien. J'attire cependant ton attention sur le fait que tu as bientôt 22 ans, il serait temps de grandir un petit peu...), Cap (ne t'inquiète pas pour tes orteils, ça finira bien par repousser), Steph' alias la grande faucheuse (la consult addicto est à 2 pas, on ira faire un tour un de ces 4 !), Aylin (en hommage à ton chat qui malheureusement paye pour ses quelques années de frivolité), Marie pour tes frisottis, Sabine (qu'on a presque envie d'appeler « inspecteur gadget » avec tous ces infuseurs/tupperware/ustensiles de cuisine d'un nouveaux genre qu'elle nous ramène), Marielle, La Cath', Marie-Laure, Marie-Hélène, Didine pour (entre autre) ton fameux porte-folio mystère qu'on attend toujours de découvrir avec impatience, Sylvie & Sylvie, Sandra (tu savais que Megan Fox a les mêmes pouces que toi !?!), Emilie, Christina (pour ton amour de la pyrotechnie), Fabienne, Christelle, Maud, Flo... liste non exhaustive !!!

A l'hôpital de jour : Angel, Marianne, Ines, Sandrine, Blandine, Nadine, Michel, Brigitte, Murielle... c'est toujours un plaisir de monter vous voir ! D'ailleurs c'est bien pour ça que je me refuse d'apprendre à prendre les rendez-vous des patients moi-même !

Aux diététiciennes, Catherine et Evelyne : charme, classe et élégance au service de la pomme de terre.

Aux kinés : Aurélie (qui au fil des mois ressemble de plus en plus à une planète, je regrette ton absence ce soir mais je sais que c'est pour la bonne cause) et Nico (pour ton amour des calembours et des contrepèteries ; je ne te l'ai jamais dit mais ce petit fauteuil électrique que tu planque dans la salle des kinés a servi à établir de nouveaux records de vitesse dans les sous-sols de l'hôpital).

Aux secrétaires : Evelyne, Mimi, Isabelle, Huguette, Laetitia, Endy... J'en oublie une non !?! Marie-Christine bien sûr, mon scribe attiré, pour tout ce travail que tu accomplis au quotidien et pour toute l'aide que tu m'apportes.

A Céline pour ta relecture et tes petits buffets organisés dans le service (d'ailleurs ça commence à faire quelque temps qu'on a pas remis ça...)

Aux sages-femmes : Emilie, Annick et Hélène pour votre accueil, votre bonne humeur communicative

Aux ergothérapeutes : j'en connais qu'une, Angélique. Merci pour ta bonne humeur, pour tout le cœur que tu mets à ton travail, mais ne mets plus d'insectes dans les salades s'il te plaît, ça donne un petit côté Koh-lanta au repas, c'est pas terrible...

Aux cadres : A Serge, pour ta surdité rapidement évolutive... Je crois que tu es dans le déni ! Au Dr Gandre, pour ta réserve de stylo intarissable (t'as vu je n'ai même pas parlé de ton bilan sanguin...).

A François, Christian et Patricia, les 2 papas et la maman: merci de m'avoir mis le pied à l'étrier, pour tout ce que vous m'apportez au quotidien, pour votre gentillesse, votre bienveillance... vous êtes top!

A tous les maîtres de stage croisés en cours de route qui m'ont transmis les ficelles du métier...

AUX LYONNAIS

Camus : un ami et un confident fidèle depuis 12 ans maintenant, qui me connaît sous toutes les coutures (je te soupçonne fortement de m'utiliser comme sujet d'étude depuis toutes ces années) et le cordonnier le mieux chaussé de toute l'addicto! Tu as le don pour transformer une soirée somme toute très banale en un mix improbable entre Las Vegas Parano et Orange Mécanique. Je t'ai pris une miché de pain ce soir, pour que tu puisses souper à ta convenance...

Mag : pour être la seule à avoir réussi à domestiquer l'indomptable (et je ne parle pas de Cajou !), la drosophile Alpha, la femme qui murmurait à l'oreille des babouins...

Philliflute (auto-censure oblige!): trop (ou jamais assez) de moments épiques à tes côtés, à nos petits rituels: nos petites réunions dans les tours de montmein, nos cafés du dimanche aprèm, nos dégustations du dimanche soir, nos séances ciné à l'ameuso, à Lisa-Morgane, au patator qui a failli avoir notre peau, nos aprèm à objectifs concours, nos petits chefs d'œuvres picturales, à mon magnifique coup de tondeuse (quoi que ta mère ait pu en dire), à ton amour de la décalcomanie, à tes « plaisirs d'offrir »... bref la liste est encore bien longue, toi même tu sais, et si je continue, mes remerciement seront plus long que ma thèse...

Guigui, le sous-marin bourguignon: je n'oublie pas tous ces excellents moments partagés avec toi, devenus hélas trop peu nombreux ces dernières années...

Bastien : pour ton amitié et ton soutien constant, que je n'oublierai pas, pour ce que ça t'as coûté de me montrer une chaussette pendue en haut d'un clocher, pour ton « sac de vers grouillant » ainsi que pour tous ces pièges vidéo-ludiques que tu te tends à toi même (c'est toujours un plaisir d'assister à un tel spectacle...).

Mélith' : la maman du groupe, toute pleine de douceur, de gentillesse et de bienveillance, grâce à qui je n'oserai jamais plus être en retard à un rendez-vous ! Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec Bastien, vous le méritez tous les deux.

Tito : Ces années dijonnaises nous ont beaucoup rapproché, et j'en suis bien content. Un véritable ami, toujours présent dans les bons comme dans les mauvais moments. Alors que l'environnement ne s'y prêtait pas forcément, tu as réussi à faire du plongeon une discipline locale, bien que le niveau de l'eau ne fût pas bien profond ce soir-là... 9/10 pour le style, 0,5/10 pour la réception. Bel effort!

Cyril : ma petite bouée d'amour, un cœur tendre, fondant et généreux, une grosse couche de gentillesse et de douceur, le tout enrobée dans toute cette pudeur qui te caractérise tant.

Timon : Un mélange improbable et savamment dosé de Stephen Hawkins, Frédéric Chopin et Bob Marley. J'ai hâte que tu reviennes manger chez mes parents un jour! Eux un peu moins...

A Pumba aussi

Emilien pour ton sens de l'organisation et tes danses endiablées.

Nano l'hyperactif, on s'est un peu perdu de vue au fil des années, mais il n'est jamais trop tard pour rattraper le temps perdu!

Arnaud Pforr: on s'est BEAUCOUP perdu de vue au fil des années, reviens parmi les tiens!!!

Jésus, pour ton amour des pistes rouges et pour ton "babinski de la classe"

Miki : Le fils caché d'Elvis et de Babar, un charisme à la James Bond au service d'un verbiage à la TTC

Adé : adorable et toujours à l'écoute, je te souhaite d'être heureuse, tout simplement!

Marion, la skieuse primigeste.

Hadri : parce que sans toi, les abricots n'auraient pas la même saveur...

Gaet-Gaet pour avoir redéfini le concept du Selfie.

Maxence : l'arrangeur de coups, un « french guy » comme on n'en fait plus!

Elo pour ta motivation toujours inépuisable.

Fab pour avoir arbitré la plus belle partie de camoulox qu'il m'ait été donné de voir.

Isa pour tous tes pieds dans le plat.

Mélo pour tous tes mélodismes, et parce qu'après toutes ces années, t'as toujours pas vu Beth !

Sandy pour ne pas nous avoir abandonné au bord de la route pendant qu'on chantait du Tragédie dans ta voiture...

A Chonchon pour avoir mangé tous les chocolats

A Sarah, parce que toutes les prises de tête qu'on a pu avoir n'entacheront jamais le profond respect et la tendresse que j'ai pour toi.

Une dédicace toute particulière à tous les propriétaires de chalets qui ont eu le malheur de croiser notre route (en espérant qu'ils seront encore nombreux...)

Mathilde et Doriane : les grumelles, 3 ans est une séparation bien trop longue pour toutes les deux, je tenais donc à vous réunir dans un seul et même remerciement (et puis je vais commencer à manquer de place sur la page aussi...)

Mimi Kouidri, que je ne vois plus assez, mais t'inquiète pas je me rattraperai en temps voulu. Et puis faut bien que je revienne à Lyon pour cette petite séance de réflexologie plantaire que tu m'as promise!

Delphine, la plus belle des manouches !

La Team Montmein : Pierrot pour toutes ces galères partagées, tu as rendu mes séjours en salle de travail bien plus ludique que prévu! Abdel, pour ton amour quelque peu trop prononcé, voir limite malsain pour les tacos ; Lolo pour ton culte des crevettes et tes 5 règles de l'OMS. A Jako, Mika, Loïc, Sylvestre et tous les autres...

Aux simplets: Cédric le sociopathe, Rémi le dard, Vinz la force tranquille et Dimitri le charmeur de serpents.

A Perrine pour ton petit côté frontal un peu flippant mais très attachant.

AUX DIJONNAIS

Etienne : Mon bouffeur de choucroute préféré, le Kalkapointe, pour toutes tes fins de soirées probablement légendaire (si seulement tu t'en souvenais), tes gamelles en vélo, ta nuit au poste et surtout pour toutes ces rigolades dont tu me régales et pour ton hospitalité toujours appréciée (promis l'année prochaine je paye un loyer!).

Milouche, la femme qu'Etienne n'attendait plus.

Gwen : une femme fatale pleine de charme, d'humour et d'élégance. Merci pour ton amitié, pour toutes ces tranches de rire que tu m'as offertes et surtout merci pour tes pieds à géométrie variable, qui mériteraient bien une thèse à eux tous seuls...

Victor : Mon bon vieux crocheton, alias Georges Abitbol, l'homme le plus classe du monde (bonjour Georges !). Mon coup de foudre amical, je n'oublierai jamais cette première baffe qui a scellé pour longtemps notre petite association de malfaiteurs ! Hâte que l'on soit de nouveau réuni, toi à la pêche, et moi à cheval...

Tata Jaja pour ton humour ravageur, on ne se voit pas assez souvent mais c'est toujours un vrai plaisir de te retrouver.

BenH : Le « patient zéro ».

La Team Montceau : Mathilde et Nico, Un couple au top, pour tous ces excellents moments passés en votre compagnie, ces bons petits cinés, ces cafés, ces restos et ces parties de bowling endiablées. A Aurélie, un mec un vrai, pour notre belle beuverie et pour ton amour inconditionnelle pour Rocky. A Jean-Charles pour tes cigarillos, Nico pour ta passion du golf, François, Pierre, Mathilde et Marion.

Caro : pour ton amitié, nos délires partagés, nos chansons, le souci permanent que tu as de ton prochain et en hommage à ton oreille, sacrifiée sur l'autel de l'alcoolisme.

François : Le chevalier de Borsot', depuis le temps que tu me promets ce fameux millésime de 1933 dont on taira le sobriquet, je pense que ce soir c'est SON soir !

Julie : parce que grâce à toi, on est sûr de ne jamais manquer de cacahuètes !

Alexis Chapuis pour ton hospitalité, ta façon bien à toi de raconter les histoires et ton amour pour les plans de table.

A ce bon Thomas Etienne, pour ta gentillesse, ta bonhomie, ton calme olympien, ta malice et ton accent à couper au couteau !

Alice Borde...t : pour ton franc parlé et ta paire de testicules...

Garance et Mathieu, un couple qui se cherche encore...

Jojo : pour tes auto-médications et les dégâts matériels qu'elles peuvent engendrer, et pour tous tes achats compulsifs (de toute façon quand t'as de l'argent...).

Doumdoum : notre superchinois local. Sois assuré de toute mon amitié, n'en doute jamais.

Kinan : mon irremplaçable partenaire de karaoké, pour tout le mal qu'on a pu faire à Freddy Mercury, pas sûr qu'il en avait besoin...

Adil, qui nous a quitté trop tôt, et a préféré le soleil et les plages de la Méditerranée à la pluie, la grêle et aux charolaises bourguignonnes.... franchement je ne comprends pas!

Olivier : pour tes apéros, tes chemises, ton sens du rangement, tes lessives et ta bi-curirosité

Marionette, pour ton écoute, tes gâteaux et pour être à peu près la seule de mes amis à tolérer une bonne vieille chanson Disney massacrée par mes soins.

Pascal la dalle: je te souhaite de trouver un casse-croûte digne de toi.

A Davidou et à toute sa petite tribu : je vous souhaite beaucoup de bonheur dans votre petite vie bordelaise...

A Pierrot, Evie, Bouchra, Romain, Alex, Nahina, Simon, Borat, Léa et à tous ceux que j'ai eus le malheur d'oublier...

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si je manque à mes promesses ; que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si j'y suis fidèle."

LISTE DES ABREVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CANTO : CANCER TOXICITIES

CH : Centre Hospitalier

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EORTC : European Organisation for Research and Treatment of Cancer

IC : Insuffisance Cardiaque

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QDV : Qualité De Vie

QLQ-BR23 : Quality of Life Questionnaire – Breast 23 items

QLQ-C30 : Quality of Life Questionnaire – Core 30 items

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TNM : Tumor Node Metastasis

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	7
SERMENT D'HIPPOCRATE	14
LISTE DES ABREVIATIONS	15
TABLE DES MATIERES	16
INTRODUCTION.....	18
OBJECTIFS	20
1.1 OBJECTIF PRINCIPAL.....	20
1.2 OBJECTIFS SECONDAIRES	20
MATERIEL ET METHODE	21
2.1 POPULATION ETUDIEE	21
2.1.1 Critères d'inclusion	21
2.1.2 Critères d'exclusion.....	21
2.2 ETUDE QUANTITATIVE	22
2.2.1 Type d'étude	22
2.2.2 Protocole et collecte des données.....	22
2.2.3 Analyses statistiques.....	26
2.3 ETUDE QUALITATIVE	28
2.3.1 Type d'étude	28
2.3.2 Protocole et collecte des données.....	28
2.3.3 Traitement des données	29
RESULTATS.....	30
3.1 ETUDE QUANTITATIVE	30
3.1.1 Caractéristiques générales de la population étudiée	30
3.1.2 Analyse univariée de la qualité de vie (« état de santé global – QDV »)	33
3.1.3 Analyse descriptive multivariée	35

3.2 ETUDE QUALITATIVE	37
3.2.1 Effets secondaires	37
3.2.2 Eléments marquants	38
3.2.3 Vécu de la maladie	38
3.2.4 Vécu de la prise en charge	39
3.2.5 Eléments de qualité de vie	39
3.2.6 Limitation des activités	40
3.2.7 Perspective d'avenir	40
DISCUSSION	41
4.1 LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	41
4.1.1 Analyse quantitative	41
4.1.2 Analyse qualitative	41
4.2 ANALYSE DE L'IMPACT DE LA MALADIE ET DES TRAITEMENTS	43
4.2.1 Analyse quantitative	43
4.2.2 Analyse qualitative	44
4.3 LIENS ENTRE LA QUALITE DE VIE ET LES AUTRES VARIABLES MESUREES	50
4.4 DISCUSSION GENERALE	52
4.4.1 Evolutivité de la maladie	52
4.4.2 Effets secondaires des traitements	52
4.4.3 Vécu de la maladie	53
4.5 APPLICATIONS	54
4.5.1 Lutte contre les neuropathies	54
4.5.2 Maintien de l'autonomie	54
4.5.3 Maintien des activités sociales	55
4.5.4 Renforcement des supports psychologiques	55
4.5.5 Relation patients-médecins	56
4.5.6 Poursuite de l'étude	56
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXES	61

INTRODUCTION

En 2015, en France métropolitaine, près de 385 000 nouveaux cas de cancers ont été recensés, et 149 500 personnes sont décédées des suites d'une pathologie cancéreuse (1). Il s'agit par conséquent d'un véritable problème de santé publique touchant un large panel de notre population.

Sur ces nouveaux cas ont été recensés 233 343 personnes âgées de plus de 65 ans, soit près de 60,9% des cas (1), ce qui fait du cancer essentiellement une pathologie du sujet âgé. L'âge a clairement été identifié comme le 1^{er} facteur de risque de la plupart des cancers (2), notamment du fait de la durée requise par la carcinogénèse et de la survenue de modifications moléculaires liées à l'âge favorisant cette carcinogénèse (3). La personne âgée présente des caractéristiques qui lui sont propres, tant sur le plan psychologique que thymique, physique et social, auxquels s'ajoute l'association de pathologies intercurrentes, favorisant l'émergence d'une fragilité qui est une notion fondamentale en gériatrie (4). Cette fragilité conditionne le pronostic (4) et s'avère être un facteur limitant pour le traitement des cancers, nécessitant l'intégration de paramètres gériatriques dans la prise en charge thérapeutique afin d'identifier les facteurs de fragilité, d'anticiper la tolérance aux traitements et d'élaborer un projet de soins adapté à chaque situation : c'est l'enjeu de l'oncogériatrie (5).

Les progrès de la médecine ont permis au cours des dernières décennies une régression de la mortalité globale (6), le domaine le plus remarquablement concerné demeurant celui des pathologies cardiovasculaires, notamment du fait d'une politique sanitaire axée sur la prévention contre le tabac, l'éducation hygiéno-diététique, le suivi régulier des différents facteurs de risque et l'émergence de nouvelles techniques médicales et chirurgicales (7). Ces progrès ont concouru à une augmentation de l'espérance de vie de la population générale. En effet, entre 1950 et 2000, l'espérance de vie à 80 ans a connu un gain de 54 % (de 5,7 à 8,8 ans), tandis que l'espérance de vie à 90 ans a progressé de 43 % (de 3,0 à 4,3 ans) et celle à 100 ans de 50 % (de 1,4 à 2,1 ans) (6).

Parallèlement à cette évolution, nous avons pu noter dans le domaine de l'oncologie une amélioration qualitative de la prise en charge, notamment en termes de dépistage, de diagnostic et de traitements, ce qui a permis une nette amélioration de la survie de ces patients : en 2006, on estimait que plus de

63% des patients atteints de cancer survivaient au-delà de 5 ans, et plus de 50% au-delà de 20 ans (2). Parmi cette population de survivants, 61% avaient plus de 65 ans (8).

Cette amélioration notable de la survie dans le contexte particulier des pathologies cancéreuses nous amène à nous interroger sur la qualité de vie de ces patients d'âges de plus en plus avancés, qui sont sujets comme nous l'avons vu précédemment à une fragilité plus importante. La qualité de vie demeure un concept complexe à définir, chaque individu en ayant sa propre perception. L'OMS en a proposé une définition en 1993, afin d'en établir un cadre théorique universel: « *la qualité de vie est la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (9). Cette définition permet de mettre en avant le caractère multidimensionnel de la qualité de vie. En oncologie, cette notion a été prise en compte pour la première fois en 1949, suite à l'élaboration de l'échelle de Karnofsky (10) qui permettait de fournir aux thérapeutes une évaluation des capacités de leurs patients de survivre à une chimiothérapie anticancéreuse (11), en explorant leur degré de dépendance. Cependant, l'évaluation de la qualité de vie a vraiment pris son essor en 1986 avec l'élaboration d'une échelle utilisable pour toute localisation cancéreuse par l'EORTC, le QLQ-C30 (12), accompagné de plusieurs modules complémentaires, chacun correspondant à une localisation cancéreuse différente. Cette échelle étant actuellement la plus utilisée dans les études françaises et européennes, nous avons choisi de baser nos travaux sur cet outil.

Par ailleurs, le cancer du sein étant le premier en termes d'incidence chez la femme, avec 48 763 nouveaux cas de cancer du sein estimés en 2012 en France métropolitaine et un taux d'incidence mondiale de 88,0 pour 100 000 femmes (1), nous avons choisi d'en faire l'objet de cette thèse.

Afin d'explorer au mieux la qualité de vie de ces patientes, nous avons réalisé deux études complémentaires, la première étant une étude quantitative, basée sur une analyse statistique d'un échantillon de la population cible, la seconde étant une étude qualitative fondée quant à elle sur la perception de la maladie et de sa prise en charge par les patientes de ce même échantillon.

OBJECTIFS

1.1 OBJECTIF PRINCIPAL

Analyser l'impact de la maladie cancéreuse et de ses traitements sur la qualité de vie des patientes âgées atteintes d'un cancer du sein, à distance de la prise en charge initiale.

1.2 OBJECTIFS SECONDAIRES

- Etablir des liens entre la qualité de vie, les éléments la composant et le terrain (dépendance, comorbidités, données socio-démographiques).
- Rechercher quels ont été les éléments marquants de la prise en charge.
- Proposer des axes de recherche et de développement afin d'améliorer la qualité de vie de ces patientes.

MATERIEL ET METHODE

2.1 POPULATION ETUDIEE

Les patientes incluses dans l'étude ont été recrutées lors de leur consultation de suivi dans le cadre d'un cancer du sein ou lors de leur prise en charge en hôpital de jour au sein du service d'oncologie de l'hôpital de Montceau-les-Mines pour les patientes qui étaient encore en cours de traitement. Le recrutement a été complété après convocation des patientes restantes à la suite d'un bref entretien téléphonique. Elles ont été interrogées entre le 30 juin 2016 et le 09 août 2016.

2.1.1 Critères d'inclusion

- Femme ayant eu un cancer du sein ou une récurrence, âgée de plus de 65 ans au moment de l'étude
- Suivie depuis au moins 1 an
- Patiente ayant donné son consentement oral

2.1.2 Critères d'exclusion

- Altération des fonctions supérieures, patiente non interrogeable
- Autre type de cancer
- Femme âgée de moins de 65 ans

2.2 ETUDE QUANTITATIVE

2.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative de cohorte, mono-centrique, descriptive et rétrospective réalisée au sein du service d'oncologie du centre hospitalier de Montceau-les-Mines.

2.2.2 Protocole et collecte des données

Chaque entretien a été réalisé après qu'une information claire sur l'étude et ses objectifs ait été délivrée à chaque patiente et après obtention du consentement oral de chacune de ces patientes. Toutes les données recueillies l'ont été de manière strictement confidentielle, conformément à la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée en 2004 et une déclaration a été effectuée auprès de la CNIL. Nous avons par la suite obtenu l'autorisation pour la réalisation de notre étude, identifiée sous la référence 1987605v0.

Ce travail de recherche étant composé d'une étude quantitative et d'une étude qualitative, chaque patiente incluse l'a été pour les deux études, ces dernières étant réalisées l'une à la suite de l'autre. Chaque entretien débutait par l'étude qualitative, selon la méthode qui sera décrite plus avant, afin de limiter les éléments risquant d'influencer les réponses de l'entretien semi-directif.

Nous avons choisi de baser notre étude quantitative sur la réalisation d'un questionnaire de qualité de vie, l'*EORTC QLQ-C30 (12) (Annexe 1)*, associé au module complémentaire *EORTC QLQ-BR23 (12) (Annexe 2)* afin de pouvoir établir une mesure standardisée des différents aspects de cette dernière.

Pour évaluer l'impact du cancer du sein et de sa prise en charge sur la qualité de vie de personnes âgées et donc plus vulnérables et présentant probablement des comorbidités sous-jacentes, nous avons décidé de compléter ces résultats par la réalisation d'une échelle d'autonomie, l'*échelle ADL de Katz (13) (Annexe 3)*, et par la réalisation d'une échelle d'évaluation des comorbidités, l'*échelle de Charlson (14) (Annexe 4)*.

Afin de caractériser notre échantillon, nous avons recueilli chez toutes les patientes interrogées diverses variables médicales :

- Date du diagnostic
- Extension tumorale au moment du diagnostic (stade TNM)
- Statut évolutif ou non évolutif au moment de l'entretien
- Chirurgie initiale, et si oui de quel type (tumorectomie ou mastectomie)
- Curage ganglionnaire associé (ganglion sentinelle uniquement ou curage complet)
- Chimiothérapie initiale (Adjuvante ou néo-adjuvante)
- Hormonothérapie initiale (Adjuvante ou néo-adjuvante)
- Radiothérapie initiale
- Effets secondaires des thérapeutiques au cours de la prise en charge (Digestifs, hématologiques, neurologiques, musculaires, dermatologiques ou cardio-vasculaires).

Nous avons également recueilli les variables socio-démographiques suivantes:

- Age
- Statut marital
- Vivant seule ou non
- Vivant en EHPAD ou non
- Bénéficiaire ou non de l'APA
- Bénéficiant ou pas d'aides à domicile, et si tel était le cas de combien d'heures par semaine.

2.2.2.1 Mesure de la qualité de vie : EORTC QLQ-C30 (12) (Annexe 1) :

Ce questionnaire mis au point en 1986 par l'Organisation Européenne de Recherche de Traitement du Cancer est actuellement le plus utilisé dans les études françaises et européennes portant sur la qualité de vie.

Il constitue un questionnaire principal (ou « *core questionnaire* ») permettant d'explorer plusieurs dimensions de la qualité de vie, tandis qu'il existe plusieurs modules complémentaires adaptés et spécifiques à chaque type de cancer (celui qui nous intéresse ici étant le *QLQ-BR23*, module spécifique du cancer du sein dont le protocole sera développé dans le chapitre suivant).

Le *QLQ-C30* se compose de trente items dont les réponses permettent d'établir différentes échelles, chacune d'elle explorant une dimension différente de la qualité de vie :

- 5 échelles fonctionnelles permettant d'explorer les dimensions physiques (items 1 à 5), exécutives (items 6 et 7), sociales (items 26 et 27), cognitives (items 20 et 25) et émotionnelles (items 21 à 24) de la qualité de vie de la personne interrogée.
- 9 échelles symptomatiques permettant d'explorer la fatigue (items 10, 12 et 18), les symptômes nauséux (items 14 et 15), la douleur (items 9 et 19), la dyspnée (item 8), les insomnies (item 11), l'anorexie (item 13), la diarrhée (item 17), la constipation (item 16) et les difficultés financières (item 28) ressenties par le patient.
- 1 échelle mesurant la qualité de vie globale de chaque patiente (items 29 et 30).

Chaque dimension explorée regroupe entre un et cinq items différents. Pour la majorité des questions, il existe quatre types de réponse possible : pas du tout, un peu, assez ou beaucoup. Les modalités de réponse sont en revanche différentes pour les deux items constituant la mesure de l'état de santé global de la patiente, cette dernière devant autoévaluer son état de santé global et sa qualité de vie sur une échelle allant de 1 (très mauvais) à 7 (excellent). Les résultats de ces différentes échelles permettent le calcul d'un score sur 100 dont la procédure est décrite dans l'*EORTC QLQ-C30 Scoring Manual* (12). Un score élevé de santé globale traduit un bon état de santé et une bonne qualité de vie. Un score élevé pour une échelle fonctionnelle traduit une fonction optimale des variables mesurées. Un score élevé pour une échelle symptomatique traduit à l'inverse un haut niveau de symptômes.

2.2.2.2 EORTC QLQ-BR23 (12) (Annexe 2) :

Module complémentaire au précédent questionnaire, spécifique cette fois-ci du cancer du sein, le *QLQ-BR23* se compose de vingt-trois items permettant là encore d'établir différentes échelles, en complément de celles déjà existantes :

- 4 échelles fonctionnelles explorant l'image corporelle (items 39 à 42), l'activité sexuelle (items 44 et 45), le plaisir sexuel (item 46), et les perspectives d'avenir (item 43).
- 4 échelles symptomatiques explorant les effets secondaires spécifiquement liés aux thérapeutiques (items 31 à 34 et 36 à 38), les symptômes mammaires (items 50 à 53), les symptômes brachiaux (items 47 à 49) et la préoccupation engendrée par la perte de cheveux (item 35).

De la même manière que pour les différentes échelles du *QLQ-C30*, un calcul permet d'obtenir pour chaque échelle un score sur 100 (**12**). Leur interprétation se fait selon les mêmes modalités que précédemment, hormis pour les échelles concernant l'activité et le plaisir sexuel dont un score élevé signerait un faible niveau de symptômes, à l'inverse des autres échelles symptomatiques. De même que pour le *QLQ-C30*, ce questionnaire ne porte que sur les éléments survenus au cours de la semaine précédant l'entretien, mis à part les questions relatives à l'activité et au plaisir sexuel, qui elles portent sur des constatations faites sur les quatre dernières semaines.

2.2.2.3 Echelle ADL de Katz (13) (Annexe 3) :

Créée en 1963, cette échelle a pour but initial de mesurer la capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne des personnes interrogées afin d'établir l'impact des traitements ainsi qu'un pronostic fonctionnel chez les patients atteints de maladie chronique ou chez les personnes âgées. L'autonomie du sujet est ainsi mesurée à partir de six paramètres distincts :

- L'hygiène corporelle
- L'habillement
- La capacité d'aller aux toilettes
- La locomotion
- La continence
- La capacité à s'alimenter

Chaque paramètre comprend trois réponses possibles correspondant à un score compris entre 0 et 1. Nous obtenons finalement un score total compris entre 0 et 6. Plus ce score est élevé, plus la personne est autonome.

2.2.2.4 Echelle de Charlson (14) (Annexe 4) :

Cette échelle a été créée en 1986 afin d'établir un score de comorbidité ayant une valeur pronostic concernant le taux de mortalité à 1 an, ledit score étant la somme de points attribués aux diverses pathologies dont le patient est porteur. Chaque pathologie a une valeur prédéterminée en terme de points. A ces points s'ajoute le facteur âge, équivalent à un point par décade supérieure à 40 ans. Tous ces éléments nous permettent d'avoir une idée sur la vulnérabilité du patient interrogé. Le score obtenu s'interprète de la manière suivante :

Tableau 1: interprétation du score de Charlson

Score	Mortalité à 1 an
0	12%
1-2	26%
3-4	52%
5 ou >	85%

2.2.3 Analyses statistiques

Les données récoltées selon les méthodes décrites ci-dessus ont toutes initialement été colligées dans un tableur *Excel* (Microsoft, Seattle, WA). Ces données ont par la suite été traitées par le logiciel *Statview* (Abacus Concept, Berkeley, CA).

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse descriptive avec calcul de pourcentage pour les variables qualitatives et calcul des moyennes et écart-types pour les variables quantitatives (**Tableau 2**).

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une analyse inférentielle à la recherche d'associations significatives entre la qualité de vie et les différentes variables mesurées en calculant le *coefficient de corrélation*, le *test-T de Student* ou le *test de Kruskal et Wallis* selon la nature des variables. Les résultats étaient considérés comme significatifs pour le risque alpha de première espèce inférieur à 5 % ($p < 0,05$).

Dans un troisième temps, nous avons réalisé une analyse descriptive multivariée (analyse factorielle) en intégrant dans le modèle les variables quantitatives de qualité de vie (la qualité de vie en elle-même mesurée par le score « état de santé global-QDV » et ses composantes) ainsi que l'âge, le niveau de comorbidité (score de Charlson) et le niveau de dépendance (score ADL).

2.3 ETUDE QUALITATIVE

2.3.1 Type d'étude

En complément de l'étude précédente, nous avons choisi d'inclure une analyse qualitative à ce travail afin d'avoir une idée plus précise sur le retentissement du cancer du sein et de sa prise en charge chez les patientes suivies dans notre service. En effet, bien que les échelles utilisées dans l'étude quantitative semblent aborder de multiples aspects de la qualité de vie de manière universelle et standardisée, elles ne permettent malheureusement pas de mesurer l'impact de la maladie et de ses traitements dans le contexte global de la vie de chaque patiente. Le but de cette étude était ici d'employer une méthode subjective permettant d'analyser le vécu de chaque patiente (expériences, représentations, perceptions, sentiments concernant le vécu de la maladie et de sa prise en charge) en leur offrant un cadre de liberté de parole, ou l'influence de l'interrogateur serait la moins importante possible. En vue de réaliser cette recherche, nous avons utilisé l'entretien semi-directif comme outil d'enquête.

2.3.2 Protocole et collecte des données

Après obtention du consentement oral de chacune des patientes interrogées à la participation à cette étude, nous leur avons expliqué que l'entretien serait enregistré à l'aide d'un dictaphone afin de faciliter sa retranscription, et que les données recueillies demeureraient strictement anonymes, chacun de ces entretiens étant caractérisé par le numéro de dossier de la patiente. Au total, trente entretiens individuels de type semi-directif ont été réalisés, conduits par une même personne durant cette période.

Les thèmes abordés dans le questionnaire portaient sur les effets secondaires des traitements anti-cancéreux, leur impact sur la qualité de vie des patientes interrogées, les éléments composant cette qualité de vie, le ressenti de cet impact et la suggestion par les patients d'éléments de prise en charge pouvant être améliorés (**Annexe 10**). Ces entretiens nous ont permis de collecter des informations répondant à une série de questions et de proposer aux différents interlocuteurs un cadre leur permettant de s'exprimer librement dans une optique qualitative.

Afin de limiter les biais de l'étude, chaque entretien débutait par la partie qualitative, ce qui permettait de ne pas influencer les réponses des patientes, certains éléments de réponses attendus pouvant être retrouvés dans les questionnaires quantitatifs. Par ailleurs, afin là encore de minimiser une quelconque influence d'un intervenant externe, l'entretien était systématiquement proposé à la patiente seule. Malheureusement, cela s'est révélé irréalisable à quatre reprises au cours de cette étude, certains accompagnants désirant impérativement assister à l'entretien, ou la patiente refusant de ne pas être accompagnée.

Le questionnaire initialement réalisé a été dans un premier temps validé par notre directeur de thèse, puis par notre président de jury, avant d'être soumis aux premières patientes incluses. Ces premiers entretiens ont permis une reformulation de certaines questions, parfois mal comprises par les patientes, ou un approfondissement de celles-ci au besoin. Par exemple : à la question « *Quels éléments composent votre qualité de vie ?* » a été rajouté suite à ces entretiens préliminaires le complément « *Cela peut être des activités de la vie de tous les jours, des sports, des loisirs...* ».

Les entretiens ont duré entre 15 et 45 minutes, pour une durée moyenne approximative de 25 minutes environ.

2.3.3 Traitement des données

Chaque entretien a été intégralement retranscrit à l'aide du logiciel de traitement de texte *Word* (Microsoft, Seattle, WA), le total correspondant à un corpus de 95 pages. Ces *verbatim* ont par la suite fait l'objet d'un traitement par le logiciel d'analyse textuel *NVivo qualitative data analysis Software* (QSR International, Melbourne, VI), l'un des plus utilisés dans le domaine de la recherche qualitative (15). Le principe de ce logiciel est le suivant : regrouper les idées, les thèmes et mots communs à chaque entretien en différentes catégories et sous-catégories appelées « nœuds », la sélection de ces différentes catégories étant réalisée par l'utilisateur du logiciel. Ces nœuds peuvent ensuite être traités de multiples façons selon l'orientation de notre étude. Pour notre recherche, nous avons jugé préférable de regrouper ces différentes catégories entre elles, d'en extraire des « sous-groupes » d'idées et ainsi de hiérarchiser les idées qui ressortaient spontanément selon le nombre de patientes les évoquant.

RESULTATS

3.1 ETUDE QUANTITATIVE

3.1.1 Caractéristiques générales de la population étudiée

3.1.1.1 Caractéristiques sociodémographiques :

La cohorte était composée de 30 femmes d'une moyenne d'âge de $81,3 \pm 4,9$ ans [74-91], dont le diagnostic initial de cancer du sein avait été établi en moyenne $7,0 \pm 7,8$ ans auparavant [1-32] (**Tableau 2**). 12 patientes vivaient seules (40%) et 18 accompagnées (60%).

3.1.1.2 Caractéristiques du cancer :

Les patientes ont été caractérisées entre autre par le statut TNM initial de leur maladie (**16**) (**Annexe 5**).

Nous avons donc différencié les patientes :

- Selon leur statut T1 (n=15 ; 50%), T2 (n=9 ; 30%), T3 (n=3 ; 10%) ou T4 (n=3 ; 10%).
- Selon leur statut N- (n=14 ; 46,7%) ou N+ (n=16 ; 53,3%).
- Selon leur statut M0 (n=25 ; 83,3%) ou M1 (n=5 ; 16,7%).

Nous avons également pris en compte les modalités des traitements :

- Chirurgie de type tumorectomie (n=13 ; 43,3%), mastectomie (n=11 ; 36,7%) ou absence de chirurgie (n=6 ; 20%).
- La réalisation d'un curage complet (n=15 ; 50%).
- La réalisation d'une chimiothérapie (n=26 ; 86,7%).
- La mise en route d'une hormonothérapie (n=28 ; 93,3%).
- La réalisation de séances de radiothérapie (n=24 ; 80%).

Les effets secondaires induits par les traitements au moment de la thérapeutique ont également été répertoriés selon leur type respectif afin de caractériser l'échantillon :

- 15 patientes ont présenté des effets secondaires digestifs (50%).
- 4 patientes ont présenté des effets secondaires hématologiques (13,3%).
- 7 patientes ont présenté des effets secondaires neurologiques (23,3%).
- 3 patientes ont présenté des effets secondaires musculaires (10%).
- 20 patientes ont présenté des effets secondaires cutanéomuqueux (66,7%).
- 4 patientes ont présenté des effets secondaires cardio-vasculaires (13,3%).

3.1.1.3 Evaluation de la qualité de vie :

Les résultats des questionnaires de qualité de vie nous ont permis de mesurer de multiples variables selon une échelle allant de 0 à 100 (**Tableau 2**). La variable principale dont nous nous sommes servis pour cette étude est le score « *état de santé global-QDV* » représentant la qualité de vie, dont la moyenne était de 63,6 sur 100 \pm 17,8 [16,7-83,3].

Les données concernant le plaisir sexuel n'ont été prises en compte que pour les patientes ayant encore une activité sexuelle et les données concernant la perturbation occasionnée par la perte de cheveux n'ont été prises en compte que pour celles présentant une alopécie induite par les thérapeutiques au moment de l'interrogatoire, les autres données étant considérées comme « manquantes ».

3.1.1.4 Evaluation de l'autonomie :

Afin d'évaluer le niveau de dépendance, un score ADL sur 6 a également été calculé pour chaque patiente, la moyenne s'élevant à 5,6 \pm 0,5 [4 - 6], valeurs témoignant d'une bonne autonomie globale.

Nous avons également pris en compte le nombre de patientes bénéficiaires de l'APA (n=13 ; 43,3%), le nombre de celles bénéficiant d'une aide à domicile (n=16 ; 53,3%) et le nombre d'heures d'aides à domicile par semaine dont bénéficiait chaque patiente, qui était de 1,5 heure \pm 2,2 [0-10] en moyenne (**Tableau 2**).

3.1.1.5 Evaluation des comorbidités :

Le score de Charlson a été calculé afin d'évaluer un éventuel retentissement des comorbidités sur la qualité de vie. La moyenne était de 8,6 points \pm 3,7 [5-16].

Tableau 2 : Analyse descriptive de la population étudiée

	Moy.	Ecart-type	Nombre	Min	Max
Age	81,3	4,9	30	74	91
Nb heures aides/semaine	1,5	2,2	30	0	10
Score de Charlson	8,6	3,7	30	5	16
ADL/6	5,6	0,5	30	4	6
Délai de suivi (années)	7,0	7,8	30	1	32
Etat de santé global-QDV/100	63,6	17,8	30	16,7	83,3
Activités physiques/100	64,3	19,6	30	13,3	100
Fonctions exécutives/100	72,2	24,9	30	16,7	100
Emotions/100	62,5	21,1	30	25	100
Fonctions cognitives/100	73,9	22,2	30	16,7	100
Activités sociales/100	87,8	22,3	30	33,3	100
Image corporelle/100	76,4	28,6	30	0	100
Activités sexuelles/100	3,9	10,4	30	0	33,3
Plaisir sexuel/100	55,6	19,3	3	33,3	66,7
Perspectives d'avenir/100	55,6	36,5	30	0	100
Fatigue/100	32,2	28	30	0	88,9
Nausées-vomissements/100	1,1	6	30	0	33,3
Douleurs/100	44,4	36,2	30	0	100
Dyspnée/100	21,1	28,4	30	0	66,7
Insomnies/100	25,6	29,9	30	0	100
Anorexie/100	21,1	34,5	30	0	100
Constipation/100	18,9	25,8	30	0	66,7
Diarrhées/100	10	21,7	30	0	66,7
Difficultés financières/100	0	0	30	0	0
Effets indésirables des ttt/100	15,7	14,4	30	0	52,4
Symptômes mammaires/100	14,2	20,8	30	0	83
Symptômes brachiaux/100	8,9	17,8	30	0	88,9
Perturbation perte cheveux/100	47,6	50,4	7	0	100

3.1.2 Analyse univariée de la qualité de vie (« état de santé global – QDV »)

3.1.2.1 Selon le terrain :

- Qualité de vie et comorbidités:

Le niveau de comorbidités selon le score de Charlson était inversement corrélé à la qualité de vie, le niveau de corrélation étant modéré ($r=-0.351$; $p=0.0571$) (**Annexe 6**).

- Qualité de vie et dépendance:

Nous n'avons pas observé de corrélation significative entre la qualité de vie et le score ADL représentant le niveau de dépendance, de même qu'entre la qualité de vie et l'âge des patientes (**Annexe 6**). En revanche, il existait une corrélation forte entre la qualité de vie et le nombre d'heures d'aides ($r=-0,614$; $p=0,0002$) (**Annexe 6**).

Il n'existait pas de différence significative de qualité de vie entre les patientes vivant seules et celles vivant avec une ou plusieurs tierces personnes, ni entre les patientes bénéficiant d'une aide à domicile et celles n'en bénéficiant pas (**Annexe 7**). Il en va de même pour la différence entre les patientes bénéficiaires de l'APA et celles n'en bénéficiant pas, bien que nous retrouvions ici des résultats à la limite de la signification ($p=0,0796$) (**Annexe 7**). Nous n'avons pas pu comparer les données selon le lieu de vie (comparaison entre EHPAD et autres lieux de vie) car une seule des patientes interrogées vivait en EHPAD.

3.1.2.2 Selon le cancer et sa prise en charge :

- Stade TNM initial :

Le stade T de la classification TNM initiale semblait associé à la qualité de vie globale ($p=0,0621$) après réalisation du test de Kruskal et Wallis (**Annexe 8**).

Tableau 8 : Qualité de vie globale selon la classification TNM - T simplifié

	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>
<i>T1</i>	68,7	16,8
<i>T2</i>	53,7	19,6
<i>T3</i>	55,6	9,6
<i>T4</i>	75,0	8,3

L'analyse par corrélation deux à deux des stades T montre que seuls les stades T1 et T2 ($p=0.0575$) et T3 et T4 ($p=0.0572$) semblaient différer à la limite de la signification (**Annexe 7**). L'envahissement des ganglions lymphatiques périphériques semblait associé à une meilleure qualité de vie (69.3 ± 12.4 vs 57.0 ± 21.0 ; $p=0,0586$) (**Annexe 7**). Il n'y avait pas de différence concernant l'impact sur la qualité de vie selon la présence ou non de métastases (**Annexe 7**).

- implication du type de traitement carcinologique :

Il n'y avait pas de différence significative du niveau de qualité de vie actuelle entre les patientes selon la réalisation d'une chimiothérapie, d'une hormonothérapie ou d'une radiothérapie. On ne notait pas non plus de différence de qualité de vie actuelle entre les patientes ayant bénéficié ou non d'un traitement chirurgical, qu'il s'agisse d'une tumorectomie ou d'une mastectomie. Le curage ganglionnaire complet n'avait pas d'impact significatif sur la qualité de vie (**Annexe 7**).

La majorité des effets secondaires perçus par les patientes au cours des traitements n'avait pas de retentissement sur la qualité de vie de la patiente à distance de la prise en charge initiale. En revanche, les 7 patientes ayant eu des effets secondaires neurologiques en cours de traitement déclaraient une moins bonne qualité de vie (50.0 ± 18.0 vs 67.7 ± 15.9 ; $p=0,0185$) (**Annexe 7**).

- Impact de l'évolutivité de la maladie :

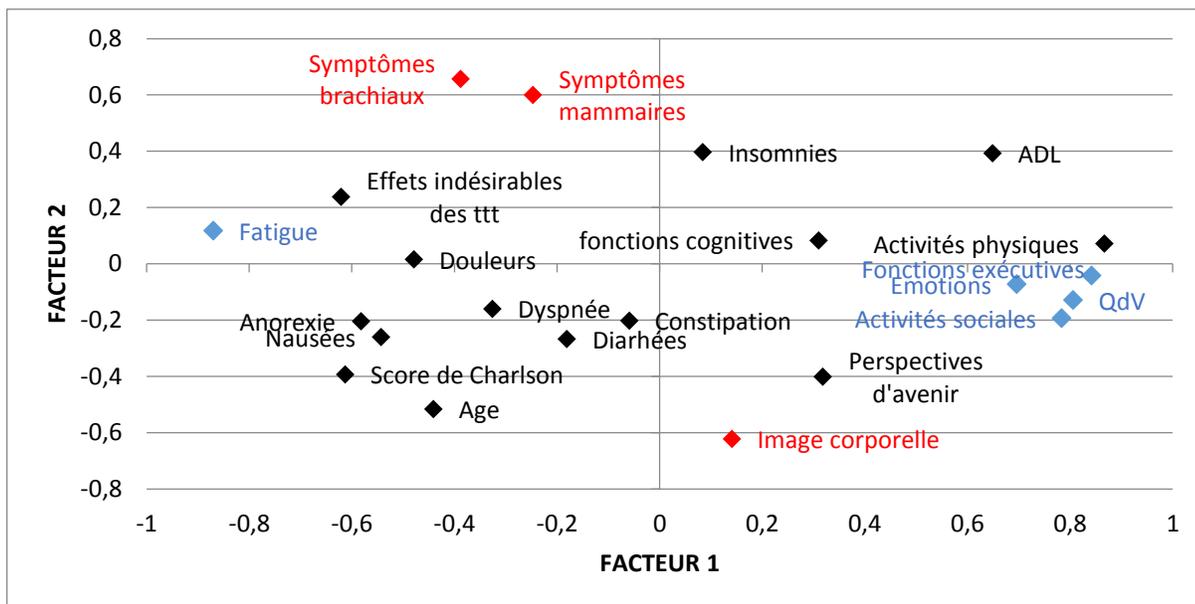
Il n'y avait pas de différence significative concernant l'impact sur la qualité de vie entre les patientes présentant une reprise évolutive de la maladie au moment de l'enquête et celles n'en présentant pas (**Annexe 7**).

3.1.2.3 Selon les déterminants spécifiques de la qualité de vie :

La qualité de vie présentait une excellente corrélation avec la fatigue ($r = -0,799$; $p < 0,0001$), une bonne corrélation avec les activités physiques ($r = 0,647$; $p < 0,0001$) et sociales ($r = 0,637$; $p < 0,0001$), de même qu'avec les effets indésirables spécifiques des traitements ($r = -0,635$; $p < 0,0001$), les fonctions exécutives ($r = 0,559$; $p = 0,001$), l'anorexie ($r = -0,545$; $p = 0,0015$) et les fonctions émotionnelles ($r = 0,526$; $p = 0,0024$). Il existait une corrélation modérée entre la qualité de vie et la survenue de nausées ou de vomissements ($r = -0,497$; $p = 0,0046$). Les autres corrélations que nous avons recherché n'étaient pas significatives (**Annexe 6**).

3.1.3 Analyse descriptive multivariée

L'analyse factorielle nous a permis de déterminer 2 facteurs à partir des différentes variables étudiées. Le premier facteur incluait les variables « qualité de vie » ($r=0,806$), « activités physiques » ($r=0,867$), « fonctions exécutives » ($r=0,842$), « fonctions émotionnelles » ($r=0,696$), « activités sociales » ($r=0,784$), et « fatigue » ($r= -0,870$). Le second facteur incluait les variables « image corporelle » ($r= -0,622$), « symptômes mammaires » ($r=0,600$), et « symptômes brachiaux » ($r=0,657$) (**Annexe 9**).



Graphique 1 : Analyse factorielle de la qualité de vie, de ses composantes, de l'ADL, du score de Charlson et de l'Age

La réalisation d'un *nuage de points* (**Graphique 1**) nous a permis d'illustrer ces résultats. Nous retrouvons sur ce graphique la prédominance de deux axes majeurs : un premier axe « énergie/autonomie » et un axe d' « intégrité physique ».

3.2 ETUDE QUALITATIVE

Pour notre étude, il semblait pertinent de faire ressortir les effets secondaires mis spontanément en avant par les patientes interrogées, les éléments les plus marquants au cours de la prise en charge lors de la phase active des traitements, les différents éléments composant leur qualité de vie, les secteurs d'activité leurs semblant altérés, le vécu de la maladie et de la prise en charge thérapeutique éprouvés par chaque patiente, ainsi que leurs perspectives d'avenir. Les autres données récoltées portaient sur les rechutes, sujet évoqué par seulement deux patientes. Ce sujet n'a pas été traité du fait du peu d'occurrences concernant cette catégorie.

Tous les graphiques évoqués dans ces résultats sont consultables dans l'**annexe 11**.

3.2.1 Effets secondaires

La première question « quels effets secondaires avez-vous ressentis suite aux traitements dont vous avez bénéficié » permettait à la patiente de s'exprimer spontanément sur le vécu de sa thérapeutique. Selon les différentes réponses obtenues, différents sous-groupes ont pu être mis en évidence comme expliqué précédemment, chaque effet secondaire constituant un de ces sous-groupes.

L'effet secondaire évoqué le plus souvent était l'alopecie (n=12 ; 40%), suivi par l'asthénie dans un contexte de chimiothérapie (n=10 ; 33,3%) et l'anorexie (n=10 ; 33,3%), puis par les nausées (n=5 ; 16,7%), les diarrhées (n=5 ; 16,7%), les troubles du goût (n=4 ; 13,3%), les épisodes de mucite (n=4 ; 13,3%), puis le caractère mutilant de la chirurgie (n=3 ; 10%). Les autres éléments, d'occurrences moindres, étaient la survenue de crampes, la destruction unguéale, les acouphènes, les éruptions cutanées, les signes d'insuffisance cardiaque, la survenue d'embolie pulmonaire, les douleurs, les troubles de la vue, la survenue de lymphœdème, la prise de poids et l'asthénie occasionnée par la radiothérapie.

Le nombre d'occurrences de chaque effet secondaire nous a permis de hiérarchiser ces effets, du plus redondant au moins redondant (**Graphique 2**).

3.2.2 Eléments marquants

Nous avons pu mettre en évidence au fil des différents entretiens une liste d'évènements jugés comme marquants au cours de l'anamnèse de chaque patiente.

L'élément le plus souvent rapporté était la survenue d'une alopecie (n=4 ; 13,3%) suivi par l'acte chirurgical en lui-même ou ses conséquences (ces différents éléments ayant été regroupés dans la même catégorie nommée « chirurgie ») (n=3 ; 10%). Venaient ensuite, à une fréquence équivalente, l'impact que la maladie a pu avoir sur l'entourage, la découverte par autopalpation de la pathologie, l'annonce diagnostique, la chimiothérapie et la radiothérapie (n=2 ; 6,7% pour chacune de ces catégories). Enfin, étaient évoqués à des occurrences moindres, l'administration des traitements en général, le bon accueil du personnel soignant, la survenue d'une rechute, un séjour en SSR (évoqueur d'un mauvais souvenir pour la personne concernée) et la prise de décision concernant la réalisation ou non d'une exérèse chirurgicale chez une patiente âgée (n=1 ; 3,3% pour chacune de ces catégories) (**Graphique 3**).

3.2.3 Vécu de la maladie

Cette catégorie permettait d'apprécier en premier lieu la notion de relativisme, composante du vécu de la maladie apparaissant le plus souvent dans le discours des patientes (n=12 ; 40%). Venaient ensuite les notions de mécontentement et d'acceptation, exprimées par le même nombre de patientes (n=7 ; 23,3%), puis la notion de peur quant à la suite des évènements (n=2 ; 6,7%). La surprise, le dégoût, la difficulté d'acceptation et la volonté de s'en sortir sont des concepts qui ont chacun été exprimés à une seule reprise (n=1 ; 3,3%) (**Graphique 4**).

3.2.4 Vécu de la prise en charge

Les patientes ont également pu s'exprimer librement sur leur ressenti vis-à-vis de leur prise en charge.

L'élément le plus redondant demeurait les bonnes relations entretenues avec le personnel (n=15 ; 50%), suivi par une bonne qualité de prise en charge (n=13 ; 43,3%). En revanche, au cours de l'étude, dix patientes mettaient clairement en cause l'agressivité des traitements comme facteur à l'origine de l'altération de leur qualité de vie (n=10 ; 33,3%). Les autres concepts ressortant à plusieurs reprises étaient la nature chronophage de la prise en charge en phase active de la thérapeutique (n=3 ; 10%) et le manque de soutien (encadrement psychologique ou aide à la mise en place d'aides techniques ou humaines à domicile) (n=3 ; 10%) et l'agressivité trop importante du traitement (n=2 ; 6,7%). La nature efficace du traitement et les démarches administratives jugées trop complexes, sont des concepts qui ont chacun été évoqués par une seule des patientes interrogées (3,3%) (**Graphique 5**).

3.2.5 Eléments de qualité de vie

La question suivante concernait les éléments qui selon chaque patiente, permettaient de définir sa qualité de vie.

L'élément le plus redondant demeurait la capacité des patientes à effectuer certaines tâches ménagères (n=13 ; 43,3%). Les patientes mettaient en évidence par la suite la capacité à effectuer des marches ou des sorties (n=12 ; 40%), la présence de l'entourage (n=10 ; 33,3%), la capacité de réaliser des activités sportives ou des loisirs (n=7 ; 23,3%), la faculté de pouvoir encore partir en voyage (n=4 ; 13,3%), la possibilité de réaliser des activités permettant la stimulation cognitive, la lecture notamment (n=3 ; 10%), le fait d'être encore en bonne santé (n=1 ; 3,3%) et le fait de regarder la télévision (n=1 ; 3,3%) (**Graphique 6**).

3.2.6 Limitation des activités

Ces entretiens ont permis de mettre en évidence les éléments de vie qui ont été impactés depuis la découverte de la maladie, sans révéler cependant un quelconque lien de cause à effet entre ces éléments et la maladie, ou encore entre ces éléments et la thérapeutique. La marche et les tâches ménagères semblaient les premières activités touchées, ou du moins les plus évoquées, chacun de ces concepts ayant été mentionné par 13 patientes (43,3%). Suivaient les activités sportives et les loisirs (n=6 ; 20%), la conduite (n=4 ; 13,3%), puis les relations avec l'entourage (n=2 ; 6,7%) et les voyages (n=2 ; 6,7%) (**Graphique 7**).

3.2.7 Perspective d'avenir

Une majorité des patientes interrogées révélait ne pas avoir de projets d'avenir (n=17 ; 56,7%), tandis que les patientes restantes ont révélé des projets divers et variés tels des voyages, des sorties organisées ou la réception de proches (n=13 ; 43,3%).

DISCUSSION

4.1 LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

4.1.1 Analyse quantitative

Notre étude comporte quelques biais, son caractère rétrospectif en étant le principal. Certaines données sont probablement manquantes, notamment certaines concernant les effets secondaires subis au moment de la thérapeutique, l'interrogatoire ayant été réalisé à distance des évènements, parfois plusieurs dizaines d'années plus tard. Afin de limiter la perte de données, nous avons complété l'interrogatoire par une recherche de données manquantes, non évoquées par les patientes, dans le dossier médical.

L'étude comporte également des biais de sélection : il s'agit d'une étude mono centrique, ce qui peut compromettre l'homogénéité recherchée pour cette étude. De plus, le nombre limité de patientes incluses dans l'étude peut également être préjudiciable à l'obtention de résultats représentatifs de la population étudiée. Il n'y a cependant pas lieu de penser que les patientes suivies au centre hospitalier de Montceau soient différentes puisque des patients porteurs de tous types de cancers y sont accueillis et pris en charge.

La principale force de cette étude est l'utilisation de questionnaires standardisés ayant de bonnes propriétés psychométriques (le QLQ-C30 ET LE QLQ-BR23), et étant validés par les comités d'experts.

4.1.2 Analyse qualitative

La réalisation d'une étude qualitative comporte plusieurs biais : ce sont des études peu reproductibles, difficiles à standardiser, difficilement quantifiables et impossibles à mettre en place sur une grande population.

Les réponses délivrées par l'informateur peuvent être sujettes à oublis, aux mensonges liés à la présence d'autrui ou à la gêne occasionnée par la question. De plus, les questions peuvent simplement être mal comprises initialement.

Par ailleurs, l'enquêteur peut lui-même engendrer des biais non intentionnels du fait d'une mauvaise lecture d'une question, d'une incompréhension de la réponse délivrée par l'informateur, de la prise en compte d'une réponse incorrecte ou non pertinente délivrée par l'informateur ou de l'influence qu'il pourrait exercer sur celui-ci **(17,18)**.

Il est également à prendre en compte le fait qu'il s'agit d'études n'ayant pas pour but de quantifier des variables (à l'inverse d'une étude quantitative) mais plutôt de recueillir les représentations et les différents déterminants en jeu dans un contexte donné.

4.2 ANALYSE DE L'IMPACT DE LA MALADIE ET DES TRAITEMENTS

L'objectif principal de notre étude était d'analyser l'impact de la maladie cancéreuse et de ses traitements chez des patientes âgées sur leur qualité de vie à distance de la prise en charge initiale.

4.2.1 Analyse quantitative

L'étude de Peuckmann et al. (19) portant sur 2000 femmes ayant présenté un cancer du sein au Danemark montre que les patientes âgées survivantes présentent à terme et de manière significative une meilleure qualité de vie que les patientes de la même tranche d'âge issues de la population générale tandis que la thèse de Klein (20) portant sur une étude cas-témoin de 1800 patientes dont 600 étaient porteuses d'un cancer du sein montre à terme des scores de qualité de vie comparables à la population générale (les mesures ayant été réalisées à 5, 10 et 15 ans d'évolution et montrant une tendance globale à rejoindre les données de la population générale). Nous pouvons comparer ainsi nos résultats à cette étude qui retrouvait un score de qualité de vie concernant les patientes témoins représentant la population générale de $69,2 \pm 20,5$; un score de $65,1 \pm 19,4$ à 5 ans d'évolution d'un cancer du sein; un score de $65,4 \pm 21,2$ à 10 ans d'évolution ; un score de $67,6 \pm 20,2$ à 15 ans d'évolution. Notre étude retrouve un score moyen de $63,6 \pm 17,8$ pour un délai de suivi moyen de 7 ans. Ces résultats sont donc assez proches, bien que n'étant pas exactement similaires.

Notre étude nous permet de constater que l'évolution tumorale locale représentée par le « T » du stade TNM est associé à la qualité de vie de façon discordante : les stades 1 et 4 ont une meilleure qualité de vie que les stades 2 et 3. En revanche, il n'existe pas de lien entre la présence ou non de métastases et la qualité de vie, tandis que l'étude a établi qu'un envahissement ganglionnaire est associé à une meilleure qualité de vie.

L'étude n'a pas mis en évidence de différence significative de qualité de vie chez les patientes interrogées selon les différents traitements mis en œuvre. Les résultats que nous obtenons dans notre étude tendent à confirmer certains résultats obtenus dans l'étude de Peuckmann et al. (19), qui retrouve également une absence d'impact à long terme des traitements sur la qualité de vie.

Nous ne retrouvons quasiment pas de différence significative de qualité de vie à distance des traitements selon l'avènement ou non d'effets secondaires au cours de la thérapeutique, mis à part une différence notable chez les patientes ayant présenté des effets secondaires neurologiques. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de travaux permettant de faire le lien entre la survenue d'effets secondaires en cours de traitement et la qualité de vie à distance des patientes. Une étude est actuellement en cours de réalisation à l'institut Gustave-Roussy à Paris, nommée « *étude CANTO* » comprenant l'inclusion de 20 000 patientes et dont les objectifs sont de décrire les toxicités chroniques inhérentes au cancer du sein, d'identifier les populations susceptibles de les développer et d'adapter les traitements en conséquence pour garantir une meilleure qualité de vie. Les résultats de cette étude ne seront toutefois pas disponibles avant 2020 (21).

Enfin, nous pouvons constater que la qualité de vie n'est pas significativement liée à l'âge de la patiente.

4.2.2 Analyse qualitative

Nous avons pu répondre à la problématique principale et mettre en évidence les éléments marquant de la prise en charge en développant 3 axes distincts :

4.2.2.1 Un traumatisme physique et psychologique :

Concernant les concepts mis en évidence par l'analyse de la partie sur les éléments marquants de la prise en charge, on peut voir une nette prédominance de l'évocation de l'alopecie. La redondance de l'évocation de ce symptôme ne signifie pas nécessairement qu'il est le plus fréquemment rencontré, mais en tout cas qu'il s'agit d'un élément marquant dans l'histoire personnelle et le vécu de la patiente, hiérarchiquement prédominant par rapport aux autres éléments (**Graphique 2**).

Intervient en seconde position dans l'évocation des éléments marquants de la prise en charge le caractère mutilant de la chirurgie.

Par ailleurs, même si les patientes mettent majoritairement en avant une bonne prise en charge globale (**Graphique 5**), trois d'entre elles ont exprimé un manque de soutien, d'ordre psychologique pour deux d'entre elles :

Extrait 1 :

«Je trouve que dans des moments pareils, surtout moi qui suis seule, on n'est pas très entouré. Ça manque. Bon je ne sais pas ce qu'il faudrait faire, mais on se sent seule, vraiment seule.»

Extrait 2 :

- *«Vous n'aviez pas pu voir de psychologue?»*
- *«Non, non. On ne me l'a pas proposé. Bon je n'ai pas demandé non plus. Bon j'avoue que je ne suis pas très psy (rires), mais je trouve quand même qu'il y a ce traitement, on arrive le matin pour faire ce traitement, pour faire cette injection, bon ça se passe, après on rentre chez soi, on est seule. Ça manque un petit peu... je ne sais pas... pas de compassion mais enfin bon il faudrait être un petit peu plus entouré, c'est un petit peu juste quoi.»*

Il faut également noter l'impact non négligeable qu'une telle pathologie peut avoir sur l'entourage, élément marquant relaté par deux patientes au cours de cette étude (**Graphique 2**), et volet fondamental de la qualité de vie (**Graphique 3**) :

Extrait 3 :

- *«Qu'est-ce qui vous a le plus marqué dans toute l'histoire de votre maladie?»*
- *«Ben c'est peut-être la peine que j'ai fait à mon entourage, à mon mari surtout. Parce que j'le voyais malgré tout malgré son sourire et tout, c'était anxieux, forcément, mais encore une fois j'peux vous dire que j'ai plutôt pas trop mal pris la chose hein quand même.»*

L'analyse des *verbatim* permet par ailleurs de mettre en évidence l'importance que peut avoir le soutien accordé (ou non) par les proches :

Extrait 4 :

- *«Qu'est-ce qui vous a le plus marqué dans toute l'histoire de votre maladie ? Positivement ou négativement ?»*
- *«Négativement, mon compagnon vraiment pfff, comment vous dire ? Ça ne l'a pas dérangé du tout.»*
- *«Et c'est ça qui vous a travaillé?»*
- *«Oui ça m'a beaucoup... Mes enfants sont venus. Ils n'habitent pas ici. Ils se sont occupés d'moi. J'ai une cousine qui vient souvent qui s'occupe de moi aussi. Mais mon compagnon zéro.»*

Extrait 5 :

«J'ai tellement été bien accompagnée tout le temps quand j'ai été malade que ça m'a sauvée.»

4.2.2.2 Une qualité de vie perfectible :

Nous avons demandé aux patientes de nous dévoiler les éléments qui selon elles définissent leur qualité de vie. Bien que la question puisse paraître assez vaste et subjective, nous retrouvons beaucoup de similarités dans les éléments de réponse qu'elles nous ont délivré, avec une nette prédominance des activités physiques, représentées par les tâches ménagères, la marche, les sorties et les activités sportives.

L'analyse des limitations des activités nous permet de mettre en évidence une certaine similitude de ces concepts avec les éléments spontanément désignés par les patientes comme étant des composantes de leur qualité de vie. Cette analyse permet de faire ressortir un attachement des patientes au maintien des activités physiques en premier lieu (tâches ménagères, marche, sport), suivi par un désir de maintien des activités sociales (entourage, loisir).

Un autre point semblant important à évoquer concerne le vécu de la prise en charge : l'analyse de cette partie nous permet de mettre en évidence une mise en cause importante des traitements par les patientes dans l'altération de la qualité de vie. En effet, dix patientes sur les trente interrogées jugent directement comme responsables de cette altération les différentes thérapeutiques mises en œuvre. Différentes raisons sont pointées du doigt, comme l'agressivité de la thérapeutique mais aussi le caractère chronophage de la prise en charge :

Extrait 6 :

«Je pense que déjà à partir d'un certain âge la chimio doit fatiguer beaucoup plus que des personnes de 40 ou 50 ans. Même si c'est un traitement moins lourd. On n'a plus la même capacité à supporter les traitements, mais je vois que ça m'fatigue beaucoup et puis c'est tout (...) si ça continue comme ça, je vais tout arrêter. De toute façon, je ne guérirai pas. Prolonger, mais pour une qualité de vie médiocre... J'ai trop perdu par rapport à c'que j'étais avant. »

Extrait 7:

«Le traitement bien sûr, il faut le supporter le traitement. Moi ce qui me gêne le plus c'est parce qu'on me fait des piqûres 2 fois par jour et plus là, c'est vraiment ... ça fait 2 ans quand même vraiment on me supprimerait les piqûres ça irait tout seul.»

Extrait 8:

«Ben oui on est coincé on sait jamais à quelle sauce on va me manger : on avait réservé à Marseillan et on n'a pas pu y aller. On peut plus réserver maintenant.»

4.2.2.3 Le développement positif post-traumatique :

Comme il a été relaté dans les résultats, la notion prédominante concernant le vécu des patientes est celle du relativisme. Dans cette catégorie, nous retrouvons à la fois des patientes se disant « *qu'il y a toujours pire que soi* », Mais aussi des patientes appréciant plus la valeur de la vie après avoir survécu à une maladie potentiellement mortelle, notion verbalisée notamment par deux patientes :

Extrait 9:

« J'apprécie peut-être plus ma vie maintenant que j'ai eu cette maladie. »

Extrait 10:

«C'est-à-dire Docteur qu'on ne voit pas les choses de la même façon. Autrefois, je me faisais du souci pour des petites choses, tandis que là, après être passée par une épreuve vraiment importante comme celle-ci, je vois les choses autrement, j'entends mieux les p'tits oiseaux, j'entends tout, je suis plus à l'écoute vous voyez.»

La constatation de ce « développement positif post-traumatique » reste cependant à nuancer, plusieurs patientes exprimant un vécu « négatif » de la maladie (mécontentement, difficulté d'acceptation, dégoût de la situation), et certaines patientes exprimant une peur latente d'une éventuelle rechute après guérison :

Extrait 11 :

« Evidemment, on a une épée de Damoclès au-dessus de la tête ».

Les résultats de cette étude se rapprochent de ceux obtenues par l'étude qualitative réalisé pour les travaux de thèse de Le Lorain **(22)** traitant également de la qualité de vie chez des femmes atteintes d'un cancer du sein, tout âge confondu. Nous y retrouvons une notion prédominante de développement positif post-traumatique évoquée par les patientes (bien que l'impact négatif y soit également évoqué), ainsi que l'importance du retentissement de la pathologie sur l'entourage. Le concept de développement positif post-traumatique est également retrouvé dans les résultats mis en évidence en 2002 par Fisher et Tarquino **(23)** selon lesquels la survenue d'un cancer chez une personne permettrait le développement de l'affection, de la confiance accordée aux autres, de l'appréciation de la vie et de la patience, aux détriments d'autres notions telles que la compétition, l'activité professionnelle ou la sexualité. Ce dernier élément est ici remarquable du fait que sur les trente patientes que nous avons interrogées, quatre seulement ont révélé au cours de la réalisation du questionnaire QLQ-BR23 **(Annexe 2)** être intéressées par la sexualité, soit 13,3% des patientes interrogées, tandis que trois de ces patientes ont déclaré avoir encore une activité sexuelle soit 10% de la population étudiée. Or une étude réalisée en 2004 sur la sexualité dans le monde auprès de 26 000 personnes âgées de 40 à 80 ans dans 29 pays révélait qu'un grand nombre de personnes âgées demeuraient intéressées par la sexualité : en effet, cette étude révélait que 37% des femmes âgées de 70 à 80 ans étaient toujours intéressées par leur sexualité, tandis que 24% des femmes de cette même population avaient encore des rapports sexuels au moins une fois par semaine **(24)**. Les données chiffrées de notre recherche mises en parallèle avec les conclusions de cet article vont donc là encore dans le sens des résultats décrits par les professeurs Fisher et Tarquino.

Concernant la survenue d'effets secondaires, il aurait été intéressant de pouvoir comparer les occurrences de ce concept avec des données chiffrées quantifiées concernant la population générale. Malheureusement, au cours de nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas retrouvé que de telles études aient été réalisées. L'étude *CANTO* (21) évoquée dans l'analyse quantitative pourrait permettre à terme d'effectuer des travaux dans ce sens.

4.3 LIENS ENTRE LA QUALITE DE VIE ET LES AUTRES VARIABLES MESUREES

L'un des objectifs secondaires étaient d'établir des liens entre la qualité de vie et les autres variables étudiées, notamment les variables de terrain et les autres variables mesurées par le QLQ-C30 et le QLQ-B23.

Nous pouvons constater que les comorbidités sont significativement corrélées à la qualité de vie : plus il y a de comorbidité, moins bonne est la qualité de vie. Ce résultat semble aisément justifiable, chaque pathologie engendrant sa propre symptomatologie, ces dernières s'accumulant donc avec les comorbidités, et alourdissant les signes physiques et le pronostic fonctionnel des patientes.

La mesure de l'ADL en revanche ne montre pas de différences significatives de qualité de vie, bien que cela soit le cas pour une autre variable représentant le niveau de dépendance des patientes, à savoir le nombre d'heures d'aides à domicile, qui est inversement corrélé à la qualité de vie. Nous pouvons donc dire qu'il existe un lien significatif entre qualité de vie et dépendance, et donc que plus la dépendance est importante, moins bonne est la qualité de vie.

L'étude de Peuckmann et al. (19) montre une différence significative de qualité de vie selon le fait de vivre seule ou non, tandis que notre étude n'a pas démontré de significativité dans ce sens. Cela s'explique par le fait que l'étude danoise prend en compte l'ensemble des patientes incluses dans l'étude, tout âge confondu, tandis que notre étude ne prend en compte que des patientes d'âge avancé, dont le fait de vivre seule est probablement vécu différemment que chez des patientes plus jeunes (les patientes interrogées vivant seules sont pour la plupart des femmes veuves ayant été accompagnées jusqu'au décès de leur compagnon, ce qui n'est pas forcément le cas des patientes jeunes vivant seules).

Les nombreuses corrélations retrouvées entre la qualité de vie et ses différentes composantes permettent d'apprécier la pertinence des questionnaires de qualité de vie utilisés dans notre étude. Nous pouvons observer que plus le niveau d'activités physiques, émotionnelles et sociales est important, meilleure est la qualité de vie. De même, la faculté d'accomplir des fonctions exécutives courantes (tâches habituelles de la vie quotidienne) de manière autonome est positivement corrélée à la qualité de vie. En revanche, les corrélations négatives établies entre la qualité de vie d'une part et

les effets indésirables spécifiques des traitements, l'anorexie et les vomissements d'autre part montrent que plus l'une de ces variables est d'un niveau faible, plus la qualité de vie sera importante et inversement.

L'analyse factorielle permet d'établir que la qualité de vie, les activités physiques, les fonctions exécutives, les fonctions émotionnelles, les activités sociales, la fatigue, les nausées, l'anorexie, les effets indésirables spécifiques des traitements, les comorbidités et l'ADL sont des données significativement liées entre elles, de même que l'image corporelle, les symptômes mammaires, les symptômes brachiaux et l'âge, résultats tout à fait logiques, la présence de ces symptômes signant une altération de l'image corporelle, que l'on peut considérer comme ayant une valeur amoindrie avec l'âge.

4.4 DISCUSSION GENERALE

4.4.1 Evolutivité de la maladie

Les résultats de notre étude qualitative permettent d'expliquer ceux discordant exprimés par notre étude quantitative concernant l'évolutivité de la maladie : en effet, nous retrouvons une meilleure qualité de vie globale chez les patientes diagnostiquées aux stades T1 et T4 que chez celles diagnostiquées aux stades T2 et T3. De même, une meilleure qualité de vie était observée chez les patientes présentant un envahissement ganglionnaire. Ces résultats s'expliquent par le fait que le score de qualité de vie n'est pas seulement une donnée numérique mais également une approximation subjective donnée par chaque patiente, nous permettant de penser qu'outre l'évolution locale, plus la maladie est évoluée sur le plan systémique, plus cela amène les patientes à réévaluer positivement l'estimation qu'elles font de leur qualité de vie, la nature traumatisante de leur expérience pouvant les amener à mieux apprécier celle-ci, cela s'exprimant par le développement post-traumatique évoqué ci-dessus.

4.4.2 Effets secondaires des traitements

L'absence de différence significative de qualité de vie à distance quelle que soit la thérapeutique reflète le peu d'impact des traitements à distance de la prise en charge, cette hypothèse étant corroborée par l'absence de différence significative de qualité de vie à distance malgré les différents types d'effets secondaires ressentis en cours de traitement. Ces propos sont à nuancer du fait d'une différence significative retrouvée chez les patientes ayant présenté des neuropathies, ce qui peut s'expliquer par le fait que celles-ci peuvent persister à long terme et générer des séquelles après l'administration d'une chimiothérapie neurotoxique. Il s'agit le plus souvent de neuropathies périphériques se traduisant par des dysesthésies, des paresthésies, des troubles de la proprioception et des manifestations douloureuses, pouvant être liées aux sels de platine, aux alcaloïdes de pervanche et aux taxanes. L'amélioration après arrêt des traitements incriminés est parfois incomplète, ceux-ci occasionnant des séquelles dans 30% des cas (25).

L'analyse quantitative ne retrouve pas de différence significative de qualité de vie selon la présence de symptômes mammaires, de symptôme brachiaux ou selon l'altération de l'image corporelle. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'étude ait été réalisée en incluant des personnes âgées uniquement, dont l'altération de l'image corporelle aurait une incidence moindre que chez des femmes plus jeunes.

La mise en avant de l'alopecie et de la chirurgie dans les éléments marquants au cours de notre étude qualitative est intéressante du fait de l'évocation en premier plan de ce qui renvoie à l'image corporelle, contrairement aux constatations faites dans notre analyse quantitative univariée : en effet, l'alopecie ainsi que la chirurgie mammaire peuvent remettre en cause la féminité et donc l'identité de la personne en tant que femme ; de même, le pouvoir de séduction, la reconnaissance par autrui de cette identité féminine, peut constituer un traumatisme narcissique difficile à assumer (26). Il existe donc fatalement dans la plupart des cas une atteinte de l'image corporelle et de l'identité psychologique de la patiente, où l'intégrité du corps est remise en question et témoigne indirectement de la gravité de la maladie. Les résultats de notre analyse factorielle abondent dans ce sens via l'axe « d'intégrité physique » qui met en évidence une image corporelle d'avantage atteinte avec la présence de symptômes mammaires et brachiaux, conséquences direct de la chirurgie.

4.4.3 Vécu de la maladie

Concernant le vécu de la maladie, il est important de rappeler que quelle que soit la durée de l'intervalle libre entre la phase thérapeutique et l'entretien, les patientes ont toujours en mémoire le vécu de leur pathologie et de leur traitement, aucune n'ayant signalé ne plus se souvenir des faits, et certaines les relatant même avec précision, allant jusqu'à préciser les dates clés de la prise en charge. Il n'est pas inopportun de penser que cette mémoire des événements est représentative d'une «emprunte» laissée par ce vécu, qui continue d'être perçue comme un élément délétère de leur vie par les patientes interrogées.

4.5 APPLICATIONS

4.5.1 Lutte contre les neuropathies

Concernant les effets secondaires des traitements, il convient de limiter au maximum les effets neurotoxiques de ces derniers. La recherche d'une neuropathie doit être systématiquement effectuée à chaque cure afin de discuter de la poursuite ou non du traitement en fonction des alternatives disponibles dans le but d'éviter l'aggravation et la chronicité des symptômes. Dans ce sens, il est primordial d'effectuer un suivi rapproché et très rigoureux des patientes. Des moyens pour renforcer la détection précoce existent mais ne sont pas toujours appliqués, tel que le questionnaire *DN4* (27) utilisé pour dépister les douleurs neuropathiques. Dans le cadre de la survenue d'une neuropathie au cours d'une chimiothérapie par TAXOL ou TAXOTERE par exemple, le remplacement de cette thérapeutique par une autre molécule non neurotoxique (GEMZAR, XELODA...) doit permettre de réduire l'incidence de ces effets secondaires. D'autres alternatives existent, comme diminuer les doses du produit incriminé, ou créer une fenêtre thérapeutique.

4.5.2 Maintien de l'autonomie

L'analyse quantitative nous permet de mettre en évidence l'importance de l'autonomie dans la qualité de vie, notamment via le nombre d'heures d'aides et le maintien des activités physiques. L'importance accordée par les patientes au maintien de cette autonomie est également mise en avant par notre étude qualitative. Il semblerait par conséquent pertinent de s'attacher d'avantage à une rééducation physique des patientes, dans la mesure du possible, plutôt qu'à une mise en place d'aide dès constatation d'une quelconque limitation fonctionnelle, afin que la patiente puisse conserver un maximum d'autonomie, ce qui lui permettrait de ne pas se sentir « diminuée » (bien qu'à terme, la mise en place d'aide soit une étape « inéluctable », il semble préférable de la retarder le plus possible). Un rapport de l'*IRDES* (28) datant de mars 2014 est justement axé sur cette thématique. Il préconise le renforcement de la prévention de la perte d'autonomie via 5 axes distincts :

- La prévention des chutes
- La vaccination, notamment antigrippale
- La promotion des compétences psychosociales
- La promotion des comportements favorables dans le domaine de la nutrition
- La préservation du maintien à domicile chez les personnes fragiles, notamment via les visites à domicile.

4.5.3 Maintien des activités sociales

Les résultats de l'analyse quantitative ainsi que ceux de l'analyse qualitative nous amènent également à penser qu'il est nécessaire de promouvoir un maintien des activités sociales : si l'entourage ne permet pas une vie sociale épanouie, il semble utile de stimuler la patiente à la participation d'activités pouvant enrichir cette vie sociale, en la mettant en contact avec des groupes de paroles ou des « clubs » pour personnes âgées par exemple. Certaines activités sont d'ores et déjà développées au sein de notre service tel que l'art-thérapie, des sorties de danse, en salons de thé ou bien encore en thalassothérapie. Des groupes d'échanges ont également été mis en place par l'équipe paramédicale. Malheureusement, le maintien de telles pratiques nécessite du temps, de la disponibilité et du matériel dont l'équipe ne dispose qu'en quantité limitée, ces pratiques ne s'appuyant que sur la base du bénévolat et ne pouvant être réalisées que durant le temps libre des professionnels de santé intervenants.

4.5.4 Renforcement des supports psychologiques

Les éléments développés dans l'analyse qualitative concernant la mise en évidence d'un traumatisme psychologique permettent de remettre en question nos pratiques, car si une cellule psychologique est bien en place dans notre service, celle-ci mérite probablement d'être renforcée, et son accès proposé systématiquement aussi bien aux malades qu'à leur entourage, afin de palier à ces « manquements » mis en avant par les patientes.

Il convient également de tirer des conclusions sur l'impact très important des modifications physiques subies par les patientes en limitant autant que possible les toxicités, notamment les produits alopeciants, et en renforçant là encore nos ressources et nos collaborations avec les chirurgiens et les socio-esthéticiens.

4.5.5 Relation patients-médecins

Concernant le vécu de la prise en charge, cette étude pourrait permettre de remettre en question notre pratique médicale en vue de réajuster les thérapeutiques afin d'être plus en accord avec les attentes des patientes : ces traitements jugés trop agressifs sont peut-être le reflet d'une carence de la relation soignant-soigné et d'un défaut de communication, point sur lequel il conviendrait de travailler plus amplement afin de répondre au mieux à ces attentes.

4.5.6 Poursuite de l'étude

Notre étude a été volontairement limitée aux patientes suivies à distance de la prise en charge initiale. Le questionnaire portait sur l'état de santé actuel des patientes interrogées, et ne prenait pas en compte les éléments survenus au moment de la prise en charge mais uniquement ceux survenus au cours de la semaine précédant l'entretien. Une enquête menée en période thérapeutique aurait sûrement souffert de la mise au premier plan des conséquences physiques immédiates des traitements et non du ressenti global que l'on analyse à distance. Il serait intéressant de poursuivre ce travail dans ce sens, en complément de celui déjà réalisé, les scores QLQ-C30 et QLQ-BR23 risquant d'en être fortement modifié. Une étude prospective proposée aux patientes atteintes de cancer du sein permettrait d'avoir une idée de l'évolution de la qualité de vie et des autres variables sur tout le déroulé de la maladie, y compris le long terme, avec réalisation des mêmes questionnaires chez les mêmes patientes à plusieurs années d'intervalle.

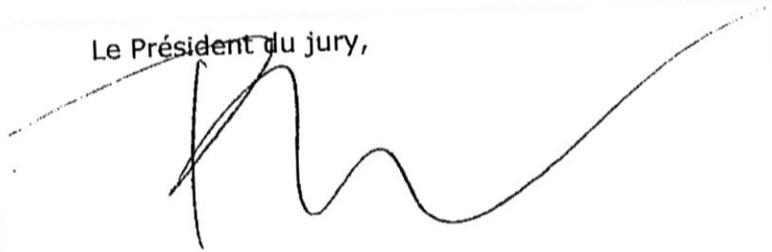
CONCLUSION

L'évaluation de la qualité de vie est un enjeu majeur dans la prise en charge des pathologies cancéreuses, particulièrement chez les personnes âgées qui présentent d'emblée une fragilité de par leur âge et les comorbidités dont elles peuvent être atteintes.

Cette étude menée sur 30 patientes de plus de 65 ans atteintes d'un cancer du sein à distance de la prise en charge initiale montrait dans sa partie quantitative un impact significatif des comorbidités, de la dépendance (via le nombre d'heures d'aides à domicile nécessaires) et de l'évolution tumorale locale sur la qualité de vie. La prise en charge thérapeutique initiale semblait en revanche n'avoir que peu d'impact sur celle-ci, mis à part pour ce qui est des retentissements neurologiques chimio-induits, du fait de la persistance de ces derniers à long terme, pouvant s'avérer invalidants pour les patientes.

La partie qualitative permettait quant à elle de mettre en évidence un impact majeur de l'alopecie induite par la chimiothérapie, du préjudice esthétique et de la limitation des activités (induites ou non par la thérapeutique) sur la qualité de vie. Les patientes exprimaient cependant une certaine forme de relativisme, permettant de mettre en évidence un développement positif post-traumatique.

Cette étude nous incite à remettre en cause nos pratiques et à mettre en œuvre les mesures nécessaires au maintien d'une bonne autonomie et à la lutte contre les neuro-toxicités chimio-induites et les préjudices esthétiques induits par les traitements. Il nous incite également à renforcer nos collaborations avec d'autres professionnels de santé (tels que les chirurgiens et les psychologues) et à développer des activités qui permettraient de concourir au bien être des patientes. Au-delà de la bataille de la survie des patientes après la prise en charge d'un cancer du sein, le challenge de la qualité de la survie doit être au cœur de notre prise en charge.

Le Président du jury,

Pr. P. JOUANNY

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 30 septembre 2016

Le Doyen

Pr. F. HUET

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Leone, N., Voirin, N., Roche, L., Binder-Foucard, F., Woronoff, A.S., Delafosse, P., Remontet, L., Bossard, N., Uhry, Z. (2015). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015 : Rapport technique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. 62 p.
- 2 - Caternet, J., Potard, I., Molines, C., Negre, H., Retornaz, F. (2010). État de santé des sujets âgés antérieurement traités pour un cancer: étude rétrospective dans une unité de court séjour gériatrique - Retrospective study of the health status of older cancer survivors in an acute care geriatric unit. *JOG, le journal d'oncogériatrie*, 1 (5), p.225-229
- 3 - Repetto, L., Balducci, L. (2002). A case for geriatric oncology. *The Lancet Oncology*, 3 (5), p.289-97
- 4 - Moriceau, M., Weber, C. (2007). Cancer chez la personne âgée : démarche oncogériatrique et dépistage des patients fragiles pour une prise en charge optimale. *InfoKara*, (22), p.49-55
- 5 - Extermann, M., Aapro, M., Bernabei, R., Cohen, H.J., Droz, J.P., Lichtman, S. et al. (2005). Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology. *Crit Rev Oncol Hematol*, 55 (3), p.241-52
- 6 - Meslé, F. (2005). Espérance de vie et mortalité aux âges élevés. *Retraite et société*, (45), p.89-113
- 7 - Biraben, J.N. (1988). Les progrès de la médecine. In Dupâquier, J. (dir). Histoire de la population française : Tome IV. Paris : Presse universitaire de France, Paris, p.263-277
- 8 - Keating, N.L., Norredam, M., Landrum, M.B., Huskamp, H.A., Meara E. (2005). Physical and mental health status of older long-term cancer survivors. *J Am Geriatr Soc*, 53 (12), p.2145-52
- 9 - WHOQOL Group Qual Life Res (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL), 2(2), p.153-159
- 10 - Karnofsky, D., Burchenal, J. (1949). The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. In MacLeod, CM. (Ed). Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia University Press, p.196
- 11 - Karnofsky, D., Burchenal J. (1950). Present status of clinical cancer chemotherapy, *Am J Med*, 8 (6), p.767-88

- 12 - Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S.B., de Haes, J.C.J.M., Kaasa, S., Klee, M.C., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K.C.A., Sullivan, M., Takeda, F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology, *Journal of the National Cancer Institute*, 85, p.365-376
- 13 - Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function, *JAMA*, 185, p.914-919
- 14 - Charlson, M.E., Pompei, P., Ales, K.L., MacKenzie, C.R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation, *J Chron Dis*, 40, p.373-383
- 15 - Karsenti, T., Collin, S., (2011). Les logiciels libres d'analyse qualitative : une alternative gagnante, *PanAf Edu*, 2 (4), p. 4-8
- 16 - Edge, S.B., Byrd, D.R., Compton, CC., Fritz, A.G., Greene, FL., Trotti, A. eds. (2010). Classification TNM des cancers du sein. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York: Springer
- 17 - Neuman, W.L. (1991). Social research methods : Qualitative and quantitative approaches. Boston, MA : Allyn and Bacon. 631 p.
- 18 - Sudman, S., Bradburn, N.M. (1974). Response effects in surveys. Chicago : Aldine. 257 p.
- 19 - Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N.K., Møller, S., Groenvold, M., Christiansen, P., Eriksen, J., Sjøgren, P. (2007). Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark, *Breast Cancer Res Treat.*, 104 (1), p.39-46
- 20 - Klein, D. (2011). Qualité de vie et réinsertion à long terme d'un cancer du sein en France. Thèse de doctorat: recherche clinique, innovation technologique, santé publique. Srasbourg: université de Strasbourg, 161 p.
- 21 - UNICANCER. L'étude CANTO : améliorer la qualité de vie des femmes porteuses d'un cancer du sein [en ligne] (page consultée le 26/08/2016).
<http://www.unicancer.fr/rd-unicancer/letude-canto>
- 22 - Le Lorain, S. (2009). Qualité de vie et développement post-traumatique de patientes en rémission à long terme d'un cancer du sein. Thèse de doctorat : Psychologie. Nantes: Université de Nantes, 407 p.
- 23 - Fischer, G.N., Tarquinio, C. (2002). L'expérience de la maladie: Ressources psychiques et changement de valeurs. In Fischer, G.N. (ed) *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod, p. 310-320

24 - Laumann, E.O., Nicolosi, A., Glasser, D.B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., Wang, T. (2004). Sexual problems among women and men aged 40-80 y : Prevalence and correlates identified in the Global study of sexual attitudes and behaviors, *International Journal of Impotence Research*, 17 (1), p. 39-57

25 - Baudoin, D. (2012). Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support: Neuropathie périphérique et cancer. AFSOS. 48 p.

26 - Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique, *l'information psychiatrique*, 85, p. 247-254

27 - Bouhassira, D., Attal, N., Fermanian, J., Alchaar, H., Gautron, M., Masquelier, E., Rostaing, S., Lanteri-Minet, M., Collin, E., Grisart, J., Boureau, F. (2004). Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory, *Pain*, 108(3), p.248-257

28 - Sirven, N., Bourgueuil, Y. (2014). La prévention de la perte d'autonomie. La fragilité en questions. Apports, limites et perspectives, LIRAES et IRDES, 06-07/03/2014, Paris (FRA), 118 p.

ANNEXES

Annexe 1 : Evaluation de la qualité de vie – EORTC QLQ-C30

Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors?	1	2	3	4
4. Etes-vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux W.C.?	1	2	3	4
6. Etes-vous limitée d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous?	1	2	3	4
7. Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous?	1	2	3	4
8. Avez-vous eu le souffle court?	1	2	3	4
9. Avez-vous eu mal?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous sentie faible?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur)?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipée?	1	2	3	4
17. Avez-vous eu de la diarrhée?	1	2	3	4
18. Etiez-vous fatiguée?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous sentie tendue?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous sentie irritable?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous sentie déprimée?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie FAMILIALE?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités SOCIALES (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma...)?	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	1	2	3	4

POUR LES QUESTIONS SUIVANTES, VEUILLEZ REpondre EN ENTOURANT LE CHIFFRE ENTRE 1 ET 7 QUI S'APPLIQUE LE MIEUX A VOTRE SITUATION.

29. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre ETAT PHYSIQUE au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais			Excellent			

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre QUALITE DE VIE au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais			Excellent			

Annexe 2 : Evaluation de la qualité de vie – EORTC QLQ-BR23

Au cours de la semaine passée	Pas du tout	Un peu	assez	beaucoup
31. Avez-vous eu la bouche sèche?	1	2	3	4
32. Votre nourriture et vos boissons avaient-ils un goût inhabituel?	1	2	3	4
33. Vos yeux étaient-ils douloureux, irrités ou humides?	1	2	3	4
34. Avez-vous perdu des cheveux ?	1	2	3	4
35. Ne répondez à cette question que si vous avez perdu vos cheveux : Avez-vous été préoccupé par cette perte de cheveux?	1	2	3	4
36. Vous êtes-vous senti malade?	1	2	3	4
37. Avez-vous eu des bouffées de chaleur?	1	2	3	4
38. Avez-vous eu des maux de tête?	1	2	3	4
39. Vous êtes-vous senti moins attractive sexuellement du fait de votre maladie ou du traitement?	1	2	3	4
40. Vous êtes-vous senti moins féminine du fait de votre maladie ou du traitement?	1	2	3	4
41. Trouviez-vous difficile le fait de vous voir nue?	1	2	3	4
42. Avez-vous été insatisfaite de votre corps?	1	2	3	4
43. Avez-vous été inquiète au sujet de votre santé à l'avenir?	1	2	3	4

<i>Au cours des 4 dernières semaines</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Assez</i>	<i>Beaucoup</i>
44. Dans quelles proportions avez-vous été intéressée par une activité sexuelle?	1	2	3	4
45. Dans quelles proportions avez-vous été sexuellement active?	1	2	3	4
46. Ne répondez à cette question que si vous avez été sexuellement active : Dans quelles proportions votre activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir?	1	2	3	4

<i>Au cours de la semaine passée</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Assez</i>	<i>Beaucoup</i>
47. Avez-vous ressenti une douleur au niveau de votre bras ou de votre épaule?	1	2	3	4
48. Votre bras ou votre main ont-ils augmentés de volume?	1	2	3	4
49. Avez-vous ressenti des difficultés à déplacer votre bras?	1	2	3	4
50. Avez- vous ressentit une douleur en regard de la zone atteinte de votre sein?	1	2	3	4
51. La zone atteinte de votre sein vous paraît-elle avoir augmenté de volume?	1	2	3	4
52. La zone atteinte de votre sein vous paraît-elle sensible?	1	2	3	4
53. Avez-vous eu des problèmes de peau sur ou dans la zone atteinte (sécheresse, démangeaisons, pertes)?	1	2	3	4

Annexe 3 : Evaluation de l'autonomie – ECHELLE ADL DE KATZ

Hygiène Corporelle	Autonome	1
	Aide partielle	½
	Dépendant	0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage	1
	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser	½
	Dépendant	0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.	1
	Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller.	½
	Ne peut aller aux toilettes seul	0
Locomotion	Autonomie	1
	A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant)	½
	Grabataire	0
Continence	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	½
	Incontinent	0
Repas	Se sert et mange seul	1
	Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit	½
	Dépendant	0

TOTAL= .../6

Annexe 4 : Evaluation des comorbidités – SCORE DE CHARLSON

<i>Comorbidités</i>	<i>Score</i>	
Infarctus du myocarde	1	...
Insuffisance cardiaque	1	...
Artériopathie des membres inférieurs	1	...
Maladie cérébro-vasculaire	1	...
Démence	1	...
Maladie pulmonaire chronique	1	...
Connectivite	1	...
Maladie ulcéreuse gastro-duodénale	1	...
Hépatopathie mineure	1	...
Diabète non compliqué	1	...
Hémiplégie	2	...
Insuffisance rénale modérée ou sévère	2	...
Diabète compliqué	2	...
Cancer	2	...
Leucémie	2	...
Lymphome	2	...
Hépatopathie modérée ou sévère	3	...
Cancer métastasé	6	...
SIDA	6	...
Facteur ÂGE	1 point pour chaque décade > 40 ans	...

TOTAL= ...

Annexe 5 : Statut TNM (13)

- T1 = tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
- T2 = volume de la tumeur comprise entre les valeurs suivantes : $2\text{cm} < T \leq 5\text{cm}$
- T3 = tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension
- T4 = tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique, soit à la peau

- N- = absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique
- N+ = envahissement ganglionnaire

- M0 = absence de métastases à distance
- M1 = présence de métastase(s) à distance

Annexe 6 : Tableaux des corrélations

Tableau 3 : corrélation entre la qualité de vie et le terrain

	<i>Corrélation</i>	<i>Nombre</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<i>Etat de santé global-QDV/100, Age</i>	-0,270	30	-1,440	0,1500
<i>Etat de santé global-QDV/100, Nombre d'heures d'aide</i>	-0,614	30	-3,715	,0002
<i>Etat de santé global-QDV/100, Délai de suivi</i>	-0,216	30	-1,138	0,2552
<i>Etat de santé global-QDV/100, ADL</i>	0,295	30	1,582	0,1136
<i>Etat de santé global-QDV/100, Score de Charlson</i>	-0,351	30	-1,903	0,0571

Tableau 4 : corrélation entre la qualité de vie et ses différentes composantes

	<i>Corrélation</i>	<i>Nombre</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
<i>Etat de santé global-QDV/100, fatigue/100</i>	-0,799	30	-5,691	<,0001
<i>Etat de santé global-QDV/100, activités physiques/100</i>	0,647	30	3,998	<,0001
<i>Etat de santé global-QDV/100, activités sociales/100</i>	0,637	30	3,913	<,0001
<i>Etat de santé global-QDV/100, effets indésirables des traitements/100</i>	-0,635	30	-3,896	<,0001
<i>Etat de santé global-QDV/100, fonctions exécutives/100</i>	0,559	30	3,28	0,001
<i>Etat de santé global-QDV/100, anorexie/100</i>	-0,545	30	-3,174	0,0015
<i>Etat de santé global-QDV/100, émotion/100</i>	0,526	30	3,035	0,0024
<i>Etat de santé global-QDV/100, Nausées-vomissements/100</i>	-0,497	30	-2,834	0,0046
<i>Etat de santé global-QDV/100, perspective d'avenir/100</i>	0,29	30	1,554	0,1203
<i>Etat de santé global-QDV/100, symptômes mammaires/100</i>	-0,264	30	-1,402	0,1608
<i>Etat de santé global-QDV/100, fonctions cognitives/100</i>	0,25	30	1,329	0,1838
<i>Etat de santé global-QDV/100, dyspnée/100</i>	-0,249	30	-1,321	0,1865
<i>Etat de santé global-QDV/100, douleurs/100</i>	-0,244	30	-1,293	0,1961
<i>Etat de santé global-QDV/100, symptômes brachiaux/100</i>	-0,242	30	-1,28	0,2005
<i>Etat de santé global-QDV/100, activités sexuelles/100</i>	0,16	30	0,838	0,402
<i>Etat de santé global-QDV/100, image corporelle/100</i>	0,154	30	0,808	0,419
<i>Etat de santé global-QDV/100, perturbation par la perte de cheveux/100</i>	-0,148	7	-0,299	0,7652
<i>Etat de santé global-QDV/100, diarrhées/100</i>	-0,091	30	-0,473	0,6363
<i>Etat de santé global-QDV/100, insomnies/100</i>	0,028	30	0,147	0,8833
<i>Etat de santé global-QDV/100, constipation/100</i>	0,008	30	0,04	0,9682

Annexe 7: Test-t de Student

Tableau 5 : Test-t Vit seule ou accompagné

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » : Vit seule O/N					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Vit seule, ne vit pas seule</i>	0,617	28	0,091	0,9279	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » : Vit seule O/N					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviation Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
<i>Vit seule</i>	12	63,183	409,592	20,238	5,842
<i>Ne vit pas seule</i>	18	63,8	275,326	19,863	5,129

Tableau 6 : Test-t Aides à domicile

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » : Aides à domicile O/N					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Aides à domicile, non</i>	10,306	28	1,626	0,1151	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » : Aides à domicile O/N					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviation Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
<i>Aides à domicile</i>	16	58,744	417,236	20,426	5,107
<i>non</i>	14	69,050	164,397	12,822	3,427

Tableau 7 : Test-t patientes bénéficiaires de l'APA

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » : APA O/N					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>APA, non</i>	11,483	28	1,819	0,0796	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » : APA O/N					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviation Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
<i>APA</i>	13	57,046	495,474	22,259	6,174
<i>non</i>	17	68,529	141,981	11,916	2,890

Tableau 9 : Test-t stades T simplifié deux à deux

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100				
Variable « groupe » : T simplifié				
Ecart théorique=0				
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
T1, T2	15,073	22	2,004	0,0575
T1, T3	13,207	16	1,302	0,2113
T1, T4	-6,227	16	-0,618	0,5456
T2, T3	-1,867	10	-0,155	0,8798
T2, T4	-21,300	10	-1,784	0,1047
T3, T4	-19,433	4	-2,646	0,0572

Tableau 10 : Test t évolution ganglionnaire

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » : Ganglions O/N					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
N+, N-	12,247	28	1,971	0,0586	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » : Ganglions O/N					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviation Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
N+	16	69,269	154,482	12,429	3,107
N-	14	57,021	442,430	21,034	5,622

Tableau 11 : Test t évolution métastatique

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » : Métastases O/N					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Métastases, pas de métastases	4,264	28	0,482	0,6332	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » : Métastases O/N					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviation Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
métastases	5	60,000	776,390	27,864	12,461
Pas de métastases	25	64,264	250,312	15,821	3,164

Tableau 12 : Test-t chimiothérapie

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » : Chimiothérapie O/N					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Chimiothérapie, non</i>	-1,179	28	-0,121	0,9044	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » : Chimiothérapie O/N					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviati on Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
<i>chimiothérapie</i>	26	63,396	326,481	18,069	3,544
<i>non</i>	4	64,575	340,649	18,457	9,228

Tableau 13 : Test-t hormonothérapie

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » : Hormonothérapie O/N					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Hormonothérapie, non</i>	-11,354	28	-0,868	0,3929	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » : Hormonothérapie O/N					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviati on Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
<i>hormonothérapie</i>	28	62,796	331,360	18,203	3,440
<i>non</i>	2	74,150	1,445	1,202	0,850

Tableau 14 : Test-t radiothérapie

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » : Radiothérapie O/N					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Radiothérapie, non</i>	-8,254	28	-1,017	0,8167	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » : Radiothérapie O/N					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviati on Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
<i>Radiothérapie</i>	24	65,204	256,180	16,006	3,267
<i>non</i>	6	56,950	593,927	24,371	9,949

Tableau 15 : Test-t Chirurgie

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » :					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Mastectomie, non</i>	-5,932	15	-0,568	0,5784	
<i>Tumorectomie, non</i>	5,358	17	0,574	0,5732	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » :					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviat. Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
<i>mastectomie</i>	11	62,118	296,466	17,218	5,191
<i>tumorectomie</i>	13	62,692	223,824	14,961	4,149
<i>non</i>	6	68,050	676,927	26,018	10,622

Tableau 16 : Test-t Curage ganglionnaire complet

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » : Curage complet O/N					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Curage complet, non</i>	-5,987	28	-0,919	0,3662	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » : Curage complet O/N					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviat. Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
<i>Curage complet</i>	15	60,560	242,585	15,575	4,021
<i>non</i>	15	66,547	394,557	19,863	5,129

Tableau 17 : Test-t Effets secondaires neurologiques

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » : Effets secondaires neuro O/N					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Effets secondaires neuro, non</i>	-17,678	28	-2,500	0,0185	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » : Effets secondaires neuro O/N					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviat. Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
<i>Effets secondaires neuro</i>	7	50,000	324,260	18,007	6,806
<i>non</i>	23	67,678	253,002	15,906	3,317

Tableau 18 : Test-t patientes présentant une reprise évolutive

Test-t séries non appariées pour Etat de santé global-QDV/100					
Variable « groupe » : Evolutif O/N					
Ecart théorique=0					
	<i>Ecart moyen</i>	<i>DDL</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
<i>Evolutif, non evolutif</i>	-5,809	28	-0,882	0,3851	
Info du groupe pour Etat de santé globale – QDV/100					
Variable « groupe » : Evolutif O/N					
	<i>nombre</i>	<i>Moy.</i>	<i>Variance</i>	<i>Déviation Std.</i>	<i>Erreur Std.</i>
<i>Evolutif</i>	13	60,262	499,168	22,342	6,197
<i>Non évolutif</i>	17	66,071	184,387	13,579	3,293

Annexe 8 : Test de Kruskal et Wallis pour le statut T simplifié

Tableau 19 : test de Kruskal-Wallis pour « T » simplifié

Kruskal-Wallis pour Etat de santé global-QDV/100						
Variabes groupe : T simplifié						
<i>DDL</i>	<i># groupes</i>	<i># ex-aequo</i>	<i>H</i>	<i>Valeur de p</i>	<i>H corrigé pour ex-aequo</i>	<i>P corrigé pour ex-aequo</i>
3	4	5	7,330	0,0621	7,597	0,0551
Info. de Kruskal-Wallis pour Etat de santé global-QDV/100						
Variabes groupe : T simplifié						
	<i>Nombre</i>	<i>Somme des rangs</i>	<i>Moyenne des rangs</i>			
T1	15	277,000	18,467			
T2	9	95,000	10,556			
T3	3	28,500	9,500			
T4	3	64,500	21,500			

Annexe 9 : Analyse multivariée

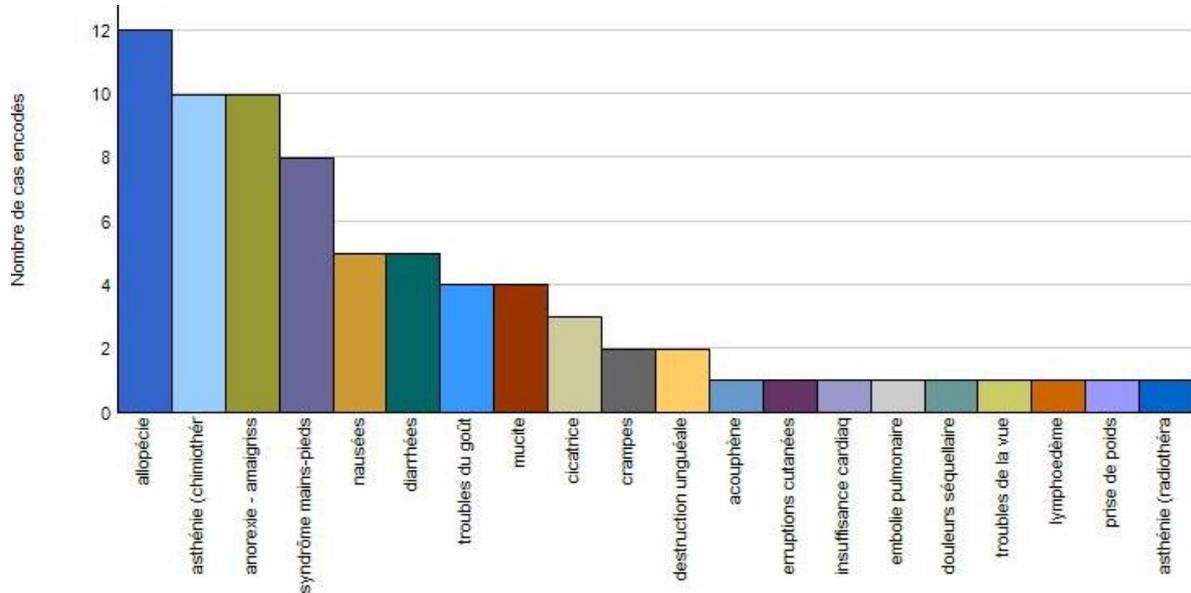
Tableau 20 : Analyse factorielle de la qualité de vie, de ses composantes, de l'âge, de l'autonomie et des comorbidités

			Facteur 1	Facteur 2
Nombre de variables	22	Etat de santé global-QDV/100	,806	-,129
Nombre de facteurs (est.)	11	activités physiques/100	,867	,072
Nombre de facteurs	2	fonctions exécutives/100	,842	-,042
Nombre de cas	30	émotion/100	,696	-,073
Nombre de manquants	0	fonctions cognitives/100	,310	,083
Degrés de liberté	252	activités sociales/100	,784	-,194
Chi 2 de Bartlett	561,090	image corporelle/100	,141	-,622
Valeur de p	<,0001	perspective d'avenir/100	,318	-,401
		fatigue/100	-,870	,117
		Nausées-vomissements/100	-,543	-,260
		douleurs/100	-,479	,016
		dyspnée/100	-,326	-,160
		insomnies/100	,084	,397
		anorexie/100	-,582	-,204
		constipation/100	-,059	-,202
		diarrhées/100	-,181	-,267
		effets indésirables des traitements/100	-,621	,238
		symptômes mammaires/100	-,247	,600
		symptômes brachiaux/100	-,388	,657
		Score de Charlson	-,613	-,393
		Age	-,441	-,516
		ADL/6	,649	,393

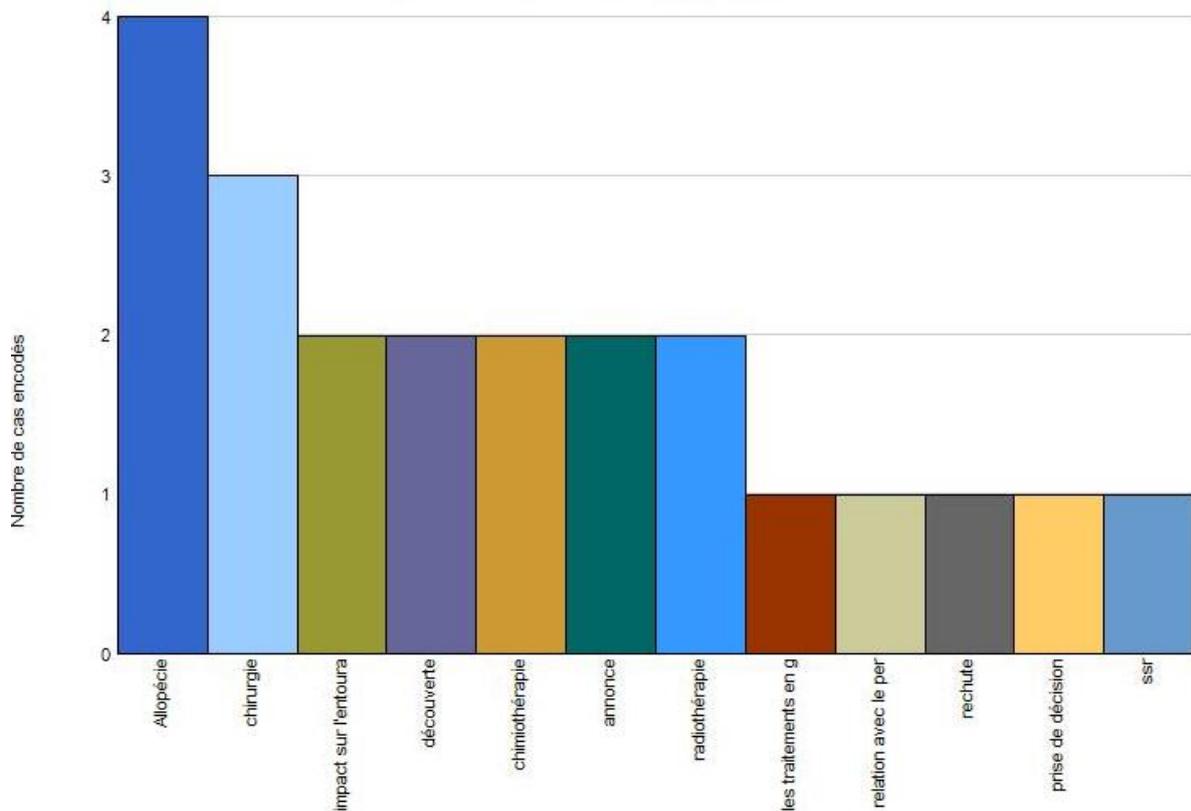
Annexe 10 : Evaluation qualitative – ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

- Quels effets secondaires avez-vous subi suite aux traitements dont vous avez bénéficié ?
- Quels sont à votre sens les différents éléments permettant de déterminer votre qualité de vie ?
- Selon vous, en quoi votre pathologie a modifié votre qualité de vie ?
- Quels champs de votre qualité de vie vous semblent altérés ?
- Comment avez-vous vécu, ressenti cette altération ?
- Quelle part de cette altération attribuez-vous à la prise en charge ? A votre âge ?
- Avez-vous des projets d'avenir immédiat ? à moyen terme ? A long terme ?
- Qu'est-ce qui vous a le plus marqué dans l'histoire de votre maladie ? positivement ?
Négativement ?
- Que pensez-vous que nous aurions pu faire pour améliorer la prise en charge dans ce domaine lorsque l'on vous a traité ? Actuellement ?

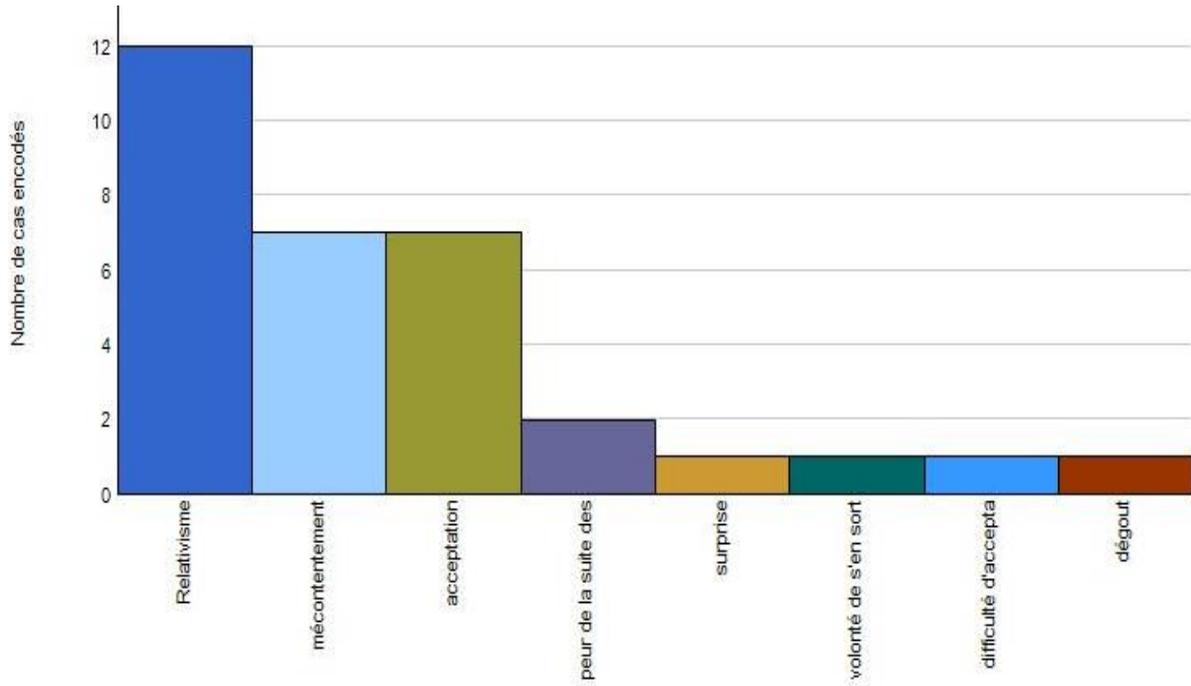
Annexe 11 : Résultats de l'étude qualitative



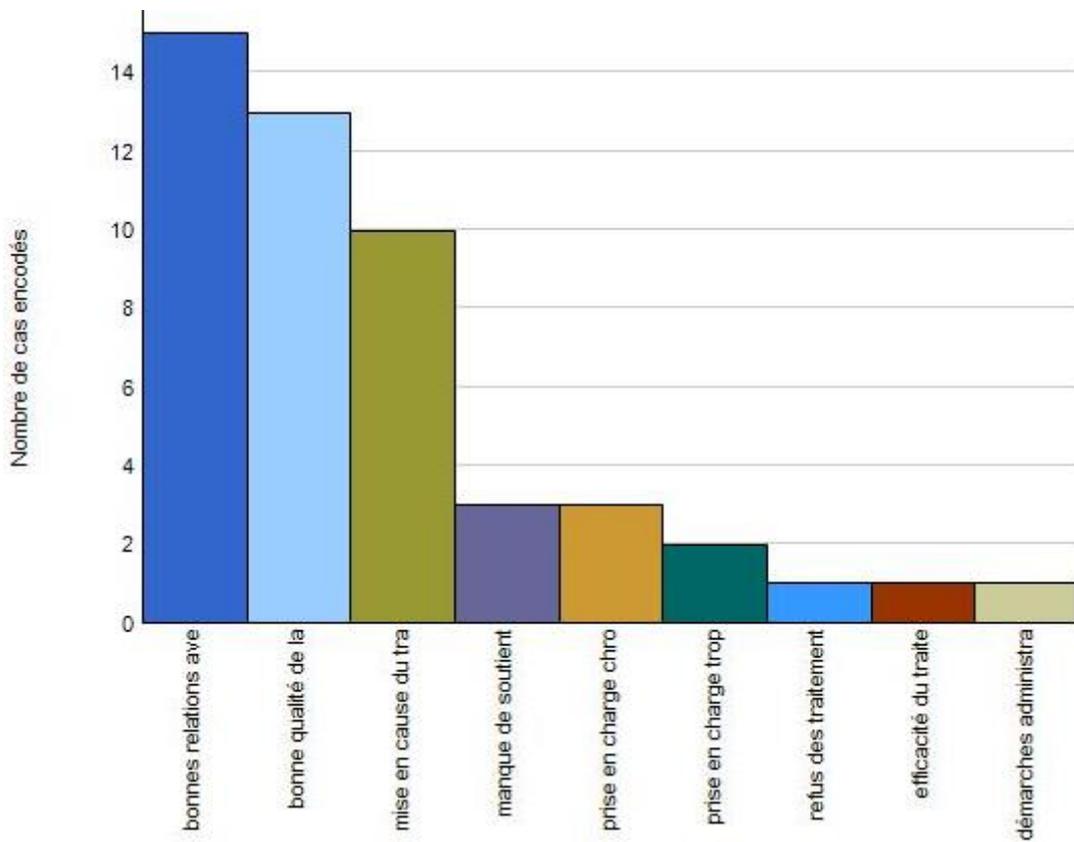
Graphique 2 : Effets secondaires relatés par les patientes



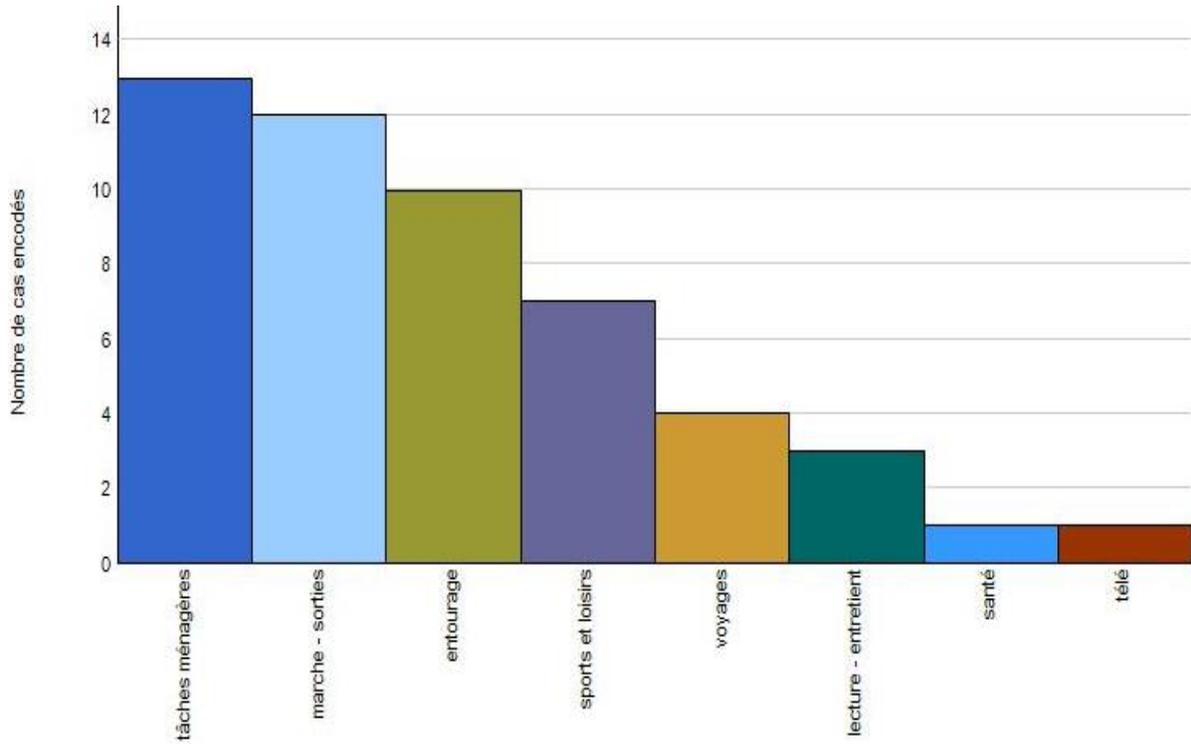
Graphique 3 : Éléments marquants



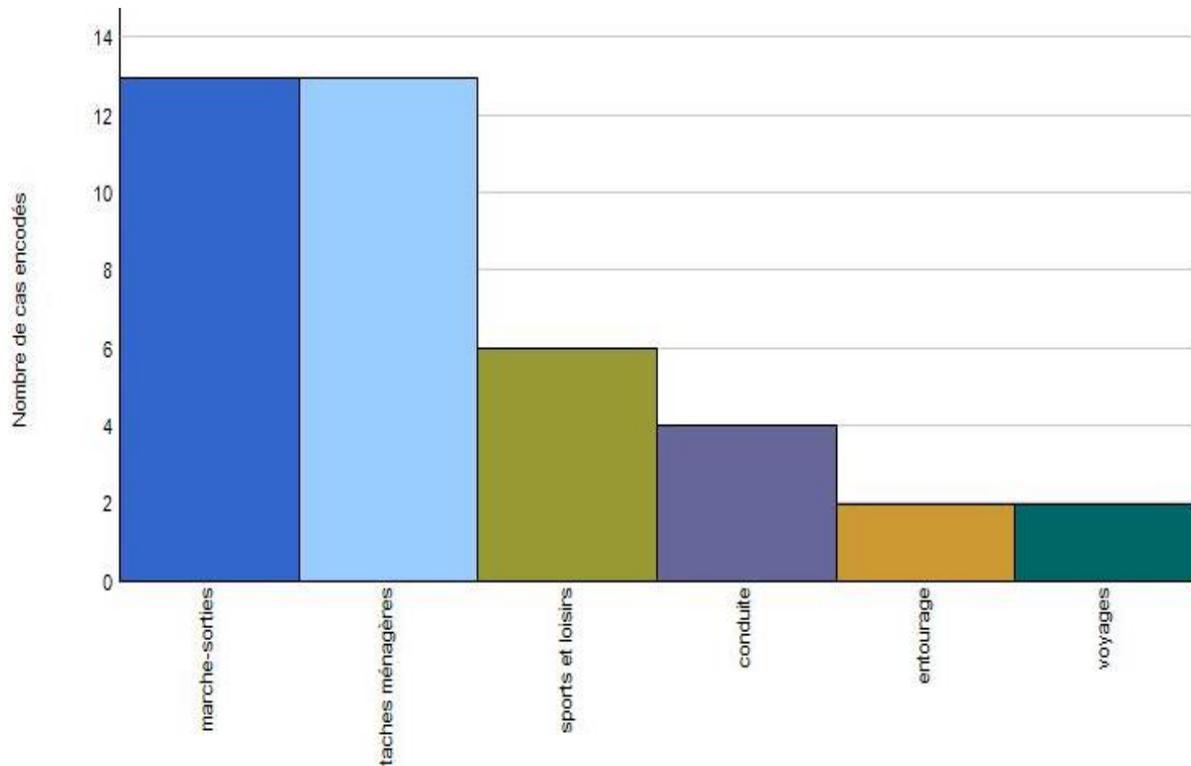
Graphique 4 : Vécu de la maladie



Graphique 5 : Vécu de la prise en charge



Graphique 6 : Éléments de qualité de vie identifiés par les patientes



Graphique 7 : Limitation des activités