

La Qualité de vie comme ressource positive dans la réponse à la chimiothérapie chez des patientes atteintes d'un cancer du sein

Mme Ouandelous Bouteldja Nassima.

Maitre de conférences B, psychologue clinicienne.

Université Mouloud Mammeri Tizi Ouzou.

Faculté des sciences sociales et humaines, Campus Tamda.

Résumé :

L'annonce d'une maladie peut être considérée comme un traumatisme. Par son caractère souvent inattendu, elle peut rompre l'équilibre psychique du patient et induire un vacillement identitaire chez celui-ci. Tel est le cas en oncologie où l'annonce d'un cancer au patient et à ses proches inaugure une période de stress aigu où se mêle un flot d'émotions parfois contradictoires, sentiments d'angoisses et de frustrations, de culpabilité et de perte de contrôle, de colère et de désespoir.

En particulier dans le cancer du sein où l'atteinte peut renvoyer à diverses symboliques car il est le lieu de multiples investissements conscients et inconscients. D'où la pertinence de l'évaluation de la qualité de vie qui permet d'élargir l'étude de l'impact des traitements aux paramètres autres que biomédicaux dans les situations au pronostic réservé.

L'évaluation de la qualité de vie et d'autres paramètres psychosociaux de trente patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade avancé et suivies pour chimiothérapie montre que la qualité de vie peut être considérée comme une ressource positive à la réponse à la chimiothérapie. Cette évaluation s'avère utile à l'amélioration de la prise en charge globale, notamment par l'identification des besoins en soins de support.

Mots clés :

oncologie; cancer du sein; qualité de vie; ressources.

الملخص:

يعتبر الإعلان عن المرض صدمة بالنسبة للمريض وهذا نظرا لخصائصه غير المنتظرة فقد يفقد المريض توازنه النفسي وتضطرب هويته، وهذا ما نجده في علم الأورام السرطانية حيث يشكل الإعلان عن السرطان للمفحوص وأقربائه فترة من القلق الحاد تؤدي إلى مشاعر متضاربة تتراوح بين القلق الحاد، الإحباط، التائب، فقدان السيطرة، الغضب واليأس، لا سيما في سرطان الثدي أين تؤدي الإصابة به إلى العديد من التصورات إذ يصبح مكانا للاستثمار سواء الواعي أو غير الواعي لها.

ومنه جاءت أهمية تقييم نوعية الحياة التي تسمح بتوسيع دراسة تأثير العلاج ليس فقط من الناحية البيولوجية في الوضعيات التشخيصية، فقد أظهرت الدراسة التي قمنا بها حول تقييم نوعية الحياة وكذا بعض العوامل النفسية الاجتماعية

لثلاثون امرأة مريضة بسرطان الثدي في مراحله المتقدمة واللاتي يتابعن بالعلاج الكيميائي، أنه يمكن اعتبار نوعية الحياة كمورد ايجابي للاستجابة للعلاج الكيميائي، وهذا التقييم يعتبر أساسيا لتحسين الرعاية الشاملة، كما يسمح بتحديد الاحتياجات الضرورية أثناء الرعاية المساندة.

الكلمات المفتاحية:

علم الأورام السرطانية؛ سرطان الثدي؛ نوعية الحياة؛ الموارد.

Introduction :

La maladie cancéreuse représente un facteur de stress majeur, mais c'est également une véritable onde de choc qui impacte et perturbe les rythmes individuels et familiaux, les rôles de chacun, les traits de personnalité, l'équilibre financiers et bien d'autres aspects encore. Le malade confronté au cancer craint la perte de son intégrité corporelle, la déchéance et la mutilation de son corps.

A cela s'ajoute la spécificité de la prise en charge comme la chimiothérapie qui renvoie à la perte de cheveux qui représente la marque visible de la maladie « cancéreuse » mais aussi à l'atteinte de tout le système pileux : cils, sourcils, ...

L'alopécie remet en cause la féminité et le pouvoir de séduction, et constitue souvent un traumatisme narcissique difficile à assumer par les femmes aussi par les hommes. Reich (2009).

Mais notre expérience en oncologie médicale où nous avons eu à connaître la douleur de chacun, la façon de souffrir de chacun, le désespoir, les peurs et les réactions de chacun semble nous prouver qu'en dépit des dégradations infligées par la maladie et ses traitements, certains patients réussissent à se maintenir en vie (malgré le stade avancé de la maladie) jusqu'à la réalisation d'un projet ou d'un évènement et à avoir une bonne qualité de vie et delà une bonne réponse thérapeutique.

Cela suggère que les ressources de soi restent mobilisées pour faire face à l'envahissement du mal d'où notre questionnement de l'impact de ressources psychologiques positives comme les stratégies d'ajustement, les croyances individuelles et notamment la qualité de vie sur la réponse à la chimiothérapie ?

La qualité de vie :

La vie fait référence à tout un contexte intra et inter personnel à une situation psychique et physique.

La qualité de vie d'un individu est donc un concept complexe, multi dimensionnel et subjectif dont l'évaluation est exprimée de façon optimale par l'individu lui-même.

Cette complexité a fait qu'il ait un manque de consensus sur la façon de définir et de décrire la qualité de vie (QV) des individus jusqu'à aujourd'hui. Ce qui explique l'appréhension de ce

concept par certains chercheurs de diverses disciplines selon différentes perspectives fondées sur des préoccupations propres à leurs champs d'expertise.

Ainsi, pour les philosophes, la QV se réfère à la nature de l'existence, les économistes à l'allocation de ressources et à la fonction d'utilité alors que le milieu médical, se concentre sur la santé et la maladie. Néanmoins pour Calman cité par Trudel, Leduc & Dumont (2012, p 203) la QV se définit comme étant « la différence et l'écart entre les attentes d'une personne et son expérience vécue ». Pour Cella et Cherin cité par Trudel et al (2012, p203) la QV renvoie à « l'évaluation des patients et à leur satisfaction quant à leur niveau actuel de fonctionnement en comparaison à ce qu'ils perçoivent être possible ou idéal »

Alors que la définition de l'organisation mondiale de la santé la QV se réfère à la « perception d'un individu a de sa position dans la vie, de son contexte culturel et du système de valeurs dans lequel il vit, en fonction de ses objectifs, de ses attentes et de ses préoccupations »

En somme, la QV comprend au moins trois dimensions : les dimensions physiques, psychologiques et sociales.

Le concept de qualité de vie en oncologie :

En 1949, Karnofsky et Buchenal, deux chercheurs en oncologie, évoquent pour la première fois le concept de QV dans leur recherche clinique sur l'évaluation de nouveaux traitements anticancéreux. Ils identifient comme critère d'évaluation l'amélioration subjective de la condition du patient.

L'intérêt pour le concept de QV en oncologie repose sur le souci d'évaluer la QV des personnes atteintes de cancer qui coïncide avec l'émergence de l'oncologie psychosociale au milieu des années 1970. L'oncologie psychosociale est une discipline qui s'intéresse aux conséquences psychologiques et sociales du cancer, auprès des patients, de leurs familles et du personnel soignant. A partir de cette période, les patients sont plus ouverts à parler de leurs expériences psychologiques du cancer.

De plus, grâce aux progrès thérapeutiques, l'espérance de vie des patients atteints de cancer augmente. Néanmoins, il faut étudier l'amélioration de la survie en fonction des risques de morbidités associées aux nouvelles thérapeutiques. Les traitements en oncologie, ne visent plus uniquement à prolonger la vie des patients, ils visent aussi à améliorer la qualité de vie. Trudel et al (2012)

Ainsi, l'objectif des traitements en oncologie, porte à la fois sur la quantité et la qualité de vie et l'évaluation multidimensionnelle de cette dernière s'avère très pertinente.

Présentation de la méthodologie de l'étude :

Echantillon adopté :

Nous avons souhaité travailler sur un échantillon plus large mais malheureusement les difficultés rencontrées (refus de coopération pour certains patientes en raison de la fatigue

ou autres, des patientes perdues de vue, décès, arrêt de traitement) le nombre de patientes étudiées était de 30

Ces patientes étaient suivies en oncologie médicale ou hôpital du jour du centre Pierre et Marie Curie d'Alger pour chimiothérapie première d'un cancer du sein

Le choix des patients est conditionné principalement par trois groupes de facteurs à savoir :

-Caractéristiques des patientes avant la maladie

Tous les sujets sont de sexe féminin vu la rareté du cancer du sein chez les hommes.

La tranche d'âge varie entre 25 et 54 ans

Pour la situation familiale on a 23 mariées, 5 célibataires et 2 divorcés

Pour la profession 21 sans profession et 9 autres ont une activité professionnelle.

Niveau d'instruction : 12 sans niveau d'instruction, 8 primaires, 7 moyens, 2 secondaires et 1 niveau supérieur

Gravité clinique de la maladie :

Toutes les patientes ont des formes avancées du cancer du sein, soit des mastites carcinomateuses soit des cancers du sein localement avancés.

Le choix de la localisation et de la forme nous permet de faire une évaluation clinique de la réponse au traitement à court terme mais notre hypothèse de travail est valable pour toutes les localisations cancéreuses

Condition de réalisation de traitement

Le traitement reçu est le même pour toutes les patientes à savoir protocole CAF (cyclophosphamide, adriamycine, fluorouracile)

Lieu de pratique : l'étude s'est déroulée dans le service d'oncologie médicale et l'hôpital du jour du centre Pierre et Marie Curie d'Alger.

Instruments de travail :

Dans cette étude nous nous sommes basés sur certains outils à savoir :

-**Les entretiens** : nous avons choisi d'utiliser des entretiens à chaque fois que les patientes se présentent à leur cure de chimiothérapie pour essayer d'explorer les réactions, attitudes et représentations de la maladie

-**Une échelle d'évènements de vie stressants** nous a permis d'enrichir ces entretiens et de souligner les évènements les plus marquants, leur durée, intensité et l'âge auxquels ils sont survenus et les stratégies qui ont aidé à faire face

-**Questionnaire de qualité de vie** : afin d'apprécier l'importance de l'impact psychologique, social, physique voire professionnel de la maladie et de son traitement

-**Health locus of control** : qui permet d'examiner les croyances individuelles concernant le degré de contrôle et de responsabilité et d'attentes concernant la maladie et son traitement.

- **Stratégie d'ajustement (coping)** : vu la spécificité de la maladie et de son traitement, nous avons opté pour une version abrégée de cette échelle et plus spécifique au contexte de la maladie et qui a été validée par Vitaliano et al en 1985 ;

Cette échelle nous permet d'évaluer le fonctionnement psycho-social des patientes et leur manière de faire face à la maladie et son traitement et l'impact de ses derniers sur l'adaptation psychosociale et la réponse au traitement.

Il faut souligner que nous avons opté à la lecture des items à haute voix et collecte orale des réponses plutôt que les questionnaires auto administrés en fonction de la langue parlée et en fonction de la disparité des niveaux d'instruction.

Ceci nous a permis en effet, d'engager au maximum possible les sujets dans le processus de collecte de données et d'offrir une pleine opportunité pour clarifier tout aspect de l'instrumentation qui aurait pu être ambiguë ou confus.

Outils statistiques :

Afin d'analyser les résultats obtenus, nous avons eu recours à certains outils statistiques qui vont nous aider à sélectionner les variables les plus pertinentes dans la réponse à la chimiothérapie :

- **T student** : qui sont la comparaison des moyennes dans deux groupes homogènes et dont les effectifs sont inférieurs ou égal à trente. Ce test nous permet d'identifier les variables qui peuvent différencier les deux groupes (celui qui a une réponse au traitement et celui qui n'a pas eu de réponse)

-Facteur de corrélation pour données quantitatives

- **Analyse discriminante** : qui est une analyse multi variée qui consiste à sélectionner les variables une par une, en commençant par celles dont le pouvoir le plus discriminant est le plus grand et en s'arrêtant lorsque l'influence d'une variable supplémentaire n'est plus significative.

Résultats :

A travers les entretiens, nous avons constaté que la maladie de par sa menace mortelle constitue un évènement hautement déstructurant pour les patientes ainsi que leurs proches. Le cancer s'éprouve comme une perte de l'intégrité corporelle, une rupture brutale du quotidien, un sentiment d'injustice et surtout un dilemme permanent devant l'incertitude ou syndrome de Damoclès.

Quant à l'échelle d'évènements de vie, nous avons relevé que toutes les patientes ont été confrontées à un moment de leur vie à une perte d'un être cher, maladie d'un des membres de la famille, des conflits conjugaux et/ou familiaux ainsi qu'à des évènements liés à la décennie noire qu'a traversé l'Algérie.

Ces évènements semblent avoir contribué à fragiliser l'état de santé ou accéléré le processus morbide des patientes.

Après avoir fait passer les tests de Coping (stratégies d'ajustement) et le Health locus of control (croyances individuelles) et le questionnaire de qualité de vie, une évaluation de la

réponse après trois cures de chimiothérapie a été effectuée et le groupe des trente patientes a été scindé en deux sous-groupes :

Un groupe n1=12 des patientes qui n'ont pas répondu à la chimiothérapie (non répondeurs).

Un autre groupe n2=18 des patientes qui ont répondu à la chimiothérapie (répondeurs).

Concernant les résultats des outils statistiques :

Pour le T student : il a été constaté une différence significative entre les deux sous-groupes concernant le recours aux croyances internes, il semblerait qu'une forte internalité favoriserait une bonne réponse thérapeutique alors que le recours aux croyances externes était plus important dans le groupe des non répondeurs.

Une différence significative a été trouvée par rapport au soutien social et la qualité de vie.

Pour le facteur de corrélation : nous observant une corrélation significative à moins de 5% pour la qualité de vie et la réponse au traitement ; ce qui signifie qu'à chaque fois que la qualité de vie est altérée, la réponse au traitement est minime voire absente et qu'une bonne qualité de vie est corrélée avec une réponse thérapeutique partielle ou complète.

La deuxième corrélation a été observée pour l'internalité et la stratégie d'aide sociale ou soutien social mais aucune corrélation n'a été trouvée entre la réponse thérapeutique et la réévaluation positive, la stratégie d'évitement et la résolution problème.

Ce qui va avec les résultats obtenus avec le T student.

Concernant l'analyse discriminante qui comme déjà dit plus haut consiste à sélectionner les variables une par une en commençant par celles dont le pouvoir discriminant le plus grand et en s'arrêtant lorsque l'influence d'une variable supplémentaire n'est plus significative.

Après classement de toutes les variables, la qualité de vie s'avère comme étant la variable qui a plus de pouvoir discriminant puisqu'elle occupe la première position.

Selon ses résultats la qualité de vie ainsi que certaines variables constituent une ressource positive à la réponse thérapeutique

Conclusion :

Les résultats auxquels nous sommes parvenus, ne pourrait servir que de point de départ à une recherche approfondie et prospective.

Néanmoins, ce travail a mis en évidence qu'en dépit des dégradations infligées par la maladie, les patientes du groupe deux (les répondeurs) arrivent à déployer des stratégies d'adaptation souples et efficaces comme la recherche du soutien social avec de fortes croyances en leur pouvoir de contrôle de la situation mais surtout arrivent à maintenir une bonne qualité de vie physique, psychologique et sociale contrairement aux patientes du groupe un (les non répondeurs).

Cette qualité de vie qui vient en première position et constitue une ressource positive dans la réponse à la chimiothérapie.

A cet effet, si la quantité de vie (ou durée de survie) reste la priorité des médecins oncologistes, la qualité de vie n'est ou ne doit plus être négligée. Son évaluation peut être une aide à la décision thérapeutique mais constitue aussi un élément majeur dans l'étude du

besoin psychosocial de chaque patient et du soutien qui doit lui être apporté pendant et après le traitement.

Les oncologues adoptent comme échelle de mesure l'indice de Karnofsky qui évalue seulement l'état général et l'autonomie du patient. Cet indice a fait l'objet de nombreuses discussions, mais il reste largement utilisé à cause de sa simplicité. On y adjoint aussi une mesure de la tolérance thérapeutique réalisée à l'aide d'une codification proposée par l'OMS qui attribue à chaque type de toxicité (digestive, hématologique) cinq niveaux de gravité.

Néanmoins ces mesures ne tiennent pas compte de certains aspects de la qualité de vie à certains caractères subjectifs et multidimensionnels de la qualité de vie qui correspondent à quatre domaines : le bien-être physique (aspects physiques et activités professionnelles), l'inconfort somatique, le bien-être psychologique et les problèmes relationnels.

Ces différents aspects ont une importance majeure dans la tolérance au traitement et dans l'évolution de la maladie. L'évaluation de la qualité de vie dans tous ses aspects multidimensionnels permet d'apporter une amélioration aux procédés thérapeutiques physiques, médicamenteux et psychothérapeutiques.

Et dans la pratique, il ne faut pas croire aux miracles, la guérison ou la rémission d'une maladie quelconque –le cancer en particulier- n'est pas un dû passif, résultat d'une bonne cure de chimiothérapie que l'on reçoit sans se poser de questions mais une démarche active entrant en synergie avec les traitements encourus.

Référence :

- Brédart A & Dolbeault S. (2005). (**Evaluation de la qualité de vie en oncologie: définition, objectifs**); *Revue Francophone de psycho-oncologie*, vol 4,1, pp7-12.
- Reich, M. (2009). (**Cancer et image du corps: identité, représentation symboliques**). *L'information psychiatrique*. 3/ vol 85, pp247-254.
- Trudel. J.G, Leduc N. & Dumont. S (2012).(**Evolution du concept de qualité de vie en oncologie et de sa mesure à travers le temps**) . *Psycho-oncol*, 6 : 201-208.