

Partie **V**



## **LA QUALITÉ DE VIE DES MALADES**

# Réflexions sur la mesure de la qualité de vie en oncologie<sup>1</sup>

---

**Alain Leplège**

**D**ANS le secteur de la santé, le nombre de publications relatives à la mesure de la qualité de vie s'accroît rapidement. Différentes expressions – mesure de statut de santé, de santé perçue, de bien-être, de qualité de vie voire de *Patients Reported Outcome* (PRO) – sont utilisées de manière plus ou moins interchangeable pour désigner ce domaine d'investigation récent dont le vocabulaire n'est pas complètement stabilisé. Ces mesures de santé ont pour ambition commune de quantifier l'impact des maladies ou des interventions de santé sur la vie quotidienne des patients du point de vue des intéressés eux-mêmes. De nombreuses études empiriques ont montré que la façon dont les patients perçoivent leur état de santé détermine, au moins partiellement, leur demande en termes de services de santé et de traitements, la façon dont ils utilisent ces services et ces traitements (leur observance) et l'impact que ceux-ci auront sur leur état de santé. L'idée sous-jacente est que, pour mieux soigner le malade, la médecine devrait essayer de prendre en compte le point de vue que le malade a sur lui-même plutôt que d'envisager la santé du seul point de vue biomédical [Leplège, 1996].

Les mesures de santé perçue sont calculées à partir des réponses à des questionnaires standardisés, développés selon des méthodes psychométriques. Ces questionnaires sont administrés dans le cadre d'études de recherche clinique, d'évaluation de service de santé ou d'enquêtes épidémiologiques.

Les mesures de qualité de vie liée à la santé sont censées contribuer à l'amélioration du bien-être des patients et de la satisfaction de la population vis-à-vis des traitements et du système de santé. Ces travaux se fondent sur l'idée qu'il est possible de mettre en évidence empiriquement, grâce à des protocoles expérimentaux ou quasi expérimentaux, des différences réelles entre des groupes de sujets en termes de bien-être ou de qualité de vie, et que l'on pourra ainsi identifier les meilleures stratégies de soins et politiques de santé pour améliorer le bien-être individuel ou collectif.

---

1. Ce chapitre est une version remaniée d'un rapport rédigé initialement pour le département sciences humaines et sociales de l'Institut national du cancer (INCa).

Ces travaux ont donc un objectif pragmatique : rendre les interventions médicales plus pertinentes. Ils s'inscrivent d'ailleurs dans une démarche d'ensemble, visant à accroître la proportion des décisions médicales qui reposent sur des informations scientifiquement vérifiées (*evidence based medicine*) [Fagot-Largeault, 1991].

## De la mesure de l'état de santé à celle de la qualité de vie

Historiquement, la recherche scientifique sur les indicateurs de mesure de la santé perçue est liée à celle d'indicateurs de résultats dans le secteur de la santé. Depuis le début des années 1990, les études utilisant des questionnaires remplis par les patients eux-mêmes ou leurs mandataires ont connu un développement spectaculaire [Bowling, 1991 ; Wilkin *et al.*, 1992]. Ces questionnaires peuvent porter sur des aspects purement physiologiques, mais aussi sur la capacité à retourner au travail ou sur des questions complexes relatives aux activités sociales et aux problèmes psychologiques [Bruchon-Schweitzer, 2002].

Pour quantifier la santé des sujets, un certain nombre d'instruments valides et fiables ont été initialement développés aux États-Unis ou au Royaume-Uni pour mesurer, par exemple, la souffrance perçue, l'impact de la maladie [Bergner *et al.*, 1976], le fonctionnement physique et la satisfaction vis-à-vis de l'existence [Stewart et Ware, 1992]. D'autres outils destinés à mesurer l'état de santé étaient élaborés à partir de questions portant sur des symptômes physiques et psychologiques [Elinson et Siegmann, 1976]. Tous ces instruments n'étaient cependant pas construits de la même manière ; ils présentaient des points de vue divers et leurs résultats étaient plus ou moins fiables.

En cancérologie, une échelle destinée à quantifier les performances des patients souffrant de cancer a été mise au point en 1948 [Karnofsky *et al.*, 1948]. Depuis lors, l'intérêt pour l'évaluation systématique de la santé de patients à partir de questionnaires auto-administrés ne s'est pas démenti en cancérologie [Rodary *et al.*, 1998].

Au début des années 1990, est apparue la volonté de mesurer la qualité de vie. Il n'existait pas d'outils directement disponibles car, jusqu'alors, les recherches n'avaient porté que sur la mesure subjective de l'état de santé.

Le terme de « qualité de vie liée à la santé » fut alors proposé pour justifier l'utilisation des mesures disponibles dont on changerait seulement le nom [Patrick et Erickson, 1993]. Le raisonnement était le suivant : puisque ces questionnaires sont centrés sur les aspects de l'existence qui sont affectés par une mauvaise santé, ils doivent aussi nous donner des indications sur l'impact de la maladie sur la qualité de la vie. Cette argumentation implique que l'on puisse analyser distinctement les composantes « liées à la santé » de la qualité de la vie et ses composantes « non liées à la santé ».

Cette hypothèse a été critiquée car elle ne tient pas compte de ce qui relève à la fois de l'état de santé et d'autres aspects de l'existence, tels que les variations de l'image de soi, des habitudes de vie, des relations et stratégies personnelles, des responsabilités, du statut professionnel et des revenus. Ces interconnexions rendent peu vraisemblable le projet de mesurer spécifiquement la qualité de vie liée à la santé [Leplège et Hunt, 1997].

Pour échapper à ces critiques, le terme encore plus vague de *Patient Reported Outcome* (PRO) a été récemment proposé pour qualifier ces mêmes instruments utilisés par des consultants de l'industrie pharmaceutique [Acquadro *et al.*, 2003]. Cette terminologie risque d'accroître la confusion car elle ne distingue plus dans les réponses des questionnaires le point de vue des sujets et celui des experts ou des professionnels.

## L'exemple du SF-36

Pour illustrer ces évolutions, prenons l'exemple du questionnaire le plus utilisé dans le monde et auquel l'Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'un cancer a d'ailleurs eu recours : le MOS SF-36 ou SF-36. Cet outil a été qualifié successivement de mesure de « statut de santé », de « qualité de vie liée à la santé », de « qualité de vie » et maintenant de *Patient Related Outcome*.

MOS SF-36 est un acronyme qui signifie : *Medical Outcome Study Health Survey Short Form 36 item*. Le SF-36 est la version courte d'un des questionnaires utilisés dans la MOS [Stewart et Ware, 1992]. Lors d'une étude commencée en 1986, 2546 patients souffrant d'hypertension artérielle, de diabète, d'insuffisance cardiaque congestive ou d'infarctus du myocarde dans l'année précédant le début de l'étude, ont été suivis [Ware et Sherbourne, 1992]. L'état de santé des sujets a été évalué à l'aide d'un ensemble de 149 questions, elles-mêmes extraites de questionnaires mis au point dans les années 1970. De nombreux autres questionnaires destinés à l'évaluation des services, des besoins des malades et des traitements ont été dérivés de cette étude.

TABLEAU 1

### Questions extraites du SF-36

«Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel. Entourez la réponse de votre choix (une par ligne)».

Liste d'activités	«Oui, beaucoup limité(e)»	«Oui, un peu limité(e)»	«Non, pas du tout limité(e)»
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

Le SF-36 est, comme l'indique son acronyme, constitué de 36 questions qui portent sur les quatre semaines précédant l'entretien, et qui sont réparties en huit dimensions : l'activité physique (*Physical Functioning*: PF), les limitations dues à l'état physique (*Role Physical*: RP), la douleur physique (*Bodily Pain*: BP), la vie relationnelle avec les autres (*Social Functioning*: SF), la santé psychique (*Mental Health*: MH), les limitations dues à l'état psychologique (*Role Emotional*: RE), la vitalité (*Vitality*: VT) et la santé perçue (*General Health*: GH). Ces huit dimensions permettent aussi de calculer deux scores résumés : le score composite physique (PCS) et le score composite mental (MCS) [Ware *et al.*, 1998]. Tous ces scores présentent de bonnes propriétés psychométriques, validées dans de multiples applications empiriques.

Le SF-36 est un questionnaire dit « générique » ou généraliste qui peut être administré à des sujets souffrant de problèmes de santé très variés, voire à des sujets en bonne santé, comme lors de la récente Enquête décennale santé de l'INSEE [Lanoe et Makdessi-Raynaud, 2005]. Cet outil permet ainsi de comparer diverses pathologies à une population en bonne santé et

facilite l'interprétation des scores recueillis. Cela explique en partie pourquoi le SF-36 est rapidement devenu le standard international de la mesure de la qualité de vie. Cela fut facilité par le projet IQOLA [Aaronson *et al.*, 1992], un programme concerté de traduction et d'adaptation culturelle dans plus de quinze versions linguistiques, dont le français [Leplège *et al.*, 1998].

## La qualité de vie dans l'Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'un cancer

Venons en maintenant à l'Enquête sur les conditions de vie des personnes atteintes d'un cancer présentée dans le cadre de cet ouvrage. Cette enquête, qui interroge les personnes atteintes d'un cancer deux ans après le diagnostic, a suivi des principes et des procédures qui n'appellent aucune critique méthodologique fondamentale. Cette rigueur et cette excellence justifient qu'elle soit choisie pour discuter des limites actuelles de la mesure de la qualité de vie en cancérologie.

Toute étude empirique, qu'elle soit quantitative ou qualitative, rencontre des limites en termes de validité interne (les biais) et externe (les problèmes de représentativité des échantillons étudiés). Dans le cas de cette enquête, la principale question n'est pourtant pas celle de la validité interne ou externe des résultats. Il s'agit plutôt de savoir si l'interprétation des différences observées est crédible. Autrement dit, que signifie un tel résultat: « L'analyse des scores composites de qualité de vie physique et mentale des répondants à l'enquête confirme que les patients atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures ou du poumon sont ceux qui voient le plus leur qualité de vie détériorée, alors que les patients atteints de cancer de la prostate sont ceux qui conservent la meilleure qualité de vie (physique et psychique) par rapport aux autres patients » [Le Corroller-Soriano *et al.*, 2006]?

Pour répondre à cette question, il faut s'interroger sur les limites de la validité psychométrique des instruments de mesure utilisés et sur leur adéquation par rapport aux questions de recherches posées. Ce type de validité est distinct de la validité interne ou externe dont nous venons de parler. Dans un sens psychométrique, poser la question de la validité d'une mesure revient à se demander si l'instrument de mesure, le SF-36, mesure bien ce qu'il est censé mesurer, en l'occurrence la qualité de vie. La validité du SF-36 pour mesurer la qualité de vie a d'ailleurs suscité certaines interrogations.

### *Est-il raisonnable d'envisager de mesurer la qualité de vie?*

Commençons par écarter une objection de principe souvent émise, mettant en cause la possibilité intrinsèque de mesurer la qualité de vie: certains chercheurs pensent par exemple qu'il est paradoxal de vouloir quantifier du qualitatif et mesurer des états tels que la santé ou la qualité de vie en se basant sur des éléments d'information aussi subjectifs que les opinions des malades. Ils prônent l'existence d'une différence irréductible entre ce qui relève du qualitatif et du quantitatif [Furtos, 1992].

Or cette différence peut être considérée comme un artefact. La réduction quantitative conduirait à des nombres et la réduction qualitative à des concepts et donc à des mots. Ces deux approches diffèrent parce que ce sont deux systèmes de représentation imparfaits du réel (comme le langage mathématiques et ses opérations d'un côté et le langage ordinaire et ses analyses de l'autre). La plupart des controverses sur la possibilité de mesurer la qualité de vie relèvent d'une mauvaise compréhension de cette épistémologie [Leplège, 2003].

Selon une autre définition classique, mesurer consiste à attribuer des nombres à des objets, de façon à représenter des quantités d'attributs [Nunnaly, 1978]. Toute mesure réduit donc l'objet à ses attributs : on ne mesure pas des objets, on ne mesure que leurs attributs. Il ne s'agit donc ni de savoir ce qu'est la santé, la qualité de vie ou le bien-être d'un point de vue théorique, ni de mesurer directement des entités aussi vastes que la santé, la qualité de la vie ou la satisfaction des patients. Il s'agit plutôt de quantifier certains de leurs attributs caractéristiques. Dès lors que l'on accepte cette perspective, il devient possible de réinterpréter en termes quantitatifs des attributs initialement pensés en termes qualitatifs et de dénombrer statistiquement des jugements qualitatifs. C'est ce qui se passe lorsque l'on entreprend de mesurer quantitativement la qualité de vie liée à la santé. Pour conclure cette discussion, rappelons qu'en pratique, les approches quantitatives et qualitatives sont profondément complémentaires. Par exemple, la fiabilité des instruments de mesure de qualité de vie dépend étroitement de la qualité des études qualitatives à partir desquelles ils ont été développés (entretiens, focus-groups, etc.).

### *Avons-nous les idées claires ?*

Admettre que le projet de la mesure de la qualité de vie n'est *a priori* pas dénué de sens ne signifie pas pour autant que cette entreprise soit évidente. Tout processus de mesure s'appuie nécessairement sur des hypothèses quant à la nature et la valeur des théories mobilisées. Or ce domaine de recherche est fortement marqué par l'interdisciplinarité, laquelle s'accompagne d'une certaine ambivalence théorique (de l'individualisme méthodologique, au fonctionnalisme psychologique, à la théorie des besoins ou encore à la théorie de l'utilité) [Picavet, 2000]. Ces cadres conceptuels nécessitent bien évidemment une clarification et une analyse critique, tant du point de vue du progrès des connaissances que pour analyser les enjeux éthiques de leur mise en œuvre. Malheureusement, cela ne semble pas avoir été la priorité des chercheurs. Il est donc souvent difficile de repérer les concepts et cadres de référence théorique qui ont présidé à l'élaboration de tel ou tel instrument.

### *Le cadre fonctionnaliste est-il bien adapté à la mesure de la qualité de vie ?*

Les questionnaires couramment utilisés pour mesurer la qualité de la vie, tels que le SF-36, attribuent de fait un poids important aux capacités physiques des individus. Cela est sans doute en rapport avec le modèle médical dominant lorsque ces instruments ont commencé d'être élaborés. Ce modèle met l'accent sur les capacités à remplir les tâches quotidiennes et à remplir les rôles sociaux et professionnels.

Cette perspective ignore la diversité des valeurs qui sont attribuées par les individus à ces tâches et à ces rôles et, sous prétexte de recueillir les perceptions des patients, risque en fait de ne refléter que les conceptions des professionnels. Elle signifie aussi que toutes les questions ne peuvent être posées à toutes les personnes interrogées, par exemple, lorsqu'elles portent sur le travail ou certains types d'activités physiques – la difficulté est encore plus grande si l'on tient compte des variations interculturelles.

De plus, lorsque qu'un individu doit faire face à la perspective d'une longue maladie, il y a inévitablement des ajustements. Certaines personnes peuvent estimer que leur qualité de vie est « bonne », même si leurs performances physiques sont très sévèrement limitées.

Mais surtout, le modèle médical suppose que tous les hommes aspireraient à un niveau optimal de fonctionnement humain. Or les jugements sur les capacités physiques et les performances n'ont qu'une valeur relative. Ainsi, l'observation qu'une personne A marche avec plus de difficultés qu'une personne B est un constat de fait ; mais en extrapoler que

la qualité de vie de la personne A est moins bonne suppose des normes implicites qui peuvent être inadaptées pour des sujets de cultures différentes [Leplège *et al.*, 2006], ou qui peuvent être inacceptables dans le cadre d'une même culture : ainsi, en supposant que la qualité de vie des personnes âgées ou handicapées est moins bonne que celle des plus jeunes et des plus valides, on renforce des stéréotypes qui sous-tendent éventuellement des pratiques discriminatoires [Leplège et Picavet, 1997].

C'est pourquoi des groupes de chercheurs ont exploré des cadres conceptuels différents. Certains ont par exemple défini la qualité de vie par rapport à la satisfaction d'un certain nombre de besoins élémentaires : ces derniers sont identifiés par les patients ; si ces besoins sont satisfaits, la qualité de vie est bonne, sinon, elle est altérée [Hunt et McKenna, 1992].

### *La qualité de vie est-elle un concept multidimensionnel, comme le suppose le SF-36 ?*

Comme on l'a vu, les experts ne sont pas tous d'accord sur la structure conceptuelle de la qualité de vie. Une majorité pense que la mesure de la qualité de vie doit porter sur plusieurs dimensions, mais n'arrive pas à s'entendre sur la nature de ces dimensions<sup>2</sup>.

D'autres chercheurs, moins nombreux, insistent sur le caractère fondamentalement unidimensionnel de la qualité de vie. Parmi ceux-ci, des chercheurs en sciences sociales avancent que, d'un point de vue empirique, les patients perçoivent leur bien-être ou leur qualité de vie dans leur globalité avant d'en percevoir les différentes dimensions [Hunt et McKenna, 1992]. Des économistes ou des philosophes influencés par les travaux des économistes défendent aussi ce point de vue, pour des raisons pragmatiques ou théoriques (dans le cadre par exemple de la critique de l'incommensurabilité des valeurs [Griffin, 1988]). Ces différentes approches posent d'ailleurs de redoutables problèmes théoriques et éthiques [Moatti *et al.*, 1995 ; Leplège et Picavet, 1997].

Il semble donc raisonnable, avant de choisir un instrument particulier dont la structure et les scores reflètent un cadre conceptuel préétabli, de s'enquérir auprès d'un échantillon de patients (autant que possible représentatifs de la population cible) de la façon dont ils se représentent leur qualité de vie, dans le contexte de la problématique qui justifie l'enquête projetée.

### *La perspective du patient est-elle prise en compte par les instruments couramment utilisés ?*

Nous avons déjà insisté sur le fait que la caractéristique commune des mesures de santé perçue est de prétendre quantifier l'impact des maladies ou des interventions de santé sur la vie quotidienne des patients du point de vue des intéressés eux-mêmes. Les mesures de santé perçue introduisent donc la capacité du sujet à évaluer et qualifier son propre état au cœur des décisions et des connaissances médicales. C'est cette capacité normative du sujet que Georges Canguilhem place au fondement de la distinction du normal et du pathologique [Canguilhem, 1966 ; Leplège et Lechopier, 2007].

Bien entendu, dire que c'est le patient qui répond aux questions élaborées par les experts ne garantit pas que les scores calculés sur la base des ces réponses reflètent le point de

2. Le caractère dualiste du cadre conceptuel du SF-36 suppose que la santé comporte deux composantes, une composante psychique et une composante physique.

vue des patients. En effet, la mesure des perceptions des patients nécessite qu'ils puissent exprimer leur avis, non seulement en remplissant eux-mêmes les questionnaires, mais aussi en répondant à des questions correspondant effectivement à leurs préoccupations. Or la plupart des questionnaires actuellement utilisés n'ont pas été développés dans cette perspective. Par conséquent, il n'est pas certain que les perceptions et les valeurs des patients soient effectivement intégrées dans les évaluations actuelles.

Le projet canguilhemien – prendre en compte de manière effective le point de vue des patients, y compris en cancérologie – suppose donc, si l'on se place dans une perspective empirique, ce qui nous l'avons dit est tout à fait possible et souhaitable, de poursuivre des recherches dans le domaine des mesures de santé subjective ou de santé perçue.

## Conclusion

Finalement, le statut de santé (ou la santé perçue dans le cas du SF-36) est certainement l'une des composantes importantes de la qualité de vie, mais n'est pas la qualité de vie elle-même.

L'utilisation du terme de « qualité de vie », en référence aux valeurs et aux perceptions que les patients portent sur leur état de santé et les interventions subies, est probablement une source de confusion et d'incompréhension parmi les praticiens, les chercheurs, les décideurs et les patients eux-mêmes. Nous avons suggéré dans une autre étude que la notion de qualité de vie, en tant que critère d'évaluation des interventions médicales, gagnerait à être remplacée par une notion plus proche de la réalité des évaluations telle que celle de « santé subjective » ou « santé perçue » [Leplège et Hunt, 1997].

Si la prétention à mesurer la qualité de vie en tant que telle en médecine demeure critiquable, il ne faudrait pas pour autant abandonner l'idée que la perspective du patient doit être prise en compte quand il s'agit d'évaluer les résultats des interventions de santé. Les questionnaires actuels représentent à cet égard une avancée incontestable par rapport aux instruments antérieurs, utilisés en recherche clinique pour mesurer les conséquences des interventions de santé. L'enquête dont les résultats sont présentés dans cet ouvrage en témoigne suffisamment. Les recherches visant à mettre au point des instruments qui refléteraient mieux encore le point de vue des patients doivent être poursuivies. En attendant, la prise en compte des limites et des points forts des instruments existants est indispensable pour interpréter au mieux (c'est-à-dire prudemment) leurs résultats et contribuer effectivement à l'amélioration de la qualité de vie des sujets.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aaronson N. K., Acquadro C., Alonso J., Apolone G., Bucquet D., Bullinger M., Bungay K., Fukuhara S., Gandek B., Keller S., Razavi D., Samson-Fisher R., Sullivan M., Wood-Dauphinee S., Wagner A., Ware Jr. J. E., 1992, « International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project », *Quality Life Research*, 1:349-351.
- Acquadro C., Berzon R., Dubois D., Kline Leidy N., Marquis P., Revicki D., Rothman M., for the PRO Harmonization Group, 2003, « Incorporating the Patient's Perspective into Drug Development and Communication: an Ad Hoc Task Force Report of the Patient Reported Outcome (PRO) Harmonization Group Meeting at the Food and Drug Administration. February, 16, 2001 », *Value Health*, vol. 6, Issue 5, p 522-525, sept.

- Bergner M., Bobbitt R., Pollard W., Martin D.P., Gilson B.S., 1976, « The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure », *Medical Care*, 19, p. 787-805.
- Bowling A., 1991, *Measuring Health: a Review of Quality of Life Measurement Scales*, Open University Press, Milton Keynes.
- Bruchon-Schweitzer M., 2002, *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes*, Dunod, Paris.
- Canguilhem G., 1966, *Le normal et le pathologique*, PUF, coll. « Quadrige », Paris.
- Elinson J., Siegmann A.-E., 1976, *Socio-medical Health Indicators*, Baywood Publishing Co. Inc. Farmingdale, New York.
- Fagot-Largeault A., 1991, « Réflexions sur la notion de qualité de la vie », *Archives de philosophie du droit*, 36, p. 138-139.
- Furtos J., 1992, « Qualité de vie et règne de la quantité », *L'information psychiatrique*, 5, XVII-XX.
- Griffin J., 1988, *Well-being, its Meaning, Measurement and Moral importance*, Oxford University Press, New York.
- Hunt S.M., McKenna S.P., 1992, The QLDS: a Scale for the Measurement of Quality of Life in Depression », *Health Policy*, 22 307-19.
- Karnofsky D.A., Abelman W.H., Craver L.F., Burchenal J.H., 1948, « The Use of Nitrogen Mustards in the Palliative Treatment of Carcinoma », *Cancer*, p. 634-656.
- Lanoë J.-L., Makdess-Raynaud Y., 2005, « L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'Enquête décennale santé », *Études et Résultats*, DREES, n° 436.
- Le Corroller-Soriano A.-G., Malavolti L., Mermillod C. et le groupe ALD Cancer, 2006, « Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic », *Études et Résultats*, n° 486, DREES.
- Leplège A., 2003, « Editorial. Epistemology of Measurement in the Social Sciences: Historical and Contemporary Perspectives », *Social Science Information*, Sage Publication, 42(4), p. 451- 462.
- Leplège A., 1996, « Mesurer la qualité de vie », *L'enseignement Philosophique*, 4, p. 23-37.
- Leplège A., Ecosse E., Verdier A., Pernegger T., 1998, « The French SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation », *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (11) 1013-1023.
- Leplège A., Hunt S., 1997, « The Problem of Quality of Life in Medicine », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, July 2, 1 (278), p. 47-50.
- Leplège A., Lechopier N., 2007, « Perspectives contemporaines sur la mesure de la santé perçue », in Fagot-Largeault A., Debru C. et Morange M., *Philosophie et médecine: en hommage à Georges Canguilhem*, Odile Jacob, Paris.
- Leplège A., Picavet E., 1997, « Les normes d'efficacités et d'optimalité dans l'évaluation des politiques de santé », *Journal d'économie médicale*, 15, p. 15-34.
- Leplège A., Schemann J.F., Diakité B., Touré O., Ecosse E., Jaffré Y., Dumestre G., 2006, « A New Condition Specific Quality of Life Measure for the Blind and the Partially Sighted in Sub-Saharan Africa, the IOTAQOL: Methodological Aspects of the Development Procedure », *Quality of Life Research*, 15(8): 1373-82.
- Moatti J.-P., Auquier P., Le Corroller A.-G., Macquart-Moulin G., 1995, « QALYS or not QALYS: that is the question? », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 43(6): 573-83.
- Nunnally J.C., 1978, *Psychometric Theory*, Mc Graw Hill, New York.
- Patrick D.L., Erickson P., 1993, *Health Status and Health Policy, Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*, Oxford University Press, New York.
- Picavet E., 2000, « Le concept de santé perçue entre besoins, satisfactions psychologiques et faculté de choix », *Cités*, 4, p. 111-120.

- Rodary C., Leplège A., Hill C., 1998, « Évaluation de la qualité de vie dans la recherche clinique en cancérologie », *Cancer*, 85 (2), p. 140-148.
- Stewart A., Ware J.-E. Jr (sous la dir. de), 1992, *Measuring Functioning and Well-Being. The Medical Outcome Study Approach*, Duke University Press, Durham NC.
- Ware J. E., Gandek B., Kosinski M., Aaronson N. K., Apolone G., Brazier J., Bullinger M., Kaasa S., Leplège A., Prieto L., Sullivan M., 1998, « The Equivalence of SF-36 Summary Health Scores Estimated using Standard and Country-specific Algorithms in 10 countries: Results from the IQOLA Project », *Journal of Clinical Epidemiology*, 51; 11: 1167-1170.
- Ware J.E., Sherbourne C. D., 1992, « The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection », *Medical Care*, 30, p. 473-483.
- Wilkin D., Hallam L., Doggett M.-A., 1992, *Measures of need and outcome for primary health care*, Oxford Medical Publications.

# La qualité de vie liée à la santé dépend-elle de la localisation du cancer ?

---

Anne-Gaëlle Le Corroller-Soriano, Anne-Déborah Bouhnik, Pascal Auquier, Jean-Paul Moatti

La qualité de vie liée à la santé est documentée dans cette enquête par l'échelle psychométrique SF-36 (voir l'article p. 195). La comparaison de nos résultats avec ceux de l'Enquête décennale Santé 2002-2003 de l'INSEE fait apparaître que, si les individus atteints de cancer décrivent logiquement une moins bonne qualité de vie que celle de la population générale, cette différence est accentuée pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures (VADS) et pour les hémopathies malignes.

Il s'agit ici d'étudier l'influence des caractéristiques sociodémographiques et médicales, ainsi que des séquelles ressenties par les patients sur leur qualité de vie. Les caractéristiques médicales influencent moins la qualité de vie physique des individus que les variables sociodémographiques et n'influencent pas du tout leur qualité de vie mentale.

La qualité de vie physique est plus ou moins altérée selon la localisation du cancer, avec un score plus dégradé pour les cancers des VADS et du poumon ainsi que pour les hémopathies malignes. En revanche, la qualité de vie mentale semble peu influencée par la localisation cancéreuse.

Les séquelles ressenties par les patients ont un rôle fondamental sur la qualité de vie deux ans après le diagnostic de la maladie. Notre étude montre également que les différences sociales en matière de qualité de vie se maintiennent deux ans après le diagnostic d'un cancer.

L'ensemble de ces résultats permet de réconcilier le discours médical, qui évoque la plupart du temps les cancers en insistant sur la spécificité de chaque localisation, avec le discours profane des associations qui se réfèrent souvent à une seule maladie, le cancer.

**V**IVRE avec un cancer affecte profondément la vie d'un individu. Depuis les années 1990, de multiples études cherchent à comprendre l'impact d'un cancer sur la qualité de vie liée à la santé des personnes atteintes, voire tentent de prédire l'évolution de cette même qualité de vie au cours du temps. Cependant, malgré le nombre croissant de ceux que les spécialistes appellent désormais les « survivants » du cancer, il reste encore beaucoup à apprendre sur leurs besoins à long terme et sur les facteurs déterminant leur qualité de vie [Smith *et al.*, 2007]. Les recherches effectuées depuis les années 1990 ne permettent pas de généraliser les résultats acquis, en particulier parce que les études réalisées ne portent pas toutes sur les mêmes périodes de la maladie. Pendant la période de survie « étendue » qui commence à la fin du traitement de première intention, le patient doit affronter la crainte d'une rechute et les problèmes matériels, affectifs et psychologiques liés au retour à une vie active (dite parfois « normale »). Or cette période, située à deux ans du diagnostic, est très peu documentée dans la littérature scientifique, contrairement aux périodes de traitement et de survie « permanente », lorsque suffisamment de temps s'est écoulé depuis le diagnostic pour que les possibilités de rechute soient minimales.

De plus, la plupart des recherches sur la qualité de vie<sup>1</sup> se sont limitées à l'étude d'une seule pathologie cancéreuse, généralement le cancer du sein, de la prostate ou le cancer colorectal. Au début des années 2000, certaines études ont tenté de combler ce manque dans la littérature scientifique par l'analyse conjointe de plusieurs pathologies cancéreuses [Ringdal et Ringdal, 2000 ; Sprangers *et al.*, 2000 ; Hagedoorn *et al.*, 2002 ; Parker *et al.*, 2003 ; Boini *et al.*, 2004 ; Grassi *et al.*, 2004 ; Mystakidou *et al.*, 2005], mais elles ne sont pas parvenues à déterminer l'influence propre de la localisation du cancer sur la qualité de vie, en raison d'échantillons trop faibles. En effet, les caractéristiques de répartition selon l'âge et le sexe sont souvent bien différentes d'un cancer à un autre et, pour mieux cerner le rôle spécifique de la localisation cancéreuse sur la qualité de vie des personnes atteintes, il faut interroger un grand nombre d'individus.

Dans cette étude, nous avons cherché à déterminer si, deux ans après l'établissement du diagnostic, la qualité de vie des patients atteints de cancer dépendait de la localisation du cancer et quel était l'impact relatif des facteurs médicaux et sociodémographiques sur cette qualité de vie.

### **Les cancers des VADS-poumon et les hémopathies sont plus souvent associés à une qualité de vie altérée que les autres cancers en comparaison avec la population générale**

La comparaison des scores de qualité de vie des patients atteints de cancer avec ceux de la population générale de même âge et de même sexe montre que ce sont les patients atteints de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et du poumon qui voient le plus souvent leur qualité de vie altérée (graphique 1) : 64 % des personnes atteintes de cancer du poumon et des VADS ont un score de qualité de vie physique inférieur à celui des trois quarts de la population française de même âge et de même sexe. La qualité de vie des patients atteints d'hémopathies malignes est également fortement dégradée : dans 57 % des cas, le score physique est inférieur à celui des trois quarts de la population générale. D'un point de vue psychique, les personnes ayant un

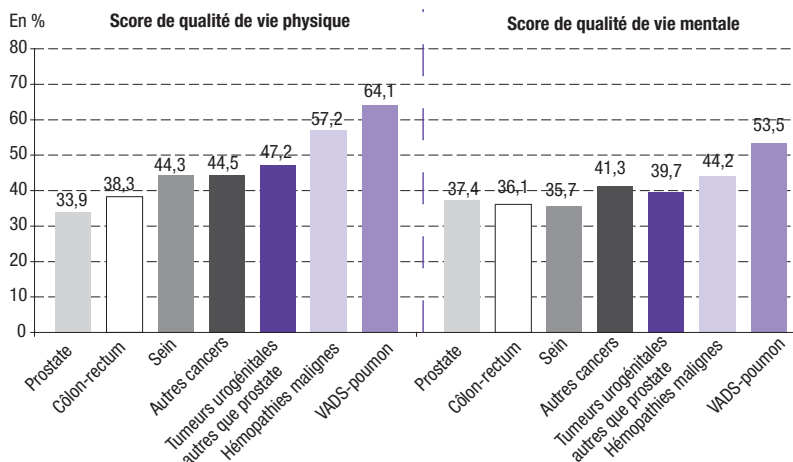
---

1. Nous appelons ici « qualité de vie » le statut de santé (ou la santé perçue dans le cas du SF-36) qui est certainement l'une des composantes importantes de la qualité de vie, mais n'est pas la qualité de vie elle-même (voir l'article p. 195). Nous avons fait ce choix par commodité et de manière à être cohérent avec les recherches publiées sur le domaine.

cancer des VADS ou du poumon présentent la plus fréquente dégradation du score de la qualité de vie mentale : 54 % d'entre elles se situent au-dessous des trois quarts de la population générale.

### GRAPHIQUE 1

#### Proportion des personnes ayant un score de qualité de vie inférieur à celui des trois quarts de la population générale<sup>1</sup> de même âge et sexe selon la localisation du cancer



Champ • Personnes dont le cancer n'était pas évolutif au moment de l'enquête.

(1) Sources • Enquête décennale Santé 2002-2003, INSEE.

*A contrario*, les patients atteints des cancers du côlon-rectum et de la prostate sont ceux dont la qualité de vie physique apparaît le moins souvent altérée : 34 % des individus ont un score physique inférieur à celui des trois quarts de la population générale pour le cancer de la prostate et 39 % pour le cancer colorectal. Les patients atteints de cancers du côlon-rectum, du sein et de la prostate sont ceux qui estiment le plus souvent avoir une meilleure qualité de vie mentale : ils sont environ 36 % à présenter un score de qualité de vie mentale inférieur à celui des trois quarts de la population générale. Ainsi, les femmes atteintes de cancer du sein décrivent moins souvent une qualité de vie physique altérée que les patients atteints de cancers de la prostate ou de cancers colorectaux, mais plus souvent une qualité de vie psychique dégradée.

Pour affiner cette comparaison avec la population générale, nous avons analysé les scores des huit dimensions de l'échelle SF-36 (tableau 1). C'est en termes de limitation des activités que les patients atteints de cancer se démarquent le plus de la population générale : pour les limitations dues à l'état physique, l'écart entre la population générale et les patients atteints d'un cancer atteint 28 points (sur une échelle de 1 à 100) et pour les limitations dues à l'état psychique, 23 points. En revanche, la maladie affecte beaucoup moins la vitalité, la vie et la relation avec les autres ainsi que la santé mentale des patients ayant un cancer (avec un écart de 8,2 points avec la population générale pour la vitalité, de 9,6 points pour la vie et les relations avec les autres et de 5,5 points pour la santé mentale). Il est important de préciser ici que cette analyse descriptive des huit scores ne tient pas compte de l'âge des populations, ce qui peut en partie apporter de la confusion à notre comparaison.

Cette analyse confirme néanmoins que les cancers du poumon et des VADS ainsi que les hémopathies malignes sont associés à la plus mauvaise qualité de vie dans l'ensemble des domaines (physiques, sociaux et émotionnels), et les cancers de la prostate, à la meilleure qualité de vie.

#### MÉTHODOLOGIE

Nous avons testé la relation entre la qualité de vie liée à la santé et la localisation du cancer par une analyse de régression linéaire multivariée. Les variables suivantes ont été incluses par bloc dans le modèle final, regroupées en trois catégories :

- les variables médicales : le type de cancer, le pronostic relatif de la maladie, le traitement chirurgical, chimiothérapeutique et radiothérapeutique ;
- la présence de séquelles gênantes selon les individus interrogés ;
- les variables sociodémographiques : l'âge, le niveau d'études, la vie en couple, la présence d'enfants à charge, le revenu, la catégorie socioprofessionnelle, le statut professionnel, la zone d'habitation.

La taille de notre échantillon fait apparaître des différences de scores de qualité de vie statistiquement significatives, même si elles sont de faible amplitude. Pour certains auteurs, ces différences n'auraient pas de sens d'un point de vue clinique et ne refléteraient pas les différences ressenties par les individus. C'est pourquoi, pour déterminer si ces différences statistiques de qualité de vie observées ont un sens d'un point de vue clinique, nous avons eu recours aux « effets-taille », mesurés comme l'écart de chaque groupe étudié à l'ensemble de notre population. Ces effets de tailles (compris entre 0 et 1) ont été classés par Yost [Yost *et al.*, 2005] en trois catégories : une différence très faible et n'ayant clairement aucune signification clinique (moins de 0,2) ; une différence potentiellement significative (entre 0,2 et 0,5) et une différence nettement significative (au-delà de 0,5).

En tant qu'échelle générique (échelle qui s'adresse à toute personne bien portante ou malade), l'échelle SF-36 [Ware *et al.*, 1993 ; Leplege *et al.*, 1998] permet de faire des comparaisons avec d'autres pathologies, en référence à une population en bonne santé. Nous avons ainsi comparé les scores de qualité physique et mentale (voir l'article p. 195) de notre population de répondants avec ceux de la population générale française (Enquête décennale Santé de l'INSEE, 5<sup>e</sup> édition, octobre 2002-décembre 2003).

#### Description du sous-échantillon étudié

Nous avons choisi d'exclure de l'échantillon des 4 270 répondants les 388 individus dont la maladie se trouvait en situation évolutive au moment de l'analyse. Il est en effet vraisemblable que ces patients étaient encore sous traitement au moment de l'enquête et que leur vécu était donc différent de celui des personnes en phase de retour à une vie active.

L'échantillon étudié se compose de 53 % de femmes et de 47 % d'hommes. Ils ont un âge moyen de 62 ans, déclarent principalement vivre en couple (77 %), ne pas avoir d'enfants à charge (88 %) et vivent pour la plupart en zone urbaine (73 %). Pres de 40 % sont sans diplôme (38 %) et seuls 19 % ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat. Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont, par ordre décroissant, les employés (27 %), les professions intermédiaires (21 %), les ouvriers (21 %), les cadres et professions intermédiaires (14 %) et les artisans et commerçants (9,5 %). Les agriculteurs représentent 5,2 % de l'échantillon et les personnes sans activité 2,6 %. Au moment de l'enquête, plus de la moitié des individus sont à la retraite (57 %), 31 % sont en activité, dont 5,4 % sont en arrêt maladie au moment où ils ont été interrogés. 31 % sont atteints d'un cancer du sein, 22 % de la prostate, 9,8 % d'un cancer colorectal, 11 % d'une tumeur urogénitale autre que la prostate, 6,6 % d'un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ou du poumon, 6,9 % d'une hémopathie maligne. La très grande majorité des individus a été traitée par chirurgie (82 %), près de la moitié par radiothérapie (47 %) et une personne sur trois par chimiothérapie (33 %). Deux ans après le diagnostic, la moitié d'entre elles déclarent conserver des séquelles très gênantes de leur maladie (51 %) et 23 % des séquelles peu gênantes, les 26 % restantes déclarant ne pas conserver de séquelles dues à leur maladie.

TABLEAU 1

## Scores des huit dimensions de qualité de vie (SF-36) selon la localisation du cancer

Localisation du cancer	Activité physique		Limitations dues à l'état physique		Douleurs physiques		Santé perçue		Vitalité		Vie et relations avec les autres		Limitations dues à l'état psychique		Santé psychique	
	Score	*	Score	*	Score	*	Score	*	Score	*	Score	*	Score	*	Score	*
Côlon-rectum (référence)	65,6		53,5		58,7		54,7		50,6		71,3		57,6		62,8	
Sein	67,3	*	52,6	*	56,7	*	56,5		49,0		71,3		59,5		58,8	
Prostate	69,7		56,7		61,6		55,6		51,1		73,3		61,7		65,0	\$
VADS-poumon	<b>55,7</b>	<b>* \$</b>	41,6	\$	54,3	*	<b>47,3</b>	<b>* \$</b>	<b>43,5</b>	<b>* \$</b>	<b>62,0</b>	<b>* \$</b>	48,8	\$	57,4	*
Tumeurs urogénitales autres que prostate	65,6	*	49,9	*	58,2	*	53,7	*	46,6	*	69,8		56,1	*	59,3	*
Hémopathies malignes	62,0	*	45,0		54,3	*	<b>49,1</b>	<b>* \$</b>	46,4	*	66,4		51,4		61,2	
Autres cancers	72,1	*	57,0	*	61,4	*	56,2	*	50,0	*	72,5		60,7	*	60,8	*
<b>Ensemble</b>	66,9		52,6		58,4		54,7		48,9		70,8		58,3		60,9	
<b>Population générale (a)</b>	84,0		80,8		72,2		67,5		57,1		80,4		81,1		66,4	

\* :  $p < 0,05$  en prenant comme référence le cancer colorectal après ajustement sur l'indice de pronostic relatif, les séquelles ressenties, les traitements reçus, le sexe et l'âge de la personne, son niveau d'études, sa catégorie socioprofessionnelle, son statut professionnel, son revenu mensuel, l'existence d'une vie de couple et la présence d'enfant(s) à charge.

\$ : Effet-taille supérieur à 0,20, i.e. effet potentiellement sensible cliniquement.

En gras • Effet-taille  $> 0,2$  et  $p < 0,05$ .

Lecture • L'effet-taille mesure l'écart de chaque groupe de personnes étudié à l'ensemble de notre population. Ces effets de tailles (compris entre 0 et 1) peuvent être décrits en trois catégories : une différence très faible et n'ayant clairement aucune signification clinique (moins de 0,2) ; une différence potentiellement significative (entre 0,2 et 0,5) et une différence nettement significative (au-delà de 0,5).

Champ • Personnes dont le cancer n'était pas évolutif au moment de l'enquête.

(a) Sources • Enquête décennale Santé 2002-2003, INSEE.

## Les cancers des VADS-poumon et les hémopathies malignes se démarquent des autres cancers sur plusieurs dimensions de l'échelle SF-36

Les scores des dimensions de qualité de vie sont ordonnés sur le tableau 1 de manière à refléter le degré avec lequel ils mesurent la santé physique (à gauche) et mentale (à droite). Les différences entre les catégories de cancer apparaissent plus marquées pour les scores à forte dimension « physique » que pour les scores à forte dimension « mentale » : l'écart de points maximum pour le score d'activité physique est de 16 (sur une échelle de 1 à 100) et celui du score de santé mentale de 7,6.

Après ajustement multivarié sur les variables sociodémographiques, médicales et le ressenti des séquelles<sup>2</sup>, seules deux pathologies se démarquent du cancer colorectal sur certaines des huit dimensions de l'échelle SF-36, avec des différences significatives d'un point de vue statistique mais également potentiellement sensibles d'un point de vue clinique (c'est-à-dire avec un effet-taille supérieur à 0,2) : les cancers des VADS et du poumon et les hémopathies malignes. Les hémopathies malignes se différencient du cancer colorectal en matière de santé perçue (avec un score de 49<sup>3</sup> contre 55 associé à un effet-taille de 0,3). Sur les sept autres dimensions de qualité de vie, les hémopathies malignes ne se distinguent pas des cancers colorectaux de manière sensible cliniquement. Les cancers des VADS et du poumon présentent une dégradation de quatre domaines de qualité

2. Étant donné les écarts de répartition par âge et sexe entre les divers cancers, il faut ajuster sur différents facteurs médicaux et sociodémographiques afin de pouvoir étudier les différences en matière de qualité de vie selon les localisations de cancer.

3. Sur une échelle de 1 à 100, 100 étant la meilleure qualité de vie et 0 la pire.

de vie par rapport au cancer colorectal : l'activité physique (56 contre 66 pour le cancer colorectal, effet-taille 0,5), la santé globale (47 contre 55 ; effet-taille 0,4), la vitalité (44 contre 51 ; effet-taille 0,3) et le fonctionnement social (62 contre 71 ; effet-taille 0,4).

Les maladies cancéreuses les plus graves sont donc celles qui altèrent le plus la qualité de vie des personnes. En effet, les cancers des VADS et du poumon ainsi que les hémopathies malignes ont souvent un indice de pronostic relatif plus réservé que les autres localisations cancéreuses, même s'il faut évidemment tenir compte du stade individuel de chaque tumeur au moment du diagnostic.

### La qualité de vie physique est majoritairement expliquée par les variables sociodémographiques, et la dimension mentale par le ressenti des séquelles

L'analyse effectuée sur la qualité de vie physique indique que 4 % de la variation observée entre les individus est expliquée par les critères médicaux, 9 % par le ressenti des séquelles et 16 % par les caractéristiques sociodémographiques (tableau 2). Les variables sociodémographiques expliquent ainsi plus de variance du score de qualité de vie physique entre les individus que les variables médicales et les séquelles réunies. S'agissant du score mental, 1 % de la variance observée est expliqué par les variables médicales, 10 % par le ressenti des séquelles et 7 % par les caractéristiques sociodémographiques. Ce sont donc les séquelles qui portent la plus grande part d'explication dans la variabilité de la qualité de vie mentale entre les individus. Les critères médicaux sont ceux qui portent le moins d'informations sur la variabilité de la qualité de vie des individus atteints de cancer, qu'il s'agisse de qualité de vie physique ou mentale.

TABLEAU 2

#### Analyse multivariée des scores de qualité de vie physique et mentale

Variables médicales	Score de qualité de vie physique		Score de qualité de vie mentale	
	Moyenne	Coef. de régression	Moyenne	Coef. de régression
	<b>R<sup>2</sup>= 0,04</b>		<b>R<sup>2</sup>= 0,01</b>	
<b>Localisation du cancer</b>	***		***	
Colón-rectum	42,3	réf.	44,8	réf.
Sein	42,8	-1,7 <sup>##</sup>	43,6	ns
Prostate	43,3	1,4 <sup>#</sup>	45,5	ns
VADS-poumon	39,1\$	-1,8 <sup>#</sup>	41,8\$	ns
Tumeurs urogénitales autres que prostate	42,3	-1,9 <sup>##</sup>	43,1	-1,9 <sup>##</sup>
Hémopathies malignes	40,2\$	-2,1 <sup>##</sup>	43,3	ns
Autres cancers	44,5	-1,7 <sup>##</sup>	43,7	ns
<b>Indice de pronostic relatif au diagnostic</b>	***		***	
<i>Coefficient de corrélation</i>	0,13 <sup>***</sup>	0,04 <sup>###</sup>	0,06 <sup>***</sup>	ns
<b>Traitement par chirurgie</b>	***		ns	
Oui	43,1	2,1 <sup>###</sup>	43,9	ns
Non	40,5	réf.	44,3	réf.
<b>Traitement par chimiothérapie</b>	ns		***	
Oui	42,4	ns	43,1	ns
Non	42,6	réf.	44,4	réf.
<b>Traitement par radiothérapie</b>			*	
Oui	42,3	ns	43,6	ns
Non	42,9	réf.	44,3	réf.
<b>Séquelles</b>	<b>R<sup>2</sup>= 0,13 (soit +0,09)</b>		<b>R<sup>2</sup>= 0,11 (soit +0,10)</b>	
<b>Séquelles ressenties</b>	***		***	
Aucune séquelle	45,5	réf.	47,7	réf.
Séquelles peu gênantes	45,9	-1,6 <sup>###</sup>	46,8	-1,3 <sup>##</sup>
Séquelles assez à très gênantes	39,6	-6,9 <sup>###</sup>	40,8	-6,6 <sup>###</sup>

TABLEAU 2 (SUITE)

	Score de qualité de vie physique		Score de qualité de vie mentale	
	Moyenne	Coef. de régression	Moyenne	Coef. de régression
Variables sociodémographiques	<b>R<sup>2</sup>= 0,29 (soit +0,16)</b>		<b>R<sup>2</sup>= 0,18 (soit +0,07)</b>	
<b>Sexe</b>	ns		***	
Homme	42,8	réf.	45,0	réf.
Femme	42,4	-1,1 <sup>#</sup>	43,1	-1,8 <sup>###</sup>
<b>Âge</b>	***		***	
<i>Coefficient de corrélation</i>	-0,27	-0,3 <sup>###</sup>	0,07	ns
<b>Niveau d'études</b>	***		***	
Aucun diplôme-CEP	39,7	réf.	42,6	réf.
BEP-BEPC-CAP	43,4	1,3 <sup>###</sup>	43,9	1,3 <sup>###</sup>
Bac et +	46,8	2,1 <sup>###</sup>	46,8	2,8 <sup>###</sup>
<b>Vie de couple</b>	***		***	
Oui	43	réf.	44,4	réf.
Non	41,3	ns	42,6	-1,1 <sup>#</sup>
<b>Enfant(s) à charge</b>	***		***	
Oui	45,0	ns	42,6	-2 <sup>###</sup>
Non (y compris sans enfant)	41,9	réf.	44,4	réf.
<b>Revenus mensuels du ménage au moment de l'enquête (en log)</b>	***		***	
<i>Coefficient de corrélation</i>	0,26	3,3	0,15	2,4 <sup>###</sup>
<b>Catégorie socioprofessionnelle au moment de l'enquête (antérieure si inactif)</b>	***		***	
Agriculteurs exploitants	39,4	ns	44,2	ns
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	42,7	ns	43,8	ns
Cadres et professions intellectuelles supérieures	45,6	1,2 <sup>#</sup>	47,5	ns
Professions intermédiaires	44,6	1,2 <sup>##</sup>	44,7	ns
Employés	41,9	réf.	43,0	réf.
Ouvriers	40,4	-1,0 <sup>#</sup>	42,3	-1,1 <sup>#</sup>
N'ont jamais travaillé	41,1	2,2 <sup>#</sup>	42,7	ns
<b>Situation professionnelle au moment de l'enquête</b>	***		***	
Retraités	41,4	réf.	44,9	réf.
Autres inactifs	41,3	-2,4 <sup>###</sup>	40,7	-2,6 <sup>###</sup>
Actifs en arrêt maladie	37,8	-5,5 <sup>###</sup>	36,8	-5,6 <sup>###</sup>
Autres actifs	47,2	ns	45,1	ns
<b>Zone d'habitation</b>	***		ns	
Espace à dominante urbaine	43,0	réf.	44,1	réf.
Espace à dominante rurale	41,6	ns	43,7	ns

R<sup>2</sup> : coefficient de corrélation multiple (% de variation entre les individus expliqué par le modèle) correspondant à chaque étape de la régression multiple par bloc. \$ : effet-taille supérieur à 0,2. \* : test significatif à p < 0,05, \*\* : p < 0,01, \*\*\* : p < 0,001, ns : non significatif. # : test significatif à p < 0,05 après ajustement multivarié, ## : p < 0,01, ### : p < 0,001, ns : non significatif, réf. : modalité de référence pour les variables qualitatives. Lecture • Les personnes atteintes d'hémopathies malignes ont, toutes choses égales par ailleurs, un score moyen de qualité de vie physique de 40,2 significativement différent au seuil de 5 % du score de qualité de vie moyen des personnes atteintes de cancer colorectal (42,3) ; cette différence observée a potentiellement du sens d'un point de vue clinique puisque l'effet-taille est supérieur à 0,2. Le coefficient de corrélation multiple (R<sup>2</sup>) du score de qualité de vie mental atteint la valeur de 0,11 après introduction des séquelles dans le modèle, ce qui signifie que 11 % de la variabilité entre les individus est expliqué par les variables sociodémographiques et les séquelles ; les séquelles à elles seules portent 10 % (+0,10) d'explication de la variabilité entre les individus.

Champ • Personnes dont le cancer n'était pas évolutif au moment de l'enquête.

## La localisation du cancer influence la qualité de vie physique, mais pas la qualité de vie mentale

L'analyse multivariée montre également que la qualité de vie physique des individus est meilleure lorsqu'ils ont été opérés (traitement par chirurgie) et lorsqu'ils avaient un meilleur indice de pronostic relatif. La chimiothérapie n'affecte pas la qualité de vie des individus, ce qui est contradictoire avec une étude précédente qui a observé un fort impact de la chimiothérapie sur la qualité de vie des patientes atteintes de cancer du sein [Ganz *et al.*, 2002]. Il est cependant vraisemblable que la très grande hétérogénéité des chimio-

thérapies utilisées chez les patients de notre étude (tous les cancers étant considérés) explique cette contradiction.

D'un point de vue statistique, chaque localisation cancéreuse se démarque du cancer colorectal en présentant soit une moins bonne (cancers des VADS et du poumon ainsi que les hémopathies malignes), soit une meilleure qualité de vie physique (cancers du sein, de la prostate, tumeurs urogénitales autres que prostate et autres cancers). En revanche, seuls les cancers des VADS et du poumon et les hémopathies se distinguent de l'ensemble des patients atteints de cancer, avec une différence potentiellement significative d'un point de vue clinique (effet-taille de 0,4 pour les cancers du poumon et des VADS et de 0,3 pour les hémopathies malignes). Ce résultat ne confirme pas ceux de la seule étude comparable, publiée en 2003, selon laquelle la localisation du cancer n'affecte pas la qualité de vie des individus – mais les auteurs eux-mêmes s'abstenaient de conclure sur cette question en raison d'une taille limitée de leur échantillon [Parker *et al.*, 2003].

La qualité de vie mentale des individus n'est influencée par aucune variable clinique. La seule localisation qui se démarque statistiquement du cancer colorectal regroupe les tumeurs urogénitales autres que la prostate, mais cette différence ne semble pas avoir de sens d'un point de vue clinique en raison d'un effet-taille inférieur à 0,2. L'absence d'influence des caractéristiques médicales sur la qualité de vie mentale des patients atteints de cancer deux ans après leur diagnostic est un résultat nouveau qui n'avait pas encore été établi dans la littérature.

### **Le ressenti des séquelles par les individus influence lourdement leur qualité de vie physique et mentale**

Dans notre analyse, les séquelles ressenties par les individus jouent un rôle clé. Plus de la moitié (51 %) des individus interrogés déclarent ressentir des séquelles assez ou très gênantes deux ans après leur diagnostic. Pour éclaircir la relation entre les caractéristiques médicales et ce ressenti, nous avons exploré le lien entre ces dernières et les grands types de traitements anticancéreux, ainsi que la localisation cancéreuse.

Les traitements apparaissent liés au ressenti des séquelles : la chirurgie semble avoir un effet « protecteur » en matière de vécu des séquelles, les patients en ayant bénéficié exprimant significativement moins de séquelles assez à très gênantes que ceux ayant bénéficié de chimiothérapie ou de radiothérapie (51 % contre 56 %).

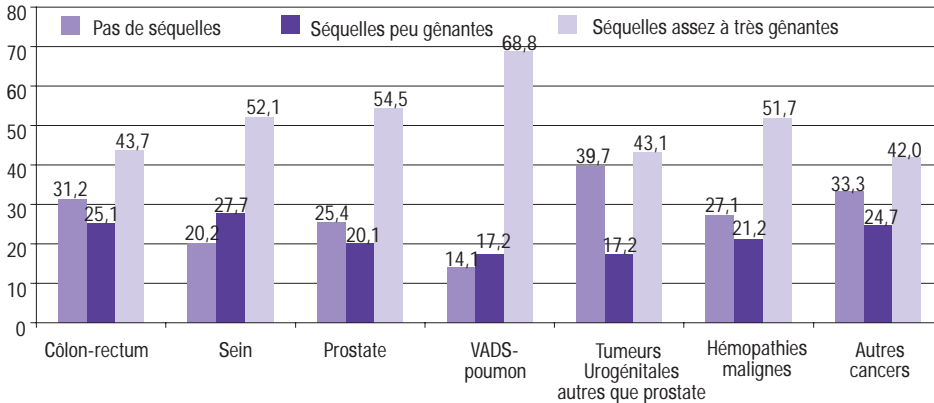
Par ailleurs, le graphique 2 montre que le ressenti des séquelles varie fortement d'un cancer à un autre : 69 % des patients atteints de cancer des VADS ou du poumon expriment des séquelles assez à très gênantes, contre 44 % des patients atteints de cancer du côlon-rectum. Certaines similitudes sont plus surprenantes. Ainsi, la façon dont les personnes atteintes de cancer de la prostate et d'hémopathies malignes perçoivent leurs séquelles est assez similaire, alors que les premières présentent les meilleurs scores de qualité de vie (physique et mentale) et les secondes les plus faibles.

Il faut cependant modérer l'impact majeur des séquelles sur la qualité de vie, en raison de la nature de l'information dont nous disposons. En effet, les personnes interrogées répondaient à une première question : « Estimez-vous conserver des séquelles de votre maladie et de ses traitements ? » Lorsqu'elles déclaraient souffrir de séquelles, une seconde question leur était posée : « Vous considérez ces séquelles comme... très gênantes, assez gênantes, peu gênantes ou pas du tout gênantes ? » Si l'on peut aisément démontrer le caractère subjectif de l'information recueillie, il était cependant impossible de documenter de manière médicale et objective l'ensemble des séquelles provoquées par

tous les cancers ou les traitements associés. À l'inverse, le mérite de l'enquête est d'avoir recueilli le point de vue du patient et son ressenti dans tous les domaines.

## GRAPHIQUE 2

### Séquelles ressenties selon la localisation du cancer, en %



Champ • Personnes dont le cancer n'était pas évolutif.

### Le sexe, le niveau d'études, le revenu et le statut professionnel influencent les deux dimensions de la qualité de vie liée à la santé

Les femmes déclarent une moins bonne qualité de vie que les hommes, en particulier sur le plan mental (tableau 2) ; ce type de résultat a d'ailleurs déjà été établi dans la littérature [Baider *et al.*, 1989]. La qualité de vie physique se dégrade avec l'âge, mais pas la qualité de vie mentale, ce qui a précédemment été démontré [Cimprich *et al.*, 2002]. Certaines études ont même souligné une meilleure qualité de vie mentale pour les individus plus âgés [Broeckel *et al.*, 2000 ; Parker *et al.*, 2003]. Les deux dimensions de la qualité de vie s'améliorent avec le niveau d'études et le niveau de revenus du foyer, comme cela a déjà été démontré [Ashing-Giwa *et al.*, 1999 ; Ganz *et al.*, 2002 ; Parker *et al.*, 2003 ; Gupta *et al.*, 2007]. Le fait de ne pas vivre en couple diminue la qualité de vie mentale mais n'a pas d'influence sur la qualité de vie physique [Shapiro *et al.*, 2001 ; Parker *et al.*, 2003].

Le fait d'avoir des enfants à charge est rarement intégré dans les variables sociodémographiques susceptibles d'influencer la qualité de vie des personnes. Seule une étude incluant cette variable a montré que les femmes atteintes de cancer du sein voyaient leur qualité de vie physique se détériorer lorsqu'elles avaient des enfants à charge [Bloom *et al.*, 2004]. Nous ne retrouvons pas ce lien, alors que la présence d'enfants à charge altère la qualité de vie mentale des individus interrogés.

Le statut professionnel est également rarement étudié, alors qu'il influence la qualité de vie des individus durant la phase de réhabilitation. Les personnes qui travaillent présentent de meilleurs scores de qualité de vie physique et mentale que celles qui sont à la retraite. De plus, les personnes en arrêt maladie sont celles qui déclarent la plus mauvaise qualité de vie physique et mentale. Notons qu'une étude a montré que les personnes travaillant à temps partiel avaient une meilleure qualité de vie que les autres [Bloom *et al.*, 2004]. Il faut cependant interpréter avec prudence le sens de la causalité entre qualité de

vie et statut professionnel : le fait de travailler peut améliorer la qualité de vie en offrant aux individus le sentiment de retourner à une vie « normale », mais ce retour à une vie professionnelle active peut aussi être facilité par une meilleure qualité de vie. Enfin, l'introduction de la catégorie socioprofessionnelle dans notre modèle permet d'établir que, indépendamment du niveau d'études, les cadres et professions intellectuelles supérieures présentent une meilleure qualité de vie physique et mentale que les employés, lesquels ont une meilleure qualité de vie physique et mentale que les travailleurs manuels.

## Conclusion

Cette étude montre que les caractéristiques médicales influencent moins la qualité de vie physique des individus que les variables sociodémographiques et n'influencent pas du tout leur qualité de vie mentale. Les séquelles ressenties par les patients jouent un rôle fondamental sur la qualité de vie deux ans après le diagnostic de la maladie, résultat qui nécessite de développer des recherches plus approfondies sur le sujet.

Finalement, la qualité de vie des individus durant leur période de retour à la vie « normale » est en majorité associée à des variables de type sociodémographiques sur lesquelles le système de soin ne peut que faiblement agir. Par ailleurs, deux ans après le diagnostic d'un cancer, les différences sociales en matière de qualité de vie persistent.

Enfin, il est particulièrement enrichissant pour de futures recherches, comme pour la prise en charge psychologique des individus atteints de cancer, de constater que la localisation du cancer n'influence pas la qualité de vie mentale. Ce résultat innovant permet de réconcilier le discours médical qui évoque la plupart du temps les cancers, en insistant sur la spécificité de chaque localisation, avec le discours plus profane des associations qui évoquent souvent une seule maladie, le cancer.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ashing-Giwa K., Ganz P. A. et Petersen L., 1999, « Quality of life of African-American and white long term breast carcinoma survivors », *Cancer*, 85, (2): 418-26.
- Baider L., Perez T. et De-Nour A. K., 1989, « Gender and adjustment to chronic disease. A study of couples with colon cancer », *General Hospital Psychiatry*, 11, (1): 1-8.
- Bloom J.R., Stewart S. L., Chang S. et Banks P. J., 2004, « Then and now: quality of life of young breast cancer survivors », *Psychooncology*, 13, (3): 147-60.
- Boini S., Briançon S., Guillemin F., Galan P. et Hercberg S., 2004, « Impact of cancer occurrence on health-related quality of life: A longitudinal pre-post assessment », *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, (1): 4.
- Broeckel J., Jacobsen P. B., Horton L.J. et Lyman G., 2000, « Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer », *Breast Cancer Research and Treatment*, 62, (2): 141-150.
- Cimprich B., Ronis D.L. et Martinez-Ramos G., 2002, « Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors », *Cancer Pract*, 10, (2): 85-93.
- Ganz P. A., Desmond K.A., Leedham B., Rowland J.H., Meyerowitz B.E. et Belin T.R., 2002, « Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study », *Journal of the National Cancer Institute*, 94, (1): 39-49.

- Grassi L., Travado L., Moncayo F. L., Sabato S. et Rossi E., 2004, « Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study », *Journal of Affective Disorders*, 83, (2-3): 243-8.
- Gupta D., Lis C. G. et Grutsch J. F., 2007, « Perceived cancer-related financial difficulty: implications for patient satisfaction with quality of life in advanced cancer », *Support Care Cancer*.
- Hagedoorn M., Sneeuw K. C. et Aaronson N. K., 2002, « Changes in physical functioning and quality of life in patients with cancer: response shift and relative evaluation of one's condition », *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, (2): 176-83.
- Leplege A., Ecosse E., Verdier A. et Perneger T. V., 1998, « The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation », *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, (11): 1013-23.
- Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Katsouda E., Galanos A. et Vlahos L., 2005, « Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life », *Quality of Life Research*, 14, (8): 1825-33.
- Parker, P. A., Baile W. F., de Moor C. et Cohen L., 2003, « Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients », *Psycho-Oncology*, 12: 183-193.
- Ringdal G. I. et Ringdal K., 2000, « A follow-up study of the quality of life in cancer patients with different prognoses », *Quality of Life Research*, 9, (1): 65-73.
- Shapiro S. L., Lopez A. M., Schwartz G. E., Bootzin R., Figueredo A. J., Braden C. J. et Kurker S. F., 2001, « Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables », *Journal of Clinical Psychology*, 57, (4): 501-19.
- Smith T., Stein K. D., Mehta C. C., Kaw C., Kepner J. L., Buskirk T., Stafford J. et Baker F., 2007, « The rationale, design, and implementation of the American Cancer Society's studies of cancer survivors », *Cancer*, 109, (1): 1-12.
- Sprangers M. A., de Regt E. B., Andries F., van Agt H. M., Bijl R. V., de Boer J. B., Foets M., Hoeymans N., Jacobs A. E., Kempen G. I., Miedema H. S., Tjihuis M. A. et de Haes H. C., 2000, « Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? », *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, (9): 895-907.
- Ware J. E., Snow K. et Kosinski M., 1993, « SF-36 Health Survey: a manual and interpretation guide », *Quality Metric Incorporated*.
- Yost K. J., Haan M. N., Levine R. A. et Gold E. B., 2005, « Comparing SF-36 scores across three groups of women with different health profiles », *Quality of Life Research*, 14, (5): 1251-61.

# La qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein : une analyse par classe d'âge

---

Anne-Gaëlle Le Corroller-Soriano, Anne-Déborah Bouhnik, Pascal Auquier, Jean-Paul Moatti

Si l'effet de l'âge sur la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein est connu, peu d'études ont analysé simultanément l'influence de facteurs cliniques et sociodémographiques. Cette étude a pour objectif d'identifier les facteurs associés à la qualité de vie (physique et mentale) chez des femmes vivant avec un cancer du sein deux ans après l'établissement du diagnostic, en distinguant trois classes d'âge : les femmes de 50 ans et moins, les femmes de 51 à 65 ans et les femmes de plus de 65 ans.

Globalement, si le sentiment d'avoir une bonne qualité de vie physique diminue avec l'âge, celui d'avoir une meilleure qualité de vie mentale se renforce. Quel que soit l'âge, le fait d'être gêné par les séquelles affecte la qualité de vie mentale et physique, tandis que la qualité de vie mentale s'améliore avec le niveau d'études. Le revenu n'apparaît lié à la qualité de vie que chez les femmes de plus de 50 ans.

Concernant les facteurs cliniques chez les femmes âgées de 51 à 65 ans, les traitements n'ont d'impact que sur la qualité de vie mentale. Chez les femmes de 50 ans et moins, ce sont surtout la maladie et ses traitements qui affectent la qualité de vie : celle-ci apparaît liée au caractère évolutif de la maladie, aux séquelles et, pour la qualité de vie physique, à l'induction de la ménopause par les traitements. Inversement, à partir de 65 ans, la qualité de vie des femmes semble davantage déterminée par des variables sociodémographiques (âge, revenus, niveau d'études, soutien affectif) que par des variables dépendantes du système de soin, mis à part le ressenti des séquelles.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en France. En 2000, 41 845 nouveaux cas ont été enregistrés [Trétarre *et al.*, 2004], ce qui représentait 36 % de tous les nouveaux cas de cancers chez la femme. La moitié d'entre elles avait moins de 61 ans au moment du diagnostic. Le risque de développer un cancer du sein augmente avec l'âge et dans le temps : une femme née en 1953 a 1,8 fois plus de risque d'avoir un cancer du sein qu'une femme née en 1928. Au total, le nombre de nouveaux cas a pratiquement doublé en vingt ans. Mais paradoxalement, la mortalité est restée relativement stable. Ce contraste, observé depuis une vingtaine d'années aux États-Unis et en Europe, s'explique en partie par l'amélioration des thérapeutiques : le nombre de personnes vivant avec un cancer du sein augmente. Il est donc important de connaître la qualité de vie de ces personnes et d'identifier les facteurs l'influençant pour pouvoir l'améliorer.

Plusieurs études ont montré que le cancer du sein n'a pas les mêmes impacts sur la qualité de vie selon le type de chirurgie [Nagel *et al.*, 2001 ; Casso *et al.*, 2004 ; Conde *et al.*, 2005 ; Schou *et al.*, 2005] et le type de traitement adjuvant [Broeckel *et al.*, 2000 ; Arora *et al.*, 2001 ; Casso *et al.*, 2004 ; Ahles *et al.*, 2005]. Cependant, l'effet de la mastectomie sur la qualité de vie est controversé [Hartl *et al.*, 2003 ; Mandelblatt *et al.*, 2003]. L'influence de l'âge est en revanche connue : les femmes jeunes présentent une moins bonne qualité de vie mentale et une meilleure qualité de vie physique [Wenzel *et al.*, 1999 ; Fehlaue *et al.*, 2005 ; Schou *et al.*, 2005]. Peu d'études ont cependant analysé simultanément les facteurs cliniques et socio-démographiques qui influencent la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein, surtout pendant la période de survie étendue, c'est-à-dire de la fin des traitements jusqu'à environ cinq ans après le diagnostic de la maladie (voir définition p. 9). L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs associés à la qualité de vie chez des femmes ayant un cancer du sein dont le diagnostic a été établi deux ans auparavant, pour trois classes d'âge distinctes : les femmes âgées de 50 ans et moins, de 51 à 65 ans et de plus de 65 ans.

### Plus les femmes sont jeunes, plus leurs traitements sont lourds

Au moment du diagnostic, une plus grande proportion de femmes de 50 ans et moins se trouvait à un stade avancé de leur maladie (tableau 1). La proportion de femmes ayant bénéficié d'un curage ganglionnaire est semblable selon l'âge. Par ailleurs, les femmes de plus de 65 ans sont plus nombreuses à avoir été traitées par mastectomie. Les femmes de plus de 50 ans ont plus souvent suivi un traitement associant la radiothérapie à la chirurgie (sans chimiothérapie) mais ont moins souvent reçu un traitement réunissant chirurgie et chimiothérapie (sans radiothérapie). Enfin, plus les femmes sont âgées, moins elles ont bénéficié de la combinaison des trois traitements (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie). Ce résultat corrobore une argumentation défendue par les spécialistes mondiaux de l'oncologie : bien que l'âge moyen des patients atteints de cancer augmente, les malades les plus âgés sont souvent exclus des essais cliniques importants [Monfardini, 2002] et la prise en charge qui leur est proposée est moins optimale que celle des patients les plus jeunes [Perkins *et al.*, 1999]. Enfin, quelle que soit la classe d'âge, la proportion de maladie en phase évolutive est semblable.

Plus les femmes sont jeunes, plus elles déclarent des séquelles assez à très gênantes de la maladie. Ce résultat est certainement à mettre en regard avec la notion de comorbidité : il est probable que les femmes plus âgées soient atteintes de plusieurs pathologies et que cela affecte la manière dont elles ressentent leurs séquelles, comme nous le verrons plus tard. Un contexte de comorbidité peut avoir des conséquences importantes sur la décision médicale du médecin et peut affecter le pronostic et la survie [Yancik *et al.*, 2001a, 2001b].

TABLEAU 1

## Caractéristiques des femmes ayant eu un cancer du sein selon la classe d'âge

		Femmes âgées de 50 ans et moins	Femmes âgées de 51 à 65 ans	Femmes âgées de 66 ans et plus
		%	%	%
<b>Ensemble</b>		<b>29,8</b>	<b>41,7</b>	<b>28,5</b>
<b>Variables cliniques</b>				
<b>Traitements reçus</b>	***			
Chirurgie seule		10,8	7,5	12,7
Chirurgie et chimiothérapie		6,9	4,5	1,7
Chirurgie et radiothérapie		20,6	41,1	54,7
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie		58,0	44,0	27,9
Autre combinaison (y compris aucun traitement)		3,7	2,8	3,0
<b>Mastectomie</b>	**			
Oui		26,2	20,4	29,2
Non		73,8	79,6	70,8
<b>Curage ganglionnaire</b>	ns			
Oui		75,7	74,3	75,5
Non		24,3	25,7	24,5
<b>Ménopause induite</b>	-			
Oui		48,4	-	-
Non		51,6	-	-
<b>Stade du cancer au moment du diagnostic (questionnaire médical)</b>	**			
Localisé		69,8	79,2	78,8
Régional ou métastatique		30,2	20,8	21,2
<b>Cancer évolutif au moment de l'enquête (questionnaire médical)</b>	ns			
Oui		7,1	5,7	4,7
Non		92,9	94,3	95,3
<b>Séquelles ressenties</b>	***			
Aucune séquelle		8,7	17,5	34,4
Séquelles peu gênantes		27,8	30,4	22,9
Séquelles assez à très gênantes		63,5	52,1	42,7
<b>Variables sociodémographiques</b>				
<b>Niveau d'études</b>	***			
Aucun diplôme-CEP		14,3	31,0	54,5
BEP-BEPC-CAP-bac		54,0	51,8	36,4
Supérieur au bac		31,7	17,2	9,1
<b>Vie en couple</b>	***			
Oui		81,0	24,0	47,2
Non		19,0	76,0	52,8
<b>Enfant(s) à charge</b>	***			
Oui		68,5	18,7	-
Non (y compris sans enfant)		31,5	81,3	-
		<b>Moyenne (écart type)</b>	<b>Moyenne (écart type)</b>	<b>Moyenne (écart type)</b>
<b>Variables sociodémographiques et psychosociales</b>				
Âge	***	44,0 (5,0)	57,4 (4,1)	73,5 (5,6)
Revenus mensuels du ménage au moment de l'enquête (en log)	***	3,4 (0,3)	3,3 (0,3)	3,1 (0,3)
Score de soutien affectif et moral	***	2,8 (0,8)	2,6 (0,8)	2,3 (0,8)
Score de soutien matériel	*	3,9 (1,8)	4,0 (1,8)	3,6 (1,8)
<b>Scores de qualité de vie (SF-36)</b>				
Score de qualité de vie physique	***	44,8 (9,1)	43,4 (8,5)	39,0 (9,9)
Score de qualité de vie mentale	***	41,9 (10,8)	43,5 (10,6)	44,8 (9,7)
Score « Capacités physiques »	***	74,1 (21,6)	69,2 (22,0)	55,6 (27,1)
Score « Limitations dues à l'état physique »	ns	51,2 (40,9)	53,6 (40,3)	47,4 (39,3)
Score « Douleur physique »	***	59,3 (24,1)	57,8 (22,1)	50,3 (22,9)
Score « Santé perçue »	**	57,7 (20,9)	56,2 (19,9)	53,2 (19,5)
Score « Vie sociale »	ns	68,4 (25,3)	71,6 (24,1)	71,3 (23,8)
Score « Limitations dues à l'état émotionnel »	ns	59,8 (42,7)	60,0 (41,1)	54,2 (39,0)
Score « Santé mentale »	*	56,5 (18,4)	58,6 (19,0)	60,0 (18,5)
Score « Vitalité »	ns	48,2 (18,8)	49,5 (18,6)	47,4 (18,2)

\*: test significatif à  $p < 0,05$ , \*\*:  $p < 0,01$ , \*\*\*:  $p < 0,001$ , ns: non significatif. Lecture • Les traitements reçus et le score de soutien affectif et moral sont significativement différents ( $p < 0,001$ ) dans les trois groupes d'âge de femmes étudiées dans une analyse bivariée. 10,8% des femmes étudiées âgées de 50 ans et moins ont eu un traitement par chirurgie seule. les femmes étudiées âgées de 50 ans et moins ont un score affectif et moral moyen de 2,8. Champ • Femmes atteintes d'un cancer du sein.

## MÉTHODOLOGIE

Nous avons séparé les femmes en trois groupes d'âge : les femmes de 50 ans et moins, les femmes de 51 à 65 ans et les femmes de plus de 65 ans. La césure à 65 ans est fréquente dans la littérature. La césure à 50 ans correspond à peu près au changement de statut ménopausique et a également été utilisée à plusieurs reprises [Goodwin *et al.*, 1999 ; Wenzel *et al.*, 1999]. Après la description des trois groupes de femmes et comparaisons à l'aide de tests du Chi<sup>2</sup> ou de tests de Student, nous avons regardé si leur scores de qualité de vie physique et mentale (voir l'article p. 195) étaient différents de ceux des femmes de la population générale française dans chacune des classes d'âge (sources : Enquête décennale Santé, INSEE, 5<sup>e</sup> édition, octobre 2002-décembre 2003).

Dans un second temps, nous avons cherché les facteurs associés aux scores de qualité de vie physique et mentale de l'échelle SF-36 pour chaque classe d'âge. Des analyses de variance et des tests de corrélations de Pearson ont été utilisés afin de déterminer les variables associées, en analyses univariées, avec l'un ou l'autre des scores. Enfin, une régression linéaire multivariée a permis d'identifier les effets propres de ces facteurs, d'une part, sur le score de la qualité de vie physique et, d'autre part, sur celui de la santé mentale, dans chacune des trois classes d'âge étudiées.

**Choix des variables**

Les variables retenues pour notre analyse sont de trois types.

Les variables médicales comprennent des informations sur la maladie (stade au diagnostic), sur les traitements (type de chirurgie, curage ganglionnaire, chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) ; deux variables relatives aux séquelles de la maladie et de ses traitements ont permis d'étudier le retentissement d'une ménopause induite et le ressenti des séquelles par les femmes.

Les variables sociodémographiques incluent l'âge, le niveau d'études, le statut marital au moment de l'enquête, les revenus du foyer et la présence d'enfants à charge. Enfin, deux variables psychosociales mesurent le soutien affectif et le soutien matériel dont bénéficient les patientes au moment de l'enquête de la part de la famille et des amis.

Sur le plan sociodémographique, les femmes de moins de 50 ans ont un niveau d'études plus élevé, sont plus souvent en couple et ont plus souvent des enfants à charge. Les femmes de plus de 65 ans décrivent un revenu mensuel du ménage moins élevé : en effet, les individus à la retraite voient leur revenu diminuer. Par ailleurs, les femmes plus âgées sont plus nombreuses à vivre seules, sans doute en grande partie parce qu'elles sont plus fréquemment veuves que les femmes plus jeunes. Enfin, avec l'âge, les femmes estiment recevoir moins de soutien affectif et matériel.

### **La qualité de vie physique diminue avec l'âge, tandis que la qualité de vie mentale s'améliore**

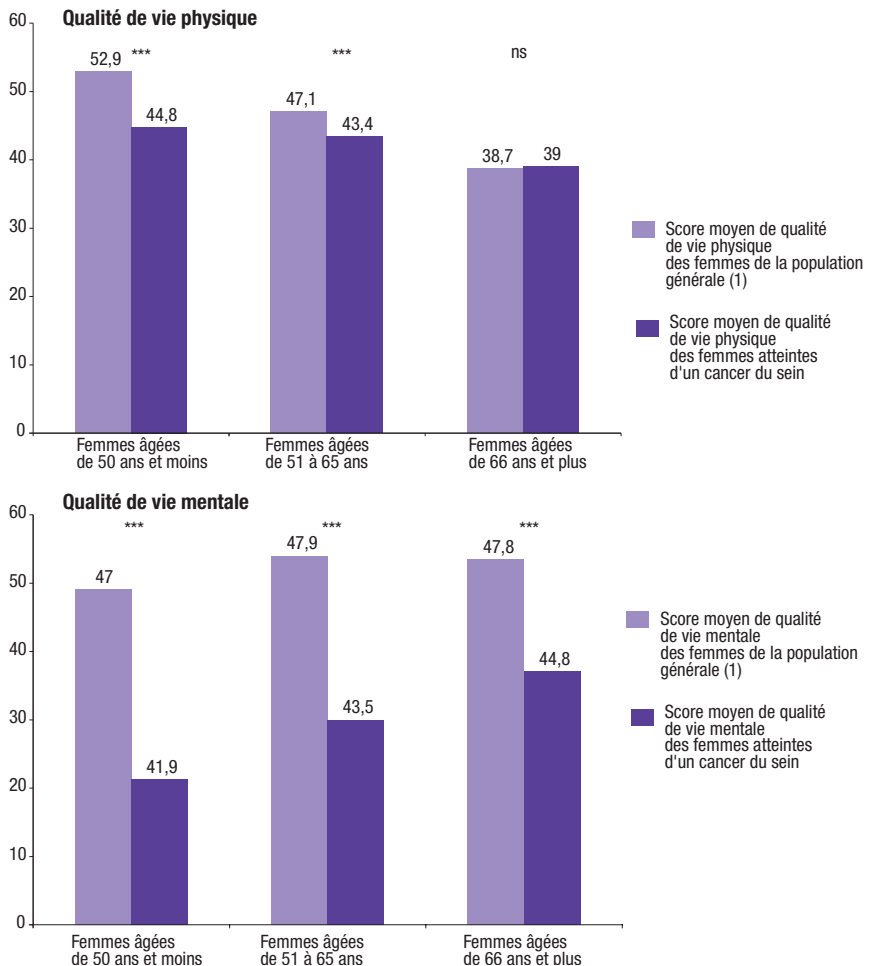
Si le sentiment d'avoir une bonne qualité de vie physique diminue avec l'âge, celui d'avoir une meilleure qualité de vie mentale se renforce. Ainsi, pour la qualité de vie physique, trois des quatre dimensions plutôt « physiques » de l'échelle SF-36 (capacités physiques, limitations dues à l'état physique et santé perçue) présentent des scores significativement plus faibles quand l'âge augmente. Pour les autres scores de qualité de vie, seule la dimension « santé mentale » présente des différences significatives entre les trois groupes de femmes, avec de meilleurs scores pour les femmes plus âgées.

Nous avons comparé les scores de qualité de vie physique et mentale des femmes atteintes d'un cancer du sein avec les scores moyens obtenus en population générale à partir de l'Enquête décennale Santé menée en 2002-2003 par l'Institut national de la statistique et des

études économiques (INSEE). Lorsque l'on compare ces scores avec ceux des patientes atteintes de cancer de même âge, on constate que la qualité de vie mentale des femmes atteintes de cancer du sein est inférieure à celle des femmes de la population générale dans les trois classes d'âge, avec des différences significatives (graphique 1). Cependant, l'écart entre les deux populations a tendance à se réduire quand on avance en âge. Pour la qualité de vie physique, l'écart observé chez les femmes de 50 ans et moins se restreint chez les femmes âgées de 51 à 65 ans, pour disparaître chez les femmes de plus de 65 ans.

GRAPHIQUE 1

### Comparaison des scores de qualité de vie des femmes ayant eu un diagnostic de cancer deux ans auparavant avec ceux des femmes de la population générale



\* : test significatif à  $p < 0,05$ , \*\* :  $p < 0,01$ , \*\*\* :  $p < 0,001$ , ns : non significatif.

Champ • Femmes atteintes d'un cancer du sein.

(1) Sources • Enquête décennale Santé 2002-2003, INSEE.

La dégradation de la qualité de vie des femmes après un diagnostic de cancer peut s'expliquer par les retentissements de la maladie sur la vie de ces femmes. Cependant, comme la qualité de vie physique des femmes de plus de 65 ans ayant eu un cancer rattrape celle des femmes de la population générale, on peut supposer que l'effet de la maladie s'atténue quand le cancer apparaît à un âge plus avancé. Ce résultat, qui peut apparaître surprenant, a déjà été observé et s'explique généralement par le fait que les femmes plus âgées cumulent plusieurs pathologies. Ces comorbidités ne sont malheureusement pas documentées dans notre étude, mais elles influent certainement sur la qualité de vie physique des femmes, et de manière comparable sur celle des femmes atteintes d'un cancer du sein.

### **Avant 50 ans, le stade de la maladie, les séquelles du traitement, le niveau d'études et le soutien affectif influencent la qualité de vie des femmes**

Chez les femmes jeunes, l'analyse multivariée des facteurs associés à la qualité de vie physique (tableau 2) montre que les femmes dont la maladie est en phase évolutive et celles qui perçoivent des séquelles assez à très gênantes déclarent une qualité de vie beaucoup moins bonne. De plus, les femmes dont la ménopause a été induite par les traitements décrivent une moins bonne qualité de vie physique. Outre ces facteurs cliniques, un niveau d'études supérieur au baccalauréat et un fort soutien affectif de la part de la famille et des amis sont associés à une meilleure qualité de vie physique. Enfin, pour les femmes de 50 ans et moins, la qualité de vie physique diminue lorsque l'âge augmente. Ainsi, ni le stade au diagnostic ni les traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) n'influencent la qualité de vie physique des femmes de 50 ans et moins atteintes de cancer du sein.

Pour la qualité de vie mentale (tableau 3), les seuls facteurs cliniques qui ont un effet propre sur l'altération de la qualité de vie mentale sont l'évolutivité de la maladie au moment de l'enquête et la perception de séquelles assez à très gênantes. En revanche, plus le niveau d'études ou le soutien affectif sont élevés, meilleure est la qualité de vie mentale.

### **Entre 50 et 65 ans, le revenu influe sur la qualité de vie**

Pour les femmes âgées de 51 à 65 ans, le fait d'éprouver des séquelles assez ou très gênantes va de pair avec le sentiment d'une qualité de vie altérée. Dans cette classe d'âge intermédiaire, les variables médicales n'influencent pas la qualité de vie physique, excepté le caractère évolutif de la maladie et la présence de séquelles gênantes, qui sont associés à une détérioration de la qualité de vie physique (tableau 2). En revanche, on ne retrouve plus l'impact du niveau d'études ou du soutien affectif, alors que la hausse du revenu du ménage améliore la qualité de vie physique des femmes de 51 à 65 ans.

Concernant la qualité de vie mentale (tableau 3), les traitements reçus ont une influence significative. La combinaison des trois types de traitement (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) a un impact nuisible puisque la qualité de vie mentale des femmes âgées de 51 ans à 65 ans qui en a bénéficié diminue de manière significative. Comme chez les femmes de 50 ans et moins, la présence de séquelles gênantes a un effet délétère. En outre, la qualité de vie mentale s'améliore lorsque le revenu ou le soutien affectif augmentent, ainsi que lorsque les femmes ont suivi des études supérieures.

TABLEAU 2

### Caractéristiques associées au score de qualité de vie physique dans les trois classes d'âge

	Score de qualité de vie physique					
	Femmes âgées de 50 ans et moins		Femmes âgées de 51 à 65 ans		Femmes âgées de 66 ans et plus	
	Moyenne (écart type)	Coefficient de régression	Moyenne (écart type)	Coefficient de régression	Moyenne (écart type)	Coefficient de régression
<b>Ensemble</b>	<b>44,8 (9,1)</b>		<b>43,4 (8,5)</b>		<b>39,0 (9,9)</b>	
<b>Variables cliniques</b>						
<b>Traitements reçus</b>	ns		*		ns	
Chirurgie seule	47,7 (8,0)		46,5 (7,8)		38,1 (9,8)	
Chirurgie et chimiothérapie	43,1 (11,9)		44,4 (7,7)		40,4 (5,7)	
Chirurgie et radiothérapie	44,9 (9,1)		43,9 (8,8)		38,9 (10,0)	
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	44,5 (8,8)		42,4 (8,4)		40,3 (9,5)	
Autre combinaison (y c. aucun traitement)	43,1 (9,4)		41,1 (6,9)		31,2 (10,0)	
<b>Mastectomie</b>	**		ns		*	
Oui	43,2 (9,4)		43,5 (8,9)		37,4 (9,8)	
Non	45,8 (8,7)		43,4 (8,4)		39,7 (9,9)	
<b>Curage ganglionnaire</b>	*		ns		ns	
Oui	44,2 (8,9)		43,3 (8,5)		38,8 (10,0)	
Non	46,7 (9,4)		43,7 (8,7)		39,4 (10,0)	
<b>Ménopause induite</b>	***					
Oui	42,8 (9,3)	-1,8 <sup>#</sup>	-	-	-	-
Non	46,7 (8,4)	réf.	-	-	-	-
<b>Stade du cancer au moment du diagnostic (questionnaire médical)</b>	*		*		ns	
Localisé	45,5 (9,2)		43,8 (8,4)		39,1 (9,9)	
Régional ou métastatique	43,3 (8,6)		41,8 (9,0)		38,6 (9,8)	
<b>Cancer évolutif au moment de l'enquête (questionnaire médical)</b>	***		***		ns	
Oui	36,3 (8,4)	-8,2 <sup>###</sup>	37,3 (8,6)	-5,3 <sup>###</sup>	37,9 (7,7)	
Non	45,5 (8,8)	réf.	43,7 (8,4)	réf.	39,0 (10,0)	
<b>Séquelles ressenties</b>	***		***		***	
Aucune séquelle	48,2 (7,7)	réf.	48,5 (7,5)	réf.	42,4 (9,2)	réf.
Séquelles peu gênantes	48,7 (8,0)	ns	46,9 (7,0)	-2,2 <sup>#</sup>	40,3 (8,9)	-3,6 <sup>##</sup>
Séquelles assez à très gênantes	42,6 (9,0)	-5,5 <sup>###</sup>	39,7 (8,0)	-8,9 <sup>###</sup>	35,5 (9,3)	-8,2 <sup>###</sup>
<b>Variables sociodémographiques</b>						
<b>Niveau d'études</b>	**		***		ns	
Aucun diplôme-CEP	42,7 (7,9)	réf.	41,4 (8,7)		37,9 (9,5)	
BEP-BEPC-CAP-bac	44,0 (9,6)	ns	43,8 (8,4)		40,5 (10,1)	
Supérieur au bac	47,1 (8,1)	4,2 <sup>##</sup>	45,6 (8,0)		39,6 (10,9)	
<b>Vie en couple</b>	ns		ns		ns	
Oui	44,5 (9,2)		43,6 (8,7)		39,2 (9,5)	
Non	46,1 (8,3)		42,7 (8,0)		38,7 (10,3)	
<b>Enfant(s) à charge</b>	ns		ns			
Oui	45,0 (9,2)		43,5 (8,3)		-	-
Non (y compris sans enfant)	44,4 (8,7)		43,4 (8,6)		-	-
	Coefficient de corrélation	Coefficient de régression	Coefficient de corrélation	Coefficient de régression	Coefficient de corrélation	Coefficient de régression
<b>Variables sociodémographiques et psychosociales</b>						
Âge	-0,1 <sup>*</sup>	§-0,2 <sup>#</sup>	ns		-0,3 <sup>***</sup>	§-0,6 <sup>###</sup>
Revenus mensuels du ménage au moment de l'enquête (en log)	0,2 <sup>**</sup>		0,2 <sup>***</sup>	§6,2 <sup>###</sup>	0,1 <sup>*</sup>	§3,5 <sup>#</sup>
Score de soutien affectif et moral	0,2 <sup>**</sup>	§1,7 <sup>##</sup>	ns		ns	
Score de soutien matériel	ns		ns		ns	

\* : test significatif à  $p < 0,05$ , \*\* :  $p < 0,01$ , \*\*\* :  $p < 0,001$ , ns : non significatif. <sup>#</sup> : test significatif à  $p < 0,05$  après ajustement multivarié, <sup>##</sup> :  $p < 0,01$ , <sup>###</sup> :  $p < 0,001$ , ns : non significatif, réf. : modalité de référence pour les variables qualitatives. § : coefficient de régression calculé pour 10 unités supplémentaires de la variable. **Lecture** • Chez les femmes étudiées âgées de 50 ans et moins, la mastectomie et le score de soutien affectif et moral sont significativement liés ( $p < 0,01$ ) au score de qualité de vie physique dans une analyse bivariée. Les femmes étudiées âgées de 50 ans et moins chez qui les traitements ont induit une ménopause ont un score moyen de qualité de vie physique de 42,8. Après prise en compte des autres variables de l'analyse, le score de qualité de vie physique des femmes étudiées de 50 ans et moins : diminue de 1,8 ( $p < 0,05$ ) pour celles chez qui les traitements ont induit une ménopause par rapport à celles chez qui ce n'est pas le cas ; augmente de 1,7 ( $p < 0,01$ ) pour celles qui ont un score de soutien affectif et moral de 10 unités de plus (par exemple, pour celles qui ont un score de 15 par rapport à celles qui en ont un de 5). **Champ** • Femmes atteintes d'un cancer du sein.

TABLEAU 3

### Caractéristiques associées au score de qualité de vie mentale dans les trois classes d'âge

	Score de qualité de vie mentale					
	Femmes âgées de 50 ans et moins		Femmes âgées de 51 à 65 ans		Femmes âgées de 66 ans et plus	
	Moyenne (écart type)	Coefficient de régression	Moyenne (écart type)	Coefficient de régression	Moyenne (écart type)	Coefficient de régression
<b>Ensemble</b>	<b>41,9 (10,8)</b>		<b>43,5 (10,6)</b>		<b>44,8 (9,8)</b>	
<b>Variables cliniques</b>						
<b>Traitements reçus</b>	<b>**</b>		<b>*</b>		<b>ns</b>	
Chirurgie seule	43,7 (9,5)		47,8 (10,1)	réf.	41,8 (10,6)	
Chirurgie et chimiothérapie	43,2 (10,1)		42,4 (12,0)	ns	43,8 (11,9)	
Chirurgie et radiothérapie	45,0 (9,3)		44,2 (9,8)	ns	45,1 (9,8)	
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	40,2 (11,4)		42,2 (10,9)	-3,5 <sup>#</sup>	45,5 (9,0)	
Autre combinatoire (y compris aucun traitement)	42,0 (11,5)		42,6 (13,2)	ns	45,9 (10,2)	
<b>Mastectomie</b>	<b>*</b>		<b>ns</b>		<b>ns</b>	
Oui	40,1 (11,0)		43,2 (11,1)		44,6 (9,6)	
Non	43,0 (10,6)		43,6 (10,4)		44,8 (9,8)	
<b>Curage ganglionnaire</b>	<b>ns</b>		<b>ns</b>		<b>ns</b>	
Oui	41,5 (10,9)		43,5 (10,5)		45,0 (9,3)	
Non	42,9 (10,7)		43,5 (11,0)		44,1 (11,0)	
<b>Ménopause induite</b>	<b>**</b>					
Oui	40,3 (10,9)		-	-	-	-
Non	43,3 (10,6)		-	-	-	-
<b>Stade du cancer au moment du diagnostic (questionnaire médical)</b>	<b>**</b>		<b>*</b>		<b>ns</b>	
Localisé	42,9 (10,9)		44,0 (10,5)		44,9 (10,0)	
Regional ou métastatique	39,5 (10,4)		41,5 (10,9)		44,3 (8,9)	
<b>Cancer évolutif au moment de l'enquête (questionnaire médical)</b>	<b>**</b>		<b>*</b>		<b>ns</b>	
Oui	35,7 (9,7)	-6,1 <sup>##</sup>	39,0 (11,4)		43,1 (8,8)	
Non	42,3 (10,8)	réf.	43,7 (10,5)		44,8 (9,8)	
<b>Séquelles ressenties</b>	<b>***</b>		<b>***</b>		<b>***</b>	
Aucune séquelle	48,4 (9,4)	réf.	47,0 (10,3)	réf.	47,4 (9,9)	réf.
Séquelles peu gênantes	46,6 (9,1)	ns	47,7 (8,4)	ns	45,4 (8,5)	ns
Séquelles assez à très gênantes	38,9 (10,6)	-9,3 <sup>###</sup>	39,8 (10,6)	-7,8 <sup>###</sup>	42,3 (9,7)	-4,7 <sup>###</sup>
<b>Variables sociodémographiques</b>						
<b>Niveau d'études</b>	<b>*</b>		<b>***</b>		<b>**</b>	
Aucun diplôme-CEP	39,2 (9,5)	réf.	41,9 (10,7)	réf.	43,3 (9,5)	réf.
BEP-BEPC-CAP-bac	41,3 (11,1)	3,9 <sup>#</sup>	43,0 (10,0)	ns	46,3 (9,7)	2,9 <sup>##</sup>
Supérieur au bac	44,0 (10,7)	5,9 <sup>###</sup>	47,7 (11,2)	4,3 <sup>##</sup>	47,7 (9,7)	4,3 <sup>#</sup>
<b>Ve en couple</b>	<b>ns</b>		<b>*</b>		<b>ns</b>	
Oui	41,6 (10,3)		44,0 (11,6)		44,4 (10,4)	
Non	41,9 (11,0)		41,7 (11,6)		45,1 (10,4)	
<b>Enfant(s) à charge</b>	<b>ns</b>		<b>ns</b>			
Oui	41,4 (11,1)		42,4 (11,2)		-	-
Non (y compris sans enfants)	42,9 (10,1)		43,7 (10,5)		-	-
	Coefficient de corrélation	Coefficient de régression	Coefficient de corrélation	Coefficient de régression	Coefficient de corrélation	Coefficient de régression
<b>Variables sociodémographiques et psychosociales</b>						
Âge	0,02 ns		ns		ns	
Revenus mensuels du ménage au moment de l'enquête (en log)	0,2 <sup>**</sup>		0,2 <sup>***</sup>	\$5,2 <sup>#</sup>	ns	
Score de soutien affectif et moral	0,1 <sup>*</sup>	\$1,5 <sup>#</sup>	0,1 <sup>*</sup>	\$1,2 <sup>#</sup>	0,2 <sup>**</sup>	\$1,7 <sup>##</sup>
Score de soutien matériel	ns		ns		ns	

\* : test significatif à  $p < 0,05$ , \*\* :  $p < 0,01$ , \*\*\* :  $p < 0,001$ , ns : non significatif. # : test significatif à  $p < 0,05$  après ajustement multivarié, ## :  $p < 0,01$ , ### :  $p < 0,001$ , ns : non significatif, réf. : modalité de référence pour les variables qualitatives. \$ : coefficient de régression calculé pour 10 unités supplémentaires de la variable. Lecture • Chez les femmes étudiées âgées de 50 ans et moins, les séquelles ressenties et le score de soutien affectif et moral sont significativement liés (respectivement  $p < 0,01$  et  $p < 0,05$ ) au score de qualité de vie mentale dans une analyse bivariée. Les femmes étudiées âgées de 50 ans et moins qui rapportent des séquelles assez à très gênantes ont un score moyen de qualité de vie mentale de 38,9. Après prise en compte des autres variables de l'analyse, le score de qualité de vie mentale : diminue de 9,3 ( $p < 0,001$ ) pour celles dont le cancer au moment de l'enquête était évolutif par rapport à celles dont ce n'était pas le cas ; augmente de 1,5 ( $p < 0,05$ ) pour celles qui ont un score de soutien affectif et moral de 10 unités de plus (par exemple, pour celles qui ont un score de 15 par rapport à celles qui en ont un de 5).  
**Champ** • Femmes atteintes d'un cancer du sein.

## Au-delà de 65 ans, les facteurs influençant la qualité de vie physique et mentale ne sont pas les mêmes

Pour la population des femmes âgées de plus de 65 ans, la seule variable médicale qui est associée à une moins bonne qualité de vie (physique ou mentale) est le fait de considérer avoir des séquelles assez à très gênantes.

L'augmentation de l'âge et la diminution des revenus du ménage altèrent également la qualité de vie physique des femmes de plus de 65 ans. Le niveau d'études et le soutien affectif ont un impact positif sur la qualité de vie mentale de ces dernières.

On ne retrouve pas les mêmes facteurs influençant la qualité de vie physique et la qualité de vie mentale des femmes de plus de 65 ans, mis à part le ressenti des séquelles.

## La qualité de vie n'est pas déterminée par les mêmes variables selon l'âge

Ces résultats indiquent que seul le fait d'être assez ou très gêné par les séquelles influence systématiquement la qualité de vie physique et mentale des femmes interrogées, et ce quel que soit leur âge. Ils confirment le rôle important des séquelles [Arndt *et al.*, 2005], et en particulier de l'induction de la ménopause sur la qualité de vie des femmes jeunes [Ganz *et al.*, 1998 ; Avis *et al.*, 2004]. Les traitements n'ont d'influence que sur la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein âgées de 51 à 65 ans, pour lesquelles la combinaison d'un traitement par chimiothérapie à la chirurgie et à la radiothérapie altère la qualité de vie mentale. Dans les deux autres classes d'âge, on ne trouve pas d'influence des traitements anticancéreux sur la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein deux ans après leur diagnostic. D'autres études ont également démontré qu'au-delà de la première année suivant le traitement, la chirurgie mammaire n'influence pas la qualité de vie des femmes [Rowland *et al.*, 2000] ou que l'association des trois principaux types de traitement (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) a peu d'impacts sur les effets secondaires physiques du traitement [Warner *et al.*, 1999].

En ce qui concerne les variables sociodémographiques, le niveau d'études a une influence chez l'ensemble des femmes [Ganz *et al.*, 2003 ; Perkins *et al.*, 2007]. Le revenu n'apparaît lié à la qualité de vie que chez les femmes de plus de 50 ans, comme d'autres études l'ont mis en évidence [Shimozuma *et al.*, 1999 ; Nagel *et al.*, 2001 ; Casso *et al.*, 2004 ; Mols *et al.*, 2005].

Enfin, le soutien affectif affecte les deux dimensions de la qualité de vie, exceptée la qualité de vie physique chez les femmes de plus de 50 ans. Ce résultat est cohérent avec une étude [Kerr *et al.*, 2003] qui montre que le soutien social est plus important en « volume » chez les femmes de moins de 50 ans que chez les femmes plus âgées, et avec une autre qui souligne le rôle majeur de ce soutien social chez les femmes âgées [Perkins *et al.*, 2007]. Le soutien matériel n'influence quant à lui aucune des dimensions de la qualité de vie chez l'ensemble des femmes.

## Conclusion

En conclusion, nos analyses des scores physiques et mentaux de l'échelle SF36, par classe d'âge (50 ans et moins ; 51 à 65 ans et plus de 65 ans), montrent que chez les femmes jeunes, les facteurs qui influencent indépendamment la qualité de vie physique sont majoritairement communs avec ceux influençant la qualité de vie mentale. À l'inverse, chez les femmes plus âgées, on observe une différence importante entre les deux

dimensions puisque seules les séquelles influent à la fois sur leur qualité de vie physique et sur leur qualité de vie mentale. On observe d'ailleurs que ces séquelles, perçues comme gênantes, affectent la qualité de vie mentale et physique, quel que soit l'âge, tout comme le niveau d'études affecte la qualité de vie mentale des femmes, quel que soit leur âge.

On a ainsi le sentiment que le poids du cancer est différent selon l'âge et que ce sont plus des variables sociodémographiques que des variables dépendantes du système de soin qui participent à la qualité de vie des femmes à partir de 65 ans. Inversement, chez les femmes de 50 ans et moins, ce sont les variables inhérentes à la maladie et à ses traitements qui affectent la qualité de vie.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ahles T. A., Saykin A. J., Furstenberg C. T., Cole B., Mott L. A., Titus-Ernstoff L., Skalla K., Bakitas M., Silberfarb P. M., 2005, « Quality of life of long-term survivors of breast cancer and lymphoma treated with standard-dose chemotherapy or local therapy », *Journal of Clinical Oncology*, 23, (19): 4399-405.
- Arndt V., Merx H., Stegmaier C., Ziegler H. and Brenner H., 2005, « Persistence of restrictions in quality of life from the first to the third year after diagnosis in women with breast cancer », *Journal of Clinical Oncology*, 23, (22): 4945-53.
- Arora N. K., Gustafson D. H., Hawkins R. P., McTavish F., Cella D. F., Pingree S., Mendenhall J. H., Mahvi D. M., 2001, « Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study », *Cancer*, 92, (5): 1288-98.
- Avis N. E., Crawford S., Manuel J., 2004, « Psychosocial problems among younger women with breast cancer », *Psychooncology*, 13, (5): 295-308.
- Broeckel J., Jacobsen P. B., Horton L. J., Lyman G., 2000, « Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer », *Breast Cancer Research and Treatment*, 62, (2): 141-150.
- Casso D., Buist D. S., Taplin S., 2004, « Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49 », *Health and Quality of Life Outcomes*, 2: 25.
- Conde D. M., Pinto-Neto A. M., Cabello C., Santos-Sa D., Costa-Paiva L., Martinez E. Z., 2005, « Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: associated factors », *Breast Journal*, 11, (6): 425-32.
- Fehlauer F., Tribius S., Mehnert A., Rades D., 2005, « Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy », *Breast Cancer Research and Treatment*, 92, (3): 217-22.
- Ganz P. A., Greendale G. A., Petersen L., Kahn B., Bower J. E., 2003, « Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment », *Journal of Clinical Oncology*, 21, (22): 4184-93.
- Ganz P., Rowland J., Desmond K., Meyerowitz B., Wyatt G., 1998, « Life after breast cancer; understanding women's health related quality of life and sexual functioning », *Journal of Clinical Oncology*, 16, (2): 501-514.
- Goodwin P. J., Ennis M., Pritchard K. I., Trudeau M., Hood N., 1999, « Risk of menopause during the first year after breast cancer diagnosis », *Journal of Clinical Oncology*, 17, (8): 2365-70.

- Hartl K., Janni W., Kastner R., Sommer H., Strobl B., Rack B., Stauber M., 2003, « Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients », *Annals of Oncology*, 14, (7): 1064-71.
- Kerr J., Engel J., Schlesinger-Raab A., Sauer H., Holzel D., 2003, « Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients », *Annals of Oncology*, 14, (3): 421-7.
- Mandelblatt J., Figueiredo M., Cullen J., 2003, « Outcomes and quality of life following breast cancer treatment in older women: When, why, how much, and what do women want? », *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, (1): 45.
- Mols F., Vingerhoets A.J., Coebergh J.W., van de Poll-Franse L.V., 2005, « Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review », *European Journal of Cancer*, 41, (17): 2613-9.
- Monfardini S., 2002, « Opening lecture », *3rd SIOG meeting. 7th International conference on geriatric oncology - Cancer in The elderly*, Boston.
- Nagel G.C., Schmidt S., Strauss B.M., Katenkamp D., 2001, « Quality of life in breast cancer patients: a cluster analytic approach. Empirically derived subgroups of the EORTC-QLQ BR 23. A clinically oriented assessment », *Breast Cancer Research Treatment*, 68, (1): 75-87.
- Perkins P., Cooksley C.D., Singletary S.E., Cox J.-D., 1999, « Differences in Breast Cancer Treatment and Survival Between Older and Younger Women », *Breast Journal*, 5, (3): 156-161.
- Perkins E.A., Small B.J., Balducci L., Extermann M., Robb C., Haley W.E., 2007, « Individual differences in well-being in older breast cancer survivors », *Critical Reviews in Oncology/Hematology*.
- Rowland J.H., Desmond K.A., Meyerowitz B.E., Belin T.R., Wyatt G.E., Ganz P.A., 2000, « Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors », *Journal of National Cancer Institute*, 92, (17): 1422-9.
- Schou I., Ekeberg O., Sandvik L., Hjermsstad M.J., Ruland C.M., 2005, « Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population », *Quality of Life Research*, 14, (8): 1813-23.
- Shimozuma K., Ganz P.A., Petersen L., Hirji K., 1999, « Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery », *Breast Cancer Research and Treatment*, 56, (1): 45-57.
- Trétarre B., Guizard A.V., Fontaine D., Francim, CépiDc-Inserm, 2004, « Cancer du sein chez la femme : incidence et mortalité, France 2000 », *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire*, 44, (1): 209-210.
- Warner N.J., King M., Langlands A.O., Kenny P., Boyages J., 1999, « Symptoms 2 weeks, 3 months and 12 months after treatment of early breast cancer: the patients' perspectives », *Breast*, 8, (5): 273-7.
- Wenzel L.B., Fairclough D.L., Brady M.J., Cella D., Garrett K.M., Kluhsman B.C., Crane L.A., Marcus A.C., 1999, « Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment », *Cancer*, 86, (9): 1768-74.
- Yancik R., Ganz P.A., Varricchio C.G., Conley B., 2001a, « Perspectives on comorbidity and cancer in older patients: approaches to expand the knowledge base », *Journal of Clinical Oncology*, 19, (4): 1147-51.
- Yancik R., Wesley M.N., Ries L.A., Havlik R.J., Edwards B.K., Yates J.W., 2001b, « Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older », *Jama*, 285, (7): 885-92.