

Académie d'Orléans –Tours  
Université François Rabelais

## FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2008

N°

**Thèse**  
pour l'obtention du

### **DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat

Par

**Magdalena TRZEPIZUR**

Née le 22 avril 1978 à Cracovie (Pologne)

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 2008

**FACTEURS PREDICTIFS DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET DE QUALITE DE  
VIE A LONG TERME CHEZ DES PATIENTES AYANT ETE TRAITEES POUR UN  
CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE**

A propos d'une étude rétrospective, multicentrique, d'analyse épidémiologique auprès de 102  
femmes en rémission de 7 ans et demi d'un cancer du sein

### **Jury**

**Président de Jury :** Monsieur le Professeur V. CAMUS

**Membres du jury :** Monsieur le Professeur Ph. GAILLARD

Monsieur le Professeur G. CALAIS

Monsieur le Professeur J.B. GARRE

Monsieur le Docteur A. TOLEDANO

**Directeur de Thèse :** Madame le Docteur I. SUZANNE

# Sommaire

<b>1</b>	<b>PSYCHOPATHOLOGIE ET CANCER DU SEIN</b>	<b>8</b>
<b>1.1</b>	<b>ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE ET CANCER</b>	<b>8</b>
1.1.1	Définition de l'adaptation	8
1.1.2	Les facteurs dispositionnels, situationnels et interactionnels	9
1.1.2.1	Les facteurs dispositionnels, déterminants cognitifs et conatifs	9
1.1.2.1.1	Les aspects protecteurs de la personnalité	9
1.1.2.1.2	Les facteurs de vulnérabilité	13
1.1.2.2	Facteurs situationnels	14
1.1.2.3	Facteurs interactionnels	14
1.1.3	Transactions individu et environnement : styles d'ajustement au stress de la maladie	16
1.1.3.1	Modèle transactionnel du stress	16
1.1.3.1.1	Les processus d'évaluation	18
1.1.3.1.2	Les différents stratégies d'ajustement ou coping	20
1.1.4	Coping et troubles psychiques	24
1.1.4.1	Le coping chez les sujets anxieux	24
1.1.4.2	Le coping chez les sujets déprimés ou présentant des troubles de l'adaptation	25
1.1.5	L'adaptation dans la maladie cancéreuse	25
1.1.5.1	Durant la phase de diagnostic	26
1.1.5.2	Durant la phase de traitement	28
1.1.5.3	Durant la phase de rémission	29
<b>1.2</b>	<b>COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES ET CANCER DU SEIN</b>	<b>36</b>
1.2.1	Identification de la détresse psychologique, des troubles de l'adaptation et des troubles psychiatriques	36
1.2.1.1	Identification de la détresse psychologique	36
1.2.1.2	Identification des troubles de l'adaptation	37
1.2.1.3	Identification des troubles dépressifs et anxieux	38
1.2.1.4	Identification de l'état de stress post-traumatique	39
1.2.2	Données épidémiologiques des comorbidités psychiatriques dans le cancer du sein non métastatique	40
1.2.2.1	Les troubles de l'adaptation	40
1.2.2.1.1	Chez des patients présentant des maladies somatiques	40
1.2.2.1.2	Chez des patients présentant une maladie cancéreuse	40
1.2.2.1.3	Chez les patientes présentant un cancer du sein	40
1.2.2.2	Les troubles dépressifs et anxieux	41
1.2.2.2.1	Dans la population générale	41
1.2.2.2.2	Chez les patients présentant des maladies somatiques	41
1.2.2.2.3	Chez les patients présentant des maladies cancéreuses	41
1.2.2.2.4	Chez les patientes présentant un cancer du sein non métastatique	42
1.2.2.3	Etat de stress post traumatique	45
<b>1.3</b>	<b>QUALITE DE VIE</b>	<b>45</b>
1.3.1	Historique, apparition du concept	45
1.3.2	Définition	47
1.3.3	Évaluation de la qualité de vie	49
1.3.4	Épidémiologie	54
1.3.4.1	Qualité de vie à court terme et moyen terme	55
1.3.4.2	Qualité de vie à long terme	56
<b>1.4</b>	<b>SEXUALITE ET CANCER DU SEIN</b>	<b>60</b>

1.4.1	Image corporelle, satisfaction corporelle	60
1.4.1.1	Les différents concepts	60
1.4.1.1.1	Le schéma corporel	61
1.4.1.1.2	L'image corporelle	61
1.4.1.1.3	La satisfaction corporelle	62
1.4.1.2	L'Image corporelle dans le cancer du sein	64
1.4.1.2.1	Quelques données épidémiologiques	65
1.4.1.2.2	Troubles de l'image corporelle	66
1.4.1.2.3	Répercussions des troubles de l'image corporelle	68
1.4.2	La sexualité dans le cancer du sein	69
1.4.2.1	Données épidémiologiques	69
1.4.2.2	Les retentissements physiques du traitement carcinologique	70
1.4.2.3	Les répercussions psychiques du traitement carcinologique	71

## **2 FACTEURS PREDICTIFS DE LA DETRESSE EMOTIONNELLE DANS LE CANCER DU SEIN** **73**

<b>2.1</b>	<b>Facteurs liés au traitement</b>	<b>73</b>
2.1.1	La chirurgie mammaire	73
2.1.2	Chimiothérapie adjuvante	76
2.1.3	Hormonothérapie adjuvante	77
2.1.4	Les récepteurs hormonaux	77
2.1.5	Réaction émotionnelle à l'arrêt du traitement	77
2.1.6	Existence d'une symptomatologie physique séquellaire	78
<b>2.2</b>	<b>Facteurs liés au temps</b>	<b>79</b>
<b>2.3</b>	<b>Facteurs liés à l'adaptation psychologique</b>	<b>79</b>
2.3.1	Les styles de coping	79
2.3.2	Support social	84
<b>2.4</b>	<b>Troubles psychiques</b>	<b>84</b>
2.4.1	Image corporelle	84
2.4.2	Antécédents psychiatriques et antécédents de suivi psychologique	85
2.4.3	Détresse au moment du diagnostic et trouble dépressif ou anxieux précoce après le diagnostic	85
<b>2.5</b>	<b>Facteurs socio-démographiques</b>	<b>86</b>
2.5.1	L'âge	86
2.5.2	Lieu de vie	87
2.5.3	Enfants vivant au domicile familial	87
2.5.4	Statut socio-économique	87
2.5.5	Le niveau d'éducation	87
2.5.6	Le statut marital et relations conjugales	88
2.5.7	Événements de vie	88

## **3 FACTEURS PREDICTIFS DE LA QUALITE DE VIE DANS LE CANCER DU SEIN** **89**

<b>3.1</b>	<b>Facteurs liés au traitement</b>	<b>89</b>
3.1.1	Traitements locorégionaux	89
3.1.1.1	Chirurgie mammaire	89
3.1.1.2	Curage axillaire	90
3.1.2	Chimiothérapie adjuvante	90
3.1.3	La radiothérapie	92
3.1.4	Hormonothérapie adjuvante	92
3.1.5	Symptomatologie séquellaire	93
<b>3.2</b>	<b>Facteurs liés au temps</b>	<b>94</b>
3.2.1	Durée du traitement carcinologique	94
3.2.2	Délai écoulé depuis la date du diagnostic	94
<b>3.3</b>	<b>Facteurs liés à l'adaptation psychologique</b>	<b>95</b>
3.3.1	Le coping	95

3.3.2	Le support social	96
<b>3.4</b>	<b>Troubles psychiatriques</b>	<b>96</b>
3.4.1	L'image corporelle	96
3.4.2	Dépression actuelle	96
<b>3.5</b>	<b>Facteurs prédictifs de la fatigue persistante</b>	<b>97</b>
<b>3.6</b>	<b>Facteurs influençant la sexualité au cours du cancer du sein</b>	<b>98</b>
<b>3.7</b>	<b>Conditions médicales actuelles</b>	<b>103</b>
<b>3.8</b>	<b>Facteurs socio-démographiques</b>	<b>104</b>
3.8.1	L'âge	104
3.8.2	Le statut marital et relation de couple	105
3.8.3	Nombre d'enfants	105
3.8.4	Le statut professionnel	105
3.8.5	Le niveau d'éducation	105
3.8.6	Le statut socio-économique	106
<b>4</b>	<b>L'ÉTUDE</b>	<b>108</b>
<b>4.1</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>108</b>
4.1.1	L'étude initiale	108
4.1.2	Notre étude	110
4.1.2.1	Description de la population	110
4.1.2.2	Variables étudiées	111
4.1.2.3	Instruments d'évaluation	111
4.1.2.4	Analyse statistique	115
<b>4.2</b>	<b>Objectif</b>	<b>115</b>
<b>4.3</b>	<b>Résultats</b>	<b>116</b>
4.3.1	Analyse des troubles psychiques	116
4.3.1.1	Troubles psychiques durant le traitement	116
4.3.1.2	Troubles psychiques à long terme	116
4.3.1.3	Evolution de l'état psychique en fonction du statut émotionnel initial	117
4.3.1.4	Parcours de soins psycho-oncologiques durant le traitement carcinologique	119
4.3.2	Analyse de la qualité de vie	120
4.3.3	Facteurs prédictifs de l'état psychique	121
4.3.3.1	Durée du traitement carcinologique courte, sans interruption	121
4.3.3.1.1	A court terme	121
4.3.3.1.2	A long terme	123
4.3.3.2	Troubles de l'humeur durant la phase de traitement d'un cancer du sein	128
4.3.3.3	Consommations de psychotropes, consultations psy	129
4.3.3.4	L'image corporelle	132
4.3.3.5	L'âge	133
4.3.3.6	Le statut ménopausique pré-thérapeutique	133
4.3.3.7	Les récepteurs hormonaux	133
4.3.3.8	Traitement hormonal substitutif	133
4.3.4	Facteurs prédictifs de la qualité de vie à long terme (7ans et demi)	134
4.3.4.1	Durée du traitement court, sans interruption	134
4.3.4.2	Etat émotionnel	135
4.3.4.2.1	Etat émotionnel durant le traitement	135
4.3.4.2.2	Etat émotionnel actuel	138
4.3.4.2.3	Evolution de l'état psychique, persistance de la souffrance psychique	142
<b>4.4</b>	<b>Discussion</b>	<b>145</b>
4.4.1	Les troubles psychiques	145
4.4.2	La qualité de vie	148
4.4.3	Les facteurs prédictifs	149
4.4.3.1	Les facteurs prédictifs de la détresse psychique	149
4.4.3.2	Les facteurs prédictifs de la qualité de vie à long terme	152

<i>CONCLUSION</i>	<i>154</i>
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	<i>156</i>
<i>ANNEXES</i>	<i>164</i>

# INTRODUCTION

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. De part sa prévalence élevée, il constitue un problème majeur de santé publique avec, en France, environ 42 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année et environ 1 million de cas dans le monde. Il constitue l'une des localisations pour lesquelles les activités de dépistage sont les plus répandues {58}.

La chirurgie conservatrice associée au curage ganglionnaire axillaire et à l'irradiation, adjointe ou non à la chimiothérapie ou hormonothérapie, est un standard thérapeutique dans le cancer du sein en France, comme dans beaucoup d'autres pays {112}.

C'est aussi le cancer chez la femme le plus meurtrier. Dans la population féminine, la maladie cancéreuse constitue la deuxième cause de mortalité (57 000 décès/an) après les maladies cardio-vasculaires, le cancer du sein étant responsable du plus grand nombre de décès (11 000 décès /an). Chez la femme, le risque de cancer du sein est de 12 % et le risque de décès est de 4 % ; ce cancer touche donc une femme sur 8 et une femme sur 25 en meurt {58}.

En raison des progrès technologiques et médicaux, le nombre de survivants du cancer s'est sensiblement accru durant ces trente dernières années. En Europe, le taux de survie à 5 ans des patientes ayant été traité pour un cancer du sein est de 80% pour les pays nordiques et de 75 % pour les pays de l'Europe de l'Ouest. Dans les deux cas, ceci représente à peu près une augmentation de 10 % en valeur absolue du taux de survie à 5 ans {17}.

Cet accroissement des taux de survie a soulevé la question de la qualité de vie des femmes ayant été traité pour un cancer du sein et de son évolution. De nombreux travaux internationaux se sont intéressés à cette question ; ils ont montré que la santé des survivantes du cancer présente des risques spécifiques en matière de morbidité et de mortalité, en raison notamment des effets adverses des traitements reçus.

De plus, outre ses répercussions physiques, cette maladie est aussi un bouleversement psychique, que ce soit l'annonce du diagnostic grave ou par l'aspect symbolique de l'organe qu'elle touche. Dans ce sens, le Plan cancer 2003-2007 a alloué des moyens spécifiques au développement de consultations psycho-oncologiques tout au long de l'évolution de la maladie cancéreuse. Les principaux objectifs des interventions psycho-oncologiques ont été définis comme : diminuer la détresse émotionnelle consécutive de la maladie et des traitements, améliorer les capacités d'adaptation à la maladie, maintenir ou restaurer la qualité de vie antérieure à la survenue du cancer {86}. L'évaluation des répercussions psychiques a surtout été réalisée à court et moyen terme. En France, l'ANAES a édité des recommandations dans le suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastasé ; il s'agit de recommandations surtout au cours de la première année suivant le traitement {88}. Les publications concernant l'impact psychologique d'un cancer du sein à long terme sont moins nombreuses et l'intérêt d'une prise en charge psycho-oncologique à la phase de rémission n'a pas été étudié.

Nous avons souhaité étudier la prévalence des troubles psychiques et la qualité de vie à long terme afin d'identifier les séquelles psychologiques d'un cancer du sein à long terme et d'évaluer la pertinence d'un suivi psycho-oncologique chez les patientes en rémission d'un cancer du sein non métastatique.

De plus, nous avons désiré identifier les facteurs prédictifs de souffrance psychique et de la qualité de vie à long terme afin de repérer au mieux les femmes à risque qui nécessiteraient une attention spéciale durant la surveillance médicale, voire une prise en charge psycho-oncologique spécifique.

Pour cela, nous avons réalisé une évaluation de la détresse psychologique et de la qualité de vie à 7ans et demi chez 102 patientes en rémission d'un cancer du sein non métastatique, population choisie à partir de l'étude initiale Arcosein {27}.

# **1 PSYCHOPATHOLOGIE ET CANCER DU SEIN**

## **1.1 ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE ET CANCER**

### **1.1.1 Définition de l'adaptation**

L'adaptation constitue l'équilibre singulier entre l'individu et son environnement, variant dans le temps selon les événements de vie et l'état interne du sujet. Elle caractérise les relations entretenues mutuellement entre les deux. Actuellement, elle est définie comme une fonction interactive, dynamique, un concept à concevoir comme la mise en perspective du sujet dans son environnement et son histoire {54}.

Kohn (1996) définit l'adaptation comme le résultat de trois éléments :

- la « sagesse » de choisir la réponse la plus adaptative pour les circonstances les plus stressantes
- la détermination d'exécuter une réponse active quand elle est souhaitée
- l'auto-contrôle pour répondre passivement quand c'est préférable {54}.

Cette définition n'explique pas le terme « sagesse », ni dans quelles situations une action active est souhaitable, ni celles pour lesquelles l'auto-contrôle est préférable. Par contre, ce concept insiste sur l'importance d'évaluer au cas par cas. Le résultat adaptatif doit être jugé en fonction des caractéristiques du sujet, du contexte et de l'interaction entre les deux {54}.

Une autre notion, le coping, est proche de celle du processus d'adaptation, d'ailleurs il constitue un mécanisme essentiel de celui-ci. Cependant notions à distinguer ; l'adaptation étant un concept extrêmement large alors que le coping est un concept plus spécifique concernant les variations de l'environnement perçues comme menaçantes {24}.

Elaboré par Lazarus et Launier en 1978, le coping désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique {23}. Le coping avec ses différentes stratégies d'ajustement appartiennent au modèle transactionnel du stress où ils constituent les médiateurs modulant la perception de l'évènement stressant et donc la réaction au stress. Cependant, il existe aussi d'autres facteurs qui influencent la perception de la situation stressante : les facteurs personnels préexistant à la situation qui constituent les facteurs dispositionnels ainsi que les facteurs situationnels qui sont plus les caractéristiques de la situation stressante.

## **1.1.2 Les facteurs dispositionnels, situationnels et interactionnels**

### **1.1.2.1 Les facteurs dispositionnels, déterminants cognitifs et conatifs**

Il s'agit de divers types et traits de personnalité qui peuvent protéger l'individu contre les divers agents pathogènes de l'environnement (caractéristiques salutogènes) ou à l'inverse, être associés à un risque accru de morbidité et de mortalité.

Ces sont des déterminants cognitifs et conatifs (traits de personnalités, styles cognitifs, croyances, motivations) {24}.

#### ***1.1.2.1.1 Les aspects protecteurs de la personnalité***

##### **- l'optimisme :**

C'est un style cognitif global, véritable *tendance généralisée à anticiper une issue favorable aux événements* et à avoir une perception positive de soi et du monde. Dans ce sens, il constitue un trait de la personnalité.

L'optimisme « *dispositionnel* », définit par Scheier et Carver 1989, désigne des attentes générales et stables, d'une bonne consistance temporelle et trans-situationnelle. Ces auteurs affirment que l'optimisme est bénéfique pour la santé physique et psychologique. En effet, l'optimisme est associé à un faible stress perçu, à un score bas de dépression et de désespoir, à une estime de soi élevée, à un lieu

de contrôle interne et à une faible anxiété-trait (Scheier et Carver, 1985, cité par {24}).

L'hypothèse centrale est que les actions des individus sont profondément affectées par leurs croyances quant à l'issue de ces actions. Les individus qui perçoivent leurs objectifs comme réalisables continueront à faire des efforts (même pénibles) pour les atteindre {24}.

Ce trait protecteur constitue un facteur prédictif de meilleure qualité de vie après une intervention pour cancer du sein.

Il existe aussi un optimisme « *irréaliste, défensif* » correspondant à une distorsion cognitive, ou *biais d'optimisme*, consistant à croire que, par rapport aux autres individus, il est moins probable que divers événements négatifs nous arrivent. Cette sous-estimation des risques serait un facteur de vulnérabilité, elle induit chez l'individu se croyant tout puissant des comportements à risque {24}. L'optimisme irréaliste constitue donc un trait pathogène.

#### - lieu de contrôle :

Le *lieu de contrôle* (locus of control), concept développé par Rotter en 1966, désigne la croyance selon laquelle les événements dépendent de façon générale soit de facteurs externes (chance, hasard, destin), soit de facteurs internes relatifs à certaines caractéristiques personnelles (capacité, comportements). C'est le degré de représentation qu'a un individu du lien qui existe entre ses comportements et/ou caractéristiques personnelles et les renforcements positifs ou négatifs qu'il reçoit (Dubois, 1987, cité par {23}). Les individus peuvent croire dans le fait que les renforcements (c'est-à-dire tout ce qui leur arrivera) sont sous leur propre contrôle (lieu de contrôle interne) ou dépendent de facteurs externes qu'ils ne peuvent contrôler (lieu de contrôle externe) {23}. Ces croyances généralisées sont cohérentes et discriminent les individus de façon relativement stable et consistante {24}.

Cette constatation de lien entre le lieu de contrôle interne et le fait de percevoir une situation comme contrôlable à une importance considérable dans l'adaptation à des événements stressants. En effet, il a été identifié que le contrôle interne atténue les perturbations psychologiques induites par l'agent stressant alors qu'un contrôle externe les amplifie (Cohen et Edwards, 1989, cités par {23}). Les

sujets ayant un lieu de contrôle externe sont décrits comme vulnérables aux agents stressants. Par exemple, les individus souffrant de douleurs chroniques présentent plus souvent un lieu de contrôle externe et ont tendance à percevoir les événements qui leur arrivent comme incontrôlables (Srivastava, 1983, McCreary et Turner, 1984, cités par {23}).

#### - Auto-efficacité :

L'*auto-efficacité*, décrite par Bandura, cité dans l'ouvrage de Bruchon-schweitzer {24}, est la croyance des individus en leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser certaines situations et y réussir. Cette croyance se subdivise en deux dimensions :

-l'*attente d'efficacité* qui est la conviction que possède l'individu d'avoir les capacités requises pour réussir dans une tâche déterminée. C'est une notion qui est proche de ce que l'on entend par estime de soi.

-l'*attente de résultats* c'est-à-dire la croyance selon laquelle les changements souhaités peuvent être obtenus ou non grâce aux efforts personnels. C'est croire que l'on va maîtriser une situation et atteindre ses objectifs, ce qui est proche du contrôle perçu.

Ces dimensions sont plus spécifiques que les précédentes : il s'agit ici de croyances relatives à des situations bien particulières et non de croyances généralisées ou de traits de personnalité {24}.

#### - Le style attributionnel :

Un autre concept mérite d'être précisé, celui de *l'attribution causale*. Il s'agit d'un processus cognitif souvent confondu avec le lieu de contrôle. Cependant, il détermine un autre mode de perception de l'environnement. En effet, c'est la tendance à rechercher des causes pouvant expliquer la survenue des événements (Heider, 1958, Jones et Davis, 1965, Kelley, 1967, cités par {23}). Il est défini parfois en termes d'internalité/externalité. C'est un processus perceptivo-cognitif, élaboré a posteriori, spécifiquement axé sur l'événement lui-même pour en déterminer les causes perçues et les facteurs responsables (ce qui est arrivé a été causé par...). Le lieu de contrôle est une croyance générale stable, élaborée a priori (avant la

survenue d'un résultat), et non liée à la situation spécifique (ce qui arrivera dépend/ou ne dépend pas de moi) {23}.

Dans la psychologie de la santé, les inférences causales spécifiques élaborées par les sujets à propos de leurs troubles ont été identifiées comme pouvant influencer les comportements ultérieurs de ceux-ci et par conséquent l'évolution de la pathologie. Ainsi, la croyance en des facteurs de risque contrôlables peut motiver un sujet à adopter un comportement préventif (hygiène de vie...). A l'inverse, par exemple, l'attribution de la maladie à des causes internes est associée à la détresse psychologique et au non-ajustement émotionnel {119}.

### - La résilience :

La résilience est la propriété physique de certains corps solides pouvant plier sans se rompre lorsqu'ils sont soumis à une charge exceptionnelle.

Pour certains auteurs anglo-saxons, dont essentiellement Rutter, cité par {24}, la résilience, au sens psychosocial, est la capacité, pour des individus placés dans des circonstances défavorables, de « s'en sortir » et de mener malgré tout une existence satisfaisante.

L'individu résilient évalue les situations, il leur donne une signification en fonction de son système de croyances et de valeurs. L'ajustement à l'adversité et aux événements n'est pas simplement une réaction isolée mais une véritable activité psychique, impliquant la personne (ceci rappelle le concept de coping, véritable transaction entre l'individu et l'environnement). Les stratégies d'ajustement élaborées sont fonction des capacités de l'individu (résolution de problèmes), de sa personnalité (auto-efficacité, estime de soi) mais aussi des expériences antérieures positives {24}.

### - L'endurance (hardiness) :

Concept développé par Kobasa, il définit une propension stable de l'individu à être résistant aux exigences externes. Il s'agit de sujets se caractérisant par un lieu de contrôle interne, l'engagement et le défi. Ils pensent pouvoir influencer ou maîtriser les problèmes, au lieu de se sentir impuissant devant eux.

Ce type de personnalité supporte plus efficacement les stress psychosociaux que les autres (Steptoe, 1991 cité par {23}).

#### *1.1.2.1.2 Les facteurs de vulnérabilité*

##### - L'impuissance apprise :

L'impuissance apprise ou résignation apprise a été décrite par Martin Seligman. Elle se définit comme la conséquence négative d'expériences répétées d'insuccès entraînant ainsi l'abandon des efforts {24}.

Ce concept trouve son origine dans un modèle animal avec des hypothèses extrapolées à l'humain. Les recherches en laboratoires, fin des années 60, ont montré que face à des petits chocs électriques incontrôlables, un animal finit par s'installer dans une apathie et la résignation.

En 1975, Seligman définit trois conséquences principales à cette situation expérimentales d'incontrôle :

- le pessimisme (trouble cognitif) : une difficulté progressive à faire le lien entre les actions posées et leurs conséquences : « ce que je fais n'a pas d'effet sur mon environnement ou les situations dans lesquelles je me trouve ».

- la passivité : une forte baisse de motivation : « je n'émet plus de comportement puisque cela, ne sert à rien »

- l'atteinte thymique : une augmentation du sentiment de déprime.

En effet, ce ne sont pas les événements indésirables en eux-mêmes qui créent des sentiments d'impuissance mais la perception d'une absence de contrôle sur ses événements.

L'impuissance constitue un processus dysfonctionnel. Elle s'apparente à une stratégie de coping souvent adoptée face à une maladie grave et/ou durable et est appelée, selon les cas, impuissance-désespoir, fatalisme, stoïcisme ou résignation.

## - L'anxiété-trait :

Il s'agit d'une propension à l'anxiété, c'est-à-dire une tendance générale à percevoir les situations aversives comme menaçantes. C'est une composante stable. Par cela, cette notion diffère de l'anxiété-état qui est un sentiment d'appréhension, tension et activation autonome momentanées, liées à un événement spécifique {24}

Ce type de personnalité perçoit les événements stressants comme menaçants et a une moins grande prévision de contrôle que les sujets avec une anxiété-trait faible {23}.

### **1.1.2.2 Facteurs situationnels**

Ces facteurs constituent les caractéristiques de la situation stressante : la nature du danger, son imminence, son incontrôlabilité, son imprévisibilité, son ambiguïté, sa durée, sa gravité.

Ces caractéristiques influencent le type de stratégies d'ajustement utilisées ; centrées sur le problème pour les situations susceptibles de changer ou centrées sur l'émotion pour les situations ne pouvant être modifiées ou incontrôlables {24}.

### **1.1.2.3 Facteurs interactionnels**

Les facteurs interactionnels correspondent

- aux ressources adaptatives c'est-à-dire les stratégies d'ajustement du coping que nous développerons par la suite et
- au soutien relationnel ou soutien social qui constitue l'une des différentes ressources dont un individu dispose pour faire face à un événement éprouvant.

Le soutien social est un concept devenu extrêmement populaire depuis les premiers articles de Caplan (1974), de Cassel (1976) et de Cobb (1976). Plusieurs centaines d'articles y sont consacrées et rapportent les effets, généralement favorables du soutien social sur la santé.

Ce concept comprend au moins trois notions différentes : le réseau social, le soutien social perçu, et le soutien social reçu {24}.

### Le réseau social

Il s'agit du nombre de relations sociales qu'un individu a établie avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité de ces liens (Barrera, 1986, cité par {24}).

Cette notion décrit le degré relatif d'intégration sociale ou d'isolement d'un individu. Elle correspond à l'aspect structural du soutien {24}.

Le réseau social est associé à la santé physique et mentale : en générale, la solitude est un facteur de risque de morbidité et de mortalité. Cependant, il s'agit de l'une des conditions nécessaires mais pas suffisantes. C'est une relation intime, permettant de se confier à un « autre significatif » qui est la forme de soutien la plus fonctionnelle {24}.

### Le soutien social reçu

Il s'agit de *l'aide effective apportée à un individu par son entourage*. On le considère comme l'aspect fonctionnel du soutien, car il correspond au type de transaction adopté pour aider autrui. Il comprend :

- le *soutien émotionnel*, qui consiste à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard et qui apporte à celle-ci des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort

- le *soutien d'estime* consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et sa valeur

- le *soutien informatif* comprend des conseils, des suggestions, l'apport de connaissances sur un problème, des propositions

- le *soutien matériel* impliquant une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de biens matériels, ou des services rendus dans des moments difficiles {24}.

La plupart des travaux menés sur l'efficacité relative de ces différents types de soutien montrent que c'est le soutien émotionnel qui joue le rôle le plus important. Il permet de réduire le stress perçu et les états anxieux {24}.

## Le soutien social perçu

Le soutien social perçu peut être défini comme « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits » (Procidano et al. 1983, cité par {24}).

Cette notion est différente de celle de réseau social et de soutien social reçu car elle ne désigne pas une caractéristique objective des relations sociales de l'individu, mais une transaction entre individu et environnement telle que perçue par l'intéressé.

Cette notion complexe peut se subdiviser en composantes plus petites comme :

-la *disponibilité* : c'est le fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin

Il a été identifié que le fait d'être convaincu que certaines personnes peuvent nous aider atténue l'impact délétère d'un événement stressant (Cohen et Wills, 1985, cités par {24}).

-la *satisfaction* : c'est une ressource psychologique qui correspond à la perception qu'a un individu de la qualité de ses relations interpersonnelles.

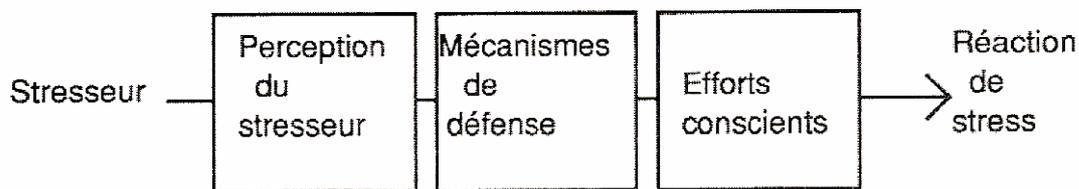
C'est dans le cas où une personne est atteinte d'une pathologie sérieuse que cet aspect du soutien s'avère particulièrement important {24}.

### **1.1.3 Transactions individu et environnement : styles d'ajustement au stress de la maladie**

#### **1.1.3.1 Modèle transactionnel du stress**

Dans une situation stressante, selon un modèle initial, décrit par Rahe et Arthur (1978), cité par {23}, l'événement stressant passe à travers une série de « filtres » qui ont pour fonction de le modifier et donc d'amplifier ou de diminuer la réaction de stress. En effet, l'appréciation de l'intensité et de la nature de ce que le sujet éprouve ne peut pas se baser seulement sur les caractéristiques du stresser. Ce modèle comprend trois filtres principaux, illustré par la *figure 1* :

Figure 1 : Mécanismes filtrant l'impact du stress sur un individu



- la perception du stress est influencée par les expériences antérieures avec des stressors similaires, le soutien social et les croyances y compris religieuses

- les mécanismes de défense du Moi (dénier, répression) : ils agissent inconsciemment

- les efforts conscients ; il s'agit de la mise en place de plans d'action, et du recours à diverses techniques (relaxation, exercice physique, distraction cognitive). Ce sont les différentes stratégies du coping.

Le modèle de Rahe et Arthur donne donc une place distincte au système de défenses inconscient issu de la psychologie du Moi de celle des stratégies de coping.

Actuellement, le modèle auquel on se réfère est le modèle transactionnel du stress élaboré par Lazarus et Folkman en 1984 {24}. Ce modèle appartient à une conception cognitive du stress. Il s'intéresse aux transactions « actuelles » entre individu et environnement, c'est-à-dire aux efforts cognitifs, émotionnels, comportementaux déployés par les individus pour s'ajuster à des situations aversives, des événements stressants.

Folkman et Lazarus (1988), cité par {23} considèrent ces filtres décrits plus haut comme des médiateurs de la relation événement stressant – détresse émotionnelle. Selon ces auteurs, deux processus affectent la relation entre l'environnement et l'individu :

- l'évaluation, phase primordiale, et
- les efforts d'ajustement qui suivront, le coping.

Ces médiateurs modulent l'impact des antécédents sur la santé. Ils sont des tentatives actuelles des individus pour s'ajuster aux perturbations de la situation particulière.

#### ***1.1.3.1.1 Les processus d'évaluation***

L'évaluation est un processus cognitif à travers lequel un individu évalue, en fonction de ses valeurs, de ses attentes et de son histoire, de quelle façon une situation particulière peut mettre en danger son bien-être et quelles sont les ressources de coping disponibles pour y faire face {23}. C'est donc un *contexte subjectif* qui est au centre de cette évaluation et non le contexte tel qu'il est {24}.

Au cours de cette phase, les processus transactionnels les plus étudiés sont :

- le stress perçu
- le contrôle perçu
- le soutien social perçu

mais il en existe beaucoup d'autres (recherche de sens, attribution causale, référence à des croyances et à des normes subjectives, auto-efficacité perçue...) {24}.

Selon Lazarus et Folkman (1984), il existe deux formes d'évaluation qui convergent pour définir le potentiel stressant de la situation et les ressources de coping mobilisables :

#### **L'évaluation primaire ou (stress perçu) :**

L'évaluation primaire est le processus par lequel l'individu évalue ce qu'il y a en jeu dans la situation, c'est-à-dire, il évalue le stress perçu {54}.

Le stress perçu, selon la conception transactionnelle stricte, correspond à un ensemble d'évaluations concernant non seulement la situation (aversive, menaçante), mais aussi les ressources disponibles (ressenties comme insuffisantes). Il résulterait de diverses transactions entre individu et contexte, conduisant celui-ci à percevoir une discordance entre les contraintes de la situation et les ressources disponibles. Il n'est donc ni un stimulus ni une réponse, c'est un processus

dynamique, singulier car élaboré par une personne particulière. Il ne doit donc pas être confondu avec les caractéristiques stressantes réelles de l'environnement (événements de vie, tracas quotidiens...) que l'on dénomme des stressseurs {24}.

De cette phase découleront des efforts d'ajustement, qui auront à leur tour un effet rétroactif sur l'évaluation primaire {24}

#### L'évaluation secondaire ou (contrôle perçu) :

C'est la phase d'évaluation par laquelle l'individu va évaluer ses ressources personnelles et sociales pour faire face, se demande ce qu'il peut faire pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir un bénéfice. Cette évaluation dépend de la phase précédente {23}.

On appelle contrôle perçu l'estimation par le sujet de sa capacité à maîtriser une situation. Il est relativement spécifique (il est fonction d'une situation particulière) et transitoire (c'est un état momentané), ce qui le distingue du lieu de contrôle (croyance durable et généralisable en notre maîtrise des événements). C'est donc bien un processus transactionnel {24}.

Cette évaluation oriente les stratégies de coping qui seront utilisées pour faire face à la situation stressante {23}.

D'après ces auteurs, ces deux processus d'évaluation (primaire et secondaire) de la transaction entre l'individu et l'environnement sont influencés par les facteurs dispositionnels et les variables environnementales (facteurs situationnels et interactionnels). Ainsi, on peut comprendre qu'un même événement peut être vécu comme une menace par un individu et comme un défi par un autre.

Ces facteurs dispositionnels atténuent ou amplifient le stress et le contrôle perçus. Ils influencent d'autant plus la perception de la situation que celle-ci est nouvelle et ambiguë. Dans ce cas, le sujet fait des inférences basées essentiellement sur les dispositions de sa personnalité pour évaluer la situation {23}.

### ***1.1.3.1.2 Les différents stratégies d'ajustement ou coping***

Les stratégies d'ajustements peuvent aussi bien consister en une activité qu'en un processus de pensée. Selon Steptoe (1991), cité par {23}, les réponses déployées par l'individu pour faire face à des situations stressantes peuvent être de nature totalement cognitivo-affective (par exemple, dire à propos d'une tumeur cancéreuse que c'est un kyste bénin, ou bien encore transformer dans l'imaginaire une situation dangereuse en une occasion de profit personnel) mais également revêtir des formes comportementales plus directes (par exemple, affronter ouvertement le problème, adopter une conduite d'évitement, ou rechercher du soutien social).

Actuellement, l'ensemble des travaux menés sur le coping ont permis de mettre en évidence deux types généraux de stratégies (Billing et Moos, 1984, Folkman et Lazarus, 1980,1985, Pearlin et Schooler, 1978, Stone et al., 1991, Wong et Reker, 1984, cités par {54}): la gestion du problème à l'origine de cette détresse et la régulation de la détresse émotionnelle. Une troisième stratégie fait son émergence aussi : la recherche de support social.

#### **1.1.3.1.2.1 Coping centré sur le problème**

Ce type de stratégie oblige le sujet à agir pour altérer la source du stress, elle vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux faire face {24}.

Dans ce groupe, les stratégies les plus fréquemment retrouvées sont {54} :

- recherche d'une solution au problème* : recherche d'information, élaboration de plan d'action.

- diplomatie* : elle réside dans la recherche d'un compromis et le dialogue.

- affrontement des difficultés une à une*

- définitions des priorités*

- adoption d'un esprit combatif*

### 1.1.3.1.2.2 Coping centré sur les émotions

Dans ce type de coping, les stratégies visent à l'aménagement et la réduction ou la régulation des émotions de détresse provoquées par le stresser.

Les processus cognitifs les plus fréquemment identifiés sont {54} :

-*évasion/distraction* : elle consiste en des stratégies d'évitement de la situation stressante ; le sujet s'imagine être dans un monde meilleur ou dans un autre lieu, souhaite pouvoir modifier ce qui est en train de lui arriver et espère que la confrontation stressante se termine vite.

-*auto-contrôle* : le sujet se contrôle, se rassure, se remet en question.

-*fuite/évitement* : les stratégies de fuite peuvent se faire dans le sommeil, la nourriture, l'alcool, les médicaments et la drogue.

-*auto-accusation* : elle réunit les stratégies d'une prise de conscience de la responsabilité personnelle et de la tentative de réparer.

-*résignation/évitement* : l'accent est mis sur l'attitude d'évitement ou de dénégation de la situation stressante puisque le sujet ne peut rien y faire.

-*confrontation* : elle regroupe les stratégies d'agression vis-à-vis des responsables du problème.

-*impuissance-désespoir, fatalisme*

-*banalisation, minimisation de la menace*, avec prise de distance (« j'ai fait comme si rien ne s'était passé », « je me suis dit que ce n'était pas grave »).

-*évolution personnelle* : elle exprime les changements du sujet qui se rassure et se remet en question.

-*réévaluation positive* : devant une maladie grave, le sujet peut dire « je m'en sortirai plus fort »

D'autres processus cognitifs destinés à diminuer l'anxiété induite par l'événement ont été identifiés comme par Vaillant (1977), cité dans l'ouvrage de Bruchon-Schweitzer {23}. Ils sont issus du modèle de la psychologie du Moi dans lequel le coping est apparenté aux défenses du Moi, c'est-à-dire des mécanismes plus inconscients :

-*le déni* : le sujet perçoit et constate la réalité tout en niant certains de ses éléments péjoratifs ou insupportables tels que la gravité de la maladie, par

exemple. En effet, ce mécanisme de défense est fréquent dans la maladie chronique {54}.

-*l'intellectualisation* : le sujet cherche une explication cohérente, logique à ce qui lui arrive.

-*la projection* : le sujet reporte la faute sur l'autre

-*le déplacement* : sur des soucis mineurs

-*l'isolation* : consiste à isoler une pensée de telle sorte que sa connexion avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouve rompu. Par exemple, les pauses dans les cours de la pensée, des formules, des rituels permettant d'établir un hiatus dans la succession temporelle des pensées.

-*la régression* : désigne le retour du sujet à des étapes dépassées de son développement, le passage à des modes d'expression et de comportement d'un niveau inférieur du point de vue de la complexité, de la structuration.

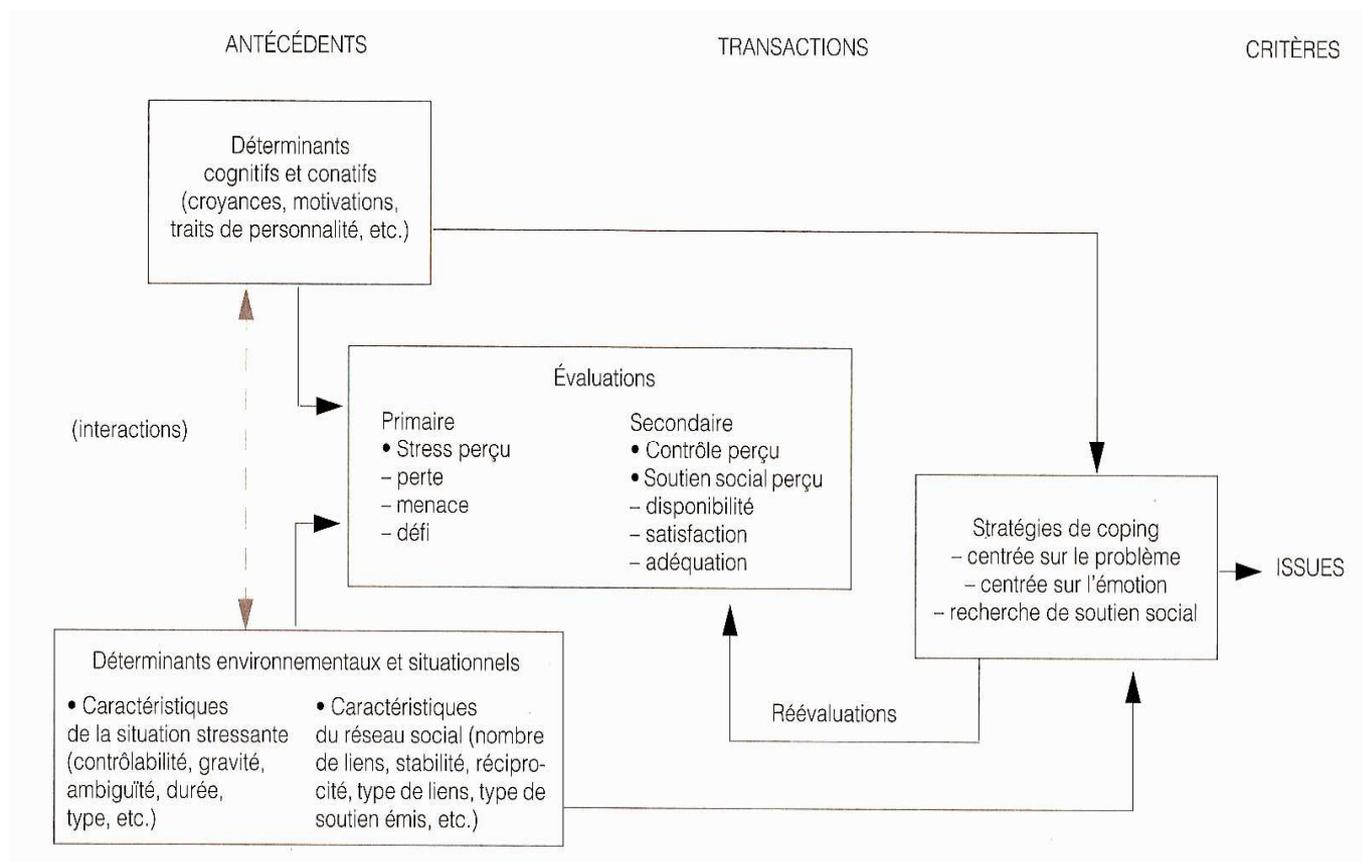
#### **1.1.3.1.2.3 La recherche du soutien social**

La *recherche du soutien social* apparaît parfois comme troisième stratégie générale. Elle correspond *aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui* et ne doit pas être confondue avec le réseau social ni avec le soutien social (qui sont les caractéristiques réelles et perçues de l'entourage social). Or ici, il s'agit de tentatives effectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations, ou encore une aide matérielle. C'est donc bien une stratégie de coping (qui suppose l'activité du sujet) et non une ressource (simplement existante ou perçue) {24}.

Au total, ces divers processus de coping possèdent un caractère changeant. Ils sont variables et instables, c'est-à-dire, qu'un même individu peut, dans certaines situations, mettre en place plutôt des stratégies cognitives de coping destinées à réduire la tension et, dans d'autres, des stratégies comportementales destinées à résoudre le problème (Folkman et Lazarus, 1988, cité dans l'ouvrage de Bruchon-Schweitzer {23}). Le coping est fortement influencé par le contexte. Le critère essentiel du coping réussi concerne la qualité du processus (sa souplesse, son degré d'adéquation à la réalité) et la qualité du devenir physique et psychologique du sujet {23}.

Nous allons illustrer dans la *figure 2* le modèle transactionnel du coping par le schéma récapitulatif proposé par M. Bruchon-Schweitzer {24} :

Figure 2 : Les stratégies de coping, aspects processuels et déterminants



## 1.1.4 Coping et troubles psychiques

### 1.1.4.1 Le coping chez les sujets anxieux

Il paraît intéressant de se pencher sur le coping des sujets anxieux : en effet, nous pouvons supposer que les individus présentant des troubles anxieux ont une adaptation insuffisante, déficitaire face à un événement menaçant ; leurs stratégies d'ajustement sont dépassées ou inadaptées.

Beaucoup d'auteurs ont étudié le rôle du coping sur l'anxiété et la façon dont l'anxiété influence celui-ci.

Graziani et son équipe (1999), cité par {54} ont observé que les sujets présentant un trouble de l'adaptation avec anxiété mettaient moins fréquemment en place des stratégies de coping que le groupe contrôle. Leur coping est pauvre et ne permet pas de résoudre rapidement la transaction stressante. La confrontation est plus prolongée ainsi que l'anxiété. Somer et al. (1996), cité par {54}, confirme le caractère déficitaire du coping chez les sujets psychologiquement vulnérables par rapport au sujets contrôles face à des stressseurs répétés et prolongés en les rendant encore plus vulnérables à divers pathologies

Confrontés à des transactions stressantes, les sujets anxieux tendent à répondre à la menace par une extrême vigilance. Par rapport aux sujets ne présentant pas de trouble anxieux, ils se focalisent plus sur leur réaction émotionnelle. Ils amplifient la menace perçue, interprètent incorrectement la stimulation sympathique et font des inférences arbitraires concernant les conséquences sur eux-mêmes de la situation stressante. Par conséquent, les sujets anxieux utilisent d'avantage des stratégies de coping centrées sur leurs émotions que sur le problème {54}.

Les stratégies le plus souvent utilisées par les sujets anxieux sont l'évitement, la fuite, le désengagement. Cependant, les processus cognitifs des sujets anxieux peuvent être variés (Davey et al., 1995, cité par {54}). Ils comprennent par exemple la réduction de tension anxieuse par la consommation de boisson, de nourriture, de tabac, de médicaments et de tranquillisants (Billing et Moos, 1984, cité par {54}), par le déni ou des pensées irréalistes (Breztnitz, 1983, Carver et al., 1989, Darvey, 1993, cités par {54}) et par la distraction (Endler et Parker, 1990, cité par {54}). Ces

stratégies soulagent dans un premier temps mais maintiennent l'anxiété à long terme et abaissent la qualité de vie générale {54}.

#### **1.1.4.2 Le coping chez les sujets déprimés ou présentant des troubles de l'adaptation**

Selon Seligman (1975), l'impuissance apprise serait l'un des précurseurs de la dépression. Cette hypothèse a été reformulée par la suite en référence à la théorie de l'attribution (Weiner, 1986). Face à des issues négatives (échecs), certains individus font des inférences internes, stables et générales. Plus l'événement est important pour le sujet, plus ses sentiments d'incompétence et d'auto-appréciation mèneront au désespoir, et à des états dépressifs sévères (Abramson et al., 1989, cité par {24}).

D'après les reformulations récentes de la théorie de l'attribution, c'est la tendance généralisée à attribuer ses échecs à des causes internes, stables et globales qui serait l'un des précurseurs de la dépression. L'interaction entre ce style attributionnel et certains événements aversifs incontrôlables activerait les cognitions d'impuissance-désespoir et faciliterait l'émergence des symptômes dépressifs {24}.

En psychologie de la santé, le concept de l'impuissance apprise a aussi son application. En effet, il a été constaté que le fait de percevoir un événement stressant comme incontrôlable et des sentiments d'impuissance et de désespoir entravent les possibilités de recourir à un coping bien adapté face à une maladie {23}.

#### **1.1.5 L'adaptation dans la maladie cancéreuse**

Les progrès actuels dans le domaine thérapeutique ont modifié considérablement l'horizon de bien des malades, surtout en oncologie. En effet, les maladies cancéreuses sont devenues aujourd'hui des affections chroniques associées à un avenir incertain alors qu'hier, elles étaient bien souvent fatales. Ce changement de statut de maladie interroge la médecine sur les conséquences psychologiques et sociales des traitements ainsi que sur le vécu des patients à court et à long terme {86}.

La maladie cancéreuse est un événement stressant traumatique qui mobilise des processus d'adaptation psychologique complexes. Le maintien du meilleur niveau de fonctionnement possible est le plus souvent l'objectif des réponses observées chez les malades {86}. Cependant, le cancer est un stresser particulier qui ne peut pas être réduit aux souvenirs du traumatisme initial ; le stress persiste durant la « période chronique » sous la forme de menaces de rechute, d'extension ou de mort {62}.

L'adaptation psychologique vise à préserver l'intégrité psychique et physique, à récupérer des troubles réversibles, et à compenser les troubles irréversibles. A chaque phase et stade de la maladie, les réactions psychologiques opèrent une intégration complexe entre la mémoire des expériences passées, la perception des menaces futures et les ressources disponibles (état physique, personnalité, soutien social) {86}. Ces réactions peuvent mener à une adaptation ou à un échec, se traduisant par une détresse émotionnelle (Lipowski, 1971 ; Lazarus, 1982, cités par Razavi et al. {86}).

Cette adaptation à la maladie cancéreuse est variable d'un individu à l'autre. Nous allons cependant nous aider d'un découpage schématique en phase pour mieux comprendre les vécus associés au cancer et à son évolution (Weisman, 1979, cité par {86}).

### **1.1.5.1 Durant la phase de diagnostic**

L'annonce d'un diagnostic du cancer, qu'il soit curable ou incurable, quelles qu'en soient les séquelles à court, moyen ou long terme, constitue un bouleversement radical associé à une sentence de mort et à une catastrophe {84}. La tumeur, élément étranger et contrariant le bon fonctionnement du corps, a rompu une sorte d'alliance naturelle {2}. Le patient est confronté à la perte de sentiment d'invulnérabilité et à la perte du sentiment d'identité sur le plan psychique, ébranlant ses repères {14}. Les capacités psychiques habituelles sont généralement débordées, au moins dans le décours de l'annonce diagnostic, ce qui donne lieu à différentes manifestations de détresse émotionnelle (sidération, anxiété, pessimisme, désespoir). Les préoccupations sont d'abord principalement existentielles (Shands, 1966, cité par {86}). Le diagnostic ouvre une crise individuelle et interpersonnelle,

avec une remise en question des relations avec le monde environnant, qu'il soit familial, social ou professionnel. Cette période dure environ trois mois pour près de 70 % des patients (Weisman et Worden, 1976, cité par {86}).

Les trois expériences identifiées comme les plus stressantes pendant la période aigue sont : le moment où le sujet attend les résultats des examens, le moment où il apprend le diagnostic et le moment où il attend le traitement chirurgical (Gurevich et al., 2002, cité par {62}).

Les conséquences psychologiques de la confrontation à la maladie cancéreuse sont le plus souvent de type réactionnel, mais elles constituent parfois une pathologie psychiatrique. La peur, l'anxiété et la dépression sont les sentiments le plus fréquemment déclenchés par la maladie. Les sentiments d'impuissance et de solitude s'y associent quelques fois, pour aboutir à un désespoir et à un pessimisme pas toujours justifiés par la situation clinique {86}.

L'anxiété, qui survient dans ce contexte de menace, constitue à la fois un signal d'alarme qui permet de l'annoncer et à la fois la première étape de la réaction destinée à y faire face. L'anxiété a une fonction d'anticipation des dangers permettant d'éviter l'effroi et la surprise qui pourraient handicaper l'individu à des degrés divers dans le choix d'une réponse {86}.

L'absence d'anxiété ou de perception réaliste mène ainsi souvent à des réactions dépressives dans les cas où la réalité nouvelle créée par le cancer est bien au-delà de ce qui a été anticipé. À l'inverse, une anticipation dramatisée de la réalité future mène le malade à récupérer bien plus rapidement dans le cas où la réalité est en deçà de la menace anticipée {86}.

L'anxiété initiale apparaît donc comme une réaction adaptée à la phase aigue de la maladie cancéreuse.

### **1.1.5.2 Durant la phase de traitement**

Comme nous l'avons développé précédemment, la médecine a fait des progrès importants dans la prise en charge des pathologies cancéreuses, avec des dépistages plus précoces, des traitements permettant un taux de survie beaucoup plus long. Cependant, bon nombre de procédures thérapeutiques en oncologie restent une source d'intervention agressive avec des conséquences indésirables (effets secondaires) {86}. Une détresse émotionnelle peut apparaître en rapport avec le caractère invasif des méthodes d'investigation et de traitement.

Le traitement chirurgical est à l'origine de douleurs, de mutilations. Les traitements radiothérapeutiques sont une source de détresse psychologique souvent en rapport avec des effets secondaires qui les accompagnent : lésions dermatologiques, fatigue, perte d'appétit, anémie, etc. La chimiothérapie a aussi de nombreux effets secondaires. Les nausées et les vomissements associés à certains types de chimiothérapie peuvent entraîner une détresse psychologique importante dépendant fortement du degré de tolérance vis-à-vis de ces symptômes souvent préinvestis affectivement pouvant rendre compte des réactions de dégoût de la patiente avant la cure {86}. On parle de nausées et des vomissements anticipatoires. Il s'agit d'un phénomène complexe regroupant des stratégies d'ajustement au stress associé à la théorie classique de la réponse conditionnée de Pavlov. Dans la perspective pavlovienne, ces symptômes anticipatoires apparaissent parfois liés à l'entrée dans l'environnement médical ou à l'administration d'agents toxiques et à leurs conséquences émétiques {32}. De plus, la présence et l'intensité des nausées précédant l'administration thérapeutique déterminent les nausées post-chimiothérapie, les attentes préthérapeutiques de patientes ont un impact significatif sur le développement des nausées anticipées {75}.

Outre les conséquences objectives des traitements, les patients doivent souvent faire face à l'image qu'ils se font de ceux-ci : la chirurgie souvent associée à une extirpation totale du « mal cancéreux », la radiothérapie vécue quelques fois comme un échec des autres traitements ou bien comme responsable elle-même de cancer (Orbach et Sutherland, 1954 ; Peck et al. 1977 ; Forester et al. 1978, cités par {86}).

Au-delà de ses répercussions physiques et les effets secondaires de ses traitements, la maladie cancéreuse est aussi vécue sur un mode psychique, notamment dans le cancer du sein par l'aspect symbolique de l'organe qu'il touche {2}. Ce que nous développerons dans le chapitre sur l'image du corps, la sexualité et le cancer du sein.

### **1.1.5.3 Durant la phase de rémission**

La phase de rémission correspond à la période de la maladie où il y a une régression du volume de la tumeur et atténuation des symptômes (la rémission partielle) ou disparition de celle-ci et des signes de la maladie (la rémission complète) (Bernard Hœrni {105}). Il y a un rétablissement de la santé et apparence de guérison qui peut être définitive ou interrompue par une récurrence du cancer, cependant les médecins restent prudents et réticents à parler de guérison. La guérison correspond à la disparition des signes et symptômes d'une maladie et le retour à la santé. En principe définitive, la guérison se discute pour un cancer qui peut rechuter précocement ou plus rarement présenter une récurrence après plusieurs années de guérison apparente.

Il est vrai qu'à ce jour aucun critère médical n'existe pour dire quels patients peuvent être garantis d'une absence définitive de cellules cancéreuses {84}. Il persiste donc une incertitude avec une peur de récurrences.

Certes, la rémission est un état défini médicalement, mais c'est aussi un éprouvé, une sensation. Le sentiment de « guérison » est subjectif et n'est pas forcément proportionnel à la gravité de la maladie. Il dépend beaucoup de l'impact psychologique qu'a eu le cancer pour le sujet {30}.

#### Réactions à l'arrêt des traitements

A l'arrêt des traitements spécifiques, la patiente est confrontée à une nouvelle rupture: la fin des soins est une période particulière, ressenti de façon très différente d'une patiente à l'autre {14}.

Certaines patientes ressentent un profond soulagement à l'arrêt des thérapeutiques. Elles sont libérées, « nettoyées » de toutes les cellules cancéreuses {16}. Parfois aussi, plus qu'un rétablissement de la bonne santé, elles vivent cette maladie comme une expérience positive. Une étude rapporte que les patients cancéreux guéris présenteraient un développement de la personnalité caractérisée par une plus grande appréciation du temps, de la vie et des gens. Ils seraient moins agressifs et moins ambitieux qu'avant (Kennedy et al., 1976, cité par {86}). La confrontation à la maladie cancéreuse peut chez certains changer le système de valeur auquel elles étaient précédemment attachées.

Cette vision de la « positivité du mal » a aussi été approchée par les anthropologues. Dans nos sociétés occidentales contemporaines, le cancer est généralement évalué très négativement compte tenu de ses conséquences délétères et de son issue souvent fatale. Néanmoins, on voit émerger depuis une trentaine d'années des discours altératifs, minoritaires, qui véhiculent a contrario des représentations positives de la maladie. Le cancer ne se résume plus à un simple symbole de mort mais devient une occasion de croissance personnelle. Maladie de l'âme tout autant que du corps, elle constitue des opportunités de remise en question du mode de vie et des valeurs du sujet (Raymond Massé, 1995, cité par {76}). En effet, la maladie grave, peut être considérée comme une « chance », une occasion unique d'un retour réflexif sur soi-même et sur sa vie, elle acquiert alors une fonction d'épreuve initiatique d'où l'individu sort « grandi », parce qu'« elle exalte sa spiritualité » {76}.

Pour d'autres patientes, cette phase de rémission n'est pas vécue positivement. Initialement, la patiente « vit et subit » l'impact du diagnostic. C'est dans un second temps qu'elle est amenée à penser cet impact, surtout quand il existe un contexte de séquelles liées à la maladie. Cette période constitue donc un stress particulier {86}. Le temps de l'arrêt des traitements peut donc constituer un « au revoir » difficile à entendre même s'il était tant attendu... Difficile parce que le tourbillon des traitements protégeait des questions et des angoisses {2}.

Les patientes peuvent présenter « une dépression de sevrage ou d'abandon » à la fin des soins. Il s'agit d'un moment paradoxal de vulnérabilité durant lequel les patientes peuvent relâcher leurs mécanismes de défenses après une mobilisation et une lutte accrues, elles perdent le sentiment de contrôle que procurait

l'administration des traitements {86}. Par ailleurs, elles sont confrontées à la perte des bénéfices secondaires et primaires qui pouvaient accompagner la maladie. Les bénéfices secondaires, conscients, constituant la compensation sociale de la maladie (Jeammet, 1979), masquant généralement les bénéfices primaires, plus profonds : ceux d'être protégé, aimé, réconforté, soigné. La maladie autorise une certaine régression. L'équipe soignante, par les soins et l'étayage qu'elle procure, réactive un vécu et des plaisirs archaïques pour les patientes. Elle peut représenter pour elles un véritable substitut maternel {30}. Le corps douloureux redevient lieu de soins et d'attention, de bienveillance et de besoins primitifs. « Le passage par la maladie décharge du poids de vivre, de supporter seul sa vie d'adulte et replonge dans une fontaine de jouvence de l'enfance » {36}. Par conséquence, certaines femmes ont du mal à quitter leur condition de malade car cela signifie retrouver toutes les contraintes du quotidien. Il peut arriver que certaines avouent leur dépit, au point de regretter d'être retournés si vite vers la vie quotidienne {30}.

Ces manifestations sont susceptibles d'apparaître à la fin de la chimiothérapie et/ou de la radiothérapie mais aussi à l'arrêt du tamoxifène 5 ans après le traitement du cancer {16}.

Les femmes éprouvent des difficultés à réinvestir leur vie, de laquelle elles prennent toute l'ampleur du décalage « avant »-« après »... De nouveaux repères sont à réinventer, à recréer. Mais comment ces patientes vont réinvestir le futur alors que le corps a fait défaut une fois ? {2}. De plus, le risque d'apparition d'un cancer secondaire ou d'une rechute, les perturbations physiques comme la persistance de fatigue, le dysfonctionnement hormonal, la défaillance de certains organes rappellent la maladie et contribuent à l'impression d'absence de contrôle sur les événements {86}, pouvant participer à un sentiment d'« impuissance apprise ». Par ailleurs, la menace existentielle vécue, cette confrontation à la mort réelle ou fantasmée, est pour certaines femmes un traumatisme dont la résolution ne se fait souvent que progressivement et parfois que partiellement. Il peut en découler des séquelles psychologiques résiduelles {86}. En effet, il y a des femmes pour lesquelles le cancer a laissé des traces qui semblent irréversibles. Pour guérir « psychologiquement » du cancer, une psychothérapie s'avère nécessaire pour ces patientes {84}.

Ainsi, la surveillance médicale en phase de rémission n'est pas vécue de la même manière selon les patientes. L'impact psychologique de ce suivi régulier dont l'objectif principal est la détection précoce d'une éventuelle évolution néoplasique, n'a pas été suffisamment étudié {86}. Certaines femmes ne souhaitent plus être suivies comme cancéreuses. D'autres, en revanche, à l'arrêt des traitements, même quand ceux-ci sont très loin du diagnostic, demandent la multiplication des examens de surveillance dans l'angoisse de laisser évoluer une rechute cachée {100}. Cette consultation est elle-même sujette à des réactions psychologiques complexes. Même de nombreuses années après le diagnostic de cancer, elle réveille l'angoisse du risque de rechute ou d'un autre cancer. Certaines patientes perdent le sommeil plusieurs jours avant sa date. Après, le soulagement est total à l'annonce de la bonne nouvelle {16}.

De nombreux auteurs, dont les premiers furent Koocher et O'malley (1981), ont décrits le « *syndrome de Damoclès* » caractérisant ce vécu d'incertitude des patients où ils se retrouvent dans un entre-deux particulièrement inconfortable, d'autant plus qu'on est face à un silence des organes, un ennemi invisible {30}. Ce syndrome se définit par des affects anxieux et dépressifs, une peur continuelle de la rechute et une perception d'une vie écourtée {86}. Pour le patient, l'oubli d'une maladie mortelle est impossible et la crainte d'une rechute demeure une réalité constante (Pretty, 1988, cité par {30}). A cinq à vingt ans de rémission d'un cancer, 50 % seulement des patients se disent guéris (Siegel et al., 1990, cité par {86}). Il faut cependant moduler ce résultat d'une étude ancienne, en effet, actuellement, près de 50 % des cancers sont guérissables. La question aujourd'hui se pose plutôt en terme de réadaptation.

Nous avons donc vu que le vécu de la maladie cancéreuse est très différent selon les patientes. Pour certaines, la confrontation à la finitude et au temps compté est un frein puissant à l'élaboration psychique, à l'origine d'une sidération, d'une détresse émotionnelle alors que chez d'autres patientes, cette confrontation à notre vulnérabilité peut constituer un moteur. La forme de guérison psychique du cancer en dépendra. De même, l'adaptation psychologique après la maladie varie selon les femmes. Il serait intéressant d'identifier les éléments psychiques et les autres

facteurs qui pourraient prédire les différentes adaptations à la maladie cancéreuse, afin de repérer les patientes les plus à risque de troubles psychiques.

### Le syndrome de Lazare

Pendant la phase de rémission, le patient quitte le statut de malade pour un statut peu clairement défini : « personne en rémission », « ancien malade », « bien-portant »... Mais est-ce pour autant être à nouveau dans le monde de ceux qui n'ont pas eu de cancer, dans le monde des « bien-portants » {18} ? Cette transition de l'état de maladie à celui de la santé n'est pas chose facile bien souvent. Il peut exister un réel état de déstabilisation et de malaise psychique chez des sujets en rémission. Ce vécu a été décrit sous le terme de « *syndrome de Lazare* » par Tross et Holland (1989), {86}. Ce terme fait référence à la Bible où Lazare est le premier homme à avoir été ressuscité par Jésus. Le syndrome de Lazare est à la fois le vécu du malade qui était donné pour mort et celui de la famille qui a été invitée à un deuil anticipé et prématuré. Il regroupe l'ensemble des difficultés psychologiques que rencontre un patient qui a survécu à une maladie grave et plus particulièrement la difficulté de reprise des relations avec l'entourage qui avait commencé à faire un deuil. Il n'est pas spécifique à la maladie cancéreuse mais se rencontre dans d'autres cas de maladies chroniques à caractère létal {30}. Ce sentiment de revivre ou de ressusciter après un cancer est aussi entretenu par l'image sociale d'être un héros ou une victime de cette « longue et pénible maladie » et d'avoir le statut spécial de rescapé {86}.

Outre les complications physiques tardives, le sujet en rémission peut ressentir un dysfonctionnement psychique ainsi que des modifications angoissantes de son rapport aux autres. Ce phénomène peut être vécu comme une seconde condamnation à surmonter. Le sujet intègre un nouveau statut pouvant s'accompagner d'un flou identitaire ; flou qui illustre fort bien ses difficultés à retrouver une place dans le monde, dont il était partiellement sorti et qui a évolué sans lui {30}.

Ce désordre psychique semble toutefois transitoire. Actuellement, il n'existe pas de données concernant sa durée qui est très variable selon les individus. De

même, peu d'études permettent de chiffrer une prévalence de ce syndrome. Dans son article, Pucheu (1988), cité par {36}, fait état de différents chiffres. Parmi les patients, 20 % semblent déprimés au moment de leur guérison. Elle l'interprète comme une incapacité à avoir pu dépasser le traumatisme du diagnostic. Pourrait-on plutôt évoquer des signes du syndrome de Lazare ? 60 % des patients sont dans le déni de leur cancer, une fois guéris. L'angoisse de rechute y est réprimée. Ils veulent se convaincre que la maladie n'a rien changé à leur existence {30}. Pour Deschamps, plus de 50 % des patients seraient concernés par « une survivance plus ou moins dure, où l'oubli volontaire de l'épreuve se paie de séquelles persistantes, physiques et psychologiques {36}.

### La douleur pendant la phase de rémission

La prévalence de la douleur à long terme est de 33 à 52 % selon les études {28}.

Pendant la phase de rémission, la douleur peut avoir des fonctions différentes :

-La douleur peut avoir un rôle d'alarme et de surveillance, elle peut être un repère.

-Dans d'autres cas, la douleur peut permettre de maintenir un lien avec le corps médical. Nous avons déjà développé la période de vulnérabilité que peut constituer l'arrêt des traitements. En rapport avec un sentiment d'abandon, la patiente peut, consciemment ou inconsciemment, souhaiter maintenir un lien avec le corps médical et soignant. On peut entendre une malade dire « *De toute façon, si j'ai la moindre douleur, je retourne voir mon oncologue* ».

-De même, devant les difficultés de certaines patientes à être en rémission, la douleur peut avoir une fonction de signifier la différence, celle d'avoir été malade et d'en garder des traces.

-Pour terminer, la douleur peut aussi avoir une fonction de rappel : « Je ne peux pas oublier par où je suis passée. Il me restera toujours quelque chose de cette période de ma vie » {18}.

## La fatigue pendant la phase de rémission

Aux côtés des troubles de l'humeur et des préoccupations somatiques, la fatigue persistante des patients cancéreux en rémission gagnerait à être mieux comprise. En effet, il s'agit d'un symptôme fréquent à distance de la maladie et des traitements {35}.

Fatigabilité plus importante, manque de résistance, absence de récupération de l'énergie antérieure, coloration particulière de certains moments d'abattements s'additionnent pour constituer une véritable psychopathologie de la rémission. Cette fatigue peut avoir une signification psychologique, bien qu'il soit toujours très difficile de faire la part des choses avec une origine somatique {35}. De cette manière, certains auteurs rapportent une fatigabilité à long terme qui ne serait pas en relation directe avec les différents types de traitement du cancer, mais due à un état dépressif chronique après le diagnostic de cancer. Cette fatigabilité peut durer de nombreuses années avec une sensation de baisse de la force musculaire, une lassitude permanente qui ne permet pas d'avoir une activité physique et psychologique normale {16}.

On peut trouver différentes explications à cette fatigue ; situations de tension de longue durée, sentiment d'impuissance né d'un avenir incertain perçu avec désespoir et impossibilité d'y faire face activement, mais aussi la fatigue inhérente à la dépression du sevrage de traitement. Durant cette période de perte de l'étayage représenté par le programme thérapeutique, les patients qui se sentent déboussolés, abandonnés, sont gagnés par une immense fatigue. C'est le temps aussi du décalage relationnel avec la famille et avec les collègues, désireux souvent de tourner la page, tandis que le patient, en ayant fini peut-être avec la maladie dans son corps mais rarement dans sa tête, sera l'objet d'une incompréhension persistante chaque fois qu'il évoquera sa « fameuse fatigue » {35}.

## **1.2 COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES ET CANCER DU SEIN**

### **1.2.1 Identification de la détresse psychologique, des troubles de l'adaptation et des troubles psychiatriques**

Dans le chapitre précédent, nous avons défini l'adaptation psychologique face à des événements stressants comme le cancer du sein. Cette affection cancéreuse entraîne généralement une crise existentielle, parfois un état de sidération provoquant une déstabilisation de l'adaptation {86}.

De nombreuses patientes trouvent la force et les ressources nécessaires pour faire face aux traumatismes successifs de la maladie. L'adaptation n'est cependant pas immédiate, elle dure environ 3 mois pour 70 % des patientes selon Weisman {120} et par conséquent, les manifestations de détresse psychologique tels que la peur, la tristesse ne sont pas toujours l'expression d'un trouble, d'une adaptation échouée {91}.

On assiste parfois à un échec de l'adaptation entraînant des troubles de l'adaptation avec une altération du fonctionnement social ou professionnel ainsi que des symptômes exagérés par rapport à une réaction normale et prévisible au stress. Il s'agit d'une entité nosographique particulière se situant sur un continuum normal-pathologique en fonction de la lourdeur et de l'intensité de la symptomatologie. Sur ce continuum, les troubles de l'adaptation occupent une position intermédiaire, entre les efforts de l'adaptation en cours et des véritables pathologies psychiatriques telles que l'épisode dépressif et le trouble anxieux {86}.

#### **1.2.1.1 Identification de la détresse psychologique**

Halland (1997), cité par {91}, la définit comme « le champ des sentiments et des émotions exprimés par des individus atteints de cancer et confronté à des problèmes personnels et associés à la maladie ». De la même façon que pour l'adaptation psychologique, elle perd son caractère normal lorsqu'elle dérange

l'individu et interfère avec son fonctionnement habituel. Selon lui, trois catégories sont alors établies sur un continuum de sévérité :

-quand les symptômes excèdent la détresse « normale », ils sont qualifiés de « subsyndromaux »

-le stade suivant de sévérité porte l'appellation de symptômes « réactionnels » ou « situationnels » et est apparenté par l'auteur au diagnostic de trouble de l'adaptation selon DSM IV {3}

-enfin, le dernier stade comprend les troubles psychopathologiques formant les entités du DSM IV {3} (trouble dépressif majeur, troubles anxieux spécifiques).

### **1.2.1.2 Identification des troubles de l'adaptation**

Les troubles de l'adaptation rejoignent de très près la notion de détresse psychologique, ils correspondraient à une détresse émotionnelle « anormale » {91}.

Actuellement, l'identification des troubles de l'adaptation est la classification internationale DSM-IV (Diagnostic and Statistic Manual) {3}. Ils sont définis par l'apparition de symptômes cliniquement significatifs dans les registres émotionnels et comportementaux se traduisant par une altération du fonctionnement ou par une souffrance marquée, plus importante qu'attendue, apparaissant au cours des 3 mois suivant la survenue d'un facteur de stress. Les différents critères diagnostiques sont regroupés dans l'*Annexe Ia*.

Selon Ferreri (1999), cité par {54}, c'est l'enchaînement compréhensible entre le facteur déclenchant et la réaction pathologique qui caractérise le trouble de l'adaptation et non pas uniquement les symptômes du trouble.

De plus, jusqu'à ce jour, la place de cette entité dans la nosographie demeure toujours controversée du fait de l'absence de spécificité des symptômes {54}. Certains cliniciens le considérant comme un « fourre-tout » (Despland, 1995, cité par {54}). Il n'est pas facile de distinguer les manifestations relevant d'un effort

d'adaptation et celles manifestant son échec car ce sont souvent les mêmes symptômes {14}.

Par ailleurs, tout particulièrement dans le contexte de cancer, il n'y a pas de limite objective entre ce qu'il convient de considérer comme une réaction normale et une réaction pathologique, ni de marqueur spécifique. En effet, le caractère excessif de la réaction du sujet à son environnement est laissé à l'appréciation subjective du médecin {54} : toutefois, il est difficile de déterminer ce qui pourrait constituer une souffrance « excessive » en réaction à un facteur de stress aussi cataclysmique que l'annonce d'un diagnostic de cancer {91}.

### **1.2.1.3 Identification des troubles dépressifs et anxieux**

L'anxiété normale ou pathologique est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs somatiques ou psychiques, par des modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs {24}.

La clinique psychiatrique et différents systèmes de classification, qui s'intéressent à l'anxiété d'un point de vue catégoriel distinguant l'anxiété normale de l'anxiété pathologique, retiennent plusieurs entités sémiologiques constituées chacune d'une configuration particulière de symptômes {54}.

Actuellement, il existe un consensus pour considérer que l'identification des troubles anxieux réside dans l'usage d'un système international de classification diagnostique de type DSM IV {3}. Des échelles d'auto-évaluation assez simples sont aussi utilisables, comme l'HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) {66} qui est une échelle mise au point spécifiquement pour le *screening* de la symptomatologie anxieuse et dépressive chez les patients atteints de maladie somatique {88}.

En psychologie, la définition de l'anxiété est différente ; on distingue l'*anxiété-trait*, tendance stable et généralisée à percevoir les situations aversives comme dangereuses de l'*anxiété-état*, sentiment d'appréhension, de tension et activation autonome momentanées, liées à un événement spécifique {24}.

La dépression clinique est un ensemble de symptômes émotionnels cognitifs, comportementaux et somatiques, relativement indépendants des événements de vie actuels. Le syndrome dépressif comprend des affects négatifs (découragement, tristesse), des cognitions particulières (idées d'indignité, de dévalorisation), des troubles comportementaux (retrait, fuite, ralentissement), et somatiques (fatigue, troubles du sommeil et de l'appétit) {24}.

Actuellement, l'identification des troubles dépressifs réside dans l'usage des classifications internationales comme le DSM IV {3}. Les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur sont reportés dans l'*Annexe Ib*.

#### **1.2.1.4 Identification de l'état de stress post-traumatique**

Le syndrome de stress post-traumatique est un état organisé et durable, occasionné par un traumatisme psychique. Les symptômes débutent habituellement dans les trois premiers mois après le traumatisme, mais le délai d'apparition atteint parfois plusieurs années. Ses deux principales composantes sont l'intrusion des souvenirs et l'évitement de tout ce qui pourrait rappeler le traumatisme {88}.

Actuellement, le diagnostic d'état de stress post-traumatique (PTSD) repose sur les critères diagnostiques du DSM-IV {3}. Les critères diagnostiques du PTSD sont rappelés dans l'*Annexe Ic*. Il peut s'appliquer à la situation de maladie cancéreuse. En effet, dans sa quatrième édition, le DSM reconnaît, pour la première fois, « le fait de recevoir le diagnostic d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital » comme un événement traumatique extrême, susceptible de conduire au développement d'un état de stress post-traumatique {91}.

Certains auteurs s'interrogent sur une sous-évaluation du PTSD en oncologie et proposent un autre concept, celui du *PTSD partiel* ou *subsyndromal*. Ce tableau clinique subsyndromal reconnaît l'existence de présentations cliniques ne satisfaisant pas à tous les critères diagnostiques du DSM IV mais néanmoins responsables de perturbations du fonctionnement social, interpersonnel, ou physiques (Gurevich et al., 2002, cité par {91}).

## **1.2.2 Données épidémiologiques des comorbidités psychiatriques dans le cancer du sein non métastatique**

### **1.2.2.1 Les troubles de l'adaptation**

#### ***1.2.2.1.1 Chez des patients présentant des maladies somatiques***

La fréquence des Troubles de l'Adaptation dans les études menées chez des sujets souffrant de pathologies diverses est de 10 à 50 % {54}.

#### ***1.2.2.1.2 Chez des patients présentant une maladie cancéreuse***

L'étude épidémiologique de Derogatis et al. {34} réalisée en 1983 demeure une référence dans le champ des troubles mentaux en oncologie ; 32 % des patients cancéreux évalués, à tous stades et pour tout site néoplasique, présentaient un trouble de l'adaptation selon les critères diagnostiques du DSM III.

Alexander et al., 1993, cité par {88}, retrouvent, en utilisant également le DSM III, 20% de troubles de l'adaptation sur une population de patients tous sites consécutivement admis dans un service de cancérologie.

Dans l'étude de Razavi et al., 1992, cité par {88}, 30% des patients suivis en consultation externe pour lymphome présentent des troubles de l'adaptation.

#### ***1.2.2.1.3 Chez les patientes présentant un cancer du sein***

Selon l'étude de Payne et al., cité par {68}, la prévalence des troubles de l'adaptation anxieux ou dépressifs des femmes atteintes de cancer du sein au stade précoce est de 26 %. L'étude de Manzanera et al. {68} retrouve une prévalence de 19 % des troubles mixtes de l'adaptation.

Cependant, à long terme, les patientes en rémission d'un cancer du sein ont un bon ajustement psycho-social {65}

## **1.2.2.2 Les troubles dépressifs et anxieux**

### ***1.2.2.2.1 Dans la population générale***

La prévalence des troubles dépressifs majeurs pour toute la vie dans le monde occidental est pour les femmes comprise entre 4,5 et 9,3 % (2,3 à 3,2 % pour les hommes) selon une analyse de la littérature réalisée en 1993 par l'Agency for Health Care Policy and Research des Etats-Unis pour la rédaction de Clinical Practice Guideline sur la dépression en soins primaires, cité par {88}.

### ***1.2.2.2.2 Chez les patients présentant des maladies somatiques***

Cette prévalence de la dépression augmente à 12-36 % pour les patients hospitalisés pour des problèmes médicaux. (Rodin et Voshart, 1986 et Lépine et al., 1985, cités par {88}). Elle est de 6 à 28 % chez des sujets souffrant physiquement mais non hospitalisés {24}.

### ***1.2.2.2.3 Chez les patients présentant des maladies cancéreuses***

Dans les principaux travaux étudiant des populations de patients cancéreux, la prévalence de troubles dépressifs s'échelonnent de 4,5 % de troubles dépressifs caractérisés dans l'étude de Lansky et al.(1985) à 42 % de troubles dépressifs majeurs unipolaires pour l'étude de Buckberg et al.(1984) {68}.

La revue de la littérature de Van't Spijker et al. {116}, conclue que les femmes atteintes de cancer du sein présentent une souffrance psychique (dépression ou anxiété ou détresse émotionnelle) moindre que les patientes présentant un trouble psychiatrique. Par comparaison avec des patientes présentant une autre pathologie organique, ces femmes avec cancer du sein présentent moins de troubles anxieux de façon statistiquement significative.

Concernant la pathologie cancéreuse, la prévalence la plus élevée des troubles dépressifs est classiquement retrouvée dans les localisations suivantes : tête, nuque, langue et pancréas {89}.

Si on s'intéresse à la comparaison entre les différentes localisations de cancers gynécologiques, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le cancer du sein et le cancer de l'endomètre concernant les troubles de l'humeur, la qualité de vie globale et le support social. Cependant, dans l'endomètre, il existe une prévalence plus élevée de syndrome de stress post-traumatique et des répercussions des comorbidités sur les activités quotidiennes. A l'inverse, la dégradation de l'image corporelle et la peur de rechute sont significativement plus importantes dans le cancer du sein {65}.

#### ***1.2.2.2.4 Chez les patientes présentant un cancer du sein non métastatique***

##### **1.2.2.2.4.1 Pendant la période de traitement et en rémission à court et moyen terme**

Concernant les patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique, durant la période de traitement ainsi qu'à court et moyen terme, les études sont assez unanimes sur l'existence d'une prévalence plus élevée des épisodes dépressifs majeurs par rapport à une population de référence {88}. Cependant, la prévalence des troubles dépressifs et anxieux est très variable. Pour l'ANAES {88}, qui a réalisé une analyse de la littérature de la prévalence des troubles dépressifs entre 1987 et 1997, cette prévalence s'échelonne entre 3,8 et 25 % pour les études utilisant des critères diagnostiques spécifiques et entre 0,3 et 46 % pour les études utilisant des échelles moins spécifiques {88}. Pour une autre revue de la littérature plus récente {89}, la prévalence de dépression chez les patientes présentant un cancer du sein non métastatique est deux fois supérieure à celle de la population féminine générale, surtout durant la première année.

La prévalence globale des troubles anxieux et dépressifs des différentes études sur le cancer du sein est en moyenne de 42 %, plus précisément celle des

troubles anxieux elle est de 15,5 % et des troubles de l'humeur de 20 à 30 %, avec une prévalence de 13 % pour un épisode dépressif majeur actuel {68}, {89}.

Nous allons résumer les différentes données épidémiologiques sur la prévalence de la dépression chez les femmes atteintes d'un cancer du sein dans le *Tableau 1*.

**Tableau I.** Données épidémiologiques sur la prévalence de la dépression chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Auteurs	Outils d'évaluation	Troubles de l'humeur (%)	Dépression majeure (%)	Dépression mineure (%)	Anxiété (%)
<b>Critères diagnostiques spécifiques</b>					
Grabsch , 2006	DSM-IV	35,7	7	25,6	Non mentionné
Hegel, 2006	DSM-IV	60	11	Non mentionné	Non mentionné
Mehnert, 2007	DSM-IV	16	4,7	3,1	Non mentionné
Burgess, 2005	SCID	50	40	20	Non mentionné
Okamura , 2005	DSM-IV	22	2	20	Non mentionné
Ell, 2005	PHQ-9	30,4	38	65	Non mentionné
Kissane, 2004	DSM-IV	36,7	9,6	27,1	Non mentionné
Ramirez, 1995	PSE	Non mentionné	25	Non mentionné	Non mentionné
Lee, 1992	PSE	Non mentionné	3,8	Non mentionné	8,2
Fallowfield, 1990	HAD + interview	Non mentionné	20	Non mentionné	27,4
Dean, 1987	PSE + RDC	Non mentionné	4,5	18,2	4,5
Maguire, 1978	Interview semi-structuré	Non mentionné	21	Non mentionné	19
<b>Echelles de screening</b>					
Thomas, 1997	HAD (>8)	Non mentionné	6,2	Non mentionné	12,4
Ellman, 1995	HAD (>10)	Non mentionné	0,3	Non mentionné	6
Rijken, 1995	CES-D (>16)	Non mentionné	23	Non mentionné	Non mentionné
Maraste, 1992	HAD (>10)	Non mentionné	1,5	Non mentionné	13,5
Wtson, 1991	HAD (>8)	Non mentionné	6	Non mentionné	16
Morris, 1977	HDRS (>10)	Non mentionné	23	Non mentionné	Non mentionné

Parmi les études récentes, celle de Burgess et al. {25} mérite d'être détaillée. En effet, il s'agit d'une étude prospective sur 5 ans de la prévalence des troubles psychiatriques d'une cohorte de 170 patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatiques. L'échelle utilisée pour évaluer les symptômes psychiatriques est la version courte de la SCID (the Structured Clinical Interview). La prévalence annuelle des troubles psychiatriques (dépression, anxiété ou les deux) retrouvée de la

première à la cinquième année est respectivement de 48%, 25%, 23%, 22% et 15%. La prévalence de la dépression, de l'anxiété ou des deux troubles dans l'année après le diagnostic est donc deux fois plus élevée par rapport à la population générale, résultats conformes à ceux de {89}.

Concernant l'évolution des troubles psychiques, la prévalence connaît son apogée en période de prétraitement puis diminue progressivement et régulièrement jusqu'en milieu de traitement où elle se situe à son minimum. Il apparaît ensuite une deuxième période critique de la phase de traitement avec une augmentation de la prévalence des troubles qui rejoint le niveau du début de traitement. Cette période correspond à la fin de cette phase de traitement. Enfin, il existe à nouveau une amélioration {88}. En effet, l'impact psychologique du cancer du sein diminue durant la première année après la chirurgie {97}.

#### **1.2.2.4.2 En rémission à long terme**

La globalité des études actuelles sur les répercussions psychologiques à distance conclut plutôt à une absence d'excès de morbidité psychiatrique à long terme chez les patientes en rémission d'un cancer du sein non métastatique par rapport à des femmes saines Vinocur et al., 1989, cité par {97}, {40}, {39}, Craig et al., 1974 ; Ellman et al., 1995 ; Vinokur et al., 1989, cités par {40}. . L'évaluation de Ganz et al. {50} à 6,3 ans en moyenne conclue à un excellent bien-être émotionnel.

Quelques études retrouvent des résultats discordants. L'étude de Burgess et al. {25} conclue à une prévalence de troubles psychiatriques à long terme de 15 %, ce qui représente un niveau supérieur à celui de la population générale. En comparaison à la population générale, les patientes en rémission d'un cancer du sein à long terme ont une moins bonne santé mentale selon Peuckman {81} et présentent une prévalence plus élevée de dépression {89}. De même, la revue de littérature de Reich {89} identifie une prévalence élevée de trouble dépressif léger à modéré à 5 ans de rémission.

### **1.2.2.3 Etat de stress post traumatique**

Les études épidémiologiques montrent qu'un diagnostic de PTSD peut être posé chez 5 à 20 % des patients atteints de cancer {91}.

Plus spécifiquement dans le cas d'un cancer du sein, la prévalence retrouvée varie entre 5 à 10 % des patientes {88}.

Andrykowski et al., cité par {91}, s'est intéressé à l'évaluation de syndrome post traumatique partiel chez des patientes porteuses d'un cancer du sein ; il retrouve une prévalence de 4 à 13 %.

## **1.3 QUALITE DE VIE**

### **1.3.1 Historique, apparition du concept**

La notion de qualité de vie est apparue initialement après la deuxième guerre mondiale. Au début des années 60, les « buts nationaux » de la Commission créée par le président Eisenhower étaient d'améliorer les conditions de vie des citoyens. En utilisant à bon escient les fonds publics, on devait pouvoir améliorer le taux de productivité, de vaccination, de scolarisation, de médicalisation etc. et, par là même, diminuer celui des suicides, du chômage, de la mortalité ou de la criminalité. Il s'agissait d'augmenter à la fois la quantité de vie et le niveau de vie {11}. De même, en 1964, dans un discours le président Lyndon B Johnson proclame : « Nos objectifs ne sont pas seulement de mesurer la taille de nos comptes bancaires mais de mesurer la qualité de vie de notre peuple. La qualité vient se confronter à la quantité : vivre ne suffit pas, l'abondance ne suffit pas, le progrès ne suffit pas, il s'agit aussi de bien vivre » {32}.

A ces débuts, la qualité de vie était donc un concept politique et social consistant à obtenir des mesures de satisfaction et de bonheur de la population.

Dans les années 70, les études de sociologie se sont intéressées à identifier les indicateurs sociaux afin d'essayer de définir et mesurer les facteurs déterminants du bien-être de la population générale aux États-unis. Ceci a contribué de façon importante à mesurer la qualité de vie dans le domaine de la santé et en particulier chez les patients présentant un cancer. Le travail de Flanagan est un exemple de ce type de recherche. 15 composants contribuant positivement ou négativement sur la qualité de vie ont été identifiés, regroupés en 5 catégories : bien-être physique et matériel, relations avec les autres, activités sociales, communautaires et civiques, développement personnel et loisirs. Flanagan a suggéré que pour les personnes présentant un handicap, les 5 catégories devraient être plus spécifiquement subdivisées {72}.

C'est dans ce contexte de changements culturels importants dans la société prenant en compte le bien-être de la population que le concept de qualité de vie s'est développé dans le domaine de la santé. D'une part, le concept de qualité d'un produit, issu du monde industriel, s'est étendu à bien d'autres domaines. Ainsi, le mot qualité a pris une place prioritaire dans le langage médical : les soignants parlent de qualité des soins, de qualité de prise en charge du malade.

D'autre part, le concept est apparu en lien avec les progrès de la médecine. Jusqu'il y a peu de temps, l'objectif thérapeutique en oncologie par exemple, visait essentiellement à interagir avec le cours des affections cancéreuses. L'efficacité d'un traitement s'évaluait en fonction de variables biomédicales telles que la prolongation de la survie ou le taux de réponse au traitement. Cependant malgré l'amélioration de l'efficacité des thérapeutiques, le cancer du sein détecté précocement, le cancer reste encore parfois une maladie fatale. De plus, les traitements proposés sont souvent très agressifs. Une nouvelle question se pose alors ; le bénéfice lié à l'augmentation des chances de survie, bien que celle-ci reste toujours incertaine, surpasse-t-il les inconvénients liés aux effets secondaires ? Le concept de qualité de vie a été introduit en réponse à cette question. Le malade n'est plus considéré uniquement d'un point de vue clinique, d'autres préoccupations sont apparues : le poids des traitements et leur toxicité, le retentissement psychologique et social de la maladie et de son traitement {86}.

Ce concept a également bénéficié du développement d'une éthique des droits des malades, du consentement éclairé et de la liberté des choix (Smart et al. 1987).

### 1.3.2 Définition

La première tentative de conceptualisation de la notion de qualité de vie a eu comme point de départ la définition de la santé faite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1947 : « un état complet de bien-être physique, mental et social et non pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité » {79}. Il s'agit là d'un état de santé théorique qu'il est impossible d'atteindre (du moins pendant une longue durée) et qui ne peut pas servir de référence {90}. Jusqu'aux années 80, on considérait la santé et la qualité de vie comme équivalents.

En 1993, l'OMS a proposé une nouvelle définition, qui met l'accent sur la notion de perception : « La qualité de vie est définie comme une perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système des valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement » {121}.

Cette définition dépasse ce qui est réalisable dans le cadre des études de recherche clinique, cependant elle permet une réflexion sur le choix des éléments essentiels en regard de la santé et de la maladie et a guidé dans la construction d'outils d'évaluation quantitative. Ainsi, la qualité de vie dans le domaine de la santé se focalise sur le bien-être ou la détresse psychologique, le degré de fonctionnement physique, psychologique et social. La grande majorité d'auteurs s'accordent pour donner le nom d'échelles de qualité de vie qu'à celles qui évaluent au moins trois fonctionnements : physique, psychique et social {90}.

Actuellement, l'aspect perceptuel de la qualité de vie est au premier plan. Il est admis par tous que c'est le sujet qui est le plus à même de parler de ce qu'il vit, et d'exprimer avec toute sa subjectivité le décalage entre ce qu'il souhaite et ce qu'il

perçoit. Cette idée est reprise par Calman, en 1995, sous le terme de *notion d'écart* ; la qualité de vie est assimilable à l'écart entre les attentes de la personne et ses réalisations effectives, plus l'écart est grand, plus la qualité de vie est altérée {72}. De nombreuses dimensions participent de façon complexe à cette perception. Les mesurer toutes ne se justifierait pas, seules celles qui sont modifiées par la maladie et les traitements nous intéressent. C'est pourquoi, de nombreux auteurs ont proposé de cibler la définition de la qualité de vie sur la santé et de parler de *qualité de vie liée à la santé* {90}.

Pour d'autres auteurs, la qualité de vie ne recouvre pas les répercussions des maladies mais simplement le versant de la santé qui est « perçue » par le malade. Pour Bucquet (1993), cette définition est centrée sur la perception qu'ont les individus et introduit ainsi la notion de *santé perceptuelle*. Concept repris par Gillemain (1995), qu'il définit comme qualité de vie liée à la santé du point de vue de la personne interrogée elle-même {11}.

Nous pouvons par ailleurs faire le rapprochement entre le concept de qualité de vie et les notions de santé et de l'adaptation.

Étant donné la définition actuelle de la santé (OMS, 1958) se basant sur le bien-être physique, psychologique et social et pas seulement sur l'absence de maladie, le terme « santé » pourrait être remplacé par celui de « adaptation » {54}.

Dans cette même idée de pensées, on pourrait aussi rapprocher les concepts de santé et d'adaptation à celui de qualité de vie {54}. Le bien-être, qui découle d'une bonne qualité de vie et d'une bonne santé est une « émotion-état » qui existe quand le sujet vit des événements évalués par lui-même comme agréables et pas seulement l'absence d'événements désagréables.

Finalement, pour son bien-être, le sujet doit mettre en place des stratégies de coping qui lui permettent non seulement de résoudre les transactions qu'il estime stressantes mais aussi de reproduire celles qu'il juge agréables. Et c'est souvent la capacité de provoquer, de rechercher ou de faire des expériences agréables qui modère, ensuite, l'évaluation stressante et l'impact de certaines transactions {45}.

### 1.3.3 Évaluation de la qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie dans le domaine de la santé et en particulier dans les études cliniques constitue actuellement une aide substantielle à la décision dans les choix des traitements curatifs ou palliatifs ou des interventions nécessaires à la réinsertion sociale du malade {90}.

Cependant, comme nous venons donc de voir, la qualité de vie est une notion complexe. Son contenu reste encore discuté; il appartient à la fois au champ de la sociologie, de l'économie de la santé, et de la psychologie médicale. Même restreint au domaine de la santé, cette idée ne crée pas d'homogénéité conceptuelle.

Il faut donc d'abord s'accorder sur une définition opérationnelle, explicite, standardisée afin d'élaborer des outils permettant une mesure quantitative. Cette définition doit permettre de répondre à l'objectif de l'étude. Ainsi, s'il s'agit d'un essai thérapeutique comparant deux stratégies, l'évaluation de la qualité de vie contribuera au choix de la meilleure stratégie. L'objectif peut être d'identifier les individus ayant besoin d'aide pour une meilleure réhabilitation, et dans ce cas cette évaluation se fera une fois le traitement terminé et à distance de celui-ci. Dans les soins palliatifs, l'objectif sera d'apporter une aide à la décision thérapeutique, au quotidien {90}.

Ce choix des dimensions à prendre en fonction de l'objectif de l'étude n'est pas chose facile. Toutefois, les auteurs s'accordent pour ne donner le nom d'échelles de qualité de vie qu'à celles qui évaluent, du point de vue des patients, au moins trois fonctionnements (physique, psychique et social), constituant chacun une sous-échelle. Ainsi, l'index de Karnofsky, qui est un index de performance ou des échelles composées uniquement de symptômes (comme la douleur) ou d'effets secondaires ne peuvent être considérés comme des outils pour évaluer la qualité de vie {90}.

Rappelons que le concept de qualité de vie est une notion appartenant au champ de plusieurs disciplines. De ce fait, le développement des outils de qualité de vie s'est fait selon différentes approches. Celle des psychologues et des sociologues, qui est basée sur la psychométrie. Celle des économistes ayant pour objectif de décrire des états de santé au cours du temps sans prendre en compte la perception du sujet ; ces outils n'évaluent donc pas la qualité de vie selon la définition donnée

plus haut. La plupart des outils évaluant la qualité de vie dans le domaine de la santé qui sont disponibles actuellement se présentent sous la forme d'un questionnaire composé de questions à réponses fermées ; réponses dichotomiques (oui/non), réponses qualitatives ordonnées (score de 1 à 5), réponse visuelle analogique, qui peuvent être pondérées de façon subjective et statistique. Les résultats sont exprimés soit sous forme d'un score global unique, soit sous forme de scores correspondant à chaque dimension (l'ensemble s'appelle un profil), soit encore sous forme d'une batterie de scores indépendants.

Selon le domaine d'application, on distingue les échelles génériques et les échelles spécifiques. Les premières s'adressent à toute personne bien portante ou malade, et quelle que soit la pathologie présentée. Les secondes sont spécifiques d'une pathologie. Plus sensibles, elles en permettent une étude approfondie mais, à la différence des échelles génériques, elles excluent toute comparaison avec d'autres pathologies et toute référence à une population en bonne santé {90}.

En cancérologie, il peut sembler qu'un questionnaire spécifique soit le mieux adapté surtout lorsque l'on cherche à évaluer l'importance des changements survenus chez un individu ou un groupe d'individus {114}.

En Europe, le « groupe de qualité de vie » de l'European Organization Research for treatment of Cancer (EORTC) a initié en 1986 un projet de développement d'une échelle utilisable pour toute localisation cancéreuse, l'actuelle QLQ-C30. A la même époque, Zittoun et Schraub ont été les premiers à introduire en France l'évaluation de la qualité de vie avec la Société française du cancer. Aux États-unis, en 1990, le National Cancer Institute (NCI) a constitué un atelier pour définir la place à accorder à l'évaluation de la qualité de vie dans les études cliniques en cancérologie. En Angleterre, le Medical Research Council (MRC) a conclu, en 1993, un accord avec le ministère de la Santé où il est précisé que l'évaluation de la qualité de vie et des coûts de la santé doit être intégrée dans les essais clinique. En France, le ministère de la Santé a intégré l'évaluation de la qualité de vie dans le programme hospitalier de recherche clinique en 1995. Au même moment, deux ateliers ont été organisés aux États-unis pour faire le point sur la recherche en

qualité de vie, l'un organisé par le NCI, et l'autre ciblé sur l'enfant, par l'American Cancer Society {90}.

Actuellement, il a été sélectionné 8 échelles de qualité de vie consacrées aux patients cancéreux parmi les 123 existantes, selon plusieurs critères : leur validité et leurs qualités métrologiques, leur caractère spécifiquement destiné au cancer (et particulièrement au cancer du sein), leur caractère multidimensionnel, la fréquence de leur utilisation dans la littérature, leur éventuelle version en français {13}. Parmi les 8 échelles de qualité de vie retenues, cinq sont des échelles générales, deux sont des échelles spécifiques du cancer du sein et une échelle est développée pour les survivants des cancers, adaptée au cancer du sein.

Les échelles génériques sont {90} :

- *NHP (Nottingham Health Profile)*, développée par Hunt et al. en 1981
- *SF36 (Short Form 36)* élaborée par Spitzer et al. en 1981 dans le cadre de la Medical Outcome Study (MOS)
- *SIP (Sickness Impact Profile)* construite par Bergner et al. en 1981
- *COOP (Chart Damouth Primary Care)* élaborée par Landgraf et al. en 1992
- *PQVS (le Profil de la Qualité de Vie Subjective)* développée par Dazord et al. en 1993. Il s'agit d'une échelle française dont la particularité est d'évaluer, pour chaque élément de qualité de vie, le degré de performance, le degré de satisfaction du sujet, l'importance qu'il lui accorde dans sa propre vie et ses attentes pour l'avenir {90}.

Les échelles spécifiques du cancer mais non spécifiques de site sont {90} :

- *CARES (Cancer Rehabilitation Evaluation System)* et *CARES-SF (Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form)*, élaborées par Coscarelli Schag, Ganz et Heinrich en 1990 et en 1991.
- *EORTC QLQ-C30 (The European Organization for Research and Treatment of Cancer: a Quality of life Instrument)* construite par Aaronson en 1993 {1}
- *FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy)* développée par Cella et al. en 1993
- *FLIC (Functional Living Index-Cancer)* élaborée par Schipper et al. en 1984
- *QOL-CS (Quality of life-Cancer Survivors Tool)* construite par Ferrell et al. en 1996

Les échelles spécifiques du cancer et de sein sont :

- *FACT-B* (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Quality-of- Life Instrument) élaborée par Cella et al. en 1997
- *EORTC QLQ-BR 23* (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast cancer-Specific Quality-of-Life Questionnaire Module) construite par Sprangers et al. en 1996
- *QOL-BC* (Quality of Life-Cancer Survivors Tool – Breast Cancer) élaborée par Ferrell et al. en 1996

Ces questionnaires sont constitués d'un questionnaire central, général pour tout cancer, et des modules spécifiques du sein.

Concernant plus particulièrement le site du sein, l'échelle la plus utilisée en France est celle de l'EORTC : the European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-specific Quality of Life Questionnaire Module : EORTC QLQ-BR 23. Un deuxième questionnaire spécifique est aussi fréquemment utilisé : le FACT-B. Une étude travaillant sur les essais randomisés de phase III traitant de cancérologie, retrouve parmi les 72 études utilisant un questionnaire de qualité de vie, que le questionnaire EORTC QLQ-C30 est employé 32 fois et le questionnaire FACT, 9 fois.

#### EORTC QLQ-BR23:

Il s'agit d'un auto-questionnaire avec une sous-échelle spécifique du cancer du sein nommée QLQ-BR23.

L'échelle générale QLQ-C30 a été élaborée par l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) pour évaluer la qualité de vie des patients atteints de cancers du poumon (Aaronson et al., 1993, {1}), puis elle a été adaptée pour d'autres patients cancéreux. Elle comprend 30 items et mesure 9 dimensions de QDV spécifique : 5 échelles fonctionnelles (état physique, domaine fonctionnel avec limitations des activités, état cognitif, état émotionnel, relations sociales), trois échelles symptomatiques (nausées, fatigue, douleurs) et deux

échelles visuelles analogiques consacrées à l'auto-évaluation de l'état physique et de la qualité de vie globale au cours de la semaine précédente. Les réponses se font de trois façons en entourant un chiffre : 1 (non) ou 2 (oui), 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup) ou de 1 (très mauvais) à 7 (excellent) pour les auto-évaluations globales de l'état physique et de la qualité de vie au cours de la semaine passée.

Le module spécifique QLQ-BR23 comprend 23 items qui explorent les symptômes et les effets secondaires relatifs aux diverses modalités thérapeutiques, l'image corporelle, la sexualité et les perspectives d'avenir. Le QLQ-BR23 est un module additionnel à l'échelle générale EORTC QLQ-C30. Il ne peut pas être utilisé seul pour évaluer la qualité de vie de patientes avec cancer du sein mais en association avec l'échelle générale. Il comporte deux sous-échelles fonctionnelles (image corporelle et sexualité) et trois sous-échelles symptomatiques (symptômes du bras, symptômes du sein, effets secondaires du traitement général). Ce module spécifique a été testé chez 170 Allemandes, 168 Espagnoles et 158 Américaines, à deux reprises ; un haut niveau de rigueur scientifique a été rapporté {106}. Il existe aussi une version française du questionnaire. Il a été appliqué à 75 patientes françaises atteintes d'un cancer du sein métastatique et suivies pendant 2 ans (Cousson-Gélie, 1997, cité par {24}).

### FACT-B :

Le FACT-B {19} est un auto-questionnaire spécifique de l'évaluation de la qualité de vie des patients atteints d'un cancer du sein, composé de 44 items (en incluant les items de l'échelle général). Il s'agit d'un questionnaire additionnel au FACT-G. L'association des deux, le FACT-G et la sous-échelle spécifique représente le FACT-B.

Cette sous-échelle spécifique est faite de 9 items qui explorent à la fois des aspects physiques spécifiques comme les symptômes du bras, la perte de cheveux, et des symptômes plus généraux comme les modifications du poids, l'état de stress, la façon de s'habiller, la féminité et le caractère désirable, ou la peur du cancer pour les autres membres de la famille.

Le FACT Général est une échelle de mesure de qualité de vie multidimensionnelle de 33 items. Elle explore le bien-être physique, le bien-être

social et familial, les relations avec le médecin, le bien-être émotionnel et le bien-être fonctionnel des 7 derniers jours.

Bien que les auteurs concluent à l'utilité de cette échelle dans le cadre de la recherche et de l'évaluation clinique, on ne peut pas la considérer comme validée en langue française.

#### *Comparaison EORTC QLQ30 et FACT :*

De façon générale, le questionnaire FACT-B est plus court et recouvre moins de symptômes et d'effets secondaires liés au traitement que le QLQ-BR23 {106}.

Kemmler et al (1999) a réalisé une étude sur 277 patients comparant les deux échelles d'évaluation de la qualité de vie dans le domaine du cancer : la EORTC QLQ30 et FACT. Il a montré que malgré les redondances, une seule des 5 dimensions du FACT, la dimension physique, était bien explorée par le QLQ-C30. Seulement trois (physique, état de santé global, symptômes généraux) des huit dimensions du QLQ-C30 étaient bien explorées par le FACT {64}.

Dans une même étude, il n'est pas possible de remplacer l'un des questionnaires par l'autre. Il existe par conséquent une non comparabilité des résultats entre ces deux questionnaires.

### **1.3.4 Épidémiologie**

La qualité de vie varie en fonction de la durée depuis le diagnostic et le traitement de la maladie cancéreuse {60}. Afin de présenter les différentes données épidémiologiques de façon claire, nous allons séparer la qualité de vie en qualité de vie à court et moyen terme et qualité de vie à long terme. Ce découpage va se référer à la définition de la rémission à long terme donnée par la Société Américaine de Cancer qui détermine une durée d'au moins cinq ans sans rechute depuis le diagnostic {74}.

### 1.3.4.1 Qualité de vie à court terme et moyen terme

L'analyse de la qualité de vie à court terme montre une qualité de vie globale bonne avec des scores élevés du fonctionnement physique. Cependant, le fonctionnement sexuel est altéré ainsi que l'image corporelle dans la moitié des cas, surtout en rapport avec l'alopecie consécutive à la chimiothérapie. Deux tiers des patientes présentent des douleurs au niveau de la zone du sein opéré {61}. Une évaluation de la qualité de vie à la fin du traitement initial retrouve que 61% des patientes sont insatisfaites avec leur apparence physique, 60% rapportent des bouffées de chaleur, 60% des douleurs, 56% des troubles sensitifs du sein {48}.

La synthèse des différentes études sur l'évolution de la qualité de vie dans le cancer du sein non métastatique retrouve une tendance globale même si elle n'est pas unanime.

Il existe une association positive entre l'année du diagnostic et l'auto-évaluation de la santé par la patiente {17}. En effet, il y a une augmentation de la qualité de vie entre le premier mois et la première année, aussi bien de la qualité de vie globale, du domaine physique, du domaine psycho-social et du domaine des relations avec le corps médical {88}. Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être faites ; les progrès dans le traitement du cancer du sein, le dépistage à un stade plus précoce {17}. Cette évolution n'est cependant pas valable pour les patientes âgées (> 65 ans) qui présentent une dégradation de la santé physique et mentale durant l'année suivant le diagnostic {47}.

Après la première année, il n'y a pas plus d'impact positif statistiquement significatif de la durée depuis le diagnostic sur la santé selon l'ensemble des études {17}. En effet, le score global de la qualité de vie décline significativement entre la première et la troisième année, de même que les résultats du domaine physique, du domaine sexuel et du domaine conjugal, plus particulièrement pour les patientes qui ont reçu une mastectomie et une chimiothérapie adjuvante {88}, {48}.

Cependant, à l'inverse, Ganz et son équipe conclue à une amélioration de la qualité de vie durant la première année de surveillance {52}.

### 1.3.4.2 Qualité de vie à long terme

Il existe actuellement dans la littérature plusieurs grandes études prospectives de la qualité de vie à long terme des patientes en rémission d'un cancer du sein {74}, {40}, {46}, {50}, {17}, {28}. Le constat général est que la qualité de vie globale des ces patientes est bonne. Ganz, dans une de ces études récentes {50}, conclue même à une excellente qualité de vie.

Quelques études se sont centrées sur la comparaison de la qualité de vie globale à long terme des patientes en rémission d'un cancer du sein avec des patientes présentant une maladie chronique ou des femmes indemnes de maladies. Les résultats diffèrent selon les études. Certaines montrent que la qualité de vie à distance du diagnostic et du traitement du cancer du sein n'est pas altérée en comparaison à la population générale ou à d'autres maladies chroniques {40}, {46}, {57}. D'autres, cependant, concluent à une moins bonne qualité de vie, aussi bien dans le domaine physique que psychologique, chez les patientes en rémission comparé à la population saine sauf pour le fonctionnement familial {4}, {17}, {89}.

De façon générale, les patients en rémission depuis longtemps tout cancer confondu, présentent une meilleure qualité de vie avec le temps {72}. Cependant, plus particulièrement dans le cancer du sein, cette durée depuis le diagnostic ne semble plus être significative sur la qualité de vie à long terme {17}.

Par ailleurs, la perception individuelle peut être modifiée par les caractéristiques personnelles. Les patientes rapportent quelques effets persistants de cette expérience. L'incertitude concernant la possibilité d'une rechute est fréquente et elle conduit à réduire la confiance en soi et augmente les inquiétudes concernant la santé (Schmale et al. (1983), cité par {72}).

Un impact positif de l'expérience du cancer peut aussi avoir lieu. Danoff et al.(1983), cité par {72} dans son étude concernant la qualité de vie de 399 patientes à distance de radiothérapie, retrouve une meilleure satisfaction dans l'ensemble que la population générale en bonne santé. Danoff suggère que le traumatisme du cancer a pu conduire les patientes à réévaluer, reconsidérer leurs valeurs.

Nous venons de voir que la qualité de vie globale à long terme est peu altérée. Regardons maintenant de façon plus précise les différents domaines évalués.

A propos de la santé physique, les études apparaissent relativement unanimes :

- la symptomatologie spécifique du bras persiste à distance. L'étude de Dorval et al. {40}, qui a évalué 124 patientes en rémission d'un cancer du sein depuis 8 ans, retrouve une différence statistiquement significative concernant l'œdème et la perte de sensation au niveau du bras entre les patientes en rémission et les femmes indemnes de cancer du sein. Les autres critères évalués (faiblesse, enraidissement, douleur, limitation de mouvement du bras) ne montrent pas de différence significative dans cette étude. La persistance de symptômes physiques est constatée aussi dans l'étude de Ganz et al. {46}, avec la douleur en première position. Casso et al. {28} conclue à un impact fort de la douleur sur la qualité de vie à long terme. La prévalence de la douleur à long terme est de 33 à 52 % selon les études {28}.

- la santé physique générale semble moins bonne comparée aux femmes saines avec une tendance à un moins bon statut fonctionnel {40}, {57}.

- en moyenne, un quart des femmes présentent une fatigue persistante en phase de rémission, même après une dizaine voire une vingtaine d'années {101}. Cette fatigue semble décroître durant les 3-4 premières années après le traitement curatif puis la durée écoulée depuis l'arrêt des soins n'a plus d'impact sur la réduction de la fatigue {101}. Une fatigabilité pouvant durer de nombreuses années après l'arrêt du traitement a été rapporté selon plusieurs auteurs non pas en relation directe avec les différents types de traitement mais due à un état dépressif chronique après le diagnostic de cancer {16}.

- selon une autre étude, les autres symptômes les plus fréquemment ressentis par au moins 50% des patientes en rémission depuis 5 ans sont, par ordre décroissant : la douleur, l'insatisfaction avec l'apparence corporelle, la raideur musculaire, les pertes de mémoire, les douleurs articulaires, les maux de tête, les bouffées de chaleur, l'irritabilité, réveils précoces, une sensibilité mammaire {46}.

Cette persistance de symptômes physiques et de détérioration du fonctionnement physique à long terme serait principalement liée au type de chirurgie (mastectomie) et à l'existence d'un traitement adjuvant {28}.

En ce qui concerne la dimension émotionnelle dans la qualité de vie, la majorité des études conclue à une santé mentale à long terme peu altérée chez les patientes en rémission. La dimension psychologique évaluée dans l'étude de Dorval et al. {40} au moyen de la version courte du PSI (Psychiatric Symptom Index) de Ilfeld (1976) n'est pas statistiquement différente entre les patientes en rémission et les femmes saines, il n'y a pas d'excès de morbidité psychologique chez les patientes en rémission selon cette étude. Toutefois, d'autres études comme celle de Casso et al. {28} ou celle de Peuckmann et al. {81} ou la revue de la littérature de Reich et al. {89} retrouvent une détérioration à long terme de la santé mentale et du bien-être.

Sur le plan cognitif, les patientes peuvent présenter des altérations et des dysfonctions neuro-psychiques plusieurs années après la fin des traitements. Il s'agit de troubles de la mémoire, difficultés de concentration, difficultés d'attention, difficultés dans la rapidité de l'expression verbale. Ces troubles, principalement dues à la chimiothérapie sont regroupés sous le terme de « *chemo brain* »{16}.

Les résultats concernant la qualité de vie sexuelle à distance du diagnostic et du traitement du cancer du sein semblent hétérogènes. Dorval et al.{40} retrouve une différence statistiquement significative concernant la satisfaction générale de la vie sexuelle entre les patientes en rémission et les femmes saines alors que les deux populations sont satisfaites de leurs relations conjugales. Ganz dans l'évaluation à 3 ans de rémission {46} retrouve un fonctionnement sexuel similaire hormis des symptômes physiques et de ménopause plus fréquents, cependant cette même population évaluée à 6,3 ans de rémission {50} a une activité sexuelle qui décline de façon statistiquement significative. Cette dimension de la qualité de vie sera développée de façon plus précise dans le chapitre concernant la sexualité dans le cancer du sein.

Pour finir, nous allons nous intéresser à la dimension sociale de la qualité de vie. Selon Bolin {17}, les patientes en rémission à long terme d'un cancer du sein ont moins de diplômes d'études supérieurs, ont moins d'enfants à la maison, et sont plus souvent divorcées en comparaison à la population générale. Dans l'étude de Schover (2004), cité par {83}, au contraire, les ruptures conjugales ne sont pas plus

fréquentes chez les patientes ayant été traité pour un cancer du sein par rapport à la population générale. Pour Dorval et al. {40}, concernant la dimension sociale, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les patientes en rémission et la population contrôle.

Par contre, la qualité de vie est significativement altérée chez les patientes avec une rechute de leur pathologie cancéreuse dans tous les domaines à l'exception de la dimension sociale {40}.

## **1.4 SEXUALITE ET CANCER DU SEIN**

Nous avons développé plus haut les différents mécanismes d'adaptation psychologique face à une maladie grave comme le cancer, à l'origine d'un grand bouleversement émotionnel, voire d'une véritable détresse émotionnelle. En effet, tout cancer fait peur, renvoie à des angoisses de mort mais les cancers gynécologiques et spécialement le cancer du sein engendrent des angoisses spécifiques. Ils confrontent les patientes à l'éventualité de la perte d'une partie de leur corps, symbole de la féminité et de la sexualité {96}. La peur de perdre une partie aussi investie du corps vient donner un sens plus dramatique à la menace vitale.

La chirurgie mammaire, étape incompressible de la prise en charge du cancer du sein, est à l'origine de mutilation modifiant le schéma corporel mais surtout l'image corporelle. Nous allons essayer de nous pencher sur les différentes répercussions que peuvent produire ces modifications corporelles et les répercussions sur la sexualité. Toutefois, initialement, nous allons définir quelques concepts avant d'approfondir ce sujet.

### **1.4.1 Image corporelle, satisfaction corporelle**

#### **1.4.1.1 Les différents concepts**

Il existe deux concepts qui définissent notre perception du corps. Cette perception n'est pas identique même si ces deux notions sont étroitement liées : le *schéma corporel*, désignant des aspects plus neurologiques et l'*image corporelle*, notion psychologique, impliquant les perceptions, représentations, affects et sentiments élaborés à partir de son propre corps {22}.

#### ***1.4.1.1.1 Le schéma corporel***

Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce quelques soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lequel il vit.

Il intègre les informations relatives à l'ensemble du corps et sert de référence à l'acte moteur adapté {117}. Dolto, dans son ouvrage de 1984 intitulé « l'image inconsciente du corps », parle de notre vécu charnel au contact du monde physique {38}. Schilder en 1935 parle de l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Il insiste sur son rôle unificateur qui intègre de nombreuses données sensorielles (tactiles, thermiques, douloureuses, visuelles, vestibulaires, musculaires et viscérales). Schilder a développé ses travaux cliniques sur le phénomène du fantôme chez les sujets amputés, qu' il les attribue à la persistance du schéma corporel antérieur du patient (la zone amputée y est encore représentée). Il retrouve l'existence de membres fantômes du bras, de la jambe mais aussi des fantômes des seins et de la verge {95}. Selon lui, le fantôme est principalement représenté par des sensations tactiles et kinesthésiques accompagnés d'images visuelles. D'autres études plus récentes confirment des phénomènes de fantômes dans les cas d'amputation du sein (Scholz, 1993).

#### ***1.4.1.1.2 L'image corporelle***

L'image du corps est la configuration globale que forme l'ensemble des représentations, perceptions, sentiments, attitudes que l'individu a élaborés vis-à-vis de son corps au cours de son existence et ceci à travers diverses expériences {22}. Schilder, en 1935, la définit comme « la façon dont le corps nous apparaît à nous même ».

L'image corporelle constitue un concept polysémique avec des nombreuses définitions, théories psychanalytiques, psychosociales, psychogénétiques... Les conceptions relatives à l'image du corps ont été approchées par différentes disciplines. Cette notion a longtemps été monopolisée par les neurologues, par les psychiatres (pour rendre compte de distorsions bizarres des sensations corporelles dans certaines psychoses) puis utilisée par les psychologues ne s'intéressant plus à

la destruction mais à la construction de l'image du corps (Wallon, 1954, Zazzo, 1948, Piaget, 1960, Koupernik et Dailly, 1968) {22}.

L'ensemble des travaux montre que la formation progressive d'une image de son propre corps s'étaye sur des acquisitions multiples, non seulement visuelles et kinesthésiques (ce dont rend plutôt compte la notion de schéma corporel), mais aussi cognitives (une telle image est représentative, puis figurative, puis opérative selon Piaget, 1937), affectives et sociales (découverte de l'autre et des frontières moi/autrui). La synthèse finale du développement de l'image du corps consiste à percevoir son corps comme unique, différent des autres et comme « sien », ce qui correspond aussi à l'appréhension de soi comme « objet » et « sujet ».

#### ***1.4.1.1.3 La satisfaction corporelle***

La satisfaction corporelle est la dimension évaluative prédominante, d'un corps perçu comme globalement aimé ou non, globalement conforme ou non à des normes idéales, et dont on tire plus ou moins de plaisir ou de souffrance. Elle est liée au rapport entre l'image du corps « perçu » par l'individu (perception subjective, perception de soi) et la forme réelle du corps (perception objective). Elle serait l'une des variables modératrices les plus importantes modulant les relations entre ces deux perceptions et rendrait compte de certains décalages entre les deux {22}.

L'étude de Secord et al. (1953) ainsi que l'étude de Berscheid et al. (1973), citées par {22}, retrouvent des relations très élevées entre satisfaction corporelle et satisfaction envers soi. La satisfaction corporelle prédit donc assez fortement la satisfaction envers soi chez les deux sexes (23 à 44 % de variance commune). Cependant, cette relation ne se fait pas exclusivement dans un sens unique. En effet, la satisfaction envers soi peut affecter les sentiments portés au corps. De même, une faible distance entre le corps « perçu » et le corps « idéal » prédit aussi une forte satisfaction envers soi.

Un autre aspect paraît aussi important à prendre en compte dans l'évaluation de la satisfaction envers soi ; il s'agit de la beauté subjective. En effet, ce qui compte apparemment est de se sentir « bien dans sa peau » plus que d'être objectivement beau. Pour l'équipe de Bruchon-Schweitzer, la beauté « objective » n'a d'effet que sur la séduction alors que les scores de la beauté « subjective » prédisent significativement non seulement la séduction, mais aussi la stabilité émotionnelle et l'ambition {22}.

Nous venons de pointer l'importance de la satisfaction corporelle sur la satisfaction envers soi. Cette relation peut être étendue à d'autres secteurs de la personnalité beaucoup plus larges. De nombreuses études (Martinelli (1975), Lerner et al. (1974), Berscheid et al. (1973), Young (1980,1981)) retrouvent des liens forts entre la satisfaction corporelle globale et divers aspects adaptatifs de la personnalité, d'ordre relationnel (la famille, la sociabilité, la richesse des relations avec l'autre sexe et l'épanouissement sexuel), d'ordre émotionnel (stabilité, la confiance en soi, le bonheur personnel) et d'ordre somatique (santé). Inversement, les sujets insatisfaits de leur corps rencontrent sur tous ces points des difficultés diverses {22}.

La satisfaction corporelle est associée négativement à l'anxiété. Ainsi, une évaluation négative de son propre corps correspond à des perturbations de la sphère affectivo-émotionnelle. Ce qui peut s'interpréter de diverses façons : un corps perçu comme indésirable est source d'inquiétude et de préoccupations marquées ; un sujet particulièrement anxieux aura une tendance générale à s'autodéprécier, ce qui a été montré par divers auteurs dont Edwards (1957), cité par {22}.

De même, il existe une corrélation entre la satisfaction corporelle et l'adaptation psychologique. Plusieurs auteurs ont montré l'association entre une bonne image de son corps et une meilleure capacité d'adaptation au cancer (Pikler et Winterowd (2003), cité par Brédart {20}, Manne et al. (1994)).

Enfin, pour finir, nous allons nous intéresser aux relations qui peuvent exister entre la satisfaction corporelle, les divers aspects de la personnalité et les expériences corporelles désagréables. Il semblerait d'après Fischer (1970) qu'il existe un rôle défensif de certaines images du corps permettant une dénégation

massive des atteintes corporelles. Nos images corporelles ne sont pas le reflet de notre réalité corporelle objective. De telles élaborations imaginaires établissent un compromis entre réalité et idéalité. Elles ont très probablement, parmi d'autres fonctions, celle d'éviter un afflux d'informations objectives peu flatteuses et donc potentiellement déstructurantes pour soi, c'est-à-dire, qu'elles constituent une fonction de filtre protecteur {22}. En effet, l'existence d'une évaluation irréaliste de ses propres dimensions et proportions, l'existence d'une difficulté à estimer exactement son propre attrait, la résistance à reconnaître des représentations objectives de son corps dès qu'il est légèrement déformé témoignent de notre étrange ignorance quand à ce corps-objet, toujours perçu de manière irréaliste.

Contrairement aux sujets présentant une disgrâce visible et durable, suscitant chez autrui des attitudes stéréotypées et des traitements injustes et discriminatoires, réactions dévalorisantes pour le « stigmatisé » (Mansonneuve et al, 1981), les individus dont le corps a été brutalement atteint (accidents, maladies,...) ne présentent pas toujours « d'effondrement des images du corps » au prix d'un maintien d'images corporelles intègres fragiles, surtout lorsqu'elles sont très irréalistes. Leur fonction défensive n'est pas totalement efficace car même si elles permettent une dénégation des atteintes corporelles, une anxiété latente est souvent présente (mais non reconnue) chez ses sujets. Des troubles émotionnels importants peuvent toutefois apparaître lorsque la réalité devient trop difficile à nier {22}.

Ainsi, les événements qui affectent notre corps ne sont pas intégrés tels quels. Ils paraissent déformés et filtrés par nos images du corps qui semblent jouer un « rôle tampon » entre les expériences corporelles que nous subissons et l'estime de soi dont elles paraissent assurer la protection ou le maintien, et parfois même l'expansion {22}.

#### **1.4.1.2 L'Image corporelle dans le cancer du sein**

Comme nous en avons déjà parlé dans l'introduction de ce chapitre, le cancer du sein, par rapport à d'autres types de cancer, a la particularité de toucher une partie du corps à haute signification symbolique. En effet, le sein est le symbole de la féminité et de la maternité. Dans nos sociétés contemporaines, l'image de la mère

s'est effacée au profit de celle de la femme et le sein reflète des préoccupations plus narcissiques. Le sein, pour beaucoup de femmes intervient fortement dans l'élaboration de la vie relationnelle. Son rôle dans la sexualité lui confère une importance supplémentaire {117}. Il est cependant un symbole de fécondité, d'allaitement, une image du réconfort maternel.

La maladie elle-même ainsi que les mutilations liées au traitement bouleversent les repères et le rapport au corps. Ces changements corporels posent la question de la pérennité de la perception de son image {8}. En effet, par la rapidité et la violence morbide du changement corporel, il y a une véritable rupture de l'identité, une rupture du lien avec soi-même et avec son propre corps, pouvant être à l'origine d'un sentiment d'étrangeté {29}.

#### *1.4.1.2.1 Quelques données épidémiologiques*

Les affections cancéreuses du sein nécessitant une mutilation entraînent d'importants problèmes psychologiques qui peuvent persister pendant des années (Hopwood et al, 1988, cité par {86}). Ainsi, presque la moitié des patientes à 2-3 ans de rémission d'un cancer du sein continuent à avoir des difficultés avec leur image corporelle, 49 % ne se sentent plus désirables {51}.

Par ailleurs, 18 % des femmes mastectomisées rapportent ne pas être satisfaites des séquelles cicatricielles et 24 % des prothèses qui leur sont proposées. Il faut cependant noter que 12 % des patientes interrogées dans cette étude avaient développé un lymphoedème (Maguire et al, 1983, cité par {86}).

Une étude évaluant les symptômes les plus fréquemment ressentis à 5 ans de rémission d'un cancer du sein retrouve en deuxième position l'insatisfaction avec l'apparence corporelle {46}.

Les patientes après un traitement chirurgical de leur cancer du sein présentent fréquemment des comportements d'évitement tels que ne plus se regarder dans un miroir et se déshabiller dans le noir. Ainsi, 9 % des patientes rapportent éviter totalement de regarder leur cicatrice et 16 % tenter de le faire. Elles rapportent se sentir réduites sur le plan des choix vestimentaires et ne plus pouvoir regarder de

façon neutre les images attractives des magazines ou leurs amies qu'elles peuvent quelques fois jalouser {86}.

Le camouflage, l'isolement social volontaire peuvent prendre quelques fois des formes extrêmes dénommées « complexe de Quasimodo » (Harris, 1982).

D'une manière plus générale, les patientes jeunes n'ayant pas encore établi de liens affectifs et sexuel stable se sentent diminuées et évitent des rencontres et des situations qui pourraient les confronter à leur image. Ces rencontres, si elles surviennent, sont associées à des difficultés diverses (honte, choix du partenaire stigmatisé, difficultés d'établissement de relations intimes, utilisations de désinhibants...) {86}. Cette donnée est confirmée par l'étude de Kenny et al., 2000, cité par {117}. L'étude a montré que les jeunes femmes sont plus affectées par l'ablation de leur sein car elles accordent une grande importance à leurs seins pour leur sexualité et leur féminité.

Selon Sorentino et al. (1988), les femmes plus âgées investiraient plus leur « moi intérieur » que « l'image de leur corps » {117}.

#### ***1.4.1.2.2 Troubles de l'image corporelle***

La maladie elle-même ainsi que les modifications corporelles brutales et violentes liées au traitement peuvent être à l'origine de troubles de l'image corporelle, d'un sentiment d'étrangeté, voire d'un sentiment de dépersonnalisation et de déréalisation.

Tout d'abord, rappelons que la survenue du cancer constitue un véritable séisme psychique, une véritable rupture psychique, accompagnées d'un questionnement sur la mort. Cependant, de nombreux auteurs ont souligné l'impossible représentation de la mort dans notre inconscient. L'écart est alors grand entre la représentation du corps malade, authentifié par la médecine et la représentation de soi. On peut entendre des malades exprimer un sentiment d'étrangeté ; « je ne me reconnais plus », « on dirait que j'ai vieilli de 20 ans »... La maladie modifie l'espace et le temps, altérant ainsi le rapport au monde et le rapport du malade à lui-même {29}. Le sujet peut ressentir une impression de non-

reconnaissance du corps et du psychisme l'amenant à être observateur de lui-même, à l'origine d'un sentiment de dépersonnalisation {63}.

L'image corporelle, fondement de l'identité, est mise à l'épreuve en cas de cancer. Les changements corporels posent la question de la pérennité de la perception de son image {8}. En effet, les mutilations liées aux interventions chirurgicales, les transformations corporelles, comme l'alopecie, dues aux différents traitements cancéreux, sont à l'origine de modifications de l'image corporelle, voire de troubles de l'image du corps. Il s'agit de troubles de l'image du corps bien différents des troubles présents dans la dysmorphophobie qui est révélatrice d'une pathologie psychiatrique et non d'une anomalie du corps. L'étude de l'image du corps en cancérologie porte par conséquent davantage sur le vécu subjectif des différents aspects liés à l'image corporelle en relation avec la maladie et les traitements que sur l'aspect perceptuel {20}.

Actuellement, il n'existe pas de consensus en ce qui concerne la définition des troubles de l'image du corps {60}. Cependant, White, cité par {20}, propose une définition: il s'agirait de « l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu ; cette différence, en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels, a des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel ».

Nous avons déjà évoqué le rôle défensif de certaines images du corps, ne reflétant pas notre réalité corporelle objective, permettant ainsi une dénégation massive des atteintes corporelles. Ces élaborations constituent une fonction de filtre protecteur. Par exemple, dans les situations de vieillissement, de grossesse, les variations de l'état psychique sont lentement assimilées. On ne se voit pas vieillir et, surtout, on conserve longtemps en mémoire une image de soi plus favorable {8}. Cette évaluation irréaliste est permise par le filtre de l'image corporelle.

Dans le cas de changements corporels rapides, non encore intégrés par le psychisme, comme l'est la mutilation liée à la chirurgie mammaire, le sujet peut éprouver un sentiment de dissociation lors de la confrontation avec le corps réel car la vision du corps n'est pas encore protégée par le « filtre » de l'image du corps {8}.

Initialement, il peut exister un déni des modifications corporelles, un déni du corps alors que par la suite, les patients vont parler facilement de leur relation perturbée à leur corps {63}.

#### ***1.4.1.2.3 Répercussions des troubles de l'image corporelle***

Les troubles de l'image du corps dues aux traitements du cancer du sein touchent de nombreux domaines.

Tout d'abord, ils induisent une diminution de la satisfaction corporelle (Bloom et al., 1987 ; Rowland et Holland, 1989, cité par Cousson-Gélie, 1997 ; Erlich, 1990), cité par {117}. Ce corps perçu comme indésirable est source d'inquiétude et de préoccupations marquées {22}. De plus, chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, l'impact de l'image du corps joue un rôle dans l'ajustement émotionnel (Manne et al., 1994, cité dans {117}, ainsi que sur l'altération de la qualité de vie en cas d'image corporelle dévalorisée {97}. L'une des stratégies d'ajustement, l'attribution causale interne, est associée négativement avec la satisfaction corporelle {31}, {119}.

Cette baisse de la satisfaction corporelle est aussi associée à une baisse de l'estime de soi, entraînant des répercussions sur la vie sociale et familiale. De plus, chez ces patientes blessées dans leur identité de femmes, le cancer va remettre en jeu la sexualité et par la même l'équilibre du couple. L'image corporelle a été identifiée comme l'un des facteurs prédictifs principaux de l'intérêt et de la satisfaction sexuelle {53}.

Nous allons développer ces répercussions sur la sexualité dans le paragraphe suivant ainsi que l'impact des différents types de chirurgie mammaire dans le chapitre consacré aux facteurs prédictifs de la qualité de vie sexuelle.

## **1.4.2 La sexualité dans le cancer du sein**

La sexualité est un domaine qui appartient à la santé. En effet, la définition OMS 2000 de la santé a confirmé la notion de « santé sexuelle » et celle de « droit sexuel de chacun devant être reconnu et maintenu » {56}. Il s'agit d'une sphère de la santé dont l'équipe médicale doit se préoccuper au même titre que les autres troubles. D'ailleurs, les recommandations de l'ANAES {88} conseillent une recherche systématique de difficultés sexuelles chez ces patientes {88}. De plus, le Plan Cancer, grâce aux soins de support peut être d'une grande aide dans ce domaine, souvent peu examiné, évalué, peut être par pudeur, peut être par manque de compétences. Pourtant, la sexualité est importante dans la restauration de la qualité de vie {99}.

Cependant, nous pouvons aisément concevoir que le cancer du sein, touchant un organe symbole de la féminité, altère le fonctionnement sexuel des patientes. La chirurgie mammaire, comme nous venons de le voir, modifie l'image corporelle et par la même le rapport au corps désirable. De plus, d'autres traitements comme la chimiothérapie et l'hormonothérapie perturbent aussi l'intimité de la patiente et ses fonctions sexuelles. La maladie, par la remise en jeu de la sexualité, a aussi un impact sur la relation conjugale, l'équilibre du couple.

### **1.4.2.1 Données épidémiologiques**

La littérature retrouve une fréquence élevée des troubles sexuels chez les patientes présentant un cancer du sein aussi bien à court qu'à long terme.

33% à 50% des femmes actives rapportent des troubles sexuels ou un évitement de leurs relations sexuelles après le traitement chirurgical, et ce comparé à 8 % d'une groupe de femmes traitées pour une affection bénigne du sein (Maguire et al, 1978, Morris et al, 1977, cités par {86}), {46}.

L'analyse bibliographique réalisée par l'équipe de l'ANAES {88} conclue que les patientes ayant été traitées pour cette pathologie présentent significativement plus de troubles sexuels à 6 mois – 1 an que les populations témoins.

La prévalence des problèmes sexuels tend à diminuer durant la première année après la chirurgie. Cependant, après la fin de la première année, un taux résiduel de ces troubles persiste {88}.

L'étude de Barni et Mondin {10}, évaluant la sexualité avant et au moins 12 mois après le traitement chirurgical, retrouve que 90% des patientes continuent à être actives sexuellement après le traitement mais il y a une augmentation de problèmes sexuels à l'origine d'une altération de la qualité de vie sexuelle avec 64% d'absence de désir, 38% de dyspareunie, 42% de problèmes de lubrification, 30% d'anorgasmie. 36% des patientes avaient des difficultés sexuelles antérieures qui se sont majorées pour 27% d'entre elles tandis que chez 49% des patientes, des problèmes sexuels apparaissent principalement après la chimiothérapie (26%) ou la chirurgie (12%).

Egalement selon Ganz et al. {51}, 60,5 % des femmes à 2-3 ans de rémission signalent des difficultés de lubrification vaginale, 53,5 % déclarent éprouver des difficultés à atteindre l'orgasme.

De même à long terme, les patientes évaluées à 5-10 ans de rémission présentent une dégradation légère de la sexualité {28}.

#### **1.4.2.2 Les retentissements physiques du traitement carcinologique**

La chirurgie mammaire va interférer pour beaucoup de femmes avec le plaisir des caresses mammaires. Certaines femmes se plaignent de douleurs au niveau de la poitrine, de la cicatrice et de l'épaule après l'intervention et ne souhaitent pas que ces zones soient touchées ou caressées par leur partenaire. De plus, les sensations physiques de plaisir liées au sein ne sont plus les mêmes après une mastectomie et une reconstruction {98}.

La chimiothérapie peut être responsable d'une réduction du fonctionnement des ovaires de façon temporaire, voir une suppression ovarienne définitive induisant ainsi des symptômes de la ménopause, souvent plus intenses que ceux de la ménopause physiologique. Certaines chimiothérapies irritent toutes les muqueuses du corps et peuvent donc provoquer des mucites, voire des mycoses à l'origine de

dyspareunies. De façon générale, la libido est modifiée durant toute la chimiothérapie et quelques temps après en raison des différents effets secondaires (nausées, vomissements, mucite...) {98}. Le désir réapparaît généralement avec la disparition des effets secondaires.

La radiothérapie n'affecte pas particulièrement le fonctionnement sexuel des patientes traitées pour cancer du sein, tout au plus elle peut être responsable d'une fatigue {43}.

L'hormonothérapie, comme le Tamoxifène par exemple, peut induire des pertes vaginales et tout comme la chimiothérapie, un déficit en oestrogènes responsable de sécheresse de la muqueuse vaginale {86}.

### **1.4.2.3 Les répercussions psychiques du traitement carcinologique**

Différents traitements sont responsables de modification de l'image corporelle pouvant s'accompagner d'une altération de *l'image du « soi sexuel »*. Il s'agit d'un concept, défini par Andersen en 1996, reflétant la perception que la femme a d'elle-même en tant que personne sexuée et l'image qu'elle a de sa sexualité {86}. Aussi bien la chirurgie mammaire par la mutilation d'un organe véhiculant une forte charge symbolique que la chimiothérapie par l'alopecie qu'elle peut induire, altèrent l'image de soi en tant que personne désirable, le sentiment de féminité et de séduction, et par la même, l'estime de soi à l'origine de modification de la relation avec le conjoint {20}, {99}. Nous comprenons donc bien que les pertes réelles et/ou symboliques, de plus, couplées à l'angoisse de mort réactivée par le cancer ne créent pas un climat propice à l'épanouissement sexuel {99}.

De plus, lorsque la dépression est installée, il est aisé de concevoir son impact sur la sexualité chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. Il ne faut pas cependant négliger que le traitement médicamenteux de la dépression lui-même peut être responsable de dysfonctionnements sexuels {80}.

La maladie cancéreuse, de part le fait d'avoir un impact sur la sexualité des patientes, remet en jeu aussi la sexualité et l'équilibre du couple. Dans nos sociétés occidentales, la sexualité au sein d'un couple devient de plus en plus le baromètre de la survie de ce dernier {59} et le fonctionnement sexuel des couples dans les

suites du traitement chirurgical est, comme on peut s'y attendre, très variable, allant d'une diminution de la fréquence et de la satisfaction des rapports sexuels comparés à ceux qui précèdent l'intervention chez 23 % des femmes, à une amélioration de ceux-ci chez 3 % des patientes interrogées (Jamison et al., 1978 ; Wellish et al., 1978, cités par {86}). Un changement s'opère dans le mode de relation entre la patiente et son conjoint, rapporté dans environ la moitié de cas par Barnie et Mondin {10}. Lieber et al. (1976), citée par {86}, montrent un accroissement du désir de proximité physique (proximité recherchée, baisers, marche main dans la main) exprimée par 50% des malades cancéreux parallèlement à une diminution du désir sexuel chez près de 90% d'entre eux. Toutefois, le sens de ce changement et ses répercussions ne peuvent s'interpréter que dans une perspective individuelle {86}.

Concernant l'aspect relationnel, une autre étude, celle de Berglund et al. {12} apporte des éléments de réflexion intéressants : les patientes sous hormonothérapie adjuvante sont plus nombreuses à constater une augmentation de complicité ou d'intimité dans leur couple. Selon l'auteur, il est possible que l'hormonothérapie, prise de façon quotidienne, constitue un rappel incessant de la maladie. Etre sous traitement entraînerait une plus grande conscience du risque de rechute que l'absence de traitement. Par cette majoration du risque perçu, la patiente recherche plus de soutien et donc se rapproche de son conjoint. De même, le conjoint percevant sa femme toujours sous traitement aura tendance à plus soutenir son épouse. On peut faire un parallèle entre cette hypothèse et certains aspects de la psychopathologie de la rémission chez les patientes qui ont du mal à quitter leur statut de malade avec les bénéfices que cela comporte, développé précédemment.

## **2 FACTEURS PREDICTIFS DE LA DETRESSE EMOTIONNELLE DANS LE CANCER DU SEIN**

### ***2.1 Facteurs liés au traitement***

#### **2.1.1 La chirurgie mammaire**

La globalité des études retrouvent une absence de différence significative ou une influence non significative entre les différents types de chirurgie sur la détresse psychologique aussi bien à court et moyen terme {97}, {52}, {104}, {71}, qu'à long terme {39}.

Selon l'étude de Nissen et al., {78}, une évaluation de la vie psychique à court et à moyen terme, après ajustement selon l'âge et la taille de la tumeur, ne montre pas de différence statistiquement significative concernant la sensation d'incertitude sur l'avenir et les troubles de l'humeur entre les patientes ayant reçu un traitement conservateur, les patientes avec mastectomie seule et les patientes avec mastectomie et reconstruction immédiate.

Toutefois, dans une analyse plus fine, apparaissent des résultats à première vue surprenants :

- les troubles de l'humeur sont plus fréquents chez les femmes ayant eu une reconstruction du sein ou un traitement conservateur par rapport à celles qui n'ont eu qu'une mastectomie
- les patientes avec reconstruction mammaire ont des plus mauvais scores pour l'anxiété, les sensations de tension, l'activité, le dynamisme, la fatigue et l'inertie et l'agressivité que les patientes ayant eu une mastectomie.

Bien que l'ensemble des troubles a tendance à diminuer avec les années après le traitement du cancer, il faut souligner que les scores chez les femmes

reconstruites restent moins bons dans le temps par rapport au groupe mastectomie seule.

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, la différence significative à l'évaluation de 12 mois, qui avait donné un score défavorable au groupe traitement conservateur par rapport au groupe mastectomie s'annule à celle de 24 mois.

De nombreuses autres études ont analysé aussi l'impact psychologique de la mastectomie et du traitement conservateur.

A court terme, un effet bénéfique du traitement conservateur par rapport à la mastectomie associée ou non à la reconstruction mammaire a été mis en évidence sur l'image corporelle et la perception des patientes d'être attirante sexuellement {96}, {94}. Mais les résultats à long terme ne montrent pas de différence en ce qui concerne l'ajustement psychologique et les troubles de l'humeur entre les deux traitements {97}, {52}, {104}, {39}.

Les premières années, la crainte de rechute locale est plus importante après traitement conservateur, générant plus d'angoisse qu'après une mastectomie. Cette crainte disparaît avec le temps {71}, {78}, (Aaronson et al., 1994, cité par {16}).

L'étude de Dorval et al. {39} retrouve une donnée intéressante ; l'influence de l'âge sur l'aspect bénéfique ou non du traitement conservateur. En effet, selon l'étude, la tumorectomie chez les patientes âgées de moins de 50 ans constitue un facteur protecteur de la détresse psychologique à long terme alors que la tumorectomie chez les patientes âgées de plus de 50 ans, elle constitue un facteur de vulnérabilité psychologique à long terme.

Les résultats concernant la reconstruction mammaire peuvent apparaître un peu surprenant étant donné que son objectif est de réduire les troubles de l'image corporelle et ainsi diminuer le risque de détresse psychologique liée à la mutilation.

Chez les patientes souvent très soucieuses de leur apparence physique et exigeantes sur les résultats esthétiques, la reconstruction mammaire semblerait provoquer plus de déception avec un résultat cosmétique ne rejoignant pas une image corporelle idéale (Kornblith et Ligibel, 2003, cités par {83}).

De plus, le vécu de la patiente n'est pas le même s'il s'agit d'une reconstruction immédiate après mastectomie ou d'une reconstruction différée. En effet, les résultats psychologiques concernant la reconstruction sont très controversés, le sein reconstruit ne peut pas remplacer le sein enlevé. Au début, ce n'est qu'un volume insensible sans mamelon, avec de longues cicatrices, dans 70 % des cas asymétrique par rapport à l'autre sein. Dans 30 % des cas, une sensation de corps étranger froid est vécu par la femme après reconstruction par prothèse rétro-pectorale (Rowland et al., 2000 ; Malata et al., 2000, cités par {16}).

La reconstruction immédiate risque d'apparaître comme un « paquet cadeau » pour faire accepter la mutilation à une femme envahie par l'angoisse du diagnostic de cancer dont elle veut se débarrasser le plus vite possible. Souvent en état de choc, elle ne peut pas se concentrer sur les explications données par le chirurgien qu'elle n'assimile pas, ce qui peut expliquer les échecs psychologiques à long terme de certaines de ces reconstructions.

A l'opposé, la reconstruction secondaire est vécue dans un contexte psychologique différent, semblant plus positif ; c'est la patiente qui fait la démarche vers la reconstruction, après avoir fait le deuil de son sein. à l'inverse de la reconstruction immédiate, plus de 80 % des femmes ayant subi une reconstruction secondaire, sont heureuses du résultats avec une bonne intégration dans le schéma corporel (Bricout, 2000,2001 ; Kroll et al., 1991, cité par {16}).

Toutefois, ces résultats ne sont pas unanimes. L'étude de Stevens et al., 1984 cité par Schover {96}, retrouve une perte de désir sexuel chez les patientes traitées par mastectomie avec reconstruction différée comparé au patientes mastectomie et reconstruction immédiate.

L'importance du choix de la patiente dans le type de chirurgie a aussi été soulignée dans l'étude de Dorval et al. {39}, la mastectomie pouvant être considérée comme un traitement appropriée si elle a été décidée par la patiente.

## 2.1.2 Chimiothérapie adjuvante

Les études s'accordent sur l'identification de la chimiothérapie comme un facteur prédictif important de la détresse émotionnelle chez les patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique {97}.

Selon l'étude de Manzanera et al. {68}, à l'inverse des troubles anxieux qui ne varient pas quel que soit le type de traitement adjuvant, les troubles de l'humeur sont nettement plus fréquents lorsqu'il existe un traitement chimiothérapique : 19,4 % des patients suivis en radiothérapie présentent des troubles de l'humeur contre 55,6 % pour le groupe chimiothérapie suivie ou non de radiothérapie, avec une différence significative ( $p = 0,01$ ).

Un critère plus spécifique concernant la chimiothérapie a été identifié par l'équipe de Van Dam et al. {115} : les doses fortes de chimiothérapie. En effet, selon cette étude, un niveau de dépression plus élevée chez les femmes atteintes d'un cancer du sein (stade I) recevant une chimiothérapie à fortes doses différait de façon statistiquement significative du niveau observé dans le groupe des femmes traitées par dose standard et celui observé dans le groupe des femmes témoins.

Une étude plus générale sur la pathologie cancéreuse s'est intéressée aux facteurs contribuant à la détresse émotionnelle durant la chimiothérapie (Nerenz et al., 1982, cité par {72}). Il a été constaté que la détresse psychologique est significativement corrélée au nombre d'effets secondaires de la chimiothérapie et non à la durée ou sévérité des effets secondaires de celle-ci. Elle était également plus importante chez les patients avec des nausées conditionnées {72}

Les femmes qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante dans le traitement du cancer du sein sont aussi à risque plus élevé de syndrome de stress post traumatique {4}.

### **2.1.3 Hormonothérapie adjuvante**

Le tamoxifène favoriserait l'apparition de syndromes dépressifs dans le cancer du sein non métastatique à moyen terme (environ 1 an à la fin des traitements initiaux) {88}, {33}.

### **2.1.4 Les récepteurs hormonaux**

Concernant l'éventuel rapport entre l'adaptation psychologique et les récepteurs hormonaux, les résultats s'opposent selon les études : Razavi et son équipe {87} retrouve une corrélation positive entre l'existence de récepteurs positifs à l'œstrogène et l'ajustement psychologique, cependant ce résultat n'est pas confirmé par l'étude de Rosenqvist et al. {93} ni par l'étude de Tjemsland et al. {109}.

### **2.1.5 Réaction émotionnelle à l'arrêt du traitement**

Ward et al.{118} ont évalué 38 femmes atteintes de cancer du sein, au début de leur chimiothérapie, dans la semaine qui ont suivi l'arrêt de la chimiothérapie, puis à la fin de la radiothérapie. Bien que les scores baissent régulièrement d'une évaluation à l'autre, 30 % des femmes ont mentionné que l'arrêt des traitements était dérangeant. Ces femmes étaient plus déprimées que les autres et considéraient leur maladie comme chronique.

La fin de la chimiothérapie et la fin de radiothérapie ont été identifiées comme moyennement à extrêmement stressantes pour respectivement 48 % et 27% des patientes (Green et al., 1998, cité par {48}). En premier, les femmes ont rapporté une peur de récurrence. En second, les patientes font part d'un manque de préparation, d'information sur les effets secondaires des thérapies.

Le même constat a été retrouvé lors de l'arrêt du tamoxifène à 5 ans de rémission {16}.

Cette réaction à l'arrêt du traitement peut donc constituer un facteur prédictif de dépression et de détresse émotionnelle durant le traitement.

### **2.1.6 Existence d'une symptomatologie physique séquellaire**

L'existence d'une symptomatologie physique séquellaire, surtout l'apparition de douleurs résiduelles est un facteur de risque d'une importante détresse psychologique (Passik et al., 1995, cité par {83}).

Glover et al.(1995), cité par {88}, chez 369 patientes ambulatoires atteints de cancer en cours de traitement, en utilisant l'échelle POMS (Profile of Moods Scale) de Cella (1987), ont montré que les patients douloureux ont des scores significativement plus élevés à pratiquement toutes les sous-échelles de la POMS que les patients sans douleur, y compris à la sous-échelle de la dépression.

La douleur comme facteur influençant la prévalence de la dépression est confirmée par l'étude de Lee et al.,1992, cité par {88}. Leur étude a porté sur une cohorte de 197 femmes atteintes de cancer du sein et suivies sur 1 an. L'évaluation de la dépression a été réalisée à l'aide de l'échelle PSE (Present State Examination) de Wing et al.(1974). A 1 an, il existe de façon significative plus de dépression chez les femmes se plaignant des douleurs que celles ne s'en plaignant pas.

De même, à la phase de rémission, la présence de douleur chronique intramammaire a été identifiée comme un facteur de risque de souffrance psychique à long terme. En effet, cet état douloureux peut entraîner des syndromes dépressifs tardifs, car il est ressenti par les femmes comme un échec des traitements alors qu'elles pensaient avoir un sein normal. Il rappelle le cancer dans la vie courante (ceinture de sécurité, difficultés à dormir à plat ventre, douleurs au toucher...) (Ganz et al., 1992, cité par {16}).

De plus, les douleurs dans le sein conservé ont un impact significativement plus important que les troubles fonctionnels comme la diminution de la mobilité du bras, la diminution de la force musculaire, les arthropathies de l'épaule. Elles sont présentes chez 18 % des femmes traitées (Stanton et a l., 2001, cité par {16}).

## **2.2 Facteurs liés au temps**

L'ANAES a réalisé une synthèse de 16 études sur l'évolution de la détresse psychologique en fonction du délai depuis la fin du traitement :

- entre 3 mois et 1 an, 8 études ne montrent pas de différence significative tandis que 6 études montrent une diminution significative de la détresse psychologique des femmes
- entre 1 an et 2 ou 3 ans, 6 études ne montrent pas de différence significative et 1 seule montre une diminution de la détresse psychologique.

La prévalence de la détresse psychologique, de la dépression et de l'anxiété tend donc à diminuer durant la première année après le traitement avec un taux résiduel de ces troubles qui persiste {88}.

## **2.3 Facteurs liés à l'adaptation psychologique**

### **2.3.1 Les styles de coping**

Il existe actuellement de nombreux travaux qui se sont intéressés à l'efficacité des différents types de stratégies dans l'adaptation psychologique à la maladie, et tout particulièrement à la maladie cancéreuse, afin d'identifier celles qui protègent ou au contraire sont à risque de détresse émotionnelle.

De façon générale, les stratégies cognitives seraient davantage adoptées dans le cas où l'événement est incontrôlable (maladie grave), tandis que les stratégies comportementales le seraient dans le cas où un effort peut amener un changement de la situation (situation de perte d'emploi par exemple) (Pearlin et Schooler (1978), cité par {23}).

Les stratégies centrées sur les conséquences émotionnelles de la maladie cancéreuse comme l'impuissance-désespoir, les préoccupations émotionnelles ou anxieuses, l'agressivité-colère, la tendance à la projection semblent être des

processus mal appropriés, accompagnés d'un haut niveau de détresse psychologique, à l'opposé des stratégies telles que un esprit combatif, le déni, l'évitement, la distraction, la répression émotionnelle, l'isolation, qui protégeraient plus efficacement le sujet de l'anxiété {62}, {67}, (Revidi, 1986, cité par {23} ).

Cependant, l'évitement est une stratégie dont l'efficacité est contradictoire. Manuel et al. {67} retrouve que l'évitement initial chez les patients présentant une maladie cancéreuse est associée à une détresse psychologique moindre 4 à 6 semaines après le diagnostic. A l'opposé, cette stratégie est identifiée par McCaul et al. {73} dans une étude sur une population uniquement de patientes présentant un cancer du sein comme le facteur prédictif le plus significatif de détresse émotionnelle et par extension de la qualité de vie durant le période de traitement et à court terme. Dunkel-Schetter et al. {42} retrouve une corrélation positive entre l'évitement et la détresse psychologique chez les patients présentant un cancer quelque soit la durée depuis le diagnostic.

De même, le déni apparaît comme une stratégie de coping ambiguë dans le cancer. Il s'agit d'une stratégie souvent nécessaire, voir pouvant avoir des conséquences positives à des phases de la maladie où il n'existe aucune autre alternative. Le déni des pires conséquences du handicap ou des risques de mourir avant une opération aide le patient à mieux affronter sa condition. Cependant, le déni peut devenir contreproductif, comme par exemple pendant la période d'aggravation de la maladie ou de rémission. Dans ce cas, un tel coping peut augmenter ou ne pas réduire les comportements à risque du patient {54}.

Globalement, les stratégies actives centrées sur le problème sont accompagnées d'un meilleur pronostic psychologique {23}, (Osowiecki, 1999, cité par {31}). Dans les situations de cancer (tout site pour certaines études : revue de Heim, 1991, cité par {88}, {26}, {42} et spécifiquement dans le cancer du sein pour d'autres publications : {62}, {41}, {31}) différentes stratégies actives ont été identifiées comme plutôt efficaces : un esprit combatif, une réponse de confrontation au diagnostic, une position d'attaque, un contrôle perçu élevé, une analyse de problème, un coping basé sur le support social.

De même, la croyance religieuse, encore peu étudiée en France, semble être associée à un meilleur ajustement psychologique. Les études menées avec des patients cancéreux ont montré l'importance de l'engagement religieux qui agirait comme une stratégie de coping permettant de faire face à la maladie et aux traitements {31}. Une récente étude française étudiant différentes stratégies de coping au moment du diagnostic et à deux ans chez des patientes atteintes d'un cancer du sein, celle de Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer et al. 2005, confirme cette corrélation négative entre le contrôle religieux et le stress perçu {31}. L'engagement spirituel ou religieux est également associé à l'optimisme chez les patientes atteintes d'un cancer du sein (Sherman et al. 2001, cité par {31}).

Le coping palliatif consiste à rechercher par des efforts personnels à alléger l'inconfort d'une situation, à rechercher la tranquillité. Ce type de stratégie a été moins étudié. Les études retrouvent des résultats contradictoires bien qu'il semble que le coping palliatif ait des effets dysfonctionnants aussi bien à la phase aiguë que durant la période de rémission: le coping palliatif est positivement associé à la souffrance psychique {62}. L'étude de Thompson et al. {108} s'intéressant au modèle transactionnel de l'ajustement psychologique dans la maladie chronique conclue aux mêmes résultats.

Un contrôle perçu élevé concernant l'évolution de la maladie est associé à un esprit combatif {119}. De même, les patients qui estiment que leur propre comportement, celui de leur médecin et de leur entourage peuvent influencer l'évolution de la maladie ont recourt à des stratégies de coping centré sur le problème et sur l'émotion. Ces patients, ayant un contrôle perçu fort, présentent moins de douleurs, moins de détresse émotionnelle, et moins de troubles anxiodépressifs que celles qui ont un faible contrôle perçu (Pruyn, 1988 ; Taylor 1984 ; Thompson, 1993 ; Osowiecki, 1999, cités par {31}, Fowers, 1994 ; Wallston et al., 1987, cités par {24}).

Mais si le stresser est grave et durable, alors ce sont les sujets à fort contrôle perçu qui présenteront les réactions dépressives les plus marquées (Calnan, 1989 ; Fowers, 1994, cités par {24}). Face à un contexte aversif incontrôlable (comme par

exemple une maladie inguérissable), le contrôle perçu apparaît comme plus dysfonctionnel que l'absence de contrôle.

L'ensemble des résultats résumé par Bruchon-Schweitzer dans son ouvrage « La psychologie de la santé » {24} dégage une certaine cohérence : un contrôle perçu (spécifique au cancer) pourrait jouer un rôle fonctionnel en facilitant l'ajustement émotionnel et comportemental des patients, mais seulement en début de la maladie. Il ne semble pas protéger les patients à moyen terme. Une hypothèse peut être faite : il est possible que l'adhésion thérapeutique et les efforts répétés des patients à fort contrôle perçu n'induisent pas d'amélioration tangible de leur état. Ceci rejoint donc le caractère dysfonctionnant du fort contrôle perçu interne dans les situations incontrôlables.

Dans ce sens, l'étude de Jadoulle et al. met en évidence que les patientes en rémission depuis 5 ans perçoivent le monde moins contrôlable en comparaison à une population de femmes indemnes de maladies {113}.

Une autre stratégie d'ajustement a un rôle important sur le niveau de détresse émotionnelle : l'attribution causale. Il s'agit d'un processus consistant à rechercher des causes pouvant expliquer la survenue des événements (Heider, 1958, cité par {31}). L'attribution causale interne s'avère associée positivement à l'anxiété-trait, à l'anxiété-état, aux préoccupations anxieuses et négativement à la satisfaction corporelle {31}, {119}. Les patientes qui se croient responsables de leur maladie sont plus anxieuses et sont plus insatisfaites de leur corps. L'attribution causale interne est également associée à une anxiété-état élevée au moment du premier traitement, ainsi qu'à moyen terme, c'est-à-dire que l'attribution causale interne prédit l'anxiété-état à moyen terme {31}, {119}, (Taylor, 1984 ; Pruyn, 1988, cités par {31}).

Ces résultats paraissent par conséquent cohérents avec le modèle de l'impuissance apprise de Seligman, 1975, cité par {31} selon lequel la croyance dans le fait que les événements négatifs dépendant de soi engendrent la passivité, la dépression et l'anxiété.

De même, un caractère optimiste faible est prédictif de symptômes d'anxiété ou de dépression chez les patientes atteintes d'un cancer du sein {44}.

Une étude récente, celle de Jadouille et al., mérite d'être détaillée de part la distinction des styles de coping dans les phases aigue et chronique du cancer du sein {62}. En effet, elle s'est penchée sur la comparaison des processus de coping dans la période aigue T1 du traitement et à moyen terme T2 (6 mois plus tard), ainsi que sur leur efficacité dans l'adaptation psychologique durant chacune de ces périodes. De plus, l'échelle utilisée dans l'évaluation des stratégies de coping était adaptée spécifiquement aux problèmes de santé. Il s'agissait l'auto-questionnaire CHIP (Coping with Health Injuries ans Problems) de Endler et al. (1998) qui évaluait 4 stratégies de coping : la distraction (forme de l'évitement), le coping palliatif, le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion. Les résultats montrent que la moyenne de l'utilisation du coping palliatif et de la distraction ne change pas entre les deux évaluation alors que la moyenne de l'utilisation du coping centré sur le problème et du coping centré sur l'émotion décroît avec le temps.

-à T1, une corrélation positive est retrouvée entre les préoccupations émotionnelles et la souffrance psychique (l'anxiété ou la dépression) et à l'inverse, une corrélation négative entre la distraction et la dépression.

-à T2, les mêmes corrélations sont constatées ainsi que l'association positive entre le coping palliatif et la dépression.

-si on s'intéresse à la relation entre les stratégies de coping à T1 et l'état émotionnel à T2, on retrouve une corrélation positive entre les préoccupations émotionnelles à T1 et l'anxiété à T2, une corrélation négative entre la distraction à T1 et la dépression à T2, une corrélation positive entre les stratégies palliatives à T1 et l'anxiété. Le coping centré sur le problème n'a pas d'effet particulier sur l'adaptation dans cette étude. Sa diminution avec le temps peut s'expliquer par la moindre nécessité de rechercher les informations dans un contexte chronique. De même que la diminution des préoccupations émotionnelles peut se comprendre par la diminution du niveau d'anxiété après la phase aigue.

La nature aigue ou chronique de l'événement stressant ne semble pas influencer le profil des stratégies d'ajustement utilisées par les patients dans cette étude.

En résumé, les stratégies centrées sur l'émotion, les stratégies palliatives semblent mal appropriées, accompagnées d'un haut niveau de détresse émotionnelle alors que la distraction semble être une stratégie qui diminue la détresse émotionnelle.

### **2.3.2 Support social**

Une revue de la littérature de Blanchard et al., citée par {88} portant sur 29 articles parus entre 1987 et 1993 sur le rôle de l'isolement social dans l'adaptation au cancer (tous sites confondus) conclut que les patients qui confient leurs peurs et leurs préoccupations à leur conjoint ou des amis proches vont mieux émotionnellement. Cette donnée est aussi retrouvée dans l'étude de Golberg et al.(1985) et l'étude Weissman et al.(1976), citées par {77}.

Concernant plus spécifiquement le cancer du sein, deux revues de la littérature (Irwin et al, 1991 et National Health Service Executive Expert Advisory Group on Cancer, 1996) arrivent aux mêmes conclusions {88}.

L'absence de support relationnel de confiance chez les patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique est un facteur prédictif de trouble dépressif ou trouble anxieux {25}.

## **2.4 Troubles psychiques**

### **2.4.1 Image corporelle**

L'étude de Schover et al. {97} a identifié une corrélation statistiquement significative entre l'image corporelle et l'ajustement psychologique à la maladie. Une moins bonne image corporelle apparaît donc comme un facteur prédictif d'une moins bonne adaptation psychosociale.

La revue de la littérature de Reich {89} identifie elle aussi l'altération de l'image corporelle comme un facteur prédictif de trouble de l'humeur à long terme.

## **2.4.2 Antécédents psychiatriques et antécédents de suivi psychologique**

Il serait intéressant de voir si l'existence d'une dépression avant le traitement pourrait avoir une corrélation avec la dépression après le traitement du cancer du sein, c'est-à-dire si la dépression pré-thérapeutique constitue un facteur prédictif de la dépression post-thérapeutique.

Les différentes études trouvent des résultats contradictoires.

Selon la méta-analyse de Van't Spijker et al. {116} sur les séquelles psychologiques du cancer tous sites confondus, aucune corrélation n'est trouvée entre la souffrance psychique et les antécédents psychiatriques.

D'autres études ont confirmé que l'anxiété et le pessimisme prémorbides, les antécédents de troubles dépressifs, de tentative de suicides ou de conduites addictives majorent grandement le risque dépressif chez les patients cancéreux (Maunsell et al.(1992), cité par {88} ; Weissman et al.(1976),cité par {77}). En effet, Maunsell et son équipe trouvent que sur une population de 205 femmes, celles ayant des antécédents de dépression ont des scores significativement plus élevés au PSI (Psychiatric Symptom Index) 18 mois après le traitement initial {88}.

Le suivi psychologique antérieur est aussi retrouvé comme facteur de risque de troubles anxieux ou dépressifs {25}. Ceci peut apparaître au premier regard surprenant, cependant, facilement compréhensible par le fait que globalement, la population qui consulte en psychiatrie est plus vulnérable que la population générale.

## **2.4.3 Détresse au moment du diagnostic et trouble dépressif ou anxieux précoce après le diagnostic**

Il a été identifié que, de façon générale quelque soit le type de cancer, le niveau de détresse au moment du diagnostic prédit probablement le mieux la vulnérabilité du patient au cours de la maladie {77}.

Concernant plus spécifiquement le cancer du sein, l'étude de Morris et al., citée par {88} a ainsi montré qu'un score de dépression élevé chez des patientes admises pour biopsie mammaire se révélait prédictif du niveau d'adaptation après deux ans. Chez les patientes âgées (> 65 ans), les scores élevés de la santé physique, mentale et du support social émotionnel ont été identifiés comme un facteur prédictif de l'auto-perception favorable de la santé par la patiente à 15 mois après le diagnostic {47}.

De même, un épisode précoce de dépression, d'anxiété ou des deux troubles psychiatriques après le diagnostic de cancer du sein non métastatique est identifié comme un facteur de risque à long terme de trouble dépressif et trouble anxieux {25}, {89}.

De plus, les facteurs de risque de dépression à long terme seraient d'avantage liés à la patiente (troubles de l'humeur, styles de coping,...) qu'aux caractéristiques de la maladie et du traitement du cancer du sein {89}.

## **2.5 Facteurs socio-démographiques**

### **2.5.1 L'âge**

L'âge jeune a été identifié comme un facteur prédictif de détresse émotionnelle {25}, {44}, {65}.

En effet, les patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique de moins de 50 ans présentent davantage de détresse psychologique que les patientes de plus de 50 ans.

Ce résultat est retrouvé dans l'étude de Ramirez sur un échantillon de 89 patientes {85}. Il est confirmé dans l'étude de Vinokur avec un échantillon plus important (274 femmes) sur des femmes de moins de 60 ans avec une atteinte physique {88}.

Si on élargit cette analyse à tout type de cancer, les résultats sont identiques (Harrison et Maguire, cités par {88}), {116}.

### **2.5.2 Lieu de vie**

L'étude de Manzanera et al. {68} évaluant la dépression et l'anxiété durant toute la phase du traitement s'est intéressée à une caractéristique peu étudiée ; la répartition géographique de la population. Elle constate une prédominance en milieu rural de troubles anxieux et dépressifs : 62,5 % des patients vivant en zone rurale présentent des troubles anxieux et 64,7 % des troubles dépressifs contre respectivement 37,5 et 35,3 % en zone urbaine. Pour les troubles agoraphobiques en particulier, leur nombre est multiplié par quatre en milieu rural.

### **2.5.3 Enfants vivant au domicile familial**

L'étude de Manzanera et al. {68} citée plus haut, s'est aussi intéressée aux répercussions que pouvait générer un enfant à charge au domicile sur l'apparition de troubles anxieux et / ou dépressifs. Ainsi, ils arrivent à ce résultat : la présence d'au moins un enfant vivant au domicile du patient est liée de façon significative ( $p = 0,05$ ) à une prévalence plus élevée des troubles anxieux (39,4 % vs 14,3 %). Cette différence disparaît pour les troubles de l'humeur.

### **2.5.4 Statut socio-économique**

De façon globale quel que soit le type de cancer, l'étude de Golberg et al., 1985 et l'étude Weissman et al., 1976, cités par {77} soulignent que le statut socio-économique précaire est un facteur prédisposant à l'émergence de symptômes dépressifs.

### **2.5.5 Le niveau d'éducation**

Un niveau d'éducation bas est un facteur prédictif d'une plus grande détresse émotionnelle à moyen terme {97}.

### **2.5.6 Le statut marital et relations conjugales**

Les difficultés conjugales et l'insatisfaction sexuelle ont été identifiées comme un facteur prédisposant à l'émergence de symptômes dépressifs dans le cancer ( Golberg et al., 1985 ; Weissman et al., 1976, cités par {77} ), {97}.

### **2.5.7 Événements de vie**

Il s'agit d'un critère peu étudié dans les études sur le cancer du sein.

Burguess et son équipe {25}, dans leur étude du suivi sur 5 ans de l'état psychique des patientes ayant été traité pour un cancer du sein, ont évalué parmi différentes variables les expériences de vie stressantes non liées au cancer du sein grâce à l'échelle Bedford College life events ans difficulties schedule (LEDS) de Brown et Harris, 1978. La présence des événements de vie a été identifiée comme facteur prédictif de trouble dépressif ou trouble anxieux chez les patientes en rémission d'un cancer du sein non métastatique à moyen et à long terme {25}.

## **3 FACTEURS PREDICTIFS DE LA QUALITE DE VIE DANS LE CANCER DU SEIN**

### ***3.1 Facteurs liés au traitement***

#### **3.1.1 Traitements locorégionaux**

##### **3.1.1.1 Chirurgie mammaire**

Les résultats paraissent hétérogènes selon les études.

A court terme, le type de chirurgie a un impact limité sur la qualité de vie, la mastectomie étant associée à une moins bonne image corporelle {106}, {61}. De plus, cet impact psychosocial du type de chirurgie primaire en faveur de la tumorectomie sur l'image corporelle et le fait de se sentir attractive au-delà de la première année après l'intervention est moins important que l'âge de la patiente et l'association d'une chimiothérapie adjuvante {94}. L'étude de Shimosuma K et al., 1999 {104} ne retrouve pas cette différence entre les différents types de traitement durant la première année après l'intervention chirurgicale. La revue de la littérature de Schover conclue à un impact positif sur l'image corporelle dans le cas de reconstruction mammaire avec plus de liberté concernant les choix vestimentaires {96}.

A moyen terme, le type de chirurgie n'a pas d'impact sur la qualité de vie globale. Concernant l'altération de l'image corporelle, les résultats diffèrent selon les études ; pas de différence pour certains auteurs {97} et pour d'autres, impact négatif plus fort de la mastectomie {52}. Les difficultés pour s'habiller semblent plus fréquentes chez les patientes ayant reçu une mastectomie pour l'ensemble des études {97}, {52}.

À long terme, pour la majorité des auteurs, le type de chirurgie n'a pas d'impact sur la qualité de vie {50}, {39}. D'autres auteurs en revanche concluent à un impact fort du type de chirurgie sur la qualité de vie à long terme, avec une détérioration plus importante pour la mastectomie {28}. L'étude de Dorval et al. {39} rapporte uniquement plus de symptômes liés au bras chez les patientes avec tumorectomie où la radiothérapie est plus souvent associée par rapport à celles avec mastectomie.

### **3.1.1.2 Curage axillaire**

Parmi les traitements locorégionaux, le lymphœdème du membre supérieur, dû au curage axillaire, a un impact objectif et subjectif plus important sur la qualité de vie à long terme que le résultat esthétique de la chirurgie mammaire (Krishan et al., 2001, cité par {16}). Même très modéré, il fait craindre la rechute, car ces femmes pensent que cette séquelle est due à un traitement plus important à cause d'une tumeur agressive. Il rappelle à la femme qu'elle a été traitée pour un cancer du sein grave. Il entraîne un inconfort physique peu important, mais il donne surtout des contraintes dans la vie journalière (éviter les efforts physiques prolongés avec ce bras, protection du soleil, peur des lymphangites) {16}.

### **3.1.2 Chimiothérapie adjuvante**

Le fait d'avoir reçu un traitement par chimiothérapie a été identifié comme un facteur prédictif fort d'une moins bonne qualité de vie par l'ensemble des études.

Cet impact est constaté aussi bien sur la qualité de vie à court et moyen terme qu'à long terme.

A court terme, la chimiothérapie adjuvante est un facteur prédictif fort d'une moins bonne qualité de vie ; elle affecte l'image corporelle, le fonctionnement sexuel, les symptômes physiques liés au sein et au bras opérés {61}.

Les études appréciant la qualité de vie à moyen terme retrouvent aussi un impact de la chimiothérapie sur l'ensemble des domaines évalués ; physique, psychologique, sexuel, social . Schover {96}, évaluant l'ajustement psychosocial, l'image corporelle et la sexualité à 4 ans après traitement pour cancer du sein, a identifié que le fait de ne pas avoir reçu de chimiothérapie était l'un des facteurs d'un meilleur ajustement psychosocial. L'étude de Ganz et al. {46} confirme l'impact déterminant de la chimiothérapie, surtout sur la sexualité.

L'effet de la chimiothérapie est persistant sur la qualité de vie à long terme également.

L'étude de Ganz et al. {50} exceptionnelle par l'importance de son échantillon (763 patientes incluses) retrouve que la chimiothérapie adjuvante est un facteur prédictif fort d'une moins bonne qualité de vie globale. La revue de la littérature de Mols et al. {74} aboutit au même constat.

Cependant, une évaluation plus détaillée retrouve des résultats paradoxaux : selon Ganz et al. {50}, la chimiothérapie a des effets secondaires plus importants sur le fonctionnement physique à long terme alors que elle est significativement associée à l'amélioration de la qualité de vie physique à distance du traitement selon Bloom et al. {15}.

La chimiothérapie adjuvante est aussi un facteur de risque important des altérations et des dysfonctions neuro-psychiques, regroupés sous le terme de « *chemo brain* ». Il s'agit de troubles de la mémoire, difficultés de concentration, difficultés d'attention, difficultés dans la rapidité de l'expression verbale qu'on peut retrouver plusieurs années après la fin des traitements {16}. Il semblerait même qu'il existe une augmentation des plaintes concernant des troubles cognitifs avec le temps {50}. De plus, la durée longue de la chimiothérapie est significativement associée à des moins bonnes performances cognitives {115}, {21}, Wieneke et al., citée par {88}.

### **3.1.3 La radiothérapie**

La radiothérapie est le plus souvent associée à une asthénie aussi bien à la phase thérapeutique que pendant la période de rémission, avec des répercussions sur le fonctionnement physique, psychique ainsi que le domaine professionnel et relationnel {43}, {101}.

Elle est souvent responsable de troubles cutanés. Une association statistiquement significative a été identifiée entre la radiothérapie et la majoration des symptômes relatifs au sein {106}.

Avec la chimiothérapie, elle peut aussi être à l'origine de syndromes cardiorespiratoires qui peuvent se manifester après de nombreuses années. Ces troubles (insuffisance cardiaque, insuffisance pulmonaire) altèrent gravement la qualité de vie à long terme (Valagussa et al., 1994, Overgaard et al., 1999, cités par {16}).

### **3.1.4 Hormonothérapie adjuvante**

L'hormonothérapie est une suppression de la fonction ovarienne qui peut être réalisée selon différentes modalités dans le cas de cancer du sein chez des femmes non ménopausées exprimant les récepteurs d'estradiol ou de progestérone: de façon définitive par ovariectomie ou radiothérapie ovarienne, de façon temporaire par les agonistes de LH-RH, par les hormones anti-oestrogènes comme le Tamoxifène ou par les inhibiteurs d'aromatase comme goserelin (Zoladex). Elle entraîne, comme certaines chimiothérapies, une ménopause précoce ou une majoration des symptômes qui lui sont associés {55}.

Dans l'étude de Fallowfield et al.(2004), cité par {43}, 33 % des femmes sous traitement hormonal rapportent des bouffées de chaleurs et 24 % des sueurs nocturnes. Le tamoxifène induit des bouffées de chaleur et d'autres signes dits « vasomoteurs » alors qu'en comparaison, l'inhibiteur de l'aromatase, l'anastrozole, provoque plus souvent une sécheresse vaginale, une dyspareunie et une baisse de la libido {83}.

Selon Dupont et son équipe, il y a significativement plus d'irritations vaginales et d'effets secondaires chez les patientes sous hormonothérapie adjuvante que chez celles sans hormonothérapie, cependant les scores de la qualité de vie globale ne montrent pas de différences à 6 mois post-diagnostic {43}. L'absence d'impact sur la qualité de vie à court terme est aussi constatée par Hopwood et al. {61}.

Toutefois, les femmes sous hormonothérapie de type agoniste de la LH-RH ont plus de difficultés sexuelles que les femmes exemptes de ce traitement, résultat non retrouvé pour le tamoxifène seule {12}. Néanmoins, la suppression de la fonction ovarienne, lorsqu'elle est associée au tamoxifène, dégrade significativement la qualité de vie {55}.

Par contre, il n'y a pas de corrélation significative entre l'hormonothérapie et les autres domaines de la qualité de vie ; physique, social, émotionnel, fonctionnel {43}.

Les études de Dupont et al. {43} et de Berglund et al. {12} apportent une donnée intéressante : les femmes sous hormonothérapie rapportent une meilleure satisfaction maritale en lien avec le cancer.

### **3.1.5 Symptomatologie séquellaire**

La présence de symptomatologie séquellaire et plus particulièrement de douleur constitue un facteur prédictif de la qualité de vie à court et à long terme {28}.

L'influence négative de la douleur chronique intra-mammaire sur la qualité de vie augmente avec le temps. Cette augmentation de l'impact de la douleur a une évolution inverse par rapport à l'amélioration progressive de la qualité de vie sur le plan mental chez les femmes guéries (Krishnan et al., 2001, cité par {16}).

## **3.2 Facteurs liés au temps**

### **3.2.1 Durée du traitement carcinologique**

L'étude de Servaes et son équipe {101} a mis en évidence une corrélation statistiquement significative entre la persistance de la fatigue à la phase de rémission et la durée du traitement carcinologique du cancer du sein.

L'évaluation de la fatigue a été réalisée grâce à la sous-échelle de Checklist Individual Strength, la CIS-fatigue, de Vercoulen et. al, 1994. La durée du traitement carcinologique était définie comme la période depuis la chirurgie jusqu'à la fin de la thérapie adjuvante.

Une durée inférieure à un mois a été identifiée comme un facteur prédictif de moins de fatigue persistante à long terme, alors que la durée de traitement plus longue, inférieure à 6 mois ou supérieure à 6 mois n'aurait plus d'impact significatif {101}.

L'étude de Wilson et al., 1988, cité par {39} bien qu'un peu ancienne, souligne également l'influence de la durée du traitement carcinologique initiale : les patientes ont tendance à rejeter la tumorectomie car elle entraîne une période prolongée du traitement initial, en rapport avec la radiothérapie adjuvante généralement associée (Wilson et al., 1988, cité par {39}).

### **3.2.2 Délai écoulé depuis la date du diagnostic**

Selon l'étude de Ganz et al. (1992), cité par {88}, il existe une augmentation de la qualité de vie globale ainsi que du domaine physique, psycho-social entre le premier mois et la première année après le diagnostic, mais qu'il n'y a plus d'amélioration ultérieure durant la seconde et la troisième année. L'évaluation entre la première et la deuxième année retrouve une dégradation du domaine sexuel uniquement. Par contre, l'évaluation entre la première et la troisième année constate

une détérioration à la fois de la qualité de vie globale, des interactions conjugales, du domaine physique, du domaine psycho-social et du domaine sexuel.

En ce qui concerne le domaine physique, une autre étude retrouve des résultats inverses : le délai écoulé depuis le diagnostic influence de façon positive le score de santé physique. Les patientes dont le diagnostic a été fait il y a plus de 36 mois ont une meilleure qualité de vie physique alors que les patientes dont le diagnostic est inférieur à 24 mois rapportent une moins bonne qualité de vie physique.

De même, à long terme, les résultats divergent. Selon Bloom et al. {15}, il existe une amélioration significative entre l'évaluation initiale et l'évaluation à 5 ans des symptômes physiques, de l'image corporelle, des inquiétudes concernant l'avenir, de la relation médecin-malade, des tous les critères de l'échelle de qualité de vie SF-36 Heath Survey, de Stewart et Ware (1992) sauf la santé générale. A l'inverse, Ganz et al. {50} constate que ce bénéfice du temps après le diagnostic du cancer du sein n'est plus significatif à long terme.

### **3.3 Facteurs liés à l'adaptation psychologique**

#### **3.3.1 Le coping**

Ce sujet a largement été développé dans le chapitre sur les facteurs prédictifs de la détresse psychologique. Cependant, en ce qui concerne plus particulièrement les facteurs prédictifs de la qualité de vie, certains ont été identifiés plus spécifiquement.

La croyance en un contrôle personnel (lieu de contrôle interne) est associée significativement avec une meilleure qualité de vie {113}. A l'inverse, l'impuissance-désespoir est un facteur prédictif de mauvaise qualité de vie à moyen terme (Cousson-Gélie, 1997, cité par {24}).

Selon l'étude de Shim et al. {103}, le coping « dépressif » a une influence négative significative sur la qualité de vie physique et mentale alors que le coping « cognitif » est positivement associé au score de santé mentale.

### **3.3.2 Le support social**

L'existence d'un support social a été reconnue comme l'un des facteurs prédictifs forts d'une meilleure qualité de vie {50}. Il a été défini comme le nombre de contacts sociaux et la qualité de l'implication avec les amis et la famille. Une évolution plus favorable de la qualité de vie 5 ans après le diagnostic a été associée à une plus faible diminution du support émotionnel de la famille et des amis durant ces années {15}.

L'étude de Shim et al. {103} a évalué le support social selon l'échelle ISSS-GR (Illness-Specific Social Support Scale – German Revised) de Ramm et al. 2003, qui est composée de deux sous-échelles mesurant le support positif et le support problématique. Les deux supports sont significativement corrélés à la qualité de vie mentale et physique, toutefois, le support social problématique a un impact négatif plus fort.

## **3.4 Troubles psychiatriques**

### **3.4.1 L'image corporelle**

Shimozuma et al {104} retrouve comme facteur prédictif de la qualité de vie à un an après la chirurgie mammaire une altération de l'image corporelle à un mois après l'intervention.

### **3.4.2 Dépression actuelle**

L'un des paramètres importants de la qualité de vie aussi bien à court, moyen et long terme est l'existence ou non d'une dépression qui dégrade de façon significative celle-ci.

L'étude de Grassi et al.(1996), cité par {77} a ainsi établi une corrélation linéaire entre le score de dépression et mauvais niveau de qualité de vie dans le cancer. Cette donnée est confirmée par l'étude de Shim et al. {103}, qui identifie la dépression comme un facteur déterminant fort de la qualité de vie. Selon Wells et

al.(1989), cité par {77}, la dépression augmente les durées d'hospitalisation et majore l'invalidité sociale et professionnelle. Shimozuma et al {104} retrouve comme facteur prédictif de la qualité de vie à un an après la chirurgie la présence de troubles de l'humeur à un mois après l'intervention.

La revue systématique de Mols et al. {74} se basant sur dix études de patientes en rémission à 5 ans du diagnostic du cancer du sein trouve des résultats dans ce sens. Mols et son équipe concluent que ces femmes ont une prévalence plus forte de signes de dépression modérée à légers comparée aux femmes saines. De plus, ces scores de dépression sont des facteurs prédictifs d'une moins bonne qualité de vie à long terme dans tous les domaines à l'exception du fonctionnement familial.

### **3.5 Facteurs prédictifs de la fatigue persistante**

L'étude de Servaes et al. {101} évaluant pendant une période de 2 ans la fatigue en phase de rémission d'un cancer du sein retrouve comme facteurs prédictifs de la sévérité de la fatigue :

- un épisode dépressif
- une inactivité physique
- des troubles du sommeil avec besoin de dormir durant la journée
- la tendance à attribuer les symptômes de la fatigue à l'expérience du cancer du sein

Les facteurs prédictifs de la persistance de la fatigue selon cette étude sont :

- un niveau élevé d'anxiété
- une faible impression de contrôle des symptômes de fatigue
- une détérioration importante du domaine fonctionnel
- une durée de traitement inférieure à un mois qui aurait une corrélation négative avec la persistance de la fatigue.

### **3.6 Facteurs influençant la sexualité au cours du cancer du sein**

L'appréciation de la sexualité fait parti des critères des échelles d'évaluation de la qualité de vie dans le cancer du sein. Dans le questionnaire EORTC QLQ-30-BR23 par exemple, il existe 3 items consacrés à cette question : l'intérêt porté à la sexualité, l'existence ou non d'une activité sexuelle et la satisfaction sexuelle.

En effet, il s'agit de troubles fréquents au cours du cancer du sein de même que leur persistance après la phase aigue du traitement.

Ganz et son équipe {53} ont identifié plusieurs facteurs prédictifs de la qualité de la vie sexuelle des femmes à 3 ans de délai depuis le diagnostic de cancer du sein. Trois aspects de la sexualité ont été pris en compte :

- l'intérêt sexuel, c'est-à-dire, l'existence ou non d'un intérêt pour une activité sexuelle
- le dysfonctionnement sexuel, qui englobe des problèmes se rapportant à la fréquence de l'activité sexuelle, l'excitation, l'orgasme
- la satisfaction sexuelle, qui est une évaluation globale de la qualité de la vie sexuelle.

La synthèse des différents facteurs montre:

-comme facteurs prédictifs de l'intérêt sexuel :

-ayant une corrélation positive : le fait d'avoir un nouveau partenaire sexuel depuis le diagnostic du cancer du sein, le fait d'avoir une bonne qualité de relation avec son partenaire, le fait d'avoir un meilleur score à l'échelle de santé mentale

-ayant une corrélation négative : la sécheresse vaginale, le fait d'avoir une moins bonne image corporelle

-comme facteurs prédictifs de dysfonctionnement sexuel :

-les facteurs améliorant le dysfonctionnement sexuel : le fait d'avoir un nouveau partenaire

-les facteurs aggravant le dysfonctionnement sexuel : la présence de comorbidités, l'âge > 50 ans, la sécheresse vaginale, le fait d'avoir reçu une chimiothérapie adjuvante et le fait d'avoir les menstruations arrêtées après le diagnostic ou avoir eu un traitement

hormonal substitutif arrêté au moment du diagnostic (majorant ainsi le dysfonctionnement sexuel en rapport avec la ménopause)

-comme facteurs prédictifs de satisfaction sexuelle :

-ayant une corrélation positive : le fait d'avoir eu une mastectomie sans reconstruction (plus de satisfaction comparé aux patientes ayant eu une tumorectomie quand l'image corporelle, l'âge et les autres facteurs médicaux et sociaux ont été ajustés), le fait d'avoir une bonne qualité de relation avec son partenaire

-ayant une corrélation négative : le fait d'avoir les menstruations arrêtées après le diagnostic ou avoir eu un traitement hormonal substitutif arrêté au moment du diagnostic (les deux facteurs sont associés à une moins bonne satisfaction actuelle en comparaison aux patientes déjà ménopausées ou sans traitement hormonal substitutif au moment du diagnostic), l'image corporelle négative, la présence de problèmes sexuels chez le partenaire, la présence de problèmes sexuels chez le partenaire en relation avec l'âge (la conséquence des problèmes sexuels sur la satisfaction était plus grand chez les femmes jeunes)

Enfin, l'origine ethnique et le tamoxifène n'ont pas d'association statistiquement significative avec aucun des aspects de la sexualité.

Nous pouvons donc retenir comme facteurs prédictifs principaux des patientes sexuellement actives après un cancer du sein, validés par cette étude : la présence d'une chimiothérapie, la présence ou absence de sécheresse vaginale, le bien-être émotionnel, l'image corporelle, la qualité de la relation avec le partenaire, et la présence ou non de difficultés sexuelles chez le partenaire.

Globalement, ces facteurs prédictifs sont retrouvés dans les autres études concernant cette question.

En effet, la revue de la littérature de Schover {96} concernant l'impact du cancer du sein sur la sexualité, l'image corporelle et les relations intimes, retrouve comme facteurs prédictifs forts de la satisfaction sexuelle après le cancer : la santé psychique globale, la satisfaction de la relation avec le partenaire et la qualité de la vie sexuelle avant la maladie et en ce qui concerne le dysfonctionnement sexuel : la

ménopause prématurée et sévère consécutive d'un traitement adjuvant systémique (chimiothérapie ou hormonothérapie).

La question de la qualité de la vie sexuelle avant le cancer du sein demeure encore problématique à étudier et interpréter car il n'existe pas actuellement de définition précise et elle est évaluée généralement de façon rétrospective lors du questionnaire au début du traitement du cancer {96}.

### Type de chirurgie et qualité de vie sexuelle :

Si on s'intéresse à l'impact du type de chirurgie mammaire sur la sexualité, les résultats de la littérature sont assez hétérogènes. Cependant, il semblait qu'il n'y ait pas de différence majeure entre les différents types de chirurgie sur la sexualité aussi bien à court, moyen et long terme {97}, {43}, {61}.

Concernant les effets de la mastectomie, Schover {96} cite l'étude de Vinokur et al. (1989) comparant à long terme des groupes d'échantillon important de patientes traitées par mastectomie avec des groupes de patientes dont le résultat de biopsie de sein était bénin, des patientes avec cholécystectomie et des femmes saines. Les femmes traitées pour cancer du sein n'ont pas de diminution de la fréquence de l'activité sexuelle, ainsi le traitement par mastectomie ne semble pas avoir un impact significatif sur la vie sexuelle selon cette étude.

Une autre étude a comparé les patientes après mastectomie avec des groupes ajustées de femmes saines et de femmes avec un cancer gynécologique {5}. Le groupe de patientes avec cancer du sein était au milieu de la chimiothérapie lors de l'évaluation. Bien que ces patientes avaient des rapports sexuels moins fréquents et ressentaient moins d'excitation sexuelle en comparaison aux femmes saines, leur capacité d'avoir un orgasme et leur éventail de pratiques sexuelles n'ont pas été affectées. Le groupe de patientes atteintes d'un cancer gynécologique était similaire à celui des patientes qui ont reçu une chimiothérapie pour le cancer du sein. Ceci confirme encore une fois l'impact majeur de la chimiothérapie sur la qualité de vie sexuelle.

Si maintenant on s'intéresse à l'impact du traitement conservateur, il semblerait qu'il ait une faible répercussion sur la qualité de la vie sexuelle après le cancer du sein. Schover {96} mentionne deux études, celle de Steinberg et al. (1985) et celle de Kemeny et al. (1988), qui évaluent plusieurs paramètres assez objectifs de la vie sexuelle : la capacité à être excitable, la capacité à obtenir l'orgasme, la fréquence des rapports sexuels, la satisfaction sexuelle. Il ne ressort pas de différences significatives entre les groupes selon le type de chirurgie. Le traitement conservateur peut apparaître comme préservant mieux la qualité de la vie sexuelle lors d'évaluation plus subjective avec des questions comme « avoir plus de désir sexuel » ou « moins de problèmes sexuels ».

Certaines études suggèrent une diminution de l'importance et de la fréquence des caresses des seins après une mastectomie {107}, {69} ainsi que la mastectomie semble plus préjudiciable pour se sentir sexuellement plus attractive {69}. Ces constatations peuvent être mises en rapport avec l'effet plus positif sur l'image corporelle des femmes qui ont reçu un traitement conservateur, tout particulièrement en ce qui concerne leur corps dénudé {96}. Cet impact positif sur l'image corporelle est aussi constaté dans le cas de reconstruction mammaire {96}.

En ce qui concerne la qualité de la vie sexuelle chez les femmes avec reconstruction mammaire, les études restent encore peu détaillées sur ce point.

L'étude de Stevens et al. (1984) citée par Schover {96} retrouve une perte de désir sexuel chez les patientes traitées par mastectomie avec une reconstruction différée comparé aux patientes traitées par mastectomie et reconstruction immédiate. Une autre étude, celle de Dean et al. (1983), citée par Schover {96} comparant ces deux groupes de patientes trouve une absence de différence en ce qui concerne la fréquence des rapports sexuels.

L'étude de Schover et al. {97} suggère que les femmes avec une reconstruction mammaire ont légèrement plus de difficultés à atteindre l'orgasme par des caresses non-coïtales du partenaire par comparaison aux femmes avec un traitement conservateur et 66% d'entre elles rapportent une diminution ou une absence de caresse mammaire contre 27% des patientes avec traitement conservateur. De même, le plaisir des caresses des seins a diminué depuis

l'intervention chirurgicale, toutefois de façon plus importante chez les patientes avec reconstruction (83%) contre 44% chez les patientes avec tumorectomie. La même étude retrouve une absence de différence entre la tumorectomie et la mastectomie avec reconstruction immédiate en ce qui concerne la durée et les habitudes antérieures des préliminaires, l'acceptation de la vision des seins par le partenaire, la fréquence des caresses des seins {97}.

Deux études plus récentes arrivent aux mêmes conclusions que Schover et al. {97} : les troubles sexuels sont plus importants chez les femmes ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire comparées à celles qui ont traitées par tumorectomie ou mastectomie seule (Rowland et al., 2000 ; Yurek et al., 2000, cités par {83}).

### Chimiothérapie, hormonothérapie adjuvantes et qualité de vie sexuelle :

Les études sont unanimes sur l'impact négatif de la chimiothérapie adjuvante sur le fonctionnement sexuel des patientes traitées pour cancer du sein. Dans l'étude de Ganz {53} citée plus haut, la chimiothérapie adjuvante est identifiée comme un facteur prédictif fort de la qualité de vie sexuelle. Dans une étude plus récente du même auteur {50}, intéressante du point de vue d'un échantillon très important et d'une évaluation à long terme (en moyenne, 6,3 ans après le diagnostic du cancer du sein), l'inconfort sexuel (dyspareunie et lubrification) a été significativement plus important chez les patientes ayant reçu une chimiothérapie, alors qu'aucune différence statistiquement significative n'est retrouvée pour l'intérêt sexuel. La même conclusion ressort de plusieurs études référencées par Schover {96} ; l'étude de Andersen et al. (1985), l'étude de Stevens et al. (1984), l'étude de Schain et al. (1985), l'étude de Casso et al. {28}.

La chimiothérapie peut altérer la qualité de la vie sexuelle par différents mécanismes. Certaines peuvent être responsables d'une inflammation des muqueuses (mucite) avec des complications infectieuses possibles (mycose). Elles peuvent aussi réduire le fonctionnement des ovaires de façon temporaire ou définitive, avec comme conséquence une ménopause précoce souvent plus invalidante {98}.

Une étude citée par Schover {96}, celle de Sherins et al. (1989), a constaté que la probabilité d'une ménopause prématurée ainsi que la probabilité qu'elle soit permanente, augmente après la tranche d'âge 35 à 40 ans.

L'impact de l'hormonothérapie adjuvante sur la vie sexuelle semble plus nuancé, cependant en ce qui concerne plus particulièrement le tamoxifène, les études vont dans le même sens : absence d'impact sur la sexualité {83}.

Comme certaines chimiothérapies, le traitement hormonal adjuvant peut entraîner une ménopause précoce ou une majoration des symptômes qui lui sont associés {43}. Selon Casso et al., elle altère la qualité de vie sexuelle à long terme {28}. L'étude de Berglund et al. {12}, comparant un agoniste de la LH-RH (le goserelin, Zodalex), le tamoxifène, et leur combinaison versus pas d'hormonothérapie adjuvante, conclue à un impact significatif du Zodalex et du traitement combiné sur le dysfonctionnement sexuel, alors que le tamoxifène n'a pas d'effets secondaires. De même, dans l'étude de Schover et al., le tamoxifène n'a pas d'impact sur la sexualité {97}.

L'étude de Dupont et al {43}, ne montre pas de différence significative entre des patientes avec ou sans traitement hormonal adjuvant sur les scores globaux à phase de rémission. L'analyse par items de ces deux groupes constate plus d'irritations ou démangeaisons vaginales. Selon ces auteurs, ce type d'effet secondaire ne semble donc pas entraîner une altération globale de la sexualité des patientes.

### **3.7 Conditions médicales actuelles**

L'existence de comorbidité a été identifiée comme un facteur prédictif fort d'une moins bonne qualité de vie {7}, {15}, {50}. Une patiente présentant une autre pathologie actuelle associée en plus au cancer du sein perçoit une moins bonne qualité de vie.

## **3.8 Facteurs socio-démographiques**

### **3.8.1 L'âge**

Les résultats des différentes publications s'intéressant à l'influence de l'âge sur la qualité de vie ne sont pas unanimes. Cependant, l'âge jeune (< 50 ans) semblerait ressortir dans la majorité des études comme un facteur prédictif d'une moins bonne qualité de vie.

La revue systématique de Mols et al. {74} qui a parcouru une dizaine d'études récentes sur la qualité de vie à distance du cancer du sein reste sans conclusion concernant l'âge au moment du diagnostic. De même, Shim et al. {103} ne retrouve pas de différence significative concernant l'âge jeune des patientes sur la qualité de vie.

D'autres études, en revanche, identifie l'âge jeune comme un facteur de risque d'un mauvais ajustement psychosocial, d'un dysfonctionnement sexuel, d'une moins bonne image corporelle et d'une moins bonne qualité de vie à court et moyen terme {15}, {97}, {46}, {60}, {61}.

De même, l'âge jeune comme facteur prédictif de la qualité de vie est retrouvé à long terme. Pour Ganz et son équipe, 2002, l'impact du cancer est plus important chez les patientes plus jeunes (< 60 ans), mais aussi bien dans les deux directions : positive que négative {50}. L'impact positif le plus fort est retrouvé dans le domaine de l'alimentation, des activités physiques et les croyances religieuses. L'expérience du cancer a aussi des impacts négatifs fort chez les patientes plus jeunes; dans la vie amoureuse, dans la vie professionnelle ou la carrière et la situation financière.

### **3.8.2 Le statut marital et relation de couple**

Des difficultés conjugales ont été reconnues par l'étude de Schover et al. {97} comme l'un des facteurs prédictifs d'une détresse psychosociale à 4 ans de traitement d'un cancer du sein.

L'étude de Shim et al. {103} ne trouve pas de différence significative en ce qui concerne le statut marital sur la qualité de vie.

### **3.8.3 Nombre d'enfants**

Selon l'étude de Bloom et al. {15}, chez des patientes âgées de moins de 50 ans ayant été traitées pour un cancer du sein, l'amélioration de la qualité de vie physique à long terme est faiblement associée avec le fait de ne pas avoir d'enfants de moins de 18 ans au domicile familial.

### **3.8.4 Le statut professionnel**

Le travail à temps partiel a été reconnu comme un facteur prédictif faible de l'amélioration de la qualité de vie sur le plan du fonctionnement physique {15}.

Selon l'étude de Shim et al. {103}, l'activité professionnelle a un impact significatif sur la qualité de vie mentale et physique. Les patientes retraitées rapportent un plus bas score de santé physique comparé aux autres groupes, et ont un plus faible score de santé mentale que les patientes, femmes au foyer.

### **3.8.5 Le niveau d'éducation**

Un niveau d'éducation bas constitue un facteur prédictif d'une détresse psychosociale à 4 ans d'un traitement pour cancer du sein {97}.

Les femmes avec des études supérieures ont une meilleure qualité de vie physique selon l'étude de Shim et al. {103}.

### **3.8.6 Le statut socio-économique**

Le niveau des revenus a été identifié comme un facteur prédictif fort de la qualité de vie des femmes en rémission du cancer du sein depuis 5 ans ; un niveau de revenus bas a une corrélation négative avec la qualité de vie {49}, {53}, {50}.

Une synthèse de tous les facteurs prédictifs de détresse psychologique et de la qualité de vie est illustrée par le Tableau 2.

Tableau 2 : synthèse des différents facteurs prédictifs de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie chez des patientes ayant été traité pour un cancer du sein

Facteurs prédictifs	Détresse psychologique	Altération de la Qualité de vie
<b>Liés au traitement :</b>		
Type de chirurgie	Plutôt pas facteur prédictif	Plutôt pas facteur prédictif
Curage axillaire	-	Facteur prédictif
Chimiothérapie adjuvante	Facteur prédictif fort	Facteur prédictif fort
Radiothérapie adjuvante	Pas facteur prédictif	Facteur prédictif fort
Hormonothérapie adjuvante	Facteur prédictif faible	Plutôt pas facteur prédictif
Arrêt du ttt	Facteur prédictif faible	Pas facteur prédictif
Symptomatologie séquellaire	Facteur prédictif fort	Facteur prédictif fort
<b>Liés au temps :</b>		
Délai depuis diagnostic	1 <sup>ère</sup> année : facteur prédictif d'amélioration puis peu significatif	1 <sup>ère</sup> année : facteur prédictif d'amélioration puis peu significatif
Durée du traitement	Non étudiée	Long : Facteur prédictif
<b>Facteurs liés à l'adaptation :</b>		
Styles de coping	<u>Facteur de vulnérabilité</u> : centré sur émotion (impuissance-désespoir, agressivité-colère), palliatif, attribution causale interne <u>Facteurs protecteurs</u> : centré dur le problème, contrôle perçu élevé, esprit combatif, optimisme	Faible contrôle perçu : facteur prédictif
Support social	Absent : Facteur prédictif fort	Absent : Facteur prédictif fort
<b>Troubles psychiques :</b>		
Image corporelle	Altérée : Facteur prédictif	Altérée : Facteur prédictif
ATCD de dépression	Facteur prédictif	Pas facteur prédictif
Dépression à stade précoce	Facteur prédictif à long terme	-
Dépression actuelle	-	Facteur prédictif fort
Comorbidités médicales	-	Facteur prédictif fort
<b>Fact sociodémographiques :</b>		
Age	<50ans : Facteur prédictif	<50ans : Facteur prédictif
Lieu de vie	Milieu rural : Facteur prédictif	-
Enfants à domicile	Présence : Facteur prédictif	Absence : Facteur prédictif
Statut économique	Bas : Facteur prédictif	Bas : Facteur prédictif
Statut professionnel	-	Sans activité : Facteur prédictif
Niveau d'éducation	Bas : Facteur prédictif	Bas : Facteur prédictif
Relations conjugales	Difficultés : Facteur prédictif	Difficultés : Facteur prédictif
Evénements de vie	Facteur prédictif fort	-

## **4 L'ÉTUDE**

### **4.1 Méthodologie**

Il s'agit d'une étude rétrospective, multicentrique, randomisée, d'épidémiologie analytique, évaluant la qualité de vie et la détresse émotionnelle chez des patientes en rémission depuis 7ans et demi d'un cancer du sein non métastaté.

#### **4.1.1 L'étude initiale**

La population choisie est issue d'un étude initiale, intitulée Arcosein, randomisée multicentrique de phase III comprenant un échantillon de 716 patientes atteintes d'un cancer du sein, stade I et II, ayant reçu chacune un traitement chirurgical conservateur puis la moitié d'entre elles, un traitement par chimiothérapie et radiothérapie séquentielle (bras témoin, Bras A) et l'autre moitié de la population, un traitement concomitant, radiothérapie et chimiothérapie (bras testé, Bras B) {27}.

L'étude a été ouverte en mars 1996 et a été fermée à la randomisation en mai 2000. La chimiothérapie délivrée dans les deux bras était une association de mitoxantrone, de 5-fluorouracil et de cyclophosphamide. Dans le bras du traitement séquentiel, la radiothérapie était administrée 3 à 5 semaines après les six cycles de chimiothérapie. Chaque cycle était espacé de 21 jours et la durée de la chimiothérapie était de 16 semaines. La durée de la radiothérapie était de 5 semaines. Dans le bras du traitement concomitant, la radiothérapie était délivrée de façon simultanée à l'administration des trois premiers cycles de chimiothérapie. Le délai moyen de la mise en œuvre de la chimiothérapie a été de 30,9 jours pour le traitement séquentiel et de 34,7 jours pour le traitement concomitant. Le délai moyen de la mise en œuvre de la radiothérapie après la chirurgie a été de 169,6 jours pour le traitement séquentiel et de 39,3 jours pour le traitement concomitant. 48,2% des patientes ont reçu une hormonothérapie. L'âge médian au début du traitement était

de 49,7ans (27-69ans). Certaines patientes ont reçu un traitement hormonal adjuvant par tamoxifène pour une durée de 5 ans.

L'évaluation s'est intéressée aux résultats à long terme centrés sur la toxicité tardive et l'impact cosmétique {111}, {110}. La même équipe a donc contacté les patientes en rémission de longue durée des 5 plus grands centres de Radiothérapie. Le délai médian entre la fin du traitement et la consultation d'évaluation était de 6,7 ans (4,3 – 9 ans). Cette évaluation comprenait à la fois l'appréciation des changements spécifiques de l'aspect du sein traité au moyen de l'échelle LENT/SOMA, échelle objective évaluant l'existence de fibrose, de télangiectasies, et d'atrophie associée à une évaluation de la pigmentation de la peau par une échelle personnelle comportant cinq items (excellent, bon, moyen, mauvais, médiocre) et également l'appréciation de l'aspect global du sein traité à l'aide d'une échelle qualitative évaluant de façon subjective la satisfaction cosmétique de l'oncologue et de la patiente.

297 patientes des 5 centres de Radiothérapie ayant inclus le plus de malades (Tours, Avignon, Institut Curie - Paris, Besançon, Orléans) ont été convoquées par courrier pour une consultation de suivi dédiée à l'évaluation esthétique et de la toxicité tardive, 72 % ont été éligibles pour cette évaluation, c'est-à-dire 214 patientes.

Entre juin 2004 et avril 2005, l'évaluation, comprenant un examen clinique associé à un entretien semi-dirigé, a été réalisée en simple aveugle par un oncologue-radiothérapeute indépendant de l'étude (l'évaluateur ignorait le traitement reçu par la patiente). Elle conclue à des effets esthétiques tardifs significativement augmentés dans le bras testé (Bras B) pour l'évaluation objective détaillée (augmentation de la fibrose sous-cutanée, des télangiectasies, de la diminution du volume mammaire et de la pigmentation cutanée) aussi bien pour le médecin que la patiente. Par contre, concernant l'évaluation globale de la satisfaction esthétique, le médecin rapporte des taux plus élevés de mauvais résultats esthétiques dans le bras testé (bras B) alors que pour les patientes il n'y a pas de différence significative entre les deux bras. Par comparaison, les patientes ont des taux plus élevés de satisfaction esthétique {110}.

## **4.1.2 Notre étude**

Notre étude a fait suite à cette deuxième évaluation afin de compléter et approfondir l'appréciation de la satisfaction esthétique. Des questionnaires ont été envoyés par courrier entre le mois d'octobre et le mois de décembre 2005 aux 214 patientes en rémission du cancer du sein des 5 centres de Radiothérapie. Le contenu du questionnaire est rapporté dans l'*Annexe II*. Le délai moyen entre la fin du traitement et l'évaluation actuelle était de 7 ans et demi (5,4 ans – 9,6 ans). Nous avons pu recueillir 138 réponses, ce qui représente un pourcentage de 65 %. Au final, il y avait 102 questionnaires exploitables.

### **4.1.2.1 Description de la population**

La population étudiée est constituée de patientes en rémission depuis 7 ans et demi d'un cancer du sein non métastatiques traitées pour la moitié d'entre elles par chirurgie puis radiothérapie et chimiothérapie séquentielles et pour l'autre moitié par chirurgie puis radiothérapie-chimiothérapie concomitantes. L'âge moyen de patientes au moment de l'évaluation est de 52 ans. La différence de durée de l'ensemble du traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) entre les deux groupes est en moyenne de 2 mois. Dans le bras témoin (bras A), le traitement carcinologique total a une durée de 7 mois et deux interruptions (entre la chirurgie et la chimiothérapie d'environ 5 semaines et entre la chimiothérapie et la radiothérapie d'environ 4 semaines). Dans le bras testé (bras B), le traitement carcinologique total a une durée de 5 mois et une seule interruption entre la chirurgie et la radiothérapie-chimiothérapie concomitantes.

#### **4.1.2.2 Variables étudiées**

Le questionnaire était ciblé sur l'évaluation de la qualité de vie et de la détresse émotionnelle. Il était organisé en 4 modules :

- l'évaluation rétrospective de la détresse émotionnelle au moyen d'un auto-questionnaire tiré du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) {102}.
- l'évaluation rétrospective du parcours de soin psycho-oncologique
- l'évaluation actuelle de troubles anxieux et troubles dépressifs sur l'axe I du DSM-IV par l'échelle HAD (Hopital Anxiety and Depression scale) {66}.
- l'évaluation actuelle de la qualité de vie par le questionnaire QLQC30-BR23 {106}.

#### **4.1.2.3 Instruments d'évaluation**

Auto-questionnaire tiré du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview French Version 5.0.0):

Le MINI est un entretien structuré s'appuyant sur un questionnaire permettant au clinicien d'élaborer les diagnostics des principaux troubles psychiatriques selon l'axe I du DSM-IV. Il a été construit en 1992 par Lecrubier et al. pour la version française puis validé en langue anglaise par Sheehan et al. en 1998 {102}. Ce questionnaire est composé de plusieurs modules. Chaque module correspond à une catégorie diagnostique. Les principaux diagnostics psychiatriques sont évalués, en particulier le module A pour l'Episode Dépressif Majeur. Ces informations permettent une évaluation catégorielle standardisée.

Nous nous sommes basés sur cette échelle pour établir un auto-questionnaire permettant une évaluation de la détresse émotionnelle durant le traitement. La question principale posée était « Depuis le début du traitement de votre cancer du sein, avez-vous traversé une période de dépression ayant duré plus de 2 semaines (tristesse, cafard, ou perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituellement plaisantes) ? ».

Si la patiente a répondu OUI, elle complétait cette évaluation en répondant aux questions complémentaires suivantes :

« Aviez-vous presque tous les jours durant cette période de 2 semaines :

1. Une modification de l'appétit ou de poids,
2. Des problèmes de sommeil presque toutes les nuits,
3. Une lenteur pour se déplacer et parler, ou bien au contraire une agitation et du mal à rester en place,
4. Une fatigue et un manque d'énergie,
5. Une difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions
6. Des idées noires, ou des idées de se faire du mal ? »

L'analyse des réponses se faisait de la façon suivante :

-les patientes ayant répondu NON à la question principale n'ont pas présenté d'épisode dépressif majeur passé. Elles constituaient donc le *groupe avec humeur normale durant le traitement*.

-les patientes ayant répondu OUI à la question principale ont présenté un épisode dépressif majeur passé ou une détresse émotionnelle passée. Elles ont été réparties en deux groupes en fonction du nombre de réponses positives aux questions complémentaires :

-le *groupe avec épisode dépressif majeur durant le traitement* pour les patientes avec des réponses positives à au moins trois items

-le *groupe avec détresse émotionnelle durant le traitement* pour les patientes avec aucune, une ou deux réponses positives aux items.

L'évaluation du parcours de soins psycho-oncologique a été réalisée au moyen de 2 questions :

-« depuis le début du traitement pour votre cancer du sein, avez-vous consulté un psychiatre ou un psychologue ? »

-« depuis le début du traitement pour votre cancer du sein, avez-vous pris un traitement antidépresseur ou anxiolytique (tranquillisant) ? »

L'évaluation de la souffrance psychique durant le traitement associée à l'évaluation du parcours des soins psycho-oncologiques constituait le *Questionnaire numéro 1*.

#### HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale :

L'échelle HAD est un auto-questionnaire structure de 14 items, développé par Zigmond et Snaith en 1983 et traduite en français par J.P. Lépine en 1985 {66}. Il s'agit d'un outil de dépistage des manifestations les plus communes des troubles névrotiques : anxiété et dépression, mis au point à la disposition des médecins pratiquant dans les services hospitaliers non psychiatriques. Sa finalité ne consiste donc pas à discriminer les divers types de dépression ou d'états anxieux, ni leur nature secondaire ou primaire. Son but est d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité. L'échelle ne prend pas en compte les symptômes somatiques de dépression ou anxiété, susceptibles de fausser l'évaluation chez des patients hospitalisés dans les services de médecine présentant fréquemment des problèmes organiques.

Ce questionnaire se compose de deux sous-échelles ayant chacune 7 items, l'une pour l'anxiété, l'autre pour la dépression. Les items de la sous-échelle dépression comprennent un item évaluant la dysphorie, un autre le ralentissement et les cinq autres, la dimension anhédonique qui pour les auteurs est très spécifique de la dépression. Les items de la sous-échelles anxiété proviennent de certaines sections du Present State Examination (PSE) de Wing et al.(1974) ainsi que de la Clinical Anxiety Scale (Snaith et al., 1982).

Chaque item est coté sur une échelle en 4 points, c'est à dire de 0 à 3, évaluant l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée. Pour chaque sous-échelle, la cotation de deux items positifs est inversée. Les notes s'échelonnent donc de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère. On retient un seuil optimal égal ou supérieur à 8 pour les troubles dépressifs et les troubles anxieux, avec respectivement des sensibilités de 70% et 82% {9}. Si on additionne les scores, on retient un score global de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs (sensibilité de 70%, spécificité de 75%) et de 13 pour les troubles de l'adaptation (sensibilité de 75%, spécificité de 75%) {85}.

Dans notre étude, l'échelle HAD correspond au *Questionnaire numéro 2*. Les mêmes seuils sont utilisés afin de déterminer 3 groupes de patientes en fonction de leur humeur actuelle :

-le groupe de patientes présentant un épisode dépressif actuel si la note seuil est à 8 à la sous-échelle dépression

-le groupe de patientes présentant un épisode anxieux actuel si la note seuil est à 8 à la sous-échelle anxiété

-le groupe de patientes présentant un trouble de l'adaptation actuel si la note seuil est à 13 à l'échelle globale.

### QLQ-C 30 – BR 23 :

Cette échelle a déjà été présentée dans le chapitre sur la qualité de vie.

Rappelons qu'il s'agit d'un auto-questionnaire avec une sous-échelle spécifique du cancer du sein nommée QLQ-BR23.

L'échelle générale QLQ-C30 {1} comprend 30 items et mesure 9 dimensions de QDV spécifique : 5 échelles fonctionnelles (état physique, domaine fonctionnel avec limitations des activités, état cognitif, état émotionnel, relations sociales), trois échelles symptomatiques (nausées, fatigue, douleurs) et deux échelles visuelles analogiques consacrées à l'auto-évaluation de l'état physique et de la qualité de vie globale au cours de la semaine précédente. Les réponses se font de trois façons en entourant un chiffre : 1 (non) ou 2 (oui), 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup) ou de 1 (très mauvais) à 7 (excellent) pour les auto-évaluations globales de l'état physique et de la qualité de vie au cours de la semaine passée.

Le module spécifique QLQ-BR23 comprend 23 items qui explorent les symptômes et les effets secondaires relatifs aux diverses modalités thérapeutiques, l'image corporelle, la sexualité et les perspectives d'avenir. Le QLQ-BR23 est un module additionnel à l'échelle générale EORTC QLQ-C30. Il ne peut pas être utilisé seul pour évaluer la qualité de vie de patients avec cancer du sein mais en association avec l'échelle générale.

#### **4.1.2.4 Analyse statistique**

Pour l'évaluation de la souffrance psychique durant le traitement et à long terme, de la qualité de vie à long terme, du parcours de soin psycho-oncologie durant le traitement, les différences entre les groupes de patientes étaient testées en utilisant le test de Chi<sup>2</sup> avec corrélation de Yates si nécessaire ou évaluation des probabilités par simulation Monté-Carlo en cas de faibles effectifs ; les différences entre les paramètres quantitatifs ont été testées en utilisant les tests de Kruskal-Wallis ou de Mann-Whitney (en fonction de la distribution des paramètres). Le niveau de significativité a été établi à  $p < 0,05$ .

## **4.2 Objectif**

Nous avons voulu connaître l'évolution de l'état psychique ainsi qu'identifier les facteurs prédictifs de détresse émotionnelle et les facteurs prédictifs de la qualité de vie à long terme chez des patientes en rémission d'un cancer du sein non métastatique. Cette évaluation s'est faite à 7 ans et demi de rémission, de manière rétrospective. L'objectif étant d'étudier la pertinence d'une intervention psycho-oncologique au long cours des patientes en rémission d'un cancer du sein non métastatique. De plus, nous avons voulu mettre en évidence les facteurs qui pourraient permettre de repérer les patientes à risque de souffrance psychique à long terme afin d'ajuster les soins psycho-oncologiques pour ces patientes.

## 4.3 Résultats

### 4.3.1 Analyse des troubles psychiques

Les résultats sont reportés dans le Tableau 3 ci-dessous :

Tableau 3 : Fréquences des troubles de l'humeur durant le traitement et de l'humeur actuelle :

	Anxiété Actuelle	Dépression Actuelle	Humeur normale	Totaux
<b>Dépression durant le traitement</b>	18	20	12	50
<b>Humeur normale durant le traitement</b>	16	3	33	52
<b>Totaux</b>	34	23	45	102

#### 4.3.1.1 Troubles psychiques durant le traitement

Les résultats, au cours du traitement, retrouvent 50 patientes qui ont présenté une dépression (souffrance psychique). Dans notre étude, la fréquence de la dépression est donc de 49 % durant la phase thérapeutique.

#### 4.3.1.2 Troubles psychiques à long terme

Les résultats de l'évaluation à long terme, c'est-à-dire à 7 ans et demi de rémission, montrent que 23 patientes sur un total de 102 patientes présentent une dépression actuelle. La fréquence de la dépression à long terme est donc de 22,5 %. Concernant la symptomatologie anxieuse, il y a 34 patientes avec une anxiété actuelle. La fréquence de l'anxiété à long terme dans notre étude est de 33,3 %.

Si on évalue la souffrance psychique (dépression et anxiété), il y a 57 patientes qui présentent à 7 ans et demi de rémission des symptômes psychiques, c'est-à-dire une fréquence de 55,8 % de diagnostic psychiatrique à long terme.

### **4.3.1.3 Evolution de l'état psychique en fonction du statut émotionnel initial**

Notre étude nous montre que parmi les 50 patientes déprimées durant le traitement :

- 38 patientes continuent à présenter des troubles psychiques dont :
  - 20 patientes restent toujours déprimées
  - 18 patientes deviennent anxieuses
- 12 patientes ont une humeur normale

Le devenir des patientes déprimées est donc le suivant :

- 76 % des patientes présentent une souffrance psychique persistante dont :
  - 40 % restent déprimées
  - 36 % ont évolué vers des symptômes résiduels anxieux
- 24 % des patientes ont évolué de manière satisfaisante

Parmi les 52 patientes avec humeur normale durant le traitement :

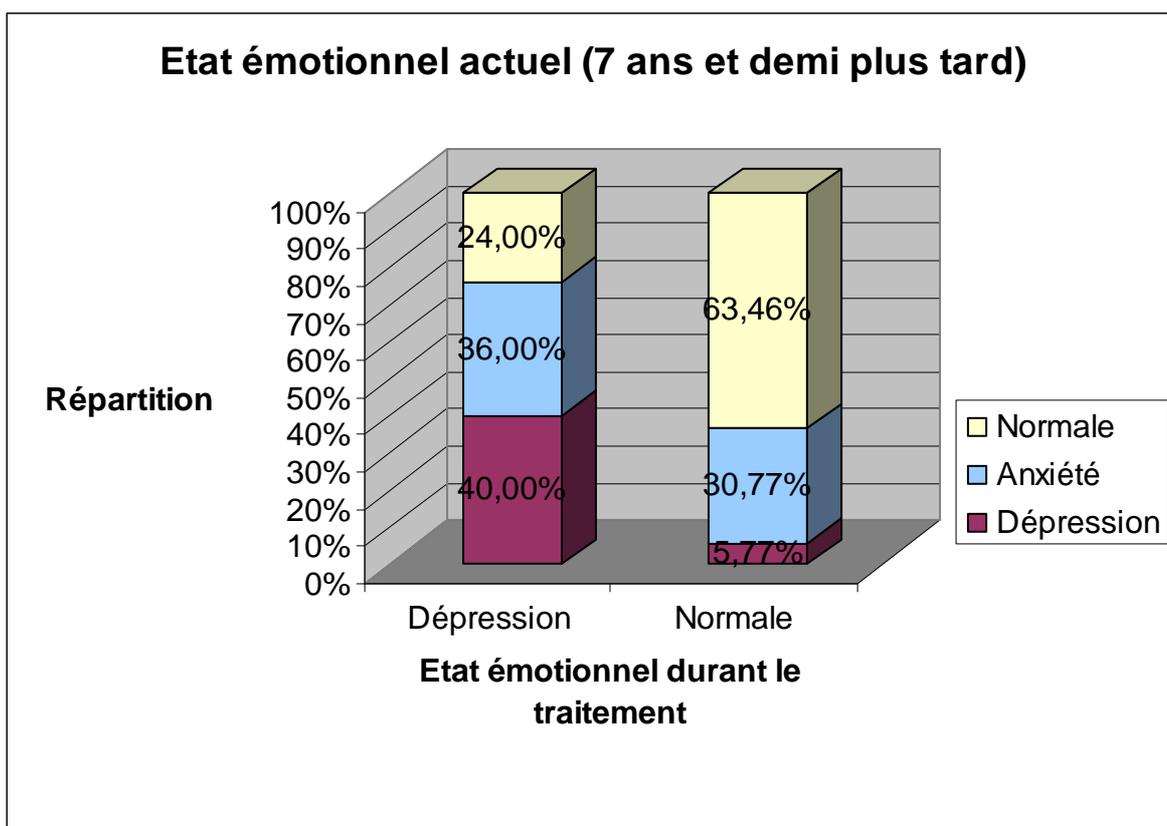
- 19 patientes présentent une souffrance psychique dont :
  - 3 patientes qui sont devenues déprimées
  - 16 patientes qui ont évolué vers un trouble anxieux
- 33 patientes restent avec une humeur normale

Sur les patientes avec humeur normale :

- 36,7% développent une souffrance psychique dont :
  - 30,8 % des patientes développent des troubles anxieux
  - 5,7 % des patientes seulement se dépriment
- 63,5 % des patientes restent indemnes de troubles psychiques

L'évolution de l'état psychique est illustrée par le Graphique 1 :

Graphique 1 : Evolution de l'état émotionnel à 7 ans et demi en fonction de du statut émotionnel durant le traitement



#### 4.3.1.4 Parcours de soins psycho-oncologiques durant le traitement carcinologique

Les résultats sont reportés dans le Tableau 4.

Tableau 4: parcours de soins psycho-oncologique durant le traitement

Humeur durant le traitement	Consultation psy	Prise de psychotropes
<b>(58) Normale</b>	5%	9%
<b>(14) Détresse Emotionnelle</b>	21%	64%
<b>(55) Dépression</b>	38%	64%
<b>p #</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>&lt; 0,0001</b>

# Chi2 test

L'évaluation de la consommation de psychotropes et des consultations spécialisées en fonction de l'humeur durant le traitement montre une différence statistiquement significative entre les patientes ayant présenté une souffrance psychique durant le traitement et les patientes ayant présenté une humeur normale. Les patientes ayant présenté une souffrance psychique durant le traitement ont consommé plus de psychotropes et ont consulté plus de psychiatres ou psychologues.

Toutefois, nous constatons aussi que seulement 21 % des patientes présentant une détresse émotionnelle et seulement 38% des patientes présentant une dépression durant le traitement ont eu une prise en charge psychiatrique.

### 4.3.2 Analyse de la qualité de vie

Les résultats sont reportés dans le tableau 5 :

Tableau 5 : qualité de vie à long terme dans les deux bras

Critères Du QLQ-C30	Témoin (Bras A) (nbr) moy. ± DS	Testé (Bras B) (nbr) moy. ± DS	P*	
<b>Etat Global de Santé</b>	(62) 67,7 ± 20,7	(63) 79,2 ± 17,0	<b>0,002</b>	<b>B &gt; A</b>
<b>Echelles Fonctionnelles</b>				
<i>Fonctionnement physique</i>	(64) 81,8 ± 18,5	(63) 85,9 ± 12,6	0,452	
<i>Domaine fonctionnel</i>	(64) 82,0 ± 27,7	(63) 87,3 ± 19,3	0,675	
<i>Fonctionnement émotionnel</i>	(64) 69,9 ± 27,5	(63) 80,8 ± 20,6	<b>0,022</b>	<b>B &gt; A</b>
<i>Fonctionnement cognitif</i>	(64) 76,6 ± 24,1	(63) 84,7 ± 16,7	<b>0,075</b>	<b>B &gt; A</b>
<i>Fonctionnement social</i>	(64) 81,0 ± 28,8	(63) 87,9 ± 19,6	0,360	
<b>Echelle des Symptômes Physiques</b>				
<i>Asthénie</i>	(64) 35,0 ± 27,5	(63) 23,1 ± 22,7	<b>0,011</b>	<b>B &lt; A</b>
<i>Nausées Vomissements</i>	(64) 12,2 ± 26,6	(63) 5,3 ± 13,7	0,277	
<i>Douleurs</i>	(63) 26,5 ± 29,7	(63) 16,9 ± 19,3	0,196	
<i>Dyspnée</i>	(64) 17,2 ± 28,5	(63) 15,3 ± 20,6	0,765	
<i>Insomnie</i>	(63) 41,3 ± 33,7	(63) 27,0 ± 31,0	<b>0,020</b>	<b>B &lt; A</b>
<i>Perte d'appétit</i>	(64) 16,7 ± 29,1	(60) 6,7 ± 19,2	0,104	
<i>Constipation</i>	(64) 21,4 ± 33,8	(63) 20,6 ± 29,6	0,743	
<i>Diarrhée</i>	(63) 9,5 ± 23,5	(63) 6,3 ± 16,8	0,809	
<i>Difficultés financières</i>	(64) 14,6 ± 29,0	(63) 7,4 ± 21,9	0,232	

(\*) : U-Test Mann-Whitney

Critères Du BR23	Témoin (Bras A) (nbr) moy. ± DS	Testé (Bras B) (nbr) moy. ± DS	P*	
<b>Echelles Fonctionnelles</b>				
<i>Image corporelle</i>	(64) 71,3 ± 33,7	(61) 81,0 ± 23,9	0,252	
<i>Fonctionnement sexuel</i>	(60) 22,2 ± 23,1	(56) 36,3 ± 25,0	<b>0,003</b>	<b>B &gt; A</b>
<i>Satisfaction sexuelle</i>	(31) 51,6 ± 29,6	(41) 57,7 ± 27,9	0,312	
<b>Echelle des Symptômes Physiques</b>				
<i>Effets secondaires de traitement systémique</i>	(64) 20,8 ± 19,0	(62) 17,3 ± 15,8	0,448	
<i>Symptômes du sein</i>	(64) 23,2 ± 23,7	(62) 23,0 ± 19,9	0,622	
<i>Symptômes du bras</i>	(64) 24,9 ± 29,3	(62) 23,7 ± 25,9	0,938	
<i>Inquiétudes / alopécie</i>	(25) 34,7 ± 34,0	(18) 22,2 ± 28,0	0,252	
<i>Perspectives d'avenir</i>	(64) 54,2 ± 35,9	(61) 58,5 ± 31,4	0,625	

(\*) : U-Test Mann-Whitney

L'analyse de la qualité de vie grâce à l'échelle QLQ-BR23 {106} nous a permis d'étudier différents domaines comme le fonctionnement physique, émotionnel, cognitif, social, sexuel ainsi que l'image corporelle, différents symptômes physiques, notamment la douleur et les symptômes spécifiques liés au sein opéré.

Les résultats de l'évaluation de la qualité de vie à 7 ans et demi nous montrent que les patientes du bras testé (Bras B) ayant reçu un traitement par radiochimiothérapie concomitante présentent une meilleure qualité de vie globale, un meilleur fonctionnement émotionnel, cognitif et sexuel, de même, elles ont moins d'asthénie et d'insomnie par rapport aux patientes du bras témoin (Bras A) qui ont reçu un traitement séquentiel. Les autres items de l'échelle de qualité de vie ne présentent pas de différences entre les deux bras.

### **4.3.3 Facteurs prédictifs de l'état psychique**

#### **4.3.3.1 Durée du traitement carcinologique courte, sans interruption**

Ici, l'intérêt de l'étude était porté sur l'analyse de l'existence ou non d'une corrélation entre la durée du traitement carcinologique, l'existence d'interruption dans le traitement et l'état émotionnel des patientes.

En effet, le traitement dans le bras témoin (bras A) avait une durée de 7 mois avec une interruption de 3 à 5 semaines entre la chimiothérapie et la radiothérapie alors que le traitement dans le bras testé (Bras B) durait 5 mois, sans interruption.

##### ***4.3.3.1.1 A court terme***

Nous avons comparé les résultats de l'humeur durant le traitement entre le groupe témoin de patientes ayant reçu un traitement séquentiel (Bras A) et le groupe testé de patientes ayant reçu le traitement concomitant (Bras B).

Les résultats sont reportés dans le Tableau 6.

Tableau 6 : Humeur durant le traitement carcinologique en fonction de la stratégie d'administration des traitements adjuvants

	Témoin (Bras A) (nbre) pourcentage	Testé (Bras B) (nbre)pourcentage	p †	
<b>Humeur normale</b>	(23) 36%	(35) 56%	0,033	<b>B &gt; A</b>
<b>Détresse Emotionnelle</b>	(6) 9%	(8) 13%	0,033	B ≈ A
<b>Dépression</b>	(35) 55%	(20) 32%	0,033	<b>B &lt; A</b>

† Chi2 test (avec correction de continuité éventuelle)

Les résultats de notre étude montrent une différence statistiquement significative entre les deux bras en ce qui concerne les patientes avec humeur normale durant le traitement et les patientes avec une dépression durant le traitement. La différence concernant la détresse émotionnelle est statistiquement peu significative étant donné le très faible échantillon dans ce sous groupe.

Les patientes du bras B présentent plus souvent une humeur normale et sont moins déprimées durant le traitement en comparaison aux patientes du bras A.

Nous avons aussi analysé la corrélation entre la durée du traitement carcinologique et le parcours de soins psycho-oncologiques durant le traitement.

Les résultats sont reportés dans le Tableau 7.

Tableau 7 : parcours de soins psycho-oncologiques durant le traitement carcinologique en fonction de la stratégie thérapeutique

	Témoin (Bras A) (nbre) pourcentage	Testé (Bras B) (nbre)pourcentage	p †	
<b>Consultations psy</b>	(15) 23%	(12) 19%	0,697	
<b>Prise de psychotropes</b>	(30) 47%	(19) 30%	<b>0,079</b>	<b>B &lt; A</b>

† Chi2 test (avec correction de continuité éventuelle)

Il apparaît une différence significative relative à la consommation de psychotropes entre les patientes du groupe témoin (Bras A) et les patientes du groupe testé (Bras B), les patientes du bras testé consomment moins de psychotropes en comparaison aux patientes du bras témoin.

Aucune différence statistiquement significative n'est retrouvée en ce qui concerne les consultations spécialisées (psychologue ou psychiatre).

#### ***4.3.3.1.2 A long terme***

Deux analyses ont été faites :

- une première évaluant la corrélation entre le type de traitement et l'état psychique à long terme, et
- une deuxième évaluant la corrélation entre le type de traitement et l'évolution de l'état psychique.

En premier, nous avons comparé les résultats de l'humeur actuelle entre le groupe témoin des patientes ayant reçu un traitement séquentiel (Bras A) et le groupe testé de patientes ayant reçu le traitement concomitant (Bras B).

Les résultats sont reportés dans le Tableau 8.

Tableau 8 : Humeur actuelle en fonction de la stratégie d'administration des traitements adjuvants

	Témoin (Bras A) (nbr) moy. ± DS	Testé (Bras B) (nbr) moy. ± DS	P*	
<b>Classification quantitative du HAD global</b>				
<i>Anxiété</i>	(62) 9,0 ± 4,3	(59) 7,7 ± 3,8	0,133	
<i>Dépression</i>	(61) 5,0 ± 3,8	(61) 3,9 ± 3,3	0,165	
<i>HAD global</i>	(61) 13,8 ± 7,1	(59) 11,7 ± 6,2	<b>0,089</b>	<b>B &lt; A</b>
<b>Classification qualitative du HAD global</b>				
<i>Troubles adaptatifs</i>	(2)	(2)	<b>0,099 #</b>	
<i>Normale</i>	(21) 36%	(31) 54%		<b>B &gt; A</b>
<i>Anxiété</i>	(23) 39%	(18) 32%		<b>B ≈ A</b>
<i>Dépression</i>	(15) 25%	(8) 14%		<b>B &lt; A</b>
<b>Classification qualitative en deux groupes du HAD global</b>				
<i>Humeur « NORMALE »</i>	(21) 34%	(31) 53%	<b>0,069 ¥</b>	<b>B &gt; A</b>
<i>Humeur 'ANORMALE »</i>	(40) 66%	(28) 47%		<b>B &lt; A</b>

\* Mann-Whitney U-test - # Chi2 test - ¥ Chi2 test (avec correction de continuité)

Il apparaît une différence statistiquement significative relative à l'humeur actuelle entre les patientes des deux bras, les patientes du bras testé (Bras B) présentent moins de souffrance psychique à long terme.

En effet, concernant la classification quantitative, les scores de l'HAD global sont significativement plus élevés chez les patientes du bras témoin (Bras A), c'est-à-dire que la symptomatologie anxio-dépressive est plus importante dans ce bras, en comparaison avec les patientes du bras testé (Bras B). Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour les sous-échelles de l'anxiété et de la dépression.

Cependant, si on fait une analyse avec une classification qualitative, des résultats significatifs relatifs aux troubles psychiques apparaissent. Il y a un pourcentage significativement plus important de patientes indemnes de souffrance psychique et un pourcentage significativement plus faible de patientes présentant une dépression dans le bras testé (Bras B).

De même, si on classe chaque bras en deux groupes : patientes avec humeur normale et patientes présentant une souffrance psychique, il y a significativement plus de patientes avec humeur normale et moins de patientes présentant une souffrance psychique dans le bras testé (Bras B).

Secondairement, nous avons analysé l'évolution de l'état émotionnel des patientes sur une période de 7 ans et demi.

Nous avons considéré que :

- il y a amélioration de l'état émotionnel dans le cas de patientes déprimées dont l'humeur s'est normalisée,

- l'état émotionnel reste stable pour les patientes qui demeurent indemnes de troubles psychiques,

- l'état émotionnel négatif persiste pour les patientes qui restent déprimées, et

- il y a aggravation de l'état émotionnel pour celles qui développent des troubles psychiques.

Les résultats sont reportés dans le Tableau 9 et le Tableau 10 :

Tableau 9 : Fréquences observées de l'évolution de l'état psychique en fonction de la stratégie d'administration des traitements adjuvants

Résultats observés	Témoin (Bras A)	Testé (Bras B)	Totaux
<b>Amélioration de l'humeur</b>	7	12	19
<b>Etat émotionnel stable</b>	14	19	33
<b>Persistance de souffrance psychique</b>	30	15	45
<b>Aggravation de l'état émotionnel</b>	8	11	19
<b>Totaux</b>	59	57	116

Tableau 10 : Valeurs attendues de l'évolution de l'état psychique en fonction de la stratégie d'administration des traitements adjuvants

Valeurs attendues	Témoin (Bras A)	Testé (Bras B)	Totaux
<b>Amélioration de l'humeur</b>	10	9	19
<b>Etat émotionnel stable</b>	17	16	33
<b>Persistance de souffrance psychique</b>	23	22	45
<b>Aggravation de l'état émotionnel</b>	10	9	19
<b>Totaux</b>	60	56	116

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux bras concernant l'évolution de l'état psychique si on se réfère au test de Chi<sup>2</sup> ( $p < 0,057$ ).

Cependant, on peut dénoter une tendance des résultats.

En effet, les valeurs attendues pour le nombre de patientes dont l'état psychique s'améliore sont de 10 pour le bras témoin (Bras A) et de 9 pour le bras testé (Bras B), alors que la fréquence observée est de 7 pour le bras témoin et de 12 pour le bras testé. Les patientes du bras testé ont donc plus de chance d'aller mieux sur le plan psychique plus tard, elles bénéficient plus du temps qui passe par comparaison au bras témoin.

De même, les valeurs attendues pour le nombre de patientes dont l'état psychique est stable sont de 17 pour le bras témoin (Bras A) et de 16 pour le bras testé (Bras B), alors que la fréquence observée est de 14 pour le bras témoin et 19 pour le bras testé. Les patientes du bras testé ont donc plus de chance de rester indemnes de troubles psychiques à long terme.

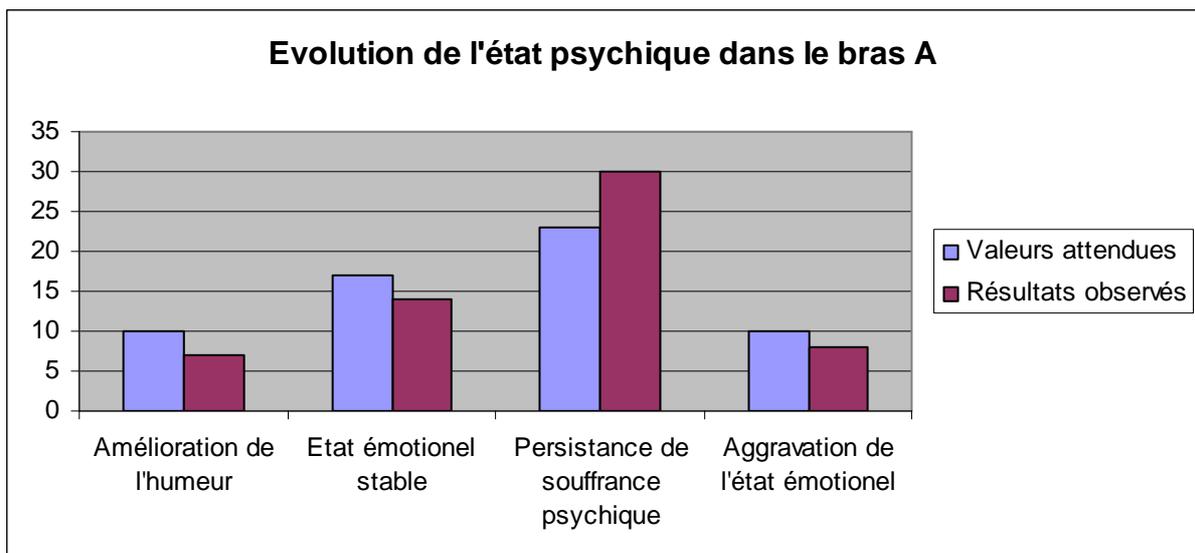
En ce qui concerne la persistance de la souffrance psychique à long terme, les valeurs attendues sont de 23 dans le bras témoin et de 22 dans le bras testé, alors que les résultats observés sont de 30 pour le bras témoin et de 15 pour le bras testé. Les patientes dans le bras témoin, si elles présentent une souffrance psychique initiale, ont plus de risque d'être en souffrance psychique à long terme, de

ne pas s'améliorer sur le plan émotionnel. Il y a donc moins de bénéfice du temps qui passe chez les patientes du bras témoin par comparaison au bras testé.

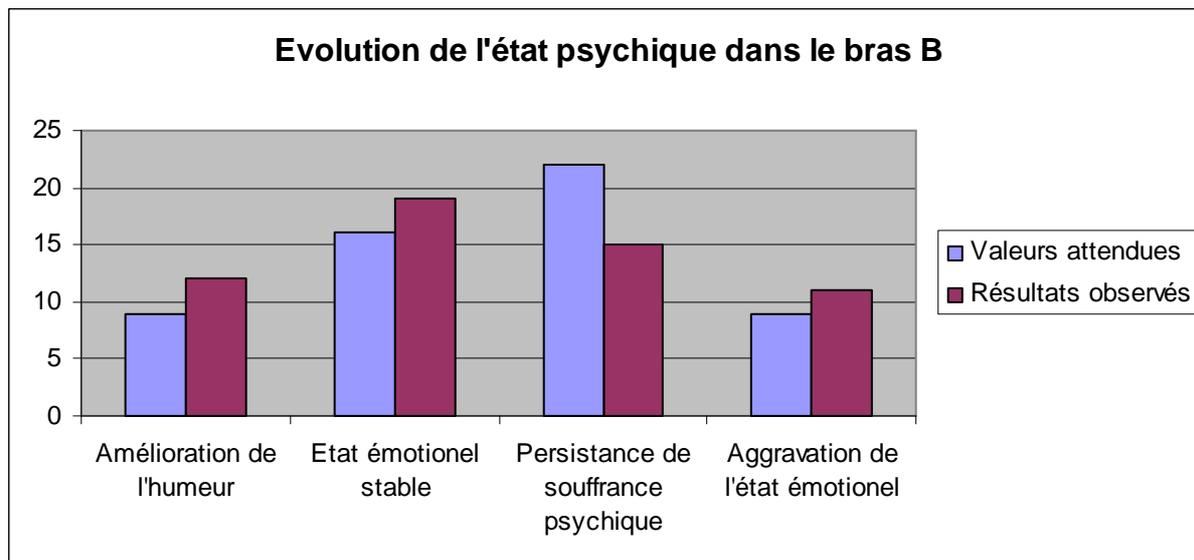
Par contre, la tendance des résultats à l'aggravation de l'état émotionnel est inverse avec plus de chance d'amélioration pour le bras témoin. Cependant, il ne s'agit que de 8 patientes /59 du bras témoin et de 11 patientes /57 du bras testé, donc peu représentatif. La tendance générale étant un bénéfice du temps supérieur pour le bras testé par rapport au bras témoin.

Ces résultats sont illustrés par le graphique 2 et graphique 3 :

Graphique 2 : évolution de l'état psychique dans le bras témoin (Bras A)



Graphique 3 : évolution de l'état psychique dans le bras testé (Bras B)



#### 4.3.3.2 Troubles de l'humeur durant la phase de traitement d'un cancer du sein

L'existence de trouble de l'humeur durant la phase de traitement d'un cancer du sein est un facteur prédictif de souffrance psychique à long terme dans notre étude. En effet, 76 % des patientes déprimées à la phase précoce continuent à présenter une souffrance psychique à l'évaluation à 7 ans et demi : 36 % présentent un trouble anxieux et 40 % présentent un trouble dépressif. Ce résultat est retrouvé dans le Graphique 1, page 116 déjà décrit précédemment.

### 4.3.3.3 Consommations de psychotropes, consultations psy

Nous avons constitué deux groupes de patientes :

- celles qui présentent une évolution positive : il s'agit de patientes qui demeurent indemnes de troubles psychiques à long terme et de patientes déprimées durant le traitement dont l'humeur s'est normalisée à l'évaluation à 7 ans et demi

- celles qui présentent une évolution négative : il s'agit de patientes qui présentaient une humeur normale durant le traitement carcinologique mais qui développent un trouble psychique à l'évaluation à 7 ans et demi et de patientes déprimées dont l'état émotionnel négatif persiste.

Les résultats concernant l'évolution de l'état psychique en fonction de la consommation de psychotropes sont reportés dans le Tableau 11 et Tableau 12:

Tableau 11 : Evolution de l'état psychique en fonction de la consommation de psychotropes, fréquences observées :

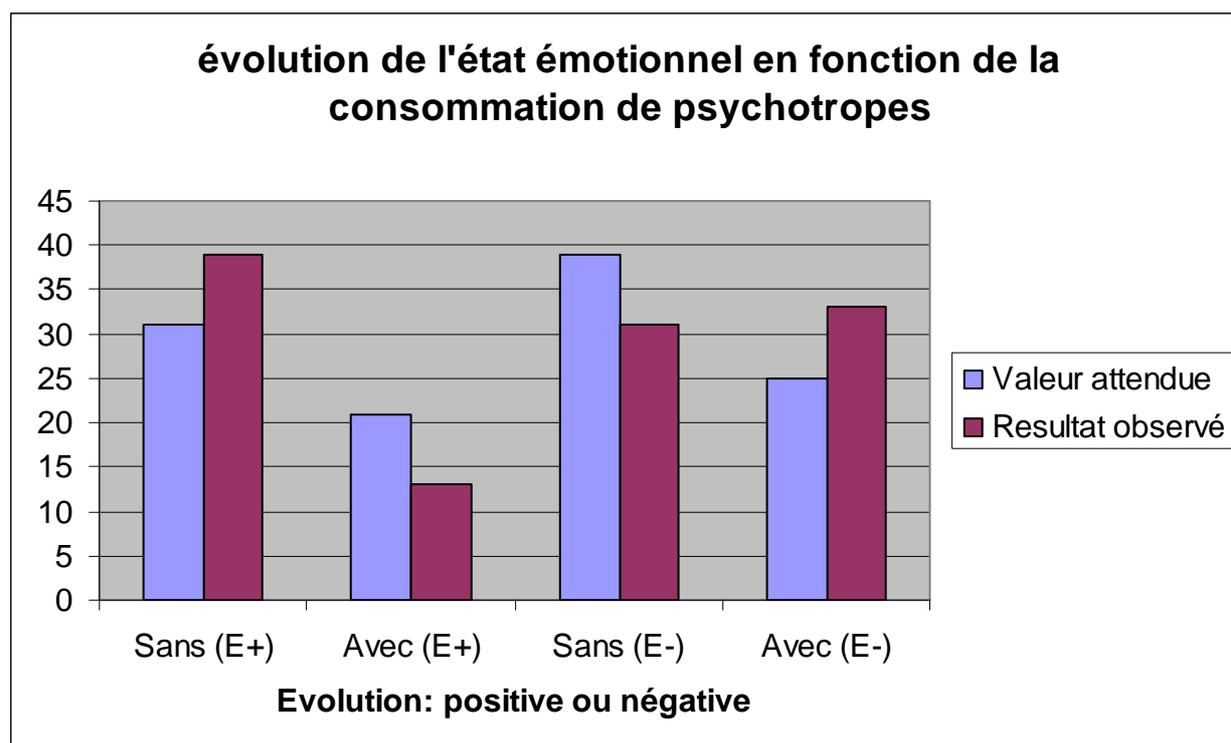
Résultats observés	Pas de consommation de psychotropes	Consommation de psychotropes	totaux
<b>Evolution positive</b>	39	13	52
<b>Evolution négative</b>	31	33	64
<b>Totaux</b>	70	46	116

Tableau 12 : Evolution de l'état psychique en fonction de la consommation de psychotropes, valeurs attendues :

Valeurs attendues	Pas de consommation de psychotropes	Consommation de psychotropes	totaux
<b>Evolution positive</b>	31	21	52
<b>Evolution négative</b>	39	25	64
<b>Totaux</b>	70	46	116

Ces résultats sont illustrés par le Graphique 4:

Graphique 4 : évolution de l'état émotionnel en fonction de la consommation de psychotropes



Les résultats concernant l'évolution de l'état psychique en fonction de la consultation psychiatrique ou psychologique sont reportés dans le Tableau 13 et Tableau 14:

Tableau 13 : Evolution de l'état psychique en fonction des consultations psy, fréquences observées :

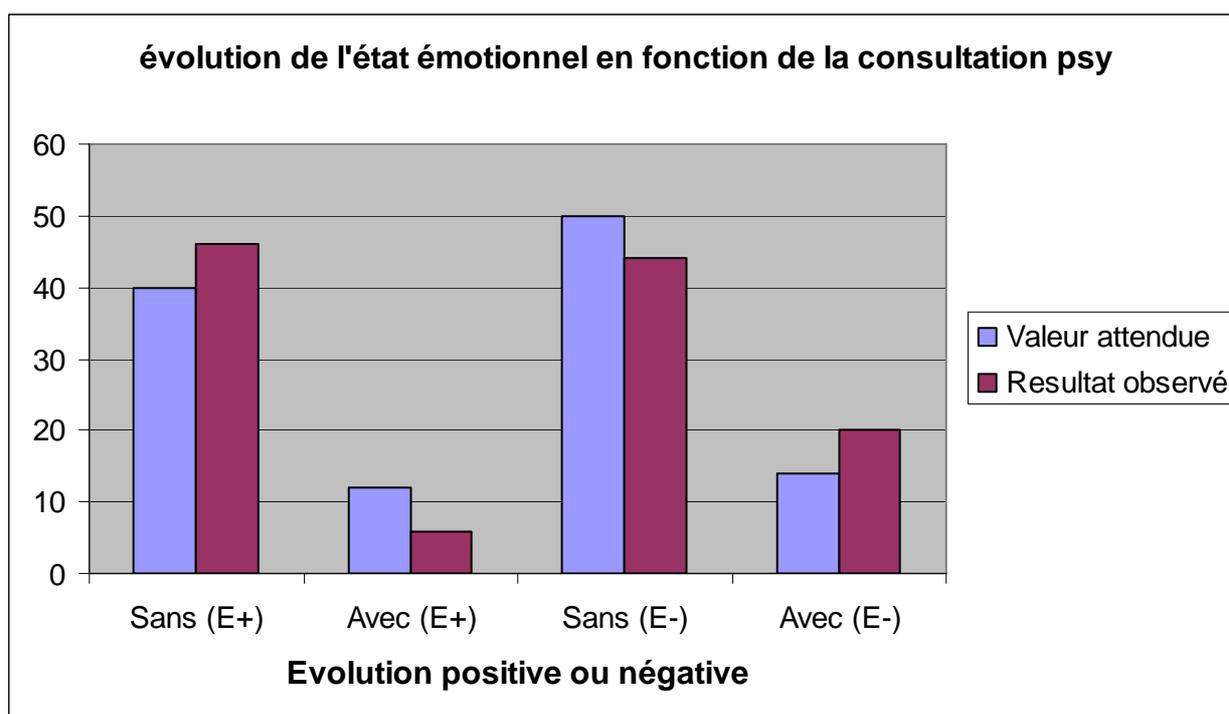
Résultats observés	Pas de consultation psy	Consultation Psy	totaux
<b>Evolution positive</b>	46	6	52
<b>Evolution négative</b>	44	20	64
<b>Totaux</b>	90	26	116

Tableau 14 : Evolution de l'état psychique en fonction des consultations psy, valeurs attendues :

Valeurs attendues	Pas de consultation psy	Consultation Psy	totaux
<b>Evolution positive</b>	40	12	52
<b>Evolution négative</b>	50	14	64
<b>Totaux</b>	90	26	116

Ces résultats sont illustrés par le Graphique 5:

Graphique 5 : l'évolution de l'état psychique en fonction de la consultation psychiatrique ou psychologique



Les résultats montrent une corrélation statistiquement significative entre la consommation de psychotropes et l'évolution de l'état émotionnel ( $p < 0,036$ ). En effet, les patientes qui ont une consommation plus importante de psychotropes sont celles qui ont une évolution de l'état psychique négative. De même, les patientes qui ont une consommation moindre de psychotropes sont celles qui évoluent favorablement du point de vue de l'état psychique.

Cette association est aussi retrouvée entre les consultations spécialisées et l'évolution de l'état émotionnel ( $p < 0,011$ ). Les patientes qui ont plus recours à un psychiatre ou un psychologue sont celles dont l'évolution de l'état psychique est défavorable. De la même manière, les patientes qui ont moins recours aux consultations spécialisées sont celles qui ont une évolution positive.

Ces résultats peuvent paraître surprenant initialement, mais il est assez aisé de concevoir aussi que la population suivie par un psychiatre est une population plus vulnérable donc ayant plus de risque d'évolution défavorable.

Une deuxième analyse de ses résultats peut se faire ; parmi les patientes qui présentent une évolution négative, seulement 20 patientes sur 64 ont consulté un psychiatre ou psychologue, c'est-à-dire 31,25 %. De plus, sur les 33 patientes avec une évolution négative ayant consommé des psychotropes, seulement 20 consultent un spécialiste. Ceci signifie que 13 patientes / 64 avec une évolution négative ont une prescription de psychotropes faite par un médecin non psychiatre, c'est-à-dire 20,3 %.

#### **4.3.3.4 L'image corporelle**

Nous avons identifié des corrélations statistiquement significatives entre l'évaluation de l'image corporelle par l'échelle QLQ-BR23 à 7 ans et demi et l'état émotionnel durant le traitement, l'état émotionnel actuel et l'évolution de l'état émotionnel. En effet, une moins bonne image corporelle est associée à la souffrance psychique durant le traitement, à la souffrance psychique actuelle ainsi qu'à l'évolution négative de l'état émotionnel.

#### **4.3.3.5 L'âge**

Il existe une corrélation statistiquement significative entre l'âge et l'humeur durant le traitement : la dépression est accentuée durant le traitement pour les femmes de moins de 50 ans. Ce résultat devient non significatif si on considère la détresse émotionnelle durant le traitement, l'humeur actuelle et l'évolution de l'état psychique à long terme.

#### **4.3.3.6 Le statut ménopausique pré-thérapeutique**

Dans notre étude, les résultats ne montrent pas de corrélation statistiquement significative entre le statut ménopausique pré-thérapeutique et la dépression.

#### **4.3.3.7 Les récepteurs hormonaux**

Aucune association statistiquement significative n'est retrouvée entre la présence des récepteurs à œstrogène ou les récepteurs à progestérone et l'évolution de l'état émotionnel.

#### **4.3.3.8 Traitement hormonal substitutif**

Notre étude ne retrouve pas de corrélation entre le traitement hormonal substitutif et l'évolution de l'état émotionnel.

## **4.3.4 Facteurs prédictifs de la qualité de vie à long terme (7ans et demi)**

### **4.3.4.1 Durée du traitement court, sans interruption**

Nous avons comparé les résultats de la qualité de vie entre le groupe témoin de patientes ayant reçu un traitement séquentiel (bras A) et le groupe testé de patientes ayant reçu le traitement concomitant (bras B).

Ici, l'intérêt était porté sur l'étude de l'existence ou non d'une corrélation entre la durée et les interruptions du traitement carcinologique et la qualité de vie à long terme des patientes en rémission d'un cancer du sein non métastatique.

En effet, rappelons que le traitement dans le bras témoin (Bras A) était de durée de 7 mois avec une interruption entre les traitements adjuvants alors que le traitement dans le bras testé (Bras B) était de 5 mois sans interruption entre les traitements adjuvants.

Les résultats ont été reportés dans le Tableau 5, page 118, lors de l'analyse de la qualité de vie.

Il apparaît donc qu'il existe une différence statistiquement significative entre le groupe témoin de patientes ayant reçu un traitement séquentiel et le groupe testé de patientes ayant reçu un traitement concomitant en ce qui concerne les items suivants de l'échelle générale QLQ-C30: le statut global de santé, le fonctionnement émotionnel, le fonctionnement cognitif, la fatigue, l'insomnie.

Les patientes du bras testé ont un score moyen de statut global de santé significativement plus élevé que les patientes du groupe témoin ( $p < 0,002$ ).

Concernant les échelles fonctionnelles, les scores du fonctionnement émotionnel et du fonctionnement cognitif sont significativement plus élevés dans le bras testé, bras B (avec respectivement  $p < 0,022$  et  $p < 0,075$ ).

Les résultats relatifs à l'échelle des symptômes montrent moins de fatigue et moins d'insomnie pour les patientes du bras testé, bras B.

En ce qui concerne les items de la sous-échelle spécifique au cancer du sein, la QLQ-BR23, il existe une différence statistiquement significative relative à un critère, le fonctionnement sexuel qui est meilleur dans le bras testé, bras B ( $p < 0,003$ ). Il ne s'accompagne pas cependant de l'item la satisfaction sexuelle pour lequel il n'y a pas de différence statistiquement significative.

Nous pouvons aussi constater qu'aucun item ne ressort en faveur du bras témoin (bras A).

Un traitement de durée plus courte et avec moins d'interruptions apparaît donc comme un facteur prédictif de meilleure qualité de vie à long terme.

#### **4.3.4.2 Etat émotionnel**

##### ***4.3.4.2.1 Etat émotionnel durant le traitement***

Dans cette partie de l'étude, nous nous sommes intéressés à comparer la qualité de vie chez deux groupes de patientes : celles avec humeur normale durant le traitement et celles ayant présenté une dépression durant le traitement.

Les résultats sont reportés dans le Tableau 15.

Tableau 15 : qualité de vie à 7 ans et demi en fonction de l'état émotionnel durant le traitement

Critères Du QLQ-C30	Normale (nbr) moy. ± DS	Dépression (nbr) moy. ± DS	P*	
<b>Etat Global de Santé</b>	(57) 82,2 ± 15,3	(63) 63,4 ± 18,8	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>N &gt; D</b>
<b>Echelles Fonctionnelles</b>				
<i>Fonctionnement physique</i>	(58) 88,5 ± 11,5	(55) 78,0 ± 18,7	<b>0,001</b>	<b>N &gt; D</b>
<i>Domaine fonctionnel</i>	(58) 90,2 ± 16,5	(55) 78,2 ± 27,9	<b>0,026</b>	<b>N &gt; D</b>
<i>Fonctionnement émotionnel</i>	(58) 86,2 ± 16,6	(55) 62,9 ± 27,6	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>N &gt; D</b>
<i>Fonctionnement cognitif</i>	(58) 85,9 ± 14,2	(55) 72,7 ± 25,9	<b>0,009</b>	<b>N &gt; D</b>
<i>Fonctionnement social</i>	(57) 91,8 ± 17,3	(55) 75,5 ± 29,5	<b>0,002</b>	<b>N &gt; D</b>
<b>Echelle des Symptômes Physiques</b>				
<i>Asthénie</i>	(58) 21,3 ± 21,7	(55) 38,6 ± 27,1	<b>0,001</b>	<b>N &lt; D</b>
<i>Nausées Vomissements</i>	(58) 6,3 ± 18,7	(55) 10,9 ± 22,7	0,239	
<i>Douleurs</i>	(57) 13,2 ± 17,2	(55) 31,2 ± 28,5	<b>0,001</b>	<b>N &lt; D</b>
<i>Dyspnée</i>	(58) 9,2 ± 16,3	(55) 24,8 ± 31,0	<b>0,016</b>	<b>N &lt; D</b>
<i>Insomnie</i>	(57) 25,1 ± 29,7	(55) 43,0 ± 34,9	<b>0,008</b>	<b>N &lt; D</b>
<i>Perte d'appétit</i>	(56) 8,3 ± 21,3	(54) 16,0 ± 29,5	0,269	
<i>Constipation</i>	(58) 17,2 ± 30,1	(55) 24,8 ± 33,5	0,230	
<i>Diarrhée</i>	(58) 4,6 ± 15,9	(54) 12,3 ± 25,3	0,196	
<i>Difficultés financières</i>	(58) 2,9 ± 11,3	(55) 17,6 ± 32,0	0,036	

(\*) : U-Test Mann-Whitney

Critères Du BR23	Normale (nbr) moy. ± DS	Dépression (nbr) moy. ± DS	P*	
<b>Echelles Fonctionnelles</b>				
<i>Image corporelle</i>	(57) 85,1 ± 23,0	(54) 65,1 ± 33,4	<b>0,001</b>	<b>N &gt; D</b>
<i>Fonctionnement sexuel</i>	(52) 35,6 ± 25,4	(52) 23,4 ± 22,2	<b>0,018</b>	<b>N &gt; D</b>
<i>Satisfaction sexuelle</i>	(38) 52,6 ± 28,6	(29) 55,2 ± 28,6	0,695	
<b>Echelle des Symptômes Physiques</b>				
<i>Effets secondaires de Traitement systémique</i>	(58) 14,3 ± 13,8	(54) 23,9 ± 20,3	<b>0,017</b>	<b>N &lt; D</b>
<i>Symptômes du sein</i>	(58) 17,7 ± 19,5	(54) 28,7 ± 22,8	<b>0,004</b>	<b>N &lt; D</b>
<i>Symptômes du bras</i>	(58) 16,5 ± 19,7	(54) 34,5 ± 33,0	<b>0,004</b>	<b>N &lt; D</b>
<i>Inquiétudes / alopecie</i>	(15) 22,2 ± 30,0	(22) 28,8 ± 29,6	0,467	
<i>Perspectives d'avenir</i>	(57) 64,9 ± 28,5	(54) 49,4 ± 37,1	<b>0,038</b>	<b>N &gt; D</b>

(\*) : U-Test Mann-Whitney

Nous constatons qu'il existe une différence statistiquement significative des résultats de l'échelle générale (QLQ-C30) de la qualité de vie entre le groupe de patientes ayant présenté une dépression durant le traitement et le groupe de patientes ayant présenté une humeur normale pour le statut général, l'ensemble de l'échelle fonctionnelle et les 4 items de l'échelle des symptômes physiques.

Le statut général de la santé est meilleur chez les patientes avec humeur normale durant le traitement.

Les scores des fonctionnements physique, émotionnel, cognitif, et social, ainsi que celui du domaine fonctionnel sont significativement plus élevés chez les patientes avec humeur normale durant le traitement.

En ce qui concerne l'échelle des symptômes physiques, les patientes avec humeur normale durant le traitement sont moins fatiguées, ont moins de douleur, moins d'insomnie et moins de dyspnée.

Concernant la sous-échelle spécifique (BR-23), les patientes avec humeur normale durant le traitement ont, de façon significative, des scores relatifs à l'image corporelle, le fonctionnement sexuel et les perspectives d'avenir plus élevés. Elles sont moins d'effets secondaires relatifs aux traitements systémiques, moins de symptômes relatifs au sein et au bras traités de façon statistiquement significative en comparaison aux patients avec une symptomatologie dépressive durant le traitement.

Par ailleurs, si on évalue la qualité de vie en fonction de l'humeur durant le traitement en incluant uniquement les patientes présentant une humeur actuelle normale tous ces résultats disparaissent sauf pour le score de l'image corporelle ( $p < 0,0281$ ), qui persiste toujours significativement plus bas dans le groupe de patientes déprimées durant le traitement.

Cela signifie que les patientes dont les symptômes psychiques se sont normalisés, récupèrent une aussi bonne qualité de vie que les patientes non déprimées pendant le traitement sauf pour l'image corporelle.

#### ***4.3.4.2.2 Etat émotionnel actuel***

Nous avons comparé les résultats de la qualité de vie entre le groupe de patientes présentant une humeur normale actuelle, le groupe de patientes présentant une anxiété actuelle et le groupe de patientes présentant une dépression actuelle.

Les résultats sont reportés dans le Tableau 16 et le Tableau 16 bis.

Les résultats montrent sur l'ensemble des items de la qualité de vie (QLQ-C30) une différence statistiquement significative entre les patientes avec humeur actuelle normale, les patientes avec une anxiété actuelle et les patientes avec une dépression actuelle. Les scores des patientes avec humeur normale sont les plus élevés et les scores des patientes avec une dépression sont les plus bas. Les scores des patientes avec une anxiété se situent entre les deux.

L'état de santé général, le fonctionnement physique, émotionnel et social ainsi que le domaine fonctionnel sont les plus altérés de façon décroissante chez les patientes déprimées, puis les patientes anxieuses en comparaison aux patientes avec humeur actuelle normale. Le fonctionnement cognitif est similaire chez les patientes avec humeur normale et les patientes anxieuses. Il est significativement altéré chez les patientes déprimées en comparaison aux deux groupes précédents.

Tableau 16 : qualité de vie (module général) en fonction de l'humeur actuelle

Critères Du QLQ-C30	Normale (nbr) moy. ± DS	Anxiété (nbr) moy ± DS	Dépression (nbr) moy. ± DS	P*	
<b>Etat Global de Santé</b>	(51) 85,1 ± 14,7	(41) 71,1 ± 16,6	(22) 52,7 ± 15,3	< 0,0001	N > A > D
<b>Echelles Fonctionnelles</b>					
<i>Fonctionnement physique</i>	(52) 90,1 ± 8,9	(41) 85,9 ± 12,3	(23) 65,7 ± 22,4	< 0,0001	N > A > D
<i>Domaine fonctionnel</i>	(52) 93,6 ± 12,5	(41) 84,6 ± 25,1	(23) 66,7 ± 31,7	0,001	N > A > D
<i>Fonctionnement émotionnel</i>	(52) 90,3 ± 11,2	(41) 70,9 ± 19,2	(23) 50,7 ± 30,9	< 0,0001	N > A > D
<i>Fonctionnement cognitif</i>	(52) 89,7 ± 11,5	(41) 81,7 ± 17,0	(23) 60,1 ± 29,2	< 0,0002	N ≈ A > D
<i>Fonctionnement social</i>	(52) 91,3 ± 19,4	(41) 87,4 ± 19,3	(23) 71,0 ± 33,4	0,015	N > A > D
<b>Echelle des Symptômes Physiques</b>					
<i>Asthénie</i>	(52) 16,0 ± 17,5	(41) 33,1 ± 26,5	(23) 48,8 ± 26,3	< 0,0001	N < A < D
<i>Nausées Vomissements</i>	(52) 4,5 ± 19,6	(41) 10,6 ± 24,7	(23) 13,8 ± 19,9	0,058	
<i>Douleurs</i>	(52) 13,5 ± 20,6	(41) 20,7 ± 23,8	(23) 39,4 ± 31,5	0,002	N ≈ A < D
<i>Dyspnée</i>	(52) 8,3 ± 16,0	(41) 16,3 ± 19,9	(23) 33,3 ± 36,2	0,014	N < A < D
<i>Insomnie</i>	(52) 19,9 ± 22,2	(40) 45,0 ± 31,6	(23) 53,6 ± 39,9	0,0001	N < A ≈ D
<i>Perte d'appétit</i>	(51) 3,2 ± 12,0	(41) 9,8 ± 18,6	(22) 34,8 ± 40,5	0,008	N < A < D
<i>Constipation</i>	(52) 13,5 ± 23,1	(41) 25,2 ± 33,0	(23) 31,9 ± 39,5	0,184	
<i>Diarrhée</i>	(52) 5,8 ± 14,3	(41) 9,8 ± 27,1	(23) 11,6 ± 21,6	0,720	
<i>Difficultés financières</i>	(52) 3,8 ± 10,8	(41) 11,4 ± 27,5	(23) 29,0 ± 40,6	0,104	

(\*) : U-Test Mann-Whitney

Tableau 16 bis: qualité de vie (module spécifique du cancer du sein) en fonction de l'humeur actuelle :

Critères Du BR23	Normale (nbr) moy. ± DS	Anxiété (nbr) moy. ± DS	Dépression (nbr) moy. ± DS	P**	
<b>Echelles Fonctionnelles</b>					
<i>Image corporelle</i>	(51) 88,2 ± 18,4	(41) 77,4 ± 27,3	(23) 51,8 ± 35,5	< 0,0001	N > A > D
<i>Fonctionnement sexuel</i>	(48) 36,1 ± 27,4	(38) 33,3 ± 21,9	(23) 8,7 ± 11,1	< 0,0001	N ≈ A > D
<i>Satisfaction sexuelle</i>	(35) 60,0 ± 31,1	(28) 56,0 ± 22,3	(8) 37,5 ± 27,8	0,166	
<b>Echelle des Symptômes Physiques</b>					
<i>Effets secondaires de traitement systémique</i>	(51) 12,9 ± 13,0	(41) 20,2 ± 17,6	(23) 30,1 ± 21,8	0,002	N < A < D
<i>Symptômes du sein</i>	(51) 19,2 ± 18,9	(41) 22,0 ± 20,9	(23) 36,6 ± 27,0	0,022	N ≈ A < D
<i>Symptômes du bras</i>	(51) 17,2 ± 23,7	(41) 21,1 ± 24,4	(23) 46,6 ± 33,4	0,001	N ≈ A < D
<i>Inquiétudes / alopécie</i>	(11) 24,2 ± 33,6	(17) 31,4 ± 34,3	(10) 36,7 ± 33,2	0,628	
<i>Perspectives d'avenir</i>	(51) 69,9 ± 24,3	(40) 55,8 ± 32,4	(23) 29,0 ± 33,8	< 0,0001	N > A > D

(\*\*) : Kruskal-Wallis test

Les résultats des items relatifs aux divers symptômes physiques montrent que les scores de fatigue, de perte d'appétit et de dyspnée sont les plus élevés chez les patientes déprimées et les plus bas chez les patientes avec humeur actuelle normale. Les scores des patientes anxieuses se situent entre les deux groupes précédents. L'item douleur est similaire chez les patientes avec humeur normale et les patientes anxieuses. Les patientes déprimées sont significativement plus douloureuses que les deux groupes précédents. Les scores des troubles du sommeil sont équivalents pour les patientes déprimées et anxieuses, et significativement plus élevés en comparaison au groupe des patientes avec humeur actuelle normale.

Les résultats relatifs à la sous-échelle spécifique du cancer du sein (BR-23) montrent que l'image corporelle est la plus négative pour les patientes déprimées, puis pour les patientes anxieuses et elle apparaît la plus positive chez les patientes avec humeur actuelle normale.

En ce qui concerne l'évaluation de la vie sexuelle, il existe une différence statistiquement significative entre les trois groupes de patientes seulement pour l'item fonctionnement sexuel. Il n'y a pas de différence retrouvée relative à l'item satisfaction sexuelle. Le fonctionnement sexuel est de loin le plus altéré chez les patientes déprimées, alors qu'il est équivalent pour les patientes anxieuses et les patientes avec humeur normale.

Les patientes déprimées ont le moins de perspectives d'avenir, en second apparaissent les femmes anxieuses alors que les femmes avec humeur normale ont le plus de perspectives d'avenir.

Les effets secondaires relatifs aux traitements systémiques sont les plus importants chez les patientes déprimées, puis de façon décroissante chez les patientes anxieuses et les patientes avec humeur normale.

Les symptômes relatifs au sein et au bras sont équivalents pour les patientes avec humeur normale et les patientes anxieuses, ils sont significativement plus importants chez les patientes déprimées.

#### ***4.3.4.2.3 Evolution de l'état psychique, persistance de la souffrance psychique***

Nous allons regarder à présent la qualité de vie des patientes en rémission d'un cancer du sein non métastatique depuis 7 ans et demi en fonction de l'évolution de l'état émotionnel. Nous avons constitué deux groupes de patientes :

-les patientes présentant une évolution psychique positive. Cette sous-population regroupe les patientes restant indemnes de troubles psychiques et les patientes présentant une humeur dépressive durant le traitement qui se normalise.

-les patientes présentant une évolution psychique négative. Cette sous-population est constituée de patientes initialement avec une humeur normale qui s'aggrave sur le plan psychique et les patientes présentant une souffrance psychique persistante.

Les résultats sont reportés dans le Tableau 17.

Tableau 17 : qualité de vie à 7 ans et demi en fonction de l'évolution psychique

Critères Du QLQ-C30	Evolution positive (nbr) moy. ± DS	Evolution négative (nbr) moy. ± DS	P*	
<b>Etat Global de Santé</b>	(51) 85,1 ± 14,7	(63) 64,7 ± 18,3	< 0,0001	P > N
<b>Echelles Fonctionnelles</b>				
<i>Fonctionnement physique</i>	(52) 90,1 ± 8,9	(64) 78,6 ± 19,1	0,0004	P > N
<i>Domaine fonctionnel</i>	(52) 93,6 ± 12,4	(64) 78,1 ± 28,8	0,0038	P > N
<i>Fonctionnement émotionnel</i>	(52) 90,4 ± 11,2	(64) 63,7 ± 25,7	< 0,0001	P > N
<i>Fonctionnement cognitif</i>	(52) 89,7 ± 11,5	(64) 73,9 ± 24,3	0,0002	P > N
<i>Fonctionnement social</i>	(52) 91,3 ± 19,3	(64) 81,5 ± 26,2	0,0182	P > N
<b>Echelle des Symptômes Physiques</b>				
<i>Asthénie</i>	(52) 16,0 ± 17,5	(64) 38,7 ± 27,3	< 0,0001	P > N
<i>Nausées Vomissements</i>	(52) 4,5 ± 19,6	(64) 11,7 ± 22,9	0,0451	P > N
<i>Douleurs</i>	(52) 13,5 ± 20,6	(64) 27,2 ± 28,0	0,0046	P > N
<i>Dyspnée</i>	(52) 8,3 ± 16,0	(64) 22,4 ± 27,9	0,0103	P > N
<i>Insomnie</i>	(52) 19,9 ± 22,1	(63) 48,1 ± 37,8	< 0,0001	P > N
<i>Perte d'appétit</i>	(51) 3,3 ± 12,0	(63) 18,5 ± 30,4	0,0164	P > N
<i>Constipation</i>	(52) 13,5 ± 23,1	(64) 27,6 ± 35,9	0,0757	
<i>Diarrhée</i>	(52) 5,8 ± 14,3	(64) 10,4 ± 25,1	0,6914	
<i>Difficultés financières</i>	(52) 3,8 ± 10,7	(64) 17,7 ± 33,6	0,1489	

(\*) : U-Test Mann-Whitney

Critères Du BR23	Evolution positive (nbr) moy. ± DS	Evolution négative (nbr) moy. ± DS	P*	
<b>Echelles Fonctionnelles</b>				
<i>Image corporelle</i>	(51) 88,2 ± 18,4	(64) 68,3 ± 32,7	0,0006	P > N
<i>Fonctionnement sexuel</i>	(48) 36,1 ± 27,4	(61) 24,0 ± 22,0	0,0241	P > N
<i>Satisfaction sexuelle</i>	(35) 60,1 ± 31,1	(36) 51,8 ± 28,6	0,1803	
<b>Echelle des Symptômes Physiques</b>				
<i>Effets secondaires de traitement systémique</i>	(51) 12,9 ± 13,0	(64) 23,7 ± 19,6	0,0023	P > N
<i>Symptômes du sein</i>	(51) 19,2 ± 18,9	(64) 27,2 ± 24,1	0,0985	
<i>Symptômes du bras</i>	(51) 17,2 ± 23,6	(64) 30,3 ± 33,4	0,0150	P > N
<i>Inquiétudes / alopécie</i>	(11) 24,2 ± 33,6	(27) 33,3 ± 33,3	0,4027	
<i>Perspectives d'avenir</i>	(51) 69,9 ± 24,3	(63) 46,0 ± 35,1	0,0004	P > N

(\*) : U-Test Mann-Whitney

Les résultats nous montrent que la quasi-totalité des différents items de l'échelle de qualité de vie ont une corrélation négative, statistiquement significative, avec l'évolution de l'état émotionnel. En effet, les patientes avec une souffrance psychique persistante et les patientes qui ont secondairement développé une humeur dépressive ont une qualité de vie à long terme plus altérée que les patientes indemnes de troubles psychiques et les patientes dont l'état émotionnel s'est normalisé.

L'évolution de l'état émotionnel négative constitue donc un facteur prédictif d'une moins bonne qualité de vie à long terme.

## **4.4 Discussion**

### **4.4.1 Les troubles psychiques**

Notre étude retrouve une prévalence de 49 % de troubles de l'humeur durant la phase de traitement initial d'un cancer du sein non métastatique. Ce résultat est cohérent avec ceux retrouvés dans la littérature qui rapportent une prévalence qui s'échelonne de 0,3 et 46 % {88}, {68}, {89}.

La globalité des études ne retrouvent pas d'excès de morbidité à long terme {39}, {40}, {50}, {97}, Craig et al., 1974 ; Ellman et al., 1995 ; Vinokur et al., 1989, cités par {40}. A l'inverse des données de la littérature, nous avons identifié une prévalence élevée de souffrance psychique à long terme dans notre étude (55,8 %). D'autres auteurs aussi parlent d'une prévalence de troubles de l'humeur plus élevée chez les patientes en rémission depuis en moyenne 5 ans ; l'étude de Burgess et al. {25} identifie 15 % des troubles psychiques à 5 ans de rémission ainsi que le revue de la littérature de Reich M et al. {89} rapportant une prévalence plus élevée de dépression légère à modérée à long terme.

De plus, parmi les patientes déprimées pendant le traitement, les trois-quarts d'entre elles présentent une souffrance psychique à long terme. Les troubles de l'humeur à la phase précoce constituent donc un facteur prédictif de souffrance psychique à long terme chez les patientes ayant été traité pour un cancer du sein non métastatique. D'autres études retrouvées dans la littérature {88}, {77} ont identifié un épisode précoce de trouble psychique comme un facteur prédictif de vulnérabilité psychologique des patientes durant la maladie, cependant moins nombreuses sont les études qui s'intéressent à l'évaluation de ce facteur à long terme, elles arrivent à la même conclusion que notre étude {25}, {89}. Les facteurs de risque à long terme seraient d'avantage liés à la patiente qu'aux caractéristiques de la maladie et du traitement du cancer du sein {89}.

Nos résultats rejoindraient l'hypothèse que la maladie cancéreuse, de part la peur de la rechute, l'altération de l'image corporelle et de la féminité, les séquelles liées au traitement, la confrontation à une menace existentielle, la persistance de souffrance psychique à long terme constitue une affection chronique {14} avec des séquelles psychologiques résiduelles {86}. De plus, notre évaluation a été réalisée à 7 ans et demi de rémission en moyenne c'est-à-dire à une phase de sevrage total de traitement. En effet, l'hormonothérapie adjuvante est prescrite pour environ 5 ans. Nous pouvons faire l'hypothèse que ceci a réactivé une « dépression de sevrage et d'abandon » chez les patientes les plus vulnérables sur le plan psychique qui ont du mal à quitter le statut du malade et la surveillance médicale que cela implique. De plus, rappelons que sur le plan relationnel, les patientes sous hormonothérapie adjuvante rapportent une augmentation de complicité dans leur couple {43}, {12}. Peut être que cette absence de prise quotidienne de traitement rappelant la maladie et ainsi potentiellement majorant le soutien du conjoint modifie le mode relationnel du couple accentuant de la sorte ce « vécu d'abandon ».

Ces résultats sont par conséquent en faveur d'une surveillance à long terme de l'état psychique des patientes en rémission d'un cancer du sein non métastatique. Actuellement, il est recommandé de rechercher systématiquement les symptômes de détresse psychologique, anxiété, troubles sexuels, états de stress post-traumatique et dépression chez les patientes traitées pour cancer du sein non métastasé {88}. Toutefois, aucune recommandation n'a été faite concernant le suivi sur le plan psychique de ces patientes à la phase de rémission. Selon notre étude les patientes ayant présenté une souffrance psychique à la phase précoce sont particulièrement à risque de troubles psychiques à long terme. À la phase de rémission, le clinicien devrait donc avoir une attention spéciale durant la surveillance médicale de ces patientes à risque de souffrance psychique. Etant donné la prévalence des troubles psychiques à long terme, une intervention spécialisée psycho-oncologique paraîtrait même pertinente chez ces patientes plus particulièrement à risque. Cette analyse est contradictoire avec l'étude de Dorval et al. {40} qui conclue à une absence de nécessité suivi psychologique des patientes en rémission d'un cancer du sein.

Notre étude présente cependant des limites dans cette analyse de la souffrance psychique à long terme. En effet, nous n'avons pas évalué l'existence

d'événements de vie durant la phase de rémission qui pourrait contribuer à la prévalence élevée de souffrance psychique à long terme. De plus, il serait intéressant d'analyser l'existence des troubles de la personnalité préexistants qui pourraient influencer la persistance de la souffrance psychique chez des patientes par conséquent initialement vulnérables sur le plan psychique ainsi que les stratégies de coping utilisés par les patientes pour repérer celles qui sont protectrices de souffrance psychique. Par ailleurs, de par le fait d'une évaluation rétrospective, l'état de santé actuel et l'existence d'une dépression actuelle peut « colorer » l'évaluation par le sujet de ses symptômes dépressifs passés.

En ce qui concerne la prise en charge psycho-oncologique, les résultats de notre étude nous interrogent sur le repérage et l'accès aux soins spécialisés des patientes présentant une souffrance psychique durant le traitement. Même si les patientes déprimées durant le traitement ont consommé plus de psychotropes et ont plus eu recours à une consultation spécialisée que les patientes indemnes de troubles psychiques, résultats prévisibles cependant rassurants, un nombre important d'entre elles n'ont pas consulté de psychiatre ni de psychologue et ont eu une prescription de psychotropes faite par un médecin non spécialiste.

En effet,

- le recours à un psychiatre ne s'est fait seulement que chez 21% des patientes ayant présenté une détresse émotionnelle et seulement chez 38% des patientes déprimées

- la prescription de psychotropes faite par un médecin non psychiatre est fréquente : chez 43% des patientes ayant présenté une détresse émotionnelle et 26% des patientes déprimées.

Ceci peut contribuer à expliquer la persistance de souffrance psychique à long terme par insuffisance de prise en charge spécialisée.

#### 4.4.2 La qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie à 7 ans et demi nous montre des différences significatives entre les deux bras, avec une meilleure qualité de vie globale, des meilleurs fonctionnements émotionnel, cognitif et sexuel ainsi que moins d'asthénie et d'insomnie dans le bras testé (Bras B).

L'évaluation précédente à la notre sur la toxicité tardive de la même population conclue à des résultats discordants entre une évaluation objective et détaillée qui retrouve des effets esthétiques tardifs significativement augmentés dans le bras testé (Bras B) et une satisfaction esthétique globale identique entre les deux bras {110}.

Nous pouvons par conséquent supposer au regard de ces résultats que la qualité de vie à long terme, meilleure dans le bras testé (Bras B) dépendant d'autres facteurs qui ont plus d'impact que l'aspect esthétique.

Rappelons que le constat général des différentes études retrouvées dans la littérature est que la qualité de vie à long terme des patientes en rémission d'un cancer du sein est bonne {40}, {46}, {50}, {17}, {28}.

Il existe également des nombreuses études comparant la qualité de vie à long terme en fonction du type du traitement chirurgical {50}, de l'existence d'une chimiothérapie adjuvante {74}, {115}, {50}, {16}, {21}, {61}. Cependant, l'évaluation de la qualité de vie à long terme en fonction de la stratégie d'administration des traitements adjuvants ne semble pas avoir été explorée.

Les facteurs liés à la stratégie d'administration des traitements adjuvants pouvant avoir un impact sur la qualité de vie vont être développés dans le paragraphe sur les facteurs prédictifs de la qualité de vie.

### **4.4.3 Les facteurs prédictifs**

#### **4.4.3.1 Les facteurs prédictifs de la détresse psychique**

Les facteurs prédictifs de la souffrance psychique à la phase précoce identifiés par notre étude sont :

- un traitement carcinologique long avec des interruptions
- l'image corporelle altérée
- l'âge < 50 ans

Les facteurs prédictifs de la souffrance psychique à la long terme identifiés par notre étude sont :

- un traitement carcinologique long avec des interruptions
- l'existence d'une dépression durant la traitement initial
- l'image corporelle altérée
- une prise en charge psycho-oncologique

La durée du traitement comme facteur prédictif de troubles psychiques a peu été étudiée à notre connaissance. Notre étude retrouve une corrélation statistiquement significative entre un traitement long avec des interruptions et la souffrance psychique à la fois à la phase thérapeutique et à la phase de rémission à long terme. Il existe aussi une tendance des résultats sur l'évolution positive de l'état psychique en faveur du traitement court, sans interruption. Nous pourrions supposer que les patientes ont une meilleure capacité d'adaptation au stress dans le traitement court que dans le traitement de plus longue durée, l'effort de combativité serait moindre dans le traitement court. Ceci pose la question de la distinction des styles de coping face à un stress aigu et à un stress plus chronique. Cependant, selon Jadoulle et al. {62}, la nature aiguë ou chronique de l'événement stressant ne semble pas influencer le profil des stratégies d'ajustement utilisées par les patientes. Par contre, une autre analyse des résultats peut être intéressante. Plusieurs études ont évoqué le caractère stressant de la fin des traitements {118}, {16}, {48}. Nos résultats pourraient s'interpréter dans ce sens ; le fait de recevoir un traitement sans interruption diminuerait le risque de « dépression de sevrage et d'abandon » et par conséquence serait protecteur de l'adaptation émotionnelle.

La corrélation retrouvée dans notre étude entre l'altération de l'image corporelle et la souffrance psychique est en accord avec la revue de la littérature {97}, {22}. Une image corporelle altérée constitue donc un facteur de risque de troubles psychiques chez les patientes ayant été traitées pour un cancer du sein. Nous voyons bien ici tout l'intérêt de la prise en charge psycho-oncologique qui va accompagner la patiente et l'aider à anticiper les changements corporels liés à la maladie et ses traitements afin de réduire les réactions anxieuses et ainsi améliorer les capacités d'adaptation psychologique au cancer.

Le rôle de la prise en charge psycho-oncologique va consister à aider la patiente à éprouver la permanence de son identité malgré la réalité du changement corporel {29}. En effet, les modifications soudaines vécues de l'extérieur en premier lieu vont réveiller une angoisse de perte d'identité. Deschamps parle de patient « déraciné de ne plus pouvoir habiter tranquillement la maison de son corps » {36}. Un travail pourra se faire sur les représentations de soi permettant de se réapproprier son corps afin que l'altération de celui-ci ne soit plus pour la malade une entrave à son sentiment de permanence et qu'elle puisse de ce fait s'éprouver dans une continuité de vie {29}.

Différentes études ont pu démontrer l'intérêt de la prise en charge psycho-oncologique accompagnant les soins médicaux. Dans ce sens, l'étude longitudinale menée auprès de 121 patientes atteintes d'un cancer du sein (Manne et al., 1994, cité par {117}) montre des meilleurs résultats sur la perception de leur attrait physique chez les patientes qui ont suivi un programme éducatif visant à apprendre comment se maquiller, se coiffer, choisir une perruque. Une enquête menée auprès de 100 patientes à l'Institut Curie a révélé parmi les patientes ayant reçu une prise en charge psycho-oncologique que 28 % des patientes ont constaté un oubli de l'angoisse, un bien-être, une compensation de l'amputation féminine, une possibilité de porter un autre regard sur soi et une amélioration de la qualité de vie à l'hôpital {117}.

Notre étude confirme l'existence d'une dépression initiale comme facteur prédictif de souffrance psychique à long terme déjà identifié par d'autres travaux {77}, {25}. De même pour Reich, à long terme, les facteurs de risque de dépression seraient d'avantage en rapport avec les variables psycho-sociales liés à la patiente qu'aux caractéristiques de la maladie et du traitement du cancer du sein. Dans ce sens, l'existence de la dépression initiale constitue l'un des facteurs forts de troubles psychiques à long terme.

La prise en charge psycho-oncologique est positivement associée à la souffrance psychique à long terme dans notre étude. Cette corrélation quoique un peu surprenante a déjà été identifiée dans d'autres études ; le suivi psychologique antérieur est un facteur de risque de troubles anxieux ou dépressifs chez les patientes traitées pour un cancer du sein {25}. Cependant, ceci peut se comprendre par le fait que la population suivie en psychiatrie est une population plus vulnérable que la population générale.

Dans notre étude, l'âge jeune (< 50 ans) est positivement associé à la dépression durant le traitement. Cette corrélation n'est plus statistiquement significative avec la souffrance psychique à long terme ni avec l'évolution de l'état émotionnel. Les explications pouvant être données à cette disparition de corrélation à long terme est que notre évaluation se fait à 7 ans et demi de rémission donc les patientes qui étaient incluses dans le sous-groupe jeune âge au moment du traitement ne le sont plus à la phase de rémission. De plus, notre population était assez homogène du point de vue des caractéristiques démographiques. Cette association entre l'âge jeune et la dépression durant le traitement a été retrouvé dans de nombreuses études {85}, {25}, {44}, {65}.

Enfin, notre étude ne retrouve pas de corrélation identifiée par Razavi et son équipe {12} entre les récepteurs hormonaux et l'adaptation psychologique.

#### **4.4.3.2 Les facteurs prédictifs de la qualité de vie à long terme**

L'un des objectifs de notre étude a été d'identifier les facteurs prédictifs de l'altération de la qualité de vie à long terme : nos résultats permettent de mettre en évidence deux facteurs :

- un traitement carcinologique long avec des interruptions
- l'existence d'un trouble psychique et la persistance d'une souffrance psychique à long terme

Notre étude a permis donc de mettre en évidence un facteur prédictif de la qualité de vie qui a peu fait l'objet de travaux à notre connaissance. En effet, la stratégie d'administration des traitements adjuvants comportant une variation de la durée du traitement total en fonction de la séquence thérapeutique n'a pas été étudiée comme facteur prédictif de qualité de vie. Dans la littérature, on retrouve une étude identifiant la durée courte du traitement comme facteur prédictif uniquement de moins de fatigue à moyen terme {101}. Notre étude a mis en évidence qu'un traitement concomitant donc plus intense, plus court et sans interruption était un facteur prédictif de bonne qualité de vie dans plusieurs domaines : la qualité de vie globale, le fonctionnement émotionnel et cognitif, l'asthénie et l'insomnie, et le fonctionnement sexuel.

En ce qui concerne l'impact de l'état émotionnel sur la qualité de vie à long terme des patientes en rémission d'un cancer du sein non métastatique, deux facteurs prédictifs forts ont été identifiés : l'existence d'un trouble psychique à long terme et surtout la persistance d'une souffrance psychique initiale. Un autre facteur psychique a été mis en évidence : la dépression initiale, cependant cette association avec la détérioration de la qualité de vie devient non significative chez les patientes avec humeur normale à long terme sauf pour l'image corporelle. Il s'agit d'une donnée importante car elle signifie que les patientes dont les symptômes psychiques se sont normalisés récupèrent une aussi bonne qualité de vie que les patientes non déprimées pendant le traitement. Une autre étude a déjà démontré que les patientes indemnes de troubles dépressifs avaient une meilleure qualité de vie que les autres (anxieuses, dépressives), cependant l'évaluation ne s'était faite qu'à moyen terme (3 à 6 mois après la fin des traitements) {37}.

Les trois facteurs de notre étude (dépression initiale, détresse psychique à long terme et persistance de la souffrance psychique) ont un impact négatif sur l'ensemble des items de la qualité de vie. Ils altèrent la qualité de vie globale, les fonctionnements physique, émotionnel, cognitif, sexuel, social et le domaine fonctionnel, ils majorent l'asthénie, les douleurs, l'insomnie et la perte d'appétit. Les critères des questionnaires dégradés par des facteurs psychiques correspondent aux critères diagnostiques de la dépression du DSM-IV {3}, ce qui rend les résultats cohérents. Le syndrome dépressif, de part les troubles qu'il engendre, est responsable d'une majoration de la dégradation de la qualité de vie à long terme. Il s'agit d'un impact que nous supposions, néanmoins, il a été important de le prouver par des méthodes partageables avec d'autres interlocuteurs que les psychiatres, psychologues, permettant ainsi de transmettre nos connaissances. Une limite importante de notre étude mérite d'être soulignée ; nous n'avons pas évalué l'existence de comorbidités médicales qui constituent un facteur prédictif de la qualité de vie, surtout à long terme {7}, {15}, {50}. Sur une évaluation à 7 ans et demi, ce critère peut avoir une influence forte sur les résultats de la qualité de vie à long terme.

Par ailleurs, ces résultats confirment la corrélation forte qui existe entre la douleur et la souffrance psychique (Glover et al., 1995, Lee et al., 1992, cités par {88}, Ganz et al., 1992, cité par {16}). En effet, notre étude retrouve une association statistiquement significative entre la douleur et les trois facteurs psychiques : la dépression durant le traitement, la souffrance psychique à long terme et la persistance de la souffrance psychique à long terme. Ceci peut poser question sur la signification de douleur plus fréquente chez des patientes plus vulnérables sur le plan psychique ; pourrait-elle constituer une séquelle résiduelle spécifique de la phase de rémission chez des patientes plus fragiles psychologiquement comme l'a suggéré Bonnaud-Antignac {18} ?

De plus, notre étude retrouve une corrélation statistiquement significative entre l'altération du fonctionnement sexuel à long terme et la souffrance psychique

initiale ainsi que sa persistance, ce qui permet d'identifier la détresse émotionnelle persistante comme facteur prédictif de troubles sexuels à long terme. En effet, la diminution de l'intérêt sexuel fait partie des critères d'un épisode dépressif, par conséquent, l'existence d'un trouble de l'humeur constitue un impact plutôt assez prévisible sur le fonctionnement sexuel des patientes.

Un autre critère évalue aussi le domaine sexuel : la satisfaction sexuelle qui n'a pas de lien significatif avec l'état émotionnel dans notre étude. L'interprétation de ce résultat peut se faire de deux manières ;

- soit la satisfaction sexuelle est la même chez les patientes indemnes de troubles psychiques et les patientes présentant une souffrance psychique,
- soit un biais est intervenu dans ces résultats.

En effet, beaucoup de patientes n'ont pas répondu à cette question (106 réponses au premier item et 61 réponses au deuxième item), peut-être par pudeur, peut-être par ce que justement elles avaient une satisfaction sexuelle très faible.

Dans l'étude consacrée à la validation de l'échelle QLQ-BR23 {106}, 9% des patientes ont refusé de répondre aux items relatifs à la sexualité. De plus, ces patientes en souffrance psychique ont une dégradation de l'image corporelle de façon significative dans notre étude. Ceci va dans le sens d'une altération de la sexualité chez les patientes vulnérables sur le plan émotionnel car l'impact de la dégradation de l'image corporelle sur la sexualité est un facteur prédictif connu {53}, {96}.

Pour finir l'analyse de ces résultats, revenons sur une donnée majeure dans la prise en charge psycho-oncologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein : les patientes déprimées durant le traitement dont les symptômes psychiques se sont normalisés récupèrent une aussi bonne qualité de vie que les patientes non déprimées pendant le traitement. Ceci souligne l'importance de l'impact de la dépression sur la qualité de vie et par conséquent l'importance du traitement de ce trouble psychique chez ces patientes. La prise en charge psycho-oncologique est donc primordiale des ces femmes vulnérables psychologiquement afin de leur assurer une bonne qualité de vie. Dans ce contexte de maladie cancéreuse une demande d'aide psychologique peut provenir de la patiente devant la

réactivation de son rapport à la mort, des angoisses, des peurs que cela engendre {70}.

Cette intervention spécialisée consiste à soigner les troubles psychiatriques identifiés comme un épisode dépressif majeur par un traitement médicamenteux mais aussi en une prise en charge psychothérapeutique toute aussi importante. En effet, le psychiatre accompagne un travail de « liaison » entre le vécu du cancer et l'ensemble de la vie de la patiente qui doit s'opérer pour rétablir l'harmonie du sujet {84}, il aide la patiente à combler peu à peu l'effet de rupture suscité par l'irruption de la maladie {6}. La prise en charge psycho-oncologique a aussi pour objectif d'améliorer les capacités individuelles d'adaptation.

Rappelons que cette prise en charge psycho-oncologique durant le traitement carcinologique ne s'est pas faite pour un pourcentage non négligeable de patientes en souffrance psychique :

- seulement 21 % des patientes ayant présenté une détresse émotionnelle et seulement 38 % des patientes déprimées durant le traitement ont consulté un psychiatre,

- 43 % des patientes ayant présenté une détresse émotionnelle et 26 % des patientes déprimées n'ont pas reçu une prise en charge psycho-oncologique globale, c'est-à-dire qu'elles ont reçu une prescription de psychotropes non accompagnée d'un suivi spécialisé.

De plus, notre étude nous montre aussi que

- parmi les patientes présentant une évolution négative sur le plan psychique, 31,3 % ont consulté un spécialiste, et 20,3 % ont eu une prise en charge de leur trouble psychique faite par un non spécialiste alors que

- parmi les patientes dont l'évolution psychique est positive, seulement une patiente a eu une prescription de psychotropes non faite par un psychiatre.

A la fois, le manque de repérage et d'indication d'une prise en charge spécialisée des troubles psychiques et à la fois une prise en charge non spécialisée des troubles peut donc contribuer à la prévalence élevée de la souffrance psychique entraînant par conséquence une altération de la qualité de vie à long terme.

## CONCLUSION

Dans notre étude évaluant la qualité de vie et l'état émotionnel de 102 patientes en rémission depuis 7 ans et demi d'un cancer du sein non métastatique, nous avons mis en évidence une prévalence élevée de la souffrance psychique à long terme et parmi les facteurs prédictifs de cette persistance de souffrance psychique, nous avons identifié un traitement carcinologique long avec des interruptions, l'existence d'une souffrance psychique initiale et l'altération de l'image corporelle.

Concernant les facteurs prédictifs de l'altération de la qualité de vie à long terme, notre étude a identifié un traitement carcinologique long avec des interruptions, l'existence d'un trouble psychique à long terme mais surtout la persistance de la souffrance psychique initiale.

Ces facteurs prédictifs, dont la durée du traitement peu étudiée à notre connaissance, participent dans le repérage des patientes les plus à risque de la persistance de la souffrance psychique.

Grâce aux résultats de notre étude, nous avons montré la pertinence d'une prise en charge psycho-oncologique à long terme, tout particulièrement des patientes les plus vulnérables sur le plan psychique à la phase de rémission.

Ces résultats demandent à être confirmés par des études prospectives de l'état émotionnel à la phase de rémission d'un cancer du sein non métastatique avec évaluation des événements de vie non liés au cancer du sein, encore insuffisamment étudiés.

D'autres études seraient également intéressantes pour déterminer les différentes stratégies d'ajustement utilisées par ces patientes ainsi que l'évaluation de leur personnalité. En effet, l'identification des stratégies de coping inadaptées aiderait dans la prise en charge psycho-oncologique afin d'améliorer les capacités individuelles d'adaptation. De même, chez les patientes indemnes de troubles psychiques après la confrontation à une situation aversive intense que constitue le cancer du sein, repérer les mécanismes de coping aiderait à mettre en évidence les

facteurs protecteurs d'une évolution psychique à long terme, facteurs faisant partie des processus de la résilience.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Aaronson NK. The European Organization for Research of Treatment of Cancer-specific quality of life questionnaire module: first results from a three-country field. *J Clin Oncol.* 1993; 85:365-76.
2. Adam V, Guillemin E, Verger L. S'aider à vivre ou les défenses positives face au cancer du sein. *Psycho-Oncologie.* 2007 ; 1 : 179-185.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles anxieux. Paris: Masson. 1996
4. Amir M, Ramati A. Post-traumatic syndromes, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal Anxiety Disorder.* 2002; 16: 195-206
5. Andersen BL, Jochimsen PR. Sexual functioning among breast cancer, gynaecologic cancer, and healthy women. *Journal Consult Clin Psychol.* 1985 ; 53 : 25–32
6. Arnault Y, Ben Soussan P, Prodromou N, Lacour A.C. Cancer et temporalité : un aussi long parcours... *Rev Francoph Psycho-Oncologie.* 2004; 4: 197-200.
7. Ashing-Giwa K, Ganz PA, Petersen L. Quality of life of African-American and white long-term breast carcinoma survivors. *Cancer* 1999; 85 : 418-26
8. Bacqué MF. Prévenir les troubles de l'image du corps et de la représentation de soi. *Psycho-Oncologie.* 2007; 1: 3-5.
9. Barczack P et al. Patterns of psychiatric morbidity in a genito-urinary clinic: a validation of the Hospital Anxiety Depression scale (HAD). *Brit J Psychiatry.* 1988; 152: 698–700.
10. Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Annals of Oncology.* 1997; 8: 149-154.
11. Beaufils B. La qualité de vie – Analyse bibliographique. GRIFS, Université PARIS 8. RDR « Santé, vieillissement, société ».
12. Berglund G, Nystedt M, Bolund C et al. Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: a prospective randomized study. *J. Clin Oncol.* 2001; 19: 2788-96.
13. Berzon RA, Donnelly MA, Simpson Jr RL, Simeon GP, Tilson HH. Quality of life bibliography and indexes: 1994 update. *Qual Life Res* 1995, 4 (6): 547-569.
14. Bézy O, Jalenques I. De la spécificité du cancer et de ses effets psychiques. *Annales Médico-Psychologiques.* 2007 ; 165:22, 132-135
15. Bloom J.R., Stewart S.L., Chang S., et al. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2004; 13:147-60
16. Bobin JY, Guiochet N, Saez S. Guérie d'un cancer du sein. *Bulletin du Cancer.* 2002.
17. Bolin K. Health among long-term survivors of breast cancer – An analysis of 5-year survivors based on the Swedish surveys of living conditions 1979-1995 and the Swedish Cancer Registry 2000. *Psycho-Oncology.* 2008 ; 17 : 1-8.
18. Bonnaud-Antignac A. Psychopathologie de la rémission. « la douleur : ce qu'il reste de mon cancer ». *Psycho-Oncologie.* 2007 ; 1 : 156-161.
19. Brady MJ, Cella DF, Mo F, Bonomi AE, Tulsy DS, Lloyd R, et al. Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast (FACT-B) quality-of-life instrument. *J Clin Oncol.* 1997 ; 15 : 974-986.
20. Brédart A, Swaine Verdier A, Dolbeault S. Traduction/adaptation française de l'échelle « Body Image Scale » (BIS) évaluant la perception de l'image du corps

- chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-Oncologie*. 2007; 1: 24-30.
21. Brezden CB, Philips KA, Abdolell M, Bunston T, Tannock I. Cognitive function in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*. 2000 ; 18 : 2695-2701
  22. Bruchon - Schweitzer M. Une psychologie du corps. PUF 1990
  23. Bruchon-Schweitzer M, Dantzer R. Introduction à la psychologie de la santé. PUF 2003
  24. Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé; modèles, concepts et methods. Dunod. 2002.
  25. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 2005; 330: 702-5.
  26. Burgess C, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to cancer diagnosis-II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *J Psychosom Res*. 1988; 32: 263–272.
  27. Calais G, Serin D, Fouquet A et al. Randomized study comparing adjuvant radiotherapy with concomitant chemotherapy versus sequential treatment after conservative surgery for patients with stage I and II breast carcinoma. *Int J Radiat Oncol Phys*. 2002; 54: 57-58.
  28. Casso D, Buist D, Talin S. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and quality of life outcomes*. 2004; 2: 1-9.
  29. Caton R, Leroy F, Berl S, Beaune D. L'impossible écart entre représentations du corps malade et représentation de soi. *Psycho-Oncologie*. 2007 ; 1 : 41-47.
  30. Cavro E, Bungener C, Bioy A. Le syndrome de Lazare: une problématique de la rémission. Réflexion autour de la maladie cancéreuse chez l'adulte. *Rev Francoph Psycho-Oncologie*. 2005 ; 2 : 74-79.
  31. Cousson-Gélie F, Bruchon-Schweitzer M, Dilhuydy J-M, Irachabal S, Lakdja F. Impact du contrôle perçu, de l'attribution causale interne et du contrôle religieux sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie de patientes atteintes d'un premier cancer du sein. *Rev Française Psycho-Oncologie*. 2005 ; 4 : 288-291.
  32. De Mauricourt. Qualité de vie en fin de vie. *Centre de Ressources et de documentation en soins palliatif, accompagnement, mort et deuil*. 2007
  33. Debra L, Fertig MD. Depression in patients with breast cancer: prevalence, diagnosis, and treatment. *The Breast Journal*. 1997; 3: 292-302.
  34. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 1983 ; 249 : 751-7.
  35. Derzelle M. Fatigues et métamorphoses de l'image du corps chez les patients atteints de cancer : entre replis du corps et nécessaire travail de la dépression. *Psycho-Oncologie*. 2001 ; 1 : 13-18.
  36. Deschamps D. Psychanalyse et cancer: au fil des mots... un autre regard. *L'Harmattan, Paris*. 1993
  37. Deshiels T, Tibbs T, Fan MY, Taylor M. Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psycho-oncology*. 2006; 15: 398-406.
  38. Dolto F. L'image inconsciente du corps. PUF. 1984
  39. Dorval M, Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*. 1998; 83: 2130-36.

40. Dorval M, Maunsell E, Deschênes L, Brisson J, Mâsse B. Long-term quality of life after breast cancer : comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology* 1998; 16: 487-494.
41. Drageset S, Lindstrom TC. The mental health of women with suspected breast cancer: the relationship between social support, anxiety, coping and defence in maintaining mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003; 10: 401-9.
42. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol*. 1992; 11: 79-87.
43. Dupont A, Antoine P, Reich M, Bève C. Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein : impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie. *Psycho-Oncologie*. 2007; 1: 174-178.
44. Epping-Jordan JE, Compas BE, Osowiecki DM, Oppediasano G, Gerhardt C, Primo K, Krag DN. Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychol*. 1999; 18: 315-26.
45. Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc Sci Med*. 1997 ; 45 : 1207-21
46. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology* 1998; 16: 501-514
47. Ganz PA, Guadagnoli E, Landrum MB, Lash TL, Rakowski W, Silima, R. Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*. 2003; 21; 4027-4033.
48. Ganz PA, Kwan L, Stanton A, Krupnick J, Rowland J, Meyerowitz B, Bower J, Belin T. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer; first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*. 2004; 96: 376-387.
49. Ganz PA., Desmond K.A., Leedham B., Rowland JH., Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the national Cancer Institute*. 2002
50. Ganz PA, Desmond K.A., Leedham B et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94: 39-49
51. Ganz PA, Coscarelli A, Fred C, Kahn B, Polinsky ML, Peterson L. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat*. 1996; 38: 183-99.
52. Ganz PA, Schag AC, Lee JJ, Polinsky ML, Tan SJ. Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological or quality of life in the year after surgery? *Cancer*. 1992; 69: 1729-38.
53. Ganz PA, Desmond KA , Belin TR, Meyerowitz BE et Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*. 1999; 17 : 2371-2380.
54. Graziani P, Hautekèete M, Rusinek S et Servant D. Stress, anxiété et trouble de l'adaptation. *Masson*. 2001
55. Guastalla JP, Confaveux C, Saba C, Rustam F, Brantus JF, Coquard IR, Bachelot T. L'hormonothérapie adjuvante chez la femme avant la ménopause. *Oncologie*. 2006 ; 8 : 731-741.
56. Habol D et Bondil P. Aptitudes et attentes des soignants de cancerologie dans la prise en charge de la demande sexologique de leurs patients. *Psycho-Oncologie*. 2007 ; 1 : 296-297.

57. Helgeson VS, Tomich PL.. Surviving cancer: a comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*. 2005 ; 14(4): 307-17.
58. Hill C, Doyon F. La fréquence des cancers en France: quoi de neuf depuis l'année dernière. *Bulletin Cancer*. 2004 ; 91 : 9-14.
59. Hoarau H, Favier A.L, Hubert A. La sexualité du couple face au cancer: regards de femmes. *Psycho-Oncologie*. 2007; 1: 252-256.
60. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*. 2001; 37: 189-197.
61. Hopwood P, Haviland J, Mills J, Sumo G Bliss J. The impact of age and clinical factors on quality of life in breast cancer: an analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial. *The Breast*. 2007; 16: 241-251.
62. Jadoulle V, Rokbani L, Ogez D, Maccioni J, Lories G, Bruchon-Schweitzer M, Constant A. Coping and adapting to breast cancer : a six-month prospective study. *Bull Cancer*. 2006 ; 93 : E67-72.
63. Jamart C. Le corps malade à l'épreuve du miroir. *Psycho-Oncologie*. 2007 ; 1 : 7-12.
64. Kemmler G. et al. Comparison of two quality-of-life instruments for cancer patients: the functional assessment of cancer therapy-general and the european organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire-C30. *J Clin Oncol* 1999; 17: 2932-40.
65. Kornblith A, Powell M, Regan M, Bennett S, Krasner C, Moy B, Younger J, Goodman A, Berkowitz R, Winer E. Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*. 2007; 16: 895-903.
66. Lépine J.P. et al. L'évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Medico-Psychologique*. 1985; 143: 175-189.
67. Manuel GM, Roth S, Keefe FJ, Brantlev BA. Coping with cancer. *J Human Stress*. 1987; 13: 149-58.
68. Manzanera C, Lafay N, Papet N et Senon J-L. Cancer, dépression et anxiété. *Annales médico-psychologiques* 2003; 161: 140-141
69. Margolis G, Goodman RL, Rubin A. Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. *Psychosomatics*. 1990 ; 31: 33-39
70. Marx E. Guérison psychique : fantasme ou réalité ? Cas clinique. *Rev Francoph Psycho-Oncologie*. 2004; 2:109-111.
71. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Psychological distress after initial treatment for breast cancer: a comparison of partial and total mastectomy. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1989; 42: 765-771.
72. Mc Carrtney and Larson. Quality of life in patients with gynecologic cancer. *Cancer*. October 15 Supplement 1987
73. McCaul KD, Sandren AK, King B, O'Donnell S, Branstetter A, Foreman G. Coping and adjustment to breast cancer. *Psychooncology*. 1999; 8: 230-6.
74. Mols F, Vingerhoets Ad J.J.M., Coerbergh J.W., von de Poll-Franse L.V. Quality of life among long-term breast cancer survivors : a systematic revue, *European Journal of Cancer*, 2005; 41: 2613-2619.
75. Montgomery G, Tomoyasu N, Bovbjerg D, Andrykowski M, Currie V, Jacobsen P, Redd W. Patients' pretreatment expectations of chemotherapy-related nausea are an independent predictor of anticipatory nausea. *Ann Behav Med*. 1998; 20: 104-9.

76. Moulin P. Imaginaire social et cancer. *Rev Francoph Psycho-Oncologie*. 2005 ; 4 : 261-267.
77. Nezelof S. et Vandiel P. Cancer et dépressions : aspects épidémiologiques. *L'encéphale* 1998 ; numéro hors série 2 : 59-65
78. Nissen M, Swenson K, Ritz L, Farrell B, Sladek M, Lally R. Quality of life after breast carcinoma surgery. *Cancer*. 2001; 91: 1238-46.
79. OMS: the constitution of the world health organization. In: World Health Organization. *Who chron* 1947; 1:29.
80. Perdrizet-Chevallier C. Troubles sexuels au cours des traitements anti-dépresseurs dans les cancers gynécologiques. *Psycho-Oncologie*. 2007 ; 1 : 299-300.
81. Peuckman V, Ekholm O, Rasmussen NK et al. Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Damark. *Breast Cancer Res Treat*. 2006 ; 104 : 39-46.
82. Pierron J.P. Représentations du corps malade et symbolique du mal : maladie, malheur, mal ? *Psycho-Oncologie*. 2007 ; 1 : 31-40.
83. Poinot R, Brédart A, This P, de la Rochefordière A, Dolbeault S. Impact sur la qualité de vie et sexualité du traitement hormonal chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. *Psycho-Oncologie*. 2005 ; 3 : 161-169.
84. Pucheu S. La guérison psychique du cancer ou le retour à l'harmonie du « moi ». *Rev Francoph Psycho-Oncologie*. 2004; 2: 61-64.
85. Razavi D et al. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer inpatients. *Brit J Psychiatry*. 1990 ; 156: 79-83.
86. Razavi D, et Delvaux N. *Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille*, Masson 2<sup>ème</sup> édition, 2002.
87. Razavi D, Farvacques C, Delvaux N, Beffort T, Paesmans M, Leclercq G et al. Psychosocial correlates of oestrogen and progesterone receptors in breast cancer. *Lancet*. 1990 ; 335 : 931-3.
88. Recommandations pour la pratique clinique - Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastaté, ANAES 2000
89. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer : a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*. 2007 Aug 3
90. Rodary C, Leplège A, Hill C. Évaluation de la qualité de vie dans la recherche clinique en cancérologie. *Bulletin de cancer*. Février 1998, Volume 85, Numéro 2, 140-8.
91. Ronson A. Le trouble de l'adaptation en oncologie : un cadre conceptuel à préciser. *L'Encéphale*. 2005 ; 31 : 118-26.
92. Ronson A. Réponses post-traumatiques et dissociation en oncologie. *Rev Francoph Psycho-Oncologie*. 2005 ;1: 53-59.
93. Rosenqvist S, Bergund G, Bolund C, Fornander T et al. Lack of correlation between anxiety parameters and oestrogen receptors status breast cancer. *Eur J Cancer*. 1993; 29A: 1325-6.
94. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J N Cancer Inst*. 2000; 92; 1422-9.
95. Schilder P. *L'image du corps*. Gallimard. 1968
96. Schover LR. The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *CA-A Cancer Journal for Clinicians*. 1991; 41: 112-120.

97. Schover et al. Partial mastectomy and breast reconstruction; a comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image and sexuality. *Cancer* 1995 ; 75 : 54-64.
98. Schraub S. et Marx E. Sexualité et cancer. *La ligue contre le cancer*. 2003
99. Sedda AL, Reich M, Aït-Kaci F. Cancers de la femme et sexualité: une communication difficile autour d'une problématique complexe. *Psycho-Oncologie*. 2007; 1: 215-221.
100. Serin D, Pujol H, Schraub S, Chevallier H. Parcours de femmes : enquête d'opinion réalisée auprès des femmes traitées pour cancers gynécologiques et mammaires et auprès des équipes soignantes qui les ont prises en charge. *Bulletin de Cancer*. 1998; 6: 578-88.
101. Servaes P, Gielissen M.F.M, Verhagen S, Bleijenberg G. The course of severe fatigue in disease-free breast cancer patients: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*. 2007; 16: 787-795.
102. Sheehan D.V, Lecrubier Y et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview Psychiatric (M.I.N.I.); the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998; 59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57
103. Shim E-J, Mehnert A, Koyama A, Cho S-J, Inui H, Paik N-S, Koch U. Health-related quality of life in breast cancer: a cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. *Breast Cancer Res Treat* 2006; 99: 341-350.
104. Shimozuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Res Treat*. 1999 ; 56 : 45-57.
105. [Site de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer: http://www.fnlcc](http://www.fnlcc)
106. Sprangers MAG, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, Velde A, Muller M et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-specific quality of life questionnaire module: first results from a tree-country field study. *J. Clin Oncol*. 1996 ; 14: 2756-68.
107. Steinberg MD, Juliano MA, Wise L. Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer. *Am J Psychiatry*. 1985; 142: 34-9.
108. Thompson RJ Jr, Gil KM, Abrams MR, Phillips G. Stress, coping, and psychological adjustment of adults with sickle cell disease. *J Consult Clin Psychol*. 1992; 60: 433-40.
109. Tjemslund L, Soreide JA, Malt UF. Psychosocial factors in women with operable breast cancer. An association to estrogen receptor status? *J Psychosom Res*. 1995; 39: 875-81.
110. Toledano A, Bollet M, Fouquet A, Azaria D, Gligorov J, Garaud P, Serin D, Bosset F, Miny-Bufferet J, Favre A, LeFloch O, Calais G. Does concurrent radiochemotherapy affect cosmetic results in the adjuvant setting after breast-conserving surgery? Results of the Arcosein multicenter, phase III study: patients' and doctors' views. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* 2007; 68 : 66-72.
111. Toledano A, Serin D, Fouquet A et al. Concurrent administration of adjuvant chemotherapy and radiotherapy after breast-conserving surgery enhances late toxicities: long-term results of the Arcosein multicenter randomized study. *Int J Oncology Biol Phys*. 2006; 65 : 324-32.

112. Toledano A. Résultats à long terme de la radiochimiothérapie concomitante après traitement conservateur du cancer du sein de stade I, II; résultats de l'essai randomisé multicentrique Arcosein. 98 pages. Thèse de Doctorat en Médecine. Faculté de médecine de Tours, 2005
113. Tomich PL, Helgesin VS. Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology*. 2002 ; 11 : 154-69.
114. Tuech J-J. Utilisation de la qualité de vie dans les essais de phase III en cancérologie: qualité méthodologique et éthique. *DEA d'éthique médicale et biologique*. 58 pages. Université René Descartes, Paris V. 2002
115. Van Dam FS et al. Impairment of cognitive function in women receiving adjuvant treatment for high-risk breast cancer: high-dose versus standard-dose chemotherapy. *J Natl Cancer Inst* 1998; 90: 210-218.
116. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivendoorn HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med*. 1997 ; 59 : 280-93.
117. Vigouroux-Lerbet B. Prise en charge de l'impact de l'annonce d'un cancer du sein dans la vie d'une femme. *Mémoire de Maîtrise de Psychologie*. 2004-2005
118. Ward SE, Viergutz G, Tormey D, deMuth J, Paulen A. Patients' reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. *Nurs Res*. 1992; 41: 362-6.
119. Watson M, Pruyn J, Greer S, van den Borne B. Locus of control and adjustment to cancer. *Psychol Rep*. 1990; 66: 39-48.
120. Weisman AD, Worden JW, The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med*. 1976; 7: 1-15..
121. Whoqol group. Study protocol for the World Health Organisation project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). *Qual Lif Res*. 1993

# ANNEXES

## **Annexe I**

**DSM-IV** : Critères diagnostiques établis par l'American Psychiatric Association {3}.

### **Annexe Ia**

#### Critères diagnostiques des Troubles de l'adaptation

- A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable (s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent
  - a. Soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress
  - b. Soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire)
- C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.
- D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un Deuil.
- E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

## Annexe Ib

### Critères diagnostiques d'un Episode Dépressif Majeur

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (a) une humeur dépressive, soit (b) une perte d'intérêt ou de plaisir.
- a. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleur).
  - b. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  - c. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
  - d. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
  - e. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
  - f. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
  - g. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
  - h. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Episode mixte
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c'ad, après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent, d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

## Annexe Ic

### Critères diagnostiques d'un Etat de stress post-traumatique

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
  - a. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
  - b. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
  
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
  - a. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou de perceptions.
  - b. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
  - c. Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication.
  - d. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
  - e. Réactivation physiologique lors d'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.
  
- C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;
  - a. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
  - b. Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
  - c. Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
  - d. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
  - e. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

- D. Présence des symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
- a. Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
  - b. Irritabilité ou accès de colère
  - c. Difficultés de concentration
  - d. Hypervigilance
  - e. Réaction de sursaut exagérée
- E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

## **Annexe II**

Questionnaire adressé aux patientes par courrier postal pour l'évaluation de la détresse psychologique et de la qualité de vie

## QUESTIONNAIRES

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ces questionnaires ont été conçus de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez sur le plan émotif. Ces informations sont strictement confidentielles.

NOM :

PRENOM :

### QUESTIONNAIRE numéro 1

Merci de bien vouloir entourer la bonne réponse.

A- Depuis le début du traitement de votre cancer du sein, avez-vous traversé une période de dépression ayant duré plus de 2 semaines (tristesse, cafard, ou perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituellement plaisantes)

OUI / NON

Si vous avez répondu NON, passez à la question B.

Si vous avez répondu OUI, merci de répondre aux questions suivantes :

Avez-vous presque tous les jours durant cette période de 2 semaines :

1. Une modification de l'appétit ou du poids OUI / NON
2. Des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, ou dormir trop) OUI / NON
3. Une lenteur pour se déplacer et parler, ou bien au contraire une agitation et du mal à rester en place OUI / NON
4. Une fatigue et un manque d'énergie OUI / NON
5. Un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité OUI / NON
6. Une difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions OUI / NON
7. Des idées noires, ou l'idée de se faire du mal OUI / NON

B- Depuis le début du traitement pour votre cancer du sein, avez-vous consulté un psychiatre ou un psychologue ? OUI / NON

C- Depuis le début du traitement pour votre cancer du sein, avez-vous pris un traitement antidépresseur ou anxiolytique (tranquillisant) ? OUI / NON

## QUESTIONNAIRE numéro 2

Lisez chaque série de question et surlignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire ; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

1 Je me sens tendue, énervée

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

2 Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

3 J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce c'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'importe pas
- Pas du tout

4 Je ris facilement et vois le bon coté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

5 Je me fais du souci

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

6 Je suis de bonne humeur

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

7 Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée

- Oui, quoiqu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

8 J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

9 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

10 Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant attention que par le passé

11 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

12 Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

13 J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

14 Je peux prendre plaisir à la lecture d'un bon livre ou à regarder un bon programme radio ou télé

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

## QUESTIONNAIRE numéro 3

Répondez aux questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un petit tour dehors?	1	2	3	4
4. Etes-vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes?	1	2	3	4

### Au cours de la semaine passée:

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
6. Avez-vous été gênée pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours?	1	2	3	4
7. Avez-vous été gênée dans vos activités de loisirs?	1	2	3	4
8. Avez-vous eu le souffle court?	1	2	3	4
9. Avez-vous ressenti de la douleur?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous sentie faible?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au coeur)?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi?	1	2	3	4

### Au cours de la semaine passée:

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
16. Avez-vous été constipée?	1	2	3	4
17. Avez-vous eu de la diarrhée?	1	2	3	4
18. Étiez-vous fatiguée?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous sentie tendue?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous sentie irritable?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous sentie déprimée?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie familiale?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités sociales (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma...)?	1	2	3	4



## QUESTIONNAIRE numéro 4

Répondez aux questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

### Au cours de la semaine passée :

	pas du tout	un peu	assez	beaucoup
1. Avez-vous eu la bouche sèche ?	1	2	3	4
2. La nourriture et la boisson avaient-elles un goût inhabituel ?	1	2	3	4
3. Est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyants ou douloureux ?	1	2	3	4
4. Avez-vous perdu des cheveux ?	1	2	3	4
5. Répondez à cette question uniquement si vous avez perdu des cheveux : La perte de vos cheveux vous a-t-elle contrariée ?	1	2	3	4
6. Vous êtes-vous sentie malade ou souffrante ?	1	2	3	4
7. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ?	1	2	3	4
8. Avez-vous eu mal à la tête ?	1	2	3	4
9. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
10. Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
11. Avez-vous trouvé difficile de vous regarder nue ?	1	2	3	4
12. Votre corps vous a-t-il déplu ?	1	2	3	4
13. Vous faisiez-vous du souci pour votre santé dans l'avenir ?	1	2	3	4

### Au cours des quatre dernières semaines :

	pas du tout	un peu	assez	beaucoup
14. Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité ?	1	2	3	4
15. Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport) ?	1	2	3	4
16. Répondez à cette question uniquement si vous avez eu une activité sexuelle : Dans quelle mesure l'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?	1	2	3	4

### Au cours de la semaine passée :

	pas du tout	un peu	assez	beaucoup
17. Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ?	1	2	3	4
18. Avez-vous eu la main ou le bras enflé ?	1	2	3	4
19. Avez-vous eu du mal à lever le bras devant vous ou sur le côté ?	1	2	3	4
20. Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité ?	1	2	3	4
21. La région de votre sein traité était-elle enflée ?	1	2	3	4
22. La région de votre sein traité était-elle particulièrement sensible ?	1	2	3	4
23. Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaisons, peau qui pèle, peau sèche) ?	1	2	3	4