

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2011

Thèse N° 154/11

**EVALUATION PROSPECTIVE DE LA QUALITE DE VIE
DES PATIENTS CANCEREUX SUIVIS
AU SERVICE D'ONCOLOGIE MEDICALE DU CHU HASAN II DE FES
(A propos de 61 cas)**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19/12/2011

PAR

Mlle. NAJIB RAJAE

Née le 12 Avril 1984 à Midelt

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Cancer - Qualité de vie liée à la santé - EORTC QLQC-30

JURY

M. NEJJARI CHAKIB.....	PRESIDENT
Professeur d'Epidémiologie clinique	
M. EL MESBAHI OMAR.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé d'Oncologie médicale	
M. HASSOUNI KHALID.....	} JUGES
Professeur agrégé de Radiothérapie	
M. RAMMOUZ ISMAIL.....	
Professeur agrégé de Psychiatrie	
Mme. EL RHAZI KARIMA.....	
Professeur agrégé de Médecine communautaire	

Plan

INTRODUCTION	5
Première partie : Epidémiologie du cancer au Maroc	8
1-Introduction	9
2-Estimation de la charge de morbidité liée aux cancers du Maroc	10
3-Nombre de cas estimé de cancers au Maroc.....	10
4-Principales données de l'incidence estimée des cancers	11
A-Registre des cancers de la région du grand Casablanca	11
B-Registre de Rabat.....	13
C-Registre du centre hospitalier Hassan II de Fès	16
Deuxième partie : Qualité de vie des maladies chronique et moyens de mesure ...	17
I-Aspects généraux de la qualité de vie.....	18
1-Introduction	18
2-Définition	18
3-Dimensions.....	19
II-Les méthodes d'évaluation de la qualité de vie	21
A-L'entretien ouvert	21
B- Les méthodes psychométriques.....	22
1. Les échelles visuelles analogiques.....	22
2. Les échelles catégoriques	22
a-Les instruments de mesure de la QDVIS génériques	23
b-Les instruments de mesure spécifiques.....	24
c-Les mesures d'utilité ou QALY2(quality adjusted life years)...	24
C-Questionnaire EORTC QLQ C-30	26

a-Définition.....	26
b-Les étapes de la traduction	26
III- Mesure pratique de la qualité de vie	28
1-Choix de l'instrument de mesure	29
2- Analyse et interprétation des mesures.....	29
IV-Utilisation de la mesure de la qualité de vie en cancérologie	30
Troisième partie : étude pratique	31
• But de l'étude	32
Matériels et méthodes.....	33
1-Type de l'étude.....	34
2-Patients	34
3-Les données sociodémographiques et cliniques.....	34
4-Les instruments de mesure	35
5-Analyse statistique.....	35
Résultats.....	37
I- La localisation cancéreuse	38
II- Description de la population.....	38
A- Données socio démographiques	38
B-Antécédents médicaux et chirurgicaux	43
C-Antécédents gynéco-obstétricaux chez les patientes suivies pour cancers gynécologiques.....	44
D-Facteurs de risque	46
III- Protocoles de la chimiothérapie	46
IV- La qualité de vie des patients : réponse au QLQ C-30	49

1-Echelles fonctionnels	49
A- Evaluation de l'activité physique	49
B- Evaluation de l'activité professionnelle et loisir	50
C- Evaluation du fonctionnement émotionnel.....	51
D- Evaluation du fonctionnement cognitif	52
E- Evaluation du fonctionnement social	53
2-Les échelles symptomatiques /Items	54
3-Evaluation globale de la qualité de vie	55
IV- Qualité de vie liée à la santé	56
A-Influence du sexe du patient sur sa qualité de vie	56
B- Influence de l'âge du patient sur sa qualité de vie.....	56
C- Influence du type du cancer sur la qualité de vie	58
D-Influence du stade du cancer sur la qualité de vie.....	58
Discussion	60
1-Introduction.....	61
2-Les variables sociodémographiques	63
3-Les variables médicales	64
4-Les variables transactionnelles	65
Perspectives	67
I-Comment améliorer la qualité de vie du patient cancéreux	68
II-la réhabilitation des malades atteints du cancer.....	69
1-définition	70
2-Considérations générales	70
3-les objectifs	70

4-Buts et objets de la réhabilitation	71
Conclusion	73
Résumés	75
Annexes	82
bibliographiques	93

INTRODUCTION

I-Introduction :

Dans les années 70, l'obtention des premières guérisons en cancérologie a fait naître l'espoir, que la médecine pourrait rapidement éradiquer le cancer, cette pathologie qui devient de plus en plus fréquent au Maroc et pose même un problème de santé publique.

Trente ans après, il faut malheureusement, reconnaître que de nombreux patients ne peuvent bénéficier d'un traitement à but curatif. Pour ces maladies, actuellement non curables, les traitements spécifiques (chimiothérapie, radiothérapie) ne sont cependant pas sans effet bénéfique ; notamment sur la réduction tumorale et /ou la durée de survie.

Depuis une dizaine d'années, il est également apparu logique d'évaluer ces traitements en terme d'amélioration symptomatique, en particulier lorsque « la qualité de vie » n'était, quand à elle, plus améliorable.

Le terme « qualité de vie » a ainsi créé et des instruments ont été développés afin de mesurer ce nouvel aspect de la maladie.

Cependant, certains médecins estiment que ces méthodes de mesure ne pourront jamais refléter les caractéristiques propres à chaque malade et qu'il suffit de savoir connaître les désires individuels de chacun pour s'y adapter sans considération statistique.

Dans ce travail, on va essayer de faire le point sur le concept de qualité de vie, ses méthodes d'évaluation et l'impact des différents traitements sur cette qualité, à travers une étude prospective colligée au service d'oncologie médicale de CHU Hassan II de Fès, intéressant les patients suivis pour les cancers les plus fréquents.

A noter que ce travail entre dans le cadre d'une étude national lancé par L'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer (ALSC), en collaboration avec les laboratoires « Roche Maroc », cette étude est la première sur le plan national dont l'objectif principale est d'évaluer la qualité de vie, et d'améliorer la santé des patients cancéreux par un surcroît de pertinence en matière d'interventions médicales.

EPIDEMIOLOGIE DU CANCER AU MAROC

1-introduction

Au Maroc, on estime que le cancer représente aujourd'hui un problème sanitaire majeur nécessitant une politique globale de prise en charge. Cependant, pour déterminer les grands axes de cette politique il est indispensable au préalable de pouvoir évaluer son importance par rapport aux autres problèmes de santé publique du pays.(1)

L'étude de la mortalité en rapport avec les différentes formes de cancer ainsi que les données sur l'incidence de la maladie dans la population constituent des Indicateurs épidémiologiques fiables pour apprécier l'importance de cette pathologie.(2)

La production des données sur l'incidence et la mortalité des cancers à l'échelle nationale est un travail qui n'est pas simple, du fait de l'absence d'un système bien rodé d'enregistrement exhaustif des décès allant de la certification des causes médicales de décès à l'analyse des données recueillies.(3)

La synthèse des données statistiques liées au cancer au Maroc se base sur les différentes sources de données disponibles, principalement ceux du Registre des Cancers de la Région du grand Casablanca (RCRC 2004) ainsi que d'autres sources (les données de l'Institut National de l'Oncologie (INO) de Rabat, les données du Ministère de la santé et les données des autres centres d'oncologie régionaux de Fès, Oujda, Marrakech et Agadir) .

2. Estimation de la charge de morbidité liée aux cancers au Maroc

Des changements considérables du profil des maladies sont en train de se mettre en place au Maroc. La prévalence des maladies infectieuses et de la malnutrition est en déclin progressif, et on note une augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles comme les maladies cardio vasculaires et les maladies chroniques ou dégénératives. Les maladies non transmissibles y compris les cancers sont responsables de 55,8% de la charge de mortalité globale(CMG) .(4)

Actuellement on ne dispose pas à notre connaissance d'une estimation de la charge de morbidité particulièrement liée aux cancers au Maroc.

3. Nombre de cas estimé des cancers au Maroc

- Selon les estimations du RCRC 2004 : le nombre cas de cancers était de 30500 cas/an. (5)
- Selon les estimations de l'OMS : le nombre de cas de cancers actuel serait entre 30 000 et 54 000 cas/an. (4)
- Selon les données estimées de GLOBOCAN 2002 : le nombre de cas de cancers estimés (toutes les localisations sauf le mélanome malin) était d'environ 20400cas/an.(6)

D'après toutes ces données le nombre de cas estimé actuellement serait aux alentours de 40 000 cas/an.

4. Principales données de l'incidence estimée des cancers

A-selon le registre des cancers de la région du grand casablanca

Au total, toutes localisations confondues, 3336 cas de cancers ont été enregistrés par le RCRC 2004 , dont 1503 chez les hommes et 1833 chez les femmes. L'incidence standardisée a été légèrement plus élevée chez le sexe féminin (104,2 pour 100 000 femmes/an versus 100,3 pour 100 000 hommes/an) (tableau 1) .

Si l'on excepte les « autres cancers » non spécifiés, les cancers les plus fréquents enregistrés dans la région du grand Casablanca en 2004, étaient les cancers du sein 36,1%, et du col utérin 12,8 % pour les femmes (figure 1), alors que chez les hommes, ce sont les cancers du poumon 23,8 % et de la de la prostate 8,3 % (Figure 2)

*Tableau 1 : Répartition des incidences des cancers (toutes localisations confondues)
en fonction du sexe, RCRC 2004*

	Hommes	Femmes
Nombre de cas	1503	1833
Incidence brute*	84,3	100,1
Incidence cumulée 0 – 74 ans	11,6 %	11,5 %
Incidence standardisée*	100,3	104,2

* : mesures sont pour 100 000 personnes.

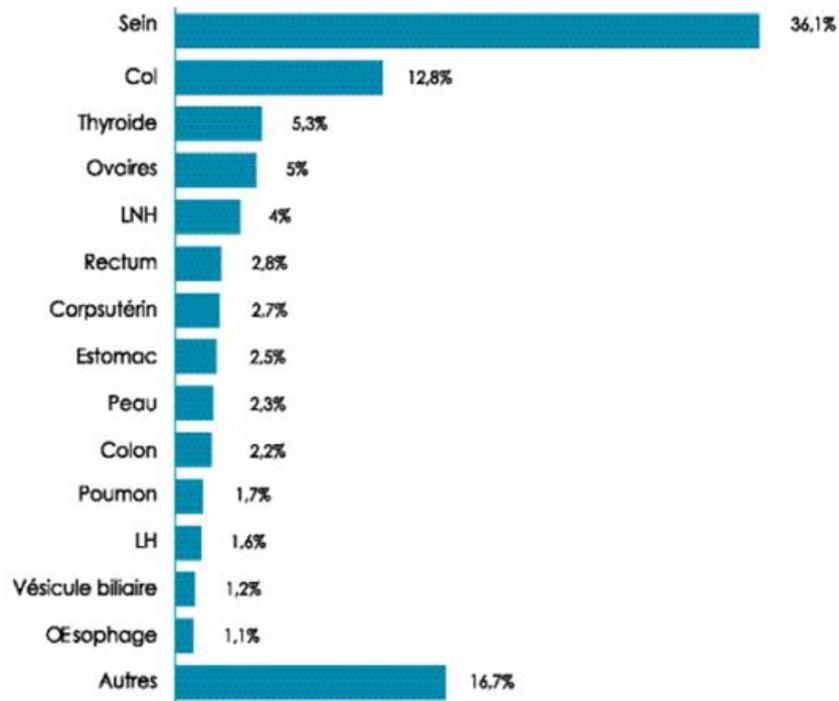


Figure 1 : distribution des principales localisations cancéreuses chez les femmes
(extraite du rapport du RCRC 2004)

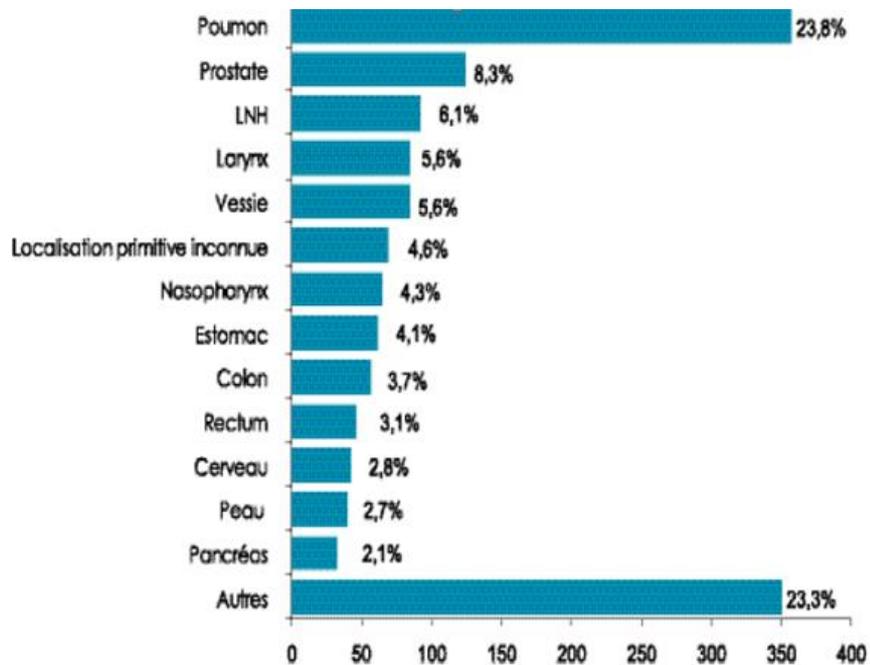


Figure 2: distribution des principales localisations cancéreuses chez les hommes
(extraite du rapport du RCRC 2004)

B-Registre de Rabat :

Au total, 763 cas de cancers invasifs ont été enregistrés durant l'année 2005 ;

L'âge moyen des malades cancéreux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (59,2 ans vs 53,2 ans ; $p < 0,0001$) ; L'incidence globale brute du cancer est plus élevée chez les hommes (125,5/100 000) que chez les femmes (115,9/100 000).(tableau 3)

Le cancer du poumon est le premier cancer chez l'homme (1 cas sur 5) (Figure 3.). Il est suivi des cancers de la prostate et de la vessie qui représentent ensemble 24,8% des cancers chez l'homme.

Chez les femmes, un cancer sur 3 est un cancer du sein et un cancer sur 7 est un cancer du col de l'utérus. Les cancers du sein et gynécologiques représentent 55% des cancers de la femme.

Le cancer de l'estomac est le premier cancer digestif chez les deux sexes suivi du cancer du rectum.

L'incidence du cancer à Rabat est très proche de celle retrouvée dans les autres pays du Maghreb. Elle est plus élevée que celle retrouvée à Casablanca notamment chez les hommes.

Tableau 3 : Nombre de cas enregistrés (RECRAB, 2005)

	Nombre de cas		
	Hommes	Femmes	Total
Cancers invasifs	384 (99,7%)	379 (96,7%)	763 (98,2%)
cancers in situ	1 (0,3%)	8 (2,0%)	9 (1,2%)
Tumeurs borderline	0 (0%)	5 (1,3%)	5 (0,6%)
Total	395	392	777

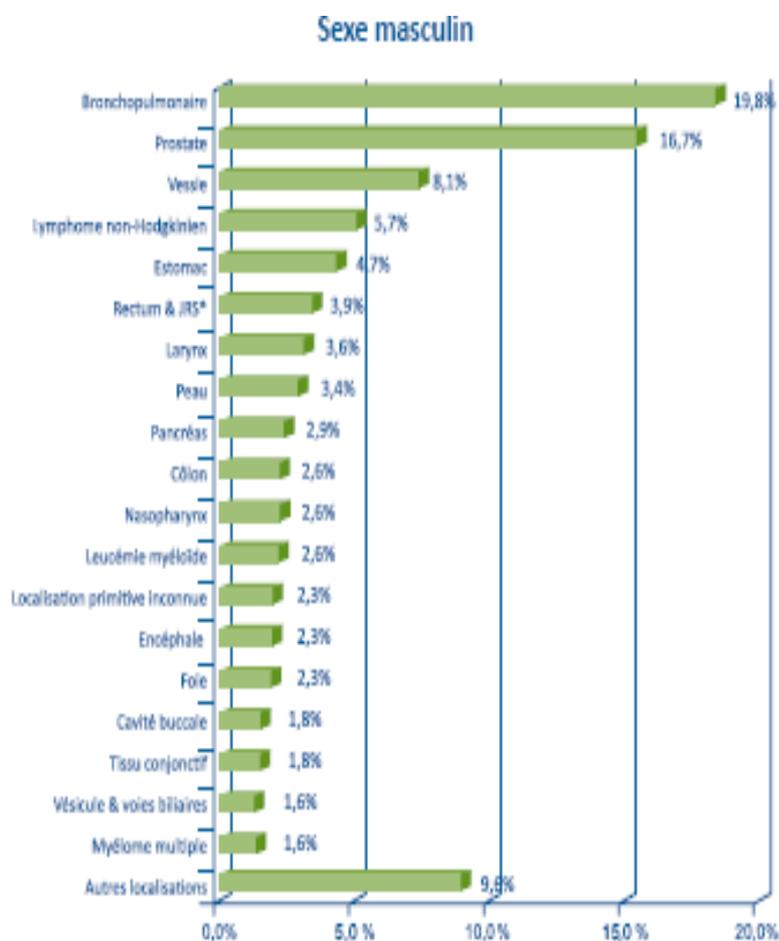


Figure 3 : Distribution(%) des cancers selon la localisation chez l'homme
(RECRAB ;2005)

Sexe féminin

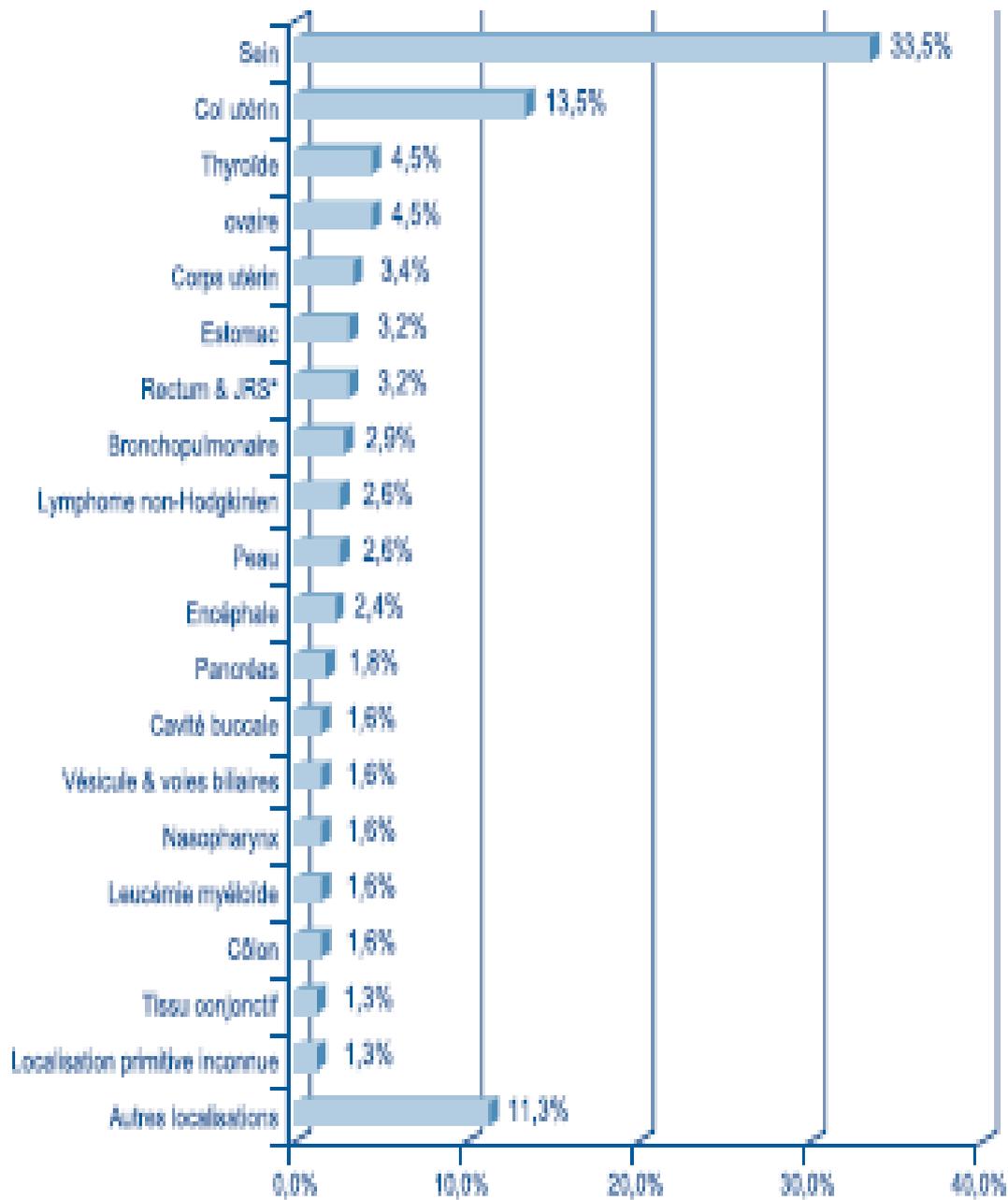


Figure 4 : distribution(%) des cancers selon la localisation chez la femme

(RECRAB ;2005)

C-Registre du Centre Hospitalier Hassan II de Fès :

- En 2009 le Service d'oncologie médicale de CHU Hassan II de Fès a enregistré 673 nouveaux cas de cancer. Les deux sexes confondus, les cancers les plus fréquents étaient le cancer du sein (33 %), les cancers digestifs (25%), les cancers du système respiratoire (15,2 %) et les cancers gynécologiques (6,8%). En 2010 le nombre des cas enregistrés est passé à 730 nouveaux cas. La figure 5 schématise la répartition globale des cas selon la localisation.

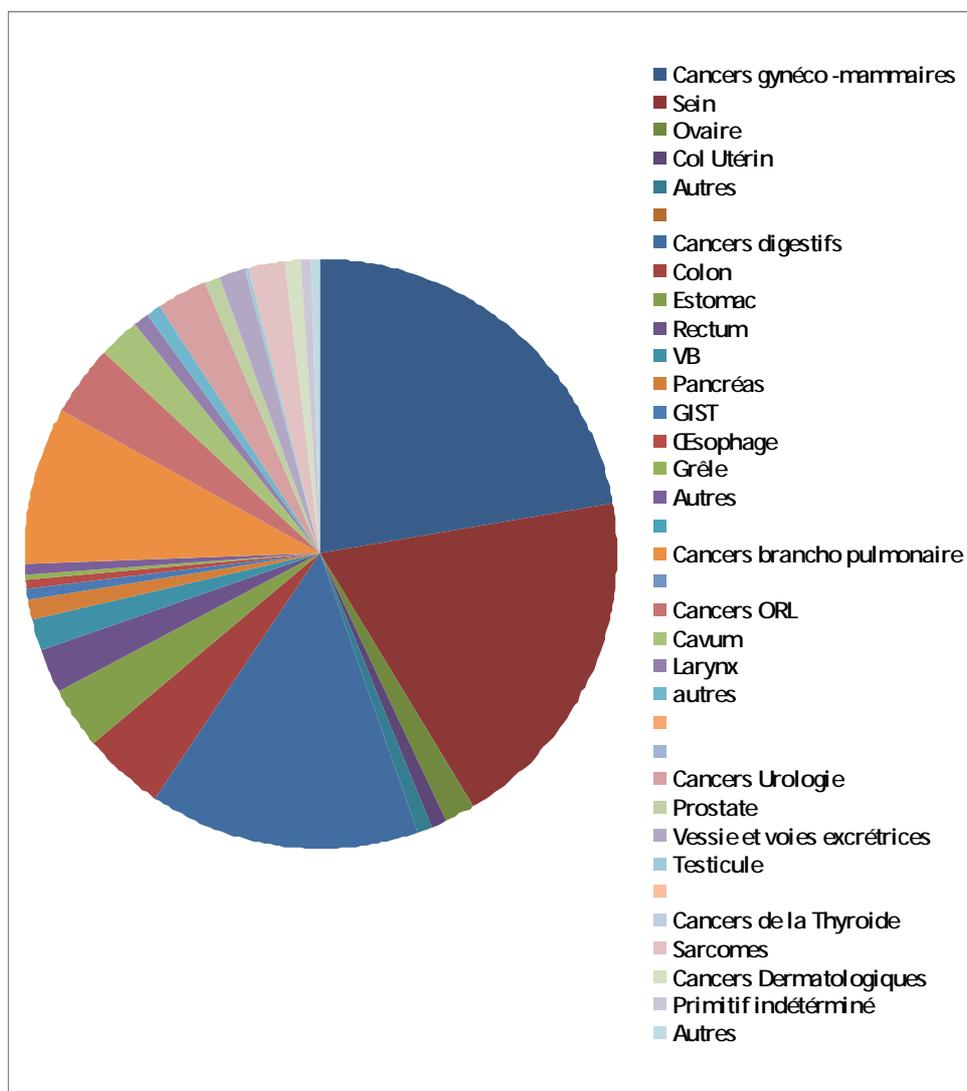


Figure 5 : Répartition globale des cancers par localisation(extraite du registre de Fès 2010)

PREMIERE PARTIE

QUALITE DE VIE DES MALADIES CHRONIQUES

ET MOYENS DE MESURE

I- Aspects généraux de la Qualité de vie :

1- introduction :

Après avoir fait son apparition dans la pratique clinique, l'évaluation de la qualité de vie fait de plus en plus souvent partie des paramètres étudiés dans les essais cliniques.

En effet, le terme de qualité de vie est de plus en plus employé notamment en médecine ; sa prise en compte dans l'évaluation et dans les choix des traitements apparaît un élément important, notamment dans l'appréciation globale du bénéfice parfois modeste obtenu par des traitements agressifs en cancérologie.(7)

Il faut néanmoins reconnaître que ce terme est souvent galvaudé et utilisé sans référence précise dans les articles médicaux : pour les uns, il s'agit d'une simple perte de poids, pour d'autres, d'une modification de l'autonomie physique ou d'une détresse psychologique.(8)

Le concept de qualité de vie ne groupe pas uniquement les effets secondaires toxiques des différents traitements, c'est une notion plus globale, plus subjective et multidimensionnelle. Sa définition est donc complexe ; il n'existe pas de définition standard ni de méthode ou d'instrument de référence pour l'évaluer.(9)

2- Définition :

Intuitivement, la qualité de vie est une notion individuelle dont chacun peut légitimement donner une définition. Selon Corten : cette définition varie en fonction de l'importance qu'un individu pourra accorder aux différents aspects de sa vie (santé, famille, finances, environnement...), de ses attentes, de sa culture et de son expérience.(10)

Dans le domaine médical, les chercheurs ont tenté d'en circonscrire le domaine aux effets induits, tant positifs que négatifs, de l'état de santé

On parle alors de QV liée à la santé. Cette approche, plus pragmatique, limitera le champ de la mesure faite et reste très dépendante de la définition même de la santé (fonctionnaliste, utilitariste, hédoniste...) que les développeurs d'outils de qualité de vie adopteront. Par ailleurs, cette limitation implique de placer la santé comme un déterminant de la qualité vie, et de refuser l'hypothèse qui voudrait que la QV puisse être un déterminant de la santé. Dans cet esprit, l'OMS définit la qualité de vie « comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement »(11)

3- Dimensions :

La majorité des auteurs estime que chez les patients, la qualité de vie correspond à quatre dimensions essentielles (12)

- la dimension physique : capacité physique, autonomie, gestes de la vie quotidienne...
- la dimension psychologique : émotivité, anxiété, dépression...
- la dimension somatique : douleur, asthénie, sommeil...
- la dimension sociale : environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle.

Figure 6 illustre le concept de qualité de vie incluant une évaluation globale et pluridimensionnelle.

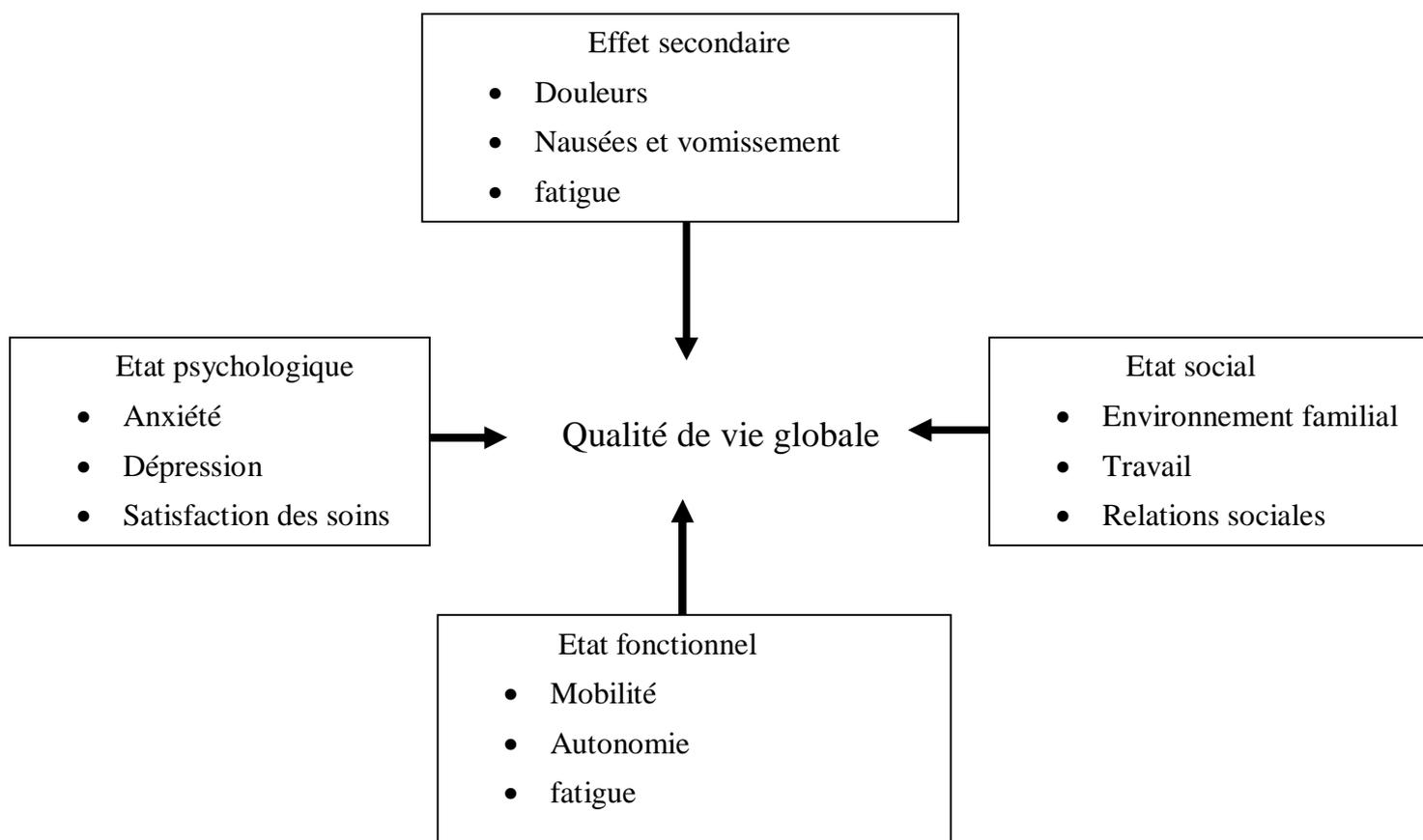


Figure 6 : qualité de vie : évaluation globale et pluridimensionnelle(11)

A ces différents aspects «descriptifs» qui interfèrent et prennent une importance variable en fonction du temps pour chaque malade, s'ajoutent des notions générales de satisfaction ressentie par le patient, de faire face, au modification de l'image corporelle après une agression physique ou psychologique et des éléments concernant la spiritualité. la part respective des différents domaines entrant dans la qualité de vie n'est pas la même chez les sujets malades que celle observée dans une population en bonne santé. (13)

En raison de son caractère individuel, variable dans le temps, la qualité de vie ne peut être évaluée de façon absolue, mais seulement par rapport à un état antérieur (maladie, traitement...).(14)

II-Les méthodes d'évaluation de la qualité de vie :

Il peut apparaître surprenant qu'un concept aussi subjectif puisse faire l'objet d'une mesure. Pourtant, de nombreux instruments ont été établis pour attribuer à cette donnée qualitative. Ces outils ont fait l'objet d'un long développement ayant prouvé leur validité et leur reproductibilité.

A-L'entretien ouvert :

C'est l'entretien libre ou semi-directif établi en consultation entre le médecin et le patient. Il permet de cerner les désirs du patient et ses priorités.

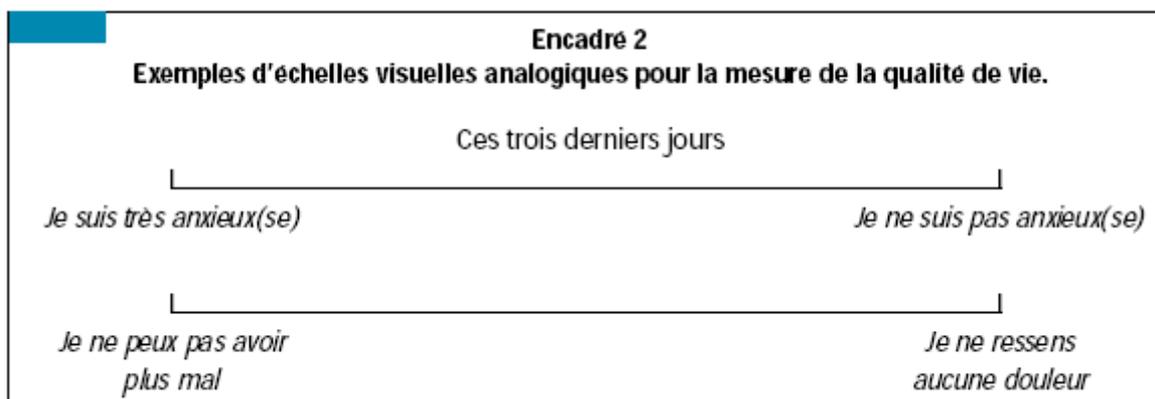
Il a comme inconvénient d'être difficilement quantifiable et en partie subjectif car dépendant du médecin, et donc ce dialogue n'a pas sa place en recherche clinique, mais en pratique quotidienne, il s'agira toujours de la meilleure approche du malade.(15)

B-Les méthodes psychométriques :

Elles utilisent une technique de cotation à l'aide d'un questionnaire ou des échelles visuelles analogiques.

1- Les échelles visuelles analogiques :

Ce sont des échelles sous forme d'une ligne de 10 cm (en général) sur laquelle le patient se situe à deux situations extrêmes du domaine exploré. Ces échelles ne comportent qu'un seul item : « comment vous sentez vous aujourd'hui ? ». (encadré 2)



Ces échelles permettent certes au patient de mettre une note à ce qu'il ressent globalement à un moment donné, mais ne permettent en aucun cas d'analyser qualitativement les problèmes posés par le malade. En quelque sorte, une échelle visuelle analogique peut jouer le rôle de « thermomètre » dont l'avantage principale est de pouvoir être fréquemment utilisé chez le même patient. (15)

2- Les échelles catégoriques :

L'évaluation de la qualité de vie, dans ce cas, emprunte sa méthodologie à celle utilisée pour la recherche clinique en psychologie. Les oncologues et les psychométriciens ont mis au point des auto-questionnaires plus adaptés à la maladie cancéreuse comprenant un nombre de questions suffisants pour explorer

les divers aspects de la qualité de vie sans être trop long pour ne pas lasser le malade .ces échelles spécifiques à la cancérologie sont principalement utilisées dans l'évaluation thérapeutique (essais cliniques notamment) , et constitués d' un questionnaire centrale explorant diverses dimensions de la qualité de vie et des modules spécifiques de différents organes ou symptômes.

La méthodologie de la mise au point de ces auto-questionnaires répond à des critères précis.les questionnaires doivent posséder des propriétés psychométrique bien établies, notamment des critères de validité (validité de contenu, validité perçue, validité de structure, validité concourante, validité de prédiction) permettant de juger la pertinence de l'outil de mesure .de plus les questionnaires doivent être sensibles (c'est à dire capable de mesurer les modifications de l'état du patient) ; spécifiques (ils ne doivent prendre en compte que le phénomène que l'on veut mesurer) et fiables (c'est-à-dire donner des résultats comparables dans des situations identiques) .(13) Trois grandes familles de questionnaires peuvent être utilisés en cancérologie (16)

a- les instruments de mesure de la QdVIS génériques :

Sont utilisés quelle que soit la pathologie (comme le General Health Questionnaire ou GHQ, le Sickness Impact Profile ou SIP et le Nottingham Health profile ou NHP). Ces outils ont aussi été validés chez le sujet sain. Ces questionnaires génériques ont l'avantage d'être courts, faciles à utiliser, avec des propriétés psychométriques bien documentées mais ne sont pas spécifiques pour la cancérologie. Ils sont utiles pour comparer la QdV des patients en longue rémission à celle de la population générale, par exemple.

b- les instruments de mesure de la QdVIS spécifiques :

Ils rassemblent des données propres à une maladie. Ils sont surtout appliqués pour évaluer les toxicités spécifiques aiguës des traitements dans le cadre d'essais thérapeutiques.(16)

c- les mesures d'utilité ou QALY2(Quality Adjusted LifeYears)

Définissent « le nombre d'années de vie en parfaite santé considéré comme équivalent au nombre d'années effectivement vécues dans un état de santé donné ». La QALY mesure ainsi les années de vie pondérées par la qualité. Ce concept est surtout utilisé par les économistes de la santé et n'est qu'exceptionnellement utilisé en clinique.(16)

De nombreux questionnaires (tableau 3) validés se sont développés au cours des deux dernières décennies.Cependant, il n'existe toujours pas de questionnaire « Gold standard ».

Les deux principaux outils dans le domaine de la cancérologie validés en français sont le FACT (Functional Assessment Cancer Treatment), développé en Amérique du nord, et le QLQ-C30 de l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) en Europe.(16)

Ces deux questionnaires sont écrits sous forme de modules. Ils incluent un questionnaire central générique pour la cancérologie étudiant les dimensions physiques, émotionnelles et sociales communes à un grand nombre de patients cancéreux et des modules spécifiques de la localisation néoplasique.(16)

Tableau 3 : thèmes des items(en pourcentage) des principaux auto-questionnaires
proposés aux patients atteints d'un cancer

	nombre d'items	physique(+toxicité thérapeutique)	psychologique	Social	global
FLIC	22	50	34	16	0
EORTC QLQ-30	30	60	27	10	3
BESANCON	23	35	39	26	0
PADILLA	14	50	34	16	0
COATES	7	58	14	0	28
BCQ BREAST Cancer	30	47	43	10	0
Rotterdam Chek list	39	64	32	0	4
FACT	28+5	50	21	29	5
MSAS	35	74	17	3	6

C-Questionnaire EORTC QLQC-30 :

a- définition :

L'organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer EORTC a eu l'originalité de développer un instrument de base utilisable pour toutes les localisations cancéreuses mais qui peut s'articuler avec des questionnaires plus spécifiques à certaines localisations spécifiques(17) : QLQ-BR23 pour le cancer du sein, QLQ-CX24 pour le cancer du col et QLQ-LC13 pour le cancer de poumon.

Le questionnaire général de l'EORTC (QLQC-30) comprend 28 questions répartis en 5 échelles fonctionnelles et 3 échelles symptomatiques. Il se termine par deux échelles visuelles analogiques supplémentaires centrées sur le bien être générale du patient.(annexe 1)

Cet auto-questionnaire est mis au point en différentes langues ; l'adaptation transculturelle dans notre contexte reste une étape primordiale pour son utilisation, parce qu'il permet de maintenir une équivalence conceptuelle et ainsi maintenir la validité de contenu.

En plus l'adaptation reste plus économe en temps, et permet des comparaisons Internationales

b-Les étapes de la traduction

L'adaptation transculturelle de ces questionnaires a été réalisée en cinq étapes selon les recommandations de Beaton et al [18].

- Première étape :

Elle a consisté en une traduction des versions originales des questionnaires de l'anglais au dialecte arabe marocain par deux traducteurs dont la langue maternelle est le dialecte arabe marocain et qui maîtrisent l'anglais. Les deux

traducteurs ont travaillé séparément et ont effectué une adaptation transculturelle des concepts plutôt qu'une simple traduction linguistique.

- Deuxième étape :

Les deux traducteurs en présence d'un observateur, ont réalisé une synthèse des deux versions traduites pour chaque type de questionnaire, avec rédaction d'un rapport résumant les difficultés et la façon dont elles ont été résolues. A la fin de cette étape, une version arabe préliminaire a été obtenue pour chaque questionnaire.

- Troisième étape :

Les versions arabes préliminaires ont été contre traduites en anglais par deux autres traducteurs maîtrisant l'anglais et le dialecte arabe et qui n'étaient pas familiarisés avec les versions originales en anglais.

- Quatrième étape :

Puis les deux versions contre traduites ainsi que la version originale de chaque questionnaire et la version arabe préliminaire de chacun ont été revues par un comité d'experts. Ce comité comportait deux méthodologistes, un oncologue et les traducteurs, ils ont comparé les versions contre traduites à la version originale pour identifier les items ambigus ou inadéquats et ont généré des expressions alternatives. Une version pré-finale a été obtenue.

- Cinquième étape :

Pour chaque type de questionnaire la version pré-finale a été introduite lors d'un pré-test à un groupe de patients présentant un cancer du sein pour le QLQ-BR23, du poumon pour le QLQ-LC13, du col de l'utérus pour le QLQ-CX24, et toute localisation pour le QLQ-C30. Les patients ont répondu aux questionnaires, ont

commenté certains items qui posaient un problème de compréhension et ont été invité à suggérer des expressions alternatives.

Le comité d'experts a rédigé la version finale traduite de chaque questionnaire en prenant en considération les remarques des patients.

Ces versions finales ont fait l'objet de l'analyse psychométrique (voir annexes).

III-Mesure pratique de la qualité de vie :(16)

Il s'agit d'évaluer et interpréter les modifications de la qualité de vie d'un patient associées à la maladie et au traitement.

L'évaluation au cours d'une consultation par le médecin à l'aide d'échelles peut sembler plus « objective ». Ainsi le patient est le seul à pouvoir apprécier correctement les changements de sa qualité de vie.

Le malade étant le meilleur juge, les autoquestionnaires constituent donc l'instrument de choix de la mesure de la qualité de vie et sont le plus souvent utilisés.

Le moment de l'appréciation de la qualité de vie est également important à définir ; l'évaluation peut être réalisée avant, pendant ou après le traitement en fonction de la finalité de la mesure, de la pathologie et de la thérapeutique.

Il convient de signaler, néanmoins, qu'une répétition trop fréquente de cette mesure expose à un défaut d'observance de la part des médecins et surtout à un refus du patient.

1- Choix de l'instrument de mesure :(16 ;11)

L'instrument idéal n'existe pas à l'heure actuelle, toutes les échelles ont leurs propres avantages et inconvénients. Mais elles ont également certaines caractéristiques communes.

Tous les auteurs s'accordent à dire que l'instrument de mesure ne doit pas comporter trop de questions qui risqueraient de lasser le malade.

Avant de réaliser une évaluation de qualité de vie, il faut s'interroger sur l'objectif à atteindre, afin de choisir l'instrument le plus adapté.

En effet, il est nécessaire de définir les domaines à explorer ; de sélectionner les questions ; d'évaluer la sensibilité ; la fiabilité et la validité du questionnaire .

2- Analyse et interprétation des mesures :(16)

L'analyse statistique des données recueillies n'est pas toujours aisée ; Elle n'est valable que si l'on utilise un outil psychométrique validé.

De plus, les conclusions de l'analyse peuvent être altérées par les biais habituels (objectif mal définis, critères d'inclusion précis, nombreux perdus de vue, questionnaires incomplets, absence d'ajustement sur d'autres variables...).

L'étude peut porter sur le score global ou sur chaque sous-score explorant un aspect de la qualité de vie, les mesures effectuées à différents moments de la maladie ou du traitement.

Les méthodes statistiques, simple ou complexe, utilisées sont adaptées aux objectifs de l'étude :

- Description de l'évolution de la qualité de vie d'un groupe de patients
- Comparaison lors de l'évaluation thérapeutique (essais cliniques en particulier)

- Recherche de variables à valeur prédictive

Dans tous les cas, l'interprétation d'une modification significative du score global est cependant délicate.

IV- Utilisation de la mesure de la qualité de vie en oncologie : (21 ;16 ;13)

Les mesures de qualité de vie en oncologie peuvent être utilisées dans différentes circonstances :

- L'étude du retentissement de la survenue, d'un cancer ou des différents traitements sur la qualité de vie pour différentes localisations ou différents traitements d'une même localisation.
- L'appréciation de la qualité de vie peut être utile dans le dépistage d'une souffrance psychosociale majeure.
- En matière d'évaluation thérapeutique, la prise en considération de la qualité de vie peut contribuer aux décisions thérapeutiques (notamment le choix des traitements).

Il n'est pas exclu que, dans l'avenir, des critères de qualité de vie soient également un des éléments entrant dans les demandes d'autorisation de mise sur le marché.

DEUXIEME PARTIE:
ETUDE PRATIQUE

BUT DE L'ETUDE

Le but de notre travail est d'évaluer la qualité de vie chez un groupe de patients cancéreux à l'aide de la version arabe validée du questionnaire QLQ C30 et de mesurer l'impact et le retentissement de la survenue, d'un cancer ou des différents traitements sur la qualité de vie.

MATERIEL ET METHODE

1-TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle réalisée au service d'oncologie médicale de CHU Hassan II de FES sur une période de 1 an ;entre janvier 2009 et janvier 2010.

2- PATIENTS

Notre étude a concerné 61 patients recrutés à partir de la consultation de l'oncologie médicale au centre de diagnostic de CHU Hassan II de Fès.

- Ont été inclus tous les patients ≥ 18 ans avec Cancer de sein ou du Poumon ou colorectal ou du col utérin confirmé histologiquement, et ayant Signés un consentement éclairé pour participer à l'étude
- Nous avons exclus tout patient ayant déjà reçu un traitement anticancéreux pour la localisation actuelle ou souffrant d'un trouble neuropsychique sévère pouvant fausser la réponse au questionnaire -qualité de vie

3-LES DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES

Les informations recueillies comportaient des données d'identification des patients et des structures, l'état clinique, les modalités de traitement. Il s'agit de :

- Données d'identification : date de naissance, sexe, l'origine géographique, état matrimonial, taille et poids) et l'état social (Profession, Niveau socio-économique, Mutuelle/Assurance).
- Données cliniques : type de cancer, Stade de la maladie, Classification TNM (cTNM et pTNM), co-morbidités.
- Données thérapeutiques : type de traitement, traitement concomitant

4- INSTRUMENTS DE MESURE : EORTC QLQ-C30

L'EORTC QLQ-C30 est un instrument générique européen de mesure de la qualité de vie, il comporte cinq dimensions relatives à l'activité (physique, professionnelle et loisirs, cognitive, émotionnelle et sociale), trois dimensions relatives aux symptômes (fatigue, douleur, nausées et vomissement) et six items indépendants. Les questionnaires QLQ-BR23, QLQ-CX24 et QLQ-LC13 sont destinés respectivement aux patientes atteintes de cancer du sein, cancer du col et patients atteints de cancer de poumon.

Tous les items évaluent la qualité de vie durant la dernière semaine. Quatre modalités de réponses sont disponibles : « Pas du tout », « Un peu », « Assez » et « Beaucoup » pour tous les items à l'exception des items de l'état de santé global dont les réponses varient de 0 à 7 (très mauvais à excellent).

Le questionnaire EORTC QLQ-C 30 a été traduit en Arabe dialectale marocain, adapté et validé à notre contexte.

5-ANALYSE STATISTIQUE :

Calcul des scores

Les scores des différentes dimensions des questionnaires EORTC QLQ sont calculés séparément, ils sont obtenus en calculant la moyenne des items renseignés de chaque dimension.

Les scores bruts vont de 1 à 4 pour toutes les dimensions sauf la dimension « Etat de santé global » dont le score varie de 1 à 7.

Des scores normalisés sont calculés tels que 0 correspond à la pire qualité de vie et 100 à la meilleure pour les dimensions multi-items, en ce qui concerne les symptômes, 0 correspond à leur absence et 100 à leur présence permanente.

Les scores sont calculés de la manière suivante :

$$\text{Score brut} = SB = (I1 + I2 + \dots + In) / n$$

Avec : I1, I2, ..., In : correspondent aux items qui forment la dimension

n : Nombre d'items renseignés

- Pour les dimensions fonctionnelles :

$$\text{Score normalisé} = (1 - (SB - 1) / \text{étendue}) \times 100$$

- Pour les dimensions symptômes:

$$\text{Score normalisé} = ((SB - 1) / \text{étendue}) \times 100$$

L'étendue est la différence entre les réponses minimales et maximales possibles

Analyse statistique

Dans un premier temps, une analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients a été effectuée. Pour décrire les scores de qualité de vie, nous avons calculé les moyennes et écarts-type, minimum et maximum.

Ensuite une analyse univariée a été faite pour rechercher l'association entre la qualité de vie et plusieurs variables explicatives. Lors de la comparaison de groupes, nous avons utilisé les tests paramétriques classiques (test de Student, ANOVA) en fonction de la nature des variables à comparer, ainsi que des tests non paramétriques dans le cas des effectifs faibles.

Pour chaque test statistique utilisé, le test était considéré comme significatif lorsque p (degré de signification) était inférieur à 0,05.

L'analyse statistique est effectuée en utilisant le logiciel SPSS version 17.

RESUTATS

I- la localisation cancéreuse

La population enquêtée se composait de :

- 38 cas du cancer du sein
- 13 cas du cancer colorectal
- 9 cas du cancer pulmonaire
- 1 seul cas du cancer du col utérin

II-DESCRIPTION DE LA POPULATION

Le taux de réponse au questionnaire QLQC-30 était de 100%, tous les patients ayant accepté d'y répondre avec l'assistance d'un médecin.

A-Données socio-démographiques

La population enquêtée se composait de 72,1% de femmes et de 27,9% d'hommes, soit 44 femmes et 17 hommes (figure 1).

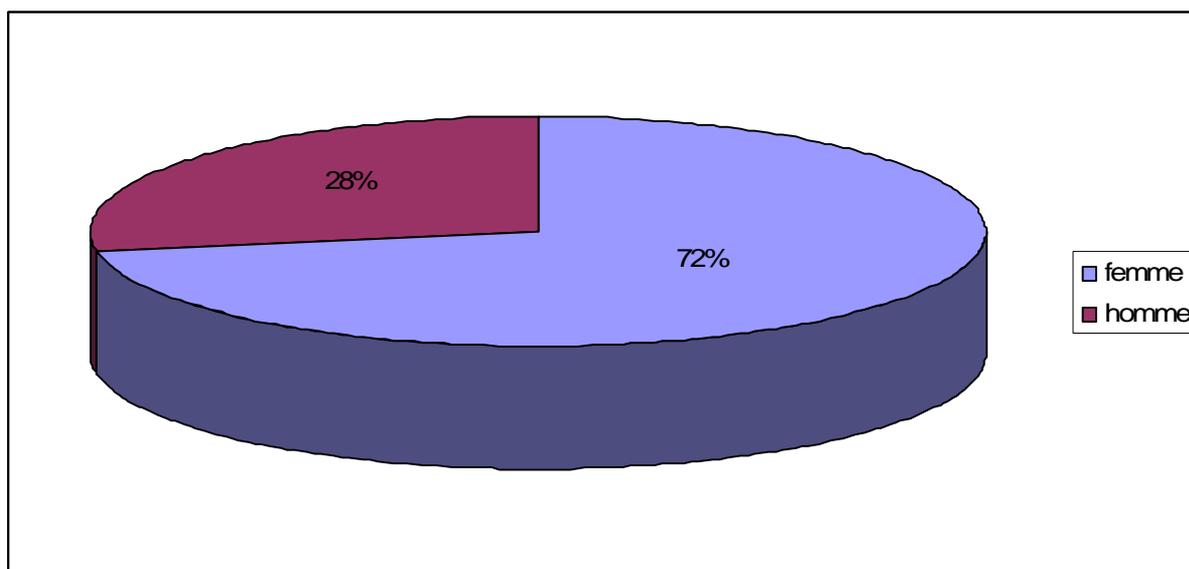


Figure 1 : répartition selon le sexe

- L'âge moyen des patients ayant participé à l'étude était de $49,29 \pm 11,71$ ans, avec des extrêmes allant de 30 à 63 ans.
- La situation maritale : la majorité des patients ; 43 (70,5%) étaient mariés ; 10 (16,4%) étaient célibataires ; 5(8,2%) étaient divorcés et 3 (4,9%) étaient veufs (figure 2).
- Lieu de résidence : la majorité des patients sont d'origine urbaine ; 43 patients soit 70,5% (figure 3).
- La distance moyenne entre domicile et centre anticancéreux est de 42.06 km
- Le niveau d'instruction : 32 (52,5%) des patients n'étaient pas scolarisés, 11 (18%) avaient fait des études primaires, 13 (21,3%) avaient été jusqu'aux études secondaires avec ou sans obtention de Baccalauréat, et seuls 5 (8,2%) avaient suivi un cursus supérieur (figure 4).

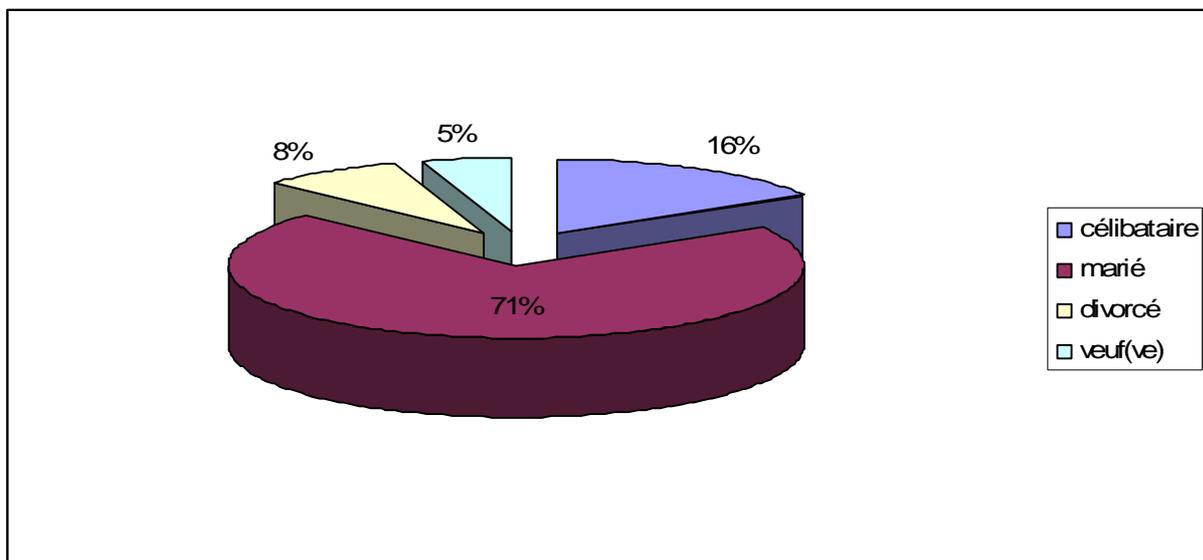


Figure 2 : répartition selon le statut marital

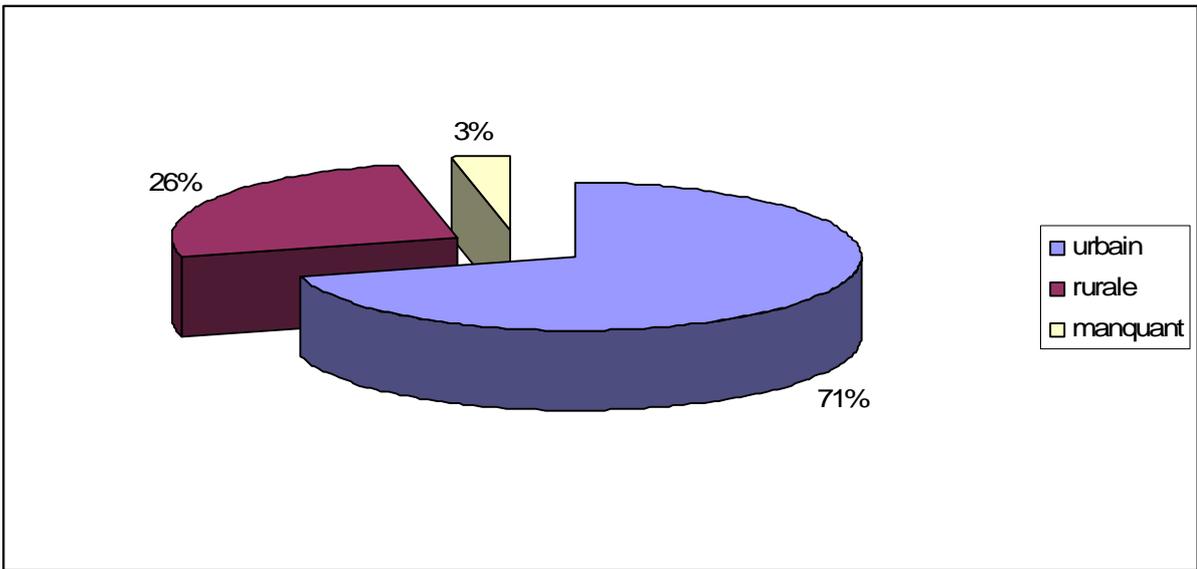


Figure 3 : répartition selon lieu de résidence

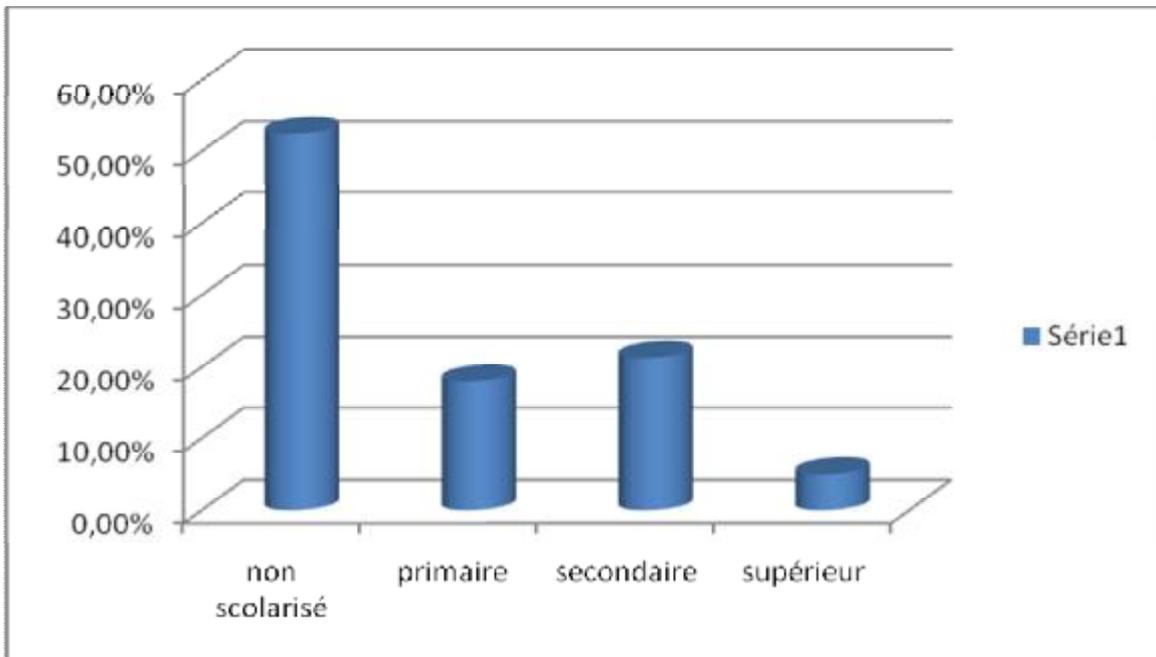


Figure 4 : répartition selon le niveau d'instruction

- En ce qui concerne l'emploi:
 - Chez les femmes : 88% sont des femmes au foyer (38 patientes)
 - Chez les hommes : 13 patients avaient une profession (76.47%), 3 étaient retraités (17.64%) et 1 patient sans profession.
- Le questionnaire nous a renseigné également sur le mode de transport des patients : (figure 5), ainsi que la couverture sociale (figure 6)

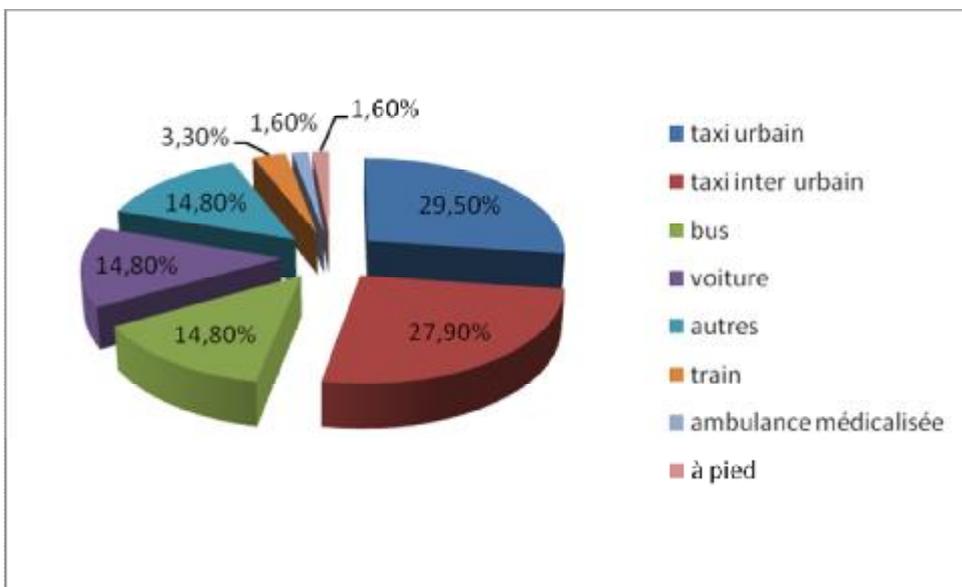


Figure 5 : mode de transport des malades

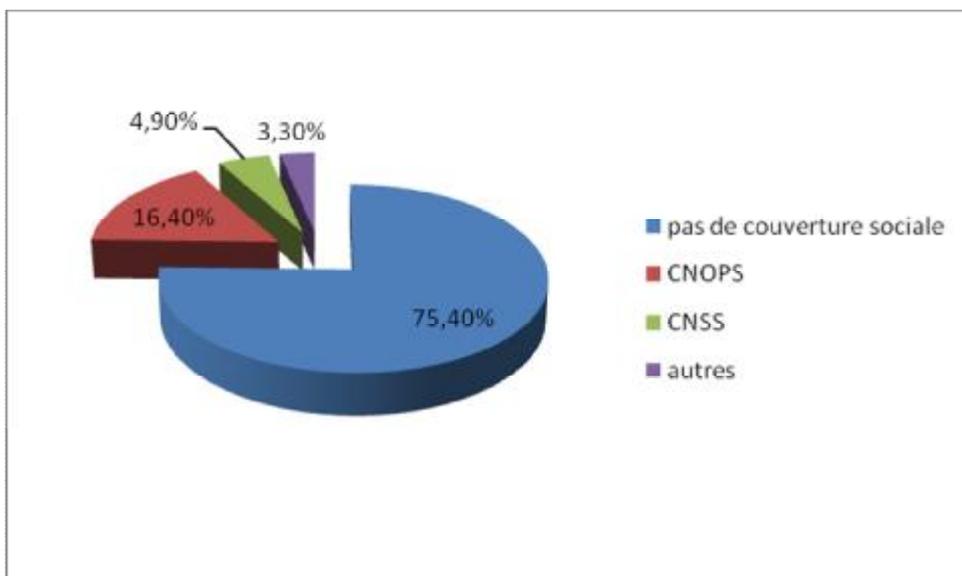


Figure 6 : couverture sociale

B-Antécédants médicaux et chirurgicaux :

1-Antécédants médicaux

- La plupart de nos patients n'avaient pas des antécédents médicaux particuliers (82%)
- 11 patients étaient traités en préalable pour une pathologie chronique, dont :
 - 3 patients hypertendus (4,9%)
 - 3 patients pour tuberculose pulmonaire (4,9%)
 - 2 patients pour un cancer colorectal (3,3%)
 - 3 autres patients traités respectivement pour une cardiopathie, diabète, cancer du sein.

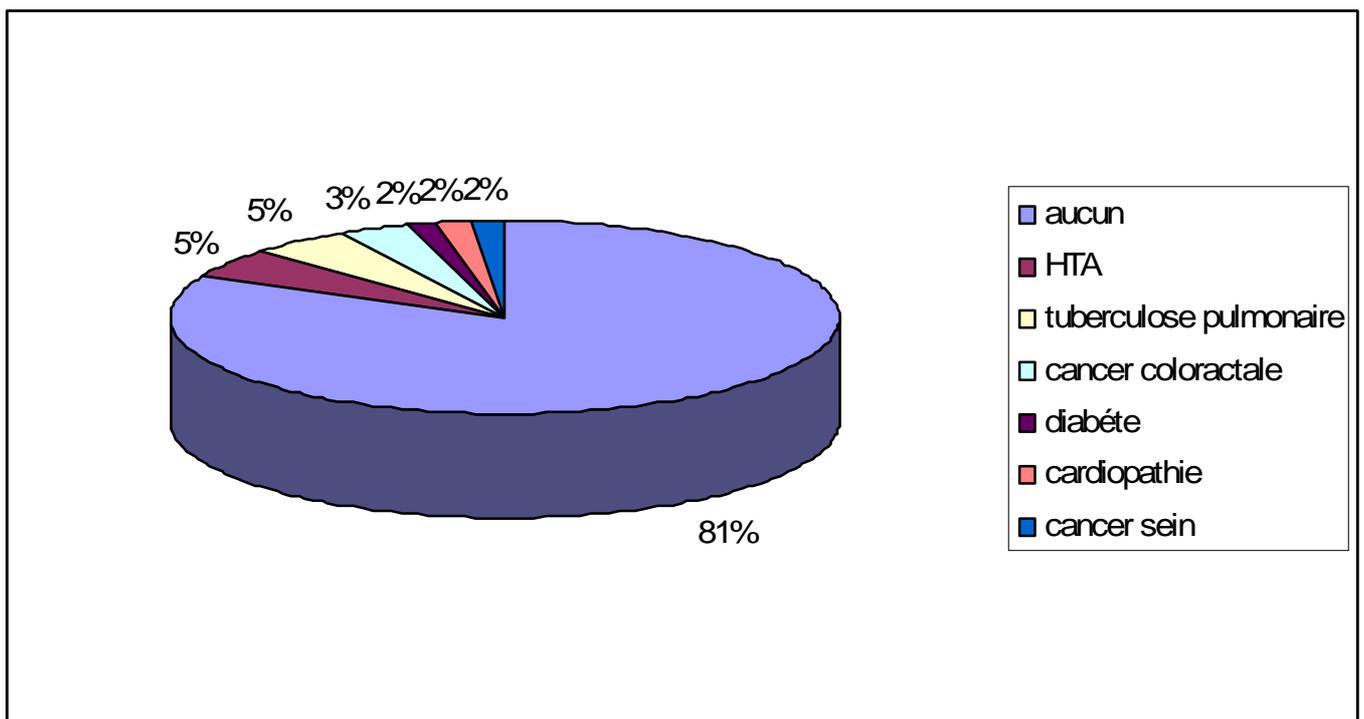


Figure 7 : répartition selon les antécédants des patients

2- Antécédants chirurgicaux :

- Seulement 3 patients ont été opérés pour : appendicite, vésicule lithiasique, pathologie pleuro- pulmonaire non étiquetée.

3-Antécédents familiaux de néoplasie:

- Une patiente avait un antécédent du cancer du sein dans sa famille
- Un patient avait un antécédent familial du cancer colorectal

C-Antécédents gynéco-obstétricaux chez les patientes suivies pour des cancers gynécologiques (sein, col utérin):

- *Age de ménarche :*

23% des patientes avaient leurs ménarche avant l'âge de 12 ans, et 47,5% après.

- *Age de premier rapport sexuel :*

37,7% des patientes avaient leur premier rapport sexuel après l'âge 16 ans alors que 19,7% avant cet âge.

- *Age de la première grossesse :*

13,1% des patientes avant l'âge de 18 ans, contre 32,8% après.

- *Ménopause :*

8,2% avant l'âge de 45 ans et 16,4% après cette limite d'âge.

- *Allaitement maternel :*

42,6% de nos patientes allaitent, contre 27,9 % des patientes.

- *Contraception orale :*

34,4% des patientes ayants la notion de prise de la contraception orale, contre 36,1%.

Ces résultats sont résumés dans le tableau 4.

Tableau 4 : les antécédants gynéco-obstétricaux

	Effectifs	pourcentage
Age de ménarche		
<12 ans	14	23%
>12 ans	29	47,5%
Age de 1 ^{er} rapport sexuel		
<16 ans	12	19,7%
>16 ans	23	37,7%
Age 1 ^{ère} grossesse		
< 18 ans	8	13,1%
> 18 ans	20	32,8%
Nombre d'enfants		
<4	13	21,3%
>4	16	26,2%
Age de ménopause		
<45 ans	5	8,2%
>45 ans	10	16,4%
Allaitement maternel		
Oui	26	42,6%
Non	17	27,9%
Contraception orale		
Oui	21	34,4%
Non	22	36,1%
Infections gynécologiques		
Oui	3	4,9%
Non	43	65,6%

D-Facteurs de risque :

- Professionnels :

L'exposition professionnelle été retrouver chez 2 patients suivis pour cancer du poumon (amiante, poussière cuire) .

- Médicaux-iatrogènes :

3 patientes suivies pour cancer du sein étaient sous œstrogènes (contraception orale).

- Généraux

2 patients sont alcooliques, et 2 autres sont tabagiques.

III-PROTOCOLES DE CHIMIOTHERAPIE :

- Cancer du sein : 31 patientes avaient reçus l'AC60 (81.57%), 7 patientes le FEC 100(18.42%) (figure 8)
- Cancer du poumon : les 9 patients ont été traités par une bithérapie :5 patients à base de cisplatine avec navelbine(55.5%) et 4 patients avec cisplatine avec l'étoposide(44.4%).(figure 9)
- Cancer colorectal : 7 patients ayant reçus le FUFOL (53.8%) et 6 autres ont été traités par XELOX(46.85%)(figure 10)
- La patiente suivi pour cancer du col utérin été traité avec cisplatine en monothérapie.

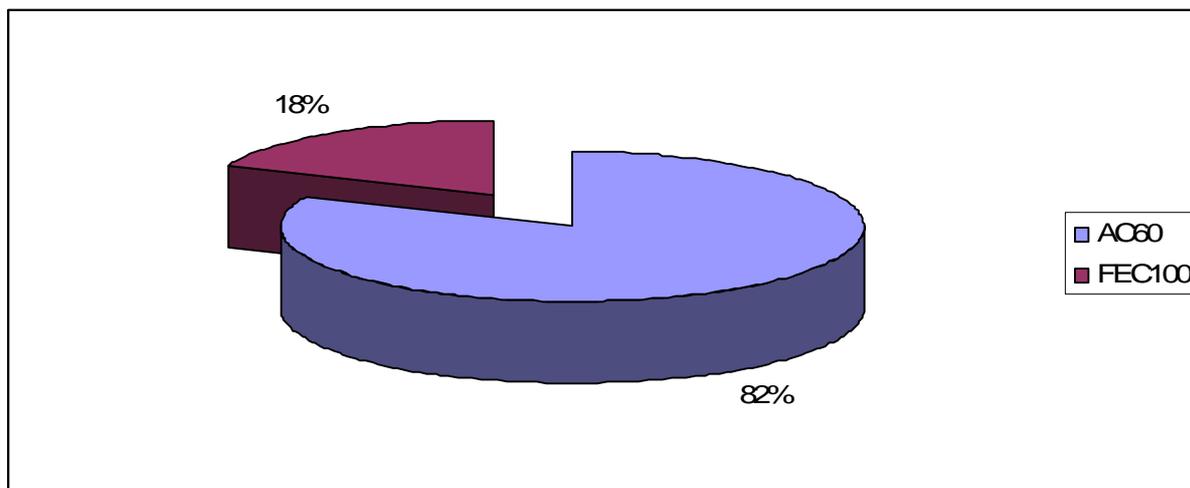


Figure8 : Répartition selon les protocoles de chimiothérapie utilisés dans le cancer du sein

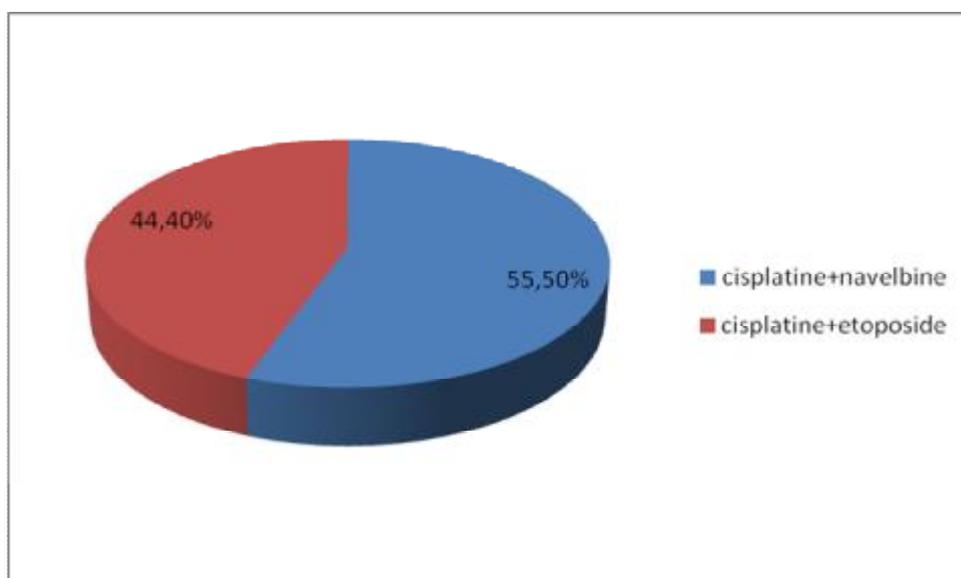


Figure9 : Répartition selon les protocoles de chimiothérapie utilisés dans le cancer du poumon

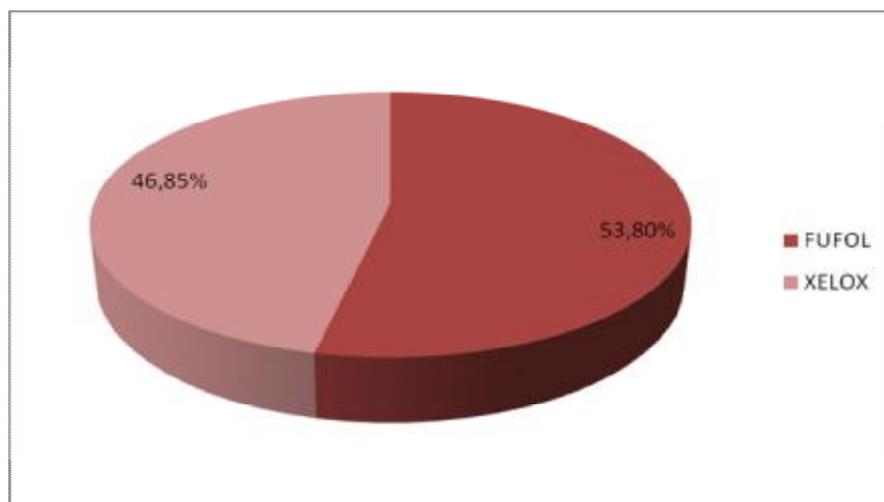


Figure10 : Répartition selon les protocoles de chimiothérapie utilisés dans le cancer colorectal

IV-LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS : REPONSE AU QLQ-C30

1-Echelles fonctionnels :

A-Evaluation de l'activité physique (Items 1 à 5)

- 55,2% des patients n'avaient aucun problème, quand 28,1 %d'entre eux rencontraient des problèmes d'ordre modéré, et seuls 16,82% des patients trouvaient leur fonctionnement extrêmement réduit avec un score moyen de 71 +/- 30,4

Figure 11 représente la réponse de nos patients à l'item 1

(Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques Pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?)

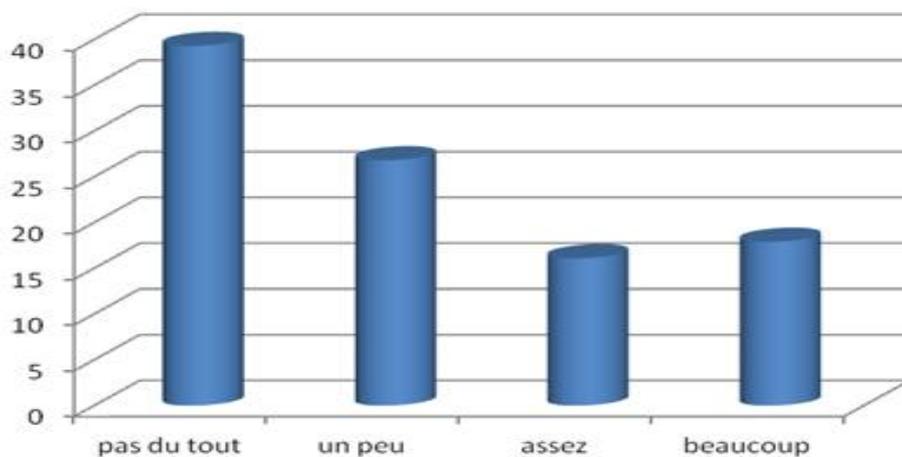


Figure 11 : répartition des patients selon la réponse à l'Item 1

B -Evaluation de l'activité professionnelle et loisir :(Items 6-7)

- La majorité des patients 45,5% étaient pleinement fonctionnels, 17,8% des patients rapportaient être modérément diminué dans leur rôle fonctionnel , tandis que 14,3% des patients estimaient qu'il a significativement diminué quand 22,3% rapportaient des difficultés extrêmes à rester fonctionnels avec un score médian été de 62,2 +/- 38,6.

Figure 12 représente la répartition de nos patients en fonction de la réponse à l'item 7.

(Etes vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?)

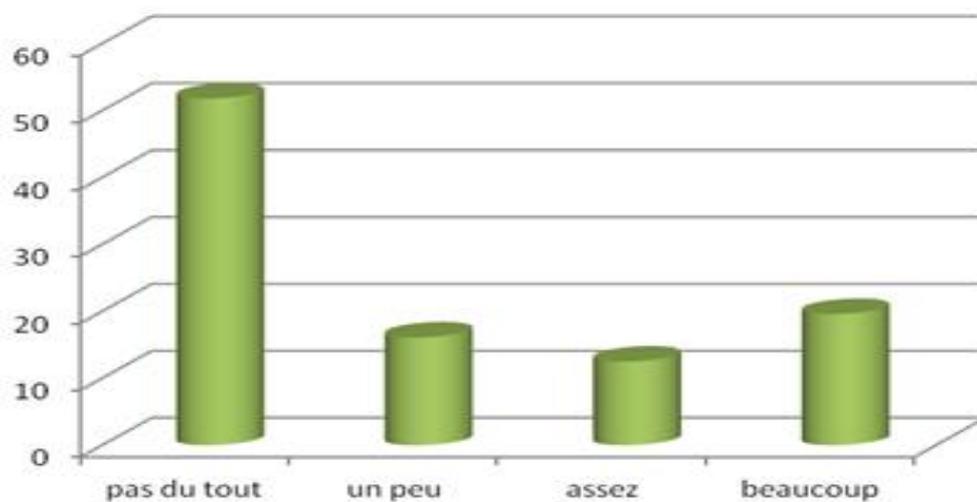


Figure 12 : Répartition des patients selon la réponse à l'item 7

C-Evaluation du fonctionnement émotionnel (Items 21 à 24) :

- 38,4% des patients déclaraient que le volet émotionnel ne leur posaient pas de problème et 46,02% des patients se plaignaient que celui-ci affectent modérément leur qualité de vie et 15,65% patients rendaient ce volet émotionnels responsable d'un problème extrême dans leur vie quotidienne avec un score moyen de 63,4 +/-31,6.

Figure 13 représente la répartition de nos patients selon la réponse à l'item 23 (Vous êtes vous sentie irritable ?)

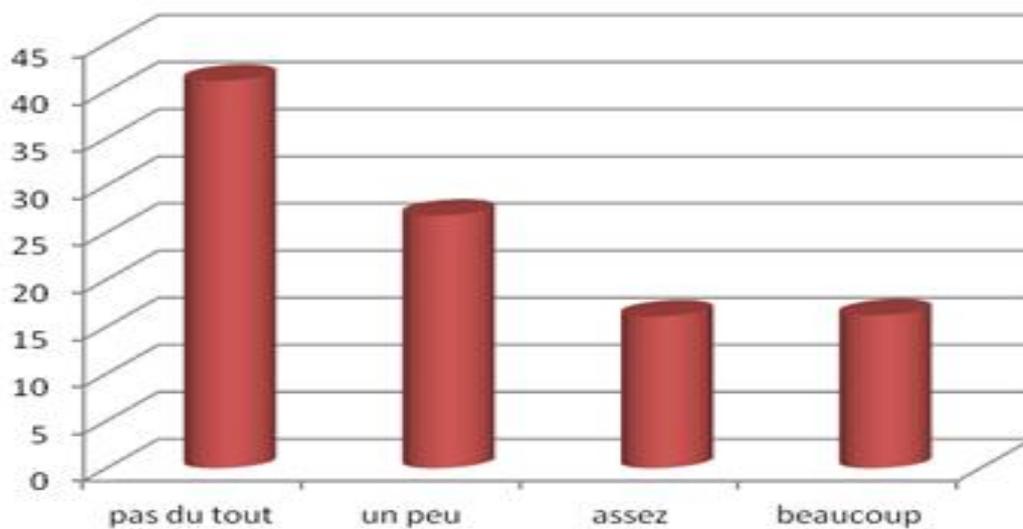


Figure 13 : répartition selon la réponse à l'item 23

D- Evaluation du fonctionnement cognitif (Items 20-25):

- 64,3% des patients affirmaient n'être aucunement gênés dans leurs activités courantes de la vie quotidienne nécessitant une concentration, tandis que 6,2% des patients, ces activités posaient des problèmes extrêmes ;avec un score médian de 80,1+/- 27,8.

Figure14 représente la répartition selon la réponse à l'item 25

(Avez -vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?)

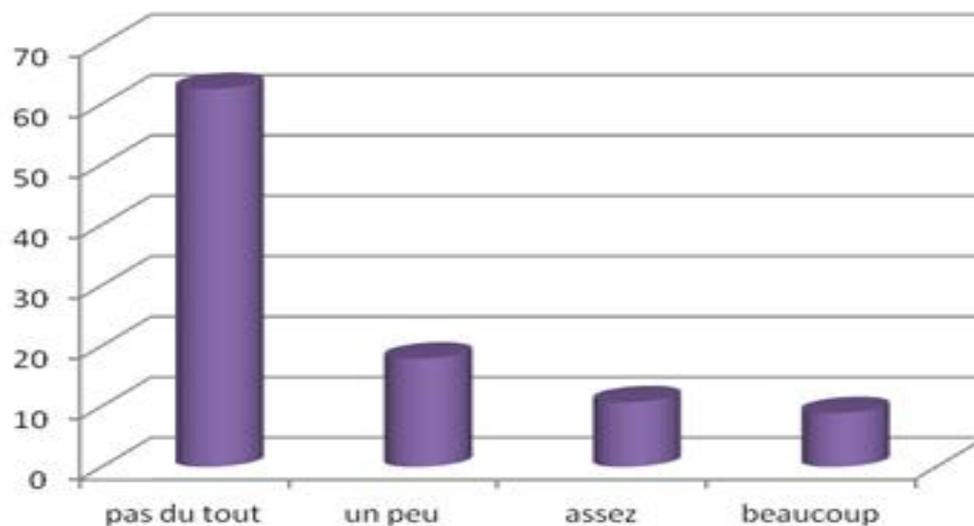


Figure14 : répartition selon la réponse à l'item 25

E- fonctionnement social (Items 26-27) :

- 80% des patients n'avaient aucun problème concernant leurs activités sociales, quand 13,6% d'entre eux rencontraient des problèmes de d'ordre modéré, et seuls 6,4% des patients trouvaient des problèmes extrêmes. Avec un score médian estimé à 87,6+/- 25,9

Figure 15 représente la répartition selon la réponse à l'item 27

(Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée

Dans vos activités sociales ?)

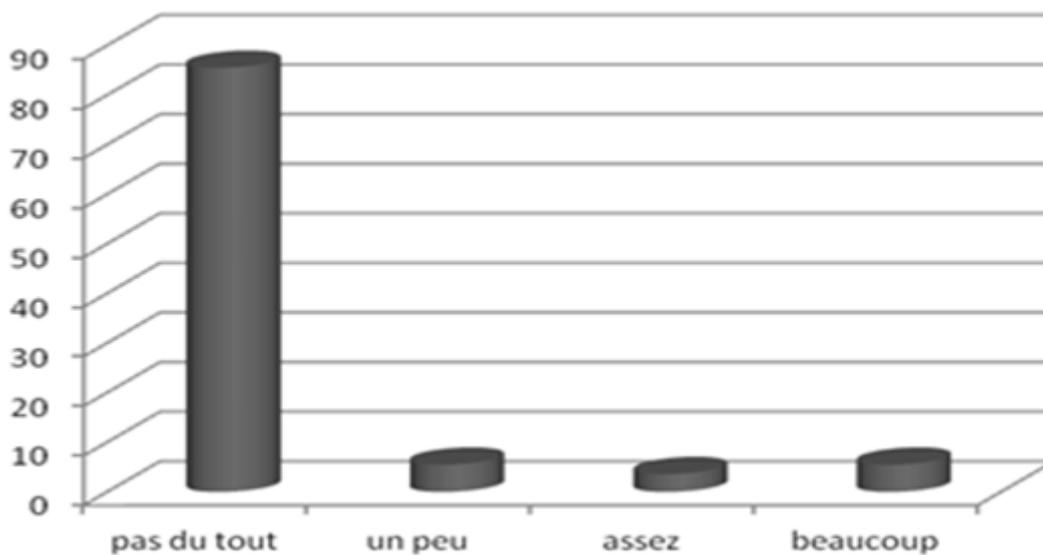


Figure 15 : répartition des patients selon la réponse à l'item 27

2-Echelles symptomatique / items

Les échelles symptomatiques permettent une estimation subjective de l'état de santé de nos patients, en se basant sur l'évaluation de neuf dimensions, dont chacune a été analysé par plusieurs items ou questions:

- Ø Fatigue
- Ø Nausées et vomissements
- Ø Douleur
- Ø Dyspnée
- Ø Perturbations du sommeil
- Ø Perte d'appétit
- Ø Constipation
- Ø Diarrhée
- Ø Problèmes financiers

Le tableau 5 résume les résultats de nos patients

Tableau 5 : qualité de vie ;les échelles symptomatiques /Items

Dimension	Items	Effectifs	Moyenne	ET
Fatigue(FA)	10-12-18	56	38,78	37,17
Nausées et vomissement(NV)	14-15	56	10,71	25,9
Douleur (PA)	9-19	56	35,11	37,29
Dyspnée (Dy)	8	56	19,64	33,5
Trouble de sommeil (SL)	11	56	35,11	35,62
Perte d'appétit (AP)	13	56	34,52	37,58
Constipation (CO)	16	55	16,6	31,78
Diarrhée (DI)	17	55	10,9	24,89
Problèmes financiers (FI)	28	55	63,6	38,09

3-Evaluation globale de la qualité de vie :

Le statut globale de nos patients été évalué grâce à L'EVA, qui correspond à une échelle visuelle analogique , elle donne une estimation individuelle subjective de l'état de santé à l'aide d'une échelle graduée à la manière d'un thermomètre de 0 (pire état de santé) à 100 (meilleur état de santé) .

L'échelle visuelle analogique était en moyenne 67+/- 24,9 avec des extrêmes allant de 16,7 à 100

IV-LA QUALITE DE VIE LIEE A LA SANTE

A -influence du sexe du patient sur sa qualité de vie

L'estimation subjective de l'état de santé varie de manière significative selon le sexe .En effet, quand la moyenne retenue est à 67 pour les deux sexes, elle s'abaisse à 55,6 pour les individus de sexe masculin et s'élève à 71,2 pour les individus de sexe féminin

B-Influence de l'âge du patient sur sa qualité de vie

on note une variation significative en ce qui concerne l'âge des patients , la plus basse estimation de l'état de santé revient aux patients ayant plus de 60 ans(59+/-25,7).

Quant aux échelles fonctionnels et symptomatiques, ils sont sensiblement et significativement influencés par l'âge des patients

Ces résultats sont présentés en détail dans le tableau 7

Tableau 7 : Influence de l'âge du patient sur sa qualité de vie

	< 50 ans	50-59 ans	> 60 ans
Activité physique	78,9	75,9	63,9
Activité professionnelle et loisir	71,8	39,2	42,6
Fonction émotionnelle	67,2	53,2	60,4
Activité cognitive	82,8	67,9	84,,7
Activités sociales	86,9	85,9	93,1
Fatigue	28,9	49,6	57,4
Nausées	7,5	23,1	6,9
Douleur	25,9	57,7	33,3
Dyspnée	12,6	20,5	38,9
Insomnie	25,3	56,4	41,7
Anorexie	26,4	46,2	47,2
Constipation	17,2	28,2	5,6
Diarrhée	6	23,1	11,1
Problèmes financiers	65,5	64,1	61,1
Etat de santé global	72,1	59,7	59

C-influence du type du cancer sur la qualité de vie :

Les résultats de l'analyse statistique réalisé suggère que le type du cancer influence l'état de santé des patients ; et ainsi on peut dire que le cancer du sein est le premier cancer associé à une bonne qualité de vie avec un score globale de 73,1, suivi du cancer colorectal (64,6) puis le cancer du poumon (38,1) .

D-Influence du stade du cancer sur la qualité de vie :

Le stade de la maladie cancéreuse influence sensiblement l'appréciation de la qualité de vie des patients ;

La plus basse estimation de la qualité de vie était retrouvée chez les patients avec stade avancé (47,4±22,1).

Ces résultats sont présentés en détail dans le tableau 8

Tableau 8 : Influence du stade du cancer sur la qualité de vie

	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Activité physique	80,0	85,9	65,8	52,8
Activité professionnelle et loisir	66,7	87,0	58,3	32,1
Fonction émotionnelle	65,5	55,6	68,8	56,4
Activité cognitive	78,6	79,6	79,2	89,7
Activités sociales	88,9	85,2	87,5	84,6
Fatigue	32,5	22,2	38,9	65,8
Nausées	,0	,0	8,3	14,1
Douleur	11,9	14,8	43,8	55,1
Dyspnée	19,0	,0	25,0	46,2
Insomnie	9,5	37,0	29,2	56,4
Anorexie	23,8	14,8	25,0	61,5
Constipation	28,6	11,1	8,3	12,8
Diarrhée	4,8	18,5	4,8	20,5
Problèmes financiers	55,6	55,6	79,2	66,7
Etat de santé global	72,6	75,9	61,5	47,4

DISCUSSION

1- Introduction :

Il est admis aujourd'hui que les objectifs de la prise en charge du cancer ne se limitent plus au contrôle de la progression tumorale. Dans le domaine de la cancérologie, comme celui des pathologies chroniques, la qualité de vie des patients est devenue une préoccupation croissante aussi bien pour les cliniciens, les médecins de santé publique que les économistes de la santé. Le patient n'est plus considéré du seul point clinique ; d'autres paramètres sont pris en compte comme le poids des traitements et leurs toxicités, le retentissement psychologique et social de la maladie et du traitement au cours de la phase thérapeutique mais aussi à plus long terme.

A ce jour aucune étude ne s'est intéressée à l'étude de qualité de vie des sujets atteints de cancer au Maroc à une échelle large. par ailleurs, aucun travail n'a permis d'étudier l'évolution de cette qualité de vie en fonction des caractéristiques des patients et des différents moyens de prise en charge.

C'est dans ce cadre que l'association Lalla Salma de lutte contre le cancer a lancé une étude nationale ayant pour objectif l'évaluation de la qualité de vie des patients cancéreux. il s'agit d'une étude prospective multicentrique avec recrutement consécutif de 6500 cas de cancer au Maroc.

L'originalité de cette étude va contribuer à une meilleure connaissance de l'épidémiologie du cancer au Maroc et ses répercussions en termes de qualité de vie. Dans ce travail on va essayer de donner les résultats préliminaires du centre d'oncologie médicale de Fès, en attendant les résultats finales de l'étude sur le plan national, avec éventuellement la réalisation d'autres études plus large afin de bien élucider ce nouveau concept.

Cependant l'analyse statistique de nos données comporte des limites majeures.

Dans notre série, on a recruté seulement 61 patients atteints des cancers les plus fréquents (selon les données épidémiologiques nationales) ; ce chiffre qui reste insuffisant pour bien évaluer ce nouveau concept et d'en tirer des conclusions pratiques sur la signification clinique et thérapeutique des résultats l'hétérogénéité de la population concernée (sexe , niveau socio-économique, niveau culturel, localisation cancéreuse...) rend l'analyse des données difficile ; ainsi que la comparaison de nos données avec celles de la littérature tout en sachant que la plupart des études qu'ont été menées dans ce sens ,intéressent le plus souvent une localisation cancéreuse bien précise .

Toute estimation de la qualité de vie d'un malade par un médecin ou autre intervenant risque d'être erronée ou influencée par les différences de conception de chacun concernant une bonne QdV [12]. Voilà pourquoi les malades doivent idéalement répondre eux-mêmes aux diverses questions concernant leur QdV.

Cependant, certains malades peuvent être incapables de remplir les divers questionnaires ; comme le cas dans notre population puisque la moitié de nos patients (52,5%) sont des analphabète ; dans ce cas, une aide été fournie car une réponse assistée vaut mieux qu'une donnée manquante.(19)

2-Au niveau des variables sociodémographiques :

Certaines caractéristiques inhérentes aux malades sont reconnues pour avoir une influence sur la psychologie et la qualité de vie.

Concernant l'âge, Les malades jeunes avec un cancer vivent une détresse psychologique plus marquée que les moins jeunes [20,21].cette relation a été démontrée à travers plusieurs études ; comme exemple une étude portant sur 304 malades atteintes d'un cancer du sein, la qualité de vie globale des malades de moins de 50 ans était significativement plus faible ($P = 0.02$) que celle des malades de plus de 50 ans [21].revenant à notre population la qualité de vie reste satisfaisante sur certaines dimensions ;cela pourrait être expliqué par l'âge jeune de nos patients(âge médiane de notre population est de 49,29 ans) ;donc on retiendra donc l'âge comme variable protectrice de la qualité de vie et nous pouvons expliquer ce lien entre l'âge et l'altération de la qualité de vie des patients cancéreux par ce que le vieillissement physiologique a un impact sur les différentes fonctions et organes surtout la mobilité et les fonctions cognitives, ajoutant a ceci le cancer avec le risque de complications aussi bien aiguës ou chroniques . les personnes mariées présentent une meilleure adaptation que les personnes vivant seules [22,23]ce qui rejoint nos résultats (70,5% des patients sont mariés)

Le niveau d'éducation aurait également un effet protecteur sur la qualité de vie (mentale et physique) : dans une étude portant sur 386 malades atteints de divers cancers, les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé présentaient moins d'anxiété et un niveau de QdV dans le domaine mental plus élevé [23].Cette constatation reste valable également dans notre contexte et pourrait alors

s'expliquer par le biais d'une meilleure compréhension de la maladie chez les patients instruits

L'activité professionnelle de nos patients a été trouvée associée à la qualité de vie physique mais non mentale, ce qui concorde avec les données de la littérature (24,25)

3-Au niveau des variables médicales :

Quant aux données relatives à la maladie ,Les antécédents ne sembleraient pas influencer la qualité de vie de nos patients, cependant La localisation de la tumeur, le stade, le temps écoulé depuis le diagnostic ,les différents traitements (chirurgie ,radiothérapie ,chimiothérapie..)semblent être prédictifs de la qualité de vie à court et à long terme.

Par exemple dans notre étude on a constaté que les malades avec un stade avancé de la maladie cancéreuse présentaient un niveau de qualité de vie moins élevé par rapport aux autres patients, ce qui rejoint les résultats de la littérature (24, 26, 27,28)

4-Au niveau des variables transactionnelles :

Le concept de la qualité de vie dans la population marocaine n'est pas nécessairement le même que celui d'autres pays. Par exemple, dans une étude canadienne portant sur 202 malades issus de quatre communautés culturelles différentes et atteints de diverses néoplasies, les scores globaux de la qualité de vie du FACT-G (Functional Assessment Cancer Treatment) furent très différents d'une communauté culturelle à l'autre, malgré une administration des questionnaires dans la langue maternelle de chacun des malades [30].

En plus de leur identité culturelle, il faut parfois également tenir compte de l'identité religieuse des malades. La définition d'une bonne QdV pour un pratiquant peut être très radicalement différente de celle d'un non pratiquant.

Dans notre population étudiée la religion a une influence potentielle sur le bien être émotionnel et à travers cette étude on a constaté que le malade réfèrent à l'utilisation de leurs croyances et leurs pratiques religieuses (prières, lecture du saint coran...) pour faire face aux circonstances de la maladie cancéreuse et également en cherchant un réconfort.

Dans notre étude ,Le soutien social et surtout familiale est un prédicteur important de la qualité de vie des patients ,tout en sachant que ce point présente une particularité de la société marocaine et généralement musulmane ; c'est que les patients dans la majorité des cas sont pris en charge par leurs proches avec un soutien tout au long de la maladie ce qui explique le niveau satisfaisant de la qualité de vie de nos patients ; confirmant les résultats des études menés dans ce sens, comme exemple l'étude de Martin et al ;1994 qui a montré que le soutien social est considéré comme le plus utile et apprécié par des sujets atteints d'un cancer, par

rapport à des sujets (groupe de contrôle) ayant un trouble chronique moins grave (figure 14)

Pour résumer, La qualité de vie mentale devrait être prédite positivement par l'âge, le fait d'être en couple, l'affectivité positive, le soutien perçu au diagnostic, et négativement par l'affectivité négative et les séquelles actuelles du cancer.

La qualité de vie physique devrait être prédite positivement par l'aisance financière, l'activité professionnelle, l'internalité, et négativement par l'âge, et les séquelles. Des effets indirects sont attendus par la médiation des variables transactionnelles, notamment le soutien social perçu.

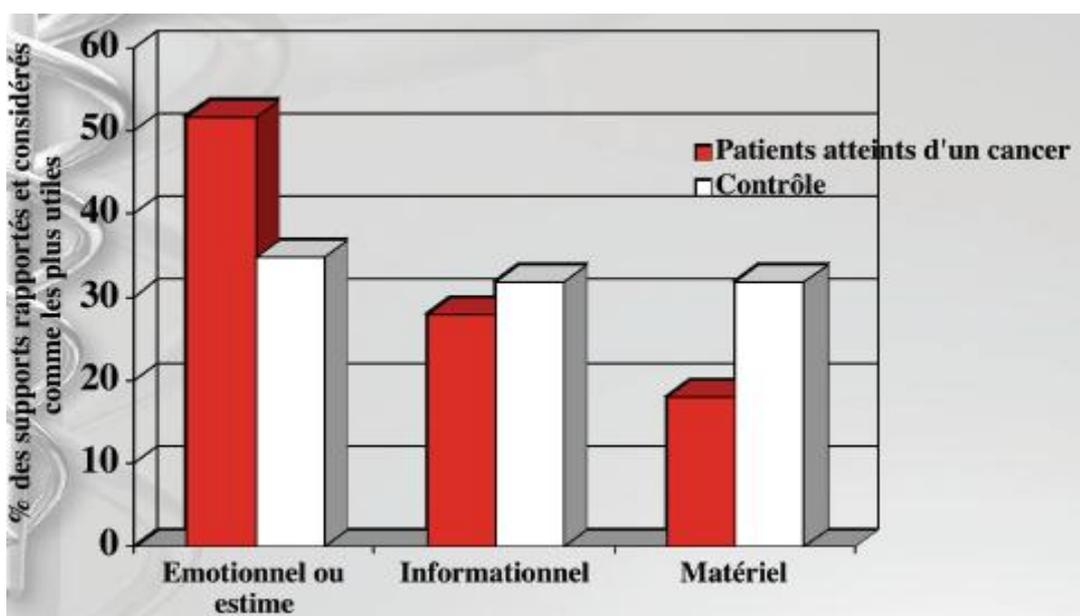


Figure 14 : Rôle du soutien social chez les patients cancéreux (Martin et al ;1994)

PERSPECTIVES

I- COMMENT AMELIORER LA QV ?

Améliorer le confort physique et psychologique des patients :

Informé dès la connaissance du diagnostic. Cette information est nécessaire et sera poursuivie tout au long de l'évolution de la maladie. Elle impliquera un échange entre deux personnes, l'une qui attend un soin et l'autre qui le donne. En fait la personne qui donne le soin englobe à la fois le médecin généraliste, psychiatre, kinésithérapeute, psychologue, infirmiers, et le médecin oncologue. Ce dernier doit être impliqué assez tôt pour un meilleur suivi de la maladie.

Informé est donc le maître mot mais en se souvenant que l'annonce du diagnostic d'une maladie cancéreuse est toujours responsable d'une angoisse. Il est cependant nécessaire d'informer le malade qu'il prend de gros risques s'il ne se fait pas correctement suivre, s'il n'adhère pas au traitement, mais il faut avant tout éviter de l'affoler pour ne pas majorer son inquiétude légitime.

Motiver : il faut savoir que pour se motiver, on doit être en situation d'éprouver du plaisir ou encore, en position, d'éviter au mieux du déplaisir. Mais il faut bien reconnaître que la tendance naturelle est, dans cette situation, d'éprouver du déplaisir dû aux contraintes thérapeutiques, aux consultations médicales, et aux examens para cliniques.

Cela veut dire que pour accepter ces changements de vie le malade doit comprendre l'intérêt de ce qui lui est proposé, le bénéfice qu'il peut en tirer et qu'il est souhaitable d'adoucir, autant que possible, les contraintes médicales. Si à court terme c'est probablement un déplaisir, à long terme il pourra retirer, sinon du plaisir, mais au moins la satisfaction de s'être donné tous les moyens, non pour vaincre la maladie, mais pour la combattre au mieux.

Au total, bien informés, et passé le choc de la première connaissance de leur maladie, les malades dans leur majorité accepteront de modifier leur comportement.

Entre le médecin et le malade doivent s'établir des liens solides car l'un et l'autre sont appelés à faire ensemble un long parcours parsemé de motifs d'angoisse, par exemple lors de la survenue de complications, lorsqu'on modifie le traitement, ou encore à l'occasion de changements dans leur vie affective, familiale, professionnelle, notamment.

Mais ces moments d'angoisse le médecin doit les utiliser pour rassurer son patient. Cela doit lui permettre de l'aider à faire son travail de deuil d'une vie qui va être différente de ce qu'elle était auparavant. Et de là découlera une meilleure acceptation d'un nouveau mode de vie, et par ailleurs une meilleure observance du traitement, permettant une meilleure qualité de vie.

II- LA REHABILITATION DES MALADES ATTEINTS DE CANCER :

La réhabilitation et la prise en charge du patient et de sa famille constituent une partie intégrante des soins(31) .

Les données actuelles relatives aux problèmes physiques , psychiques et sociaux des malades cancéreux ,soulignent l'urgence de développer des interventions médico psychosociales pluridisciplinaires visant la réhabilitation des patients et des familles (32)

1-définition :

La réhabilitation peut être définie comme un processus visant à aider le patient à améliorer le fonctionnement physique, mental, sexuel, social, et économique du patient. (7)

2-consiérations générales :

La réhabilitation doit être multidisciplinaire ; les interventions d'aide à la réinsertion sont réalisées par les différents acteurs : oncologues ,infirmiers ,psychiatre ,kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux sans oublier le tissu social et la famille.

C'est en effet la nécessité de techniques et de compétences divers qui a mis en évidence l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire (7 ; 31)

3-les objectifs :

Cette approche vise les objectifs suivants :(7) une meilleure adhésion aux traitements curatifs, une réduction de l'invalidité secondaire aux traitements (ceci concerne particulièrement les malades guéris ou en longue rémission), une meilleure qualité de vie et autonomie qu'elle que soit la phase de l'affection, et une optimisation des rééducations fonctionnelles, et contrôle des douleurs chroniques et réduction de la fréquence et de la durée des hospitalisations.

4-Buts et objets e la réhabilitation :

La réhabilitation inclut généralement 4 phases (11)

- La première phase est préventive : destinée à réduire l'impact et la sévérité des problèmes et handicaps anticipés, et à aider l'individu à faire face à ceux-ci.
- La seconde phase (phase de récupération) est destinée à aider le malade à retourner à son niveau de fonctionnement prémorbide sans séquelles liées à l'affection ou au traitement.
- La troisième phase (phase de soutien) destinée quant à elle à limiter les changements fonctionnels secondaires à une perte de fonction ou à un handicap, et à aider le malade à s'y adapter.
- La quatrième phase enfin est palliative : destinée à réduire ou éliminer les implications liées à l'évolution de l'affection cancéreuse et à améliorer le confort du malade et de sa famille.

La réhabilitation est donc un concept dynamique permettant d'intégrer à tout stade de l'évolution du cancer, des interventions visant à la prévention, au traitement et à la palliation des séquelles de la maladie et des traitements en considérant l'individu, traité dans sa globalité.(33).

Tableau 6 : interventions et réhabilitation : buts et objectifs

Buts des interventions	Objets des interventions		
	Symptômes de l'affection cancéreuse	Effets secondaires des traitements	Conséquences psychologiques
prévention	0	++	++
Détection précoce	0 à +	++	++
restauration	+	+++	+++
soutien	++	++	+++
palliation	+++	+	++++

CONCLUSION

Le cancer est un véritable problème de santé au Maroc tant au niveau diagnostique qu'au celui thérapeutique.

La qualité de vie des patients cancéreux devient maintenant un enjeu majeur dans le domaine de la santé, sa prise en compte procède du légitime souhait de la communauté médicale de connaître la manière dont le patient vit sa maladie, ceci explique en partie les différents études et la multiplicité des échelles élaborées dans ce domaine.

Notre travail a permis de mettre en évidence l'impact de données sociodémographiques sur la qualité de vie de nos patients, mais a également mis en exergue l'influence de certains paramètres liés directement à la maladie cancéreuse.

Il existe une association significative entre la qualité de vie d'une part et le sexe des patients, l'âge, le type du cancer, et le stade de la maladie cancéreuse

Les neuf dimensions symptomatiques de la qualité de vie liée à la santé sont diversement et significativement influencées par ces paramètres.

Au terme de ce travail, il faut noter l'importance primordiale que constitue le concept de qualité de vie en oncologie ; c'est un élément utile pour le choix des décisions thérapeutiques, l'évaluation des différents traitements anticancéreux et encore pour la réhabilitation des malades atteints de cancer.

RESUMES

RESUME

La qualité de vie liée à la santé(QVLS) est devenue un élément important de la décision médicale au même temps que l'efficacité et l'innocuité des traitements.

Le cancer est une maladie chronique qui affecte la qualité de vie des patients d'où l'idée d'évaluer la QVLS des patients suivis au service.

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle réalisée au service d'oncologie médicale de CHU Hassan II de FES sur une période de 1 an

Pour La population étudiée, Ont été recueillis les variables sociodémographiques, les antécédants médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux, et certains paramètres liés à la maladie cancéreuse (localisation cancéreuse, le protocole utilisé..)

La QVLS a été évaluée par la version arabe dialectal marocain du questionnaire général de l'EORTC (QLQC-30) qui comprend 28 questions répartis en 5 échelles fonctionnelles , 9 échelles symptomatiques, et 1 échelle « santé globale ». avec un score globale de 0 à 100.

L'analyse statistique a été effectuée au Laboratoire de Biostatiques de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

L'étude a intéressé 61 patients (44 femmes et 17 hommes), la moyenne d'âge est $49,29 \pm 11,71$ ans ;70,5% (n=43) étaient mariés, 32 (52,5%) des patients n'étaient pas scolarisés et seul 8,2%(n=5) avaient un niveau d'étude universitaire, 4,9%(n=3) étaient sans profession.

L'échelle visuelle analogique était en moyenne $67 \pm 24,9$, avec des extrêmes allant de 16,7 à 100, la majorité de nos patients (55,2%) n'avaient aucun problème de fonctionnement physique, 15,56% affirmaient que le fonctionnement émotionnel leur posait des problèmes extrêmes, seulement 6,4% trouvaient des problèmes sociaux.

A l'échelle symptomatique, 9 dimensions ont été évalués chez nos patients ; les problèmes financiers présentaient le chef de file avec une moyenne de $63,6 \pm 38,09$, la fatigue $38,78 \pm 37,17$.

En nous basant sur les résultats de cette étude nous pouvons ainsi conclure que le concept de la qualité de vie des patients cancéreux est un élément primordial, et utile pour le choix des décisions thérapeutiques, l'évaluation des différents traitements anticancéreux et encore pour la réhabilitation des malades atteints de cancer.

Mot clefs : cancer, qualité de vie liée à la santé, EORTC (QLQC-30)

SUMMARY

Quality of life related to health (HRQL) has become an important element of medical decision with the same value as the efficacy and safety of treatments. Assessing the HRQL of patients seems necessary because Cancer who is a chronic disease affects the quality of life of patients.

This is a prospective observational study performed in the Medical Oncology service of CHU Hassan II of Fez over 1 year

Socio-demographical variables, the medical, surgical, obstetrical and gynecological history was collected, beside some parameters related to the cancer (cancer sites, the protocol used.)

HRQL was assessed by the Moroccan Arabic dialect established by the EORTC questionnaire (QLQC-30) which includes 28 questions divided into five functional scales, nine symptom scales and an "Overall health" scale. Overall with a score from 0 to 100.

Statistical analysis was performed at the Biostatistics laboratory of the Faculty of Medicine and Pharmacy of Fez.

The study concerned 61 patients (44 women and 17 men), the average age were $49,29 \pm 11,71$ years 70.5% (n = 43) were married, 32 (52.5%) patients were not educated and only 8.2% (n = 5) had higher levels of academic study, 4.9% (n = 3) were unemployed.

The visual analog scale was on average $67.66 + / - 24,9$, with extremes ranging from 16,7 to 100, the majority of our patients (55.2%) had no problems with

physical functioning, 15.56 % said that their emotional functioning was affected , only 6.4% had social problems.

Considering the symptom scale, 9 dimensions were assessed in our patients, the financial problems had taken the lead with an average of $63, 6 \pm 38.09$, followed by fatigue 38.78 ± 37.17 .

The results of this study, allow us to conclude that the concept of quality of life of cancer patients is a major element that is useful for the selection of treatment decisions, evaluation of various cancer treatments or for rehabilitation of cancer patients.

Keywords : cancer, quality of life related to health, EORTC (QLQC-30)

ملخص

أصبحت جودة الحياة المرتبطة بالصحة عنصرا هاما في اتخاذ القرارات الطبية بنفس درجة أهمية نجاعة و سلامة الادوية المستعملة.

داء سرطان مرض مزمن يؤثر بشكل كبير على جودة حياة المصابين به. الشيء الذي دفعنا للقيام بهذه الدراسة بهدف تقييم جودة حياة المصابين بهذا الداء انها دراسة استطلاعية انجزت بمصلحة الانكولوجيا الطبية بفاس لمدة سنة.

تمت دراسة كل من المتغيرات الاجتماعية و الديموغرافية و كذا السوابق المرضية الجراحية للمرضى، و تم كذلك جمع بعض المعطيات المتعلقة بمرض السرطان (نوع السرطان، الدواء المستعمل)

و قد قيمت جودة الحياة الصحية بواسطة النسخة العربية المغربية العامة للاستبيان (EORTC QLQ C30) التي تتضمن 28 سؤالا تنقسم إلى خمس مستويات وظيفية و تع مستويات عرضية بالإضافة إلى لم يتعلق بالصحة العامة مع درجة من 0 إلى 100 أما في ما يخص التحليل الإحصائي فقد تم اجراؤه في المختبر البيواحصائي التابع لكلية الطب و الصيدلة بفاس.

الدراسة شملت 61 مريضا (44 امرأة و 17 رجلا) متوسط الأعمار هو 49.29 +/- 11.71 70.5% متزوجون، 52.5% غير متعلمون مع 84% من المرضى فقط لهم مستوى دراسي جامعي.

المعدل المتوسط للسلم البصري التحليلي كان 4 ; 24 -/+ 67 مع أطراف

تتراوح بين 16.7 و 100.

كان معظم مرضانا لا يعانون من مشاكل في الأداء الجسدي 15.50% كانوا

يعانون من مشاكل على العيد العاطفي و فقد 6.4% من المرضى كانت لهم مشاكل

على الصعيد الإجتماعي.

بالنسبة للمعطيات العرضية تم تقسيم تع أبعاد و المشاكل المالية كانت متصدرة

بنبة 63.6 يليها التعب بنسبة 38.78

بالإعتماد على نتائج هذه الدراسة، يمكننا أن نستنتج أن مفهوم جودة حيات

مرضى السرطان هو عنصر ضروري و مفيد من أجل اتخاذ القرارات الطبية و تقييم

علاجات السرطان المختلفة و كذلك لإعادة تهييل مرضى السرطان.

الكلمات الأساسية : السرطان، جودة الحياة المرتبطة بالصحة، EORTC

QLQ-C30

ANNEXES

Questionnaire sur la qualité de vie EORTC QLQ-C30 version 3

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez-vous –même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n’y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ces informations sont strictement confidentielles.

Vos initiales.....

Date de naissance :.....

La date d’aujourd’hui.....

Au cours de la semaine passée	pas du tout	un peu	assez	beaucoup
1-Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques Pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2-Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ?	1	2	3	4
3-Avez –vous des difficultés à faire un petit tour dehors ?	1	2	3	4
4-Etes –vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?	1	2	3	4
5- Avez –vous besoin d’aide pour manger, vous habiller faire votre Toilette ou allez aux W.C ?	1	2	3	4
6-Etes-vous limitée d’une manière ou d’une autre pour accomplir Soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4
7-Etes vous totalement incapable de travailler ou d’accomplir des tâches habituelles chez vous ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée	pas du tout	un peu	assez	beaucoup
8-Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9-Avez-vous eu mal ?	1	2	3	4
10-Avez –vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11-Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1	2	3	4
12-Vous êtes –vous senti faible ?	1	2	3	4
13-Avez-vous manqué d’appétit ?	1	2	3	4

Versions traduites en dialecte marocain des échelles

Questionnaire EORTC QLQ - C30

كبيخصنا نعرفو شي حوايج عليك وعلى صحتك. من فضلك جاوب على هاد الأسئلة و اختار الجواب اللي يناسبك. ما كايغش شي جواب صحيح أو غلط لمعلومات اللي غادي تعطي غادي تبقى سرية

.....سميتك

.....تاريخ الازدياد (النهار، الشهر، العام)

.....التاريخ ديال اليوم (النهار، الشهر، العام)

لا	غير شوي	مرة مرة	ديما
1	2	3	4
1. واش كيجيك شي مشكل مني كثير شي مجهود بحال نهز شي سائطة أو قفة ثقيلة			
1	2	3	4
2. واش كتعبا فاش كتمشا بزاف			
1	2	3	4
3. واش كتعبا فاش كتمشا غير شوي خارج الدار			
1	2	3	4
4. واش كتحتاج نيقا فلقراش أو نكلس فاش كتكون فالدار			
1	2	3	4
5. واش كتحتاج شي واحد يعاونك فلماكل، فلباس، فغسيل، باش تمشي لمرحاض (بيت الما) فالسيماننا اللي فاتت			
1	2	3	4
6. واش حسييتي براسك ما فادرش دير الخدمة ديالك أو تغالات ديال كل نهار			
1	2	3	4
7. واش حسييتي براسك ما فادرش دير داكتي اللي عزيز عليك تدير محبت كيكون عندك الوقت (الهوايات ديالك)			

- 4 3 2 1 8. واش جاك ضيق فالنتفس (النهجة، الغدفة)
- 4 3 2 1 9. واش جاك لحريق (الوجع)
- 4 3 2 1 10. واش حناجيني نرناح
- 4 3 2 1 11. واش كان عندك شي مسكل فنعاس
- 4 3 2 1 12. واش كنت حاس براسك مرخي (ضعيف)
- 4 3 2 1 13. واش نقصانك الشهية
- 4 3 2 1 14. واش كتحس بنروبع
- 4 3 2 1 15. واش تقبيني (رديني)
- 4 3 2 1 16. واش كنت مقبوط (معصوم)
- 4 3 2 1 17. واش كانت كرسك جارية (طابحة عليك الكرش)
- 4 3 2 1 18. واش كنت عيان
- 4 3 2 1 19. واش لحريق كان كياتر على السغالات دبالك دبال كل نهار
- 4 3 2 1 20. واش جاك شي مسكل فالتركيز فا ش كنترا شي جورنال أو فا ش كنترج فنلبيزيون
- 4 3 2 1 21. واش حسيني براسك معصب
- 4 3 2 1 22. واش حسيني براسك مقلق (موسوس)
- 4 3 2 1 23. واش حسيني براسك منفعل (كنتلق دعيا، على سبة)
- 4 3 2 1 24. واش حسيني براسك مكئب (مغموم)
- 4 3 2 1 25. واش كان عندك مسكل تعقل على شي حوايج (مسكل النسيان)
- 4 3 2 1 26. واش هاد المرض دبالك أو دوا اللي كناخذ أتر على علاقتك مع العائلة
- 4 3 2 1 27. واش هاد المرض دبالك أو دوا اللي نناخذ أتر على علاقتك مع

الناس

28. واث هذا المرض دبالك أو دوا اللي كناخذ سبب لبك نسي
مساكل فلمصروف (مساكل مادية)
4 3 2 1

بالنسبة لأسئلة اللي جاها اختار الجواب اللي بناسبك من 1 حنال 7

29. سحال تقدر (تعطي) صححك فالسيماننا اللي فانت

7 6 5 4 3 2 1

ضعيفة

ممتازة

30. سحال تقدر (تعطي) الجودة دبال حياتك فالسيماننا اللي فانت (كيفاش كنباتك حياتك)

7 6 5 4 3 2 1

خايبة (مكرفة)

مزيانة

Questionnaire EORTC QLQ - BR23

فشي نوبات، المرضي كيتشكاو من شي أعراض أو مشاكل من فضلك تبين حتى لأي
درجة جاتك هاد الأعراض أو المشاكل فالسيما الللي فاتت

بزاف	شويا	لا شويا	فسيما الللي فاتت	
4	3	2	1	31. واش نشف عليك فمك
4	3	2	1	32. واش تبدلات عليك الطيبة (المذاق) دبال لماكلا أو لمشروبات
4	3	2	1	33. واش عينك كانوا ضارينك، كيكلوك أو كيدمعوليك
4	3	2	1	34. واش طاحليك شعرك
4	3	2	1	35. جاوب على هاد السؤال بلا طاحلك شعرك: واش تآترتي مللي طاحلك شعرك (بقا فيك لحال)
4	3	2	1	36. واش حاسة براسك عيانة أو ماتسي هيا هاديك
4	3	2	1	37. واش كتطلع معاك الصبده (الكربة)
4	3	2	1	38. واش كيجيك حريق الراس
4	3	2	1	39. واش حسيني بالشكل دبالك مابقاش كيعجب الناس مور المرض دبالك أو مور الدوا الللي خديتي
4	3	2	1	40. واش كتحسي براسك نافصة كمرأ مور المرض دبالك أو مور الدوا الللي خديتي (أقل أنوة)
4	3	2	1	41. واش كيجيك صعيب تشوفي راسك عريانة
4	3	2	1	42. واش مابقاش عاجباك الدات دبالك
4	3	2	1	43. واش خايقة على صحتك كيغلانكون فلمستقبل

ف ربعة دبال صيمانات اللي فاتو

44. شحال كان لهتمام دبالك بالجنس (واش كانت عندك الشهوة تنعسي مع راجلك)
1 2 3 4

45. شحال كنت كتنعسي مع راجلك (كتمارسي الجنس)
1 2 3 4

46. ماتجاوب على هاد الأسئلة الا بلا كنت كتمارسي الجنس (كتنعسي مع راجلك)
1 2 3 4

شحال كان الجنس ممتع بالنسبة ليك (شحال كان كيحببك الحال فالنعاس مع راجلك)
1 2 3 4

ف السيمانا اللي فاتت

47. واش ضرورك درعانك ولا كتافك
1 2 3 4

48. واش تنفخات عليك بديك أو دراعك
1 2 3 4

49. واش جاك صعب نهزي بديك أو تحركيها لجنب
1 2 3 4

50. واش عندك شي حريق فجيبت اليزولا اللي مريضة
1 2 3 4

51. واش جيبها دبال ليزولا اللي مريضة تنفخات ليك
1 2 3 4

52. واش جيبها دبال ليزولا اللي مريضة حساسة كتر من لقياس (كخافي نتقاسي فيها)
1 2 3 4

53. واش جاك شي مشكل فالجلد (ناشف، مقشر، حكان...)
1 2 3 4

Questionnaire EORTC QLQ – LC13

شي نوبات، الناس كيتشكاو من شي مشاكل، من فضلك تبين المشاكل اللي فايت جاتك
فالسيمانة اللي فاتت من فضلك اختار الجواب اللي يناسبك،

فالسيمانة اللي فاتت	نهائيا شويا	غير شويا	شو يا	يزاف	
4	3	2	1		31. سعال كنت كتكحب (كسعل)
4	3	2	1		32. واش كحبي أو تخمسي الدم
4	3	2	1		33. واش كنتي كتتهج (كتكذف، جاك ضيق فالنتفس) و اننا ما كدير الو (جالس)
4	3	2	1		34. واش كنتي كتتهج (كتكذف، جاك ضيق فالنتفس) حيث كانما
4	3	2	1		35. واش كنتي كتتهج (كتكذف، جاك ضيق فالنتفس) حيث كاطلع الدروج
4	3	2	1		36. واش جاوك النقطات ففمك أو لسانك (الطياب ففمك أو لسانك)
4	3	2	1		37. واش جاك شي مشكل فالبلع (السريبط)
4	3	2	1		38. واش كيتملو عليك بديك أو رجلك
4	3	2	1		39. واش كيطرحك شعرك
4	3	2	1		40. واش كيبضرك صدرك
4	3	2	1		41. واش كيبضروك كفافك أو درعك
4	3	2	1		42. واش كان عندك الحريق فشي بانص اخرين فداتك، ايلا كان فيك الحريق فين؟
		1: لا	2: أه		43. واش خديني شي دوا ديال لوجع (الحريق)
4	3	2	1		ايلا أه، سعال هدن عليك لحريق

Questionnaire EORTC QLQ – CX24

فشي نويات، المرضي تاي تشكاو من شي أعراض أو مشاكل من فضلك تبين حتى لأي درجة المشاكل جاتك هاد الأعراض أو المشاكل فالسيمانا اللي فاتت من فضلك دير دائرة على الجواب اللي يناسبك.

فالسيمانا اللي فاتت	نهائيا	غير شوي	مرة مرة	بزاف
31. واش كان عندك لوجع فكريك	1	2	3	4
32. واش جاك صعيب نحصر (تتحكم) لخروج الكبير دبالك	1	2	3	4
33. واش خرجليك الدم من لور	1	2	3	4
34. واش بلتي بزاف	1	2	3	4
35. واش جاك شي حريق أو تتواط فاش كنبول	1	2	3	4
36. واش فلناتليك ليولة	1	2	3	4
37. واش جاك صعيب نخوي النيولة كاملة	1	2	3	4
38. واش تتفخات لبك رجل واحدة أو رجلبك بزوج	1	2	3	4
39. واش جاك لحريق تحت ظهرك	1	2	3	4
40. واش دكوك أو تتملو عليك بديك أو رجلبك	1	2	3	4
41. واش جاتك لحكة أو لقرحة من لقدام	1	2	3	4
42. واش خرج منك شي حاجة مائي عادية من لقدام	1	2	3	4
43. واش خرجليك سر دم مائي عادي من لقدام	1	2	3	4

- 44 واتس جانتك الصهدة (الكربة) 1 2 3 4
45. واتس حسيني بالشكل دبالك مابقاش كيعجب الناس مور المرض دبالك أو مور الدوا اللي خديني 1 2 3 4
46. واتس حسيني براسك نأفصة كمرأ مورا المرض دبالك أو مور الدوا اللي خديني (أقل أنوية) 1 2 3 4
47. واتس مابقاش عاجباك الذات دبالك فالريعة دبال سيمانات اللي فاتو 1 2 3 4
48. واتس خفني من العلاقة الجنسية (النعاس مع راجلك) لتصحك 1 2 3 4
49. واتس كنتي ناشطة فالناحية الجنسية ماتجاوبس علي هاد الأسئلة الا بلا كنتي ناشطة فالناحية الجنسية فالريعة دبال سيمانات اللي فاتو 1 2 3 4
50. واتس كانت ناشفة ملقدا م 1 2 3 4
51. واتس حسيني براسك قصيرة ملقدا م 1 2 3 4
52. واتس ضيقيني ملقدا م 1 2 3 4
53. واتس حسيني بلحريق فالعلاقة الجنسية 1 2 3 4
54. واتس كانت العلاقة الجنسية ممتعة بالنسبة ليك 1 2 3 4

BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] ,[2], [3] Epidémiologie-.situations et actions
 Recherche des données d'incidence estimée des cancers au Maroc,
 volume 2 ; p 14 ,15,17
- [4] Santé vision 2020 ;ministère de la santé 2007.
- [5] Registre des cancers de la région du grand Casablanca, l'année 2004.
- [6] Ferlayj et al
 International agency for research on cancer(IARC) Globocan 2002
- [7] D.Razavi et al
 Revue des bases conceptuelles concernant l'évaluation de la dualité de
 vie et réhabilitation ; cours de l'école européenne d'oncologie 1997
- [8] C.Deschamps
 Critique de l'émergence de la notion de qualité de vie à partir d'une revue
 de la littérature en sciences sociales-éthique et santé 2010
- [9] S.Schraub ; M.Mercier
 Mesure de la qualité de vie en cancérologie
- [10] P. Auquier et al
 Journées neuro-musculaire
 Mesurer la qualité de vie : effet de mode ou véritable critère de
 jugement ?
- [11] world Health organization, study protocol for rhe world health
 organization project to develop a quality of life assessment
 instrument(WHOQOL) ;1993

- [12] Auquier et al
Approche théorique et méthodologique de la qualité de vie 1997
- [13] S.Schraub ; S ILeconte
Mesure de la qualité de vie en oncologie
Bull cancer / radiothérapie 1995, p 82
- [14] G.Kemoun et al
Une approche de la qualité de vie : évaluation individualisée
- [15] L. Batel
L'évaluation de la qualité de vie en oncologie: peut on quantifier la
qualité 1997
- [16] E. Babin et al.
Qualité de vie en cancérologie
Application aux cancers des voies aéro-digestives supérieures 2005
- [17] A. G. mirjam
The European organization for research and treatment of cancer;
questionnaire journal of clinical oncology; 1996
- [18] Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the
Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. SPINE.
2000;25 (24) : 3186-3191
- [19] Lucas SIDERIS et al
Département de Chirurgie Carcinologique, Institut Gustave Roussy,
Villejuif.
Cancer du rectum et qualité de vie :
- [20] Ganz PA et al psychosocial risk in patients with breast cancer. Med Care
1993;31:419-31.

- [21] Wenzel LB et al
Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer* 1999;86:1768-74
- [22] Brousse C, Boisaubert B.:
Quality of life and scales measuring
Revue de médecine interne, 2007, Pages 458-462.
- [23] Cook DJ et al.
Interviewer *versus* self-administered questionnaires in developing a disease-specific, health-related quality of life instrument for asthma. *J Clin Epidemiol* 1993 ;46:529-34
- [24] Parker PA et al .
Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychooncology* 2003;12:183-93
- [25] Carver et al 2005, 2006
Assessment of quality of life in the treatment of patients with neuropathic fecal incontinence.
- [26] Tchen N et al.
Quality of life and understanding of disease status among cancer patients of different ethnic origin. *Br J Cancer* 2003;89:641-7.
- [27] S.Schraub
Qualité de vie et réinsertion du malade cancéreux 1997
- [28] E.A Smith
A comprehensive approach to rehabilitation of the cancer patient ;division of continuing education 1997

[29] [32] [33] J.Brugere

Guide de reinsertion des cancéreux traités

[30] [31] [34]. T. Conory et al

Mesure de la qualité de vie des patients atteints de cancer colo-rectal métastatique ;Revue de la médecine interne 2002

[35] D.Frappaz; T.Philip

Prise en charge , qualité de vie et réinsertion sociale de l'enfant cancéreux 1993

[36] F.David Cella

Methods and problems in measuring quality of life 1995

[37] A.Leplege

Méthodologie d'appréciation et de mesure: les échelles de qualité de vie1996

[38] G.Ganem

Rôle du médecin généraliste dans la surveillance d'un malade atteint de cancer

[39] P.Poullart, T.Palangie

Approche thérapeutique des cancers ;EMC 1994

[40] A.Gauvain-Piquard

Qualité de vie de l'enfant, une priorité : soulager la douleur ;Paris 1996

[41] J.Robel

Cancer du sein et exérese mammaire 1990

[42] A.Coates ; V.Gebski

Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer 1997

- [43] A.Bouregba
Cancer et souffrance familiale ; eurocancer 1996
- [44] Smith et al
Preserving quality and quality of life in managed care
American society of clinical oncology 1997