



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2019

Thèse N° 095

Qualité de vie des patients suivis pour cancers; expérience des services oncologie-médecine interne HMA

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 03/05/2019

PAR

Mlle. **Fatima Ez-zahra BEJJO**

Née Le 31 Mars 1993 Bejaâd

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Cancer – Qualité de vie – Psycho-oncologie.

JURY

M.	O. GHOUNDALE	PRESIDENT
	Professeur d'urologie	
M.	M. ZIYANI	RAPPORTEUR
	Professeur de Médecine Interne	
M.	S. KADDOURI	JUGES
	Professeur agrégé de Médecine Interne	
Mme.	I. ADALI	
	Professeur agrégée de Psychiatrie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَلَسَوْفَ
يُعْطِيكَ رَبُّكَ
فَتَرْضَى



Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

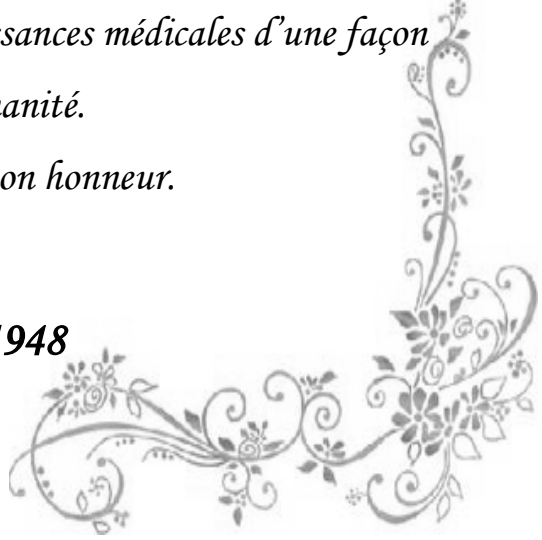
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

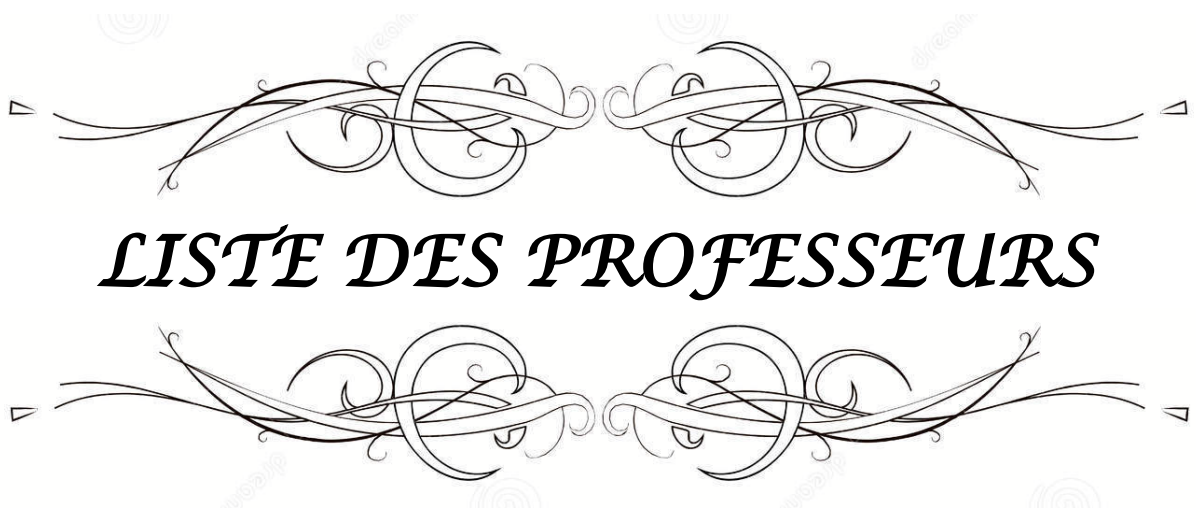
Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

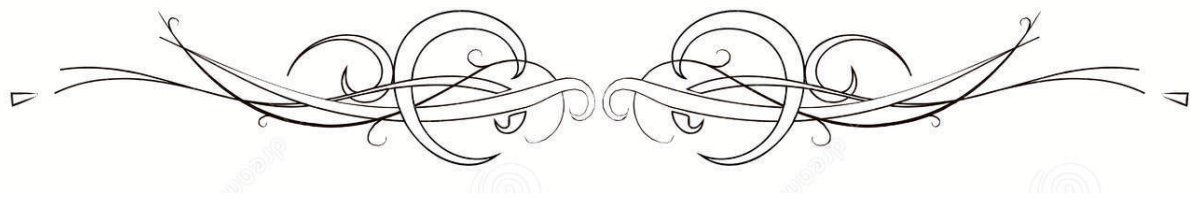
Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL

HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ADMOU Brahim	Immunologie	JALAL Hicham	Radiologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique A	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato-orthopédie
AMAL Said	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie-clinique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie

ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique B	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie A
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – clinique
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUAITY Brahim	Oto–rhino– laryngologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NAJEB Youssef	Traumato– orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– Vasculaire	NARJISS Youssef	Anesthésie– réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NIAMANE Radouane	Oto rhino laryngologie
CHAFIK Rachid	Traumato– orthopédie A	NOURI Hassan	Radiologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	OUALI IDRISSE Mariem	Chirurgie pédiatrique
CHELLAK Saliha	Biochimie– chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Oto–rhino– laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Traumato– orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Anesthésie– réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie– réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Gastro– entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Urologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Pédiatrie B

EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SBIHI Mohamed	Microbiologie – virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SORAA Nabila	Gynécologie–obstétrique A/B
EL HAOURY Hanane	Traumato–orthopédie A	SOUMMANI Abderraouf	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TASSI Noura	Anesthésie–réanimation
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	YOUNOUS Said	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Chirurgie générale
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

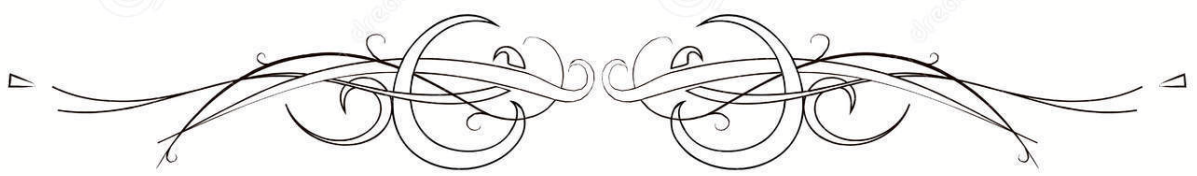
Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FADILI Wafaa	Néphrologie
ADALI Imane	Psychiatrie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie–obstétrique A
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	FAKHRI Anass	Histologie–embryologie cytogénétique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	GHOUNDALE Omar	Urologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AIT BATAHAR Salma	Pneumo–phtisiologie	HAROU Karam	Gynécologie–obstétrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie–vasculaire périphérique	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ATMANE El Mehdi	Radiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie

BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique A	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	QACIF Hassan	Médecine interne
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	QAMOUISS Youssef	Anesthésie– réanimation
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique B	RADA Noureddine	Pédiatrie A
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie B	RAFIK Redda	Neurologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto–Rhino – Laryngologie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino– laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	SAJAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie– générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie– clinique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie		

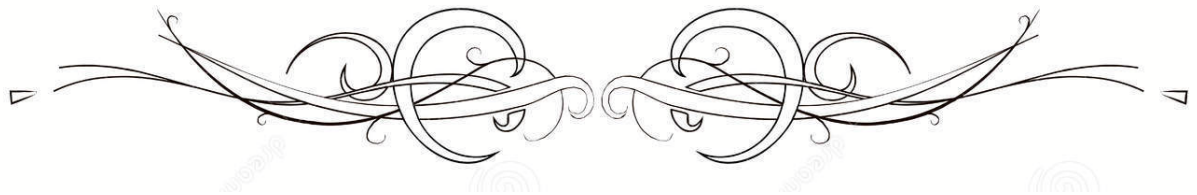
Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFTTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	JALLAL Hamid	Cardiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	KADDOURI Said	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	LALYA Issam	Radiothérapie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	NADOUR Karim	Oto-Rhino – Laryngologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire

BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie– patologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio– organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– Vasculaire
Hammoune Nabil	Radiologie		



DÉDICACES



Je Dédie cette thèse...

*A Allah, Tout puissant
Qui m'a inspiré et m'a guidé vers le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenu
Louanges et remerciements pour votre clémence et votre miséricorde*

*A ma grande mère maternelle LHAJA Khadija CHOUKAIRI
A celle que je dois mon dévouement tout au long de ma vie,
A celle que je croyais toujours un ange venant du paradis,
A celle qui m'a appris la tendresse, l'affection envers toute créature ;
homme, primate ou plante dans la nature
A celle qu'aucun mot ne peut stipuler sa grandeur et ses bienfaits pour
toutes les générations de notre famille
Je vous dédie ce modeste travail qui est le votre et si je suis aujourd'hui là
c'est grâce à ton soutien inconditionnel tes prières et louanges à Dieu
pour moi jours et nuits chère Mama
Saches bien que tu es ma réalité dans ce monde Mama ; merci de l'être et
d'être aussi noble que généreuse et aimante chère Mama.
Que le bon Dieu vous protège, vous accorde la santé et une longue vie
inchaalah Je t'aime Mama*

*A mon cher grand-père maternel LHAJ Abdelhak ALLALI
Je remercie Dieu d'avoir pu grandir à tes côtés et côtoyer ton beau cœur
que j'admire car tu as orné mon enfance par des merveilleux souvenirs
qui me suffiront pour dessiner un sourire sur mon visage et me combler
toute ma vie.
Puisse Dieu, tout puissant vous accorde la santé
et une longue vie Inchaalah*

*A Ma très chère mère Fatima ALLALI
et à mon très cher père Lahbib BEJJOUI*

Vous étiez toujours le flambeau qui m'illumine mon chemin, me dirige quand je me perds dans cette vie. Je vous dois mon aveu puisque grâce à l'éducation, les conseils et les principes que m'avez prodigué, je suis là. Vous êtes un paradigme de patience, de bonté, honnêteté, affection et bien sur un amour sans limites envers moi et mes frères.

Au-delà de ça j'avais tout le temps une incitation pour continuer car je suis blessé par vos prières et louanges à Dieu et votre soutien inconditionnel pour moi tout au long de mon cursus.

Voilà le jour que vous avez attendu impatiemment. Aucun mot si sacré soit-il, ne suffira à exprimer à sa juste valeur mon respect, ma reconnaissance, mon estime et l'amour éternel que je vous porte. Que cette thèse fruit de vos sacrifices, vous soit tout particulièrement dédiée. Puisse Dieu, le tout puissant, vous préserver et vous accorder santé, longue vie et bonheur.

A mes deux chers frères Zakaria et Nasrellah, mes chers cousins et cousines Youssef, Fatima, Yasser, Safaa, Hiba, Nour imane, Abdelhakam, Meryam, Haytam, Zainab et la petite Chahd

L'affection et l'amour fraternel que vous me portez m'ont soutenu durant mon parcours.

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour, la reconnaissance et la gratitude que j'ai pour vous et que je suis parvenue à vous rendre fiers de votre sœur.

Puisse dieu vous préserver et vous procurer bonheur et réussite, et vous aider à réaliser vos rêves.

Dédicace spéciale à mon petit Abdelhakam, Je te remercie pour ta gentillesse, et ton soutien moral au cours de mes études.

A mes adorables sœurs et non pas tantes KENZA Allali et Loubna Allali et son mari

Mon estime pour votre personne est sans limites . Vous êtes l'exemple de sœurs parfait.

Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur des sentiments fraternels et d'attachement que j'approuve à votre égard .

Merci pour votre grand soutien qui m'a toujours rendu plus fort .

Pour tous nos moments de joie partagés Je vous dédie ce travail en vous souhaitant tout le bonheur , la santé et la réussite

A mes chères tantes Latifa Allali , Rabiaa Allali et Bahija Allali et leurs maris

Mes très chers oncles Abderahman Allali et Simohammed Allali et sa femme

Vous aviez toujours su rendre, les moments les plus difficiles, plus joyeux.

J'ai une chance d'être née dans une famille si aimante, si généreuse si chaleureuse

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en souvenirs de notre indéfectible union .

Que Dieu vous garde pour nous

A ma grande-mère paternelle Fatima Nouigui

Tes prières et ta bénédiction m'ont été un refuge lors de mes moments pénibles de ma vie.

Je vous dédie en témoignage de mes immenses affections

Que dieu tout puissant vous préserve et vous procure santé inchaalah

A la mémoire de mon grand-père paternel Mohamed Bejjou

Que Dieu tout puissant vous accorde sa Clémence et sa miséricorde

*A mes oncles Youssef, Ibrahim, Omar, Abdelwahed, Abderahim et leur
petites familles, à mes tantes Mehjouba , Aicha et Zhor et à toute la
Famille Bejjou et la famille Bahou*

*Cette humble dédicace ne saurait exprimer mon grand respect et ma
profonde estime.*

Que dieu vous protège

*A mes chères confidentes : Sarah Naoudi , Nada Amine, Wafaa Hafidi
,Fatima ezzahra Qarafi, Meryam Moustaid et Sofia Essalhi*

*Grace à vous j'ai pu avoir les meilleurs souvenirs de mon enfance , et mon
adolescence chères fleurettes.*

*Malgré la distance vous étiez à mes côtés pendant toutes les étapes de ma
vie.*

*Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de notre amitié faisant
plus de dix ans et notre union fraternel éternel. Je vous souhaite tout le
bonheur et la réussite dans votre vie.*

*A mes chères amies : Rachida, Wissal, Hanaa, Fatima, Khadija, Aziza
Ghizlane, Salma, Imane Elaaroussi, Ihsane, Imane chadebllah,
Mouna et Meryam*

*Vous êtes le modèle idéal des meilleures et fidèles amies que tout le monde
rêve d'avoir*

*Vous étiez la pour me prendre la main lors de mes moments les plus
sombres.*

*Nos chemins seront séparés mais notre amitié demeurera à jamais
En témoignage de nos beaux souvenirs, rires et les moments qu'on a
partagée ensemble je vous dédie ce travail.*

A mes chères amies Wafaa BARDAL et Ilham

*En aucun moment j'aurais pensé avoir tels personnes dans ma vie, vous
êtes une source de joie, d'affection et surtout de plein d'amour
inconditionnel.*

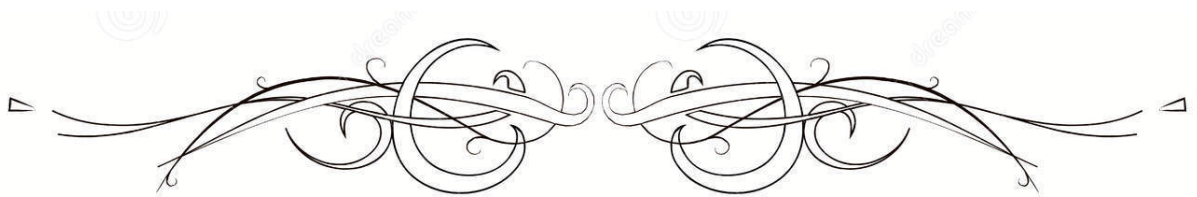
*Merci d'avoir faire partie de mon sacré bouquet de fleurs les filles. Que
Dieux vous bénisses et vous procure le bonheur inchaallah*

A mes chères amies et collègues Ikram , Fatima Ezzahra Ballouk , Sara Benbiba, Asmaa, Kenza, Hajar et Leila

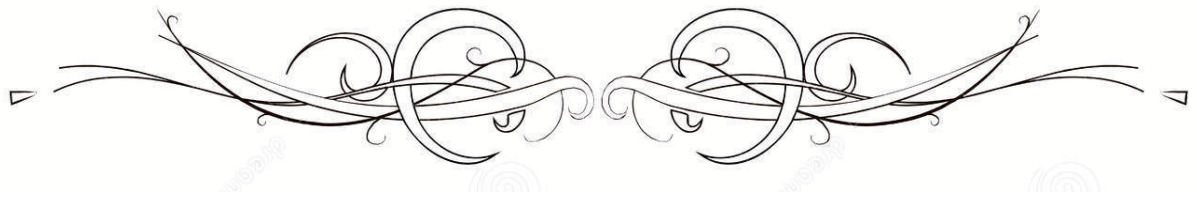
Les personnes à qui je rends grâce durant mon cursus d'étude pour leur don de solidarité et de générosité je vous suis reconnaissante pour ce que vous avez fait pour moi.

A mes chers amis Salah Eddine, Ayoub et Mohammed Ali
Pour tout le soutien que vous m'avez apportés et votre indulgence durant toutes ces années.

A tous mes maîtres qui m'ont transmis leur savoir,
A tous ceux que j'ai omis de citer ...



REMERCIEMENTS



A notre maître et Président de thèse :

*Mr. GHOUNDALÉ Omar Professeur d'Urologie à l'hôpital militaire
Avicenne Marrakech*

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de
présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens
du devoir nous ont énormément marqués.*

*Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et
notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et
humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre
profonde gratitude.*

A Mon maître et Directeur de thèse

*Mr. ZIYANI Mohammed Professeur et chef de service de Médecine
interne à l'hôpital militaire Avicenne Marrakech*

*Les plus grandes leçons ne sont pas tirées d'un livre mais d'un enseignant
tel que vous professeur. Votre passion pour la médecine et votre sagesse
étaient toujours une source d'inspiration et de motivation pour moi. Je
vous remercie d'avoir m'honoré et accepté de me confier et diriger ce
travail malgré vos obligations professionnels j'espère que j'étais à la
hauteur de cette confiance. Vous avez eu toujours l'amabilité et les mots
justes pour m'encourager et me dresser les raies du ce travail.
Veuillez accepter ma gratitude, mon admiration et mon profond respect.*

A notre maître et juge de thèse

*Mr. KADDOURI Saïd Professeur agrégé de médecine interne à l'hôpital
militaire Avicenne Marrakech*

*Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons
pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités
humaines. Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et
notre profond respect*

A notre maître et juge de thèse :

*Mme. ADALI Imane Professeur agrégée de psychiatrie au CHU
Mohammed VI de Marrakech*

*Vous avez spontanément accepté de faire partie de notre jury. Ceci nous
touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde
reconnaissance.*

Nous apprécions vos qualités professionnelles et humaines.

Veuillez accepter, cher maître, l'assurance de notre estime.

*A mon maître Mr ESSADI Ismaïl Professeur en oncologie médicale et
chef de service oncologie médicale à l'hôpital militaire Avicenne
Marrakech*

*Je vous remercie infiniment, cher Maître, pour avoir consacré à ce
travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec
rigueur et bienveillance. Je suis très fière d'avoir appris auprès de vous et
j'espère avoir été à la hauteur de votre attente.*

*Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime
et de mon profond respect.*

*A tout le personnel médical et paramédical du service de
Médecine interne - oncologie médicale à l'hôpital militaire Avicenne
Marrakech*

*A toute personne qui de près ou de loin a contribué à la
Réalisation de ce travail.*

TABLEAUX & FIGURES

Liste des figures

- Figure 1** : Distribution de l'Age des malades enquêtés
- Figure 2** : Répartition des malades selon le sexe
- Figure 3** : Répartition des malades par sexe selon le milieu de résidence
- Figure 4** : Répartition des malades par sexe selon le statut marital
- Figure 5** : Répartition des malades par sexe selon le niveau scolaire
- Figure 6** : Répartition des malades par sexe selon la profession
- Figure 7** : Pourcentage des malades enquêtés selon les antécédents
- Figure 8** : Pourcentage des malades enquêtés selon le nombre d'antécédents
- Figure 9** : Pourcentage des malades selon la localisation du cancer
- Figure 10** : Répartition des malades par sexe selon le stade de la maladie
- Figure 11** : Pourcentage des malades selon la présence de métastases
- Figure 12** : Pourcentage des malades ayant des métastases selon la localisation
- Figure 13** : Répartition des malades selon les traitements reçus
- Figure 14** : Pourcentage des malades selon le nombre de traitements reçus (Curatif ou palliatif)
- Figure 15** : Répartition des malades selon le traitement Antalgique
- Figure 16** : Répartition des malades selon les autres traitements reçus
- Figure 17** : Répartition des malades selon l'EVA
- Figure 18** : Représentation des modalités dans le premier plan factoriel (F1, F2) de l'analyse finale des correspondances multiples (ACM) chez les malades enquêtés
- Figure 19** : Pouvoir de discrimination des facteurs de dégradation de la qualité de vie
- Figure 20** : Représentation des malades dans le premier plan factoriel (F1, F2) de l'analyse finale des correspondances multiples (ACM)
- Figure 21** : Répartition de la population étudiée selon la qualité de vie (%)
- Figure 22** : Répartition des malades selon l'âge et les classes de la Qdv (%)
- Figure 23** : Répartition des malades selon le sexe et la Qdv (%)
- Figure 24** : Répartition des malades selon le milieu de résidence et la Qdv (%)
- Figure 25** : Répartition des malades selon le statut marital et la Qdv (%)

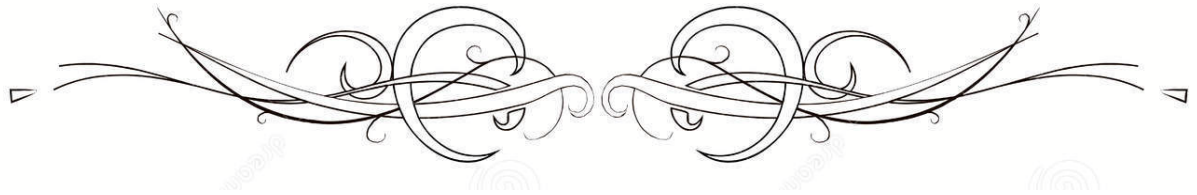
- Figure 26** : Répartition des malades selon la profession et la Qdv (%)
- Figure 27** : Répartition des malades selon le niveau d'instruction et la Qdv (%)
- Figure 28** : Répartition des malades selon le stade de la maladie et la Qdv (%)
- Figure 29** : Modification du modèle de Wilson et Cleary indiquant le potentiel d'une interaction à double sens entre plusieurs composants du modèle(Osoba2007)
- Figure 30** : Les échelles de type Likert, d'après : <http://www.definition-qualite.com/echelle-de-likert.htm>

Liste des tableaux

- Tableau I** : Pourcentage des malades enquêtés selon les types d'antécédents
- Tableau II** : Pourcentage des malades selon le type de traitement reçu (Curatif ou Palliatif)
- Tableau III** : Poids des facteurs de dégradation de la Qdv des malades suite à l'ACM finale
- Tableau IV** : Répartitions des malades selon la localisation des cancers
- Tableau V** : Répartitions des malades selon la localisation des métastases et le score de Qdv
- Tableau VI** : Tableau croisé entre la qualité de vie et les caractéristiques sociodémographiques et les données concernant la maladie
- Tableau VII** : Analyse de régression sur chaque variable sociodémographique et clinique
- Tableau VIII** : Tableau comparatif des différentes données sociodémographiques des malades atteints de cancers
- Tableau IX** : Tableau comparatif des localisations tumorales chez les malades atteints de cancers
- Tableau X** : Tableau comparatif des stades de la maladie néoplasique chez les malades atteints de cancers
- Tableau XI** : Tableau comparatif des différentes thérapeutiques reçus par les patients atteints au cours de leur prise en charge

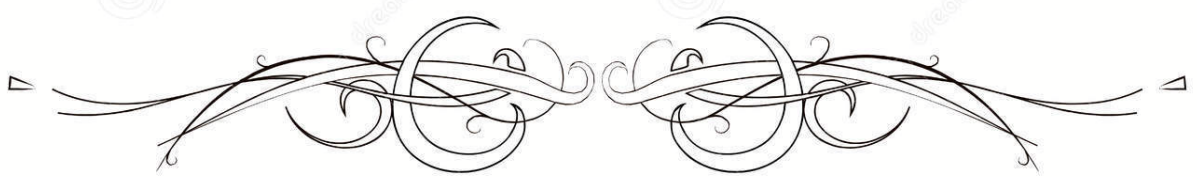


ABBREVIATIONS

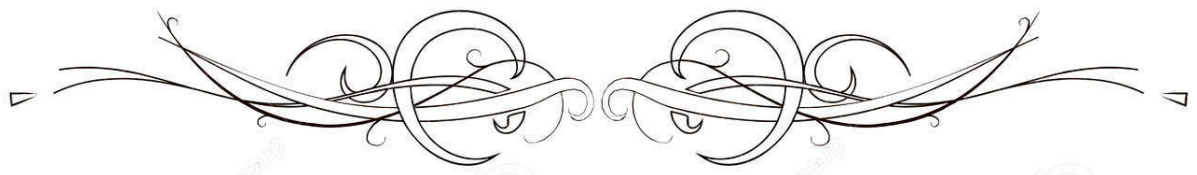


Liste des abréviations

ACM	:	Analyse des Correspondances Multiples
ANCOVA	:	Analyse de la covariance
ANOVA	:	Analyse de la variance
CG	:	Culot globulaire
CICR	:	Centre international de recherche sur le cancer
COPA	:	Consistance ordinale sur premier axe
DT2	:	Diabète de type 2
EORTC	:	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
EVA	:	Echelle visuelle analogique
FACT-G	:	Functional Assessment of Cancer Therapy – General
FACT-An	:	Functional Assessment of Cancer Therapy–Anemia
FAR	:	Forces armées royales
FDA	:	Food and Drug administration
HMA	:	Hôpital militaire Avicenne
HTA	:	Hypertension artériel
QDV	:	Qualité de vie relative à la santé
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
ORL	:	Oto–rhino–laryngologie
PROs	:	Patient reported outcomes
VADS	:	Voies aérodigestives supérieurs



PLAN



INTRODUCTION	01
PATIENTS ET METHODES	05
I. Population étudiée	06
1. Critères d'inclusion	06
2. Critères d'exclusion	06
II. Type de l'étude	06
III. Recueil des données	07
1. Protocole et collecte des données	07
2. Analyse statistique	07
RÉSULTATS	11
I. Etude descriptive	12
1. Données sociodémographiques	12
2. Données cliniques	17
II. Etude analytique :	24
1. Analyse uni-variée de la qualité de vie (« état de santé global – QDV »)	24
2. Analyse descriptive bivariée entre la qualité de vie et les différentes variables sociodémographiques et les données concernant la maladie	30
1.1. Relation entre l'âge et le score de la qualité de vie	30
1.2. Relation entre le sexe et le score de la qualité de vie	30
1.3. Relation entre le milieu de résidence et le score de la qualité de vie	31
1.4. Relation entre le statut marital et le score de la qualité de vie	32
1.5. Relation entre la profession et le score de la qualité de vie	32
1.6. Relation entre le niveau d'instruction et le score de la qualité de vie	33
1.7. Relation entre le type de cancer et le score de la qualité de vie	34
1.8. Relation entre le stade de la maladie et le score de la qualité de vie	35
1.9. Relation entre les métastases et leurs localisations et le score de la qualité de vie	36
1.10. Corrélation entre différentes variables étudiées et le score de la qualité de vie	37
DISCUSSION	40
I. Généralités sur la qualité de vie relative à la santé	41
1. Définition	41
2. Mesure de la qualité de vie	45
3. Limites de la mesure de la qualité de vie	48
II. Données sociodémographiques et caractéristiques cliniques	49
1. Analyse des données sociodémographiques	50
2. Analyse des données cliniques	53
III. Analyse de l'impact de la maladie et du traitement sur la qualité de vie	55
IV. Liens entre la qualité de vie et les autres variables mesurées	56
1. Qualité de vie et l'âge	56
2. Qualité de vie et sexe	56

3. Qualité de vie et statut matrimonial.....	57
4. Qualité de vie et statut professionnel.....	57
5. Qualité de vie et niveau d'étude.....	58
6. Qualité de vie et localisation cancéreuse.....	58
7. Qualité de vie et stade de la maladie néoplasique.....	58
8. Association entre la qualité de vie et les autres facteurs.....	59
V. Limites et forces de l'étude.....	59
1. Limites de l'étude	59
2. Forces de l'étude	60
VI. Applications et recommandations	60
 CONCLUSION.....	 62
 ANNEXES.....	 64
 RÉSUMÉS.....	 72
 BIBLIOGRAPHIE.....	 76

INTRODUCTION

La maladie néoplasique est un problème de santé publique par sa gravité et sa complexité ; qui dit cancers dit un bouleversement de la vie aussi bien des patients atteints que celle de leurs familles ; En dépit des progrès réalisés en matière de diagnostic, de prise en charge thérapeutique et de prévention, c'est toujours une maladie grave dont la survenue affecte tous les volets de la vie de l'individu et les dépasse pour atteindre son entourage proche et sa sphère sociale. Ce retentissement a plusieurs dimensions, outre la condition physique, il concerne aussi la santé psychologique et la vie socioéconomique. [1]

Un homme sur cinq et une femme sur six dans le monde développeront un cancer au cours de leur vie, et un homme sur huit et une femme sur 11 vont mourir de cette maladie, selon les statistiques et les estimations du Centre international de recherche sur le cancer (CICR), un organisme qui relève de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) .De ce fait 18,1 millions nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués et 9,6 millions de personnes sont décédées de cette maladie en 2018, a annoncé le CIRC. Au Maroc, environ 40000 personnes sont atteintes par le cancer chaque année. Pour les femmes, c'est toujours le cancer du sein qui arrive en premier avec 36,12% des cas révélés. Il est suivi du cancer du col de l'utérus, de la thyroïde qui représentent, respectivement, un pourcentage de 12,82% et de 8,6 % sur l'ensemble. Chez les hommes, le cancer des poumons est en tête de liste avec 23,75% des cas diagnostiqués. Celui de la prostate et le cancer colorectal sont en deuxième et troisième position avec 12,6% et 7,9%.

La situation est alarmante, car les chiffres sont en constante progression.

Aujourd'hui, la médecine a fait d'énormes progrès, principalement ces cinquante dernières années. Elle permet à présent de lutter activement contre la maladie cancéreuse. La guérison est envisageable pour les cancers de bon pronostic traités précocement. [2]

En revanche le cancer est un des défis devant lequel l'humanité reste encore impuissante et qui met toujours en jeu le pronostic vital du fait de la lourdeur des thérapeutiques et des séquelles ainsi que la perception de la maladie par le patient lui-même et son entourage ce qui

nous amène vers un autre volet de la prise en charge c'est la qualité de vie(Qdv) des malades cancéreux .

L'amendement des moyens diagnostics et des stratégies de dépistage de certains cancers fréquents (Sein, col de l'utérus, prostate....) ,a appuyé l'instauration du diagnostic et de la prise en charge précoce de la maladie cancéreuse ; Cette prise en charge aussi bien développée grâce aux avancées scientifiques et à la tendance de multidisciplinarité a prodigué vers un progrès en terme de survie .Ceci a exposé les malades de plus en plus aux moyens thérapeutiques et a transformé la maladie cancéreuse d'une maladie fatale en une pathologie chronique . Bien que la survie s'est accrue, la gestion de nouveaux effets secondaires et l'adaptation psychosociale des patients atteints de cancers aurait un impact majeur du la Qdv de ces malades.

Les indicateurs biomédicaux traditionnels de résultats, en particulier la survie et la survie sans maladie, restent incontestablement d'une importance capitale dans le choix des stratégies thérapeutiques.

Cependant, il est de plus en plus reconnu que l'évaluation par les patients des traitements qui leurs sont proposés permet d'obtenir des informations additionnelles pertinentes sur la prise en charge globale de la maladie et sur l'efficacité des interventions médicales. En effet, parmi les critères de jugements utilisés en cancérologie, après la survie globale, seule l'évaluation de la QdV rapporte un bénéfice clinique direct tel que perçu et quantifié par le patient [3] . Par ailleurs, l'amélioration de la QdV est un des deux critères retenus par le FDA (Food and Drug Administration) pour l'autorisation de mise sur le marché nouveaux médicaments contre le cancer [4].Dans ce contexte, la question de l'évaluation de la QdV semble être un enjeu majeur.

Bien que l'étude de la QdV fasse actuellement partie de la plupart des essais thérapeutiques validant des nouvelles molécules ou protocoles thérapeutiques [5], les relations entre le cancer, sa prise en charge thérapeutique, son évolution et la qualité de vie ainsi que

l'éventuel impact de la qualité de vie sur le pronostic du cancer restent peu connus et feront donc l'objet de cette étude.

L'intérêt croissant pour la qualité de vie des patients cancéreux a motivé notre travail. Nous avons pensé réaliser une étude prospective pour évaluer le retentissement du cancer sur diverses composantes de la vie de nos patients à savoir: physique, sociale, économique, spirituelle et psychologique.

Afin d'explorer au mieux la qualité de vie de ces patients, nous avons réalisé une étude quantitative, basée sur une analyse statistique d'un échantillon de la population cible.

❖ **Les objectifs de l'étude :**

▪ **Objectif principale:**

Analyser l'impact de la maladie cancéreuse et de ses traitements sur la qualité de vie des patients atteints d'un cancer.

▪ **Objectifs secondaires :**

- o Etablir des liens entre la qualité de vie, les éléments la composant et le terrain (dépendance, comorbidités, données sociodémographiques).
- o Décrire les domaines de qualité de vie les plus atteints en fonction des localisations.
- o Proposer des axes de recherche et de développement afin d'améliorer la qualité de vie de ces patients.

PATIENTS ET METHODES

I. Population étudiée

Les patients inclus dans l'étude ont été recrutés lors de leur consultation de suivi dans le cadre d'un cancer ou lors de leur prise en charge dans l'hôpital de jour au sein du service d'oncologie médicale à l'hôpital Militaire Avicenne pour les patients qui étaient encore en cours de traitement. Le recrutement a été complété après convocation des patients restants à la suite d'un entretien téléphonique. Ils ont été interrogés entre le 30 OCTOBRE 2017 et le 31 DECEMBRE 2018.

1. Critères d'inclusion

- Patients ayant eu un cancer ou une récurrence, âgés de plus de 16 ans au moment de l'étude.
- Patients ayant une confirmation anatomopathologique du cancer.
- Suivis depuis au moins 1 mois, hospitalisés au service de médecine interne–oncologie médicale à l' HMA
- Patient ayant donné son consentement oral.

2. Critères d'exclusion

- Altération des fonctions supérieures, patient non interrogeable.
- Patients ayant refusé le consentement.

II. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, mono-centrique, qualitative et descriptive réalisée au sein du service de Médecine interne–Oncologie médiale de l'HMA.

III. Recueil des données

1. Protocole et collecte des données

Chaque entretien a été réalisé après qu'une information claire sur l'étude et ses objectifs ait été délivrée à chaque patient et après obtention du consentement oral de chacun de ces patients. Toutes les données recueillies l'ont été de manière strictement confidentielle.

Chaque entretien était basé sur la réalisation d'un questionnaire sur la qualité de vie, (Annexe 1), afin de pouvoir établir une mesure standardisée des différents aspects de cette dernière.

Et afin de caractériser notre échantillon, nous avons recueilli chez tous les patients interrogés les variables sociodémographiques suivantes:

(Age –sexe– Statut marital– Niveau d'instruction– Nombre d'enfant– Profession–Milieu de résidence) Nous avons également recueilli diverses variables médicales :

(Antécédents ou comorbidités– Localisation de la maladie / type de cancer – Extension tumorale au moment du diagnostic (stade TNM) – Présence ou non de métastase et localisation– Traitements reçus– Evaluation de la douleur EVA (Annexe 2))

2. Analyses statistiques

Les données récoltées selon les méthodes décrites ci-dessus ont toutes initialement été colligées dans un tableur Excel (Microsoft, Seattle, WA). Ces données ont par la suite été traitées par le logiciel SPSS et XLSTAT version 2018.

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

La Qdv des malades atteints de cancers est une question intrinsèquement dynamique. Elle se mesure sur un panel de données destinées à estimer les changements du bien-être physique, psychique, spirituel et socioéconomique du patient dans le temps. Toutefois, par manque de données adéquates, les approches utilisées ici sont en grande partie statiques.

Il s'agit d'agréger les différentes dimensions associées à la Qdv des malades cancéreux en vue de construire un indicateur composite au niveau individuel. De ce fait, la mesure de la Qdv des malades cancéreux sera fondée sur l'approche d'inertie qui propose des méthodologies permettant d'éliminer autant que possible l'arbitraire dans le calcul de l'indicateur composite. Cette approche est basée, d'une part, sur les techniques de construction d'échelle multidimensionnelle et, d'autre part, sur les analyses statistiques multi-variées.

Ainsi, nous avons opté pour l'analyse des correspondances multiples (ACM), permettant une quantification des variables qualitatives par l'affectation de scores à leurs modalités.

L'analyse est effectuée selon les étapes suivantes :

• *Construction de l'indicateur synthétique de la Qdv des malades cancéreux (niveau individuel)*

- **Etape 1** : Avant tout, il est indispensable de réaliser une analyse préliminaire de chaque variable, afin de voir si toutes les modalités sont aussi bien représentées ou s'il existe un déséquilibre. L'ACM est sensible aux effectifs faibles (moins de 5% de l'effectif total), aussi il est préférable, dans la mesure du possible, de regrouper les catégories peu représentées avec les autres catégories les plus proches.
- **Etape 2** : une ACM initiale va permettre de réduire le nombre des variables en excluant les variables non pertinentes. Le reste des variables sera utilisé dans la construction d'un indicateur composite plus adéquat. On adoptera alors le critère principal et généralement utilisé « la Consistance Ordinale sur le Premier Axe (COPA) » qui décrit une situation de risque. Les variables COPA obéissent à la règle selon laquelle le risque s'accroît en

passant d'une situation de Qdv peu dégradée à une situation de Qdv fortement dégradé tout au long du premier axe.

Pour les variables dichotomiques, la propriété COPA signifie que la modalité décrivant une situation de risque se trouve du côté des patients d'une Qdv fortement dégradé sur le premier axe et celle décrivant une situation du bien-être, du côté des patients de Qdv peu dégradé.

Le COPA seul n'est pas suffisant. Aussi, doit-on utiliser un critère secondaire parmi les suivants : les mesures de discriminations, l'étalement sur le premier axe, la fréquence élevée de non-réponses.

Les mesures de discrimination ont ainsi été privilégiées. Il s'agit des pourcentages de contribution des variables dans la construction du premier axe. Rappelons que la contribution d'une variable est la somme des contributions de ses modalités.

- **Etape 3** : une seconde ACM sur le reste des variables à partir de laquelle un indicateur synthétique de la Qdv des malades cancéreux est construit et les facteurs qui influence le plus sur la Qdv sont déterminés.

La forme fonctionnelle de l'indicateur composite est la moyenne des poids des catégories, représentant lui-même la moyenne des scores normalisés. Si « i » désigne un malade donné, sa valeur pour l'indicateur composite sera :

$$ISQ_i = \frac{\sum_h^H = 1 \sum_{qh=1}^{Qh} P_i \quad qh \quad h \quad I_i^{qh} \quad h}{H}$$

Les pondérations obtenues par l'ACM correspondent aux scores normalisés sur l'axe factoriel qui représente la Qdv. On entend par score normalisé d'une modalité sur un axe la coordonnée de cette modalité dans cet axe divisée par la racine de la valeur propre associée (écart type expliqué par l'axe).

La normalisation n'est pas nécessaire, mais elle sert à garder la variance de la distribution égale à 1, ce qui est souhaitable dans le calcul des indicateurs.

- **Classification des malades selon leur niveau de Qdv**

Cette étape nécessite la détermination des classes d'individus homogènes. Chacune présentera un niveau de dégradation de la Qdv. On a choisi de construire trois groupes : malades à Qdv peu dégradée, malades à Qdv moyennement dégradée et malades à Qdv fortement dégradée.

La connaissance de ces groupes permet de définir une typologie des malades suivant le niveau de Qdv par sexe, milieu de résidence et par âge.

Pour ce, on procède à une méthode de classification appropriée en se basant sur notre indicateur de Qdv issu des étapes précédentes. La méthode utilisée est le Partitionnement univarié, proposé par W.D. Fisher(1958). Cette méthode peut être vue comme une discrétisation d'une variable quantitative en une variable ordinale. L'homogénéité est ici mesurée au travers de la somme des variances intra-classe. Pour maximiser l'homogénéité des classes, on cherche donc à minimiser la somme des variances intra-classe.

L'association entre la qualité de vie et plusieurs variables explicatives potentielles était recherchée par des tests paramétriques(ANCOVA/ANOVA) Pour ces tests statistiques utilisés. Le test est considéré comme significatif lorsque p (degré de signification) était inférieur à 0,05.

RÉSULTATS

I. Etude descriptive

1. Données sociodémographiques

1.1. Le nombre des patients recrutés pour l'étude

Nous avons colligé un total de 100 patients suivis pour cancer au sein du service Médecine interne– oncologie à l'hôpital militaire Avicenne Marrakech sur une durée d'un an et 2 mois.

1.2. L'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 54,42 ans(Figure1), d'un minimum de 16 ans et d'un maximum de 83 ans, avec une Variance = 204,8.

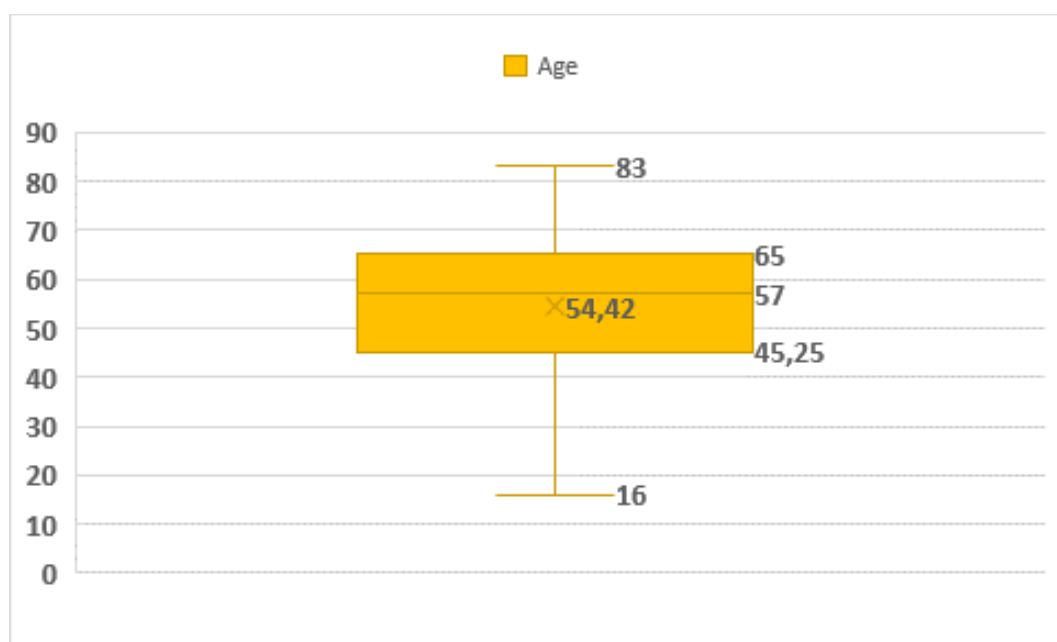


Figure 1: Distribution de l'âge des malade enquêtés

1.3. Le sexe

Parmi les 100 patients inclus dans l'étude, on note une prédominance masculine avec 58 hommes soit (58%) et 42 femmes (42%)(Figure2) et un Sexe Ratio de 1,38.

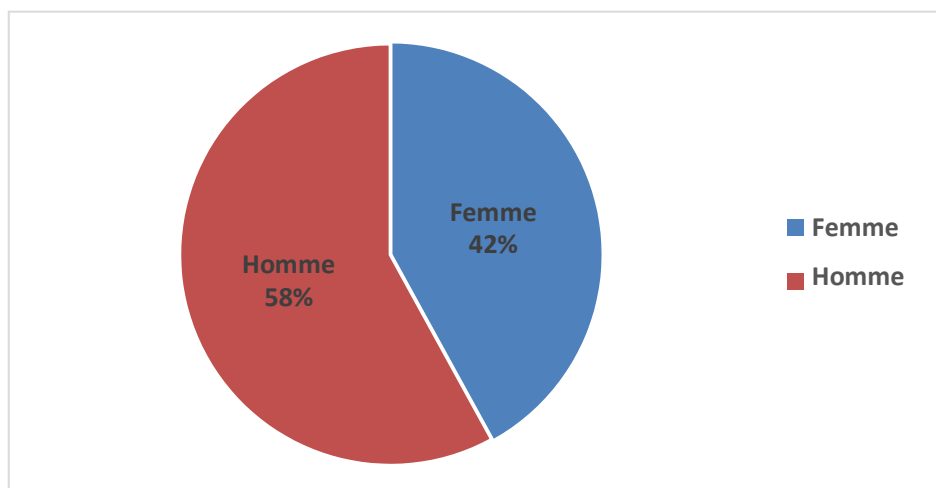


Figure 2: Répartition des malades selon le sexe

1.4. Le milieu de résidence :

On a constaté que 9 patients (9%) habitaient dans le milieu rural, et 91 patients (91%) habitaient dans le milieu urbain.(Figure3)

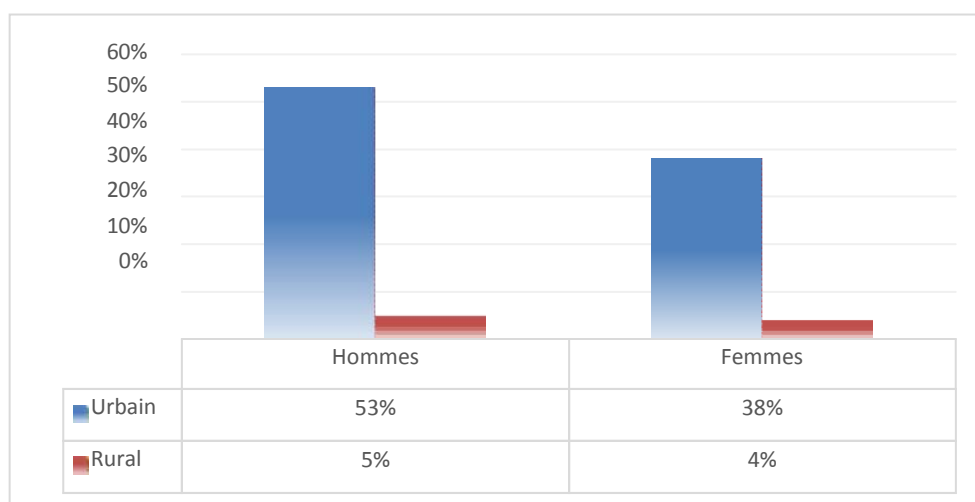


Figure 3: Répartition des malades par sexe selon le milieu de résidence

1.5. Statut marital

Quatre-vingt-dix (90%) des patients interrogés étaient mariés, un seul homme (1%) était divorcé, trois (3%) femmes étaient veuves, et six patients (6%) étaient célibataires. (Figure4)

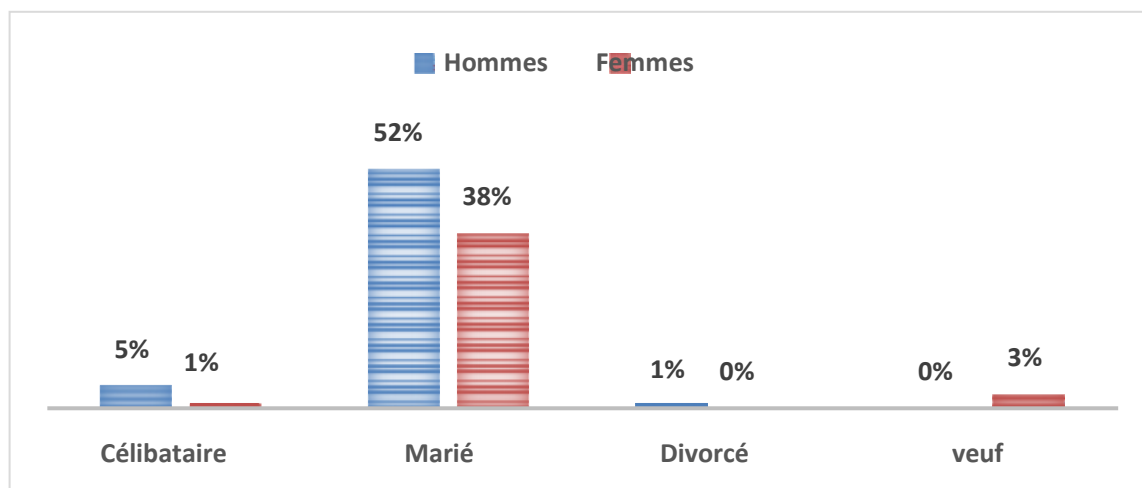


Figure 4: Répartition des malades par sexe selon statut marital

1.6. Niveau d'instruction :

En ce qui concerne le niveau scolaire des patients, 39% étaient analphabètes, 7% avait un enseignement préscolaire, 19% avaient un niveau d'étude primaire, 26% avaient un niveau d'étude secondaire, et juste 9% avaient un enseignement universitaire.(Figure5)

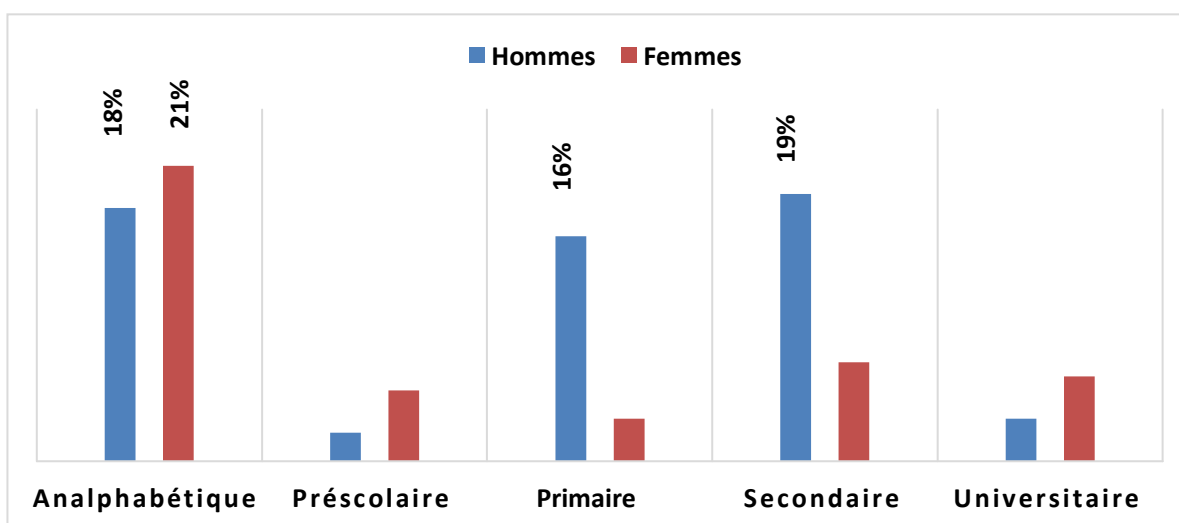


Figure 5: Répartition des malades par sexe selon le niveau scolaire

1.7. Profession :

La majorité des patients étaient des retraités des FAR soit 43 %, 37% des patients étaient des femmes au foyer, et 20 % des patients étaient actifs. (Figure6)

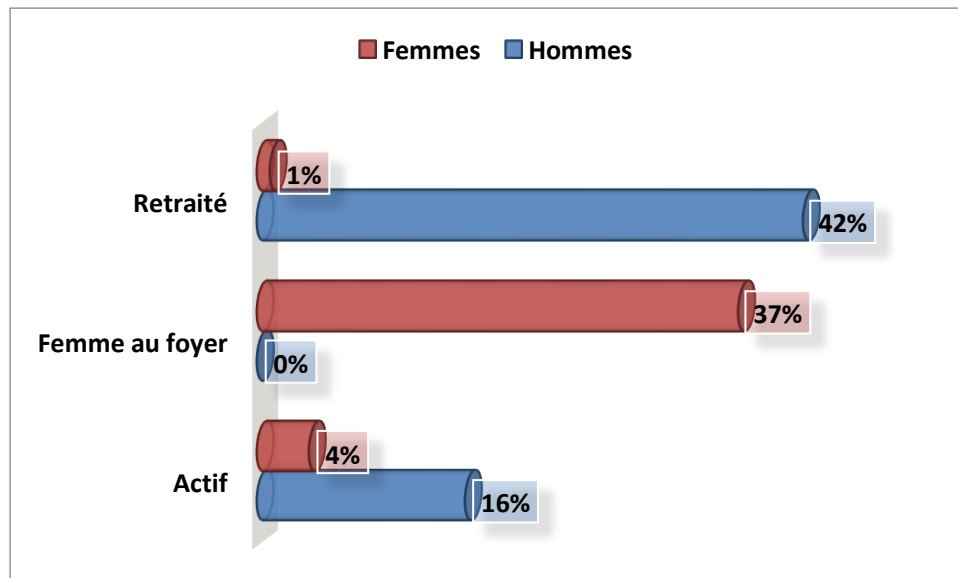


Figure 6: Répartition des malades par sexe selon la profession

1.8. Antécédents :

Nous avons noté que 40% de nos malades étaient des tabagiques chroniques, 22% d'entre eux étaient des alcooliques, 15% avaient un antécédent de diabète de type 2 et ou d'HTA, 10% avaient un antécédent personnel de néoplasie et 42% n'avaient aucun antécédent particulier.(Figure7)

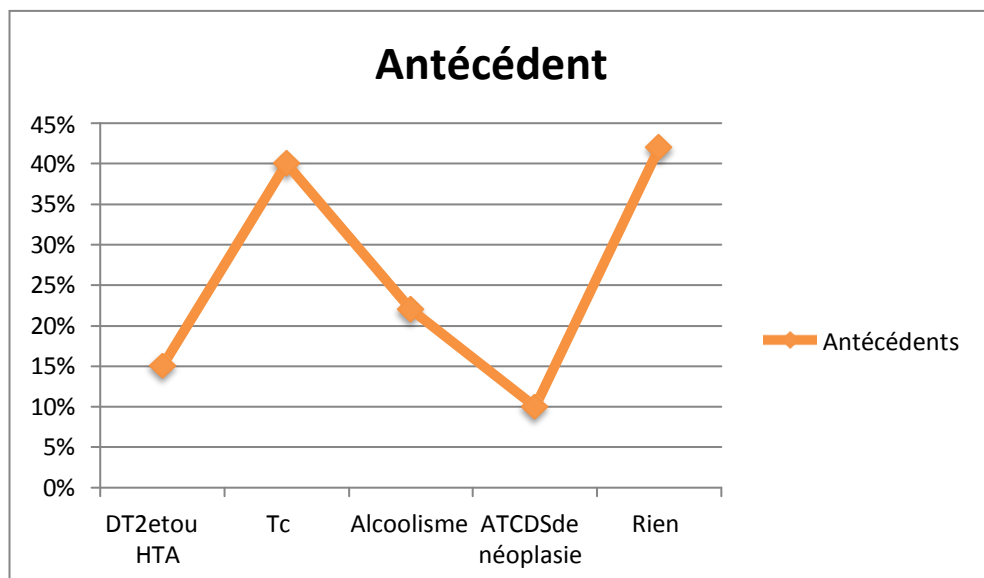


Figure 7: pourcentage des malades enquêtés selon les antécédents

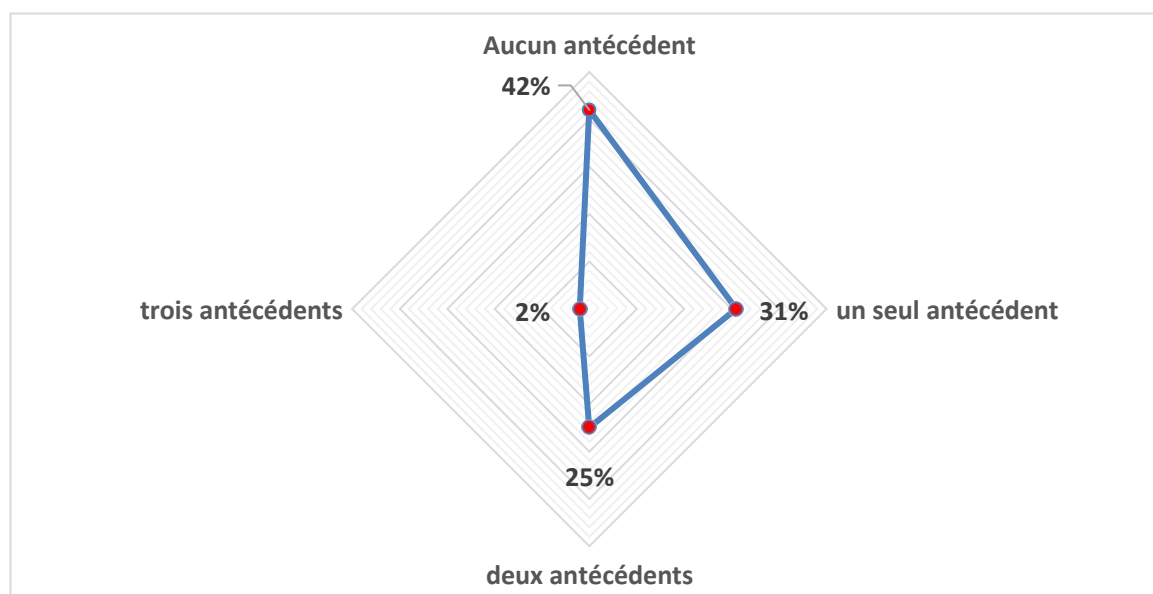


Figure 8: Pourcentage des malades enquêtés selon le nombre d'antécédents

Tableau: Pourcentage des malades enquêtés selon le type d'antécédents

Catégorie	Antécédents	Pourcentage
Aucun antécédent	---	42%
Un seul antécédent	Atcd 1	9%
	Atcd 2	14%
	Atcd 4	8%
Deux antécédents	Atcd 1∩2	4%
	Atcd 1∩4	1%
	Atcd 2∩3	20%
Trois antécédents	Atcd 1∩2∩3	1%
	Atcd 2∩3∩4	1%
Total		100%

Avec:

- Atcd 1 = DT2 et /HTA
- Atcd 2 = Tabagisme chronique
- Atcd 3 = Alcoolisme
- Atcd 4 = ATCDS de néoplasie personnelle

1.9. La couverture sociale

Presque la majorité de notre population d'étude avait une prise en charge sociale soit 99% des malades étaient mutualistes. Ceci est expliqué par la sélection de notre échantillon d'étude constitué surtout d'une population militaire bénéficiaire de la mutuelle des FAR.

2. Données cliniques

2.1. Localisation de la maladie:

Dans notre échantillon d'étude, on note 29 patientes (69% des femmes de notre série) diagnostiquées porteuses d'un cancer du sein alors que 7% de nos patients avaient une localisation gynécologique autre que le sein dont 5% avaient un cancer du col de l'utérus.

24% des patients ayant une localisation digestive dont dix patients avaient une néoplasie colorectale. 13% étaient porteurs d'une tumeur broncho-pulmonaire ou médiastinale, 10% avec une localisation vésico-prostatique, 8% des patients avaient une localisation ORL, sept malades étaient porteurs d'une hémopathie ou sarcomes (OS...).(Figure9)

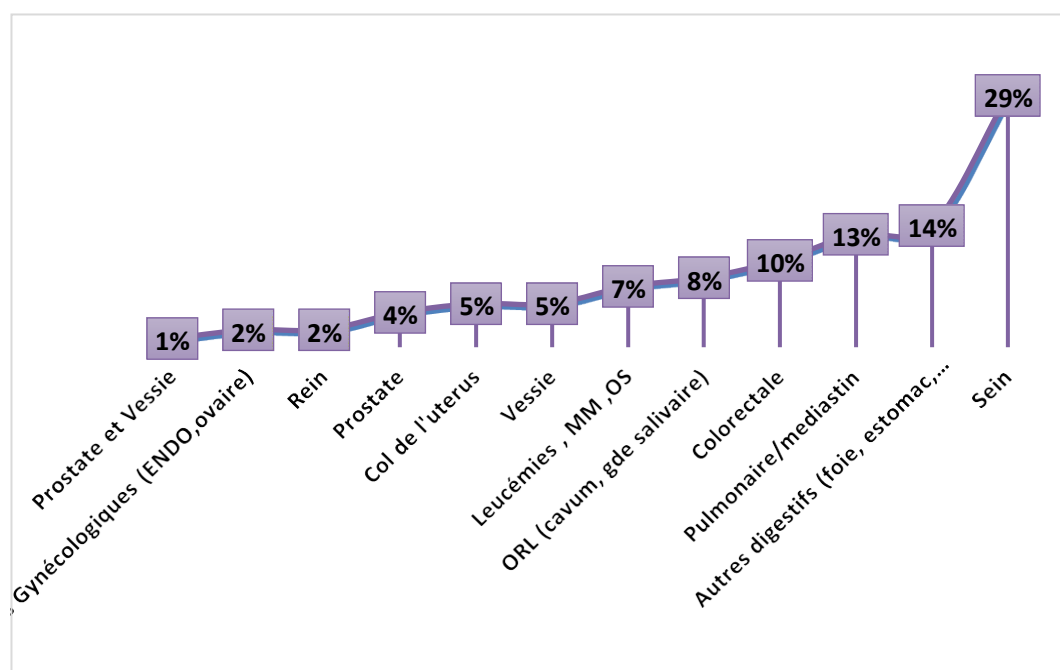


Figure 9: Pourcentage des malades selon la localisation du cancer

2.2. Stade de la maladie :

54% des patients étaient dans un stade localisé (Débutant) de la maladie alors que 46% étaient dans un stade localement avancé de la maladie.(Figure10)

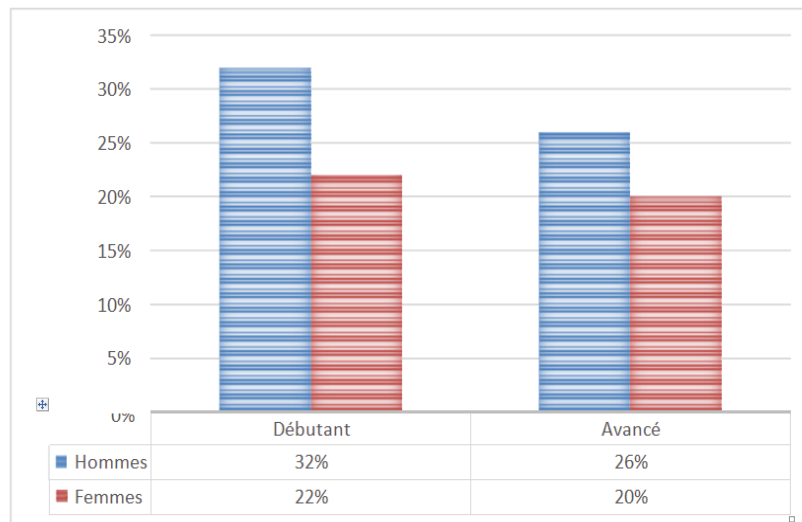


Figure 10: Répartition des malades par sexe selon le stade de la maladie

2.3. Métastases :

Dans notre échantillon d'étude trente-huit patients (38%) avaient une localisation secondaire alors que soixante-deux (62%) ne l'avaient pas.(Figure11)

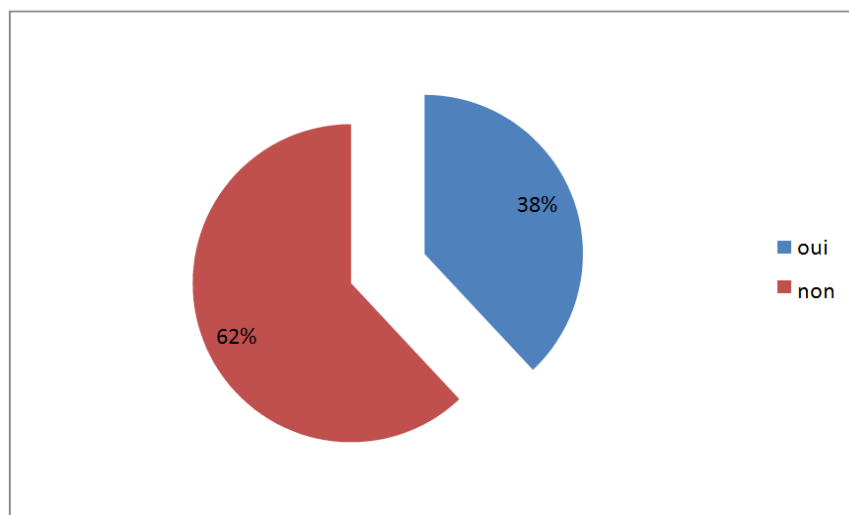


Figure 11: Pourcentage des malades selon la présence des métastases

2.4. Localisations des métastases :

Treize patients avaient une localisation secondaire digestive seul soit 34% des patients dans un stade métastatique, douze malades avaient des métastases osseuses seules ou associées à d'autres localisations soit 32%, huit malades avaient une localisation secondaire pulmonaire seule ou associée à d'autre localisations soit 21%, six patients avaient des métastases ganglionnaires soit 16% des patients ayant un stade métastatique et seulement deux patients avaient une métastase cérébrale (5%) .(Figure12)

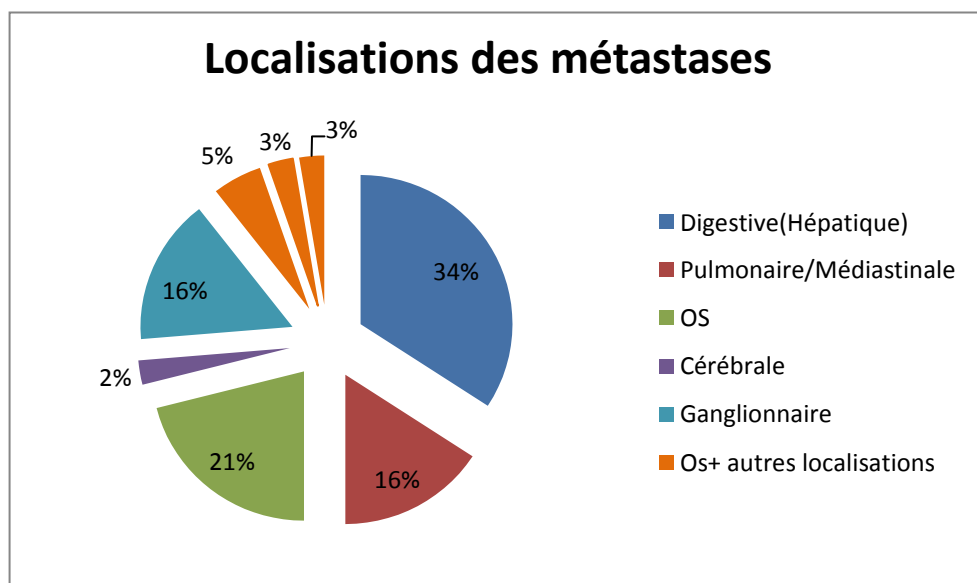


Figure 12: Pourcentage des malades ayant des métastases selon la localisation

2.5. Traitement reçu :

La majorité des patients de notre série avaient reçu une chimiothérapie curative soit 57%, alors que 47%, 45% avaient reçus respectivement une chirurgie et une radiothérapie dans un but curatif. Par ailleurs 23% étaient sous hormonothérapie, immunothérapie ou thérapie ciblée dans un but curatif.

Le traitement palliatif était mené chez 21% de notre échantillon et juste 4% des patients n'avait pas encore commencé un traitement.

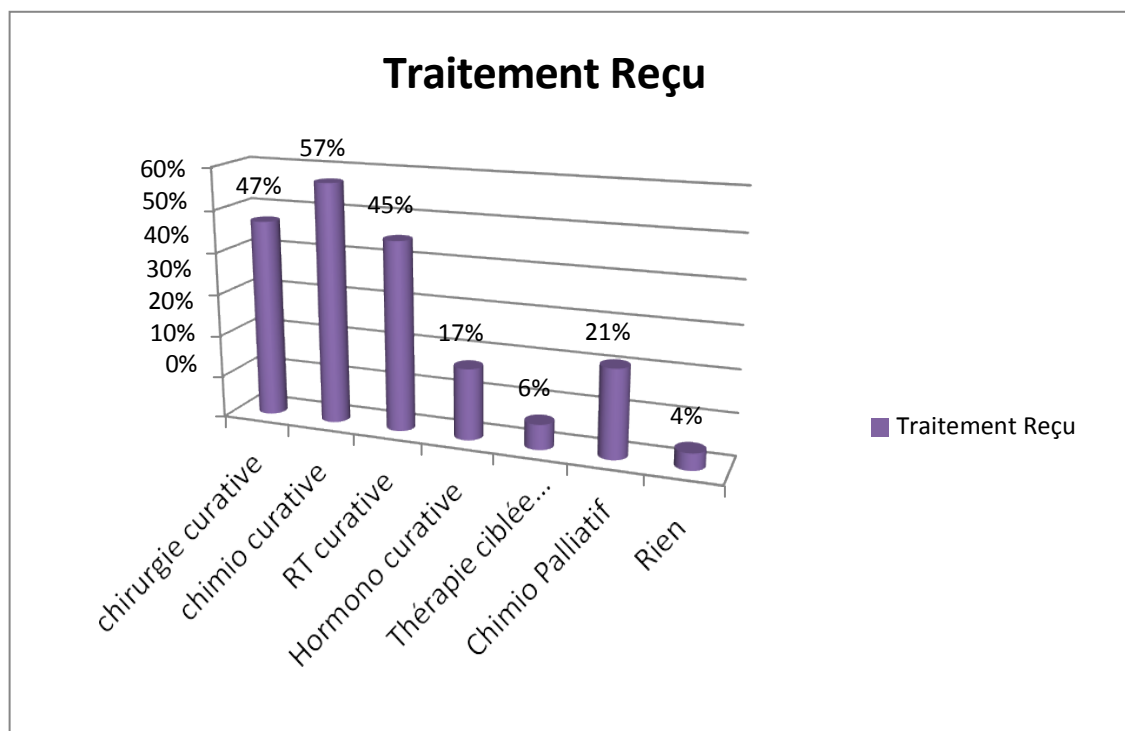


Figure 13: Répartition des maladies selon les traitements reçus

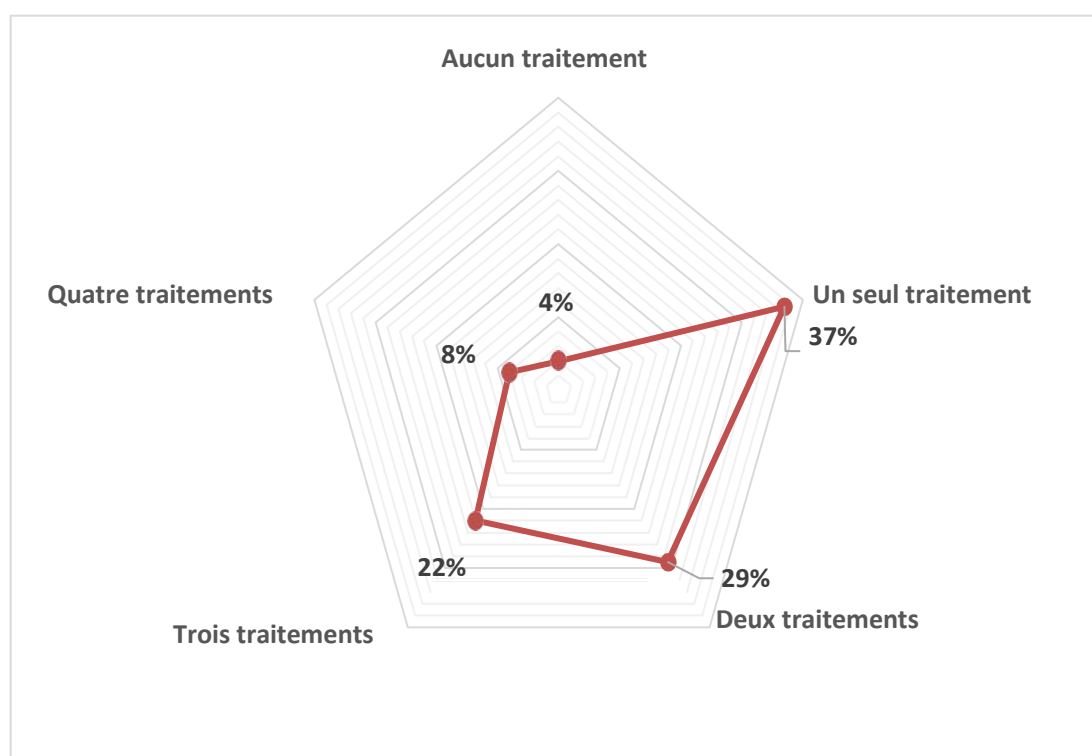


Figure 14: Pourcentage des malades selon le nombre de traitements reçus
(Curatif ou Palliatif)

Tableau II: Pourcentage des malades selon le type de traitement reçu (Curatif ou palliatif)

Catégorie	Traitement reçu	Pourcentage
Aucun traitement	---	4%
Un seul traitement	Trt 1	5%
	Trt 2	14%
	Trt 3	1%
	Trt 6	17%
Deux traitements	Trt 1∩2	8%
	Trt 1∩3	6%
	Trt 1∩5	2%
	Trt 2∩3	6%
	Trt 3∩4	2%
	Trt 3∩5	1%
	Trt 3∩6	3%
	Trt 5∩6	1%
Trois traitements	Trt 1∩2∩3	13%
	Trt 1∩2∩4	2%
	Trt 1∩2∩5	2%
	Trt 1∩3∩4	1%
	Trt 2∩3∩4	4%
Quatre traitements	Trt 1∩2∩3∩4	8%
Total		100%

Avec:

Trt 1 = Chirurgie curative

Trt 2 = Chimiothérapie curative

Trt 3 = Radiothérapie curative

Trt 4 = Hormonothérapie curative

Trt 5 = Thérapie ciblée /Immunothérapie curative

Trt 6 = Chimiothérapie Palliative

2.6. Autres traitements reçus :

• Antalgiques :

Concernant le traitement de la douleur ; vingt-six malades avaient reçu un traitement antalgique 1^{er} palier (26%), douze patients étaient traités par un antalgique 2^{ème} palier (12%),

quatre patients avaient reçu un antalgique 3^{ème} palier (4%) alors que la majorité (58%) de notre échantillon d'étude n'avaient aucune prise en charge de la douleur.(Figure 15)

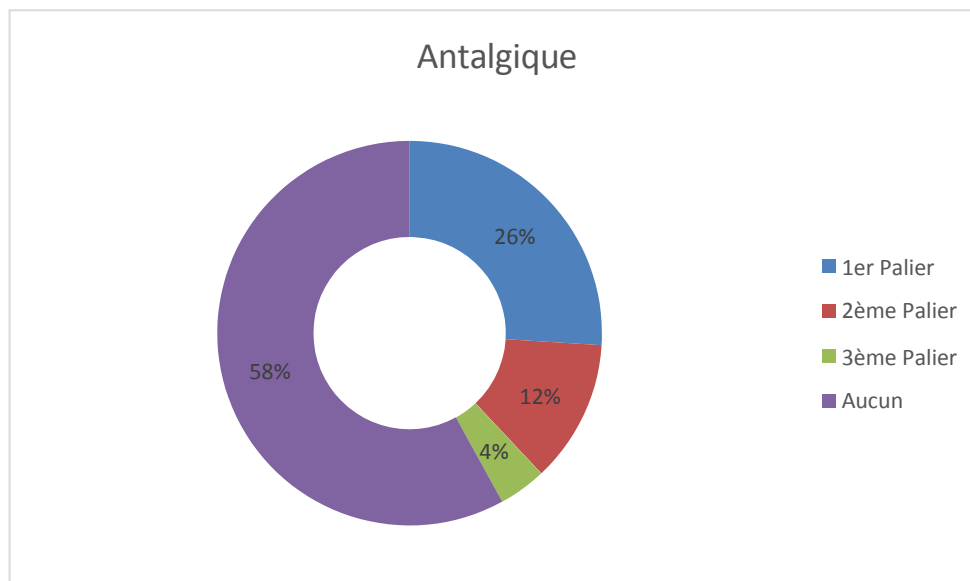


Figure 15: Répartition des malades selon le traitement antalgique

- Antidépresseur et anxiolytique / Transfusion en CG / Traitement martial de l'anémie

Le traitement par des anxiolytique et antidépresseurs étaient préconisé chez deux patients (2%) alors que quatre-vingt-dix-huit patients (98%) n'avaient aucune prescription de psychotropes.

Neuf patients avaient reçu une transfusion de CG (9%) alors que quatre-vingt et onze (91%) n'avaient pas besoin d'une transfusion. Aucun patient n'a été transfusé par autres produits du sang.

Cinq patients étaient sous traitement martial de l'anémie soit 5%et quatre-vingt-quinze n'avaient pas reçu un traitement martial de l'anémie.(Figure16)

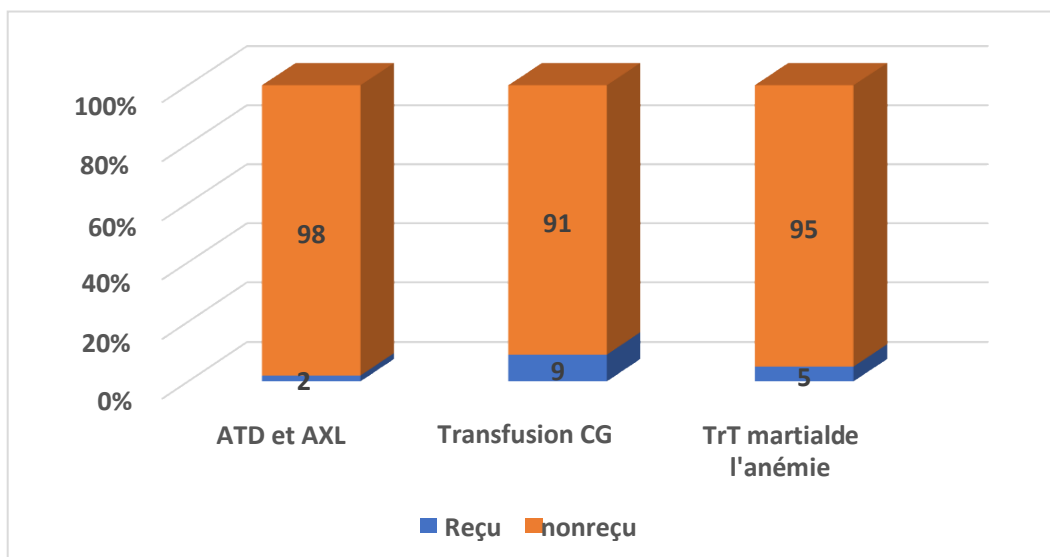


Figure 16: Répartition des malades selon les autres traitements reçus

2.7. Evaluation de la douleur

La majorité de notre échantillon d'étude (48%) n'avait pas de douleur selon l'échelle visuelle analogique, 29% étaient dans la marge (1-5) de la douleur ; alors que 23% de nos malades avaient évalué leur douleur supérieure ou égale à six dont un avait une douleur maximale (EVA=10).

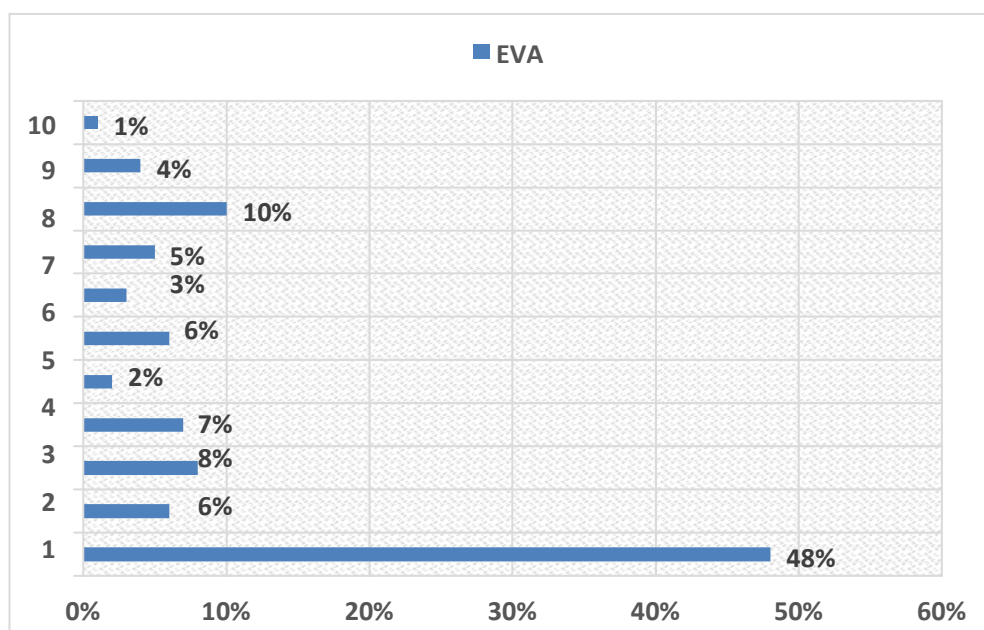


Figure 17: Répartition des malades selon l'EVA

II. Etude analytique :

1. Analyse uni–variée de la qualité de vie (« état de santé global – QDV»)

D'après les graphiques résultant de l'ACM finale(Figure18), il est constaté que les points–modalités sont échelonnés sur un croissant parabolique dans le plan (F1,F2), ce phénomène est appelé «effet de Guttman» qui montre l'existence d'un fort gradient au sein des données. En d'autres termes, on voit clairement que le deuxième facteur est une fonction du second degré du premier :

$$F2 = \alpha (F1)^2 + \beta (F1) + \gamma$$

Ceci explique la prédominance du premier axe factoriel en terme de pouvoir explicatif. En suivant la parabole de l'extrémité négative de l'axe F1 à l'autre, on trouve du côté négatif les indicateurs reflétant la bonne Qdv des patients, et du côté positif les indicateurs d'une Qdv médiocre. En conclusion, cet axe peut être qualifié comme un axe de risque de dégradation de la qualité de vie.

Par contre les facteurs déterminants de la Qdv des patients sont identifiés par une analyse du signe des poids des différents indicateurs primaires qui fait apparaître un ensemble de facteurs qui contribuent à l'accroissement de la Qdv des patients et ceux qui sont de nature à le dégrader(Figure19).

Dans notre série, on relève les facteurs suivants : Sensation d'une perte d'énergie et d'intérêt, Sensation de fatigue, La fatigue physique, Sensation de Tristesse, Rester au lit la majorité du temps, Besoin de dormir plus qu'avant, souffle court, difficultés de sommeil, Troubles de sommeil : Insomnie..., la mort est la solution de la souffrance. En revanche, le manque d'appétit, Arrêt cette souffrance, Des difficultés à faire un effort physique , Besoins d'aide dans les activités usuelles , Sentiment de culpabilité, La baisse de la libido, La Foi en ferveur du Dieu, La peur de la mort, Regret de la vie passée, Sensation de vertiges et d'oppression, Signes infectieux ;contribuent dans la modulation de l'indice composite de dégradation de la Qdv.

De ce fait on note que la dimension psychique comptait le plus dans la dégradation de la Qdv (Tableau III, Figure 18) ,suivie de la dimension physique et spirituelle alors que la dimension socioéconomique venait en dernier et ceci est bien expliqué par les caractéristiques de la population étudiée ; c'est une population marocaine avec des principes de soutien familial et social qui persistaient encore dans cette société , d'autant plus que la majorité de notre échantillon d'étude bénéficiait d'une couverture sociale avec un lieu de résidence urbain améliorant l'accessibilité au milieu de soin .

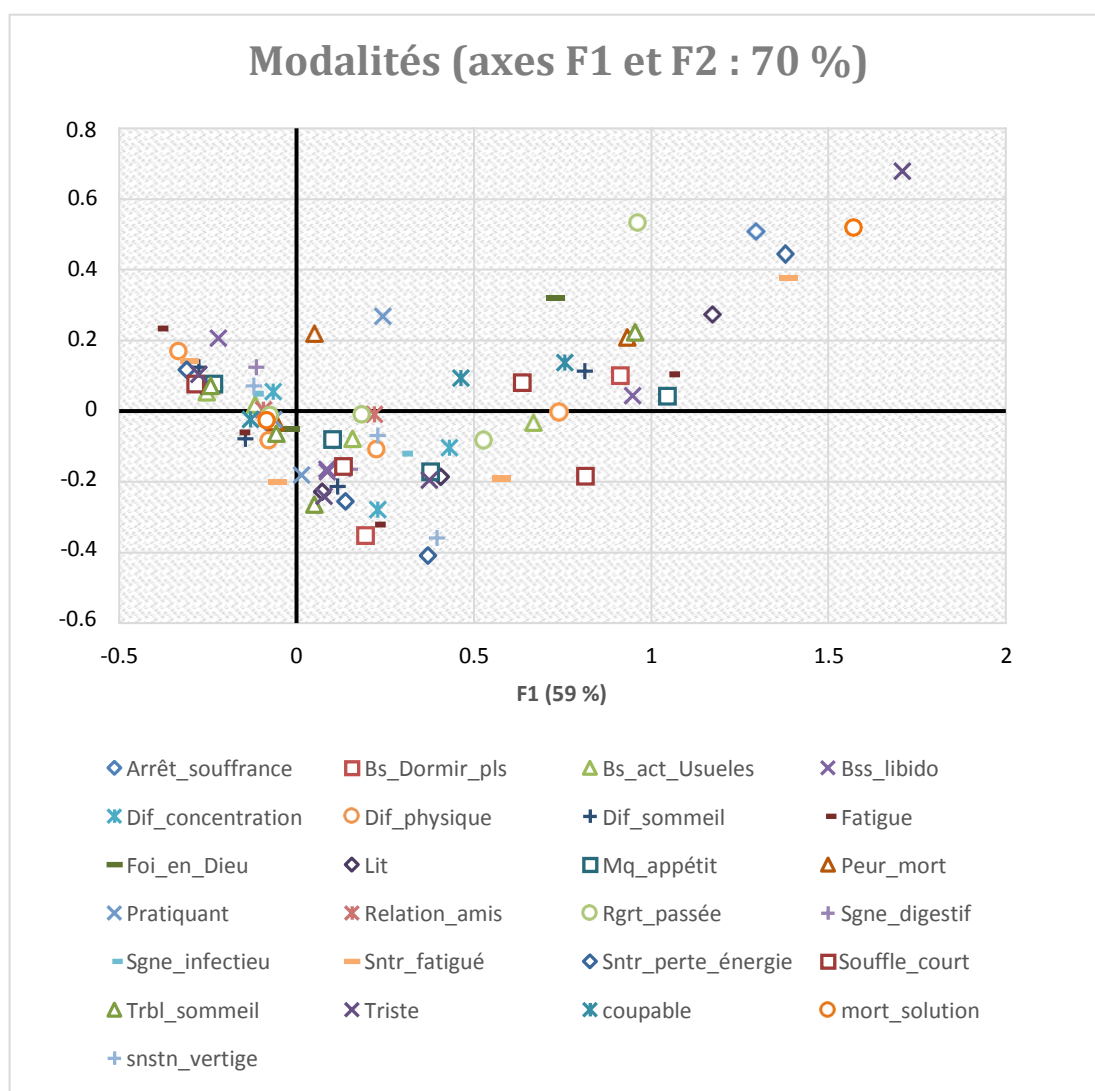


Figure 18: Représentation des modalités dans le premier plan factoriel (F1, F2) de l'analyse Finale des correspondances multiples (ACM) chez les malades enquêtés

Tableau III : Poids des facteurs de dégradation de la Qdv des malades suite à l'ACM finale

Dimension	Variables	Modalité	Poids de modalité
Etat physique	Besoins d'aide dans les activités usuelles	Pas du tout	-0,788
		Un peu	-0,363
		Assez	0,492
		Beaucoup	2,084
	Difficultés à faire un effort physique	Pas du tout	-1,032
		Un peu	-0,24
		Assez	0,705
		Beaucoup	2,315
	Rester au lit la majorité du temps	Pas du tout	-0,831
		Un peu	0,224
		Assez	1,265
		Beaucoup	3,648
	Fatigue physique	Pas du tout	-1,203
		Un peu	-0,483
		Assez	0,706
		Beaucoup	3,286
	Manque d'appétit	Pas du tout	-0,723
		Un peu	0,319
		Assez	1,183
		Beaucoup	3,261
	Difficultés de sommeil	Pas du tout	-0,859
		Un peu	-0,447
		Assez	0,361
		Beaucoup	2,528
	Souffle court	Pas du tout	-0,88
		Un peu	0,417
		Assez	1,985
		Beaucoup	2,541
	Signes digestifs	NON	-0,352
		OUI	0,466
	Signes infectieux	NON	-0,366
		OUI	0,942

Tableau III : Poids des facteurs de dégradation de la Qdv des malades suite à l'ACM finale «suite»

Dimension	Variables	Modalité	Poids de modalité
Etat psychique	Sensation de fatigue	Pas du tout	-0,938
		Un peu	-0,168
		Assez	1,801
		Beaucoup	4,323
	Besoin de dormir plus qu'avant	Pas du tout	-0,747
		Un peu	0,609
		Assez	2,844
	Sensation d'une perte d'énergie et d'intérêt	Pas du tout	-0,965
		Un peu	0,425
		Assez	1,152
		Beaucoup	4,289
	Sensation de Tristesse	Pas du tout	-0,859
		Un peu	0,24
		Assez	1,164
		Beaucoup	5,314
	Sensation de vertiges et d'oppression	Pas du tout	-0,379
		Un peu	0,709
		Assez	1,231
	Des difficultés de concentration et de mémorisation	Pas du tout	-0,205
		Un peu	0,709
		Assez	1,339
	Troubles de sommeil : Insomnie...	Pas du tout	-0,753
		Un peu	-0,176
		Assez	0,156
		Beaucoup	2,971
	Baisse de la libido	Pas du tout	-0,69
		Un peu	0,266
		Assez	0,272
		Beaucoup	2,946
	Sentiment de culpabilité	Pas du tout	-0,405
		Un peu	1,439
		Assez	2,351
	Peur de la mort	Pas du tout	-0,182
		Un peu	0,161
		Assez	2,905
	la mort est la solution de la souffrance	Pas du tout	-0,258
		Un peu	4,895
	Arrêt cette souffrance et comment	Pas du tout	-0,257
		Un peu	4,033

Tableau III : Poids des facteurs de dégradation de la Qdv des malades suite à l'ACM finale «suite»

Dimension	Variables	Modalité	Poids de modalité
Retentissement spirituel	Regret de la vie passée	Pas du tout	-0,228
		Un peu	0,576
		Assez	1,646
		Beaucoup	3,001
	Plus de Foi en ferveur du Dieu	Un peu	2,279
		Assez	-0,051
		Beaucoup	-0,247
	Devenir plus pratiquant	Un peu	0,754
		Assez	0,042
		Beaucoup	-0,201
Retentissement socioprofessionnel	La relation avec tes amis s'est-elle renforcée ou non	OUI	0,685
		NON	-0,294

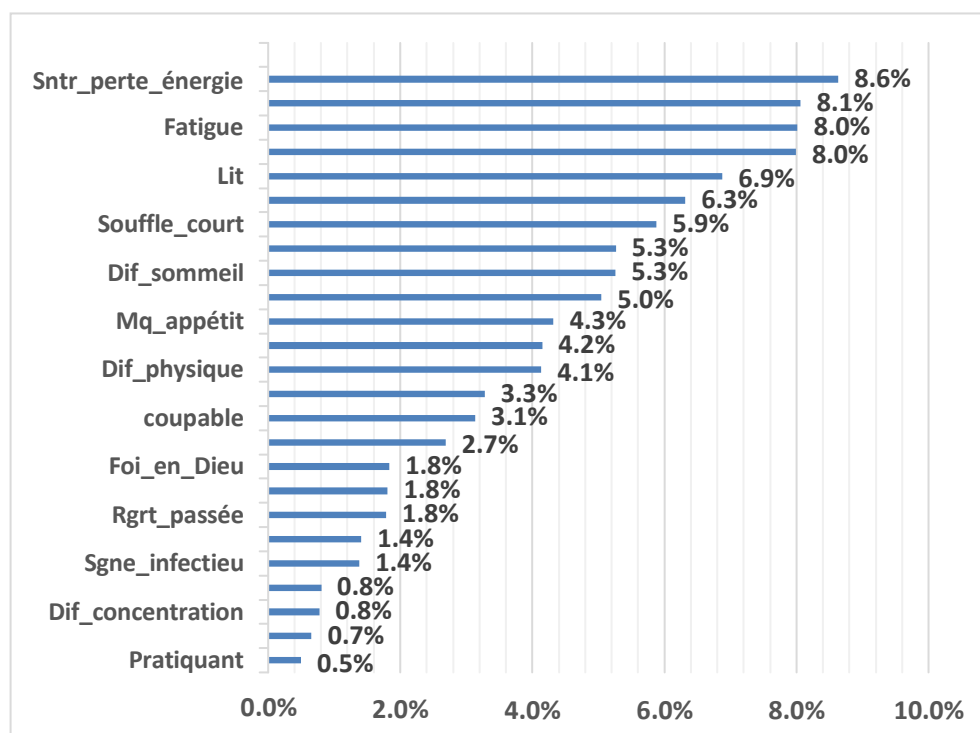


Figure 19: Pouvoir de discrimination des facteurs de dégradation de la qualité de vie

Sur la base de l'indicateur de la Qdv des malades calculé et du seuil déterminé pour séparer les patients d'une Qdv fortement dégradée de ceux qui le sont moyennement ou peu dégradée (Figure20, Figure21) ; Notre échantillon sera fractionné en trois groupes selon la Qdv de vie des patients ce qui fait qu'on avait majoritairement des patients avec une qualité de vie

peu dégradée (63%) , alors que juste (9%) de nos patients avaient une Qdv fortement dégradée, et les patients avec une Qdv moyennement dégradée étaient de 28%.

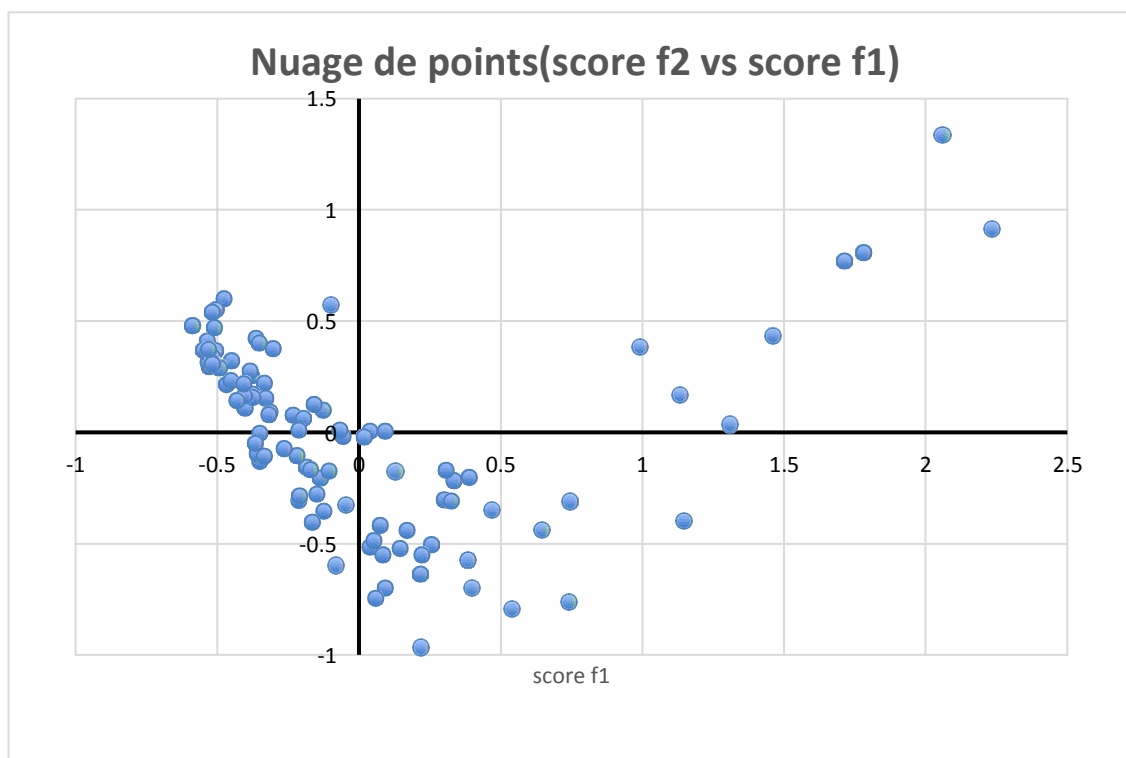


Figure 20: Représentation des malades dans le premier plan factoriel (F1, F2) de l'analyse finale des correspondances multiples (ACM)

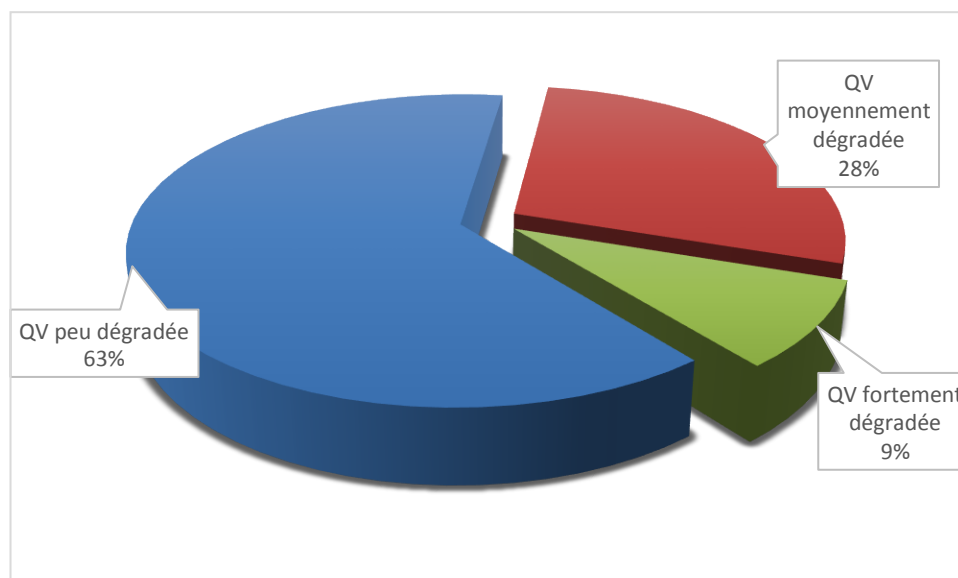


Figure 21 : Répartition de la population étudiée selon le leur qualité de vie

2. Analyse descriptive bivariée entre la Qdv et les différentes variables sociodémographiques et les données concernant la maladie

2.1. Relation entre l'âge et le score de la Qdv:

La médiane d'âge dans les différentes classes de la qualité de vie ne varie pas significativement. Elle varie entre 47,8ans chez les patients avec Qdv fortement dégradée et 58,7 ans chez les patients avec une Qdv moyennement dégradée.(Figure22)

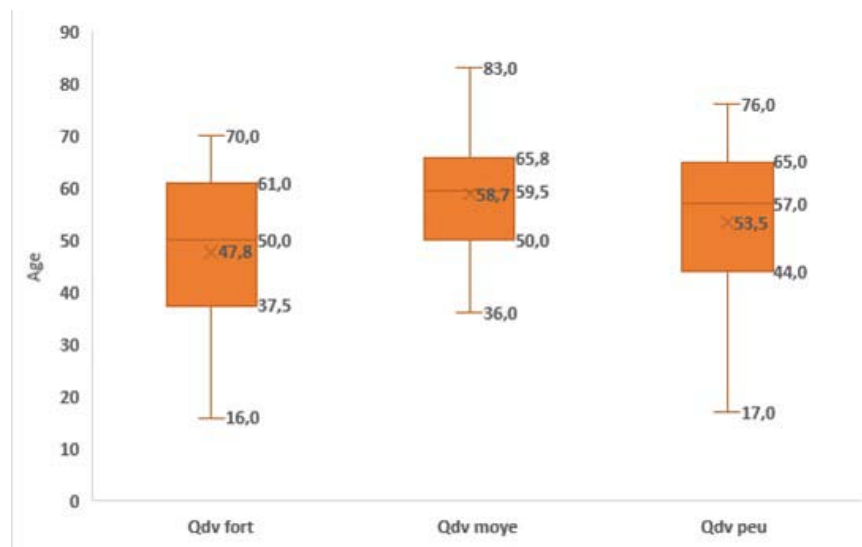


Figure22: Répartition des malades selon l'âge et les classes de Qdv (%)

2.2. Relation entre le sexe et le score de la qualité de vie:

Les hommes déclarent une moins bonne Qdv que les femmes. Pour la catégorie des patients avec une Qdv peu dégradée les proportions sont approximatives 35% des hommes(55,5% de la 1^{ère} catégorie) et 28%femmes (44,4%) , alors que dans la catégorie des patients de Qdv moyennement dégradée les hommes 17% (60,71% de la 2^{ème} catégorie) sont plus représentatives que les femmes 11% (39,28%), pareille dans la catégorie des patients de Qdv fortement dégradée les proportions sont 6% des hommes (66,66% de la 3^{ème} catégorie) et 3% des femmes(33,33%). (Figure23)

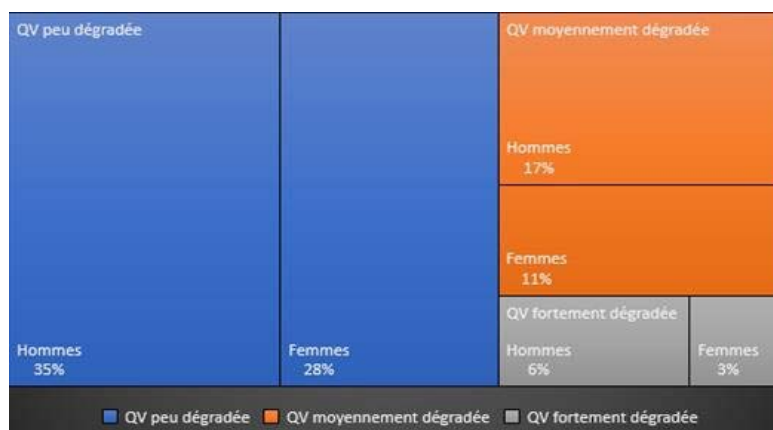


Figure 23: Répartition des malades selon le sexe et la Qdv (%)

2.3. Relation entre le milieu de résidence et le score de la qualité de vie:

La qualité de vie varie selon le milieu de résidence. L'analyse du graphique ci-après indique que le milieu urbain ayant plus de patients avec une Qdv médiocre. En d'autres termes, la proportion des patients de Qdv fortement dégradée est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. En effet, dans le milieu urbain, elle est de 9 % pour les patients d'une Qdv médiocre et de 27% pour les patients de Qdv moyennement dégradée , alors que dans le milieu rural ces proportions ne sont que de 0 % et 1 %, respectivement.(Figure24)

NB : que la population étudiée était composé des patients résidents surtout en milieu urbain expliquant ce résultats.

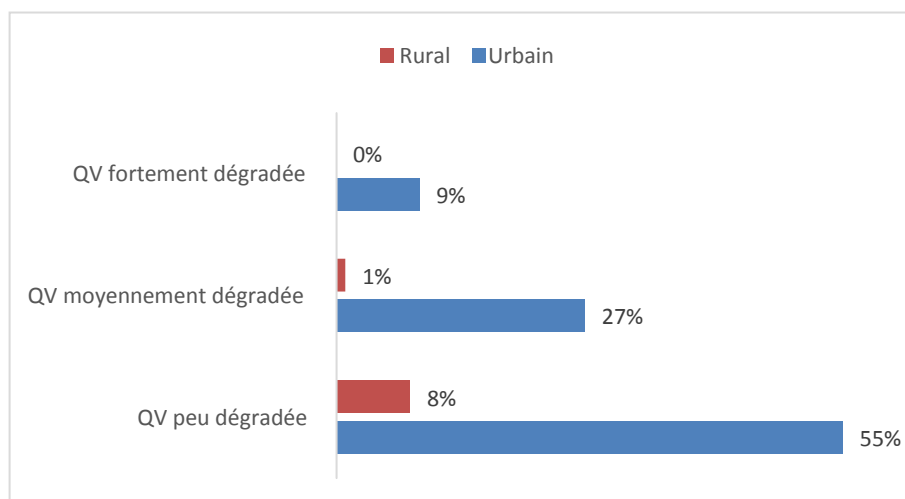


Figure 24: Répartition des malades selon le milieu de résidence et la Qdv (%)

2.4. Relation entre le statut marital et le score de la qualité de vie:

Le statut marital est un vrai facteur d'amélioration de la Qdv ; d'autre terme les patients mariés ont une Qdv meilleure que ceux qui ne le sont pas. les proportions des patients mariés étaient de 58% avec une Qdv peu dégradée (64,44%) et 6% avec une Qdv fortement dégradée (6,66%) alors que chez les patients célibataires étaient de 4% (66%) et 2% (33%) respectivement.(Figure25)

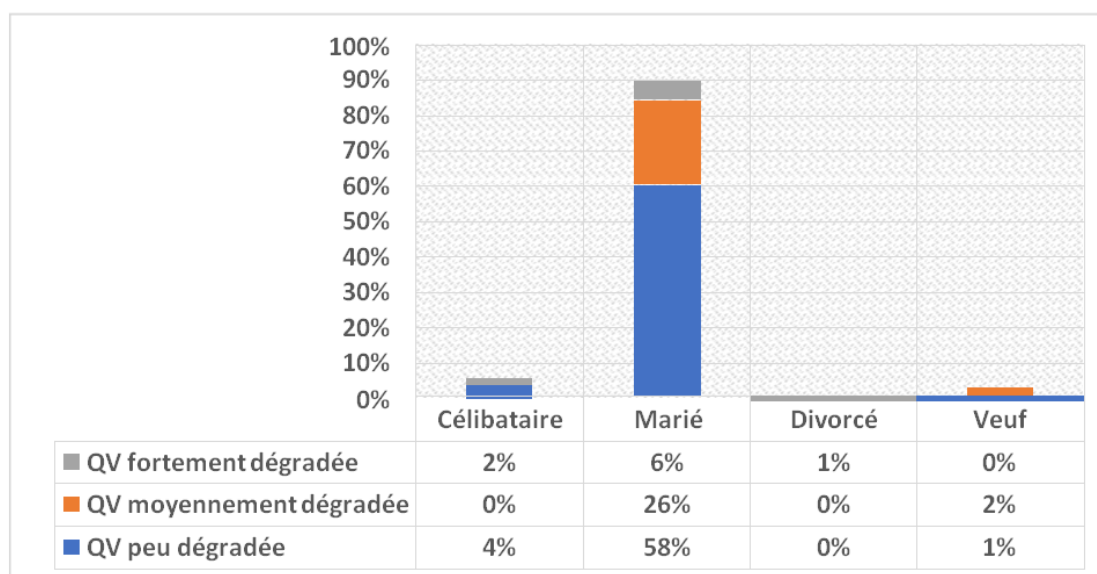


Figure 25: Répartition des malades selon le statut marital et la Qdv (%)

2.5. Relation entre la profession et le score de la qualité de vie:

La Qdv des malades n'est pas affectée par la profession du fait que les proportions des malades avec différentes professions étaient semblables dans les trois groupes définissant la Qdv (Figure26) :

Dans le 1^{er} groupe des malades avec une Qdv peu dégradée, les résultats étaient comme de suite 25% des retraités, 24% femme au foyer et 14% qui sont actifs.

D'autre part dans le 2^{ème} groupe, on avait 13% des retraités ,11% des femmes au foyer et juste 4% qui sont actifs. Et dans le 3^{ème} 5% étaient des retraités,2% étaient des femmes au foyer ou actifs.

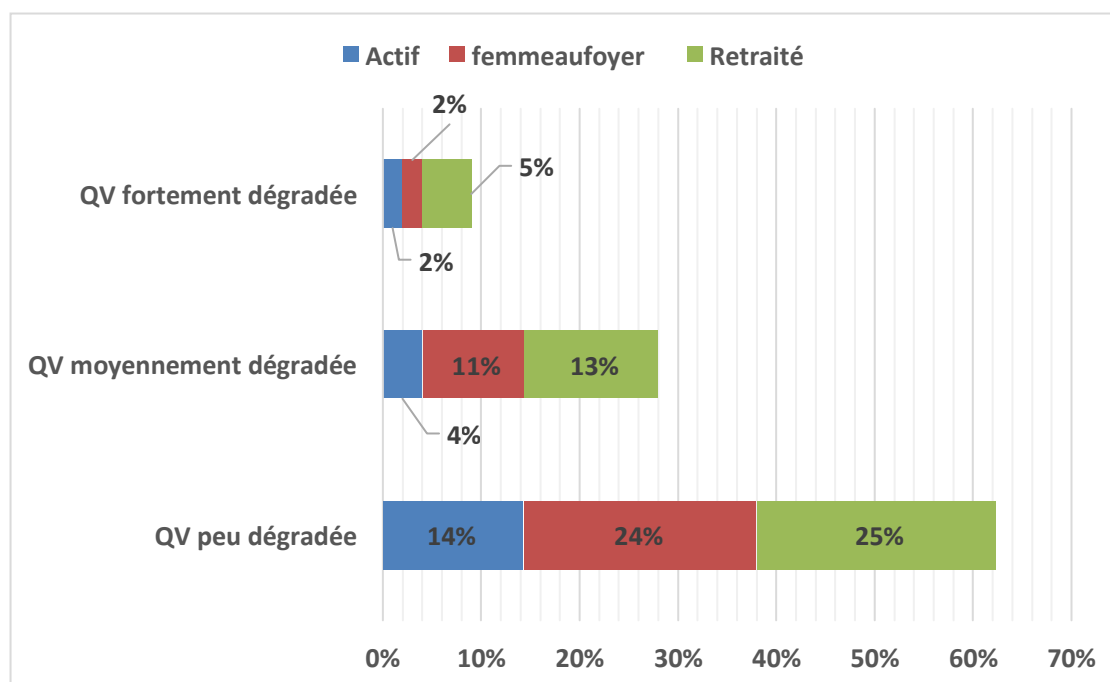


Figure 26: Répartition des malades selon la profession et la Qdv (%)

2.6. Relation entre le niveau d'instruction et le score de la qualité de vie:

On note une légère variation de la Qdv des malades de notre échantillon d'étude suivant le niveau d'instruction (Figure 27) .

Dans le 1^{er} groupe des malades ayant une Qdv peu dégradée les patients analphabètes étaient majoritaires avec 26 patients (41,26%), alors que ceux qui avaient reçu un enseignement primaire et secondaire étaient respectivement 10 (15,87%) et 17 (26,98) malades .Par contre les malades ayant reçu un enseignement préscolaire ou universitaire faisaient la minorité de ce groupe avec un nombre des malades 4 (6,34%) et 6 (9,52%).

Concernant le 2^{ème} groupe des malades ayant une Qdv moyennement dégradée les patients analphabètes et ceux avec un niveau secondaire étaient respectivement 10 (35,71%) et 8 (28,57%) malades, tandis que ceux avec un niveau primaire étaient 5 (17,85%) malades .D'autre part les Patients ayant reçu un enseignement préscolaire ou universitaire faisaient la minorité de ce groupe aussi avec un nombre de malades 3 (10,71%) et 2 (7,41%).

Tandis que, le 3^{ème} groupe des malades ayant une Qdv fortement dégradée les patients avec un niveau primaire étaient 4 patients (44,44%), ainsi que les patients analphabètes étaient 3(33,33%) malades. Alors que les malades ayant reçu un enseignement secondaire ou universitaire étaient d'un nombre égale ; 1(11,11%) malade pour chacun. Par conséquent on peut conclure que le niveau d'instruction élevé améliore la Qdv des malades de notre échantillon d'étude.

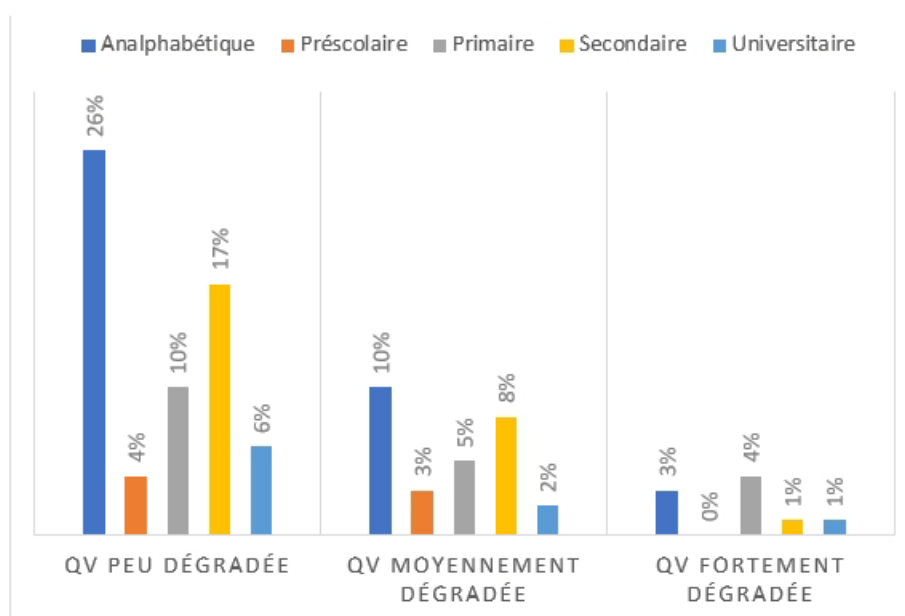


Figure 27: Répartition des malades selon le niveau d'instruction et la Qdv (%)

2.7. Relation entre le type de cancer et le score de la qualité de vie:

En effet, les caractéristiques de la répartition selon l'âge et le sexe sont souvent bien différentes d'un cancer à un autre et, pour mieux cerner le rôle spécifique de la localisation cancéreuse sur la qualité de vie des personnes atteintes, il faut interroger un grand nombre d'individus.

La Qdv des malades diffère d'une façon importante chez les malades atteints de cancer du sein dont les proportions étaient de 20% avec une bonne Qdv, 7% d'une Qdv moyennement dégradée et que 2% avec une Qdv médiocre ; ceci est valable pour les localisations

colorectale et rénale (100% d'une bonne Qdv).Pour les autres localisations les proportions ne diffèrent pas significativement.

Les malades avec une localisation pulmonaire ou médiastinale jugent le plus leur Qdv Fortement altérée (33 ,33% de la 3^{ème} catégorie) suivies de ceux avec une localisation mammaire (22,22%)(Tableau IV) .

Tableau IV: Répartitions des maladies selon la localisation des cancers et le score de Qdv

Localisation de la maladie	1 ^{er} catégorie : Qdv peu dégradée	2 ^{ème} catégorie : Qdv moyennement dégradée	3 ^{ème} catégorie : Qdv Fortement dégradée
Sein	20%	7%	2%
Col de l'utérus	2%	2%	1%
Autres gynécologiques (Endomètre, ovaire)	1%	1%	0%
Poumon/Médiastin	4%	6%	3%
ORL (Cavum , gde SALIVAIRE)	4%	3%	1%
Prostate	3%	0%	1%
Vessie	2%	3%	0%
Colorectale	10%	0%	0%
Autres Digestifs (Foie, Estomac, Pancréas)	8%	6%	0%
Leucémies, MM,OS	6%	0%	1%
Rein	2%	0%	0%
Vessie et prostate	1%	0%	0%

2.8. Relation entre le stade de la maladie et le score de la qualité de vie:

Le stade de la maladie est un vrai facteur de dégradation de la Qdv du fait que pour le 1^{er} groupe avec une Qdv peu dégradée ; les malades avec un stade localisé étaient 42 (66 ,66%) alors que ceux avec un stade localement avancé étaient juste 21 (33,33%).Par ailleurs cette équation s'inverse dans le 2^{ème} et le 3^{ème} groupe d'une Qdv plus dégradée les proportions des patients avec un stade localement avancé dépassaient de loin ceux avec un stade localisé; soit un

nombre de malades avec stade avancé de 18 (64,28%) , 7 (77,77%) respectivement dans le 2^{ème} et le 3^{ème} groupe des patients .

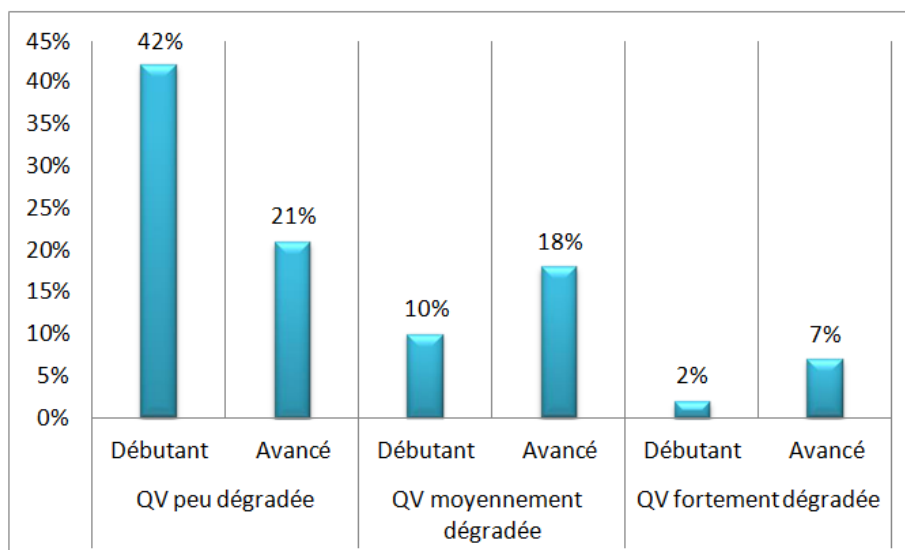


Figure 28 : Répartition des malades selon le stade de la maladie et Qdv (%)

2.9. Relation entre les métastases et leurs localisations et le score de la qualité de vie:

La présence ou non de métastase affectaient la Qdv de nos malades parce que dans le 1^{er} groupe des malades avec une Qdv peu dégradée ; Les patients étaient surtout dans un stade non métastatique quarante-six (73,01%), et dix-sept des patients avaient des métastases (26,98%). De l'autre part dans le 2^{ème} groupe avec un Qdv moyennement dégradée les ratios étaient équivalents avec treize malades sans métastases (46,42%) et quinze ayant des métastases (53,57%). Alors que pour le 3^{ème} groupe d'une Qdv médiocre ; six malades avaient des métastases (66,66%) et juste trois malades (33,33%) n'avaient aucune localisation secondaire.

Par ailleurs la localisation secondaire digestive et pulmonaire ou médiastinale des métastases participaient de plus dans la dégradation de la Qdv avec sept malades avec une localisation secondaire digestive et quatre malades avec une localisation secondaire pulmonaire ou médiastinale.

Tableau V: Répartition des maladies selon la localisation de métastases et le score de Qdv

Localisation métastase	Qdv peu dégradée	Qdv moyennement dégradée	Qdv Fortement dégradée
Digestive	6%	5%	2%
Poumon / Médiastin	2%	3%	1%
Os	4%	1%	3%
Cérébral	0%	1%	0%
Ganglionnaire	1%	5%	0%
Digestive + Os	1%	0%	0%
Digestive + Os + Cérébral	1%	0%	0%
Pulmonaire / Médiastin + Os	2%	0%	0%
Pas de métastase	46%	13%	3%

2.10. Corrélation entre les différentes variables étudiées et le score de la qualité de vie :

Sur la base d'une analyse de régression réalisée sur la Qdv et les variables étudiées conjointement ; les principaux prédictors de la qualité de vie des patients atteints de cancers étaient le traitement par une chimiothérapie Palliative, la prise des antidépresseurs et ou anxiolytiques et la douleur (EVA) , (Tableau VI). Pour les autres variables, aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée.

Tableau VI: Tableau croisé entre la qualité de vie et les caractéristiques sociodémographiques et les données concernant la maladie.

Les variables étudiées	Signification (P)
Age	0,837
Sexe	0,326
Statut marital	0,217
Milieu	0,525
Profession	0,898
Niveau d'instruction	0,426
DT2 et / HTA	0,608
Tabagisme chronique	0,884
Alcoolisme	0,548
ATCDS de néoplasie personnelle	0,186
Localisation de la maladie	0,769
Stade de la maladie	0,338
Métastases	.
Localisation de métastase	0,16
Chirurgie curative	0,9
Chimiothérapie curative	0,515
Radiothérapie curative	0,191
Hormonothérapie curative	0,152
Thérapie ciblée/Immunothérapie curative	0,582
Chimiothérapie Palliative	0,004
Antalgiques	0,153
Antidépresseurs et Anxiolytique	0,003
Transfusion en CG	0,349
Traitement martial de l'anémie	0,227
La douleur (EVA)	0,047

Une deuxième analyse de régression (une ANOVA à un facteur–Score de Qdv–)était réalisée sur chacune des variables isolée nous a accordé plus de facteurs qui permettent de prévoir la Qdv des malades atteints de cancers.(Tableau VII)Notamment le stade de la maladie ($p<0.000$), la présence de métastases, le traitement par Chirurgie curative ($p<0,000$), Chimiothérapie curative ($p<0,007$)ou Radiothérapie curative ($p<0,005$) .(Tableau VII)

Tableau VII: Analyse de régression sur chaque variable sociodémographique et clinique

Variables	p-value (bilatérale)	
Age	0,294	0,589
Sexe	0,836	0,363
Statut marital	2,477	0,066
Milieu	1,350	0,248
Profession	0,429	0,652
Niveau d'instruction	0,785	0,537
DT et / HTA	0,284	0,596
Tabagisme chronique	0,651	0,422
Alcoolisme	0,017	0,895
ATCDS de néoplasie personnelle	0,056	0,813
Localisation de la maladie	1,606	0,111
Stade de la maladie	18,207	0,000
Métastases	13,552	0,000
Chirurgie curative	15,475	0,000
Chimiothérapie curative	7,703	0,007
Radiothérapie curative	8,156	0,005
Hormonothérapie curative	0,628	0,430
Thérapie ciblée/Immunothérapie curative	0,959	0,330
Chimiothérapie Palliative	31,340	0,000
Antalgiques	1,394	0,249
ATD et AXL	2,887	0,092
Transfusion CG	1,493	0,225
Traitement martial de l'anémie	0,027	0,870
Douleur (EVA)	3,764	0,000

**p value significative si ($p < 0,05$)*

DISCUSSION

I. Généralités sur la qualité de vie relative à la santé

Cette partie présente la définition de la qualité de vie et ses particularités, la spécificité de la qualité de vie relative à la santé, les domaines nécessairement pris en compte pour l'évaluation de la qualité de vie.

Notez que dans notre étude, nous n'utiliserons plus que la formulation qualité de vie pour parler de qualité de vie relative à la santé.

1. Définition :

En 1948, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) a défini la santé comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »[15]; Les praticiens ne doivent plus travailler dans l'unicité de la maladie mais dans la pluri- dimensionnalité du patient. Le ressenti du patient, sa qualité de vie vont devenir des éléments importants de la prise en charge.

La Qdv découle de cette définition élargie de la santé, qui depuis lors n'est plus définie en termes de décès ou de maladie. Ainsi, en 1993, l'OMS définit la qualité de vie comme « la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » [16]. La même année, Wilson et Cleary ont proposé un modèle conceptuel pour lier les éléments importants influençant la qualité de vie d'un patient. Ce modèle constitué de cinq niveaux permet de visualiser l'enchaînement des facteurs cliniques, physiques, psychologiques et sociaux qui influent sur la qualité de vie [17].

Le modèle ainsi décrit est un modèle en cinq niveaux. Le premier niveau correspond aux critères biologiques et physiologiques. Ceux-ci ont un impact sur le niveau symptomatique du patient, caractérisant la perception que le patient a de ses symptômes. Le troisième niveau correspond à la perception que le patient a de son état fonctionnel, incluant son état physique et émotionnel. Ce troisième niveau est en lien direct avec la perception que le patient a de son état de santé globale correspondant au quatrième niveau. Cette perception de sa santé globale va enfin jouer un rôle direct sur son évaluation de sa QdV globale.

Dans ce modèle, le lien entre chaque niveau est unidirectionnel. En 2007, Osoba et al. (Osoba,2007) [18] ont proposé une version révisée de ce schéma dans laquelle des interactions dans les deux sens sont possibles entre l'état symptomatique, l'état fonctionnel, la santé perçue et la qualité de vie globale (Figure 29).

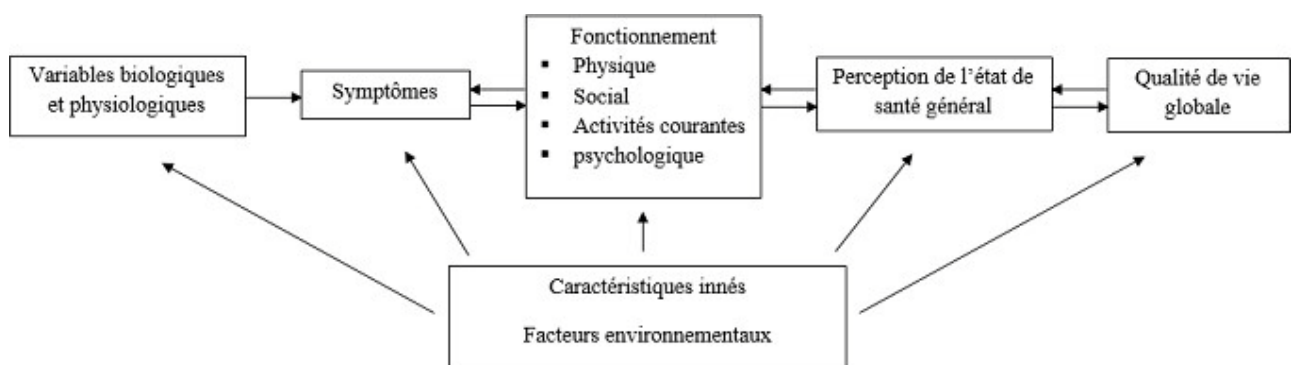


Figure29: Modification du modèle de Wilson et Cleary indiquant le potentiel d'une interaction à double sens entre plusieurs composants du modèle(Osoba2007)

La définition exacte de la qualité de vie relative à la santé varie en fonction des auteurs ; Kaplan et Bush ont proposé l'utilisation du terme qualité de vie relative à la santé (QdV) afin de distinguer les effets de la santé des autres facteurs qui peuvent affecter la perception du sujet [19]. En effet, en général, la recherche en qualité de vie englobe deux grands domaines. L'un des domaines est centré sur la qualité de vie relative en santé(QdV) et l'autre domaine sur plusieurs déterminants mesurant le bien-être (social, économique, culturel. . .) d'un individu. [20]

À partir de cette nouvelle approche de la santé, l'évaluation de la qualité de vie prend tout son sens ; La qualité de vie relative à la santé (QdV) découle de cette définition et intègre

l'impact de la maladie et du traitement sur la qualité de vie du patient. Certaines conséquences indirectes de la maladie telles que la perte d'un emploi ou les difficultés financières sont également prises en compte.

Bien qu'il n'existe pas de consensus autour de la définition de la QdV, elle est généralement considérée comme un concept multidimensionnel qui inclut au minimum le bien-être physique, psychologique et social mais aussi les symptômes liés à la maladie et aux traitements.

La QdV entre dans le champ des « Patient-Reported Outcomes » (PROs), i.e. des mesures de l'état de santé perçue par le patient (Doward & McKenna, 2004; Fayers & Machin, 2007)[21], [22].

Ces mesures doivent donc être rapportées par le patient lui-même. Les PROs peuvent correspondre à une large variété de paramètres comme les symptômes liés à la maladie ou au traitement, par exemple, la fatigue ou la douleur. La satisfaction vis-à-vis des soins entre également dans le champ des PROs.

Beaucoup d'autres définitions de la qualité de vie sont disponibles et, bien qu'elles varient selon les auteurs, il est généralement admis qu'une des caractéristiques clés de la QdV est l'incorporation des valeurs, des jugements et des préférences individuels [23]et donc la QdV est une mesure subjective puisque chaque individu a sa propre définition de la QdV. Lorsqu'un patient évalue son niveau de QdV, son jugement dépend de ses références internes, de l'importance relative qu'il accorde aux différentes dimensions de la QdV et de sa propre définition de la QdV. L'évaluation de la QdV est donc influencée par les attentes et les espérances de santé du patient (Bullinger, 2002; Wiklund, 2004). [24], [25]

A titre d'exemple, un individu avec une maladie chronique n'aura pas les mêmes attentes et espérances de santé qu'un individu habituellement en bonne santé et qui vient d'être diagnostiqué pour un cancer.

La QdV est également un concept dynamique. En effet, un individu donné n'évalue pas nécessairement sa QdV selon les mêmes critères au cours du temps, ses attentes et espérances

de santé peuvent être modifiées du fait du diagnostic d'une maladie telle qu'un cancer. Le patient peut ainsi s'adapter à la maladie et à la toxicité du traitement et revoir, par exemple, ses espérances de santé à la baisse. Le patient peut également accorder moins d'importance à son état physique et être plus attaché et plus proche de sa famille et de ses amis qu'il ne l'était avant l'apparition de la maladie. Cet aspect dynamique est illustré par le modèle interactif de Wilson et Cleary où la perception de la santé et de la QdV du patient est entre autre influencée par des facteurs extérieurs tel que l'échelle de valeurs des domaines de QdV (Wilson & Cleary, 1995)[17]

On appelle critères de jugement en oncologie, les critères permettant de conclure sur l'efficacité thérapeutique d'un traitement en oncologie.

Si on se réfère aux directives de la Food and Drug Administration (FDA) ; Les critères de jugement sont des résultats cliniques et biologiques mesurables utilisés pour le développement et l'évaluation des options de traitement. Dans le traitement du cancer, les critères d'évaluation peuvent être classés en deux catégories: «Critères cliniques axés sur le patient », y compris la survie globale, et des « paramètres cliniques centrés sur la tumeur » tels que la survie sans progression, le taux de réponse et la survie sans maladie[26].

A ce jour, la survie globale reste le « gold standard » pour évaluer l'efficacité d'une prise en charge. Néanmoins, compte tenu du nombre croissant de traitements efficaces pour une grande majorité des cancers, il est nécessaire d'augmenter le nombre de patients à inclure ainsi que la durée de suivi de chaque patient afin d'observer un nombre de décès suffisant, avec une puissance statistique suffisante (Fiteni et al, 2014) [26], alors que la qualité de vie est devenue le principal critère d'évaluation des essais cliniques en oncologie, offrant deux avantages: une durée d'étude plus courte et une capacité à évaluer le bénéfice clinique pour le patient.

En effet, les patients atteints d'un cancer présentent un grand nombre de symptômes ainsi que des pertes d'aptitude fonctionnelle, qui ne sont pas mesurables avec des tests de laboratoires ou des procédures d'imageries. Il est important, à cet égard, de souligner que les critères de jugement les plus communément utilisés tels que la survie, le temps jusqu'à progression de la maladie, la réponse tumorale, l'état général et la mesure de la toxicité

proviennent d'une évaluation subjective du clinicien ou des données d'imagerie ou de biologie de faible fiabilité [27]. A titre d'exemple, bien que l'utilisation de nouvelles techniques d'imagerie a amélioré la capacité du clinicien à mesurer la taille tumorale avec plus de précision, le temps jusqu'à progression de la maladie est difficilement mesurable avec précision et reproductibilité parce qu'il dépend aussi de la fréquence des mesures. En effet, seul le temps de survie, mesuré à partir du premier traitement jusqu'au décès, est exempt d'erreur.

En outre ; Les informations sur la qualité de vie améliorent notre connaissance des effets des maladies et de leurs traitements sur la capacité du patient à fonctionner et son sentiment de bien-être, et le statut de la qualité de vie devient un prédicteur de la survie plus précis que l'état des performances d' autant plus qu'il est évident que l'inclusion de la qualité de vie dans les essais cliniques a été informative et utile. La fréquence croissante de l'évaluation de la qualité de la santé dans les essais cliniques témoigne de l'émergence d'une philosophie de la médecine clinique centrée sur le patient, qui modifiera à terme le paradigme de la maladie sous lequel les professionnels de la santé ont fonctionné au cours du siècle dernier[28].

2. Mesure de Qdv :

Sous l'impulsion de la recherche clinique, des outils standardisés d'évaluation de la qualité de vie ont été développés. Par essence, la mesure de la qualité de vie implique une variabilité subjective trop importante. Pour limiter cette subjectivité, l'outil de mesure idéal devrait posséder les caractéristiques suivantes [29]–[31] :

- Reproductibilité : capacité à produire les mêmes résultats à plusieurs reprises dans les mêmes conditions.
- Validité : la précision avec lesquelles il mesure ce qu'il est censé mesurer.
- Sensibilité : capacité à détecter des modifications cliniquement significatives au fil du temps.
- Interprétabilité : capacité à fournir des résultats qui peuvent avoir un sens clinique.

Pour recueillir les données nécessaires à l'évaluation de la qualité de vie du patient, il a fallu développer des questionnaires adaptés. Il existe deux types de questionnaires, les Hétéro-questionnaires et les auto-questionnaires. Les premiers sont complétés par une tierce personne, les seconds par le patient lui-même. L'utilisation d'auto-questionnaires est le gold standard

Ces dernières années ont vu se développer des questionnaires adaptés à de multiples situations cliniques; deux types de questionnaires sont disponibles:

- Les questionnaires généraux: le QLQ-C30 de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), le Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) [32]–[36]. Ce sont des questionnaires qui vont couvrir plusieurs domaines: physique, social, cognitif, psychologique, symptomatique... Le QLQ-C30 est composé de 15 dimensions, le SF-36 de 8;Le questionnaire utilisé dans notre étude était basé sur le QLQ-C30.
- Les questionnaires spécifiques: ils ciblent une pathologie, un symptôme, etc. L'EORTC a par exemple développé des questionnaires spécifiques à chaque localisation cancéreuse (H&N35 pour les cancers de la tête et du cou, BR23 pour les cancers du sein, OV28 pour une localisation ovarienne...). D'autres équipes se sont attachées à développer des questionnaires spécifiques à l'évaluation de la fatigue: le Functionnal Assessment of Cancer Therapy -General(FACT-G), de l'anémie : le Functionnal Assessment of Cancer Therapy - Anemia (FACT-An), [37],[38].

Avant de pouvoir être utilisés dans les unités de soins, ces questionnaires ont fait l'objet de validations psychométriques. Cette validation est composée de plusieurs étapes nécessaires à la pertinence des scores obtenus et à l'interprétation qui en sera faite (validité, fiabilité, reproductibilité, sensibilité au changement et acceptabilité)

Grâce aux nombreux travaux menés depuis 30 ans la construction d'une échelle de mesure, processus long et complexe, est maintenant bien codifiée. Les échelles sont le fruit d'une collaboration entre cliniciens, linguistes, statisticiens et psychométriciens. Les questions

doivent être pertinentes et simples à comprendre. La syntaxe grammaticale utilisée doit être accessible à un enfant de 10 à 12 ans ; comme il s'agit le plus souvent d'un auto-questionnaire sa concision est gage d'un remplissage exhaustif. Les questions sont regroupées par thème pour explorer différentes dimensions. Classiquement on admet quatre dimensions pour couvrir le vaste champ des valeurs de la qualité de vie :

- 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...[39]–[41]

Plusieurs modalités de réponses sont envisageables :

2.1. Les échelles visuelles analogiques (EVA)

Il s'agit d'une échelle graduée de 0 à 10 permettant d'évaluer l'importance prise par l'évènement. Le zéro étant l'absence de l'évènement, le 10 l'importance la plus intense imaginable [42]

Nous avons utilisé cette échelle d'évaluation de la douleur dans notre étude.

2.2. Les échelles de type Likert

Il s'agit d'une échelle composée de propositions de réponse avec un degré d'accord à la proposition qui est croissant (réponse ordinale). Le plus souvent, l'échelle est utilisée sous une forme composée de cinq ou sept réponses possibles. Lorsque le nombre de réponses proposées est impair, la valeur centrale permet à la personne interrogée d'exprimer sa neutralité par rapport à la proposition [42].

Exemples d'échelle de Likert						
www.qualite-management.com						
☐ d'accord agree	☐ pas d'accord disagree					
☐ bonne good	☐ moyenne fair	☐ pauvre poor				
☐ souvent often	☐ parfois sometimes	☐ rarement seldom	☐ jamais never			
☐ tout à fait d'accord strongly agree	☐ d'accord agree	☐ undecided indécis	☐ d'accord disagree	☐ pas du tout d'accord strongly disagree		
☐ toujours always	☐ souvent very frequently	☐ parfois occasionally	☐ rarement rarely	☐ jamais never		
☐ surement definitely	☐ très probablement very probably	☐ probablement probably	☐ possible possibly	☐ probablement pas probably not	☐ surement pas definitively not	
☐ extrêmement utile extremely useful	☐ très utile quite useful	☐ utile slightly useful	☐ neutre neutral	☐ inutile slightly useless	☐ très inutile quite useless	☐ parfaitement inutile extremely useless

Figure 30: Les échelles de type Likert, d'après :
<http://www.definition-qualite.com/echelle-de-likert.htm>

2.3. Les échelles à extrémités

Il s'agit d'une échelle où les extrémités sont spécifiées, mais pas les possibilités intermédiaires.

Le patient coche une case pour indiquer son niveau. C'est donc lui qui interprète la valeur des possibilités intermédiaires. Le principe est le même que pour l'EVA [42].

2.4. Les listes récapitulatives

Il s'agit de listes d'événements avec des propositions de réponses réduites, Oui, Non, Ne sait pas [42].

3. Limites de mesures de la Qdv

Le choix du ou des questionnaires de mesure de qualité de vie à inclure dans une étude est délicat. Les questions doivent être pertinentes et adaptées au contexte et au milieu sociodémographique. Les mesures de la qualité de vie, comme les indicateurs plus classiques, obligent à un certain nombre de contraintes : calcul du nombre de patients à inclure, respect de

la procédure en double insu, analyse en intention de traiter, programmation des mesures dans le temps... Les questionnaires spécifiques, plus sensibles aux modifications cliniques du patient, sont plus aptes à détecter une variation de qualité de vie significative que les questionnaires génériques. Mais il peut être intéressant d'associer les deux types de questionnaires. Cependant, les mesures de qualité de vie, comme tout critère d'évaluation, peuvent être biaisées :

- Un événement extérieur à la maladie ou au traitement peut influencer le résultat de la mesure de la qualité de vie;
- Il existe des variabilités de la qualité de vie et une adaptation n'est pas rare au cours des maladies chroniques. Les besoins et les objectifs du patient peuvent se modifier et on peut parfois assister de façon paradoxale au maintien, voire à une amélioration de la mesure de qualité de vie alors même que l'état de santé s'est objectivement détériorée ;
- L'inclusion dans un protocole d'étude est souvent en elle-même source de bénéfices pour le patient et peut directement améliorer la qualité de vie;
- Le phénomène de régression vers la moyenne affecte particulièrement les sujets aux résultats extrêmes lorsque le questionnaire est administré à plusieurs reprises.
- Enfin, les données manquantes et les patients perdus de vue perturbent les résultats[43] .

II. Données sociodémographiques et caractéristiques cliniques

L'objectif principal de notre étude était d'analyser l'impact de la maladie cancéreuse et de ses traitements chez ces patients sur leur qualité de vie. Puis, dans un second temps, de reconnaître face à ce retentissement multidimensionnel, les facteurs de risque d'une mauvaise qualité de vie .La démarche analytique a eu pour but de rechercher les sous populations où la mauvaise Qdv prévale le plus.

Notre souci, en tant que clinicien thérapeute, était de conduire à une prise en charge médicale globale intégrant le poids d'une telle pathologie sur le quotidien des patients. La finalité était d'établir une stratégie d'aide aux malades afin non seulement de leur permettre de suivre au mieux leur traitement et d'optimiser leurs chances de rémission et de survie, mais également de leur offrir une qualité de vie aussi saine que possible.

1. Analyse des données sociodémographiques

**Tableau VIII: Tableau comparatif des différentes données sociodémographiques
des malades atteints de cancers**

		N.Ahbeddou (2008)[1]	F.Manoudi, et al (2010)[44]	L.Boulaaman, et al (2011)[6]	VICAN2 (2012)[45]	S.MESSOUAK, et al (2016)[46]	E.Houda (2017)[47]	S.PARK (2017) [48]	Notre série
Age médian (années)		47.85(18-96)	45,32(15 -72)	24(15-30)	64,2(18-82)	81,3(74-91)	10(4-15)	52,5	54,42(16-83)
Sexe	Féminin	67%	65(65%)	81 (54 %)	56%	100%	8 (36.4%)	356(72.1%)	42%
	Masculin	33%	35 (35%)	69 (46 %)	44%	0%	14(63.6%)	138(27,9%)	58%
Origine géographique	Urbaine	53%	.	70%	73%	.	45.5%	.	91%
	Rurale	47%	.	30%	27%	.	55%	.	9%
Situation marital	Célibataire	27%	.	70%	.	.	.	20%	6%
	Marié	55%	72%	30%	77%	.	.	80%	90%
	Divorcé	2%	.	.	.	.	.	.	1%
	Veuf	16%	.	.	.	.	.	.	3%
Niveau d'études	Analphabétisme	61%	62%	24%	.	.	.	1%	39%
	Enseignement préscolaire	4%	.	17%	.	.	.	13%	7%
	Niveau primaire	12%	.	19%	.	.	68.2%	16%	19%
	Niveau secondaire	20%	.	30%	.	.	13.6%	65%	26%
	Enseignement universitaire	3%	6%	10%	19%	.	.	5%	9%
Profession	Retraité	3%	.	.	57%	.	.	3%	43%
	Actif	25%	.	72%	31%	.	.	17%	20%
	Femme au foyer	44%	50%	17%	.	.	.	25%	37%
Prise en charge sociale		18%	77%	13%	100%	100%	96%	96%	99%

Nous nous sommes basé sur de larges études pour dresser le tableau ci-dessus (Tableau VIII) comparatif et descriptif des caractéristiques socioéconomiques de nos patients. Nous n'avons pas sélectionné une population spécifique mais nous avons cherché à évaluer une population générale de sujets atteints de cancer suivis pour différentes pathologies.

Ainsi, les caractéristiques épidémiologiques de notre série, ont montré une légère prédominance du sexe masculin (42%) rejoignant une étude marocaine d'E.Houda 2017[47] dont on note une prédominance masculine (63,6%), alors que dans autres études la prédominance majeure était le sexe féminin notamment dans l'étude de N.Ahbeddou 2008[1] (67%) , F.Manoudi 2010[44] (65%) et l'étude coréen de S. Park[48] (72,1%) .

L'âge moyen dans notre série était de 54,42 ans ce qui va avec l'étude de S.Park 2017[48] (52,5) et contrariant avec l'étude de S.Messouak[46] (81,3ans) rapportée sur les sujets âgés et celle de E.Houda 2017[47] (10ans)rapportée sur les enfants.

Il est difficile de trouver dans la littérature des éléments de comparaison pour plusieurs caractéristiques car la majorité des études publiées ont été réalisées dans des pays développés où les contraintes de l'origine géographique sont minimales, et où le taux d'instruction est significativement différent.

La majorité de notre échantillon était d'origine urbaine (91%), ce résultat est expliqué par le fait que nos malades ont déménagé de leurs villes ou patelins d'origine pour être plus proche des centres de soins. ceci semblait aux résultats d'autres études : celle de L.Boulaamane 2011[6] (70%) et une étude française VICAN2 2014 [45] (73%) .

Nos patients étaient surtout mariés 90% contrairement à l'étude de L.Boulaamane 2011[6] dont la majorité de la population était célibataires (70%) alors que l'étude VICAN2 2014[45] et celle du S.Park2017[48] vont avec notre série vu que la majorité de la population étudiée vivait en couple 77% et 80% respectivement.

De même la majorité de nos patients n'avait reçu aucune scolarisation (39%) alors que juste 7% avait reçu un enseignement préscolaire .19%,26%et 9% avait reçu respectivement un enseignement primaire, secondaire et universitaire ralliant avec ces deux études faite au Maroc

celles de N.Ahbeddou 2008[1] et L.Boulaamane 2011[6] et diffèrent de loin avec l'étude de S.Park 2017[48] dont juste 1% de la population étudiée était analphabète.

La plupart de notre série avait une couverture médicale ce qui ne reflétait pas la réalité du contexte marocain vu que nos malades avaient surtout une prise en charge des (FAR) .Cette réalité est évidemment bien montrée dans l'étude de N.Ahbeddou2008 [1] et celle de L.Boulaamane 2011[6] où juste 18% , 13% des patients qui avaient une couverture médicale respectivement.

2. Analyse des données cliniques

21. Localisation du cancer

Tableau IX : Tableau comparatif des localisations tumorales chez les malades atteints de cancers

Localisation de la maladie	N. Ahbeddou 2008[1]	F.Manoudi, et al 2010[44]	L.Boulaamane et al 2011[6]	VICAN2 2014[45]	VICAN5 2018[49]	O. Popa– Velea 2017[50]	I.Badri 2017 [51]	F.Bray 2018[52]	Notre série
SEIN	37%	31%	28,6%	31%	28,55%	21.34%	31,4%	11,60%	29%
COL DE L'UTERUS	.	13%		.	4,74%	.	20,2%	3,20%	5%
Autres gynécologiques (Endomètre, ovaire)	.			.	2,25%	.		4%	2%
Poumon /Médiastin	9%	.	3,3%	6,6%	8,9%	18.54%	20,2%	11,80%	13%
ORL (CAVUM, gde SALIVAIRE)	9%	3%	24%	.	.	.	.	5%	8%
Prostate	.	.	22%	.	10,7%	2,81%	.	7,6	4%
Vessie	.	.	11%	.	4,02%	.	.	3%	5%
PROSTATE et VESSIE	.	.	.	.	.	.	.	.	1%
Colorectale	15%	21%	10%	9,8%	12,4%	16.29%	.	10%	10%
Autres digestifs (Foie, Estomac, Pancréas)				.	.	12.92%	28,0%	17,30%	14%
Leucémies, Myélome Multiple , OS	14%	16%	20.6%	6,9%	6,7%	4,5%	.	6,50%	7%
Rein	.	.	22,3%		4,48%	1,69%	.	2,20%	2%

Dans notre étude nous avons colligé plus de dix localisations cancéreuses dont les cancers gynécologiques faisaient la majorité des localisations (36%) suivis des cancers digestifs (24%), les cancers pulmonaires (13%) , vésico-prostatiques (10%) , puis les cancers ORL (8%) alors que les hémopathies et les sarcomes (os) ainsi que le cancer du rein faisaient la minorité. En comparant nos résultats avec la littérature (Tableau IX); F.Bray 2018[52] montre que les tumeurs gynécologiques faisaient 28,8% de l'échantillon, suivis des tumeurs digestives (27,3%),pulmonaires (11,8%), vésico-prostatiques (10,6%),et finalement les tumeurs ORL, rénales et les hémopathies .

22 Stades de la maladie néoplasique

Tableau X: Tableau comparatif des stades de la maladie néoplasique chez les malades atteints de cancers

Stade de la maladie	F.Manoudi 2010[44]	S. MESSOUAK, et al2016[46]	O.Popa-Velea 2017[50]	I.Badri 2018[51]	M. Akhtari-Zavare 2018[53]	Notre série
Localisé	51%	80%	59,55%	35%	62,4%	54%
Localement avancé	49%	20%	40.45%	65%	37,6%	46%
Métastases	34%	16,70%	.	95%	.	38%

Selon le tableau (Tableau X) précédemment élaboré, les données de la littérature concernant le stade de la maladie tumorale concordent avec les résultats de notre série, il était débutant dans 54% des cas et comme c'est bien mentionné dans l'étude de F.Manoudi2010[44],l'étude S.MESSOUAK 2016[46], l'étude O.Popa-Velea 2017[50] ,et celle de M. Akhtari-Zavare 2018[53]. Par ailleurs une seule étude contredit ces données ; celle de I.Badri 2018[51] où la majorité des malades avaient un stade avancé de la tumeur.

Le diagnostic précoce et les efforts établis pour le dépistages des cancers ainsi que la lutte contre les facteurs de risque des cancers les plus fréquents notamment les cancers du sein et du col de l'utérus chez les femmes , les cancers du poumon , et vésico-prostatiques chez les hommes ;compatissent de plus en plus dans la prise en charge complète et précoce.

23. Traitement reçu

**Tableau XI: Tableau comparatif des différentes thérapeutiques reçus
par les patients atteints au cours de leurs prise en charge**

Traitement reçu	Notre série	S. Messouak 2016[46]	VICAN5 2018[49]	M. Akhtari- Zavare 2018[53]
Chirurgie curative	47%	80%	78,50%	.
Chimiothérapie curative	57%	86,70%	44,40%	100%
Chimiothérapie Palliative	21%			
Radiothérapie curative	45%	80%	53,80%	8.5
Hormonothérapie curative	17%	93,30%	51%	.
Thérapie ciblée /Immunothérapie curative	6%	.	.	.

Il est cependant vraisemblable que la très grande hétérogénéité des thérapeutiques utilisées chez les patients de notre étude (tous les cancers étant considérés) explique cette répartition différentes à celle retrouvée dans la littérature.(Tableau XI)

III. Analyse de l'impact de la maladie et traitement sur la Qdv

La Qdv des malades était jugé le plus peu dégradée selon les malades de notre série (63%) avec une grande participation des dimensions psychique/émotionnelle et celle de l'état physique dans la détermination de la dégradation de la Qdv de ces malades, avec une contribution presque nulle de la dimension socio-économique.

Ce résultat se justifie par une prise en charge psychique des malades en oncologie non adéquate, par contre les malades de notre série avaient plus de chance de ne pas avoir un souci financier d'autant plus ils avaient un accompagnement familiale et sociale reflétant la solidarité de la population marocaine.

En jetant un coup d'œil sur la littérature la dimension « Fonction émotionnelle » semblait la plus dégradée selon M.Khalis 2014[54].L'étude de S .Messouak2016[46] précisant que « nombreuses corrélations retrouvées entre la qualité de vie et ses différentes composantes notamment plus le

niveau d'activités physiques, émotionnelles et sociales est important, meilleure est la qualité de vie. De même, la faculté d'accomplir des fonctions exécutives courantes (tâches habituelles de la vie quotidienne) de manière autonome est positivement corrélée à la qualité de vie. .. » .Dans l'étude de S.Park2017[48] « les analyses de régression ont montré que les symptômes physiques et psychologiques prédisaient de manière significative la qualité de vie des patients et expliquaient 28,8% de la variance de la qualité de vie ».En outre dans l'étude E.Houda 2017 [47] ; c'était surtout le domaine de la qualité de vie physique qui était le plus atteint .

IV. Liens entre la qualité de vie et les autres variables mesurées

Plusieurs variables que ça soit sociodémographiques ou liés à la maladie cancéreuses contribuent dans La détérioration globale de la qualité de vie.

1. Qualité de vie et l'âge

L'âge apparait avoir un grande impact sur la Qdv des malades dans la littérature ; selon Kim 2017 : « Le modèle multi-varié a montré que les problèmes de mobilité étaient 2,21 fois plus fréquents chez les 65 ans et plus » [55] , d'autre part une analyse de régression dans l'étude S.Park 2017 était réalisée à l'aide des facteurs permettant de prédire la qualité de vie dans plusieurs catégories et dont l'âge des malades faisait partie ($\beta = -.153$, $p < 0.001$)[48],une autre étude a bien élucidé ce constat, celui de Akhtari-Zavare 2018[53] l'âge était significativement associé à la qualité de vie. En outre notre analyse bi-variée entre l'âge et le score de Qdv n'avait pas trouvé un effet sur l'altération de la Qdv.

2. Qualité de vie et sexe

Dans notre série les hommes déclarent une moins bonne Qdv que les femmes ; ce type de résultat a d'ailleurs déjà été établi dans la littérature à l'échelle nationale dans l'étude de M.khalis2014[54] ; la moyenne de score de la dimension « état de santé global » était 66,4 chez les

femmes versus 60,0 chez les hommes ($p < 0,001$), alors que ce n'était pas le cas dans l'étude VICAN2 2014[45] menée en France où la Qdv des femmes est plus dégradée que celle des hommes .

3. Qualité de vie et statut matrimonial

Le statut marital est un facteur d'amélioration de la Qdv selon notre étude rejoignant la littérature : Dans l'étude VICAN2 2014[45] ; Le fait de ne pas vivre en couple diminue la qualité de vie mentale mais n'a pas d'influence sur la qualité de vie physique .En revanche dans l'étude de F.Manoudi 2010[44] rapportée sur la dépression chez les malades atteints de cancers ; les patients mariés présentaient plus de dépression (19,4 %), alors que chez les sujets célibataires et veufs aucun cas d'EDM n'a été rapporté.

4. Qualité de vie et statut professionnel

La profession est rarement étudiée, alors qu'elle influence la qualité de vie des individus atteints de cancers durant la phase de réhabilitation. Les personnes qui travaillent présentent de meilleurs scores de qualité de vie physique et mentale que celles qui sont à la retraite. De plus, les personnes en arrêt de maladie sont celles qui déclarent la plus mauvaise qualité de vie physique et mentale selon l'étude VICAN 2 [45] et celui du Kim 2017[55] : « Les problèmes de soins personnels étaient 2,34 fois plus fréquents chez les personnes sans statut professionnel ». Ce lien était bien établi dans l'étude M. Akhtari-Zavare 2018[53] ($p < 0,001$). Par ailleurs Nous ne retrouvons pas ce lien entre le statut professionnel et la variation de la Qdv ce qui a précédemment été démontré dans l'étude F. Manoudi 2010[44].

Il faut cependant interpréter avec prudence le sens de la causalité entre la qualité de vie et le statut professionnel: le fait de travailler peut améliorer la qualité de vie en offrant aux individus le sentiment de retourner à une vie «normale», mais ce retour à une vie professionnelle active peut aussi être facilité par une meilleure qualité de vie.[56]

5. Qualité de vie et le niveau d'étude

Les différentes dimensions de la qualité de vie s'améliorent avec le niveau d'études ; dans notre étude les patients avec un niveau universitaire ou un niveau secondaire faisait la minorité de groupe des malades avec Qdv trop dégradée (11,11% chacun) ralliant l'étude VICAN2 2014 [45]ainsi que l'étude de Kim 2017 : « les problèmes de mobilité étaient 0,29 fois inférieurs chez ceux avec un niveau d'éducation 10^{ème} »[55]. Alors que dans l'étude F. Manoudi 2010 [44]les patients ayant un niveau universitaire, ainsi que ceux n'ayant jamais été scolarisés étaient statistiquement les plus déprimés (16,7 et 16,1 % respectivement).

6. Qualité de vie et localisation cancéreuse

Dans cette étude, nous avons déterminé que la qualité de vie des patients atteints de cancer dépendait de la localisation du cancer en montrant que ce sont les patients atteints de cancers du poumon et du médiastin qui voient le plus souvent leur qualité de vie altérée. Ceci est élucidé dans l'étude VICAN2 2014 [45]: «Les cancers des VADS-poumon et les hémopathies sont plus souvent associés à une qualité de vie altérée que les autres cancers en comparaison avec la population générale», tandis que dans l'étude M. Akhtari-Zavare 2018 [53]des différences du score Qdv statistiquement significatives ont été observés entre les types de cancers.

7. Qualité de vie et stade de la maladie néoplasique

Le fait d'avoir une néoplasie avec un stade avancé est un facteur prédictif d'une mauvaise Qdv selon les résultats de notre analyse .En ce qui concerne le stade du cancer et la qualité de vie l'étude S.Messouak 2016 [46] a bien déterminé cette relation [6], bien que l'étude de M. Akhtarie -zavare 2018[53] a montré que les différences significatives se sont produites entre le stade I et le stade IV ($p < 0,000$).Tandis que selon O. Popa-Velea 2017[50] : La détérioration globale de la qualité de vie était corrélée positivement au stade TNM . De même La présence ou

non de métastase affectaient négativement la Qdv selon notre étude, tandis qu'il n'y avait pas de différence concernant l'impact sur la qualité de vie selon la présence ou non de métastases selon S.Messouak2016[46].

8. Associations entre qualité de vie et autres facteurs

Arrivant à la corrélation entre le score de la Qdv et les autres variables étudiées ; des différences statistiquement significatives ont été observées entre la Qdv et le traitement par chimiothérapie palliative ainsi que la prise des psychotropes contrairement à l'étude N.Ahbedou 2008 [1] dont la comparaison des taux de survenue de la symptomatologie anxieuse et dépressive entre différents groupes de malades a montré une différence statistiquement significative pour les paramètres suivants : La situation matrimoniale ($p=0.001$) et La culpabilité vis-à-vis des enfants ($p= 0.05$), d'autre part dans l'étude O. Popa- Velea 2017[50] Le score global de la qualité de vie a été prédit par les trois modèles considérés dans l'analyse et les variables prédictives étaient la résilience ($p < 0,001$), le statut professionnel ($p < 0.001$) et le stade TNM ($p < 0,001$).

V. Limites et forces de l'étude

1. Limites de l'étude :

- ✓ La réalisation d'une étude qualitative comporte plusieurs biais : ce sont des études peu reproductibles, difficiles à standardiser, difficilement quantifiables et impossibles à mettre en place sur une grande population. Les réponses délivrées par l'informateur peuvent être sujettes à oublis, aux mensonges liés à la présence d'autrui ou à la gêne occasionnée par la question. De plus, les questions peuvent simplement être mal comprises initialement

- ✓ L'étude comporte également des biais de sélection : il s'agit d'une étude dont l'échantillon était constitué à la base d'une population militaire, ce qui peut compromettre l'homogénéité recherchée pour cette étude.

2. Forces de l'étude :

- ✓ Etude prospective donc les données étaient disponibles et presque complètes.
- ✓ La principale force de cette étude est l'utilisation d'un questionnaire standardisé ayant de bonnes propriétés psychométriques basé sur des questionnaires (le QLQ-C30 ET LE QLQ-BR23) validés par les comités d'experts.
- ✓ Les entretiens étaient menés par la même personne en évitant les biais non intentionnels du fait d'une mauvaise lecture d'une question, d'une incompréhension de la réponse délivrée par l'informateur, de la prise en compte d'une réponse incorrecte ou non pertinente délivrée par l'informateur ou de l'influence qu'il pourrait exercer sur celui-ci.

VI. Applications et recommandations :

- Etablir les dispositifs d'annonce visant à réduire l'impact négatif de la maladie sur le malade et son entourage.
- Renforcer les supports psychologiques par :
 - ✓ L'instauration des cellules d'écoute dans les hôpitaux de proximité.
 - ✓ L'Assurance d'un suivi psychologique des malades atteints de cancers tout au long du parcours de la maladie.
- Améliorer la relation patients-professionnels de santé par :
 - ✓ Le renforcement de plus en plus de cette relation et l'intégration des malades dans leur prise en charge.

- ✓ La formation continue des personnels de santé (Médecins, infirmiers, aides-soignants...) en terme de comportements vis-à-vis les malades atteints de cancers et leurs familles.
- Réaliser une étude cohorte longitudinale pour assurer la poursuite de l'étude et la généralisation des résultats.

CONCLUSION

Malgré les avancées dans le traitement médical des cancers et l'augmentation des taux de survie, sont apparus de nouveaux besoins et tout particulièrement la prise en compte de l'évaluation de la qualité de vie des malades atteints de cancers.

Notre objectif était de décrire l'état des lieux et de cerner l'impact de la maladie cancéreuse et de ses traitements sur la qualité de vie des patients atteints d'un cancer; Soit le patient dans son ensemble. Le principal apport de notre série était d'explorer la qualité de vie de nos malades avec différentes dimensions.

Au vu de nos résultats, il paraît difficile d'évaluer la qualité de vie des malades atteints du cancer sans parler des caractéristiques liées à la maladie. En effet, les spécificités propres à notre population étudiée modulent la réaction du sujet et ses capacités d'adaptation.

Cette étude nous incite à remettre en cause les pratiques en oncologie et à mettre en œuvre les mesures nécessaires au maintien d'une bonne autonomie et l'amélioration de la relation médecin-malade afin d'optimiser cette alliance thérapeutique pour faire face à cette expérience dure. Il nous incite également à renforcer les collaborations avec d'autres professionnels de santé (tels que les psychiatres et les psychologues) et à développer des activités qui permettraient de concourir au bien-être des patients.

Se colteler avec un cancer resterait un combat pénible que court le malade lui-même, sa famille et son entourage ce qui rend la qualité de vie de ces malades une entité avec diverses correspondances et itinéraires et nécessitant une contribution multidisciplinaire hors les professionnels de santé.

ANNEXES

Annexes 1

Fiche d'exploitation

Date:

N° :

Identité :

Nom et Prénom du malade :

Age ou date de naissance :

Sexe:

M ☐

F ☐

Statut marital:

Célibataire ☐

marié(e) ☐

Divorcé(e) ☐

Veuf(Ve) ☐

Nombre d'enfant :

Milieu de résidence:

Urbain ☐

Rural ☐

Profession:

Actif ☐

Retraité ☐

Chômeur ☐

Femme au foyer ☐

Sans emploi fixe ☐

Niveau d'instruction:

Analphabétisme ☐

Enseignement préscolaire ☐

Niveau primaire ☐

Niveau secondaire ☐

Enseignement universitaire ☐

Antécédents :

*Médicaux :

*Chirurgicaux :

*Gynéco-obstétriques :

*Toxico-allergiques :

La maladie :

Localisation de la maladie :

Stade de la maladie :

Métastases +localisation :

Traitement reçu :

Curatif :

Chirurgi ☐

Chimiot ☐

Radiothérapie ☐

Thérapie ciblée ☐

Hormonothérapie ☐

Palliatif :

Chirurgie ☐

Chimiothérapie ☐

Radiothérapie ☐

Autres traitements reçus :

• Antalgiques :

1^{er} palier ☐

2^{ème} palier ☐

3^{ème} palier ☐

• Antidépresseur et ou anxiolytique ☐

• Transfusion:

Culots Globulaires ☐

Plaquettes ☐

PFC ☐

• Traitement martial de l'anémie: ☐

EVA :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualité de vie :

• Etat physique :

Dans la semaine passée :

1. Avez-vous besoins d'aide dans les activités usuelles?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

2. Avez-vous des difficultés à faire un effort physique (longue promenade ...)?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

3. Êtes-vous obligé de rester au lit la majorité du temps?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

4. Avez- vous de la douleur?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

5. Etes-vous fatigué?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

6. Est-ce que vous manquez d'appétit?

Pas du tout

☐ 1

Un peu

☐ 2

Assez

☐ 3

Beaucoup

☐ 4

7. Avez-vous eu des difficultés de sommeil?

Pas du tout

☐ 1

Un peu

☐ 2

Assez

☐ 3

Beaucoup

☐ 4

8. Avez-vous un souffle court?

Pas du tout

☐ 1

Un peu

☐ 2

Assez

☐ 3

Beaucoup

☐ 4

9. Avez-vous des signes digestifs?

Nausée ☐

Vomissements ☐

Epigastralgies ☐

Constipation ☐

Diarrhées ☐

10. Avez-vous des signes infectieux?

Fièvre ☐

Frissons ☐

Tachycardie ☐

Polypnée ☐

Eruption cutané (purpura, herpes,...) ☐

Déshydratation ☐

Autres:

Tumeurs ORL :

Dysphagie ☐

Dysphonie ☐

Paralysie faciale ☐

Surdité ☐

Anosmie ☐

Tumeurs digestives :

Dysphagie ☐

Hémorragie digestive ☐

Syndrome rectal ☐

Tumeurs gynéco-mammaires :

Mastodynie ☐

Dyspareunie ☐

Incontinence / fuite urinaire : ☐

Métrorragies ☐

Tumeurs vésico-prostatiques

Dysfonction érectile ☐

Pollakiurie ☐

Hématurie ☐

Dysurie ☐

Etat psychique :

11. Vous êtes- vous senti fatigué?

Pas du tout

1

Un peu

2

Assez

3

Beaucoup

4

12. Avez-vous le besoin de dormir plus qu'avant?

Pas du tout

1

Un peu

2

Assez

3

Beaucoup

4

13. Est-ce que vous sentez une perte d'énergie et d'intérêt?

Pas du tout

1

Un peu

2

Assez

3

Beaucoup

4

14. Etes-vous triste?

Pas du tout

1

Un peu

2

Assez

3

Beaucoup

4

15. Avez-vous une sensation de vertiges et d'oppression?

Pas du tout

1

Un peu

2

Assez

3

Beaucoup

4

16. Est-ce que vous avez des difficultés de concentration et de mémorisation?

Pas du tout

1

Un peu

2

Assez

3

Beaucoup

4

17. Avez-vous des troubles de sommeil : Insomnie...?

Pas du tout

1

Un peu

2

Assez

3

Beaucoup

4

18. Est-ce que vous avez une baisse de la libido?

Pas du tout

1

Un peu

2

Assez

3

Beaucoup

4

19. Est-ce que vous sentez que vous êtes coupable de ce que vous arrivez?

Pas du tout

1

Un peu

2

Assez

3

Beaucoup

4

20. Est-ce que vous avez peur de la mort ?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

1

2

3

4

21. Est-ce que vous pensez que la mort est la solution de votre souffrance?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

1

2

3

4

22. Pensez-vous à faire arrêter cette souffrance et comment?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

1

2

3

4

23. Etes-vous optimistes concernant votre guérison?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

1

2

3

4

Retentissement Spirituel

24. Est-ce que vous regrettez votre vie passée?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

1

2

3

4

25. Est-ce que vous avez plus de foi en ferveur du Dieu?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

1

2

3

4

26. Après l'annonce de la maladie ; vous êtes de plus en plus pratiquant?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

1

2

3

4

Pratique régulière des Prières ☐ louanges à Dieu ☐

Ecouter et lire le coron ☐ port du Hijab ☐

Retentissement socioprofessionnelle

27. Avez-vous besoin de diminuer les heures de travail?

28. Avez-vous besoin de changer votre travail carrément?

29. Est-ce que vous étiez obligé d'arrêter vos études ?

Volontaire ☐ absence d'intérêt ☐

Absentéisme ☐ la maladie (la douleur, symptômes...) ☐

30. Est-ce que vous avez un accompagnement familial?

Moral Matériel

Père ☐ mère ☐ frères et sœurs ☐

Enfants conjoint Proches

31. La relation avec votre époux /épouse est-il affecté ou non?

Vie de couple/intime: conservé ☐

gêné : ☐

Maladie

Dégoût

Angoisse

Du contag

Vie quotidienne : conservé ☐ gêné : ☐

32. Votre relation avec tes amis s'est-elle renforcée ?

Oui ☐

Non ☐

33. Comment gérez-vous les charges financières de votre maladie?

Couverture sociale(mutuelle) ☐

Personnelle ☐

Famille ☐

Autres...

34. Le transport est-il un fardeau de plus pour vous?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

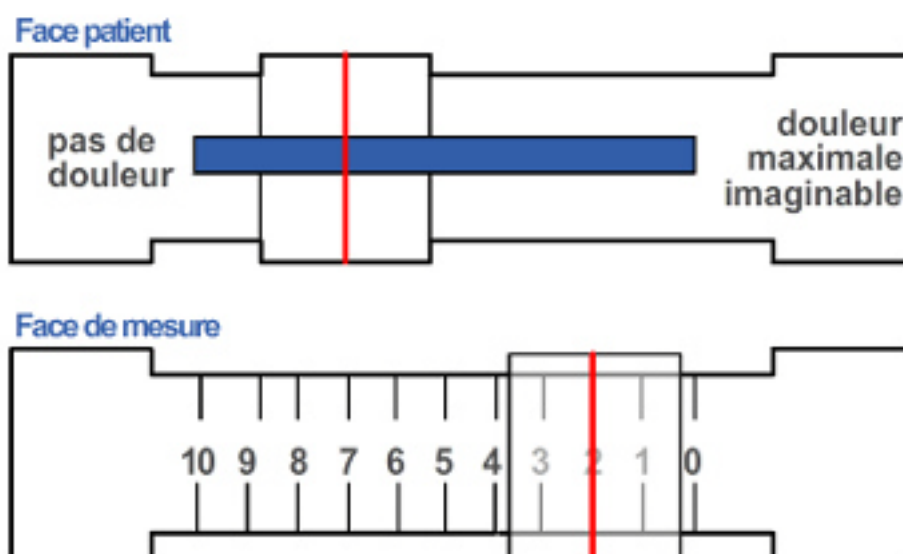
35. Étiez-vous obligés de vendre des objets précieux pour pallier aux coûts élevés des traitements?

Annexe2

Echelle visuelle analogique de la douleur

Coté de 0 à 10 , avec 0 = Pas de douleur et 10= La douleur maximale imaginable.

Échelle visuelle analogique (EVA)





Résumé

Le cancer en tant qu'une maladie chronique et dangereuse affecte la qualité de vie relative à la santé (Qdv) des malades ; Cette dernière est devenue de plus en plus un challenge au cœur de la prise en charge de la maladie cancéreuse.

L'objectif de notre étude était d'analyser l'impact de la maladie cancéreuse et de ses traitements sur la qualité de vie des patients atteints d'un cancer. Pour cela nous avons mené une étude prospective, mono-centrique, qualitative et descriptive réalisée au sein du service de Médecine interne-Oncologie médicale de l'HMA étalée sur un an et deux mois entre le 30 OCTOBRE 2017 et le 31 DECEMBRE 2018 et en utilisant un questionnaire explorant différents items.

Sur les 100 patients inclus, 58% étaient de sexe masculin avec une médiane d'âge de 54,42 ans. 90% étaient mariés. 39% étaient analphabètes et 43% étaient des retraités et 40% étaient tabagique chroniques alors que 99% avaient une couverture sociale.

La localisation mammaire était de 29% avec 54% des patients dans un stade débutant et 38% qui avaient une localisation secondaire. La douleur était estimée selon l'EVA supérieur ou égale à six dans 23%. Dans 78% des cas la chimiothérapie étaient indiquée chez ces patients, le traitement par des psychotropes n'a été instauré que chez 2% des malades.

L'étude analytique a démontré que la plupart des malades avait une Qdv peu dégradée 63% avec une grande participation de la dimension psychique, suivie de la dimension physique et spirituelle alors que la dimension socioéconomique venait en dernier. Avec une corrélation évidente entre la qualité de vie et certains éléments sociodémographiques (sexe, statut marital, niveau d'instruction) et certains qui sont liés à la maladie (le type de cancer, stade et traitement reçu).

Nous avons essayé d'évaluer les retentissements du cancer autre que clinique et paraclinique ainsi que d'identifier les facteurs de détérioration de la qualité de vie des malades afin de guider la mise en place de structure de soutien et de dispositifs d'accompagnement.

Abstract

Cancer as chronic and dangerous disease affects the quality of life relative to health (QoL) of patients; this latter has become more and more a challenge at the heart of the management of the cancerous disease.

The objective of our study was to analyze the impact of cancer disease and its treatments on the quality of life of cancer patients. For this purpose, we carried out a prospective, mono-centric, qualitative and descriptive study carried out within the department of Internal Medicine-Oncology at the Military Hospital Avicenna spread over one year and two months between October 30, 2017 and December 31, 2018, and using a questionnaire exploring different items.

Of the 100 patients included, 58% were male with a median age of 54.42 years. 90% were married. 39% were illiterate and 43% were retired and 40% were chronic smokers while 99% had social security.

Breast localization was 29% with 54% of patients in localized stage and 38% with secondary location. The pain was estimated according to the AVS higher than or equal to six in 23%. In 78% of cases chemotherapy was received by these patients, treatment with psychotropic drugs was initiated in only 2% of patients

The analytic study showed that most patients had a poorly degraded QoL 63% with a high psychic involvement, followed by the physical and spiritual dimension while the socio-economic dimension came last. With a clear correlation between quality of life and some sociodemographic elements (gender, marital status, educational level) and some related to the disease (type of cancer, stage and treatment received).

We tried to evaluate the impact of cancer other than clinical and paraclinical as well as identify factors of deterioration of the quality of life of patients to guide the establishment of support structure and accompanying devices.

ملخص

يؤثر السرطان كونه مرض مزمن وخطير على نوعية الحياة بالنسبة لصحة المرضى ؛ هذه الأخيرة أصبحت أكثر وأكثر تحدياً في قلب إدارة المرض السرطاني. كان الهدف من دراستنا تحليل تأثير مرض السرطان وعلاجاته على نوعية حياة مرضى السرطان. لهذا الغرض، أجرينا دراسة مستقبلية، أحادية المركز، نوعية و وصفية أجريت داخل قسم الطب الباطني و طب الأورام بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش على مدى سنة وشهرين بين 30 أكتوبر 2017 و 31 ديسمبر 2018 ، و باستخدام استبيان استكشاف عناصر مختلفة.

من بين 100 مريض شملتهم الدراسة 58% كانوا ذكورا مع متوسط عمر 54.42 سنة، 90% كانوا متزوجين، 39% من الأميين و 43% من المتقاعدين. 40% من المدخنين المزمين بينما 99 % لديهم تغطية صحية.

كان التوطين السرطاني بالثدي يشكل 29% مع 54% من المرضى في مرحلة مبكرة و 38% مع انبثاث في مواقع أخرى. اعتبر الألم حسب المقياس البصري و النظري أكبر من أو يساوي ستة في 23% في 78% من الحالات تم تلقي العلاج الكيميائي من قبل هؤلاء المرضى ، وبدأ العلاج بالعقاقير العقلية 2% فقط من المرضى .

أوضحت الدراسة التحليلية أن معظم المرضى يعانون من نوعية حياة قليلة التدهور في 63% مع مساهمة كبيرة للبعد النفسي في تدهور نوعية الحياة يليها البعد المادي والروحي في حين جاء البعد الاجتماعي والاقتصادي في المرتبة الأخيرة. مع وجود علاقة واضحة بين نوعية الحياة وبعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية (الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي) وبعض العوامل المتعلقة بالمرض (نوع السرطان، المرحلة والعلاج المستلم). حاولنا إذن تقييم تأثير السرطان بخلاف العوامل السريرية وغير السريرية وكذلك تحديد عوامل تدهور نوعية حياة المرضى لتوجيه إنشاء هيكل الدعم والأجهزة المرافقة.

BIBLIOGRAPHIE

1. **N. Ahbeddou,**
"Retentissement psycho-socio-économique du cancer," pp. 1-71,2008.
2. **A. Septans,**
"Méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée à la fin de vie des patients atteints d'un cancer,"2014.
3. **A. Bryand, Z. Hamidou, S. Paget-bailly, F. Bonnetain, C. Mathelin, and J. Baldauf,**
"Etude de la qualité de vie dans les néoplasies ovariennes : outils et enjeux," vol. 43, pp. 151-157,2015.
4. **J. R. Johnson and R. Temple,**
"Food and Drug Administration requirements for approval of new anticancer drugs.," *Cancer Treat. Rep.*, pp. 1155-9,1985.
5. **K. A. Reiss *et al.*,**
"A Phase I Study of Veliparib (ABT-888) in Combination with Low-Dose Fractionated Whole Abdominal Radiation Therapy in Patients with Advanced Solid Malignancies and Peritoneal Carcinomatosis," *Clin. Cancer Res.*, vol. 21, no. 21, pp. 22-25,2015.
6. **J. L. Eurotext, L. Boulaamane, I. Essaadi, I. Lalya, and H. Errihani,**
"Impact psychosocial du cancer sur les adolescents et les jeunes adultes marocains : expérience de l 'Institut national d'oncologie de Rabat," vol. 98, pp. 981-988, 2011.
7. **L.-P. Fischer,**
Le bistouri et la plume : les médecins écrivains : dictionnaire-anthologie. L'Harmattan, 2002.
8. **A.Mann,D.W.Frayer,J.Monge,M.Kricun, andJ.Radovc,**
"FibrousDysplasiaina120,000+Year Old Neandertal from Krapina , Croatia," *PLoS One*, vol. 8, no. 6, pp. 6-9,2013.
9. **D. R. Brothwell and A. T. Sandison,**
Diseases in antiquity; a survey of the diseases, injuries, and surgery of early populations,.C.C. Thomas,1967.
10. **E. C. Halperin,**
"Paleo-Oncology: The Role of Ancient Remains in the Study of Cancer," *Perspect.Biol. Med.*, vol. 47, no. 1, pp. 1-14,2004.

11. **E. A. (Elizabeth A. . Martin,**
Concise medical dictionary. Oxford University Press,2015.
12. **Ministère de la santé,**
"communiqué du 21 novembre," 2017. [Online]. Available:
<https://www.sante.gov.ma/Pages/Accueil.aspx>. [Accessed:12-Apr-2019].
13. **Organisation mondiale de la santé,**
"Profils des pays pour le cancer,"2014.
14. **Iarc,**
"Dernières données mondiales sur le cancer : le fardeau du cancer atteint 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès par cancer en 2018,"2018.
15. "CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION 1,"1948.
16. "Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL),"1993.
17. **I. B. Wilson,**
"Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes," *JAMA J. Am. Med. Assoc.*, vol. 273, no. 1, pp. 59-65,1995.
18. **D. Osoba,**
"Translating the Science of Patient-Reported Outcomes Assessment Into Clinical Practice," *JNCI Monogr.*, vol. 2007, no. 37, pp. 5-11, Oct. 2007.
19. **R. M. Kaplan and J. W. Bush,**
"Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis.," *Heal. Psychol.*, vol. 1, no. 1, pp. 61-80,1982.
20. **D. L. Fairclough,**
"Design and analysis of quality of life studies in clinical TRIALS, Second Edition,"2010.
21. **L. C. Doward and S. P. McKenna,**
"Defining Patient-Reported Outcomes," *Value Heal.*, vol. 7, pp. S4- S8, Sep.2004.
22. **D. Machin and P. Fayers,**
Quality of life : the assessment, analysis and interpretation of patient- reported outcomes. Wiley,2013.

23. **T. M. Gill and A. R. Feinstein,**
"A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements.,"
JAMA, vol. 272, no. 8, pp. 619-26, 1994.
24. **M. Bullinger,**
"Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts,
methods and applications in international research.," *Restor. Neurol. Neurosci.*, vol. 20,
no. 3-4, pp. 93-101, 2002.
25. **I. Wiklund,**
"Assessment of patient-reported outcomes in clinical trials: the example of health-
related quality of life," *Fundam. Clin. Pharmacol.*, vol. 18, no. 3, pp. 351-363, Jun.2004.
26. **F. Fiteni, V. Westeel, X. Pivot, C. Borg, D. Vernerey, and F. Bonnetain,**
"Endpoints in cancer clinical trials," *J. Visc.Surg.*, vol. 151, no. 1, pp. 17-22,2014.
27. **D. Warr, S. Mckinney, and L. Tannock,**
"Influence of Measurement Error on Assessment of Response to Anticancer
Chemotherapy: Proposal for New Criteria of Tumor Response."
28. **D. Osoba,**
"What has been Learned from Measuring Health-related Quality of Life in Clinical
Oncology," vol. 35, no. 11,1999.
29. **P. M. Fayers and D. R. Jones,**
"Measuring and analysing quality of life in cancer clinical trials: A review," *Stat. Med.*, vol.
2, no. 4, pp. 429-446, Oct.1983.
30. **Marcia A. Testa, M.P.H., Ph.D., Donald C. Simonson, and M.D.,**
"Assessment of quality-of-life outcomes," 1996.
31. **Y. Lacasse and F. Sériès,**
"Qualité de vie liée à la santé : un guide de lecture," *Rev. Mal. Respir.*, vol. 21, no. 4, pp.
63-70, Sep.2004.
32. **G. I. Ringdal and K. Ringdal,**
"Testing the EORTC Quality of Life Questionnaire on cancer patients with heterogeneous
diagnoses," *Qual. Life Res.*, vol. 2, no. 2, pp. 129-140, Apr.1993.

33. **R. T. Anderson, N. K. Aaronson, and D. Wilkin,**
"Critical review of the international assessments of health-related quality of life," *Qual. Life Res.*, vol. 2, no. 6, pp. 369-395, Dec. 1993.
34. **P. Fayers and A. Bottomley,**
"Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30," *Eur. J. Cancer*, vol. 38, pp. 125-133, Mar. 2002.
35. **David Osoba, George Rodrigues, M. James, Benny Zee, and P. Joseph,**
"Interpreting the Significance of Changes in Health-Related Quality-of-Life Scores," *J. Clin. Oncol.*, vol. 16, pp. 139-144, 1998.
36. **J. E. Ware and J. Ware,**
"The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)," 1992.
37. **D. F. Cella *et al.*,**
"The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and Validation of the General Measure," 1993.
38. **S. B. Yellen, D. F. Cella, K. Webster, C. Blendowski, and E. Kaplan,**
"Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measurement system," *J. Pain Symptom Manage.*, vol. 13, no. 2, pp. 63-74, Feb. 1997.
39. **D. L. Streiner, G. R. Norman, and J. Cairney,** *Health measurement scales : a practical guide to their development and use.* 2015.
40. **R. D. Hays, R. Anderson, and D. Revicki,**
"Psychometric considerations in evaluating health-related quality of life measures," *Qual. Life Res.*, vol. 2, no. 6, pp. 441-449, Dec. 1993.
41. **K. N. Lohr,**
"Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria," *Qual. Life Res.*, vol. 11, no. 0962-9343 SB-IM, pp. 193-205, 2002.

42. U. S. D. of H. and H. S. F. C. for B. E. and R. and U. S. D. of H. and H. S. F. C. for D. and R. H. U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation and Research*1,
"Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance," *October*, vol. 20, no. October, pp. 1-20, 2006.
43. C. Brousse and B. Boisaubert,
"Quality of life and scales measuring," vol. 28, pp. 458-462, 2007.
44. F. Manoudi,
"Les troubles dépressifs chez les patients atteints de cancer ; Une étude marocaine," vol. 4, pp. 13-20, 2010.
45. A. Leplège, A.-D. B. Anne-Gaëlle Le Corroller-Soriano, P. Auquier, and J.-P. Moatti,
"Partie V: LA QUALITÉ DE VIE DES MALADES (ETUDE VIKAN2)."
46. S. Messouak *et al.*,
"Evaluation de la qualité de vie a long terme du cancer du sein chez les personnes âgées a propos de 30 patientes suivies au CH de Montceau-Les-Mines," no. 74, 2016.
47. E. Houda,
"Qualité de vie et complications anxieuses et dépressives chez les enfants atteints de cancer," pp. 0-165, 2017.
48. S.A.Park, S.H.Chung, and Y.Lee,
"Factors influencing the quality of life of patients with advanced cancer," *Appl. Nurs. Res.*, vol. 33, pp. 108-112, 2017.
49. C. Alleaume *et al.*,
"La vie cinq ans diagnostic," 2018.
50. O. Popa-Velea, L. Diaconescu, M. Jidveian Popescu, and C. Truțescu,
"Resilience and active coping style: Effects on the self-reported quality of life in cancer patients.," *Int. J. Psychiatry Med.*, vol. 52, no. 2, pp. 124-136, Mar. 2017.
51. I. Badri *et al.*,
"Troubles du sommeil chez les patients atteints de cancer bronchopulmonaire," *Rev. Mal. Respir.*, vol. 35, p. A64, 2018.

52. **F.Bray, J.Ferlay, and I.Soerjomataram,**
“GlobalCancerStatistics2018 : GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries,” pp. 394-424,2018.
53. **M. Akhtari-Zavare, S. Mohd-Sidik, U. Periasamy, L. Rampal, S. I. Fadhilah, and R.Mahmud,**
“Determinants of quality of life among Malaysian cancer patients: a cross-sectional study,” *Health Qual. Life Outcomes*, vol. 16, no. 1, p. 163, Dec. 2018.
54. **A. Z. c M. Khalis a, S. Elfakir a, H. Errihani b and C. N. a A. Beniderd, R. Bekkali c,**
“Effets indésirables et qualité de vie chez les patients cancéreux traités par chimiothérapie au Maroc M.,” *Rev. Epidemiol. Sante Publique*, vol. 62, pp. S160-S161, 2014.
55. **K. S. Kim and J. S. Kim,**
“Factors influencing health-related quality of life among Korean cancer survivors,” *Psychooncology*, vol. 26, no. 1, pp. 81-87,2017.
56. **M. Préau, F. Marcellin, F. Lert, B. Spire, and J. Moatti,**
“Partie VI : Les conséquences du cancer sur la vie sociale et professionnelle (Etudevican2).”

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

نوعية حياة مرضى السرطان
تجربة أقسام الأنكلوجيا-الطب الباطني
بالمستشفى العسكري بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2019/05 /03
من طرف

الآنسة فاطمة الزهراء بجوا

المزودة في 1993/03/31 بأبي الجعد

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

سرطان - نوعية الحياة - علم الأورام النفسي

اللجنة

الرئيس	السيد	ع. غونزال
المشرف	السيد	م. الزياني
الحكام	السيد	س. قدوري
	السيدة	أ. عدالي
		أستاذة مبرزة في الطب النفسي
		أستاذ في جراحة المسالك البولية
		أستاذ في الطب الباطني
		أستاذ مبرز في الطب الباطني
		أستاذة مبرزة في الطب النفسي