



HAL
open science

Qualité de vie des patients atteints de cancer traités à domicile

Alice Dhellemmes, Claudine Mélan, Florence Sordes

► **To cite this version:**

Alice Dhellemmes, Claudine Mélan, Florence Sordes. Qualité de vie des patients atteints de cancer traités à domicile: étude comparative des différentes voies d'administration de la chimiothérapie. Bulletin du Cancer, 2019, 106 (12), pp.1124-1131. 10.1016/j.bulcan.2019.09.009 . hal-03111544

HAL Id: hal-03111544

<https://hal.science/hal-03111544>

Submitted on 19 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Titre de l'article

Qualité de vie des patients atteints de cancer traités à domicile : étude comparative des différentes voies d'administration de la chimiothérapie.

Titre en anglais

Quality of life of cancer patients followed at home: comparative study of chemotherapy administration route.

Titre court français

Qualité de vie des patients atteints de cancer traités à domicile.

Auteurs

Alice DHELLEMMES

Docteure en psychologie,

Laboratoire CERPPS, Pôle 3 : Psychologie de la santé, EA7411

Université de Toulouse

5 allée Antonio Machado, 31058 TOULOUSE Cedex 9, France

Mobile : 06 17 93 47 69

Email : alicedhellemmes@gmail.com

(Auteur principal)

Claudine MELAN

Professeur des Universités

Laboratoire CLLE ; UMR 5263

Université de Toulouse

5 allée Antonio Machado, 31058 TOULOUSE Cedex 9, France

Email : cmelan@univ-tlse2.fr

(Directrice de recherche)

Florence SORDES

Maître de conférences en psychologie de la santé HDR,

Laboratoire CERPPS, Pôle 3 : Psychologie de la santé, EA7411

Université de Toulouse

5 allée Antonio Machado, 31058 TOULOUSE Cedex 9, France

Email : florence.sordes@univ-tlse2.fr

(Directrice de recherche)

Résumé

Introduction : Les patients traités à domicile bénéficient d'une prise en charge différente en fonction de la forme du traitement : les anticancéreux administrés par voie intraveineuse impliquent un contact régulier avec le personnel alors que la voie orale laisse le patient totalement autonome. Cette recherche transversale a une finalité comparative entre les représentations de la maladie et des traitements, le sentiment d'auto-efficacité et la qualité de vie des patients traités par anticancéreux oraux et ceux traités par voie intraveineuse.

Méthodes: L'échantillon se compose de 130 participants atteints de cancer dont 72 sont traités par chimiothérapie intraveineuse et 48 par voie orale. Le protocole est composé de questionnaires de représentations de la maladie (IPQ-r), de représentations des traitements (BMQ), de sentiment d'auto-efficacité (GSES-10) et de qualité de vie (QLQ-C30).

Résultats : La voie d'administration du traitement anticancéreux impacte directement les représentations de la maladie avec un phénomène de banalisation du cancer. A l'inverse, un traitement intraveineux, par son caractère invasif et chronophage, implique plus de difficultés dans l'accomplissement des rôles familiaux et professionnels. Par ailleurs, le poids des effets secondaires est corrélé avec la dangerosité perçue du traitement et avec le sentiment d'auto-efficacité. L'âge et l'ancienneté du diagnostic impactent respectivement la compréhension de la maladie et la dimension cognitive de la qualité de vie.

Discussion : Bien plus qu'une simple différence de forme du traitement, c'est tout un parcours de soins qui se trouve remanié impliquant des conséquences psychologiques différentes qu'il semble indispensable de prendre en considération notamment dans les choix thérapeutiques ou en termes d'accompagnement des patients.

Mots clés : anticancéreux oraux, représentations de la maladie, représentations des traitements, sentiment d'auto-efficacité, qualité de vie

Abstract

Introduction: Patients treated at home receive different treatment depending on the route of treatment : intravenous anticancer drugs involve regular contact with the health caregiver while the oral route leaves the patient completely autonomous. This cross-sectional research has a comparative purpose between the representations of disease and treatments, the self-efficacy and the quality of life of patients treated with oral anticancer drugs and those treated by intravenous route.

Methods: The sample include 130 patients with cancer. 72 are treated with intravenous chemotherapy and 48 by oral route. The protocol include a questionnaire of disease representations (IPQ-r), treatment representations (BMQ), self-efficacy (GSES 10) and quality of life (QLQ-C30).

Results: The administration route of anticancer treatment impacts the illness representations with the normalization of cancer. On the other hand, the intravenous route, by its invasive and time-consuming nature, greater difficulties in fulfilling family and professional roles. Moreover, side effects are correlated with the perceived dangerousness of the treatment and self-efficacy. Age is the length of time since the diagnosis affects the understanding of the disease and the cognitive dimension of quality of life respectively.

Discussion : More than a difference in form of treatment, the whole path of care is being redesigned involving different psychological consequences that it seems essential to take into account, in particular in therapeutic choices or in terms of patient support.

Keywords : oral anticancer treatment, illness representations, treatment representations, self-efficacy, quality of life

Introduction

Deux évolutions majeures marquent les thérapeutiques des patients atteints de cancers. D'une part, l'administration des traitements de chimiothérapie par voie intraveineuse directement au domicile du patient par l'intermédiaire des H.A.D (Hospitalisation A Domicile); et d'autre part, l'accroissement des prescriptions d'anticancéreux oraux (chimiothérapie par comprimés et thérapies ciblées). Le domicile devient alors un lieu de traitement du cancer à part entière.

Malgré un lieu de traitement commun, ces deux voies d'administration impliquent deux parcours de soins radicalement différents notamment en termes de rencontres avec les professionnels de santé.

La voie intraveineuse est un traitement majoritairement prescrit en première intention [1]. Elle suit donc la consultation d'annonce de la maladie encadrée par le Plan Cancer [2]. Le premier jour de chaque cycle de chimiothérapie est géré par un(e) infirmier(e) en centre de soins. Les jours suivants, le patient reste au domicile et ce sont les professionnels de santé qui se déplacent pour l'administration de la chimiothérapie, la surveillance et la gestion des effets secondaires et les soins de support ; le tout étant pris en charge par l'HAD.

En parallèle, le traitement par voie orale est prescrit lors d'une consultation dite de primo-prescription mais généralement pour des cancers plus avancés, même s'il ne s'agit pas d'un traitement spécifique aux cancers métastasés ou aux phases palliatives. L'oncologue établit une ordonnance qui permet au patient de se fournir dans une pharmacie d'officine. Si le patient souhaite bénéficier des soins de support, il devra se rendre en centre de soins ou s'adresser à des professionnels libéraux. Sans demande du patient, et en dehors de la consultation de suivi médical mensuelle, aucun rendez-vous médical ou paramédical n'est prévu dans le parcours de soins.

Ce schéma thérapeutique, inédit dans le domaine de l'oncologie, fait reposer l'efficacité du protocole sur la responsabilité entière du patient, de la délivrance du médicament à la gestion des effets secondaires en passant par le respect de la posologie et des recommandations subsidiaires ainsi que les conséquences psychologiques de la maladie et du traitement. D'un point de vue pratique, transposer une médication hospitalière à une auto-administration à domicile semble simplifier le parcours de soins. Mais cette démarche, profitable en certains points (confort ou réduction des coûts) et dont l'objectif est, sans nul doute, l'amélioration de

1
2
3
4
5
6
7
la qualité de vie des patients, semble oublier ou, du moins, semble négliger les conséquences
psychologiques de cette transition. La voie orale, comme option thérapeutique, fait le pari de
l'autonomie du patient mais cet éloignement de la sphère hospitalière et des soins de support,
laisse également les patients seuls face aux conséquences psychologiques de leur maladie.

8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
Lorsque cela est possible, recevoir son traitement par voie orale semble être une option
plébiscitée par les patients et leur entourage [3-6]. Les points positifs évoqués sont le confort
du domicile et la possibilité de ne pas être séparé de sa famille, une administration sans
douleur, ou moins angoissante, de moindres effets secondaires pour certaines molécules, la
possibilité de poursuivre ses activités professionnelles et/ou sociales et une individualisation
du soin ou encore le désengorgement des services de soins [5 ; 7- 11]. Cependant, ces études
sont basées sur des scénarios fictifs. Lorsqu'ils ont pu expérimenter les deux voies
d'administration, et donc, lorsqu'ils ont conscience de toutes les subtilités et les conséquences
qu'impliquent chacune des options, leur choix se tourne finalement vers la voie leur ayant
provoqué de moindres effets secondaires [4 ; 12].

27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
Certains auteurs se sont intéressés à la mesure de la qualité de vie des patients traités par
anticancéreux dans différents lieux de soins et ils montrent que les patients traités à domicile
témoignent d'une qualité de vie supérieure à celle des patients traités à l'hôpital [3].
Cependant, certains déclarent s'y sentir moins sécurisés, plus vulnérables que lorsqu'ils sont
hospitalisés [7].

37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
La qualité de vie des patients semble équivalente quelle que soit la voie d'administration
des anticancéreux [8]. Elle se trouve plutôt dégradée par des variables liées au traitement
telles que la présence d'une stomie, un nombre élevé de cycles de chimiothérapie ou encore
des effets secondaires comme la fatigue, les troubles émotionnels ainsi que les nausées et les
vomissements et la toxicité cutanée [13]. La grande majorité des participants (76%) déclarent
que ces effets secondaires affectent « moyennement », « beaucoup » ou « énormément » leur
vie contre moins de 3,6% qui déclarent que leur vie n'est pas du tout affectée [14].

51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
Face à cette toxicité du traitement, les patients traités par à domicile ont l'avantage de
bénéficier de visites hebdomadaires des professionnels de santé (infirmier(e) et soins de
support), alors que les patients traités par voie orale doivent être à voie intraveineuse
l'initiative de ces rencontres. Face à un parcours de soin si différent, les besoins des patients
sous anticancéreux oraux sont-ils pris en considérations ?

1 Des études ont mis en avant que les patients traités par voie orale regrettent un manque
2 d'informations sur le traitement, sur la prévention et la gestion des effets secondaires, un
3 manque de communication et d'échange sur les mesures prises par le médecin et enfin sur les
4 difficultés qu'ils rencontrent dans leur quotidien avec un tel traitement [15]. Plus qu'un besoin
5 d'informations, les patients expriment un besoin relationnel, l'instauration d'un climat de
6 confiance mutuelle avec l'équipe médicale [16] afin de rompre un sentiment d'isolement [17].
7
8
9
10

11 Malgré cela, les anticancéreux oraux sont porteurs de représentations positives concernant
12 par exemple leur efficacité [5 ; 6 ; 18 ; 19], et leur moindre toxicité par rapport aux
13 chimiothérapies intraveineuses [20]. Si les effets secondaires sont redoutés [21 ; 22], pour
14 certains patients, ils sont considérés comme un mal nécessaire [6]. Si ces résultats paraissent
15 encourageants, le vécu de la maladie et la charge émotionnelle associée restent cependant
16 difficiles et lourds [19].
17
18
19
20
21
22

23 De plus, il s'avère parfois indispensable pour la personne malade, de modifier certains
24 comportements (mesures diététiques, comportements d'auto-soin). La mesure du sentiment
25 d'auto-efficacité est un indice permettant de rendre compte de la perception de l'individu
26 concernant sa propre capacité à s'adapter et/ou mettre en place des changements afin
27 d'atteindre ses objectifs dans un contexte précis. Des auteurs ont montré, par exemple, un
28 effet positif du sentiment d'auto-efficacité sur la peur de la rechute [23], sur le niveau de
29 fonctionnement physique sur une moindre détresse émotionnelle [24].
30
31
32
33
34
35
36

37 Cette étude a pour objectif de comparer la qualité de vie de patients atteints de cancer
38 ainsi que leurs représentations de la maladie et du traitement, leur sentiment d'auto-efficacité
39 en fonction de la voie d'administration de leur traitement et, ainsi, de montrer l'impact
40 psychologique de l'une et l'autre des options thérapeutiques.
41
42
43
44
45
46
47

48 **Méthodes**

49
50

51 Nous utiliserons une méthodologie transversale avec une finalité comparative entre les
52 représentations de la maladie et des traitements, le sentiment d'auto-efficacité et la qualité de
53 vie des patients traités par anticancéreux oraux et ceux traités par voie intraveineuse.
54
55
56
57
58
59

60 Population

61
62
63
64
65

1 Les patients ont été recrutés au sein du service Hospitalisation A Domicile (HAD) de la
2 clinique Pasteur de Toulouse entre mars 2015 et avril 2017. Les critères d'inclusion sont un
3 diagnostic de cancer quelle que soit la localisation ou le stade, un âge minimum de 18 ans,
4 une aisance avec la langue française et une stabilité mentale suffisante pour la compréhension
5 et la réponse aux questionnaires. Sur les 167 patients repérés, 139 (83,2%) ont accepté de
6 participer à l'étude. En raison de valeurs manquantes, l'échantillon final se compose de 130
7 participants. Le premier groupe est constitué de 72 participants traités par voie intraveineuse
8 (55,4%) dont 56 femmes (77,8%) et 16 hommes (22,2%) âgés de 26 à 86 ans (M = 52 ; ET =
9 14,2). La majorité des participants vit maritalement (69,5%). Concernant leur profession,
10 47,2% exercent une profession intermédiaire ou supérieure. Au moment de la passation, seuls
11 15,4% des participants exerçaient leur activité normalement (84,6% arrêt de travail ou
12 invalidité). En ce qui concerne leur état de santé, 83,3% des participants présentent un cancer
13 primaire (16,7% cancers métastasés). La maladie a été diagnostiquée depuis moins d'un an
14 pour 23,6% des participants, 61,1% ont été diagnostiqués entre un et cinq ans, 15,3% depuis
15 au moins six ans. La prescription de chimiothérapie est intervenue depuis moins d'un an pour
16 41,7% des participants, entre un et cinq ans pour 52,8% (5,6% six ans et plus).

17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30 Le deuxième groupe se compose de 58 participants recevant un traitement par comprimés
31 (44,6% de l'effectif) dont 44 femmes (75,9%) et 14 hommes (24,1%) et sont âgés de 30 à 91
32 ans (M = 59,6 ; ET = 11,9). Près de 0% des participants vivent maritalement (8,6%
33 célibataires, 8,6% divorcés et 3,4% veufs/ves). Concernant leurs professions, un quart exerce
34 une professions intermédiaire et un tiers du groupe est employé (5,2% entrepreneurs, 12,1%
35 cadres, 10,3% ouvriers, 19% retraités et 8,6% inactifs), notons que 66,7% des participants
36 déclarent ne pas pouvoir exercer leur activité à cause de leur maladie. D'un point de vue
37 médical, on compte 51,7% de cancers métastasés (48,3% de cancers primaires), la grande
38 majorité ayant été diagnostiqué récemment : 3,4% depuis moins d'un an, 60,3% entre un et
39 cinq ans, 36,2% depuis au moins six ans. De la même manière, les participants sont traités
40 depuis peu : 25,9% depuis moins d'un an, 67,2% entre un et ans et 6,9% depuis six ans et
41 plus. Les caractéristiques sociodémographiques et biomédicales, pour chacun des deux
42 groupes, sont décrites dans le tableau 1.
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52

53 Mesures

54 Les données sociodémographiques et biomédicales

1 Le recueil des données personnelles comprend des données sociodémographiques (l'âge, le
2 genre, et si le participant exerce ou non une activité professionnelle (arrêt longue maladie,
3 incapacité temporaire de travail par exemple) et des données médicales (le stade du cancer,
4 l'ancienneté de la maladie et l'ancienneté de la prescription).
5
6

7 La qualité de vie

8
9 La qualité de vie a été mesurée avec la QLQ-C30 [25]. Cette échelle présente l'avantage
10 d'être spécifique aux patients atteints de cancer. Elle permet de prendre en considération les
11 aspects fonctionnels, les symptômes et la qualité de vie subjective des participants. Elle est
12 composée de 30 items regroupés en trois sous-échelles : une échelle fonctionnelle (15 items)
13 dont un score élevé indique un faible impact de la maladie sur le quotidien ; une échelle
14 mesurant le poids des effets secondaires du traitement (12 items) et l'impact financier de la
15 maladie (1 item). La dernière échelle permet de mesurer la perception du patient concernant
16 son état de santé et sa qualité de vie globale (2 items). Les réponses sont indiquées sur une
17 échelle de Likert en quatre points (de 1 « pas du tout » à 4 « beaucoup ») pour les deux
18 premières échelles et une échelle quantitative continue en sept points allant de un « très
19 mauvais » à sept « excellent », pour la dernière échelle du questionnaire.
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

31 Les représentations de la maladie

32 Les représentations de la maladie ont été mesurées grâce à l'IPQ-r (*Revised Illness*
33 *Perception Questionnaire*) [26]. Neuf sous-échelles permettent de mesurer les croyances des
34 patients et leurs connaissances à propos de leur maladie : chronicité (6 items), cyclicité (4
35 items), contrôle personnel (6 items) et du traitement (5 items), conséquences (6 items), impact
36 émotionnel (6 items), compréhension (5 items), cause (11 items) et identité (14 symptômes).
37 Une échelle de Likert en cinq points permet de se positionner entre 1 « pas du tout d'accord »
38 et 5 « tout à fait d'accord » pour toutes les échelles sauf l'échelle d'identité. Pour cette
39 dernière, le participant doit choisir si « oui » ou « non », il a ressenti les symptômes d'une
40 liste établie et s'il considère que ces symptômes sont liés à sa maladie. Dans cette recherche,
41 la liste des symptômes a été adaptée à la pathologie cancer.
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51

52 Les représentations du traitement

53 L'échelle BMQ (*Beliefs about Medicines Questionnaire*) [27] permet d'évaluer les
54 représentations des traitements spécifiques (dangerosité et nécessité perçue et des traitements
55 en général (dangerosité et surutilisation). Chaque sous-échelle est composée de cinq items.
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 Les répondants sont invités à se positionner sur une échelle de Likert en cinq points allant de
2 « *fortement en désaccord* » à « *tout à fait d'accord* ».

3 4 Le sentiment d'auto-efficacité

5
6 L'échelle « General Self-Efficacy Scale » ou GSES mesure le sentiment d'auto-efficacité
7 généralisé [28 ; 29]. Elle se compose de 10 items pour lesquels les participants sont invités à
8 répondre sur une échelle de Likert en quatre degrés (de 1 : pas du tout vrai à 4 : totalement
9 vrai). Le score global est compris entre dix (auto-efficacité généralisée minimum) et 40 (auto-
10 efficacité généralisée maximum).

11 12 Analyse des données

13
14 Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS (version 20). Les comparaisons de
15 moyennes entre les deux groupes ont été réalisées avec le *t* de Student pour échantillons
16 indépendants. Le calcul du D de Cohen permet d'apprécier la taille de l'effet. Pour compléter
17 l'analyse, des corrélations de Pearson bivariées entre les variables dépendantes et les variables
18 sociodémographiques et biomédicales ont été réalisées. Pour toutes les analyses, le seuil de
19 signification est $p < 0,05$.

20 21 **Résultats**

22
23 Les participants du groupe « voie orale » sont significativement plus âgés que ceux du
24 groupe « voie intraveineuse » ($t(127,86) = -3,32 ; p = 0,001, d = 0,58$). De plus, ils présentent
25 un cancer à un stade plus avancé que les participants traités par voie intraveineuse ($\chi^2 = 18.05,$
26 $ddl = 1, p < 0,001$) et ils sont diagnostiqués depuis plus longtemps ($t(118,12) = 4,09 ; p =$
27 $0,001, d = 0,59$). La littérature montre que les anticancéreux oraux sont prescrits dans des
28 phases avancées du cancer, et ce, malgré les recommandations de prescription [2]. Il n'y a pas
29 d'autre différence significative entre les deux groupes.

30 31 Les représentations de la maladie et du traitement et le sentiment d'auto-efficacité

32
33 Le tableau 2 indique les scores moyens des représentations pour les deux groupes de
34 patients. Ceux traités par voie intraveineuse considèrent être atteints d'une maladie plus grave
35 ($t(128) = 5,7 ; p < 0,001, d = 0,9$) et témoignent d'une meilleure compréhension de leur
36 maladie ($t(103,59) = 2,2 ; p = 0,001, d = 0,39$) que les patients sous anticancéreux oraux. Il

1 n'y a pas de différence significative concernant les autres scores de représentations de la
2 maladie. Concernant les représentations du traitement, les deux groupes diffèrent uniquement
3 sur leur perception de dangerosité du traitement, celle-ci étant plus élevée chez les patients
4 traités par voie intraveineuse ($t(128) = -2,35 ; p = 0,01, d = 0,41$). Aucune différence n'est
5 retrouvée concernant le sentiment d'auto-efficacité ($p = 0,34$).
6
7

8 9 La qualité de vie

10 Les patients traités par voie intraveineuse témoignent d'un poids plus important des effets
11 secondaires que ceux traités par voie orale ($t(128) = 2,19 ; p = 0,015, d = 0,39$), ainsi que d'un
12 impact financier plus important ($t(128) = 3,45 ; p = 0,001, d = 0,61$). A l'inverse, les
13 participants traités par voie orale témoignent d'un plus haut niveau de fonctionnement
14 cognitif ($t(128) = 1,74 ; p = 0,04, d = 0,30$) et de l'accomplissement de leurs rôles habituels
15 ($t(128) = 1,95 ; p = 0,026, d = 0,34$).
16
17

18 Poids des effets secondaires

19 Dans notre échantillon, les participants recevant une administration invasive de
20 chimiothérapie (voie intraveineuse) témoignent d'un poids des effets secondaires plus
21 conséquent que ceux traités par voie orale ($t(128) = 2,19 ; p = 0,015, d = 0,39$). Nous ne
22 pouvons exclure que cette toxicité soit, au moins en partie, responsable des différences
23 retrouvées entre les deux groupes. Des analyses complémentaires ont effectivement montré
24 que le poids des effets secondaires est négativement corrélé avec la dangerosité perçue du
25 traitement pour la voie intraveineuse ($r = -0,30 ; p = 0,012$) et avec le sentiment d'auto-
26 efficacité pour la voie orale ($r = -0,32 ; p = 0,015$). Ce qui signifie que plus le participant fait
27 part d'un poids des effets secondaires important, plus il perçoit son traitement comme
28 dangereux et plus le sentiment d'efficacité personnelle est dégradé.
29
30

31 Impact des co-variables

32 L'hétérogénéité des deux groupes concernant l'âge, l'ancienneté de la maladie et le stade
33 du cancer ont nécessité des analyses complémentaires (Ancova). Les résultats montrent
34 qu'une fois l'effet de l'âge contrôlé, il demeure un effet significatif du groupe sur l'ensemble
35 des variables étudiées excepté pour la compréhension de la maladie ($F = 0,53 ; p = 0,4$).
36 Concernant, l'ancienneté de la maladie, l'effet du groupe disparaît pour la variable qualité de
37 vie – cognitive ($F = 0,05 ; p = 0,8$). Enfin, concernant le stade du cancer, il demeure un effet
38 significatif de groupe sur l'ensemble des variables étudiées ($p < 0,05$).
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Discussion

Nos résultats ont montré que la voie orale, non invasive, du traitement anticancéreux **est associée à la perception d'une maladie moins grave**, et ce, même après avoir contrôlé l'effet de la toxicité du traitement. Ces premiers résultats sont en accord avec les données de la littérature qui montrent que traiter un cancer avec des comprimés vient modifier les représentations de la maladie, avec principalement, une réduction du caractère morbide et incurable du cancer [21], ce que nous pourrions qualifier de « banalisation du cancer ».

La voie orale est, par ailleurs, associée à une meilleure compréhension de la maladie que la voie d'administration intraveineuse du traitement. Si nous supposons que la présence systématique et les échanges avec le personnel médical lors de l'administration du traitement par voie intraveineuse favorisaient une meilleure compréhension de la maladie; cette hypothèse explicative est rejetée par les résultats complémentaires montrant un effet délétère du vieillissement sur celle-ci [30]. Quelle que soit la voie d'administration, les recherches montrent une insatisfaction des patients concernant les informations reçues à propos de la maladie et le manque d'explications données par le médecin [31-34], les poussant à s'informer auprès de ressources plus ou moins fiables telles que les forums en ligne [35].

Concernant la qualité de vie, il n'y a pas de **différence significative du score global de qualité de vie perçue entre les deux voies d'administration du traitement.** Des recherches antérieures mettent en lumière une altération importante de la qualité de vie des patients sans différence entre les deux voies d'administration [8 ; 13 ; 22]. Toutefois, la forme du traitement impacte différemment les facteurs constitutifs de la qualité de vie. En effet, les **participants traités par voie intraveineuse sont plus impactés d'un point de vue cognitif, dans l'accomplissement de leurs rôles et d'un point de vue financier et ils souffrent également de plus d'effets secondaires.** L'administration intraveineuse étant chronophage, elle nécessite que les patients se rendent en institution pour le premier jour du cycle (environ une fois par mois), et ce pour plusieurs heures, puis qu'ils soient disponibles à domicile pour les jours suivants. Ce schéma d'administration semble peu compatible avec le maintien d'une activité professionnelle à temps complet. Cette interprétation est soutenue par l'observation que, dans notre échantillon, seuls 15% des participants traités par voie intraveineuse ont pu maintenir leur activité professionnelle alors que cette proportion s'élève à 33,3% des patients

1 sous anticancéreux oraux. **Le schéma thérapeutique semble empêcher les participants**
2 **ayant une activité professionnelle avant le diagnostic** (n = 107), **de la poursuivre**. Par
3 ailleurs, les analyses complémentaires sur les variables sociodémographiques et biomédicales
4 rejoignent notre analyse puisque l'impact financier est plus conséquent pour les patients les
5 plus jeunes (et donc en âge d'exercer une activité professionnelle), et ce, dans les deux
6 groupes. En effet, le traitement du cancer n'affecte pas le montant de la pension d'un individu
7 retraité. A l'inverse, une personne n'ayant plus la possibilité d'exercer son activité
8 professionnelle verra son revenu considérablement diminuer. Des auteurs montrent également
9 que les patients les plus jeunes sont ceux dont la qualité de vie est la plus altérée [36 ;37] et
10 qu'il est plus compatible d'exercer sa profession avec un traitement oral [38].
11
12
13
14
15
16
17
18

19 Par ailleurs, l'impact cognitif de la maladie, c'est-à-dire les troubles perceptifs et
20 mnésiques sont plus importants chez les patients présentant une maladie ancienne que chez
21 les patients nouvellement diagnostiqués.
22
23
24

25 Lors de l'interprétation des résultats, l'implication des effets secondaires comme facteur
26 explicatif des différences entre les deux groupes a pu être questionnée. Des corrélations ont
27 permis de confirmer l'influence de la toxicité du traitement sur la perception de dangerosité
28 de celui-ci chez les patients traités par voie intraveineuse et sur un faible sentiment d'auto-
29 efficacité chez les patients traités par voie orale. D'autres auteurs rendent également les effets
30 secondaires responsables de la perception de dangerosité du traitement [39] et de la
31 dégradation du sentiment d'auto-efficacité des patients sous chimiothérapie [24].
32
33
34
35
36
37
38

39 Si les participants traités par voie intraveineuse rapportent plus d'effets secondaires que
40 ceux traités par comprimés, ce n'est pas un résultat généralisable à l'ensemble des traitements
41 oraux du cancer. Cette idée est pourtant répandue [20] et constitue même un critère de choix
42 des patients pour cette voie d'administration [18].
43
44
45
46

47 Les limites de ce travail concernent la petite taille de notre échantillon et la répartition non-
48 aléatoire des patients dans les groupes, lesquelles limitant la généralisation des résultats. De
49 plus, cette étude, étant transversale, ne permet pas de rendre compte de l'évolution des
50 représentations dans le temps.
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Conclusions

1
2
3 La prise en charge des patients atteints de cancer a connu deux évolutions sans précédents
4 ces vingt dernières années. D'une part, il est de plus en plus souvent proposé aux patients de
5 se soigner à domicile. Ils bénéficient alors de l'administration de la chimiothérapie et d'un
6 accompagnement par des professionnels de santé à domicile et n'ont plus besoin de se
7 déplacer.
8

9
10
11 D'autre part, de nouvelles molécules de chimiothérapie et des thérapies dites ciblées se
12 présentent sous la forme de comprimés. Le patient est ici amené à gérer son traitement de
13 manière autonome.
14
15

16
17
18 Cette recherche permet de souligner que la différence de parcours de soins, en termes
19 d'accompagnement des patients par des professionnels de santé, semble induire des
20 représentations différentes. En effet, la voie orale, de par son administration et sa gestion
21 totalement autonomes, induit une forme de banalisation de la maladie. En d'autres termes, les
22 patients traités par voie orale perçoivent de moindres conséquences sur leur vie quotidienne et
23 leur entourage ainsi qu'une maladie de moindre gravité que ceux traités par voie
24 intraveineuse.
25
26
27

28
29
30 A l'inverse, un traitement nécessitant une prise en charge hospitalière chronophage est
31 associé à une gêne dans l'accomplissement des rôles familiaux et professionnels. De plus, au-
32 delà du parcours de soins, le poids perçu des effets secondaires est plus important pour le
33 groupe traité par voie intraveineuse, et il est corrélé positivement avec la perception de
34 dangerosité du traitement chez ces patients, alors qu'il est négativement corrélé avec le
35 sentiment d'auto-efficacité.
36
37
38

39
40
41 En conclusion, cette recherche permet de rendre compte de l'impact de la forme du
42 traitement anticancéreux sur certaines variables psychologiques, mais aussi qu'une maladie
43 ancienne et le vieillissement sont à considérer avec plus d'attention notamment concernant
44 l'impact cognitif de celle-ci et la compréhension de la maladie. Sachant que les thérapies
45 orales sont prescrites en troisième voire quatrième intention, une certaine vulnérabilité
46 pourrait être à envisager chez ces patients. Ces résultats peuvent être un point de départ pour
47 la formulation de recommandations aux prescripteurs en leur proposant d'intégrer des
48 variables psychologiques aux critères médicaux dans l'évaluation des critères de prescription
49 de l'une ou l'autre des formes d'administration du traitement anticancéreux. De plus, ces
50 résultats permettent d'envisager des mesures d'accompagnement spécifiques au parcours de
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62

soins des patients traités par voie orale telle que l'éducation thérapeutique qui permettrait de répondre à leurs besoins spécifiques et ainsi, pallier un moindre accompagnement paramédical.

Conflits d'intérêts : aucun.

Références bibliographiques

- [1] Institut national du cancer. Les cancers en France – édition 2017. 2018 Jul.
- [2] Institut national du cancer. Plan cancer 2014-2019. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer ; 2014.
- [3] Schott S, Schneeweiss A, Reinhardt J, Bruckner T, Domschke C, Sohn C, et al. Acceptance of oral chemotherapy in breast cancer patients - a survey study. *BMC Cancer*. 2011 Jan;11(1):129–38.
- [4] Borner MM, Schöffski P, De Wit R, Caponigro F, Comella G, Sulkes A, et al. Patient preference and pharmacokinetics of oral modulated UFT versus intravenous fluorouracil and leucovorin: a randomised crossover trial in advanced colorectal cancer. *European Journal of Cancer*. 2002;38(3):349–358.
- [5] Fallowfield L, Atkins L, Catt S, Cox A, Coxon C, Langridge C, et al. Patients' preference for administration of endocrine treatments by injection or tablets: results from a study of women with breast cancer. *Ann Oncol*. 2006 Feb 1;17(2):205–10.
- [6] Simchowicz B, Shiman L, Spencer J, Brouillard D, Gross A, Connor M, et al. Perceptions and Experiences of Patients Receiving Oral Chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2010 Aug;14(4):447–53.
- [7] Wilson A, Wynn A, Parker H. Patient and carer satisfaction with 'hospital at home': quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2002;52(474):9–13.
- [8] Lembersky BC, Wieand HS, Petrelli NJ, O'Connell MJ, Colangelo LH, Smith RE, et al. Oral uracil and tegafur plus leucovorin compared with intravenous fluorouracil and leucovorin in stage II and III carcinoma of the colon: results from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol C-06. *J Clin Oncol*. 2006;24(13):2059–64.
- [9] Aisner J. Overview of the changing paradigm in cancer treatment: Oral chemotherapy. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2007 Jan 1;64(9):S4–7.
- [10] Carmichael J, Popiela T, Radstone D, Falk S, Borner M, Oza A, et al. Randomized comparative study of tegafur/uracil and oral leucovorin versus parenteral fluorouracil and leucovorin in patients with previously untreated metastatic colorectal cancer. *Journal of clinical oncology*. 2002;20(17):3617–27.
- [11] Rischin D, White MA, Matthews JP, Toner GC, Watty K, Sulkowski AJ, et al. A randomised crossover trial of chemotherapy in the home: patient preferences and cost analysis. *Med J Aust*. 2000 Aug ;173(3):125–7.

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
- [12] Pfeiffer P, Mortensen JP, Bjerregaard B, Eckhoff L, Schønnemann K, Sandberg E, et al. Patient preference for oral or intravenous chemotherapy: A randomised cross-over trial comparing capecitabine and Nordic fluorouracil/leucovorin in patients with colorectal cancer. *European Journal of Cancer*. 2006;42(16):2738–43.
- [13] Goździewicz B, Strugała M, Talarska D, Stanisławska J, Bączyk G. Functioning of people with colorectal cancer during chemotherapy. Demographic and clinical determinants of quality of life of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. Pilot study. *European Journal Of Cancer Care*. 2017 May;26(3).
- [14] Lorusso D, Bria E, Costantini A, Di Maio M, Rosti G, Mancuso A. Patients' perception of chemotherapy side effects: Expectations, doctor-patient communication and impact on quality of life - An Italian survey. *European Journal of Cancer Care*. 2017;26(2):e12618.
- [15] Régnier-Denois V, Rousset-Guarato V, Nourissat A, Bourmaud A, Chauvin F. Contribution of a preliminary socio-anthropological survey to the development of a therapeutic patient education programme for patients receiving oral chemotherapy. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*. 2010;2(2):S101–7.
- [16] Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot JL, Lobstein A, Rubinstein I, et al. Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France. *Bulletin du cancer*. 2007;94(5):483–488.
- [17] Dobremez V. Analyse de situation et évaluation de la faisabilité d'un programme éducatif individuel, auprès de patients sous thérapie anticancéreuse par voie orale [Thèse de doctorat d'Université de pharmacie]. Grenoble : Université Joseph Fourier, 2013.
- [18] Catania C, Didier F, Leon ME, Sbanotto A, Mariani L, Nolè F, et al. Perception that oral anticancer treatments are less efficacious: development of a questionnaire to assess the possible prejudices of patients with cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2005 Aug;92(3):265–72.
- [19] Marie D, Dany L, Cannone P, Dudoit E, Duffaud F. Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie: enjeux pour la définition de la situation thérapeutique. *Bulletin du Cancer*. 2010;97(5):577–587.
- [20] Regnier-Denois V, Poirson J, Pouyalet FS, Chauvin F. La chimiothérapie par voie orale: représentations et pratiques des oncologues et des patients. *Psycho-oncologie*. 2009;3(3):168–175.

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
- [21] Charles C, Sultan S, Bungener C, Mateus C, Lanoy É, Dauchy S, et al. Impact des toxicités cutanées associées aux thérapies ciblées sur la qualité de vie. Résultats d'une étude pilote longitudinale. *Bulletin du Cancer*. 2013;100(3):213.
- [22] Yost KJ, Hahn EA, Zaslavsky AM, Ayanian JZ, West DW. Predictors of health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Health & Quality of Life Outcomes*. 2008 Jan;6:1–10.
- [23] Torbit LA, Albiani JJ, Crangle CJ, Latini DM, Hart TL. Fear of recurrence: the importance of self-efficacy and satisfaction with care in gay men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*. 2015 Jun;24(6):691–8.
- [24] Sato M, Sumi N. Factors related to self-efficacy among men and women undergoing outpatient chemotherapy in Japan. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015 Dec;29(4):745–50.
- [25] Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 1993 Mar 3;85(5):365–76.
- [26] Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*. 2002 Jan 1;17(1):1–16.
- [27] Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999 Dec;47(6):555–67.
- [28] Schwarzer R, Jerusalem M. The general self-efficacy scale (GSE). *Anxiety, Stress, and Coping*. 2010;12:329-345.
- [29] Dumont M, Schwarzer R, Jerusalem M. Sentiment d'auto-efficacité. Traduction française du « Generalized Sel-Efficacy Scale » développée par Schwarzer (1993) [Internet]. 1993. Available from : <http://userpage.fuberlin.de/~health/french.html>
- [30] Jalenques, I, Bézy, O, Curé, H. Spécificités de la psycho-oncologie du sujet âgé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2007 ; 165(3), 209-215.
- [31] Brédart A., Bouleuc, C. et Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*.2005 Jul;17(4):351-4
- [32] Boons CCLM, Timmers L, van Schoor NM, Swart EL, Hendrikse NH, Janssen JJWM, et al. Patient satisfaction with information on oral anticancer agent use. *Cancer Medicine*. 2018;7(1):219–28.

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
- [33] Arfé E, Bombail M, Roché H, Gagnayre R. Quelles compétences peuvent être mobilisées par des patientes atteintes de cancer du sein durant leur parcours de soin? Une enquête par entretiens auprès de patientes et de professionnels d'un centre de lutte contre le cancer. *Education Thérapeutique du Patient*. 2012;4(1):11–22.
- [34] Chau I, Legge S, Fumoleau P. The vital role of education and information in patients receiving capecitabine (Xeloda®). *European Journal of Oncology Nursing*. 2004;8, Supplement 1:S41–53.
- [35] Sainio C, Eriksson E. Keeping cancer patients informed: a challenge for nursing. *European journal of oncology nursing*. 2003;7(1):39–49.
- [36] Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *J Adv Nurs*. 1999 Feb;29(2):490–8.
- [37] Wan GJ, Counte MA, Cella DF, Hernandez L, Deasy S, Shiimoto G. An Analysis of the Impact of Demographic, Clinical, and Social Factors on Health-Related Quality of Life. *Value in Health*. 1999 Jul 1;2(4):308–18.
- [38] Rischin D, White MA, Matthews JP, Toner GC, Watty K, Sulkowski AJ, et al. A randomised crossover trial of chemotherapy in the home: patient preferences and cost analysis. *Med J Aust*. août 2000;173(3):125-7.
- [39] Thuné-Boyle ICV, Myers LB, Newman SP. The Role of Illness Beliefs, Treatment Beliefs, and Perceived Severity of Symptoms in Explaining Distress in Cancer Patients During Chemotherapy Treatment. *Behavioral Medicine*. 2006;32(1):19–29.

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques et biomédicales des participants (n = 130), traités par voie intraveineuse et par voie orale.

Caractéristiques	Voie intraveineuse	Voie orale
Nombre de participants	72	58
Age	52 (ET = 14,21)	59,6 (ET = 11,91)
Genre		
Femmes	16	14
Hommes	56	44
Stade du cancer		
<i>Primaire</i>	60	28
<i>Métastaté</i>	12	30
Ancienneté de la maladie		
<i>Moins d'un an</i>	17	2
<i>Entre 1 et 5 ans</i>	44	35
<i>Entre 6 et 10 ans</i>	6	14
<i>Entre 11 et 15 ans</i>	4	4
<i>Plus de 16 ans</i>	1	3
Ancienneté de la prescription		
<i>Moins d'un an</i>	30	15
<i>Entre 1 et 5 ans</i>	38	39
<i>Entre 6 et 10 ans</i>	2	3
<i>Entre 11 et 15 ans</i>	2	1
<i>Plus de 16 ans</i>	0	0

Tableau 2 Comparaison des scores moyens de représentations de la maladie, des traitements, du sentiment d'auto-efficacité et de la qualité de vie des participants traités par voie orale et des participants traités par voie intraveineuse et taille d'effet

Outils	Sous-échelle	Voie orale	Voie	<i>t</i>	<i>p/2</i>	<i>d</i>
		M(ET)	intraveineuse M(ET)			
IPQ-r	Conséquences (sévérité perçue)	3,44 (0,74)	4,16 (0,7)	5,7	0,001	0,9
	Perception de chronicité	3,17 (0,76)	3,34 (1)	1,07	0,14	-
	Impact émotionnel	3,18 (0,94)	3,37 (0,77)	1,26	0,11	-
	Compréhension de la maladie	2,82 (1,03)	3,18 (0,77)	2,2	0,001	0,39
	Perception de contrôle personnel sur la maladie	3 (0,82)	3,22 (0,8)	1,5	0,07	-
	Perception de contrôle du traitement sur la maladie	3,28 (0,64)	3,41 (0,5)	1,29	0,09	-
BMQ	Dangerosité perçue du traitement	3,02 (0,9)	2,66 (0,9)	-2,35	0,01	0,41
	Dangerosité des médicaments	3,25 (0,9)	3,1 (0,9)	-0,944	0,17	-
	Nécessité perçue du traitement	2,13 (1,3)	2,12 (1,23)	-0,049	0,48	-
GSE-10	Sentiment d'auto-efficacité			-0,42	0,34	-
QLQ-C30	Qualité de vie - physique	2,08 (0,78)	2,21 (0,68)	1,02	0,154	-
	Qualité de vie – émotionnelle	2,39 (0,87)	2,41 (0,88)	0,135	0,446	-
	Qualité de vie – sociale	2,48 (0,98)	2,71 (0,98)	1,35	0,09	-
	Qualité de vie – cognitif	2,39 (1,02)	2,09 (0,91)	1,74	0,04	0,30
	Qualité de vie - rôle	2,86 (0,98)	2,53 (0,91)	1,95	0,026	0,34
	Poids des effets secondaires	2,4 (0,68)	2,64 (0,76)	2,19	0,015	0,39
	Impact financier	1,84 (1,09)	2,54 (1,19)	3,45	0,001	0,61
	Qualité de vie perçue	4,15 (1,37)	4,05 (1,39)	-0,45	0,33	-