



HAL
open science

Évaluation de la satisfaction de patientes atteintes d'un cancer du sein précoce traitées en adjuvant par hormonothérapie

Julie Vardanega, Julie Henriques, Charlotte Pourcelot, Camille Dirand, Gilles Nallet, Anne Brédart, Amélie Anota, Loïc Chaigneau, Elsa Curtit, Samuel Limat, et al.

► **To cite this version:**

Julie Vardanega, Julie Henriques, Charlotte Pourcelot, Camille Dirand, Gilles Nallet, et al.. Évaluation de la satisfaction de patientes atteintes d'un cancer du sein précoce traitées en adjuvant par hormonothérapie. Bulletin du Cancer, 2019, 106, pp.1104 - 1114. 10.1016/j.bulcan.2019.08.019 . hal-03488396

HAL Id: hal-03488396

<https://hal.science/hal-03488396>

Submitted on 21 Dec 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Evaluation de la satisfaction de patientes atteintes d'un cancer du sein précoce traitées en adjuvant par hormonothérapie

Adjuvant hormonal therapy for early breast cancer: assessment of patients' satisfaction

Julie VARDANEGA¹, Julie HENRIQUES^{2,3}, Charlotte POURCELOT¹, Camille DIRAND¹, Gilles NALLET⁴, Anne BREDART^{5,6}, Amélie ANOTA^{2,3,7}, Loïc CHAIGNEAU⁸, Elsa CURTIT⁸, Samuel LIMAT^{1,3}, Sophie PAGET-BAILLY^{2,3}, Virginie NERICH^{1,3*}

¹ Pôle Pharmaceutique, Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, 3 boulevard Fleming, 25 030 Besançon cedex, France

² Unité de méthodologie et de qualité de vie en oncologie, Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, 3 boulevard Fleming 25030 Besançon cedex, France

³ Université Bourgogne Franche-Comté, INSERM, EFS BFC, UMR1098, Interactions Hôte-Greffon-Tumeur/Ingénierie Cellulaire et Génique, Fédération Hospitalo-Universitaire INCREASE, 8 rue du Dr Jean-François Xavier Girod, 25000 Besançon, France

⁴ Oncologie, Réseau Régional de Cancérologie, Pôle Cancérologie, 2 boulevard Fleming, 25030 Besançon cedex, France

⁵ Département des soins de soutien, Unité de psycho-oncologie, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75005 Paris Cedex 05, France

⁶ Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, Université Paris Descartes, 71 Avenue Edouard Vaillant, 92774 Boulogne-Billancourt, France

⁷ Plateforme nationale qualité de vie et cancer, 3 boulevard Fleming, 25030 Besançon cedex, France

⁸ Oncologie médicale, Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, 3 boulevard Fleming, 25030 Besançon cedex, France

*** Auteur correspondant :** Virginie NERICH

Centre Hospitalier Universitaire de Besançon – Pôle Pharmaceutique, 3 boulevard Fleming, 25 030 Besançon Cedex

Email: v1nerich@chu-besancon.fr

Résumé

Introduction : Depuis le plan cancer, l'évaluation des pratiques professionnelles est indispensable pour s'assurer de la mise en œuvre de soins de haute qualité. Évaluer la satisfaction des patients est un des piliers pour des soins de haute qualité. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la satisfaction de patientes atteintes d'un cancer du sein de stade précoce traitées par hormonothérapie, l'objectif secondaire d'identifier les facteurs associés à la satisfaction. **Méthode :** Le questionnaire EORTC OUT-PATSAT 35 modifié a été envoyé à un échantillon de patientes franc-comtoises afin d'évaluer neuf dimensions de satisfaction parmi lesquelles les qualités relationnelles, les informations fournies, la satisfaction globale. Pour chaque dimension, un score de satisfaction compris entre 0 (satisfaction nulle) et 100 (satisfaction élevée) a été mesuré. Des modèles de régression logistique ont permis d'étudier les facteurs associés à la satisfaction. **Résultats :** Le score moyen de satisfaction globale des 280 patientes ayant répondu était de 73 [0 – 100]. Pratiquer une activité extra-professionnelle était associé à une satisfaction plus élevée pour plusieurs dimensions (*odds ratio* entre 2,80 et 4,12 ; $p < 0,05$) alors qu'elle était diminuée en cas d'appétit modifié (*odds ratio* entre 0,27 et 0,52 ; $p < 0,05$). Aucun lien n'a été démontré entre la satisfaction et l'observance thérapeutique des patients. **Discussion :** Les patientes étaient satisfaites et plusieurs facteurs impactant leur satisfaction ont été identifiés, sur la base d'un questionnaire qui doit évoluer pour prendre en compte l'aspect ambulatoire de leur prise en charge. Lors des consultations, une attention particulière sera portée sur ces facteurs.

Mots clés : adjuvant, cancer du sein, chimiothérapie, hormonothérapie, satisfaction

Abstract

Introduction: Since the cancer plan, evaluation of professional practices is essential to ensure the implementation of high-quality health care. Assess patient satisfaction is one of the pillars of high-quality health care. The main objective of the study was to assess the satisfaction of patients with early breast cancer taking a hormonal therapy, the secondary objective was to identify factors associated with their satisfaction. **Methods:** The modified EORTC OUT-PATSAT-35 questionnaire was sent to a sample of patients in Franche-Comté in order to evaluate nine dimensions of satisfaction among which interpersonal skills, provided information, and overall satisfaction. For each dimension, a satisfaction score between 0 (zero satisfaction) and 100 (high satisfaction) was measured. Logistic regression analyses were used to study the factors associated with satisfaction. **Results:** The mean overall satisfaction score for the 280 patients who answered was 73 [0 – 100]. Practice an extra-professional activity was associated with higher satisfaction for several dimensions (*odds ratio* between 2.80 and 4.12, $p < 0.05$) whereas it was decreased in the case of a modified appetite (*odds ratio* between 0.27 and 0.52, $p < 0.05$). No link has been shown between satisfaction and adherence. **Discussion:** The patients were satisfied and several factors impacting their satisfaction were identified, based on a questionnaire that must evolve to take into account the ambulatory aspect of their care. During the consultations, particular attention will be paid to these factors.

Keywords: adjuvant, breast cancer, chemotherapy, hormonal therapy, satisfaction

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité des soins se définit par « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé [...] pour sa plus grande satisfaction* » [1]. Elle repose sur plusieurs piliers parmi lesquels on retrouve l'efficacité du traitement, la sécurité de prise en charge du patient permettant notamment l'absence d'événements indésirables graves évitables, l'équité dans l'accès aux soins et la coordination de l'équipe soignante pour une approche multidisciplinaire [2]. La garantie d'un accès à des soins de haute qualité repose aussi sur une prise en charge centrée sur le patient. En cancérologie, le plan cancer 2014 – 2019 spécifie qu'il est nécessaire d'encadrer et d'évaluer la prise en charge des personnes atteintes de cancer [3]. Il apparaît donc incontournable d'évaluer leur satisfaction à l'égard des soins [4–6].

La satisfaction des patients permet notamment d'appréhender leur perception de l'efficacité des interventions et des services de soins. Elle peut également influencer leur comportement et se répercuter sur le résultat des soins [7]. Il s'agit d'un concept multidimensionnel qui permet d'évaluer plusieurs échelles de qualité des soins [8]. Différents éléments ont été identifiés comme importants pour les patients atteints de cancer et comprennent les compétences techniques, interpersonnelles, la communication entre professionnels de santé, ainsi que l'accessibilité des services [9,10]. D'autres travaux tendent à montrer que la satisfaction des patients est également associée à l'empathie de leur oncologue [11]. Initialement, la majorité des questionnaires de satisfaction étaient développés dans des pays anglo-saxons et rarement validés dans différents pays et cultures [12]. L'*European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) a donc développé et validé les questionnaires EORTC IN-PATSAT 32, pour le patient hospitalisé, EORTC OUT-PATSAT 35, pour le patient traité par chimiothérapie ou radiothérapie en ambulatoire [7,12]. Ces derniers permettent d'évaluer la satisfaction globale des soins, la satisfaction du patient vis-à-vis de l'équipe médicale et paramédicale et de l'organisation du service de prise en charge.

Dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, une étude observationnelle, prospective et multicentrique a été réalisée par Pourcelot et al. auprès de patientes franc-comtoises ayant un cancer du sein de stade précoce, traitées en adjuvant par hormonothérapie entre février et mars 2016 [13]. Les objectifs de cette étude princeps étaient de déterminer la prévalence de l'observance thérapeutique et d'identifier les facteurs de risque de non-observance thérapeutique. Moins d'un tiers des patientes se déclarent non observantes [Intervalle de confiance à 95 % (IC) = 26 – 36,9]. Trois facteurs de risque ont été identifiés : la prise de plus de deux médicaments pour traiter les comorbidités (*odds ratio* (OR) = 2,695 [IC = 1,406 – 5,155] ; p = 0,003), un âge de moins de 65 ans (OR = 2,305 [IC = 1,239 –

4,287] ; $p = 0,008$) et la prise en charge dans un centre hospitalier universitaire ($OR = 1,997$ [IC = 1,149 – 3,471] ; $p = 0,014$).

L'étude ancillaire présentée ci-dessous avait quant à elle pour objectif principal d'évaluer la satisfaction de ces patientes vis-à-vis de leur prise en charge, et pour objectif secondaire d'identifier les facteurs associés à leur satisfaction.

Méthodes

Sélection des patientes

Comme présenté dans l'étude menée par Pourcelot et al., un échantillon de 428 patientes a été sollicité par voie postale pour participer à l'enquête [13]. Il s'agissait de patientes âgées de 18 ans et plus, ayant un cancer du sein de stade précoce avec récepteurs hormonaux positifs, traitées par une chimiothérapie néoadjuvante et/ou adjuvante entre 2010 et 2015 puis par hormonothérapie pendant au moins un mois, prises en charge dans quatre centres hospitaliers franc-comtois (un centre universitaire et trois centres généraux). Ces patientes ont été identifiées à l'aide du logiciel de prescription franc-comtois Bonnes Pratiques de Chimiothérapies® et de leur dossier médical. L'échantillon a été stratifié sur le centre, l'administration du trastuzumab et la durée sous hormonothérapie (< 12 mois ; 12 – 23 mois ; 24 – 35 mois ; 36 – 47 mois ; > 48 mois).

Caractéristiques des patientes

Le questionnaire envoyé aux patientes de l'étude recueillait les informations suivantes :

- Partie 1 – Informations sur les caractéristiques sociodémographiques des patientes : âge, statut marital, enfant(s) à charge, niveau d'étude, retraitée, pratique d'une activité extra-professionnelle (danse, lecture, musique, jardinage, sport ou autres activités) ;
- Partie 2 – Informations sur la prise en charge thérapeutique du cancer : type de chirurgie, type de chimiothérapie (néo-adjuvante/adjuvante), traitement par trastuzumab, radiothérapie, ancienneté et nombre de séquences d'hormonothérapie, fréquence des consultations chez l'oncologue et le médecin traitant, établissement de prise en charge ;
- Partie 3 – Évaluation de l'observance thérapeutique à partir de deux échelles validées ;
- Partie 4 – Informations sur l'entourage et l'environnement des patientes : entourage informé du cancer, adhésion à une association de malades, présence d'un aidant ;
- Partie 5 – Informations sur les éventuelles autres maladies chroniques dont sont atteintes les patientes ;
- Partie 6 – Évaluation de l'impact de la prise d'hormonothérapie sur la vie quotidienne des patientes :

- état de santé ressenti au cours de la dernière semaine écoulée évalué entre 0 et 10 [0 correspondant au pire état de santé imaginable et 10 au meilleur état de santé imaginable] ;
- fatigue engendrée, perturbation du sommeil, altération du moral, modification de l'appétit, activités habituelles au domicile et à l'extérieur limitées, induction d'une humeur dépressive, impact sur la vie professionnelle et isolement [items évalués en oui/non].

Les caractéristiques tumorales (premier cancer, multiples localisations tumorales, grade *Scarff-Bloom-Richardson* (SBR), stade tumoral, envahissement ganglionnaire) ont été recueillies dans le dossier médical des patientes.

Évaluation de la satisfaction

Le questionnaire EORTC OUT-PATSAT-35 a été utilisé pour évaluer la satisfaction des patientes. Il comporte 35 items regroupés en 13 dimensions qui évaluent :

- vis-à-vis du médecin oncologue :
 - leurs compétences techniques : connaissances, expérience, évaluation des symptômes physiques ;
 - leurs qualités relationnelles : leur intérêt et écoute par rapport aux questionnements et problématiques des patientes ;
 - les informations qu'ils fournissent sur la maladie, les tests médicaux et le traitement ;
 - leur disponibilité : le temps qu'ils consacrent aux patientes ;
- vis-à-vis des infirmières, les 4 mêmes dimensions citées ci-dessus ;
- vis-à-vis de l'organisation du service de soin :
 - les échanges d'informations entre soignants : cohérence et identification du médecin de référence ;
 - les informations reçues par la patiente : gentillesse du service de soins et informations fournies sur l'organisation des examens, des traitements et des soins ;
 - le délai d'attente des patientes : pour les consultations, les tests médicaux, les traitements ;
 - l'environnement hospitalier : l'accès à l'établissement et au service de soins, l'orientation au sein de l'établissement ;
- la satisfaction globale du patient concernant la prise en charge de son cancer.

Les 11 items concernant les quatre dimensions relatives aux infirmières du service de soins de EORTC OUT-PATSAT-35 n'ont pas été conservés car non applicables à l'étude. Ainsi, 24

items relatifs à la satisfaction vis-à-vis du médecin oncologue, de l'organisation du service, et la satisfaction globale du patient par rapport à la prise en charge de son cancer ont été conservés (Annexe 1).

Au travers du questionnaire modifié, les neuf dimensions explorées étaient : les compétences techniques, les qualités relationnelles, les informations fournies, la disponibilité, l'échange d'informations, les informations reçues par la patiente, le délai d'attente, l'environnement et la satisfaction globale. Pour chaque dimension, un score de satisfaction compris entre 0 (satisfaction nulle) et 100 (la plus haute satisfaction possible) était mesuré, un score élevé indiquant un haut degré de satisfaction. Le seuil de 75 a été défini afin de dichotomiser les scores de satisfaction : un score de 75 ou plus était associé à une satisfaction élevée alors qu'un score de moins de 75 à une satisfaction modérée.

Analyse statistique

Le taux de participation et son intervalle de confiance à 95 % ont été estimés. Une comparaison des caractéristiques des patientes ayant répondu au questionnaire (« répondants ») et celles n'ayant pas répondu (« non-répondants ») a été réalisée.

Les variables continues (caractéristiques des patientes à l'inclusion et score de satisfaction pour chaque dimension évaluée) ont été décrites avec la médiane et l'étendue (min-max) et les variables catégorielles par leur fréquence et pourcentage.

Le taux de remplissage du questionnaire et son intervalle de confiance à 95 % ont été estimés [13]. À l'aide d'un test de χ^2 , une comparaison des caractéristiques à l'inclusion entre les patientes ayant rempli le questionnaire partiellement (si au moins un score manquant) et celles l'ayant rempli entièrement a été réalisée.

Suite à la réduction du nombre d'items du questionnaire de satisfaction, la cohérence interne du questionnaire a été évaluée par le calcul du coefficient alpha de Cronbach [14]. Il était attendu que ce coefficient soit supérieur à 0,70.

L'étude des facteurs associés à une satisfaction élevée (score ≥ 75) a été réalisée à l'aide de modèles de régression logistique univariée puis multivariée par bloc (un premier bloc avec les variables démographiques, cliniques et relatives à l'observance thérapeutique, un deuxième bloc avec les variables relatives à l'impact de la prise d'hormonothérapie sur la vie quotidienne des patientes) pour chacune des dimensions. Les variables associées en univarié avec un seuil inférieur ou égal à 0,10 ont été introduites dans le modèle multivarié. La corrélation entre les variables introduites dans le modèle multivarié a également été investiguée. Les régressions logistiques ont été stratifiées sur l'établissement de prise en charge. Les OR ont été décrits avec leur intervalle de confiance et leur *p-value*. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Une comparaison des scores de satisfaction pour chaque dimension selon l'observance thérapeutique a été réalisée à l'aide d'un test de Wilcoxon.

L'ensemble des analyses a été réalisé à l'aide du logiciel SAS version 9.4.

Analyse de sensibilité

Des modèles de régression logistique univariées et multivariées non stratifiés sur l'établissement de prise en charge ont été réalisés comme analyse de sensibilité.

Résultats

Taux de participation et caractéristiques des patientes inclus dans l'étude princeps

Comme présenté dans l'étude princeps de Pourcelot et al., 428 patientes ont été retenues pour participer à l'enquête et 280 ont répondu au questionnaire soit un taux de participation de 65,4 % [60,9 – 69,9] [13]. Les « répondants » et « non-répondants » avaient des caractéristiques tumorales et de prise en charge thérapeutique similaires.

La médiane d'âge des 280 patientes était de 60 ans [31 – 85], 43 % des patientes étaient retraitées (n = 121) et près de 85 % (n = 234) pratiquaient une activité extra-professionnelle (Tableau 1). Il s'agissait d'un premier cancer pour plus de 95 % des patientes (n = 266) et majoritairement de stade II (74 %, n = 62). Toutes les patientes avaient subi une chirurgie et reçu une chimiothérapie néo-adjuvante et/ou adjuvante, 23 % (n = 65) des patientes avaient reçu une thérapie ciblée par trastuzumab et la médiane d'ancienneté de l'hormonothérapie était de 31 mois [1 – 65].

Taux de remplissage du questionnaire de satisfaction et analyse des répondants partiels

Parmi les 280 patientes ayant répondu, 89 % (n = 248) avaient répondu entièrement au questionnaire de satisfaction et 11 % (n = 32) avaient au moins un score de satisfaction manquant.

Les caractéristiques des patientes n'ayant répondu que partiellement au questionnaire de satisfaction étaient similaires à celles des patientes l'ayant entièrement rempli, seules l'évaluation de l'état de santé ressenti au cours de la dernière semaine écoulée et l'ancienneté de l'hormonothérapie différaient : les patientes avec des réponses partielles estimaient leur état de santé ressenti plus élevé (p = 0,0166) et étaient plutôt diagnostiquées avant 2013, donc traitées par hormonothérapie depuis plus longtemps (p = 0,0039) (données non présentées).

Évaluation de la satisfaction des patientes

Le coefficient alpha de Cronbach variait de 0,77 pour la dimension disponibilité à 0,94 pour la dimension informations fournies.

Le score moyen de satisfaction globale était de 73 [0 – 100] et le score médian était de 75 [0 – 100] pour les compétences techniques, les qualités relationnelles, les informations fournies, les informations reçues et la satisfaction globale (Figure 1). Les dimensions pour lesquelles les patientes avaient majoritairement une satisfaction élevée étaient les informations fournies et la satisfaction globale, avec respectivement une satisfaction élevée chez 60 % (n = 161) et 70 % (n = 186) des patientes (Figure 2). Un score de satisfaction modéré était majoritairement retrouvé pour l'environnement, le délai d'attente et la disponibilité des médecins oncologues.

Facteurs influençant la satisfaction des patientes

Les résultats des analyses univariées stratifiées sur l'établissement de prise en charge sont présentés en Annexe 2. L'analyse multivariée démontrait que les patientes pratiquant une activité extra-professionnelle étaient plus satisfaites par rapport à celles qui n'en pratiquaient pas, en termes de compétences techniques (OR = 4,12 [IC = 1,83 – 9,25] ; p = 0,0006), de qualités relationnelles (OR = 3,55 [IC = 1,58 – 8,01] ; p = 0,0022), d'informations fournies par le médecin oncologue (OR = 3,23 [IC = 1,49 – 7,01] ; p = 0,0031), de délai d'attente (OR = 2,80 [IC = 1,22 – 6,46] ; p = 0,0143) et de satisfaction globale (OR = 3,43 [IC = 1,60 – 7,36] ; p = 0,0016) (Tableau 2). Les patientes dont l'appétit n'était pas modifié suite au traitement par hormonothérapie étaient plus satisfaites que les patientes déclarant avoir l'appétit modifié, en termes d'informations fournies (OR = 1,90 [IC = 1,05 – 3,57] ; p = 0,0334), de disponibilité (OR = 3,70 [IC = 1,85 – 7,69] ; p = 0,0002), d'échange d'informations (OR = 3,33 [IC = 1,75 – 6,25] ; p = 0,0003), d'informations reçues (OR = 2,04 [IC = 1,12 – 3,70] ; p = 0,0190), de délai d'attente (OR = 3,22 [IC = 1,64 – 6,67] ; p = 0,0019) et de satisfaction globale (OR = 2,63 [IC = 1,39 – 5,00] ; p = 0,0032). Les patientes traitées par trastuzumab étaient plus satisfaites en termes d'échange d'informations (OR = 2,02 [IC = 1,05 – 3,88] ; p = 0,0346) et les patientes non fatiguées suite au traitement par hormonothérapie étaient globalement plus satisfaites de leur prise en charge (OR = 1,96 [IC = 1,06 – 3,57] ; p = 0,0315). Les patientes retraitées étaient quant à elles plus satisfaites en termes de disponibilité (OR = 1,81 [IC = 1,06 – 3,10] ; p = 0,0311).

Aucune différence significative entre les scores de satisfaction n'a été observée selon l'observance thérapeutique des patientes.

Les résultats des modèles de régression logistique univariées et multivariées non stratifiés sur l'établissement de prise en charge sont similaires aux résultats précédents (Annexe 3).

Discussion

Le Plan Cancer 2014 – 2019 stipule qu'il est nécessaire d'encadrer et d'évaluer la prise en charge des personnes atteintes de cancer [3]. Selon la Haute Autorité de Santé, la satisfaction des patients est une dimension incontournable de mesure de la qualité et peut se répercuter sur

le résultat des soins [4,7]. Son évaluation est donc indispensable. Dans ce contexte, l'objectif de cette étude ancillaire multicentrique était d'évaluer la satisfaction de patientes ayant un cancer du sein de stade précoce traitées par chimiothérapie et en cours de traitement par hormonothérapie en adjuvant.

Notre étude s'intéresse à une population spécifique. Les résultats ne peuvent donc être généralisés aux patientes traitées par hormonothérapie seule. En outre, environ 65 % des patientes sollicitées ont répondu au questionnaire. Ce taux de réponse est similaire à la littérature [15]. Les « répondants » présentaient les mêmes caractéristiques que les « non-répondants ». Les résultats sont donc représentatifs de la population ciblée [13]. Enfin, la satisfaction des patientes a été évaluée à un moment donné par rapport à l'initiation de leur hormonothérapie et donc à des temps différents selon les patientes. Pour limiter ce biais, une stratification selon la durée de l'hormonothérapie a été réalisée.

Dans notre étude ancillaire, le score moyen de satisfaction était de 73 [0 – 100] pour la satisfaction globale. Il s'agit d'un sujet peu exploré dans la littérature, néanmoins ce score a été estimé à 8,59 [1 – 10] sur une échelle de 0 à 10, chez des patients atteints de divers cancers pour la dimension « communication » [16]. Nos patientes peuvent être considérées comme globalement satisfaites de leur prise en charge.

Notre étude a montré que la satisfaction des patientes était associée de manière positive à la pratique d'une activité extra-professionnelle ou d'un traitement par trastuzumab. Ce dernier élément pourrait s'expliquer par le fait que les patientes traitées par trastuzumab bénéficient en Franche-Comté d'un suivi médical initial plus long car nécessitant une consultation oncologique mensuelle durant une année. Les patientes pratiquant une activité physique adaptée en parallèle de leur traitement auraient une meilleure qualité de vie avec notamment une diminution des troubles de l'humeur et de la fatigue [17,18]. Intuitivement la diminution de ces symptômes pourrait permettre aux patientes de prendre davantage de recul par rapport à leur expérience de la maladie et donc augmenter leur satisfaction. Comme démontré au cours de cette étude et dans la littérature, la fatigue et le nombre d'effets indésirables ont un impact négatif sur l'évaluation de la prise en charge des patients [19]. L'un des problèmes majeurs liés à la prise d'hormonothérapie est une modification de l'appétit associé à une perte ou à une prise de poids. Une perte de poids pourrait conduire à une diminution de la satisfaction des patients [20]. Dans l'étude de Feyer et al., plus de 30 % des patients n'étaient pas satisfaits des informations reçues concernant les effets indésirables [19]. D'autres travaux tendent à montrer que les patients atteints de cancer ayant une mauvaise santé physique et étant sans emploi étaient moins satisfaits de leur prise en charge [21]. Leur satisfaction était néanmoins augmentée en cas de bonne communication avec leur oncologue. Inversement la

satisfaction des patients ainsi que leur adhérence au traitement étaient influencées négativement par leur relation avec leur oncologue : le stress de leur oncologue au cours des consultations ou une mauvaise relation patient-oncologue avaient un impact négatif [16,22]. Contrairement aux données ci-dessus, les patientes retraitées étaient plus satisfaites en termes de disponibilité des soignants. Alors qu'il n'existe aucune différence de satisfaction selon l'âge des patients dans cette étude ancillaire, il est démontré dans la littérature que les patients jeunes seraient moins satisfaits de leur prise en charge [10,23,24]. Nos patientes ont toutes reçues une chimiothérapie qu'elle soit néo-adjuvante et/ou adjuvante. Une étude a démontré que les patientes traitées initialement par une chirurgie puis une chimiothérapie étaient davantage touchées par l'anxiété par rapport aux patientes traitées par une chimiothérapie néo-adjuvante [25]. Dans notre étude ancillaire, la satisfaction des patientes n'était pas associée à leur prise charge thérapeutique initiale (chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante).

Aucun lien significatif entre l'observance thérapeutique et la satisfaction n'a été mis en évidence, alors que plusieurs travaux ont montré qu'une meilleure observance thérapeutique était retrouvée chez les patients satisfaits de la communication avec leur oncologue [26,27]. Paranjpe et al. ont réalisé une revue de la littérature mettant en évidence qu'une mauvaise relation patient-oncologue était associée à une non-observance et une non-persistance du traitement [27]. Une étude portant sur des patients atteints de maladies chroniques en service de médecine interne, démontrait que la relation médecin – malade et la satisfaction du malade quant à sa prise en charge étaient significativement associées à une bonne observance thérapeutique [28]. Cependant, il existerait une différence d'observance thérapeutique entre les patientes débutant un traitement par hormonothérapie, qui seraient plus observantes, et les patients traités par des médicaments cytotoxiques [29]. Or, chez les femmes prises en charge pour un cancer du sein de stade précoce avec récepteurs hormonaux positifs, il est actuellement recommandé de réaliser un traitement adjuvant par hormonothérapie pendant au moins cinq ans [30–32]. Cette longue durée de traitement peut compromettre leur observance thérapeutique et donc augmenter le risque de rechute et le taux de mortalité [33–36].

En 2014, Brédart et al. ont réalisé une revue systématique des questionnaires disponibles pour évaluer la satisfaction des patients ambulatoires [37]. Des aspects importants de soins étaient parfois manquants : seulement trois questionnaires, parmi les 14 pris en compte, évaluaient les éléments identifiés comme importants. Ces éléments consistaient notamment à mettre le patient au centre de sa prise en charge en évaluant son information et son éducation, mais aussi en évaluant la coordination des soins et l'intérêt porté par son confort physique et par l'existence d'un soutien émotionnel. À ce jour, un seul questionnaire est validé afin d'évaluer la satisfaction des patients. Le questionnaire EORTC OUT-PATSAT-35 a donc été modifié

afin de mieux correspondre à la population étudiée. Ce questionnaire a été développé pour le patient traité par chimiothérapie injectable ou radiothérapie donc ne prend en compte que l'environnement hospitalier, sans tenir compte de la prise en charge ambulatoire. Depuis les années 2010, les thérapies anticancéreuses administrées par voie orale sont en plein essor [38]. En effet, en 2010 environ 50 molécules anticancéreuses par voie orale détenaient une autorisation de mise sur le marché contre plus de 70 fin 2014. Ce virage ambulatoire de la chimiothérapie anticancéreuse nécessite le développement d'outils adaptés d'évaluation de la satisfaction, de haute performance psychométrique et tenant compte de tous les acteurs impliqués (notamment des professionnels de santé de premier recours que sont les médecins traitants et pharmaciens d'officine). Cela s'inscrirait parfaitement dans le concept anglosaxon de « *patient reported outcome* » (PRO) ou « résultat rapporté par le patient » (sans interprétation du médecin ou d'une tierce personne) devenu, en quelques années, indispensable dans l'évaluation des stratégies thérapeutiques en cancérologie [39].

Conclusion

Pour conclure, cette étude a permis d'évaluer la satisfaction vis-à-vis des soins de patientes prise en charge pour un cancer du sein et traitées par chimiothérapie puis hormonothérapie ainsi que les facteurs associés à cette satisfaction. Nos patientes étaient satisfaites de leur prise en charge et plusieurs facteurs impactant leur satisfaction ont été mis en évidence : la pratique d'activités extra-professionnelles et certains effets indésirables liés à l'hormonothérapie. À partir de ces résultats, un accompagnement adapté et ciblé des patientes pourra être réalisé avec une attention particulière au cours des consultations sur les effets indésirables liés à l'hormonothérapie et sur l'importance de pratiquer des activités extra-professionnelles. En outre, il apparaît important de développer des outils adaptés à l'évaluation de la prise en charge des patients en ambulatoire avec une évaluation des pratiques hospitalières mais également ambulatoires (médecin traitant, pharmacien d'officine). En effet, depuis l'essor des thérapies anticancéreuses orales, une adaptation des organisations hospitalières et ambulatoires est nécessaire pour garantir la dispensation de soins de haute qualité [40].

Conflits d'intérêts : aucun

BIBLIOGRAPHIE

1. Hurlimann C. Approche conceptuelle de la qualité des soins. Actualité et dossier en santé publique. 2001;35:23–8.

2. Tralongo P, Ferraù F, Borsellino N, Verderame F, Caruso M, et al. Cancer patient-centered home care: a new model for health care in oncology. *Ther Clin Risk Manag.* 2011;7:387–92.
3. Institut National Du Cancer. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. [cited 2019 Jun 25]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
4. Haute Autorité de Santé. Dossier de presse : satisfaction des patients hospitalisés et résultats 2016 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux [Internet]. [cited 2019 Jun 25]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/dossier_de_presse_satisfaction_des_patients_hospitalises_et_resultats_2016_qualite_et_t_securite_des_soins_dans_les_hopitaux_e.pdf
5. Staniszewska S, Henderson L. Patients evaluations of their health care: the expression of negative evaluation and the role of adaptive strategies. *Patient Educ Couns.* 2004;55(2):185–92.
6. Hassett MJ, McNiff KK, Dicker AP, Gilligan T, Hendricks CB, et al. High-priority topics for cancer quality measure development: results of the 2012 American Society of Clinical Oncology Collaborative Cancer Measure Summit. *J Oncol Pract.* 2014;10(3):e160–166.
7. Poinot R, Altmeyer A, Conroy T, Savignoni A, Asselain B, et al. Validation multicentrique d'un questionnaire de satisfaction des soins lors d'un traitement de chimiothérapie ou radiothérapie ambulatoire. *Bull Cancer (Paris).* 2006;93(3):315–27.
8. Arraras J, Illarramendi J, Viudez A, Lecumberri M, de la Cruz S, et al. The cancer outpatient satisfaction with care questionnaire for chemotherapy, OUT-PATSAT35 CT: a validation study for Spanish patients. *Support Care Cancer.* 2012;20(12):3269–78.
9. Brédart A, Razavi D, Delvaux N, Goodman V, Farvacques C, et al. A comprehensive assessment of satisfaction with care for cancer patients. *Support Care Cancer.* 1998;6(6):518–23.
10. Lis CG, Rodeghier M, Gupta D. Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient Prefer Adherence.* 2009;3:287–304.
11. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology.* 2012;21(12):1255–64.
12. Brédart A, Bottomley A, Blazeby J, Conroy T. An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). *Eur J Cancer.* 2005;41(14):2120–31.
13. Pourcelot C, Orillard E, Nallet G, Dirand C, Billion-Rey F, et al. Adjuvant hormonal therapy for early breast cancer: an epidemiologic study of medication adherence. *Breast Cancer Res Treat.* 2018;169(1):153–62.
14. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951;16(3):297–334.
15. Sitzia J, Wood N. Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *Int J Qual Health Care.* 1998;10(4):311–7.
16. De Vries AMM, Gholamrezaee MM, Verdonck-de Leeuw IM, Passchier J, Despland J-N, et al. Patient satisfaction and alliance as a function of the physician's self-regulation, the physician's stress, and the content of consultation in cancer care. *Psychooncology.* 2017;26(7):927–34.
17. Naraphong W, Lane A, Schafer J, Whitmer K, Wilson BRA. Exercise intervention for fatigue-related symptoms in Thai women with breast cancer: A pilot study. *Nurs Health Sci.* 2015;17(1):33–41.

18. Paxton RJ, Garner W, Dean LT, Logan G, Allen-Watts K. Health Behaviors and Lifestyle Interventions in African American Breast Cancer Survivors: A Review. *Front Oncol.* 2019;9:1–14.
19. Feyer P, Kleeberg UR, Steingraber M, Günther W, Behrens M. Frequency of side effects in outpatient cancer care and their influence on patient satisfaction--a prospective survey using the PASQOC questionnaire. *Support Care Cancer.* 2008;16(6):567–75.
20. Lis CG, Rodeghier M, Gupta D. Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient Prefer Adherence.* 2009;3:287–304.
21. Trant AA, Szekely B, Mougalian SS, DiGiovanna MP, Sanft T, et al. The impact of communication style on patient satisfaction. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;176:349–56.
22. Stanton AL, Petrie KJ, Partridge AH. Contributors to nonadherence and nonpersistence with endocrine therapy in breast cancer survivors recruited from an online research registry. *Breast Cancer Res Treat.* 2014;145(2):525–34.
23. Sherlaw-Johnson C, Datta P, McCarthy M. Hospital differences in patient satisfaction with care for breast, colorectal, lung and prostate cancers. *Eur J Cancer.* 2008;44(11):1559–65.
24. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CKL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ.* 2009;87(4):271–8.
25. Zdenkowski N, Butow P, Spillane A, Douglas C, Snook K, et al. Patient-reported outcomes with neoadjuvant vs adjuvant systemic therapy for operable breast cancer. *The Breast.* 2019;46:25–31.
26. Jacobs J, Pensak N, Sporn N, MacDonald J, Lennes I, et al. Treatment Satisfaction and Adherence to Oral Chemotherapy in Patients With Cancer. *J Oncol Pr.* 2017;13(5):e474–e485.
27. Paranjpe R, John G, Trivedi M, Abughosh S. Identifying adherence barriers to oral endocrine therapy among breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;174(2):297–305.
28. Ali-Guechi S, Chadli N, Boughandjioua S, Chelghoum A, Boukhris N. Évaluation de l'observance thérapeutique au cours des maladies chroniques : enquête dans un service de médecine interne. *Rev Médecine Interne.* 2017;38:A161.
29. Chevrier R, Praagh IV, Chollet P, Laurent A, Gaume N, et al. Évaluation de l'observance des thérapeutiques orales en oncologie : résultats d'une étude pilote. *J Pharm Clin.* 2011;30(2):83–93.
30. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2015;26(suppl_5):v8–v30.
31. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, Davies C, Godwin J, Gray R, Clarke M, et al. Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of randomised trials. *Lancet.* 2011;378(9793):771–84.
32. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet.* 1998;351(9114):1451–67.
33. Davies C, Pan H, Godwin J, Gray R, Arriagada R, et al. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. *Lancet.* 2013;381(9869):805–16.

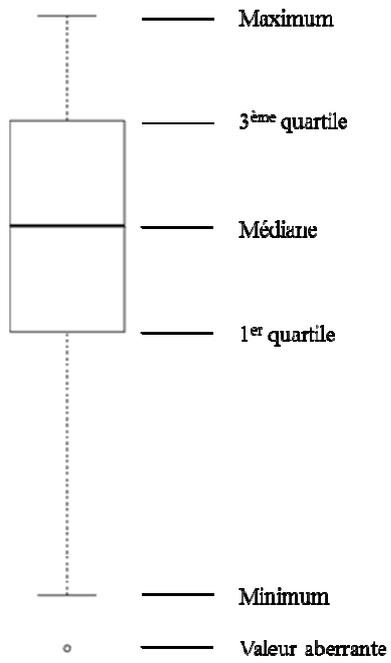
34. Winer EP, Hudis C, Burstein HJ, Wolff AC, Pritchard KI, et al. American Society of Clinical Oncology technology assessment on the use of aromatase inhibitors as adjuvant therapy for postmenopausal women with hormone receptor-positive breast cancer: status report 2004. *J Clin Oncol*. 2005;23(3):619–29.
35. McCowan C, Shearer J, Donnan PT, Dewar JA, Crilly M, et al. Cohort study examining tamoxifen adherence and its relationship to mortality in women with breast cancer. *Br J Cancer*. 2008;99(11):1763–8.
36. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 2005;365(9472):1687–717.
37. Brédart A, Kop J-L, Efficace F, Beaudreau A, Brito T, et al. Quality of care in the oncology outpatient setting from patients' perspective: a systematic review of questionnaires' content and psychometric performance. *Psychooncology*. 2015;24(4):382–94.
38. Institut National Du Cancer. La chimiothérapie orale du cancer en 2014 [Internet]. [cited 2019 Jun 25]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-chimiotherapie-orale-du-cancer-en-2014>
39. Baumann C, Briançon S. Maladie chronique et qualité de vie : enjeux, définition et mesure. *Actual Doss En Santé Publique*. 2010;(72):19 – 21.
40. Agence Régionale de Santé. Anticancéreux oraux : Etat des lieux en Ile-de-France [Internet]. [cited 2019 Jun 25]. Available from: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/AKO-idf-2017-rapport-anticancereux_0.pdf

Légende des figures

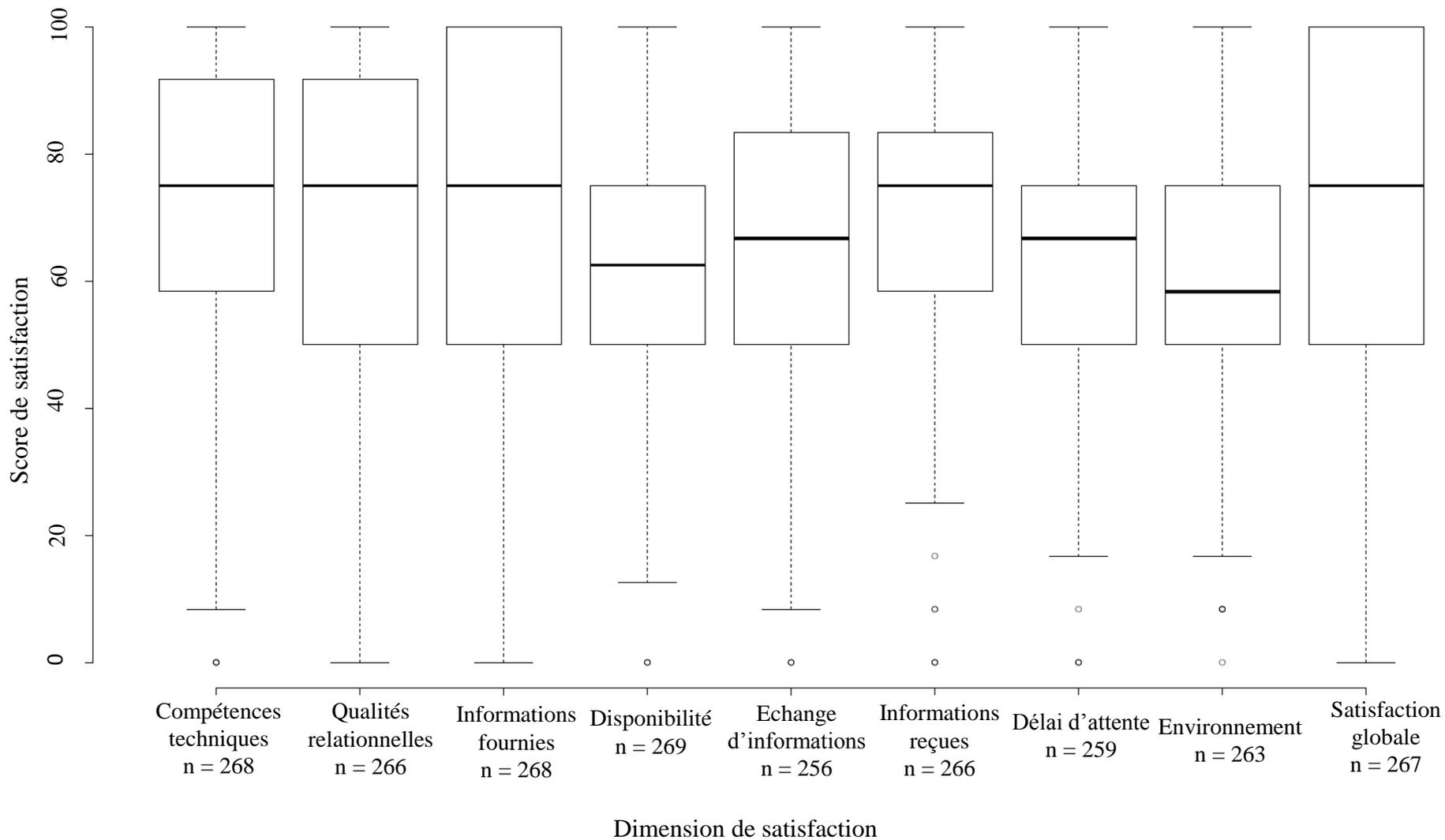
Figure 1 : Score de satisfaction de 280 patientes ayant un cancer du sein de stade précoce traitées par hormonothérapie selon les différentes dimensions de satisfaction évaluées

Figure 2 : Comparaison des scores de satisfaction modérée et élevée de 280 patientes ayant un cancer du sein de stade précoce traitées par hormonothérapie selon les différentes dimensions de satisfaction évaluées

Légende :



Valeur aberrante = valeur extrême qui diffère de façon importante de la distribution pour une même variable



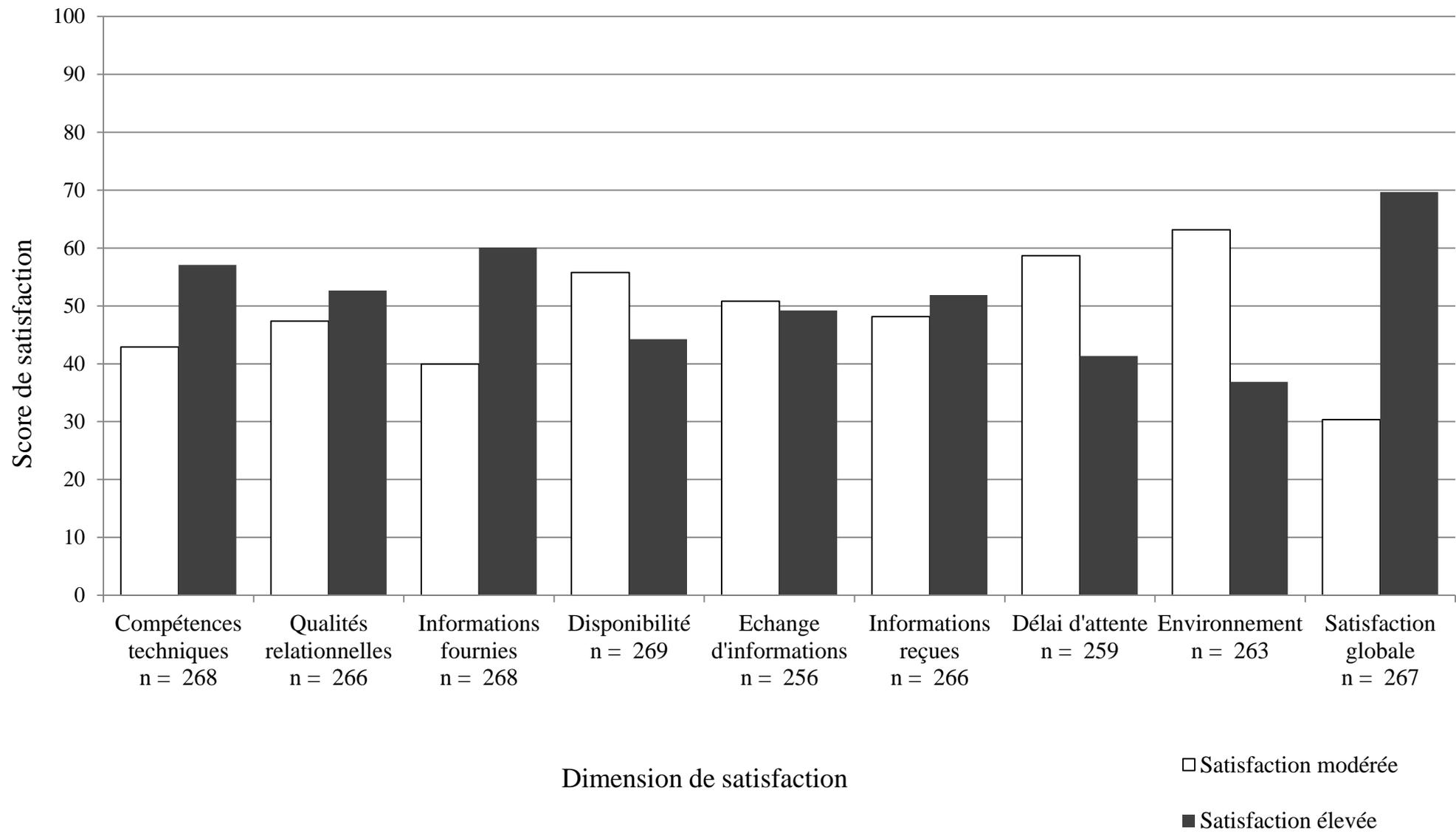


Tableau 1 : Caractéristiques de 280 patientes ayant un cancer du sein de stade précoce traitées par hormonothérapie au moment de l'enquête

Caractéristiques sociodémographiques	
Age au moment l'enquête, ans, médiane [min – max]	60 [31 – 85]
Statut marital*, n (%)	
<i>Seule</i>	84 (30)
<i>Accompagnée</i>	194 (70)
Enfant(s) à charge*, n (%)	84 (30)
Diplôme*, n (%)	
<i>Aucun ou certificat d'études primaires, études initiales</i>	65 (24)
<i>Brevet des collèges, CAP, BEP</i>	89 (32)
<i>Baccalauréat professionnel, supérieur</i>	120 (44)
Retraitée*, n (%)	121 (43)
Pratique d'une activité extra-professionnelle*, n (%)	234 (85)
Caractéristiques tumorales	
Premier cancer*, n (%)	266 (95)
Multiplés localisations tumorales*, n (%)	44 (16)
Grade <i>Scarff-Bloom-Richardson</i> *, n (%)	
1	27 (10)
2	165 (59)
3	86 (31)
Stade tumoral*, n (%)	
I	6 (7)
II	62 (74)
III	16 (19)
Envahissement ganglionnaire*, n (%)	65 (49)
Prise en charge thérapeutique du cancer	
Chirurgie*, n (%)	
<i>Mastectomie</i>	102 (37)
<i>Tumorectomie</i>	174 (63)
Chimiothérapie*, n (%)	
<i>Néo-adjuvante</i>	49 (18)
<i>Adjuvante</i>	230 (82)
Trastuzumab, n (%)	65 (23)
Radiothérapie*, n (%)	266 (96)
Ancienneté de l'hormonothérapie*, mois, médiane [min – max]	31 [1 – 65]
Nombre de séquences d'hormonothérapie	
1	209 (75)
2	51 (18)
3	18 (6)
4	2 (1)
Fréquence des consultations chez l'oncologue	
<i>Ne voit plus son oncologue</i>	11 (4)
<i>1 fois par an</i>	63 (25)
<i>2 fois par an</i>	127 (50)
<i>≥ 3 fois par an</i>	53 (21)
Fréquence des consultations chez le médecin traitant	
<i>≤ 2 fois par an</i>	42 (19)
<i>3 à 4 fois par an</i>	92 (41)
<i>Au moins tous les 2 mois</i>	90 (40)
Etablissement de prise en charge, n (%)	

<i>Centre hospitalier universitaire de Besançon</i>	133 (47)
<i>Centres hospitaliers généraux</i>	147 (52)
Observance thérapeutique	
Patient observant, n (%)	192 (69)
Entourage et environnement	
Entourage informé du cancer*, n (%)	266 (98)
Adhésion à une association de malades*, n (%)	8 (3)
Présence d'un aidant*, n (%)	45 (16)
Maladie(s) chronique(s) associée(s) au cancer	
Oui*, n (%)	147 (56)
Impact de la prise d'hormonothérapie sur la vie quotidienne	
Etat de santé ressenti au cours de la dernière semaine écoulée*, n (%)	
< 7	93 (36)
≥ 7	166 (64)
Fatigue*, n (%)	135 (51)
Perturbation du sommeil*, n (%)	99 (38)
Altération du moral*, n (%)	71 (27)
Modification de l'appétit*, n (%)	65 (25)
Activité au domicile limitée*, n (%)	63 (24)
Activité extérieure limitée*, n (%)	60 (23)
Humeur dépressive*, n (%)	47 (18)
Vie professionnelle impactée*, n (%)	38 (17)
Isolement*, n (%)	17 (7)

*Données manquantes

Abréviations : BEP = Brevet d'Etudes Professionnelles, CAP = Certificat d'Aptitude Professionnelle

Tableau 2 : Analyse multivariée des facteurs associés à la satisfaction de 280 patientes ayant un cancer du sein de stade précoce traitées par hormonothérapie selon les différentes dimensions de satisfaction évaluées

Dimensions de satisfaction évaluées	Description	n patients avec une satisfaction élevée (%)	Odds ratio [Intervalle de confiance à 95%]	p-value
Compétences techniques, n = 244		138 (56,6)		
<i>Pratique d'une activité extra-professionnelle, n = 210</i>	oui vs non	128 (60,9) vs 10 (29,4)	4,12 [1,83 – 9,25]	0,0006
<i>Absence d'isolement suite à un traitement par hormonothérapie, n = 229</i>	oui vs non	134 (58,8) vs 4 (26,7)	4,76 [1,43 – 16,67]	0,0110
Qualités relationnelles, n = 244		127 (52,0)		
<i>Pratique d'une activité extra-professionnelle, n = 206</i>	oui vs non	116 (56,3) vs 11 (28,9)	3,42 [1,57 – 7,46]	0,0020
<i>Sommeil non perturbé suite à un traitement par hormonothérapie, n = 151</i>	oui vs non	87 (57,6) vs 40 (43,0)	1,85 [1,09 – 3,23]	0,0227
Informations fournies, n = 243		144 (59,3)		
<i>Pratique d'une activité extra-professionnelle, n = 208</i>	oui vs non	131 (63,0) vs 13 (37,1)	3,23 [1,49 – 7,01]	0,0031
<i>Chirurgie, n = 152</i>	tumorectomie vs mastectomie	98 (64,5) vs 46 (50,5)	1,89 [1,07 – 3,23]	0,0265
<i>Appétit non modifié suite à un traitement par hormonothérapie, n = 183</i>	oui vs non	116 (63,4) vs 28 (46,7)	1,90 [1,05 – 3,57]	0,0334
Disponibilité, n = 251		106 (42,2)		
<i>Retraité, n = 104</i>	retraîtée vs active	54 (51,9) vs 52 (35,4)	1,81 [1,06 – 3,10]	0,0311
<i>Appétit non modifié suite à un traitement par hormonothérapie, n = 190</i>	oui vs non	94 (49,5) vs 12 (19,7)	3,70 [1,85 – 7,69]	0,0002
Echange d'informations, n = 243		116 (47,7)		
<i>Traitement par trastuzumab, n = 54</i>	oui vs non	32 (59,3) vs 84 (44,4)	2,02 [1,05 – 3,88]	0,0346
<i>Appétit non modifié suite à un traitement par hormonothérapie, n = 182</i>	oui vs non	182 (54,4) vs 17 (27,9)	3,33 [1,75 – 6,25]	0,0003
Informations reçues, n = 250		127 (50,8)		
<i>Appétit non modifié suite à un traitement par hormonothérapie, n = 188</i>	oui vs non	104 (81,3) vs 23 (37,1)	2,04 [1,12 – 3,70]	0,0190
Délai d'attente, n = 243		99 (40,7)		
<i>Pratique d'une activité extra-professionnelle, n = 205</i>	oui vs non	90 (43,9) vs 9 (23,7)	2,80 [1,22 – 6,46]	0,0143
<i>Appétit non modifié suite à un traitement par hormonothérapie, n = 184</i>	oui vs non	86 (46,7) vs 13 (22,0)	3,22 [1,64 – 6,67]	0,0019
Environnement, n = 248		90 (36,3)		
<i>Activité au domicile non limitée suite à un traitement par hormonothérapie, n = 187</i>	oui vs non	76 (40,6) vs 14 (22,9)	2,33 [1,19 – 4,55]	0,0134
Satisfaction globale, n = 242		170 (70,2)		
<i>Pratique d'une activité extra-professionnelle, n = 206</i>	oui vs non	153 (74,3) vs 17 (47,2)	3,43 [1,60 – 7,36]	0,0016
<i>Appétit non modifié suite à un traitement par hormonothérapie, n = 183</i>	oui vs non	140 (76,5) vs 30 (50,8)	2,63 [1,39 – 5,00]	0,0032
<i>Absence de fatigue suite à un traitement par hormonothérapie, n = 122</i>	oui vs non	97 (79,5) vs 73 (60,8)	1,96 [1,06 – 3,57]	0,0315

Abréviations : vs = versus.