

Validation du questionnaire MENQOL avec les femmes ayant été traitées pour un cancer gynécologique ou du sein

par Catherine Dolye, Lauran Adams, Alison McAndrew, Stephanie Burlein-Hall, Tracey DasGupta, Jennie Blake et Margaret Fitch

RÉSUMÉ

Objectif : Vérifier, par une évaluation psychométrique du questionnaire MENQOL (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire), un instrument d'autoévaluation ciblé, s'il peut servir à mesurer les symptômes de la ménopause chez les femmes atteintes d'un cancer gynécologique ou du sein.

Méthodologie : Établir la validité apparente et de contenu du questionnaire MENQOL à l'aide d'experts, ainsi que sa fiabilité et sa validité conceptuelle auprès d'un groupe de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer et souffrant d'une ménopause provoquée par le traitement.

Résultats : En tout, 82 femmes ayant une ménopause provoquée par le traitement ont répondu aux questionnaires MENQOL, EORTC-C30 et SVQ. L'évaluation a permis de constater la validité apparente ainsi que la validité de contenu du questionnaire MENQOL, et sa fiabilité (homogénéité et test-retest) et sa validité (concourante et

conceptuelle) se sont révélées acceptables. Par ailleurs, 85,5 % des femmes ont rapporté avoir ressenti des bouffées de chaleur. Les symptômes les plus inconfortables ont toutefois été la prise de poids et la fatigue (sentiment d'épuisement).

Implications : Le questionnaire MENQOL peut être utilisé pour évaluer les symptômes de ménopause provoquée par le traitement chez les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer gynécologique ou du sein.

INTRODUCTION

Le cancer et son traitement n'ont pas que des conséquences physiques, mais aussi sociales, émotionnelles, psychologiques et spirituelles (Fitch, 2000). Chez les femmes atteintes de cancer gynécologique ou du sein, le traitement peut provoquer la ménopause, avec une influence variable sur la qualité de vie (Davis, Zinkand et Fitch, 2000). D'un point de vue clinique, il est important de pouvoir mesurer l'impact de la ménopause provoquée par le traitement au moyen d'un instrument normalisé fiable et valide pour la population concernée. Les mesures normalisées facilitent le suivi ainsi que la documentation au fil du temps et aident à repérer les personnes ressentant des effets secondaires et des problèmes relatifs à la qualité de vie. Dans cette étude, nous avons réalisé une évaluation psychométrique du questionnaire MENQOL (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire) sur la qualité de vie des femmes ayant une ménopause provoquée par le traitement.

CONTEXTE

Lorsqu'il y a une ménopause naturelle, les ovaires peuvent continuer à produire de la testostérone et de l'androstènedione qui, en périphérie, se convertissent en œstrogène (Society

of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2006). Par contre, dans le cas d'une ménopause provoquée par le traitement (par chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie), les ovaires, source d'androgène et d'œstrogène, sont retirés prématurément et simultanément, causant une chute brutale d'hormones qui se traduit habituellement par des symptômes aussi soudains que sévères (North American Menopause Society [NAMS], 2007).

Les femmes préménopausées sous traitement pour un cancer gynécologique (ovaires, endomètre, col, vulve) peuvent présenter une insuffisance ovarienne après une chirurgie (ovariectomie bilatérale) ou après une irradiation pelvienne. Quel que soit l'âge de la femme, l'aménorrhée sera permanente si les ovaires reçoivent des doses de rayonnement de 500 à 600 cGy. Les femmes préménopausées traitées pour un cancer du sein peuvent présenter une ménopause ovarienne prématurée après une chimiothérapie, une ablation d'un ou des ovaires ou une prise de médicaments bloquant l'œstrogène (MacDonald, 2007). L'effet de la chimiothérapie sur les ovaires dépend de l'âge, de la dose cumulative et du type d'agent (Feldman, 1989). Dans une proportion de 63 % à 83 %, les femmes qui avaient encore des règles avant le traitement tombent en ménopause après le traitement (Davis, Zinkand et Fitch, 2000).

Les femmes qui présentent une ménopause provoquée par le traitement souffrent plus fréquemment de : symptômes vasomoteurs graves, énergie réduite, insomnie, atrophie vaginale, baisse de désir sexuel, dépression, sautes d'humeur, migraines, sécheresse vaginale, symptômes cardiaques et ostéoporose précoce. Il n'est pas inhabituel que ces femmes se plaignent de dysfonctionnement cognitif (NAMS,

AU SUJET DES AUTEURES

Catherine Dolye, inf. aut., B.Sc.inf., Infirmière principale*

Lauran Adams, inf. aut., B.Sc.inf., Infirmière principale *

Alison McAndrew, B.Sc. RAP, Coordonnatrice de la recherche*

Stephanie Burlein-Hall, inf. aut., B.Sc.inf. M.Éd., Infirmière en pratique avancée*

Tracey DasGupta, inf. aut., M.Sc.inf. CSIO(C), Infirmière en pratique avancée *

D^e Jennie Blake, M.D., M.Sc., FRCSC, Gynécologue conseil*

Margaret Fitch, inf. aut. M.Sc.inf., Ph.D.***, Infirmière-chercheuse

*Au moment de l'étude, ils étaient membres du personnel au Centre de cancérologie Odette (Centre des sciences de la santé Sunnybrook).

**Auteure-ressource : marg.i.fitch@gmail.com

2007). Chacun de ces changements influencerait les dimensions de la qualité de vie, y compris les relations, la satisfaction sexuelle, l'estime de soi, le mieux-être émotionnel et la capacité de reprendre le travail (Davis et al., 2000; Howell, Fitch et Deane, 2003; Cebeci, Yangin, et Tekeli, 2010; Abbott-Anderson et Kwekkeboom, 2012).

En pratique clinique, il est essentiel d'identifier facilement les femmes qui ressentent un impact important sur leur qualité de vie en raison d'une ménopause provoquée par le traitement. Un outil de mesure fiable et valide est absolument nécessaire pour obtenir des évaluations cohérentes et exactes, de même qu'un bon suivi approprié dans le temps. Il doit être facile d'y inscrire des résultats et facile à distribuer si l'outil est destiné au milieu ambulatoire, et doit représenter un très faible fardeau de réponse pour les femmes.

Le questionnaire MENQOL a été élaboré pour mesurer les répercussions de la ménopause sur la qualité de vie chez les femmes ayant vécu une ménopause naturelle (Hilditch et al., 1996). Les femmes atteintes d'un cancer gynécologique ou du sein subissent souvent des traitements susceptibles de provoquer la ménopause. On a avancé l'idée que les symptômes et effets secondaires sont plus intenses lorsque les changements ménopausiques sont causés par le traitement. Un traitement contre le cancer entraîne aussi d'autres effets secondaires et se répercute sur la qualité de vie. Il pourrait en résulter des scores plus élevés dans cet outil de mesure conçu et validé à l'origine pour la population en général. Des éléments somatiques, notamment, pourraient hausser les résultats. C'est pourquoi il est important de valider l'outil parmi une population atteinte du cancer avant de l'utiliser couramment en pratique clinique.

OBJECTIF

Cette étude a été entreprise pour valider les propriétés psychométriques du questionnaire MENQOL lorsqu'appliqué à une population de femmes devenues ménopausées par suite d'un traitement pour un cancer gynécologique ou du sein. Une fois validé dans cette population, cet instrument pourra

servir de base dans les soins centrés sur la personne et permettra de mieux adapter les soins aux femmes souffrant d'effets secondaires potentiellement débilissants.

MÉTHODOLOGIE

Une évaluation psychométrique du MENQOL a été élaborée pour tester sa fiabilité (test-retest et cohérence interne) et sa validité (sur le plan de l'apparence, du contenu et de la conception) auprès des femmes devenues ménopausées par suite d'un traitement pour un cancer gynécologique ou du sein. Les critères d'admissibilité étaient les suivants : diagnostic confirmé de cancer gynécologique ou du sein, traitement d'au moins deux mois contre le cancer, ménopause provoquée par ce traitement, au moins 18 ans, lire et comprendre l'anglais. Les femmes ayant reçu une hormonothérapie au cours des trois mois précédant la cueillette des données ne pouvaient pas participer. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du Centre des sciences de la santé Sunnybrook.

La première étape a consisté à évaluer la validité de l'apparence et du contenu. Pour évaluer la validité de l'apparence, 10 femmes répondant aux critères d'admissibilité et choisies à cette fin se sont fait demander de passer en revue le MENQOL, puis de répondre à cette question : « À quel point pensez-vous que cet outil mesure la qualité de vie d'une femme ayant une ménopause provoquée par le traitement contre le cancer? » Leurs réponses ont été enregistrées selon une échelle de Likert en cinq points, de « 0 » (pas du tout) à « 4 » (très bien). Les autres commentaires que pouvaient avoir les femmes sur l'outil et les instruments étaient aussi consignés.

Pour évaluer la validité du contenu, un échantillon de dix experts réunis à cette fin pour leurs connaissances en oncologie, en qualité de vie, en traitement contre un cancer gynécologique ou du sein, ou en ménopause provoquée par le traitement se sont fait demander de passer en revue le MENQOL pour signaler plus particulièrement toute omission ou élément inapproprié dans une optique d'application à une

population atteinte d'un cancer gynécologique ou du sein avec ménopause provoquée par le traitement. Toute suggestion d'ajout ou de suppression devait être justifiée.

La fiabilité et la validité du concept ont été évaluées par un échantillon composé de 82 patientes d'un grand centre de cancérologie intégré offrant des services ambulatoires. Un échantillon de commodité constitué d'un éventail de femmes admissibles a été rassemblé; ces femmes ont ensuite eu à répondre en deux temps à divers instruments de mesure. La première fois (T1), elles ont rempli les questionnaires suivants : portrait démographique (âge, temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic, scolarité, situation familiale et traitement), MENQOL (qualité de vie et ménopause), EORTC-C30 (qualité de vie), JENSEN – SVQ (questionnaire sur les fonctions sexuelles – changements vaginaux), et une échelle visuelle analogique sur les bouffées de chaleur. Deux semaines plus tard (T2), les femmes ont rempli le questionnaire MENQOL et l'échelle visuelle analogique sur les bouffées de chaleur. L'échantillon devait compter au moins cinq participantes par questionnaire ou élément de l'échelle (Nunnally, 2006).

Les femmes ont été rassemblées dans une clinique de soins externes en cancérologie. En premier lieu, une infirmière a vérifié si elles répondaient aux critères de l'étude et souhaitaient parler à la coordonnatrice de la recherche. La coordonnatrice a fait un suivi auprès de celles qui avaient montré un intérêt pour l'étude, leur a décrit en quoi consistait leur participation et a demandé leur consentement éclairé. Les femmes ont répondu aux questionnaires à la clinique, durant leur rendez-vous. Celles qui n'avaient pas à revenir à la clinique au cours des deux semaines suivantes sont reparties avec une enveloppe contenant le questionnaire MENQOL, l'échelle visuelle analogique et une enveloppe affranchie pour poster le deuxième questionnaire une fois rempli.

Instruments

Le questionnaire MENQOL sur la qualité de vie durant la ménopause est un outil de mesure de la qualité de vie

ciblé (Hilditch, Lewis, Peter, van Maris, Ross, Franssen et al., 1996). Élaboré à partir des expériences de femmes ménopausées depuis deux à sept ans ayant toujours leur utérus et ne suivant pas d'hormonothérapie, cet instrument d'autoévaluation compte 30 points répartis en quatre domaines (soit les sous-échelles vasomotrice, physique, psychologique et sexuelle) et une question sur la qualité de vie en général. Chacun des points consiste à vérifier si les femmes vivent un problème particulier (bouffées de chaleur, troubles du sommeil ou sécheresse vaginale, par exemple) et, le cas échéant, à quel point cela les incommodait (coté sur une échelle de type Likert allant de 0 à 6). La validité de l'apparence et de la conception a été indiquée en plus de la fiabilité et de la réceptivité. Les coefficients de test-retest des sous-échelles se situaient entre 0,55 et 0,81 et l'échelle établissait une distinction entre les femmes selon leur qualité de vie.

Le questionnaire EORTC QOL-C30 est un instrument élaboré pour mesurer la qualité de vie de populations atteintes du cancer. Les contenus couverts par ce questionnaire reflètent le caractère multidimensionnel de la conception de la qualité de vie. Ce questionnaire a été mis à l'essai dans 13 pays sur un échantillon interculturel de patients atteints du cancer du poumon pour confirmer la structure hypothétique des échelles, établir la fiabilité et évaluer la validité (Aaronson, Ahmedzai, Bergman, Bullinger, Cull, Duez, et al., 1993). Le questionnaire QLQ-C30, version 3.0, comporte cinq échelles de fonction (physique, participative, cognitive, émotionnelle et sociale), trois échelles de symptômes (fatigue, douleur et nausées/vomissements), un état de santé global/échelle QLQ, et un quelques points uniques permettant d'évaluer des symptômes supplémentaires communément rapportés par les patients (dyspnée, perte d'appétit, insomnie, constipation et diarrhée) et l'impact financier ressenti en raison de la maladie.

Le questionnaire SVQ sur les fonctions sexuelles et les changements vaginaux a été conçu pour enquêter sur les problèmes sexuels et vaginaux des

patientes atteintes d'un cancer gynécologique (Jensen, Thranov et Groenvold, 2004). Cet instrument comporte 20 éléments clés pour mesurer l'intérêt sexuel, la lubrification, l'organe, la dyspareunie, les dimensions vaginales, l'intimité, les problèmes sexuels du partenaire, l'activité sexuelle, la satisfaction sexuelle et l'image corporelle. Le SVQ a été validé auprès de deux groupes de patientes atteintes du cancer (n=75 patientes avec un cancer gynécologique; n=257 patientes avec un cancer du col utérin). Dix éléments s'appliquent à toutes les patientes et constituent trois sous-échelles (intimité, intérêt sexuel, satisfaction sexuelle globale). Pour les répondantes sexuellement actives, deux autres sous-échelles ont été ajoutées pour mesurer le degré de difficultés liées aux changements vaginaux et au fonctionnement sexuel. La cohérence interne des sous-échelles s'échelonne de 0,76 à 0,83 (alpha de Cronbach) et la validité conceptuelle a été précisée.

L'échelle visuelle analogique sur les bouffées de chaleur et les questions d'ordre démographique ont été élaborées aux fins de cette étude. L'échelle visuelle analogique est une ligne de 10 cm sur laquelle la répondante indique l'intensité des bouffées de chaleur pendant 24 heures.

Le portrait démographique rapporte l'âge, le temps écoulé depuis le diagnostic, la scolarité, la situation familiale et le traitement reçu.

Analyse

L'analyse pour l'évaluation de la validité apparente a consisté à recueillir et résumer les réponses des éléments de type Likert et les commentaires libres. L'analyse de la validité du contenu a consisté à recueillir et résumer les réponses sur chaque point et toutes les réponses écrites.

La cohérence interne du questionnaire MENQOL a été déterminée en calculant l'alpha de Cronbach de chaque sous-échelle à partir des données T1. La fiabilité test-retest a été calculée en appliquant le coefficient de corrélation produit-moment de Pearson aux données des sous-échelles du MENQOL à T1 et T2. Les données linéaires

analogiques ont été utilisées pour déterminer si des changements importants dans l'intensité des bouffées de chaleur étaient apparus entre T1 et T2 (test t pour échantillons appariés).

La validité conceptuelle a été évaluée avec les données T1. Les résultats des sous-échelles du MENQOL ont été comparés aux résultats respectifs des sous-échelles de l'EORTC-C30 et du SVQ à l'aide du coefficient de corrélation produit-moment de Pearson. On prévoyait que le rendement dans les sous-échelles du MENQOL serait semblable au rendement dans les mêmes sous-échelles des deux autres instruments et que les coefficients de corrélation calculés seraient importants ($p < 0,05$).

RÉSULTATS

Échantillon

Au total, 82 femmes ont participé à cette étude. L'âge moyen était 47 ans pour un écart allant de 29 à 58 ans; 73 % étaient mariées, 73 % avaient fait des études collégiales ou universitaires. En moyenne, elles avaient reçu leur diagnostic 33 mois plus tôt : un cancer du sein pour les trois quarts (75,6 %), et un cancer gynécologique pour les autres. Toutes étaient devenues ménopausées en raison de leur traitement, qu'il s'agisse de chimiothérapie (63 %), de radiothérapie (37 %) ou d'une chirurgie (17 %). Le taux moyen sur l'échelle linéaire analogique des bouffées de chaleur était de 2,09 (écart-type = 0,95) à T1 et de 1,98 (écart-type standard = 0,87) à T2. Aucune différence statistique n'a été observée.

Validité apparente

Les dix femmes qui ont passé en revue le questionnaire MENQOL ont indiqué que tous les points étaient appropriés au regard de ce que la ménopause provoquée par le traitement leur avait fait vivre. Aucune modification n'a été suggérée. Tous les points ont été jugés pertinents par rapport au vécu des femmes vivant une ménopause provoquée par le traitement.

Validité du contenu

Les dix professionnels de la santé qui ont passé en revue le questionnaire MENQOL exerçaient en gynécologie, en oncologie gynécologique, en médecine

générale (médecine familiale) et en soins infirmiers oncologiques. Ils ont indiqué le caractère approprié et pertinent des points de l'instrument dans ce cas-ci, en fonction de leur expérience clinique. Personne n'a suggéré le retrait ou l'ajout de points particuliers.

Fiabilité

Les alphas de Cronbach (cohérence interne) des quatre sous-échelles du MENQOL variaient de 0,88 (sexuelle) à 0,94 (vasomotrice). Les coefficients de test-retest des quatre sous-échelles ont été calculés à partir du coefficient

de corrélation produit-moment de Pearson. Les coefficients variaient de 0,79 (sexuelle) à 0,89 (vasomotrice) et ils étaient tous significatifs à $p < 0,0001$ (tableau 1). L'élément visuel analogique de mesure des bouffées de chaleur à T1 et T2 n'a pas montré de différences importantes ($t=1,35$; $p=0,182$) entre les deux semaines d'intervalles.

Scores moyens des sous-échelles

Les scores moyens pour les effets incommodes dans les sous-échelles du MENQOL variaient de 3,82 à 4,76 (score le plus élevé : 6). Les scores

moyens les plus élevés pour les éléments incommodes ont été observés dans les sous-échelles vasomotrice (4,8) et sexuelle (4,2) (tableau 1). Les scores de fonctionnement moyens des sous-échelles de l'EORTC-C30 variaient de 62,1 (émotionnelle) à 86,3 (physique) (tableau 2) (score le plus élevé : 100). Des scores élevés dans l'instrument EORTC reflètent un meilleur niveau de fonctionnement. Les scores moyens des sous-échelles du SVQ variaient de 40,1 (satisfaction sexuelle) à 67,7 (intérêt sexuel) (tableau 2). Des scores plus élevés dans ces sous-échelles reflètent moins de difficultés.

Validité conceptuelle

Les corrélations de niveau modéré à élevé entre les sous-échelles physique et psychosociale du MENQOL, chacune des sous-échelles de l'EORTC-Q30 et les scores sur la santé globale étaient statistiquement significatives et affichaient les relations négatives prévues (tableau 3). Les corrélations étaient aussi significatives entre les sous-échelles émotionnelle et sociale de l'EORTC-Q30 et les sous-échelles vasomotrice et sexuelle du MENQOL. La sous-échelle cognitive de l'EORTC-Q30 et la sous-échelle sexuelle du MENQOL étaient également corrélées.

Des corrélations positives modérées ont été observées entre les sous-échelles physique et psychologique du MENQOL et la sous-échelle sur l'intimité du SVQ (tableau 4). La sous-échelle sexuelle du MENQOL était positivement corrélée avec la sous-échelle sur l'intérêt sexuel et la satisfaction sexuelle en général, mais négativement corrélée avec les scores sur les changements vaginaux du SVQ. Le score de la sous-échelle physique du MENQOL était aussi positivement corrélé avec la satisfaction sexuelle en général et négativement corrélé avec les changements vaginaux.

Problèmes identifiés le plus fréquemment par les femmes

Les problèmes identifiés le plus fréquemment par les femmes dans le questionnaire MENQOL sont énumérés au tableau 5. Les problèmes les plus fréquemment consignés ont été les bouffées de chaleur (85,5 %) et le sentiment de fatigue ou d'épuisement (82,1 %).

Tableau 1 : Scores moyens et résultats de fiabilité pour les sous-échelles du MENQOL

Sous-échelle du MENQOL (incommode)	Moyenne (écart-type)	Alpha de Cronbach	Coefficient test-retest*
Vasomotrice	4,76 (2,2)	0,94	0,89
Sexuelle	4,20 (2,5)	0,88	0,79
Physique	3,84 (1,5)	0,91	0,84
Psychosociale	3,82 (1,8)	0,89	0,81

* $p < 0,0001$

Tableau 2 : Scores moyens pour les sous-échelles de fonction de l'EORTC-Q30 et les sous-échelles du SVQ

EORTC-Q30 Sous-échelles de fonction : moyenne (écart-type)		SVQ Sous-échelles moyenne (écart-type)	
Physique	86,3 (16,0)	Intimité	44,6 (17,6)
Participative	83,9 (26,1)	Intérêt sexuel	67,7 (28,8)
Sociale	70,7 (31,9)	Satisfaction sexuelle	40,1 (11,4)
Cognitive	68,1 (27,7)	Changements vaginaux	50,18 (22,6)
Émotionnelle	62,1 (28,8)	Fonction sexuelle	42,5 (16,4)

Tableau 3 : Corrélation entre les sous-échelles du MENQOL et de l'EORTC-Q30

EORTC-C30 Sous-échelle	MENQOL Vasomotrice	MENQOL Sexuelle	MENQOL Physique	MENQOL Psychosociale
Physique	-0,21	-0,15	-0,56****	-0,42****
Émotionnelle	-0,28*	-0,27*	-0,61****	-0,84****
Cognitive	-0,17	-0,24*	-0,62****	-0,64****
Sociale	-0,29**	-0,34****	-0,59****	-0,70****
Participative	-0,22	-0,27	-0,42****	-0,31*
Santé globale	-0,14	-0,20	-0,51****	-0,54***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$ **** $p < 0,002$; ***** $p < 0,0001$

Cependant, les problèmes considérés comme les plus inconfortants différaient sensiblement. Le tableau 6 liste les cinq plus importants, soit la prise de poids, la fatigue et les troubles du sommeil (problèmes physiques), de même que l'intérêt sexuel et l'intimité (modifications sexuelles).

DISCUSSION

La présente étude a été entreprise pour valider les propriétés psychométriques du questionnaire MENQOL afin de l'utiliser auprès de femmes qui sont devenues ménopausées par suite des traitements reçus pour un cancer gynécologique ou du sein. Le MENQOL a été élaboré à l'origine pour les femmes vivant une ménopause naturelle; il devait donc être validé avec les femmes dont la ménopause avait été provoquée par le traitement contre le cancer.

Le test de validité d'apparence et de contenu n'a pas entraîné de changements à l'outil avant son essai auprès d'une population de femmes atteintes du cancer. Les femmes qui y ont participé avaient toutes une ménopause provoquée par le traitement. Leur portrait clinique n'a pas évolué entre T1 et T2 de réponse aux questionnaires.

La fiabilité du MENQOL est acceptable avec cette population particulière et reflète ce qui a été rapporté par d'autres évaluations psychométriques de cet instrument (Hilditch et al., 1996; Radtke, Terhorst et Cohen, 2011). Les coefficients d'homogénéité et de test-retest ont tous deux atteint des niveaux élevés. La validité conceptuelle reflétait aussi les résultats prévus. Des corrélations acceptables ont été relevées entre les sous-échelles de l'EORTC-30 et les sous-échelles physique et psychosociale du MENQOL (aucune corrélation toutefois pour les sous-échelles sexuelle et vasomotrice). On pouvait s'attendre à ce constat puisque la création du SVQ découle du besoin de compléter le questionnaire EORTC-30 sur le plan des problèmes sexuels. La comparaison entre le SVQ et le MENQOL a montré que l'accord n'était bon qu'entre la sous-échelle « intimité » du SVQ et les sous-échelles physique et psychosociale

SVQ Sous-échelles	MENQOL Vasomotrice	MENQOL Sexuelle	MENQOL Physique	MENQOL Psychosociale
Intimité +	-0,03	0,06	0,38****	0,44****
Intérêt sexuel +	0,11	0,33***	0,20	0,20
Satisfaction sexuelle globale +	0,14	0,30**	0,29*	0,16
Changements vaginaux-	-0,11	-0,66*****	-0,35*	-0,12
Fonction sexuelle +	0,21	0,33	0,21	0,27

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,005 ****p < 0,001; *****p < 0,000 1

Problème	%
Bouffées de chaleur	85,5
Sentiment d'épuisement ou de fatigue	82,1
Troubles du sommeil	81,8
Grosses sueurs	77,2
Sentiment de manquer d'énergie	76,4

Problème	Moyenne*	Écart-type
Prise de poids	4,44	1 937
Changement dans le désir sexuel	4,32	1 942
Problèmes d'intimité	4,11	2 162
Sentiment de fatigue ou d'épuisement	4,04	1 527
Troubles du sommeil	4,02	1 944

*cote sur une échelle de 0 à 6

du MENQOL. Les autres sous-échelles ne se recoupent pas. Le MENQOL est unique en son genre pour mesurer, notamment, les éléments vasomoteurs.

De toute évidence, les femmes ménopausées par suite d'un traitement du groupe à l'étude vivaient divers symptômes et changements dans leurs vies sexuelles jugés similaires à ce qu'ont rapporté d'autres chercheurs (Davis et al., 2000; Cebeci, Yangin et Tekeli, 2010; Abbott-Anderson et Kwekkeboom, 2012). Plus du trois quarts des femmes ont signalé des bouffées de chaleur et de la fatigue. Cependant, il est intéressant

de noter que les problèmes les plus fréquemment rapportés n'étaient pas les mêmes que les problèmes les plus inconfortants. Ce qui rend un problème inconfortant demande à être étudié. On peut imaginer que certains groupes de symptômes sont aussi particulièrement inconfortants. À titre d'exemple, le tout formé par les bouffées de chaleur, les troubles du sommeil et le sentiment de fatigue peut être vu comme un groupe de symptômes dont l'effet global est pire que chacun pris séparément.

IMPLICATIONS

L'implication première se dégageant des résultats de cette étude est que le questionnaire MENQOL peut être jugé fiable et valide lorsqu'il est utilisé avec une population de femmes chez qui le traitement du cancer a provoqué la ménopause. Il est donc possible d'utiliser cet instrument dans la pratique quotidienne courante comme moyen d'obtenir une évaluation de référence lorsqu'une femme présente une ménopause provoquée par le traitement. Il

s'avérera aussi vraisemblablement utile pour surveiller les changements au fil du temps.

L'autre implication découlant de ce travail est le besoin pour les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer, et pour leurs prestataires de soins, d'être conscients de la myriade de symptômes pouvant découler d'une ménopause provoquée par le traitement. Les infirmières en oncologie occupent un rôle privilégié pour aider les femmes à se préparer à ce qui les attend possiblement et à la gestion de problèmes

subséquents. À ce sujet, une communication continue avec les patientes aidera à déceler les problèmes tôt.

Les études à venir auraient avantage à porter sur la recherche d'interventions efficaces pour les groupes de symptômes qu'éprouvent les femmes ménopausées à la suite du traitement. Il serait préférable, idéalement, de trouver des façons de prévenir les problèmes; si cela s'avère toutefois impossible, les déceler et intervenir tôt permettrait d'améliorer la vie des patientes.

RÉFÉRENCES

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365–376.
- Abbott-Anderson, K., & Kwekkeboom, K.L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 124(3), 477–489. <http://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030>
- Cebeci, F., Yangin, H.B., & Tekeli, A. (2010). Determination of changes in the sexual lives of young women receiving breast cancer treatment: A qualitative study. *Sexuality and Disability*, 28(4), 255–264. <http://doi.org/10.1007/s11195-010-9169-1>
- Davis, C., Zinkand, J., & Fitch, M.I. (2000). Cancer treatment induced menopause: Meaning for breast and gynecological cancer survivors. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 10(1), 14–21.
- Feldman, J.E. (1989). Ovarian failure and cancer treatment: incidence and interventions for the premenopausal woman. *Oncology Nursing Forum*, 16, 651–657.
- Fitch, M. (2000). Supportive care for cancer patients. *Hospital Quarterly*, 3(4), 39–44.
- Hilditch, J.R., Lewis, J., Peter, A. van Maris, B., Ross, A., Franssen, E. et al. (1996). A menopause-specific quality of life questionnaire: Development and psychometric properties. *Maturitas*, 24, 161–175.
- Howell, D., Fitch, M.I., & Deane, K.A. (2003). Women's experiences with recurrent ovarian cancer. *Cancer Nursing*, 26(1), 10–17.
- Jensen, P.T., Klee, M.C., Thranov, I., & Groenvold, M. (2004). Validation of a questionnaire for self-assessment of sexual function and vaginal changes after gynecologic cancer. *Psycho-oncology*, 13, 577–592.
- MacDonald, P. (2007). Update on treatment for breast cancer. *Practice Nurse*, 33(3), 39–41.
- Nunnally, J.C. (2006). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Radtke, J.V., Terhorst, L., & Cohen, S.M. (2011). The Menopause Specific Quality of Life (MENQOL) Questionnaire: Psychometric evaluation among breast cancer survivors. *Menopause*, 18(3), 289–295. [doi:10.1097/qme.0b013e3181ef975a](https://doi.org/10.1097/qme.0b013e3181ef975a)
- Society of Obstetrics and Gynecologists of Canada. (2006). Canadian consensus conference on menopause update. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 28(Special Edition), s7–s27.
- The North American Menopause Society (NAMS). *Menopause practice: A clinician's guide* (3rd ed.). Cleveland, OH: Author.